

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOULIA Audrey

Née le 19/08/1983 à Epinay sur Seine (93)

Présentée et soutenue publiquement le 11 octobre 2013

**CONTRACEPTION ORALE : AMELIORER
L'OBSERVANCE PAR LE CONSEIL MINIMAL – ETUDE DE
COHORTE 2012/2013**

Président de thèse : **Professeur AUBERT Jean Pierre**

Directeur de thèse : **Docteur ROBINEAUX Sébastien**

DES de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Au professeur Jean Pierre AUBERT, pour avoir accepté de présider le jury de cette thèse ;

Au Docteur Sébastien ROBINEAUX, pour avoir accepté de diriger cette thèse ;

Aux membres du jury, pour avoir bien voulu porter de l'intérêt à mon travail ;

Aux médecins qui m'ont aidée et qui ont participé à la réalisation de cette thèse, en particulier un grand merci à Marie ;

Aux patientes qui ont pris le temps de répondre au questionnaire ;

A mes parents et ma sœur qui m'ont soutenue tout au long de ces années ;

Aux MAEL et à mes cops ;

A Damien.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	10
CONTEXTE	13
A – LA CONTRACEPTION : GENERALITES	14
1) <i>Historique</i>	14
2) <i>Epidémiologie</i>	16
3) <i>La contraception d’urgence</i>	20
a) <i>Cadre légal</i>	20
b) <i>Epidémiologie</i>	20
c) <i>Obstacles à l’utilisation de la CU</i>	21
d) <i>Méthodes</i>	22
4) <i>Les échecs de la pilule</i>	22
a) <i>Des idées reçues et des connaissances erronées ou incomplètes</i>	22
b) <i>L’utilisation incorrecte</i>	23
c) <i>La consultation contraception en médecine générale</i>	24
d) <i>Autres</i>	24
5) <i>L’IVG</i>	24
a) <i>Cadre légal</i>	24
b) <i>Epidémiologie</i>	25
B – LES MOYENS MIS EN ŒUVRE POUR AMELIORER L’OBSERVANCE ET DIMINUER LE NOMBRE D’IVG.....	26
1) <i>Les recommandations HAS</i>	26
2) <i>La première consultation contraception</i>	27
3) <i>Les campagnes d’information</i>	28
4) <i>La formation des médecins</i>	30
5) <i>La délivrance aux mineures sans autorisation parentale</i>	31
6) <i>Le Quick start</i>	31
7) <i>Le dépannage par les pharmacies</i>	31
8) <i>Prescription de la pilule par les sages-femmes et les infirmiers</i>	31
9) <i>Le « Pass’contraception »</i>	32
10) <i>La délivrance de la pilule du lendemain</i>	32
C – LA CONTRACEPTION DANS LES AUTRES PAYS DEVELOPPES.....	33
1) <i>La contraception</i>	33
a) <i>Epidémiologie</i>	33
b) <i>Conditions de prescription</i>	35
c) <i>Les recommandations sur l’oubli de pilule</i>	35
2) <i>L’IVG</i>	36
a) <i>Généralités</i>	36
b) <i>En Europe</i>	37
c) <i>Au Canada et aux Etats-Unis</i>	39

3) <i>Les Pays-Bas : un exemple en matière de maîtrise des naissances et de planification familiale</i>	40
D – LE CONSEIL MINIMAL	43
1) <i>Principe</i>	43
2) <i>L'application en médecine générale</i>	43
3) <i>Pourquoi ça marche ?</i>	44
MATERIEL ET METHODE	45
A – OBJECTIF.....	46
B – HYPOTHESES	46
C – METHODE	46
1) <i>Type d'étude</i>	46
2) <i>Critères d'inclusion</i>	46
3) <i>Critères de non-inclusion</i>	47
4) <i>Déroulement de l'étude</i>	47
a) <i>Première partie</i>	47
b) <i>Seconde partie</i>	49
c) <i>Durée de l'étude</i>	50
d) <i>Médecins participants</i>	50
e) <i>Analyse des résultats</i>	50
f) <i>Paramètres étudiés</i>	50
RESULTATS	52
A – NOMBRE DE PARTICIPANTES	53
B – PROFIL DES PATIENTES : RENSEIGNEMENTS GENERAUX.....	54
1) <i>Age</i>	54
2) <i>Situation familiale</i>	55
3) <i>Profession/Etudes</i>	55
4) <i>Nombre d'enfants</i>	56
5) <i>Nombre de frères et sœurs</i>	56
6) <i>Consommation tabac/alcool/drogue</i>	56
7) <i>Religion</i>	56
8) <i>Antécédents médicaux ou chirurgicaux et prise d'un traitement au long cours</i>	57
C – PROFIL DES PATIENTES : RENSEIGNEMENTS GYNECOLOGIQUES.....	57
1) <i>A quel âge avez-vous eu vos premières règles ?</i>	57
2) <i>A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?</i>	58
3) <i>Quel est le nom de votre pilule ?</i>	58
4) <i>Avez-vous essayé d'autres moyens de contraception ?</i>	58
5) <i>Depuis quand prenez-vous la pilule ?</i>	59
6) <i>Quel était le motif de la première prescription ?</i>	59
7) <i>Quel est le motif de la prescription actuelle ?</i>	59
8) <i>Qui vous a prescrit la pilule la première fois ?</i>	60
9) <i>Qui vous prescrit la pilule actuellement ?</i>	60
10) <i>Avez-vous oublié votre pilule ces 3 derniers mois ?</i>	60

11) <i>Quel jour de la semaine débutez-vous votre plaquette de pilule ?</i>	60
12) <i>A quelle heure prenez vous votre pilule ?</i>	61
13) <i>Etes-vous satisfaite de votre contraception ?</i>	61
14) <i>Estimez-vous être bien informée sur la conduite à tenir en cas d'oubli ?</i>	61
15) <i>Avez-vous déjà pris une contraception d'urgence ? Dans quelle circonstance ?</i> .	61
16) <i>Avez-vous déjà subi une IVG ? Si oui combien et de quel type ?</i>	62
D – CONNAISSANCES DES PATIENTES SUR LA CONDUITE A TENIR EN CAS	
D'OUBLI DE PILULE	62
1) <i>Existe-t-il un risque de grossesse si l'oubli dépasse ?</i>	62
2) <i>En cas d'oubli à risque, faut-il prendre le dernier comprimé oublié ?</i>	63
3) <i>En cas de rattrapage d'un oubli à risque, 2 comprimés peuvent-ils être pris en même temps ?</i>	63
4) <i>En cas d'oubli à risque faut-il continuer la plaquette en cours ?</i>	63
5) <i>En cas d'oubli à risque, faut-il prendre la pilule du lendemain ?</i>	64
6) <i>En cas d'oubli à risque, les rapports sexuels avant l'oubli sont-ils susceptibles d'entraîner une grossesse ? Si oui, combien de jours avant l'oubli ?</i>	64
7) <i>En cas d'oubli à risque, faut-il utiliser un préservatif après l'oubli ? Si oui pendant combien de jours ?</i>	65
8) <i>Si l'oubli concerne un des 7 derniers comprimés de la plaquette (ou un des 7 derniers comprimés actifs), faut-il supprimer l'intervalle libre entre les 2 plaquettes (ou faut-il jeter les comprimés placebos et débiter directement une nouvelle plaquette) ?</i> ...	66
9) <i>Après un oubli à risque, quel est le délai maximum pour prendre une contraception d'urgence ?</i>	67
10) <i>Estimez-vous être bien informée sur la conduite à tenir en cas d'oubli ?</i>	67
11) <i>Renseignements supplémentaires à 3 mois</i>	68
12) <i>Totalité des questions</i>	68
DISCUSSION	74
A – BIAIS DE L'ETUDE	75
1) <i>L'étude</i>	75
a) <i>La méthodologie</i>	75
b) <i>La durée</i>	76
2) <i>Le conseil minimal</i>	76
3) <i>Les patientes</i>	76
a) <i>Le nombre</i>	76
b) <i>Les caractéristiques par rapport à la population générale</i>	77
c) <i>L'inclusion et les pertues de vue</i>	78
d) <i>La déclaration sur les informations obtenues entre les 2 recueils</i>	78
4) <i>Les médecins investigateurs</i>	79
a) <i>Les caractéristiques</i>	79
b) <i>L'intervention personnelle</i>	80
B - ANALYSE	80
1) <i>Les oublis de pilule</i>	80
2) <i>Le recours de la contraception d'urgence</i>	82

3) <i>Satisfaction et information des patientes</i>	82
4) <i>La définition de l'oubli à risque</i>	83
5) <i>La prise du comprimé oublié et la possibilité de prise simultanée de 2 comprimés</i> .	83
6) <i>Le délai maximal de 5 jours pour prendre une contraception d'urgence</i>	84
7) <i>Les rapports sexuels 5 jours avant l'oubli à risque pour une grossesse et l'utilisation de la contraception d'urgence</i>	85
8) <i>L'utilisation des préservatifs pendant 7 jours suivant un oubli à risque</i>	85
9) <i>La suppression de l'intervalle libre ou des comprimés placebos et l'enchaînement d'une nouvelle plaquette en cas d'oubli concernant un des 7 derniers comprimés actifs</i>	85
10) <i>Les facteurs favorisant les bonnes réponses</i>	86
a) <i>Le prescripteur</i>	86
b) <i>Le niveau d'étude</i>	87
c) <i>L'âge</i>	87
d) <i>Le nombre d'enfants</i>	87
e) <i>La durée de prise de pilule</i>	88
f) <i>Les facteurs n'ayant pas été pris en compte ou n'ayant pas d'influence</i>	88
11) <i>L'impact du conseil minimal délivré en consultation</i>	88
CONCLUSION PROPOSITIONS	90
BIBLIOGRAPHIE	94
ANNEXES	99
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE INITIAL	100
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE A 3 MOIS	104
ANNEXE 3 : LES CARTES « CONSEIL MINIMAL »	106

TABLES DES FIGURES

Figure 1 : Utilisation de la contraception 1978-2000 (pour 100 femmes de 20-44 ans ne souhaitant pas être enceinte).....	17
Figure 2 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes ..	17
Figure 3 : Fréquence du recours à l'IVG et fréquence des grossesses non prévues chez les femmes de 15-49 ans en France 1975-2000.....	25
Figure 4 : Recommandation HAS : Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule	27
Figure 5 : Cartes conseils à remettre aux patientes proposées par l'INPES	30
Figure 6 : Méthodes de contraception les plus utilisées dans le monde (pour 100 couples mariés utilisant une contraception en 2007).....	34
Figure 7 : Taux d'avortement dans quelques pays du monde en 2003.....	37
Figure 8 : Répartition de la population totale selon le nombre d'enfants.....	56
Figure 9 : Répartition de la population totale selon la fratrie.....	56
Figure 10 : Répartition de la population totale selon la religion.....	56
Figure 11 : Age du premier rapport sexuel dans la population étudiée.....	58
Figure 12 : Autres moyens de contraception déjà utilisés.....	58
Figure 13 : Motif de la première prescription de pilule.....	59
Figure 14 : Motif de la prescription actuelle de pilule.....	59
Figure 15 : Prescripteur initial de la pilule	60
Figure 16 : Prescripteur actuel de la pilule	60
Figure 17 : Nombre d'oublis de pilule au cours des 3 derniers mois.....	60
Figure 18 : Antécédent de prise d'une contraception d'urgence	61
Figure 19 : Circonstances de prise de la contraception d'urgence.....	62
Figure 20 : Définition du délai d'oubli à risque.....	62
Figure 21 : Délai maximal pour la prise d'une CU après un oubli à risque.....	67
Figure 22 : Pourcentage initial de bonnes réponses de la population totale interrogée.....	69
Figure 23 : Pourcentage initial de bonnes réponses du groupe A	69
Figure 24 : Pourcentage initial de bonnes réponses du groupe B	69
Figure 25 : Analyse du score moyen du groupe A et du groupe B à T0 et à 3 mois	72

TABLE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1 : Tableau de randomisation - Comparaison des groupes</i>	53
<i>Tableau 2 : Répartition des patientes par classe d'âge.....</i>	54
<i>Tableau 3 : Répartition des patientes selon leur situation familiale</i>	55
<i>Tableau 4 : Répartition des patientes selon leur niveau d'étude</i>	55
<i>Tableau 5 : Répartition des patientes selon leur profession</i>	55
<i>Tableau 6 : Répartition des patientes selon leur consommation de tabac/alcool/drogue.....</i>	56
<i>Tableau 7 : Age des premières règles.....</i>	57
<i>Tableau 8 : Ancienneté de la prise de pilule.....</i>	59
<i>Tableau 9 : Satisfaction des patientes par rapport à leur contraception</i>	61
<i>Tableau 10 : Information reçue sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule</i>	61
<i>Tableau 11 : Antécédents d'IVG</i>	62
<i>Tableau 12 : Prise du dernier comprimé oublié.....</i>	63
<i>Tableau 13 : Prise simultanée de 2 comprimés</i>	63
<i>Tableau 14 : Poursuite de la plaquette en cas d'oubli à risque.....</i>	63
<i>Tableau 15 : Prise d'une contraception d'urgence en cas d'oubli à risque.....</i>	64
<i>Tableau 16 : Rapports sexuels à risque avant un oubli.....</i>	64
<i>Tableau 17 : Utilité des préservatifs pour les rapports sexuels après un oubli à risque</i>	65
<i>Tableau 18 : Comparaison par groupe du pourcentage de bonnes réponses à la totalité du questionnaire entre le premier et le second recueil</i>	70
<i>Tableau 19 : Comparaison du pourcentage de bonnes réponses entre le recueil initial et le rappel téléphonique à 3 mois pour le groupe A</i>	70
<i>Tableau 20 : Comparaison du pourcentage de bonnes réponses entre le recueil initial et le rappel téléphonique à 3 mois pour le groupe B</i>	71

ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CU : Contraception d'Urgence

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DIU : Dispositif Intra Utérin

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

GEU : Grossesse Extra-utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

INED : Institut National des Etudes Démographiques

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

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

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

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SA : Semaine d'Aménorrhée

INTRODUCTION

La France est l'un des pays du monde où le taux de contraception est le plus élevé. En 2005, ¾ des femmes, sexuellement actives, âgées de 15 à 54 ans, utilisaient un moyen de contraception [1]. La pilule arrive en première ligne. Moins de 5 % des femmes concernées par la contraception et ne voulant pas avoir d'enfant n'y ont jamais recours [2].

Malgré cette diffusion à grande échelle depuis 1967 grâce au vote de la loi Neuwirth, et malgré l'accessibilité et le recours massif à la contraception, on recense en 2010, en France, 210 000 IVG. Ce chiffre est stable depuis 1975 (loi Veil) [3].

Vingt trois pour cent des IVG concernent des femmes sous pilule œstro-progestative. Dans 60 % des cas, l'échec est attribué à un oubli [2].

Les oublis de pilule sont fréquents. Cinquante quatre pour cent des femmes ont oublié au moins une fois leur pilule au cours des 6 derniers mois. Trente quatre pour cent des femmes seulement connaissent la définition de l'oubli de pilule. Le manque d'information, une information incomplète ou mauvaise sur la conduite à tenir en cas d'oubli, semblent être un problème important. Pourtant 3/4 des femmes s'estiment bien informées sur la contraception et 95 % d'entre elles sont satisfaites voire très satisfaite par leur contraception [4]. Enfin seuls 48 % des médecins déclarent se renseigner de façon systématique sur les oublis de pilule et 34 % rappellent de façon systématique également la conduite à tenir en cas d'oubli.

De nombreux moyens ont été et sont mis en œuvre pour améliorer la prescription, les connaissances des médecins et des patientes, l'observance, et pour faciliter encore plus l'accès à la contraception.

Il existe donc encore à l'heure actuelle un paradoxe entre ces dispositions et le nombre d'IVG.

L'IVG, l'oubli de pilule et une mauvaise information médicale semblent étroitement liés.

Le conseil minimal systématique permet une évaluation positive des conduites à risque grâce à une information médicale concise. Le contenu de cette information doit être accessible à tous et peut ainsi être délivré au plus grand nombre. L'impact de ce type de conseil a été prouvé en médecine générale pour l'arrêt du tabac.

A l'heure où les médecins sont de plus en plus sollicités, à l'heure où les patient(e)s sont assaillis par de plus en plus d'informations médicales parfois complexes, nous proposons donc dans cette thèse d'établir un conseil minimal systématique concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.

Ainsi à chaque consultation quelque en soit le motif, nous donnerons aux patientes des conseils simples pour améliorer leurs connaissances, optimiser leur attitude face à l'oubli, dépister les femmes pour lesquelles la pilule n'est pas une contraception adaptée, ce qui pourrait à terme diminuer le nombre de grossesses non désirées.

Le conseil minimal permettra d'améliorer la communication du médecin généraliste sur le sujet de la contraception, sans alourdir la consultation, en optimisant l'information.

CONTEXTE

A – LA CONTRACEPTION : GENERALITES

1) Historique

La contraception existe depuis l'antiquité. A chaque époque, de nouveaux moyens de contraception sont inventés afin de limiter la surpopulation et la famine.

En Egypte, 300 ans avant JC, des ovules et des barrières mécaniques sont déjà employés et l'ancêtre du préservatif masculin est fabriqué en intestin de petits animaux. Dans l'antiquité, diverses potions à ingurgiter à base de plantes médicinales servent de moyen de contraception. En Grèce, le gynécologue Soranos parle déjà d'abstinence périodique [5].

Les romains se servent de poires vaginales remplies d'eau glacée pour tuer les spermatozoïdes. Des « préservatifs » sont aussi utilisés en intestin ou vessie d'animaux, avec la notion de limiter la transmission de maladie. Les romains pratiquent des avortements et des infanticides afin de limiter la population.

En Inde, le Kama Sutra recommande les bonnes pratiques des phases d'abstinence dès le IV^{ème} siècle.

En France du XI^{ème} au XV^{ème}, des rituels très ésotériques sont élaborés pour limiter les grossesses.

En Asie au XVI^{ème} siècle, on utilise des diaphragmes en métal ou en verre et des préservatifs en lin, cuir ou écaille.

En 1839, Charles Goodyear découvre le latex. Le premier préservatif en latex est commercialisé en 1870.

En 1846, le premier DIU est inventé. Il est abandonné en raison du risque d'infection.

En 1880, les capes cervicales sont fabriquées à grande échelle. Cette même année, le pharmacien britannique John Rendell fabrique une contraception locale, des ovules spermicides à base de cacao et de quinine qui fondent dans le vagin.

Au début du XX^{ème} siècle, on utilise des douches vaginales avec des produits supposés spermicides tels que le vinaigre ou le citron [5].

En 1919, aux Etats Unis, une des premières campagnes pour le droit à la contraception, est lancée par Margaret Sanger, infirmière et sage femme. Elle créé également « l'american birth control » qui deviendra le planning familial.

En 1920, en raison des idéaux religieux et du fort besoin de main d'œuvre et de repopulation de l'après guerre, une loi interdit la propagande anticonceptionnelle.

En 1924, Le Docteur Kiasuku Ogino met au point sa méthode, complétée en 1933 par le Docteur Knauss. Ils précisent les périodes de fertilité de la femme.

En 1935, la méthode des températures arrive en France par le Docteur Hillbard. La méthode Billings est découverte en Australie en 1943 par le médecin du même nom.

Les œstrogènes sont identifiés en 1930 et la progestine en 1940 chez un iguane, puis extraits d'une plante en 1942. La synthèse d'œstradiol est réussie en Allemagne en 1934, celle de la progestérone en 1950.

Un des premiers essais cliniques pour une contraception orale réalisé à Porto Rico en 1956.

En 1959, les américains Pincus et Rock synthétisent les premiers œstrogènes et progestatifs dans un but contraceptif. En 1970, les taux d'hormones sont largement diminués.

Jusqu'en 1967, la contraception et l'avortement sont interdits en France et punis par la loi [5].

En 1967, la loi Neuwirth permet la dispense de la contraception sur prescription médicale sur un carnet à souche. La contraception est alors prescrite uniquement par le médecin et délivrée obligatoirement par le pharmacien. La prescription à une mineure est soumise à l'autorisation écrite de l'un des deux parents [4].

La loi est complétée en 1974. La contraception est remboursée et sa prescription ne nécessite plus d'autorisation parentale pour les mineures. La publicité sur les préservatifs est autorisée [4].

Le premier stérilet bioactif au cuivre est fabriqué en 1970.

En 1982, la pilule RU486 est mise au point afin d'interrompre une grossesse débutante. Elle est commercialisée en 1988 en France [5].

Le stérilet, l'implant, l'anneau vaginal et le patch sont largement disponibles et diffusés aux Etats Unis vers 1990, puis dans les années 2000 en Europe [6].

2) Epidémiologie

La contraception est légalisée en France en 1967 par la loi Neuwirth, [3] et depuis largement diffusée par une médicalisation croissante. La loi du 9 août 2004 recommande « d'assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes désirant y avoir recours » [4].

L'âge moyen du premier rapport sexuel est 17,5 ans ce qui reste stable alors que l'âge moyen de la première maternité est en recul constant, actuellement 30 ans [4].

Il existe aujourd'hui toujours une « norme contraceptive » [6]. D'une part les médecins privilégient les contraceptions qu'ils jugent efficaces au détriment des autres méthodes contraceptives [4]. D'autre part, la majorité des femmes utilisent le préservatif au début de leur vie sexuelle puis la pilule et enfin le stérilet, comme une méthode d'arrêt, lorsque le

nombre d'enfants souhaité est atteint. Cette « norme » entraîne parfois une inadaptation de la contraception [3].

Figure 1 : Utilisation de la contraception 1978-2000 (pour 100 femmes de 20-44 ans ne souhaitant pas être enceinte)

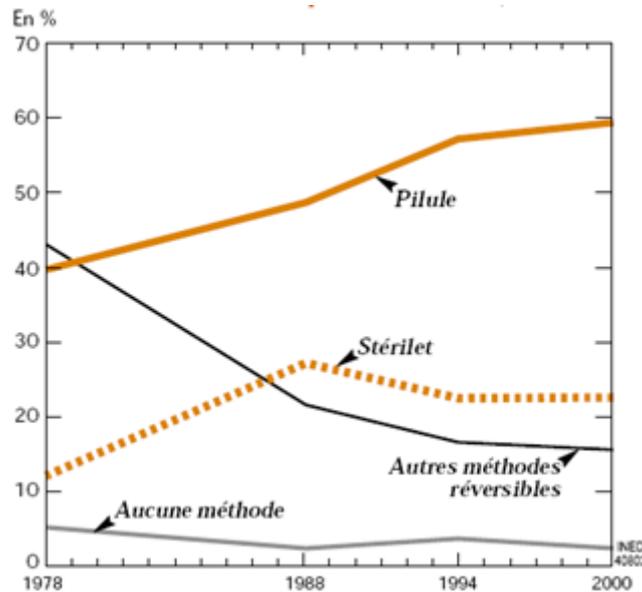
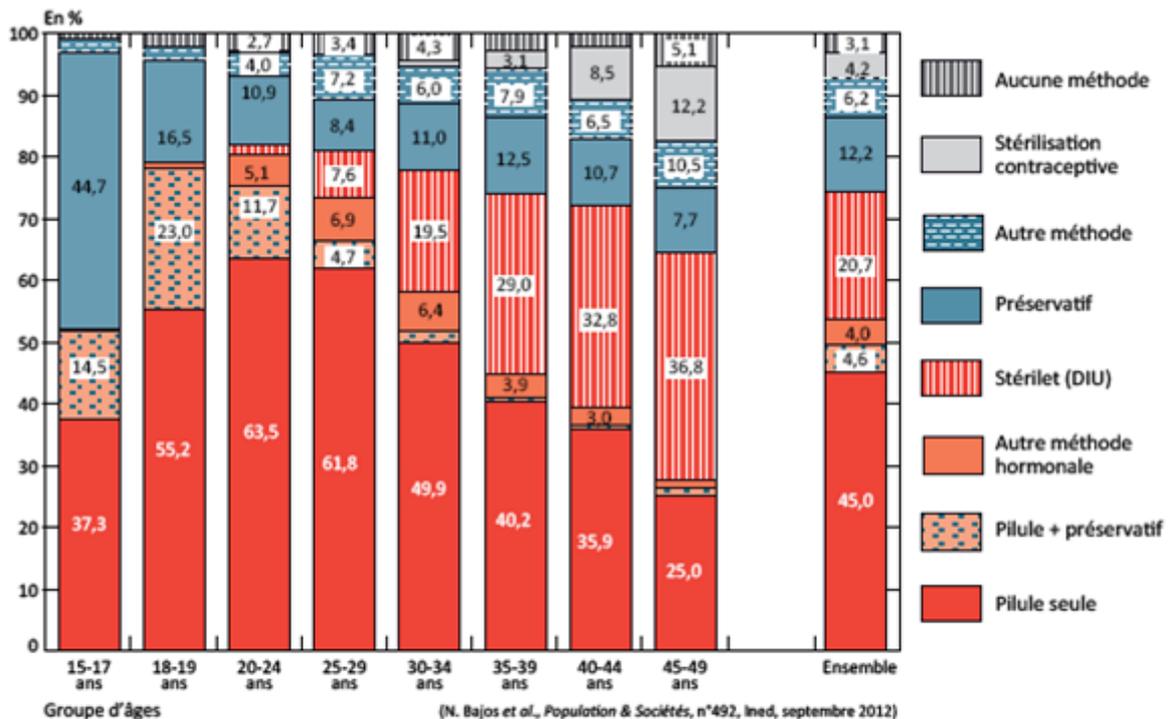


Figure 2 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes



Sources : Enquête Fecond (2010). Inserm-Ined.

Champ : femmes de 15 à 49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant.

Une femme française sur deux, désirant prendre une contraception, utilise la pilule [4]. Le recours à la pilule est maximal chez les femmes de 18 à 19 ans, puisque 78,2 % d'entre elles l'utilisent [6] [11]. Si l'utilisation de la pilule a été en constante augmentation depuis 40 ans, son usage a tendance aujourd'hui à se stabiliser [7] et même à diminuer légèrement depuis les années 2000, baisse compensée par les nouvelles méthodes hormonales [6].

Il s'agit de la méthode réversible de première intention chez la femme jeune sans facteur de risque. C'est une méthode efficace dans son emploi courant (indice de Pearl 6-8 %) et très efficace lorsqu'elle est employée de manière optimale (indice de Pearl 0,1 %) [8]. L'indice de Pearl correspond au nombre de grossesses observée pour 100 femmes utilisant une contraception sur une période d'un an [7].

Les autres moyens de contraception sont utilisés de façon moindre.

La contraception orale progestative pure (Cerazette[®], Microval[®]) est utilisée pour les femmes présentant des contre-indications notamment cardiovasculaires à la pilule œstro-progestative [8] ainsi que les femmes allaitant. L'indice de Pearl des micro-progestatifs se situe entre 0,5 % et 0,8 % en utilisation optimale. La tolérance est liée essentiellement au mauvais contrôle du cycle chez 70 % des patientes [9].

La contraception progestative injectable est très rarement utilisée. Les macro-progestatifs (type Lutéran[®] ou Lutényl[®]) sont utilisés mais n'ont pas l'AMM pour la contraception.

Le DIU est utilisé par 24 % des femmes désirant une contraception [4]. Il s'agit d'une méthode toujours très efficace (indice de Pearl 0,8 % en utilisation courante et 0,6 % en utilisation optimale). Il est utilisé surtout à partir de 35 ans, chez les femmes ayant déjà eu des enfants. Son utilisation est marginale chez les moins de 30 ans (4,3 %) [7]. Il s'agit d'une contraception longue durée (5 ans).

L'implant (Implanon[®]) a un indice de Pearl de 0 à 0,08 %. Il s'agit également d'une contraception longue durée (3 ans).

L'anneau (NuvaRing[®]) est une contraception hormonale vaginale. Il se garde 3 semaines suivies d'une semaine d'intervalle sans anneau. L'indice de Pearl est de à 0,4 à 0,6 %. Le patch (Evra[®]) est une contraception hormonale transdermique. La patiente colle un patch par semaine, trois semaines consécutives suivies d'un intervalle libre d'une semaine. L'indice de Pearl est de 0,7 à 0,88 %. Ces 2 modes de contraception améliorent l'observance. [9]

La stérilisation est une méthode de contraception peu développée en France. En 2000, 5 % des femmes de 20 à 44 ans ont subi une opération stérilisante, dont plus de la moitié dans un but thérapeutique [2]. La loi du 4 juillet 2001 souligne la visée contraceptive possible des méthodes de stérilisation. Elles doivent être présentées comme irréversibles. La stérilisation ne peut être pratiquée sur une personne mineure (code de santé publique). Elle peut être pratiquée sur une personne majeure qui a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée après une information claire et complète et un délai de réflexion incompressible de 4 mois. Le taux d'échec est de 1 à 2 % à 10 ans [8].

Les préservatifs masculins ou féminins sont les seules méthodes efficaces pour protéger des IST. Ils sont utilisés par 10,9 % des femmes désirant une contraception. L'emploi est maximum entre 15 et 19 ans. L'indice de Pearl respectivement pour les préservatifs masculins et féminins est de 3 et 5 % en utilisation optimale et de 14 et 21 % en pratique courante. [4] [8]. L'utilisation du préservatif progresse encore actuellement [6].

Les autres méthodes barrières locales (spermicides, diaphragme, éponge contraceptive, cape cervicale) sont utilisées par 2,2 % des femmes [4]. Elles ne protègent pas contre les maladies sexuellement transmissibles et présentent un risque d'échec contraceptif élevé [8].

Les méthodes naturelles sont le retrait, la méthode de l'aménorrhée lactationnelle, l'abstinence périodique, l'auto-observation (méthode des températures, méthode Billings, méthode symptothermique, méthode Ogino-Knaus). Elles n'ont aucune contre indication mais présentent un risque d'échec contraceptif élevé. Seule la méthode de l'aménorrhée lactationnelle est d'une efficacité comparable à celle d'une contraception orale si l'allaitement est exclusif [8]. Elles sont tout de même utilisées par 6,2 % des femmes [6].

3) La contraception d'urgence

a) Cadre légal

La loi du 13 décembre 2000 (loi 2000-1209 du code de santé publique) autorise la délivrance de la contraception d'urgence sans prescription médicale. Elle autorise la délivrance aux mineures sans accord parental et sans ordonnance. Elle permet l'administration de la contraception d'urgence par les infirmières scolaires en cas d'urgence et de détresse caractérisées [4]. La délivrance d'une contraception d'urgence à une mineure par le pharmacien doit être précédée d'un entretien permettant de définir le caractère d'urgence, expliquer les modalités d'utilisation et aborder le thème de la contraception régulière [27].

b) Epidémiologie

Son utilisation est en augmentation constante. En 2005, 13,4 % des femmes ont eu recours à la contraception d'urgence contre 8,4 % en 2000. Le niveau de connaissance concernant la contraception d'urgence est inégal. Les jeunes en milieu scolaire sont plus informés. Les femmes seules, sans travail ou avec un bas niveau d'études sont moins bien informées. Le recours à la contraception d'urgence est maximal chez les 15-24 ans, suite à un accident de préservatif le plus souvent [4]. Les autres motifs de recours sont un oubli de pilule (24,9 %), un rapport non protégé (21,8 %). Dans 91,5 % des cas, le recours à la contraception d'urgence a permis d'éviter une grossesse. Les résultats de l'étude « baromètre santé » de l'INSERM

montrent que la démedicalisation de la contraception d'urgence semble avoir favorisé son utilisation sans impact sur la prise d'une contraception régulière [11] [24].

c) Obstacles à l'utilisation de la CU

Selon une enquête de la DREES, les femmes interrogées rapportent plusieurs obstacles à la non utilisation de la CU. Quarante et un pour cent des femmes qui pensaient avoir couru un risque lors d'un rapport sexuel, ont revu secondairement ce risque à la baisse. L'absence de conscience du risque de grossesse apparaît comme un des obstacles les plus importants à l'utilisation d'une CU. D'autres pensaient qu'il était trop tard pour prendre la pilule du lendemain, ne savaient pas où se la procurer ou n'y on simplement pas pensé. Seules 11,7 % des femmes concernées (7,5 % des hommes) connaissent le délai maximum de prise d'une CU après un rapport non protégé. Un quart des femmes savent qu'elle peut être délivrée sans ordonnance [7].

Les idées reçues sur la pilule du lendemain sont fréquentes. Il existe une fausse représentation des risques potentiels, la dénomination de « pilule du lendemain » ou « du surlendemain » reste ambiguë, et elle est parfois assimilée à une pilule abortive.

En France, la prescription de la contraception d'urgence est préconisée au cas par cas dans les recommandations de la HAS de 2004 [8]. La prescription anticipée est marginale. Selon une étude réalisée en 2010 (« Freins à la prescription anticipée de la contraception d'urgence »), moins de 1 % des prescriptions de contraception d'urgence relève d'une prescription anticipée. Pour les jeunes de 18-19 ans, le coût de la méthode, la gêne de demander au pharmacien et les problèmes d'accès (pharmacies fermées le week-end, distance) sont plus souvent évoqués [24].

d) Méthodes

Elle ne doit pas remplacer une contraception régulière. Il s'agit d'un comprimé à prendre le plus tôt possible après le rapport à risque, au maximum 72 heures pour Norlevo® et 5 jours pour EllaOne®. Norlevo® est remboursée par l'Assurance Maladie si elle est prescrite par un médecin, et est gratuite pour les mineures même en l'absence de prescription médicale [7]. EllaOne® est délivrée sur ordonnance uniquement, remboursée par l'assurance maladie depuis 2010. Il n'a pas été démontré qu'EllaOne® soit plus efficace que le Norlevo® même jusqu'à 5 jours après un rapport à risque. Cependant Norlevo® à l'AMM seulement jusqu'à 72 heures [12]. Par ailleurs, selon l'HAS, après utilisation d'Ellaone®, l'efficacité de la contraception orale semble diminuée [13].

Le stérilet au cuivre peut être utilisé comme contraception d'urgence s'il est posé au maximum dans les 5 jours après l'ovulation [7].

4) Les échecs de la pilule

a) Des idées reçues et des connaissances erronées ou incomplètes

Les idées reçues sur la pilule sont largement répandues. Vingt deux pour cent des français pensent que la pilule peut rendre stérile. Vingt quatre pour cent pensent que la pilule fait systématiquement grossir. Le cycle féminin est très mal connu. Cinquante trois pour cent des français pensent qu'un rapport sexuel pendant les règles n'est pas à risque pour une grossesse. Chez les adolescentes, l'information théorique des manuels scolaires est souvent prise à la lettre (ovulation au 14^{ème} jour du cycle) alors que l'ovulation est possible à n'importe quel jour du cycle [11].

Un français sur deux ne connaît pas la durée d'efficacité d'un patch contraceptif, d'un implant, ou d'un anneau vaginal. Un jeune sur 10 n'a pas conscience que la pilule ne protège pas des infections sexuellement transmissibles. [4] [7]

Selon l'étude EPILULE, 57 % des femmes ne connaissent pas le délai d'oubli exposant à un risque de grossesse [14].

La méconnaissance de la diversité des moyens de contraception révèle le manque d'adéquation entre le contraceptif, et la vie affective et sexuelle des femmes qui l'utilisent.

b) L'utilisation incorrecte

Seules 34 % des femmes sous pilule déclarent ne jamais l'oublier. En plus des oublis, les retards de prise, les erreurs, la méconnaissance de la conduite à tenir en cas d'oubli sont des facteurs augmentant le risque de grossesse non désirée [14].

Selon l'étude CORALIANCE [15] [16], 32 % des utilisatrices de contraceptifs n'utilisent aucune méthode de rattrapage en cas d'oubli. Dans l'étude COCON, ce chiffre est de 10 %. En cas d'oubli, seules 21 % des femmes suivent les recommandations de la HAS. Soixante dix neuf pour cent des patientes pensent qu'il faut utiliser un préservatif jusqu'en fin de plaquette [14].

Les adolescentes expriment des difficultés quant-à la prise de pilule (sexualité non assumée vis-à-vis des parents, plaquettes de pilule cachées parfois hors du domicile) qui favorisent une mauvaise utilisation.

Les vomissements moins de 4 heures après la prise sont assimilés à un oubli. Selon l'étude COCON, 7,7 % des femmes enceintes sous pilule l'expliquent par des vomissements. Les diarrhées importantes peuvent entraîner un défaut d'absorption du comprimé.

Enfin certains médicaments en diminuent l'efficacité par induction enzymatique (certains neuroleptiques, anti-convulsivants, antibiotiques, antipaludéens, antiviraux, la Griséofuline, la Rifampicine, le millepertuis) [8].

c) La consultation contraception en médecine générale

Actuellement, la moitié des prescriptions de pilule sont faites par le médecin généraliste. Selon l'étude nationale EPILULE réalisée en 2003, 60,4 % des médecins interrogés délivrent une information orale sur la conduite à tenir en cas d'oubli lors de la première prescription. Quarante huit pour cent s'informent sur les oublis et seulement 1/3 de ces médecins rappellent la conduite à tenir en cas d'oubli lors du renouvellement de la pilule [14].

d) Autres

D'autres causes d'échecs sont mises en évidence : accès au praticien parfois difficile, ambivalence par rapport au désir de grossesse [17], phases de transition contraceptive, problème d'accès à l'information, déficit d'accès à une information claire et validée, non reconnaissance sociale de la sexualité des jeunes [3] [18], difficultés financières, effets indésirables gênants, prescriptions périmées [19].

5) L'IVG

a) Cadre légal

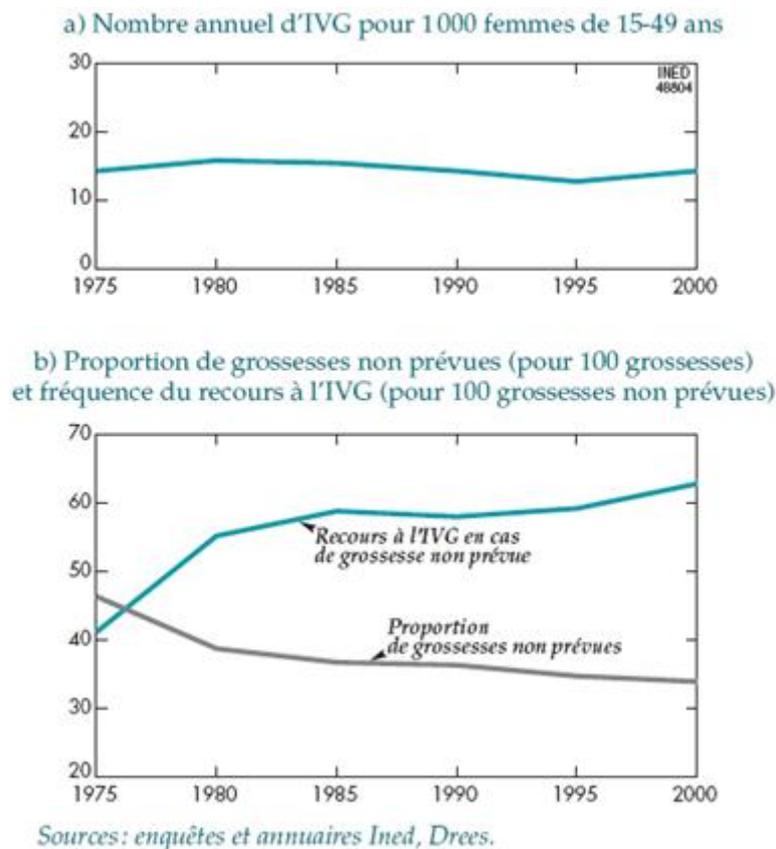
Le 21 décembre 1974, le parlement adopte la loi Veil qui autorise l'interruption volontaire de grossesse chirurgicale. Fin 1982, l'IVG est remboursée par la sécurité sociale. L'IVG médicamenteuse est autorisée en 1989 [20]. Le 4 juillet 2001, une nouvelle loi est votée, qui apporte plus de souplesse. L'entretien psychologique pré-IVG devient facultatif pour les femmes majeures. Le délai légal est porté de 12 SA à 14 SA. L'IVG médicamenteuse est autorisée par les médecins de ville sous certaines conditions. L'autorisation parentale pour les mineures n'est plus obligatoire mais la présence d'une personne majeure référente est requise [3]. En 2009, un décret étend la pratique des IVG médicamenteuses aux centres de planification familiale et aux centres de santé. En 2010, l'IVG médicamenteuse représente 47

% des IVG [12] [20], 12,1 % sont réalisées en cabinet et 0,6 % en centre de santé ou de planification familiale.

Une consultation médicale préalable à l'IVG doit être réalisée, et la grossesse datée. Un délai de réflexion de 7 jours est obligatoire, raccourci à 2 jours si le délai de 14 SA risque d'être dépassé.

b) Epidémiologie

Figure 3 : Fréquence du recours à l'IVG et fréquence des grossesses non prévues chez les femmes de 15-49 ans en France 1975-2000



Malgré la diffusion massive de la contraception, le recours à l'IVG est resté stable depuis 1975. La France est l'un des pays européens les plus avancés en matière de contraception. Elle possède le taux de fécondité le plus élevé mais aussi le nombre d'IVG le plus important [18]. En 2010, on dénombre 800 000 naissances et 350 000 grossesses non désirées ou non planifiées entraînant 200 000 IVG par an, soit 14 avortements annuels pour 1000 femmes de

15 à 49 ans [22]. 40 % des femmes y ont recours dans leur vie [3] [18]. Pourtant, l'utilisation des moyens de contraception a beaucoup évolué. En 1978, 52 % des femmes ayant un risque de grossesse non désirée ont une contraception [3] contre 91 % en 2010.

La stabilité du taux d'IVG s'explique en partie par un recours à celle-ci plus fréquent en cas de grossesse non désirée. Cette évolution rend compte de l'essor du taux de scolarité et d'activité professionnelle féminine, et du désir aujourd'hui d'une grossesse programmée dans un contexte affectif et professionnel stable [3] [21]. Aujourd'hui, 8 naissances sur 10 sont planifiées.

Le taux de recours à l'IVG est maximum entre 15 et 24 ans, où une grossesse sur deux n'est pas planifiée. Toutes les catégories sociales sont concernées [18].

Selon l'enquête COCON, pour 1/3 des femmes, la dernière grossesse n'était pas souhaitée. La moitié de ses grossesses se terminent par une IVG [4]. Lors de la survenue d'une grossesse non désirée, 28 % des femmes n'utilisent pas de contraception. Deux femmes sur 3 utilisent une contraception, 22 % une méthode naturelle, 19 % un préservatif et 23 % prennent la pilule. L'échec est alors attribué dans 60 % des cas à un oubli [18].

B – LES MOYENS MIS EN ŒUVRE POUR AMELIORER L'OBSERVANCE ET DIMINUER LE NOMBRE D'IVG

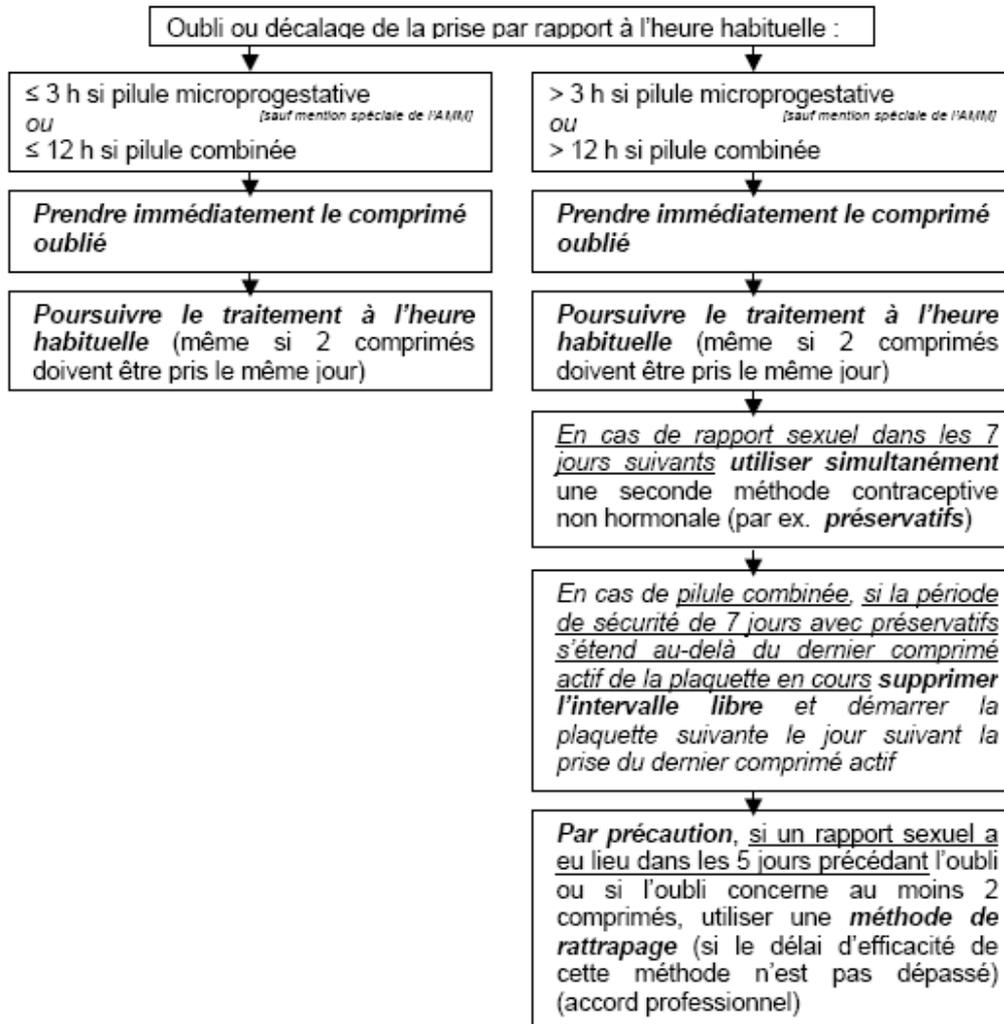
1) Les recommandations HAS

Des recommandations de pratiques cliniques ont été établies par l'HAS à l'attention des professionnels de santé en 2004. Elles rappellent les différents moyens de contraception, leurs contre-indications, leurs effets secondaires et bénéfiques. L'idée centrale de ces recommandations est d'adapter la contraception à chaque femme en fonction de sa vie affective, sexuelle et des ses envies en matière de contraception. La contraception serait ainsi mieux acceptée et mieux utilisée.

Elles suggèrent d'intégrer le couple dans le choix de la contraception, pour une meilleure adéquation avec le mode de vie et les envies de chacun. [4] [8]

Elles établissent, en ce qui concerne la contraception orale œstro-progestative, un schéma de référence simplifié sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.

Figure 4 : Recommandation HAS : Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule



2) La première consultation contraception

La première consultation au cours de laquelle la contraception est abordée devrait autant que possible être uniquement consacrée à ce sujet. En cas d'urgence, une autre consultation devra être prévue à court terme. Cette consultation doit permettre d'aborder le mode de vie, les antécédents, les différents types de contraception, afin de permettre une aide au choix le plus

adapté. En pratique, le modèle « BERGER » de l'OMS peut être retenu. Il est évoqué dans les recommandations françaises HAS de 2004. Le déroulement se fait en 6 étapes [23].

- Le « B » de « Bienvenue » est l'accueil de la patiente.
- Le « E » de « Entretien » correspond au temps de recueil des informations concernant la patiente.
- Le « R » de « Renseignement » permet de délivrer une information claire, hiérarchisée, adaptée à chaque patiente et de s'assurer de la bonne compréhension.
- Le « C » de « Choix » revient à la patiente
- Le « E » de « Explication » permet de discuter autour de la méthode choisie
- Le « R » de « Retour » correspond aux consultations de suivi afin de réévaluer la méthode et son utilisation, au besoin de changer le mode de contraception.

Ainsi, si la contraception est un choix de la patiente ou du couple, il semble que celle-ci soit bien acceptée et l'observance est meilleure [8].

Une attention particulière doit être apportée aux adolescentes. Elles peuvent être reçues sans leurs parents (même si leur évocation au cours de la discussion est importante) et doivent être assurées de la confidentialité de la consultation. Leur sexualité doit être abordée sans à priori. Il faut adapter le discours à l'âge et à la compréhension, ne pas hésiter à reporter l'examen gynécologique et le bilan sanguin, aborder la conduite à tenir en cas d'oubli, et expliquer les méthodes de rattrapage possible. Il faut informer sur les IST [23].

3) Les campagnes d'information

L'INPES a élaboré de nombreuses campagnes d'information à l'attention du grand public.

La campagne « la meilleure contraception c'est celle que l'on choisit » est proposée en 2007.

Des spots publicitaires sont diffusés à la télévision sur le thème « il y a pleins de façons de

s'aimer, il y a pleins de moyens de contraception » et à la radio sur des stations destinées plus particulièrement aux jeunes.

Des messages sur la contraception sont également insérés dans le carnet de santé de la maternité ainsi que dans le dossier guide de l'IVG.

Un site internet grand public a été créé répondant aux questions sur la sexualité et la contraception www.choisirsacontraception.fr [42].

Des brochures « mémo » sont distribuées via la presse people féminine.

Un numéro gratuit a été créé pour répondre aux questions sur la contraception, les interlocuteurs sont disponibles 7 jours sur 7 de 8 heures à minuit [4].

Des outils sont mis à disposition des médecins afin d'améliorer les pratiques avec des guides d'aide à la prescription et des kits pour salle d'attente.

Devant la persistance de la stabilité du taux d'IVG, une nouvelle campagne a été lancée en 2012. Elle est axée sur une adaptation de la contraception à chaque femme pour une meilleure adéquation avec leurs désirs et leur mode de vie. De nouveaux spots publicitaires grands publics sont diffusés, notamment de petits films destinés plus particulièrement aux adolescents sur le thème « Faut-il que les garçons tombent enceintes pour que la contraception nous concernent tous ». Une fiche pratique « La contraception, comment la personnaliser » est distribuée aux professionnels de santé. Une carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? » peut être remise aux patientes.

Figure 5 : Cartes conseils à remettre aux patientes proposées par l'INPES

Que faire en cas d'oubli de pilule ?
Il faut réagir vite.

Nom de votre pilule :

Votre plaquette contient des comprimés inactifs (derniers comprimés de la plaquette) : oui non nombre

Délai au-delà duquel il existe un risque de grossesse : 3 h 12 h

Si le décalage est inférieur au délai ci-dessus, prenez immédiatement le comprimé oublié (2 comprimés peuvent être pris le même jour), puis les comprimés suivants à l'heure habituelle. Il n'y aura pas de risque de grossesse.

* Recommandations de la HAS. La notice de votre pilule peut donner des indications différentes. En cas de doute ou d'incompréhension, demandez conseil à un professionnel de santé.

413 899 110

Si vous avez dépassé le délai indiqué sur la carte
Pour retrouver une contraception efficace,
il faut au moins 7 jours de comprimés actifs en continu après l'oubli.

- 1 Prenez immédiatement le dernier des comprimés oubliés et poursuivez la plaquette à l'heure habituelle.
- 2 Utilisez des préservatifs pendant 7 jours.
- 3 Si l'oubli concerne 1 des 7 derniers comprimés actifs, poursuivez la plaquette jusqu'à la fin des comprimés actifs, puis enchaînez avec la plaquette suivante (sans jour d'interruption ou sans prise de comprimé inactif).

En cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli,
prenez la contraception d'urgence.



Pour plus d'information ou pour être aidée, rendez-vous chez votre pharmacien, dans un centre de planification ou sur www.choisirsacontraception.fr

4) La formation des médecins

Des formations pour les internes ont lieu dans les départements de médecine générale, type « séminaires santé de la femme » ou ECOS. Des formations professionnelles continues sont organisées. En 2006 par exemple, le Collège National des Généralistes Enseignants en partenariat avec la Direction Générale de la Santé, a organisé une formation destinée aux médecins généralistes enseignants afin d'améliorer les connaissances, l'information, la prescription et le suivi de la contraception. La cible était les médecins généralistes enseignants pour que le message puisse être ensuite relayé vers les généralistes non enseignants et les étudiants [25].

5) La délivrance aux mineures sans autorisation parentale

La prescription de la contraception est autorisée pour les mineures sans autorisation parentale. En décembre 2012, la loi 2012-1404 (art 52) du code de santé publique est votée pour que la délivrance et la prise en charge de la contraception chez les mineures soient protégées par le secret médical. La gratuité de la contraception permettra ainsi d'éviter l'information aux parents par le biais des données sur le remboursement par l'assurance maladie. Cependant, cette mesure n'est pas encore valable pour les examens complémentaires notamment bilan sanguin [13].

6) Le Quick start

Il s'agit de commencer la pilule le jour de la consultation où elle est prescrite, alternative intéressante en cas « d'urgence ». Il n'est pas nécessaire d'attendre le premier jour des prochaines règles pour commencer la pilule. La contraception est alors efficace au bout de 7 jours. Il faut prévoir une autre protection durant ce délai [10][13].

7) Le dépannage par les pharmacies

Il est autorisé depuis 2008, applicable depuis 2010. Les pharmaciens sont autorisés à dispenser une quantité de contraceptif jusqu'à un total correspondant à 6 mois de prise, sur présentation d'une prescription périmée mais datant de moins d'un an. Les contraceptifs concernés sont les œstro-progestatifs oraux sauf ceux contenant de la cyprotérone. Les contraceptifs inscrits sur la liste des spécialités remboursables par la sécurité sociale sont toujours pris en charge dans cette situation [12].

8) Prescription de la pilule par les sages-femmes et les infirmiers

La dernière modification législative de la loi Neuwirth, en 2004, autorise les sages femmes à prescrire une contraception aux femmes en post-partum ou en post-abortum [4].

Les infirmiers sont autorisés « à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an (...) pour une durée maximale de six mois » (art. L. 43311-1 du code de santé publique). Par ailleurs, depuis 2001, les infirmières scolaires peuvent délivrer la pilule du lendemain [12].

9) Le « Pass'contraception »

Depuis 2009, l'initiative du « pass'contraception » est lancée. C'est un programme proposé par les conseils régionaux, qui a débuté en Poitou Charente, mis en place en Ile de France en 2011. Il concerne les jeunes de 15-16 ans, en seconde ou niveau équivalent. Il se présente sous forme de chéquier et permet l'accès à une première contraception gratuite et anonyme. Cinq chèques le composent : le premier pour une consultation chez un médecin généraliste/sage femme/gynécologue/centre de planification familiale, le deuxième pour une prise de sang, le troisième pour obtenir le contraceptif choisi avec le praticien dans une pharmacie, le quatrième pour une consultation de contrôle et le cinquième pour le renouvellement de la contraception [26]. L'évaluation de ce dispositif est en cours.

A noter, pour les adolescents, la circulaire 98-237 de 1998, instaure 2 heures obligatoires d'éducation sexuelle pour les élèves entre la 4^{ème} et la 3^{ème}.

10) La délivrance de la pilule du lendemain

Depuis 1999, la contraception d'urgence sous forme de « pilule du lendemain » peut être délivrée par les pharmaciens sans prescription médicale. La loi de décembre 2000 (2000 - 1209 avec décret 2002-39 du 09 janvier 2002) autorise la dispensation anonyme et gratuite de la pilule du lendemain aux mineures par les pharmaciens et les infirmières scolaires [27].

Certains médecins prescrivent la contraception d'urgence en même temps que la contraception habituelle.

C – LA CONTRACEPTION DANS LES AUTRES PAYS DEVELOPPES

1) La contraception

a) *Epidémiologie*

L'âge du premier rapport varie selon les cultures et l'éducation religieuse. Il est plus tardif en Italie et dans les Pays Baltes.

L'âge de la première contraception varie de 16,7 ans à 19,8 ans. Dans les Pays scandinaves et en Allemagne, 50 % des adolescents débutent une contraception avant l'âge de 16 ans, contre 16 % dans les Pays Baltes et en Italie [27].

L'utilisation, les méthodes et la disponibilité de la contraception varient beaucoup d'un pays européen à l'autre. En Lituanie, Moldavie, Ukraine la prévalence de l'utilisation d'une contraception efficace est de 20 à 23 %. Alors qu'au Danemark, en Norvège et en Suède, cette prévalence est de 74 à 78 %. Il est difficile de comparer la contraception dans les pays d'Europe, les méthodologies et les périodes d'observation sont différentes selon les études, et chaque pays a des lois différentes en matière de contraception [29].

Il existe une nette différence entre l'Europe de l'ouest, où une grande palette de moyens de contraception est disponible, et l'Europe centrale et de l'est, où l'accès à la contraception est très limité. Il n'existe pas de politique européenne en matière de contraception. Dans les pays les plus pauvres, le prix de la contraception est une barrière importante. En Pologne par exemple aucune pilule œstro-progestative n'est remboursée même partiellement.

La pilule reste la première méthode efficace réversible utilisée quelque soit le pays d'Europe.

Le stérilet arrive en seconde position.

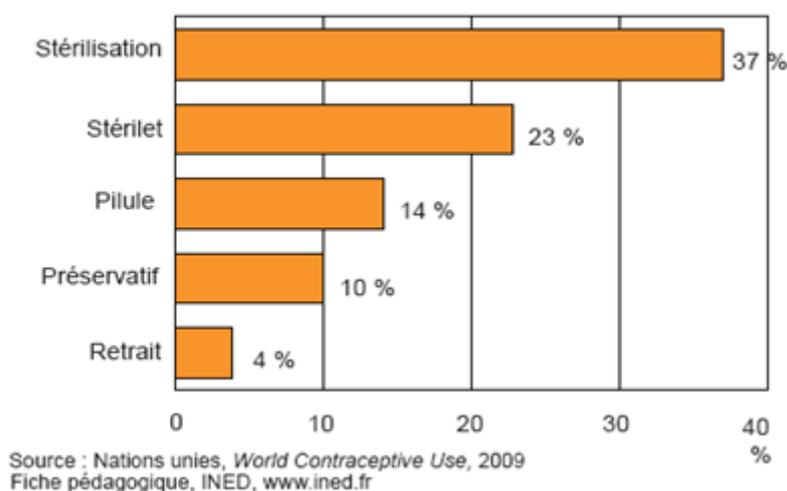
L'implant est disponible en Europe de l'ouest, son utilisation est très limitée dans les pays d'Europe centrale et de l'est. Il n'est pas disponible en Albanie, Bulgarie, Biélorussie, Croatie, Chypre, Pologne et Russie.

Le préservatif masculin est disponible et utilisé dans tous les pays d'Europe. Le préservatif féminin n'est disponible qu'en Europe de l'ouest.

La contraception d'urgence n'est pas disponible en Croatie/Chypre/Malte, disponible sur prescription uniquement dans de nombreux pays d'Europe, disponible sans prescription en Angleterre/Scandinavie.

Le taux de stérilisation en Europe de l'est est très bas, de 0 à 6 %, très variable dans les pays d'Europe de l'ouest, 27 à 39 % en Belgique/Pays-Bas/Angleterre et 10 à 20 % dans les autres pays [29]. Lorsqu'on sort de l'Europe, la stérilisation est le premier moyen de contraception utilisé, le stérilet et la pilule arrivent ensuite.

Figure 6 : Méthodes de contraception les plus utilisées dans le monde (pour 100 couples mariés utilisant une contraception en 2007)



b) Conditions de prescription

Les conditions de prescription varient également d'un pays à l'autre.

En Allemagne par exemple, la prescription médicale est obligatoire y compris pour la contraception d'urgence quelque soit l'âge de la patiente. Seuls les préservatifs sont disponibles sans ordonnance. La contraception est gratuite jusqu'à 18 ans. L'autorisation des deux parents est nécessaire avant 14 ans, et recommandée entre 14 et 16 ans.

En Autriche, la pilule et le stérilet sont sur prescription médicale. La contraception d'urgence ne nécessite pas de prescription. Tous les contraceptifs sont payants et non remboursés.

En Belgique, la pilule et le stérilet sont sur prescription médicale. La contraception d'urgence est disponible sans prescription. Aucune autorisation n'est nécessaire chez les mineures et la contraception est gratuite jusqu'à 21 ans. Les adolescents reçoivent des « bons » de 3 euros (ce qui représente le coût mensuel d'une pilule de deuxième génération) fournis par les mutuelles, le planning familial ou l'assurance maladie. Les adolescents peuvent alors se procurer n'importe quel moyen de contraception. Ces bons disponibles depuis 2004 ont remportés un grand succès.

D'autres pays tels que la Bulgarie proposent peu de solutions contraceptives, ne dispensent pas d'informations, seuls les gynécologues peuvent les prescrire et ils ne sont pas remboursés [27].

c) Les recommandations sur l'oubli de pilule

Chaque pays dispose de recommandations propres. Ces recommandations cherchent toujours à couvrir un maximum de situations à risque mais leur exhaustivité les rend souvent complexes.

Les recommandations de l’OMS prennent en compte le dosage d’œstrogènes, le nombre de comprimés oubliés et le moment de l’oubli [30]. L’oubli est défini comme un retard de 24 heures. Aucune précaution n’est nécessaire en cas d’oubli d’un comprimé unique (pas de pilule du lendemain ni de préservatifs), sauf si l’oubli a lieu dans la première semaine de la plaquette.

Au Pays Bas ou au Canada, les recommandations sont proches de celles de l’OMS [31]. Seul le dosage de l’œstrogène dans la conduite à tenir en cas d’oubli a été supprimé de ces recommandations [30].

L’OMS et les sociétés de gynécologie et d’obstétrique de certains pays, dont le Canada, recommandent la prescription anticipée de la contraception d’urgence aux femmes en âge de procréer.

2) L’IVG

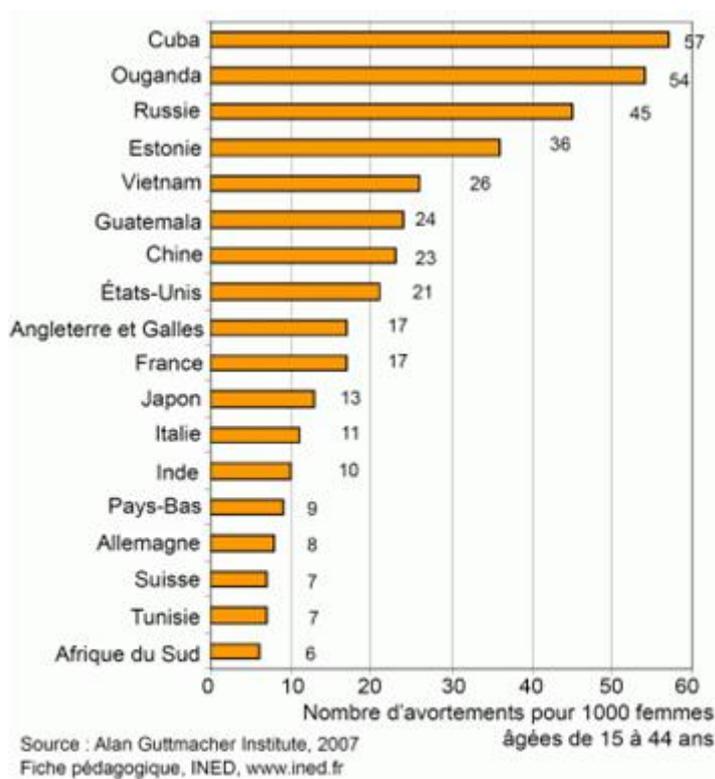
a) Généralités

L’âge moyen de la première grossesse est en recul. Il est de 28 à 30 ans avec paradoxalement une augmentation du nombre de grossesse chez les adolescentes.

Dans le monde, environ 1 grossesse sur 4 est interrompue volontairement, ce qui représente plus de 40 millions d’IVG par an. L’OMS considère que 48 % des avortements provoqués sont réalisés dans de mauvaises conditions. 97 % de ces avortements ont lieu dans des pays où l’IVG est interdite. Ils entraînent la mort de 70 000 femmes par an [32].

En 2007, le nombre d’IVG en Europe est de 1,2 millions soit 1 avortement toutes les 25 secondes.

Figure 7 : Taux d'avortement dans quelques pays du monde en 2003



b) En Europe

Dans les 27 pays de l'union européenne, l'IVG n'est totalement interdite qu'à Malte. En Pologne, en Irlande, en Espagne ou à Chypre, l'IVG n'est autorisée que pour des raisons strictes mettant en cause la santé des mères, si l'enfant présente une anomalie ou en cas de viol. Ainsi 5000 femmes irlandaises vont chaque année aux Etats Unis pour pratiquer une IVG, et il y aurait de 90 000 à 190 000 IVG illégales en Pologne [29]. En Finlande, au Royaume Unis et au Luxembourg, l'IVG est autorisée pour les mêmes motifs ou pour des raisons socio économiques. Dans les autres pays de l'Union Européenne, l'IVG est autorisée sur simple demande de la femme. Cependant même dans les pays où les motifs de recours à l'IVG sont théoriquement non restrictifs, l'accès y est toujours difficile.

L'IVG est en général autorisée jusqu'à 12 semaines de grossesse, sauf au Portugal et en Slovénie jusqu'à 10 semaines, en Suède jusqu'à 18 semaines, en Finlande jusqu'à 20

semaines et au Royaume-Uni jusqu'à 24 semaines [20]. Ainsi, comme pour la contraception, les données concernant l'IVG peuvent être difficiles à comparer d'un pays à l'autre.

On note tout de même dans certains pays d'Europe, une diminution du taux d'IVG. Les pays scandinaves et le Danemark accordent une haute priorité à la promotion et à l'amélioration de l'accès à l'information et aux conseils sur la contraception. L'opinion publique ne véhicule pas de message paradoxal concernant la sexualité surtout chez les adolescents. La planification familiale concerne toute la population sans distinction d'âge, de revenu, de zone géographique. Cette attitude ainsi que la mise en place de centres de planning familial dans tous leurs cantons, ont permis par exemple au Danemark une diminution de 30 % des IVG [28].

En Allemagne, le taux d'avortement est, en 2003, de 8 ‰ femmes de 15 à 44 ans selon l'INED. Ce chiffre est d'un point inférieur à celui des Pays-Bas, ce qui en fait le pays où le taux d'avortement est le plus faible d'Europe. Cependant la comparaison entre les deux pays est difficile. Plusieurs paramètres diffèrent et sont à prendre en compte. La loi allemande interdit l'IVG. L'IVG est cependant accessible sur simple demande et non condamnable jusqu'à 12 semaines de grossesse. Le coût est à la charge de la femme. Les hypothèses sur le faible taux d'IVG qui permettent peu de comparaison avec les Pays-Bas sont :

- Les femmes prennent moins de risque car l'IVG reste difficile d'accès et elle est coûteuse
- Pour les mêmes raisons, une fois la grossesse débutée, même si elle n'est pas prévue, les femmes ont moins recours à l'IVG
- De nombreuses femmes allemandes ont recours à l'IVG aux Pays-Bas du fait des exigences procédurales imposées par la loi

- Il existe un conseil obligatoire avant toute IVG dans le sens de la protection du droit à la vie qui modifie les décisions des patientes
- Les prestations sociales ont été améliorées pour les femmes enceintes et les enfants

Ainsi il n'y a pas moins de grossesses non désirées mais le recours à l'IVG est moins fréquent. Le nombre d'IVG a tout de même diminué suite à la prise en charge gratuite des soins et de la contraception pour les femmes de moins de 20 ans [33].

c) Au Canada et aux Etats-Unis

Au Canada, les données sont très variables d'une province à l'autre, difficiles à comparer au sein même du pays.

Aux Etats Unis, le taux d'avortements provoqués en 2004 a diminué jusqu'à 20 ‰ femmes de 15 à 44 ans, après avoir atteint un pic de 29 ‰ en 1989. L'IVG est autorisée depuis 1974 par la loi « Roe vs Wade ». Les états n'ont pas le droit de légiférer pour interdire l'avortement. Selon le « Alan Guttmacher Institute », 49 % des grossesses chez les américaines sont non désirées. La moitié de ces grossesses donne lieu à une IVG. Le taux d'IVG est très différent selon les communautés. Les femmes afro-américaines sont 3 fois plus à risque de subir un avortement, et les femmes hispaniques sont 2 fois plus à risque de subir un avortement que les femmes blanches américaines [33].

A noter contrairement à tous les autres pays développés, les IVG ont diminué chez les 15-19 ans. Le taux est passé de 42 ‰ en 1989 à 20 ‰ en 2004. Cette baisse est notée depuis une plus grande utilisation des contraceptifs, et de façon plus anecdotique par l'activité militante des groupes pro-vie prônant l'abstinence [33].

3) Les Pays-Bas : un exemple en matière de maîtrise des naissances et de planification familiale

Les Pays-Bas représentent le pays où le taux d'avortement est le plus faible parmi les pays développés, alors que l'IVG est aujourd'hui légale et gratuite, et que le taux de natalité est élevé.

Le taux d'avortement en 1991 est de 5,6 ‰ femmes de 15 à 44 ans, soit 19600 avortements par an. L'avortement a été libéralisé entre 1967 et 1972. Le taux d'avortement a légèrement augmenté après la libéralisation. Ce taux diminue rapidement et se stabilise dès 1980. Il se situe depuis entre 5 et 7 ‰. On note toutefois une légère augmentation dans les années 1990 attribuée à l'immigration d'une population étrangère moins utilisatrice de contraception, 9 ‰ selon l'INED en 2003 [32].

Plusieurs facteurs expliquent que la planification familiale a été plus rapidement et mieux acceptée aux Pays Bas :

- Les moyens de contraception efficaces (la pilule et la stérilisation) sont utilisés dès les années 1960. La pilule est officiellement autorisée en 1963 et la stérilisation est très bien acceptée. En 1980, 58 % des néerlandais utilisent des moyens de contraception efficaces, dont déjà 20 % sont stérilisés (en comparaison, 41 % des français utilisent une contraception efficace dont 4 % la stérilisation). Les Néerlandais sont sûrs de la taille désirée de leur famille et recourent facilement à la stérilisation une fois le nombre d'enfants voulus atteints. Le pourcentage de stérilisation a augmenté chaque années jusqu'en 1980 puis a diminué en raison d'une meilleure image de la contraception orale ainsi qu'un recul de l'âge des grossesses, ce qui recule d'autant l'âge de la stérilisation.

- Le pays est fortement peuplé et des projections effrayantes de croissance démographique, entraînent une peur de la surpopulation. Le sentiment général des néerlandais est que la croissance doit être ralentie.
- On observe une évolution rapide entre 1965 et 1975 des valeurs sur la sexualité et la famille permise par une croissance économique importante avec transition d'une économie agricole à une économie moderne. Il existe aux Pays Bas une culture de la planification familiale très développée. Actuellement, 95 % des premières naissances sont planifiées et seulement 2 % des naissances sont entièrement non désirées.
- L'influence des églises a décliné.
- Le niveau général d'instruction a augmenté.
- Les médecins généralistes sont fortement impliqués dans le contrôle des naissances dès les années 60. La planification familiale est très vite intégrée dans les soins primaires alors que les autres pays laissent ce soin aux gynécologues et cliniques privées. L'accès à la contraception est donc rapidement simplifié.
- Le système public d'assurance maladie intègre la planification familiale dès 1971. La pilule, le stérilet et le diaphragme sont gratuits. Deux ans plus tard, la stérilisation est également intégralement remboursée. Les cliniques de planning familial sont subventionnées par le gouvernement.
- L'association néerlandaise pour la réforme sexuelle est puissante et riche, avec 200 000 membres dès 1960. Elle a fait pression sur le gouvernement pour élaborer des programmes d'éducation sexuelle.
- Une stratégie d'information très efficace est mise en place à l'intention des adolescents. Le taux de grossesse chez les adolescentes est plus faible que dans tous les autres pays européens. Il est passé de 20 ‰ en 1968 à 8 ‰ en 1989, alors que l'activité sexuelle des adolescents augmente. Ceci ne suffit pas au gouvernement qui

développe des programmes spéciaux : éducation sexuelle à tous les niveaux scolaires, discussions ouvertes sur la sexualité, campagnes d'information dans les médias. Les médias ont un rôle positif et majeur. Ils permettent de briser les tabous en matière de sexualité. Les télévisions, radios et magazines abordent le sujet très ouvertement. Les campagnes d'informations sont réalisées à très grande échelle et ciblent essentiellement les adolescents. Elles véhiculent une information positive, non moralisatrice, utilisant le langage des adolescents, plutôt humoristique et sont largement acceptées. Les campagnes contre le SIDA délivrent le message « pilule + préservatif ». Par ailleurs l'accès à la contraception est facile pour les adolescents, strictement confidentiel, sans limite inférieure d'âge, gratuite et l'examen vaginal n'est pas nécessaire. La combinaison de ces facteurs permet une utilisation massive d'une contraception efficace par les adolescents. Les méthodes naturelles sont passées de 16 à 11 % tandis que la pilule est passée de 11 à 67 %, avec une baisse spectaculaire des grossesses chez les adolescentes.

- La contraception d'urgence est bien connue et gratuite. Elle est mentionnée dans toutes les informations grand public sur la sexualité.

En conséquence, la contraception efficace a été largement bien acceptée avant la légalisation de l'avortement. D'autant que la légalisation de l'IVG a été un long processus de 1970 à 1984 pendant lequel la contraception a toujours été décrite comme la meilleure solution pour éviter une IVG. En raison de la majorité au gouvernement du parti démocrate chrétien, les tentatives de légalisation de l'avortement ont souvent été un échec. Le gouvernement néerlandais s'est donc axé de façon très importante sur les moyens de prévention, d'éducation sexuelle et de communication.

Pendant cette période, même si l'IVG n'est pas légalisée, les femmes peuvent tout de même y avoir recours. Après une IVG, la femme repart avec un conseil complet et une prescription de contraception efficace. Les femmes recourant à une seconde IVG sont rares. [34]

L'IVG est légalisée aux Pays-Bas depuis 1981.

D – LE CONSEIL MINIMAL

1) Principe

Il s'agit d'une intervention brève et systématique, sous forme de conseil, qui doit être proposée à tous les patients quelque soit le motif de la consultation. L'efficacité est prouvée par rapport à l'absence d'intervention. Les interventions courtes, de moins de 3 minutes augmentent l'efficacité [35].

2) L'application en médecine générale

L'application du conseil minimal en médecine générale se fait pour le tabac [46][47]. Selon les recommandations de la HAS, tous les patients devraient être interrogés sur leur consommation de tabac, et leur statut tabagique devrait être documenté régulièrement. Cette pratique augmente de façon significative les taux d'intervention d'aide au sevrage tabagique d'une part et les tentatives d'arrêt d'autre part.

Cette approche paraît « simpliste » mais son efficacité a été prouvée, qu'elle soit suivie ou non d'une intervention intensive. Conseiller l'arrêt du tabac et proposer une aide à tous les fumeurs, qu'ils soient prêts ou non à arrêter de fumer, augmente de 2% le taux de sevrage tabagique spontané à long terme.

L'efficacité est prouvée par rapport à l'absence de conseil.

Si chaque médecin généraliste pratiquait ce conseil minimal, il y aurait 200 000 arrêts soutenus (6 mois) par an en France. L'efficacité serait plus grande que l'ensemble des consultations d'aide au sevrage tabagique [35].

Le conseil minimal paraît d'autant plus efficace s'il est associé à des actions de prévention collective.

3) Pourquoi ça marche ?

Le conseil minimal doit pouvoir être pratiqué à chaque consultation. Il respecte certains principes pour être accepté à la fois par le patient et par le médecin. La brièveté permet au médecin de le proposer sans « perte de temps », le temps moyen d'une consultation étant de 16 minutes. La rapidité du message permet au patient d'être attentif. Il attend de son médecin des soins en rapport avec son motif de consultation et sera donc d'autant plus ouvert à un conseil de prévention si celui-ci est rapide et simple à assimiler. Le message doit être clair et accessible à tous, quelque soit le niveau socioculturel. Le conseil doit être simple à mettre en place, reproductible à chaque consultation, fondé sur des données fiables.

L'expérience positive du conseil minimal dans le domaine du sevrage tabagique suggère que son application est possible dans d'autres domaines en médecine générale.

MATERIEL ET METHODE

A – OBJECTIF

L'objectif principal de la thèse est d'appliquer le conseil minimal à la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et de créer un outil de prévention validé et standardisé pour l'optimisation des pratiques en médecine générale. Cet outil permettrait d'améliorer les connaissances des patientes afin d'optimiser l'utilisation de la pilule et la gestion des oublis.

L'objectif secondaire est de dépister des profils de femmes à risque de mauvaise observance afin d'adapter au mieux le type de contraception à chacune et donc de diminuer le nombre de grossesses non désirées.

B – HYPOTHESES

Une corrélation semble établie entre IVG et oubli de pilule [1]. Une corrélation semble établie entre oubli de pilule et mauvaise information médicale [14]. Une corrélation semble donc probable entre IVG et mauvaise information médicale.

Une corrélation est établie entre un conseil minimal systématique et l'évolution des conduites à risque [8] [35], en ce qui concerne le tabac.

La question posée est donc peut-on améliorer l'observance de la contraception orale en optimisant le conseil médical par un conseil minimal systématique ?

C – METHODE

1) Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective contrôlée randomisée.

2) Critères d'inclusion

- Femmes de plus de 16 ans fertiles déjà sous contraception orale œstro-progestative (quelque soit la génération de la pilule et le nombre de comprimé de la plaquette) ou

progestatif micro-dosé (Cérazette[®] ou générique), se présentant pour une consultation quelque soit le motif.

- Accord pour participer à l'étude

3) Critères de non-inclusion

- Refus de la patiente ou des parents si elle est mineure
- Femmes prenant tout autre moyen de contraception que ceux cités précédemment, y compris le progestatif micro-dosé Microval[®] (dont le délai d'oubli à risque est de 3 heures) afin de simplifier l'analyse des résultats de notre étude.
- Femmes ménopausées, jeunes filles de moins de 16 ans
- Femmes consultant pour une primo-prescription de pilule. Chaque médecin a ses pratiques de prescription pour une contraception. Les informations concernant l'oubli de pilule sont en général données lors de cette première consultation, qu'elles soient orales et/ou écrites. Il ne serait pas éthique de priver une patiente de ces informations si elles se retrouvent dans le groupe « sans conseil ».

4) Déroulement de l'étude

a) Première partie

Un questionnaire de renseignements généraux, une fiche de conseil minimal systématique sur la conduite à tenir en cas d'oubli, et un calendrier de recueil d'observance sont établis.

L'idée initiale est de remettre à toutes les patientes le questionnaire et le calendrier d'observance avec le recueil des heures de prise quotidienne de la pilule sur 3 mois. Un groupe de patiente reçoit la fiche de conseil minimal systématique, l'autre groupe ne reçoit pas d'information. Les calendriers des deux groupes sont comparés et les deltas moyens entre heure officielle et heure réelle de prise sont calculés.

Les patientes sont randomisées grâce au logiciel de randomisation du LBEIM (Laboratoire de Bio-statistique, Epidémiologie et Information Médicale) de la Faculté de Tours.

Le questionnaire est testé sur 10 patientes afin de vérifier l'acceptabilité et la faisabilité en consultation.

Lors de la consultation :

- Quelque soit le motif de la consultation d'une femme âgée de plus de 16 ans, le médecin demande à la patiente son mode de contraception.
- Si la patiente correspond aux critères d'inclusion, le médecin lui propose de participer à une étude sur la contraception sans en dévoiler le motif précis (à savoir le conseil minimal et la conduite à tenir en cas d'oubli) afin de limiter les biais. Il explique le déroulement de l'étude, avec la nécessité de répondre au questionnaire de renseignements, de remplir le calendrier d'observance et de le renvoyer.
- Si la patiente accepte, elle est alors randomisée. Un numéro correspondant à la randomisation est noté sur le questionnaire.
- Elle remplit le questionnaire.
- Le médecin prend le temps nécessaire pour faire le point sur le motif de la consultation si celui-ci n'est pas la contraception.
- Si la patiente fait partie du groupe A, le médecin délivre ensuite le conseil minimal et remet une carte (format carte de visite) rappelant ces conseils simplifiés en 4 phrases.
- Si la patiente fait partie du groupe B, le médecin ne délivre pas de conseil ni de carte.

Cette méthodologie demandait une implication quotidienne des patientes sur 3 mois ainsi que le renvoi ou le retour des calendriers par les patientes elle-même.

Devant le peu de retours obtenus après quelques mois de recueil, la méthodologie a été modifiée.

b) Seconde partie

L'hypothèse reste la même, les objectifs également.

Le questionnaire de renseignements et le conseil minimal restent identiques. Les critères d'inclusion et de non-inclusion également.

La participation à la première partie de l'étude représente un critère d'exclusion. Une nouvelle randomisation est établie avec le même logiciel. Le conseil délivré ne change pas, il s'agit toujours du conseil de 4 phrases. Le groupe A est toujours celui qui reçoit le conseil minimal, le groupe B celui qui n'a pas de conseil.

Le questionnaire est complété par une partie sur les connaissances des femmes sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, qui permettra d'évaluer l'impact du conseil minimal.

Le questionnaire est testé sur 10 nouvelles patientes, puis l'étude est débutée.

Les femmes sont ensuite recontactées par téléphone au bout de 3 mois +/- 15 jours. Elles doivent donner leur accord pour ce rappel. Lors du rappel téléphonique, les questions sur les connaissances de la patiente sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule sont posées comme en consultation.

Au moment du rappel, le médecin qui recontacte les patientes ne sait pas si elles ont eu le conseil minimal ou non. Si la patiente ne répond pas, un message est laissé sur le répondeur, ne dévoilant pas le motif exact du rappel.

Afin d'évaluer la réelle efficacité du conseil minimal délivré pendant la consultation, les patientes sont interrogées pour savoir si elles se sont renseignées sur la pilule et la conduite à tenir en cas d'oubli depuis la dernière consultation.

c) Durée de l'étude

L'étude complète s'est déroulée de décembre 2011 à juin 2013. L'étude, après modification de la méthodologie, prise en compte pour l'analyse des résultats s'est déroulée de novembre 2012 à juin 2013.

d) Médecins participants

Quatre médecins dans 4 cabinets différents ont participé au recueil des résultats. Les 4 cabinets se situent dans des villes différentes, 3 en milieu urbain, un en milieu semi-rural. Trois médecins sont des femmes, le quatrième est un homme. Trois médecins exercent en cabinet de groupe, 1 médecin exerce seul. Un des médecins est maître de stage. Un des cabinets est un cabinet de maître de stage, le médecin de ce cabinet participant à l'étude est un médecin remplaçant.

Toutes les patientes ont été rappelées par le même médecin (moi-même).

e) Analyse des résultats

Les résultats obtenus sont analysés grâce au logiciel Sphinx. Le test statistique final est obtenu grâce au logiciel R 2. 3. 1.

f) Paramètres étudiés

Le paramètre étudié principal est le pourcentage de bonnes réponses au questionnaire concernant les connaissances sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule par rapport aux recommandations de l'HAS de 2004. Ces « bonnes réponses » constituent le conseil minimal et sont rappelées sur la carte de conseil.

- Délai d'oubli à risque 12 heures
- Nécessité de prendre une contraception d'urgence en cas de rapport sexuel non protégé dans les 5 jours avant l'oubli à risque
- Nécessité de l'utilisation des préservatifs dans les 7 jours après l'oubli

- Suppression de l'intervalle libre (ou des comprimés placebos) en cas d'oubli à risque concernant un des 7 derniers comprimés actifs de la plaquette
- Délai maximum pour prendre une contraception d'urgence de 5 jours après un rapport à risque

On compare ensuite le delta du nombre de bonnes réponses entre la première consultation et le rendez-vous téléphonique à 3 mois dans les deux groupes informées/non informées, afin d'évaluer l'efficacité du conseil minimal.

Chaque question est évaluée séparément, puis un score est établi pour la totalité du questionnaire.

Les autres paramètres étudiés sont les facteurs favorisant l'oubli de pilule et les facteurs favorisant des connaissances correctes concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.

RESULTATS

A – NOMBRE DE PARTICIPANTES

Au total 134 questionnaires ont été recueillis. Un questionnaire n'est pas exploitable, la moitié du questionnaire n'étant pas remplie. Une patiente a refusé de participer à l'étude par manque de temps.

Lors du rappel, les patientes ont répondu favorablement. Certaines ont du être rappelées plusieurs fois afin d'obtenir une réponse (répondeur ou demande par la patiente elle-même pour non disponibilité au moment de l'appel). En cas d'indisponibilité, un message était laissé sur le répondeur. Après 5 rappels, les patientes ne sont plus rappelées.

Au total, 127 réponses exploitables ont été obtenues lors du rappel. Six patientes sont perdues de vue (1 numéro de téléphone erroné, 5 patientes injoignables)

Soixante et onze patientes (53,4 %) se trouvent dans le groupe A, 62 patientes (46,6 %) se trouvent dans le groupe B. Parmi les 6 patientes perdues de vue, 3 patientes font partie du groupe A et 3 patientes font partie du groupe B.

Tableau 1 : Tableau de randomisation - Comparaison des groupes

		GROUPE A (n = 71)	GROUPE B (n = 62)
<i>MOYENNE D'AGE</i>		27,79 ans	28,06 ans
<i>SITUATION FAMILIALE</i>	mariée, vivant en couple	53,5 % (n = 38)	53,2 % (n = 33)
	en couple vivant seule	21,1 % (n = 15)	25,8 % (n = 16)
	Célibataire	25,4 % (n = 18)	21 % (n = 13)
<i>ETUDES</i>	≤ Bac	22,5 % (n = 16)	40,3 % (n = 25)
	≥ Bac + 2	77,5 % (n = 55)	59,7 % (n = 37)
<i>PROFESSION</i>	Cadre	12,7 % (n = 9)	3,2 % (n = 2)
	Profession intermédiaire	22,5 % (n = 16)	16,1 % (n = 10)
	Employée	35,2 % (n = 25)	46,8 % (n = 29)
	Ouvrière	4,2 % (n = 3)	1,6 % (n = 1)
	Chomeuse ou inactive	25,4 % (n = 18)	32,3 % (n = 20)
<i>NOMBRE D'ENFANT</i>	Sans enfant	63,4 % (n = 45)	51,6 % (n = 32)
	1 enfant	18,3 % (n = 13)	22,8 % (n = 14)
	≥ 2 enfants	18,3 % (n = 13)	25,8 % (n = 16)
<i>ANTECEDENT</i>	Aucun	57,7 % (n = 41)	61,3 % (n = 38)
<i>TRAITEMENT</i>	Aucun	69 % (n = 50)	72,1 % (n = 45)

<i>TYPE DE PILULE</i>	2ème génération	43,7 % (n = 31)	41,9 % (n = 30)
	3ème génération	49,3 % (n = 35)	41,9 % (n = 30)
	Micro-progestatif	7 % (n = 5)	3,2 % (n = 2)
<i>DUREE DE PRISE DE LA PILULE</i>	≤ 5 ans	21,1 % (n = 15)	27,4 % (n = 17)
	5 à 10 ans	32,4 % (n = 23)	24,2 % (n = 15)
	10 à 20 ans	39,4 % (n = 28)	37,1 % (n = 23)
	≥ 20 ans	7 % (n = 5)	11,3 % (n = 7)
<i>OUBLIS</i>	Jamais	40,8 % (n = 29)	54,8 % (n = 34)
	1 à 3 fois	38 % (n = 27)	30,6 % (n = 19)
	Plus de 3 fois	21,1 % (n = 15)	14,5 % (n = 9)
<i>PRISE CU</i>	Jamais	64,8 % (n = 46)	46,8 % (n = 29)
	1 fois	21,1 % (n = 15)	40,3 % (n = 25)
	2 fois ou plus	14,1 % (n = 10)	12,9 % (n = 8)
<i>ANTECEDENT IVG</i>	Jamais	78,9 % (n = 56)	79 % (n = 49)
	1 fois	19,7 % (n = 14)	17,7 % (n = 11)
	2 fois ou plus	1,4 % (n = 1)	3,2 % (n = 2)

B – PROFIL DES PATIENTES : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1) Age

Tableau 2 : Répartition des patientes par classe d'âge

AGE	(n =)	%
De 16 à 19 ans	5	3,8
De 20 à 24 ans	39	29,3
De 25 à 29 ans	34	25,6
De 30 à 34 ans	24	18
De 35 à 39 ans	18	13,5
40 ans et plus	13	9,8
TOTAL	133	100

La moyenne d'âge des patientes est de 27,92 ans (27,79 ans pour la groupe A et 28,06 ans pour le groupe B).

L'âge minimum est 16 ans, l'âge maximum est 48 ans. Plus de la moitié des patientes (54,9 %) ont entre 20 et 29 ans.

2) Situation familiale

Tableau 3 : Répartition des patientes selon leur situation familiale

SITUATION FAMILIALE	(n =)	%
Mariée/vivant en couple	71	53,4
En couple mais vivant seule	31	23,3
Célibataire/divorcée/veuve	31	23,3
TOTAL	133	100

3) Profession/Etudes

Les études ont été regroupées en niveau inférieur ou égal au BAC, BAC +1/2 ou supérieur ou égal à BAC +3.

Tableau 4 : Répartition des patientes selon leur niveau d'étude

ETUDES	(n =)	%
≤ Bac	41	30,8
Bac + 1/2	37	27,8
≥ Bac + 3	55	41,4
TOTAL	133	100

Les professions recueillies sont stratifiées en catégories socioprofessionnelles établies par l'INSEE. Les professions intermédiaires de santé, sont extraites des professions intermédiaires, elles peuvent représenter un facteur de meilleure réponse à un questionnaire médical.

Les chômeuses sont les femmes à la recherche d'un emploi. Les inactives regroupent les femmes sans emploi mais qui n'en cherchent pas ainsi que les étudiantes.

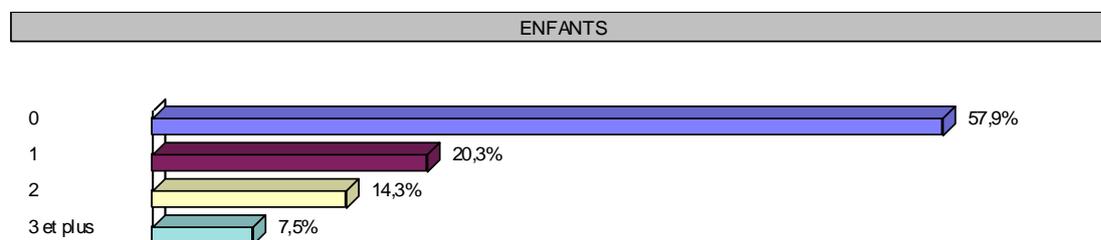
Tableau 5 : Répartition des patientes selon leur profession

PROFESSION	(n =)	%
Cadre, profession intellectuelle	11	8,3
Profession intermédiaire	26	19,5
Employée	54	40,6
Ouvrière	4	3
Chômeuse	4	3
Inactive	34	25,6
TOTAL	133	100

Parmi les professions intermédiaires, 9 des 26 patientes sont des professions intermédiaires de la santé (soit 6,8 % de la population de notre échantillon)

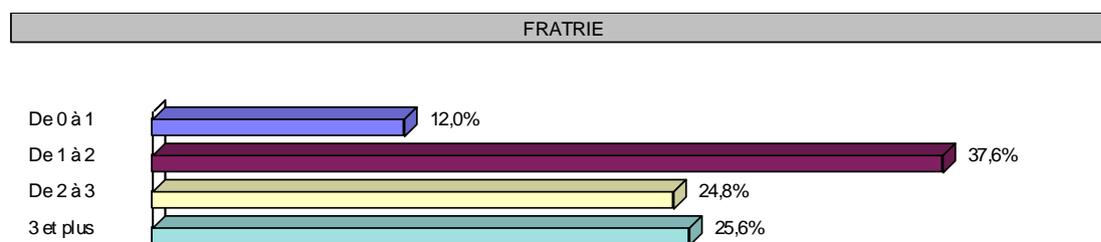
4) Nombre d'enfants

Figure 8 : Répartition de la population totale selon le nombre d'enfants



5) Nombre de frères et sœurs

Figure 9 : Répartition de la population totale selon la fratrie



6) Consommation tabac/alcool/drogue

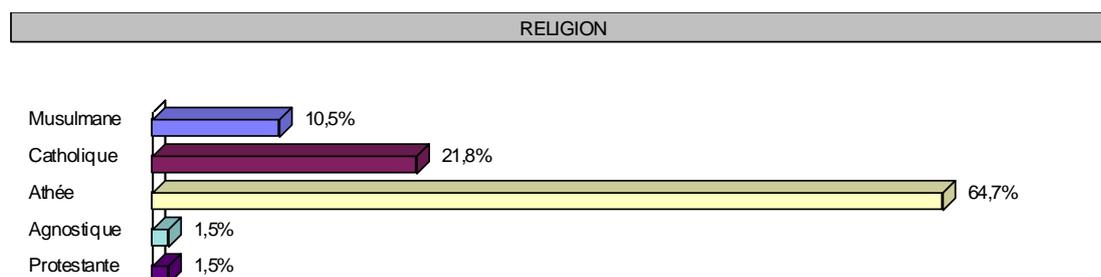
Tableau 6 : Répartition des patientes selon leur consommation de tabac/alcool/drogue

CONSOMMATION	(n =)	%
Tabac	45	33,8
Alcool	40	30,1
Cannabis	6	4,5
Aucune	69	51,9

Cette question admettait plusieurs réponses possibles, le total n'est donc pas égal à 100 %.

7) Religion

Figure 10 : Répartition de la population totale selon la religion



8) Antécédents médicaux ou chirurgicaux et prise d'un traitement au long cours

Soixante dix neuf patientes soit 59,4 % n'ont pas d'antécédent.

Vingt trois patientes (17,3 %) signalent des antécédents nécessitant des traitements ponctuels ou une surveillance simple type trouble fonctionnel intestinal, kyste thyroïdien.

Trente deux patientes signalent une maladie chronique avec un traitement au long cours : 9 patientes sont asthmatiques, 7 patientes ont une hypertension artérielle, une hypercholestérolémie ou un diabète, 6 patientes sont traitées pour un syndrome dépressif, 3 patientes souffrent de migraine. Les autres antécédents cités sont : cancer de la thyroïde, Ehlers Danlos, hyperthyroïdie, sclérose en plaque, maladie de Verneuil, polyarthrite rhumatoïde.

Quarante neuf patientes (36,8 %) n'ont aucun antécédent chirurgical. Les antécédents chirurgicaux sont principalement : appendicectomie, amygdalectomie, végétations, césarienne, dents de sagesse, traumatisme sportif.

Quatre vingt quatorze patientes (71,2 %) ne prennent aucun traitement. Dix sept patientes (12,9 %) prennent un traitement ponctuel (type antalgiques, antispasmodiques). Vingt et une patientes (12,9 %) prennent un traitement au long cours quotidien.

C – PROFIL DES PATIENTES : RENSEIGNEMENTS GYNECOLOGIQUES

1) A quel âge avez-vous eu vos premières règles ?

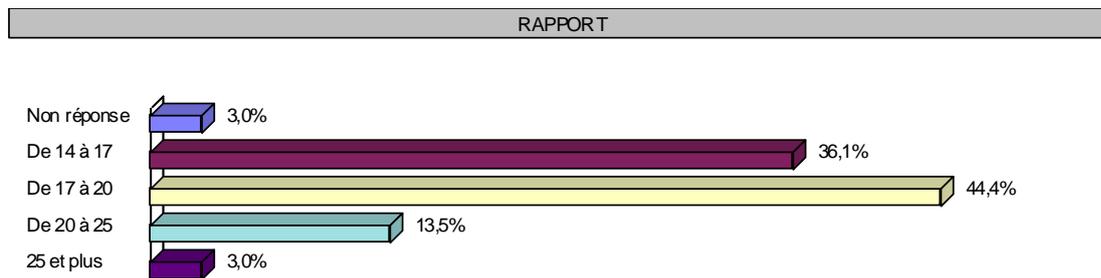
Tableau 7 : Age des premières règles

PREMIERES REGLES	(n =)	%
< 11 ans	3	2,3
De 11 à 15 ans	109	82
> 15 ans	21	15,8
TOTAL	133	100

Selon l'INED, 9 filles sur 10 ont leurs règles entre 11 et 14 ans.

2) A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?

Figure 11 : Age du premier rapport sexuel dans la population étudiée



L'âge moyen du premier rapport est de 17,6 ans pour les filles, selon l'INSEE.

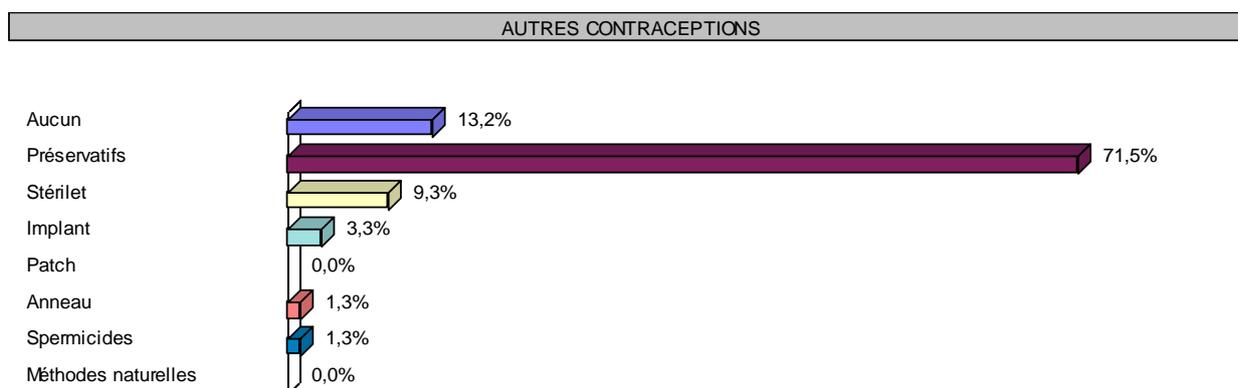
3) Quel est le nom de votre pilule ?

Les pilules sont classées par génération : aucune patiente ne prend une pilule de 1^{ère} génération, 41,4 % des patientes prennent une pilule de 2^{ème} génération, 45,9 % prennent une pilule de 3^{ème} génération continue ou non, 11,3 % des patientes prennent une pilule micro-progestative. Deux patientes ne connaissent pas le nom de leur pilule.

En décembre 2012, la répartition de prescription des contraceptifs oraux de 2^{ème} et 3^{ème} générations était de 50/50. Depuis la polémique sur les pilules de 3^{ème} génération, la répartition est désormais de 70/30 [43].

4) Avez-vous essayé d'autres moyens de contraception ?

Figure 12 : Autres moyens de contraception déjà utilisés



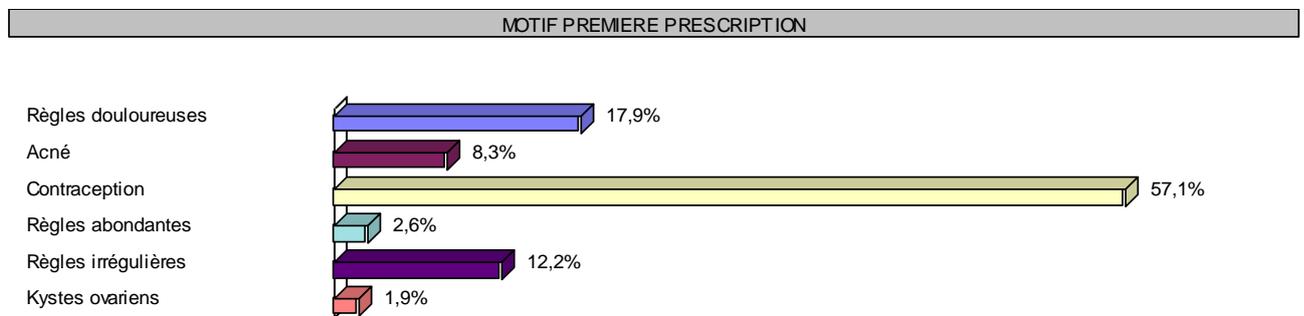
5) Depuis quand prenez-vous la pilule ?

Tableau 8 : Ancienneté de la prise de pilule

DUREE DE PRISE DE LA PILULE	(n =)	%
< 5 ans	10	7,5
De 5 à 10 ans	40	30
De 10 à 20 ans	38	28,6
> 20 ans	45	33,9
TOTAL	133	100

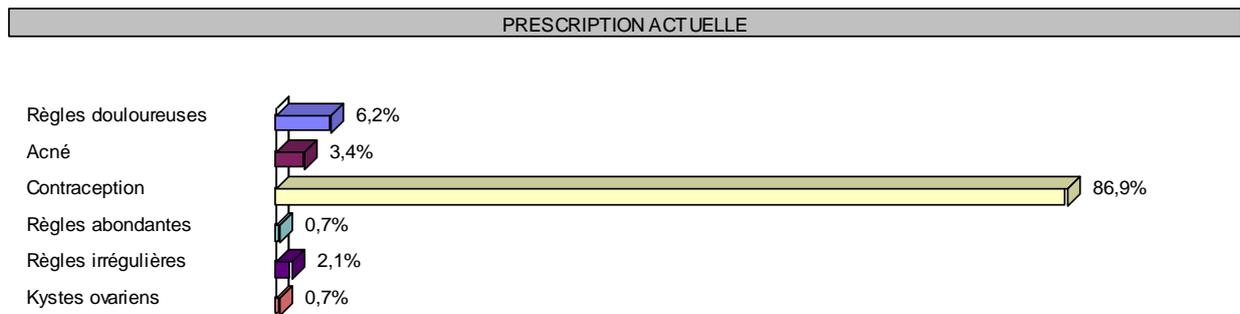
6) Quel était le motif de la première prescription ?

Figure 13 : Motif de la première prescription de pilule



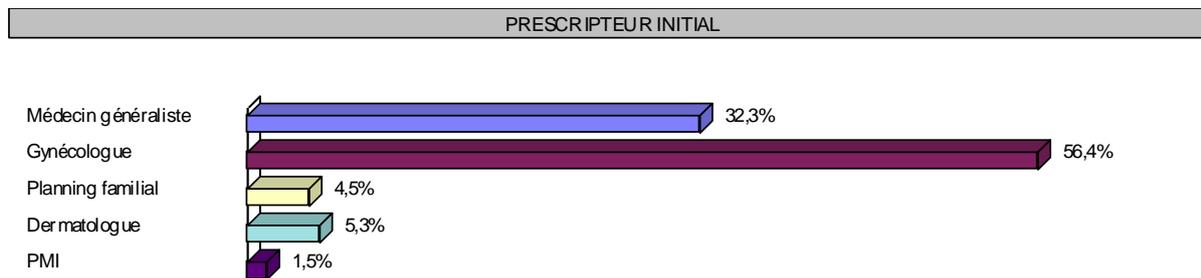
7) Quel est le motif de la prescription actuelle ?

Figure 14 : Motif de la prescription actuelle de pilule



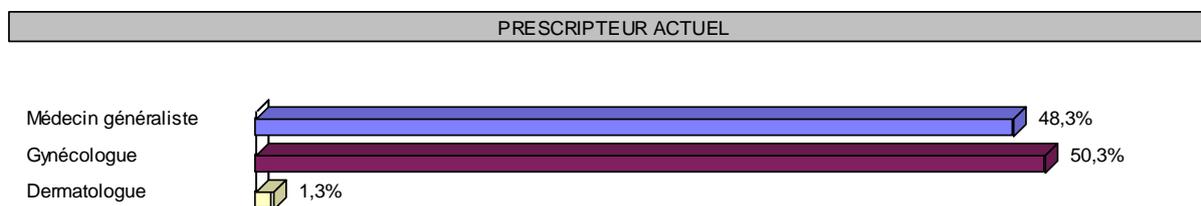
8) Qui vous a prescrit la pilule la première fois ?

Figure 15 : Prescripteur initial de la pilule



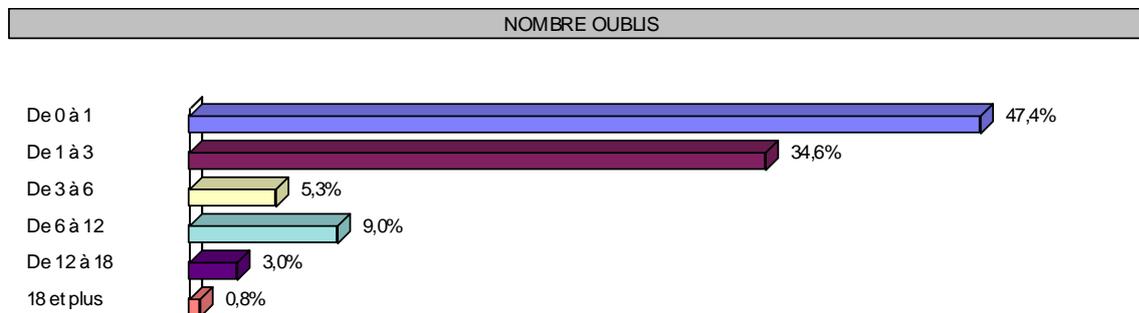
9) Qui vous prescrit la pilule actuellement ?

Figure 16 : Prescripteur actuel de la pilule



10) Avez-vous oublié votre pilule ces 3 derniers mois ?

Figure 17 : Nombre d'oublis de pilule au cours des 3 derniers mois



52,6 % des patientes interrogées déclarent avoir oublié leur pilule au moins 1 fois dans les 3 mois précédents. Parmi ces patientes, 18,1 % oublient leur pilule plus de 3 fois par mois. 47,4 % des patientes déclarent ne pas avoir oublié leur pilule durant les 3 mois précédents le questionnaire.

11) Quel jour de la semaine débutez-vous votre plaquette de pilule ?

83,5 % des patientes donnent un jour fixe de début de plaquette. 10,5 % des patientes prennent une pilule continue. 6 % des patientes signalent qu'elles reprennent la pilule à jour variable selon leurs règles.

12) A quelle heure prenez vous votre pilule ?

6,8 % des patientes prennent leur pilule le matin ou le soir sans horaire précis. 3 % des patientes déclarent un horaire variable « quand elles y pensent ». 90,2 % des patientes donnent un horaire précis de prise de la pilule.

13) Etes-vous satisfaite de votre contraception ?

Tableau 9 : Satisfaction des patientes par rapport à leur contraception

SATISFACTION	(n =)	%
Oui	105	78,9
Non	7	5,3
Moyennement	21	15,8
TOTAL	133	100

78,9 % des patientes sont satisfaites par leur moyen de contraception.

14) Estimez-vous être bien informée sur la conduite à tenir en cas d'oubli ?

Tableau 10 : Information reçue sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule

INFORMATION	(n =)	%
Oui	94	70,7
Non	31	23,3
Moyennement	8	6
TOTAL	133	100

70,7 % des patientes s'estiment correctement informées sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.

15) Avez-vous déjà pris une contraception d'urgence ? Dans quelle circonstance ?

Figure 18 : Antécédent de prise d'une contraception d'urgence

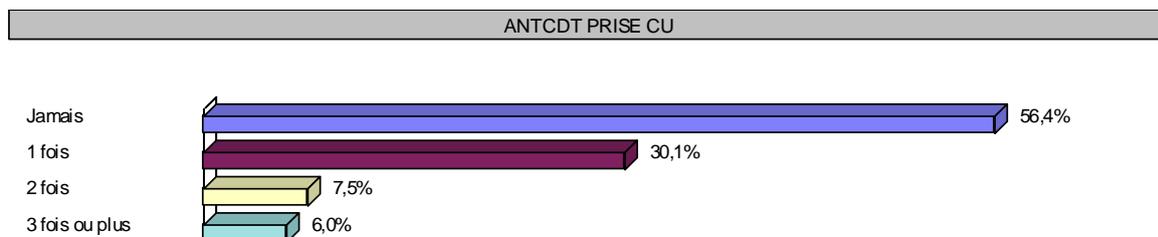
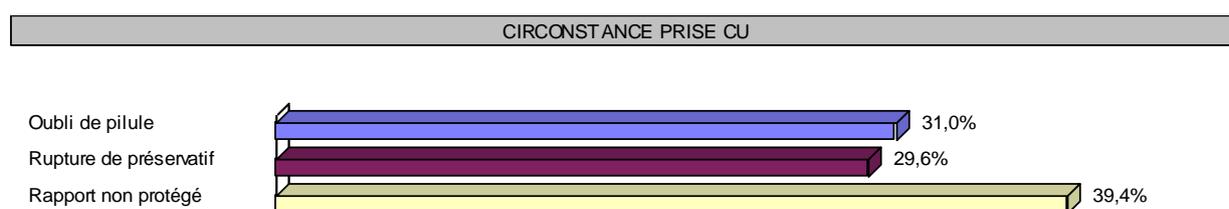


Figure 19 : Circonstances de prise de la contraception d'urgence



16) Avez-vous déjà subi une IVG ? Si oui combien et de quel type ?

Tableau 11 : Antécédents d'IVG

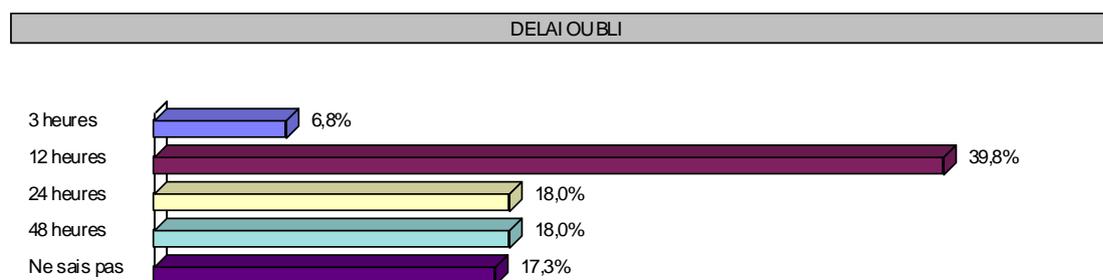
ANTCDT IVG	(n =)	%
Jamais	105	78,9
1 fois	25	18,8
2 fois ou plus	3	2,3
TOTAL	133	100

Parmi les IVG, 43,3 % étaient médicamenteuses, 56,7 % étaient chirurgicales.

D – CONNAISSANCES DES PATIENTES SUR LA CONDUITE A TENIR EN CAS D'OUBLI DE PILULE

1) Existe-t-il un risque de grossesse si l'oubli dépasse ?

Figure 20 : Définition du délai d'oubli à risque



39,8 % des patientes connaissent la définition d'un oubli à risque. Il n'y a pas de différence significative entre le groupe A (39,4 % des patientes) et le groupe B (40,3 %).

Après 3 mois, dans le groupe A, 81,7 % des patientes connaissent le délai d'oubli à risque de 12 heures.

Dans le groupe B, 46,8 % des patientes connaissent le délai d'oubli à risque.

Il existe une différence significative entre les 2 groupes. Il n'existe pas de différence significative dans le groupe B entre le premier et le second questionnaire.

2) En cas d'oubli à risque, faut-il prendre le dernier comprimé oublié ?

Tableau 12 : Prise du dernier comprimé oublié

PRISE DU CP OUBLIE	(n =)	%
Oui	71	53,4
Non	43	32,3
Ne sais pas	19	14,3
TOTAL	133	100

Dans le groupe A, 35 patientes (49,3 %) savent qu'il faut prendre le dernier comprimé oublié en cas d'oubli à risque, 36 patientes (58,1 %) dans le groupe B.

Lors du rappel à 3 mois, 62 patientes (87,3 %) du groupe A savent qu'il faut prendre le dernier comprimé oublié, contre 39 patientes (62,9 %) du groupe B.

3) En cas de rattrapage d'un oubli à risque, 2 comprimés peuvent-ils être pris en même temps ?

Tableau 13 : Prise simultanée de 2 comprimés

PRISE SIMULTANEE	(n =)	%
Oui	42	31,6
Non	70	52,6
Ne sais pas	21	15,8
TOTAL	133	100

Dans le groupe A, 22 patientes (31 %) pensent que 2 comprimés peuvent être pris en même en cas de rattrapage d'un oubli à risque, contre 20 patientes (32,3 %) du groupe B.

Lors du rappel à 3 mois, 39 patientes (57,4 %) du groupe A répondent correctement à cette question contre 22 patientes (37,3 %) du groupe B.

4) En cas d'oubli à risque faut-il continuer la plaquette en cours ?

Tableau 14 : Poursuite de la plaquette en cas d'oubli à risque

POURSUITE PLAQUETTE	(n =)	%
Oui	118	88,7
Non	6	4,5
Ne sais pas	9	6,8
TOTAL	133	100

La consigne de poursuivre la plaquette en cours est bien connue pour 63 patientes (88,7 %) du groupe A et 55 patientes du groupe B (88,7 %).

Lors du rappel à 3 mois, 68 patientes (95,8 %) du groupe A et 56 patientes (90,3 %) du groupe B savent qu'il faut continuer la plaquette en cours en cas d'oubli à risque.

5) En cas d'oubli à risque, faut-il prendre la pilule du lendemain ?

Tableau 15 : Prise d'une contraception d'urgence en cas d'oubli à risque

CU	(n =)	%
Oui	101	75,9
Non	12	9
Ne sais pas	20	15
TOTAL	133	100

Dans le groupe A, 55 patientes (77,4 %) savent qu'il faut prendre une contraception d'urgence en cas d'oubli à risque et 46 patientes (74,2 %) dans le groupe B.

Lors du rappel à 3 mois, 68 patientes (95,8 %) du groupe A et 56 patientes (82,3 %) du groupe B répondent correctement à cette question.

6) En cas d'oubli à risque, les rapports sexuels avant l'oubli sont-ils susceptibles d'entraîner une grossesse ? Si oui, combien de jours avant l'oubli ?

Tableau 16 : Rapports sexuels à risque avant un oubli

RAPPORTS A RISQUE	(n =)	%
Oui	74	55,6
Non	18	13,5
Ne sais pas	41	30,8
TOTAL	133	100

Parmi les patientes déclarant que les rapports sexuels avant l'oubli sont susceptibles d'entraîner une grossesse, **10,8 %**, savent que le délai est de **5 jours**. 21,6 % des patientes n'ont pas d'idée du délai, 56,8 % des patientes pensent que le délai est de moins de 5 jours, 10,9 % des femmes interrogées pensent que le délai est supérieur à 5 jours.

Quarante cinq patientes du groupe A (63,4 %) savent que les rapports sexuels avant l'oubli à risque sont susceptibles d'entraîner une grossesse et 29 patientes du groupe B (46,8 %). Les 2 groupes ne semblent pas comparables sur ce point.

Lors du rappel à 3 mois, 65 patientes (91,5 %) du groupe A pensent que les rapports sexuels avant l'oubli sont susceptibles d'entraîner une grossesse contre 35 patientes (56,5 %) du groupe B.

7) En cas d'oubli à risque, faut-il utiliser un préservatif après l'oubli ? Si oui pendant combien de jours ?

Tableau 17 : Utilité des préservatifs pour les rapports sexuels après un oubli à risque

PRESERVATIFS	(n =)	%
Oui	112	84,2
Non	3	2,3
Ne sais pas	18	13,5
TOTAL	133	100

Dans le groupe A, 58 patientes (81,7 %) savent qu'il faut utiliser un préservatif pour les rapports après l'oubli et 54 patientes (87,1 %) du groupe B.

Parmi les patientes déclarant qu'il faut utiliser un préservatif pour les rapports sexuels suivant l'oubli de pilule, **18,8 % donnent le délai de 7 jours**. 24,1 % pensent qu'il faut utiliser un préservatif jusqu'à la fin de la plaquette en cours quel que soit le moment de l'oubli. 19,6 % des patientes n'ont pas d'idée concernant le délai à respecter. 34,9 % pensent qu'il faut utiliser des préservatifs pendant moins de 7 jours après un oubli, 2,7 % pendant plus de 7 jours après l'oubli.

Après 3 mois, 67 patientes (94,4 %) du groupe A et 57 patientes (91,9 %) du groupe B répondent correctement à cette question.

8) Si l'oubli concerne un des 7 derniers comprimés de la plaquette (ou un des 7 derniers comprimés actifs), faut-il supprimer l'intervalle libre entre les 2 plaquettes (ou faut-il jeter les comprimés placebos et débiter directement une nouvelle plaquette) ?

Cette consigne est très peu connue par les patientes.

Parmi les patientes prenant une pilule dont la plaquette comporte 21 comprimés :

- **6,6 % pensent qu'il faut supprimer l'intervalle libre** et enchaîner directement une nouvelle plaquette si l'oubli concerne un des 7 derniers comprimés de la plaquette
- 45,3 % pensent qu'il ne faut pas supprimer l'intervalle libre et 48,1 % ne savent pas s'il faut ou non supprimer l'intervalle libre

Parmi ces patientes, 3 patientes (5,3 %) du groupe A et 4 patientes (8,2 %) du groupe B répondent correctement à cette question.

Après 3 mois, 21 patientes (36,2 %) du groupe A et 3 patientes (6,5 %) du groupe B répondent correctement à cette question.

Parmi les patientes prenant une pilule dont la plaquette comporte 28 comprimés avec comprimés placebos :

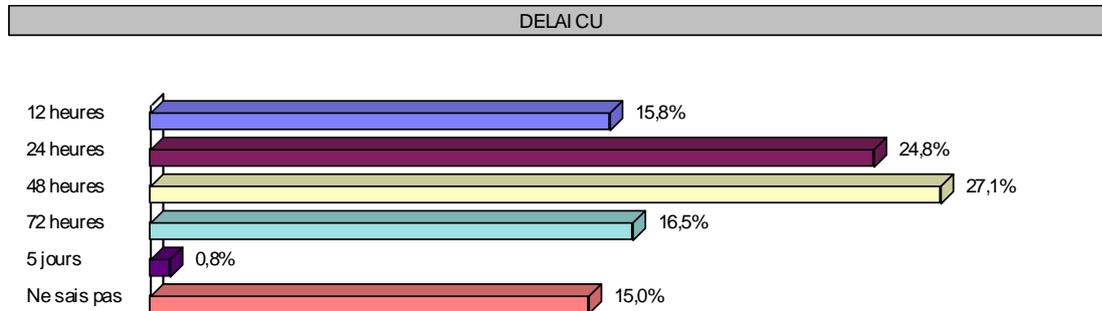
- **8,3 % des patientes pensent qu'il faut jeter les comprimés placebos** et entamer directement une nouvelle plaquette si l'oubli concerne un des 7 derniers comprimés actifs de la plaquette.
- 58,3 % pensent qu'il faut finir la plaquette avec les comprimés placebos, 33,3 % des patientes ne savent pas s'il faut jeter ou non les comprimés placebos.

Cette question est difficilement analysable du fait du faible nombre de patientes prenant une pilule continue avec comprimés placebos.

Cette question n'a pas concerné les patientes prenant une pilule continue sans comprimés placebos, type Cérazette®.

9) Après un oubli à risque, quel est le délai maximum pour prendre une contraception d'urgence ?

Figure 21 : Délai maximal pour la prise d'une CU après un oubli à risque



Une patiente seulement sait que le délai maximum pour prendre une contraception d'urgence est de 5 jours. Cette patiente fait partie du groupe A.

Seule la contraception d'urgence Norlevo® peut être obtenue sans ordonnance. Norlevo® a l'AMM jusqu'à 72 heures après un rapport à risque.

Si on prend en compte ce délai, 12 patientes (12,7 %) du groupe A et 10 patientes (17,7 %) du groupe B pensent que le délai pour prendre une contraception d'urgence est de 72 heures.

Après 3 mois, 11 patientes (15,5 %) du groupe A savent désormais que le délai maximal pour prendre la contraception d'urgence est de 5 jours et 2 patientes (3,2 %) du groupe B. Si on prend en compte le délai de 72 heures, mais qui n'était pas l'information délivrée, 32 patientes (45,1 %) du groupe A pensent que le délai maximal est de 72 heures et 11 patientes (17,7 %) du groupe B.

10) Estimez-vous être bien informée sur la conduite à tenir en cas d'oubli ?

Après avoir répondu au questionnaire, **seules 30,8 % des femmes interrogées s'estiment encore correctement informées** sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, **contre 70,1 % avant le questionnaire**. 23,1 % se trouvent moyennement informées et 46,2 % s'estiment mal informées, contre 23,3 % avant le questionnaire.

11) Renseignements supplémentaires à 3 mois

Lors du rappel téléphonique, on demande aux patientes si elles se sont renseignées sur l'oubli de pilule depuis la consultation où elles ont répondu au questionnaire.

Neuf patientes (soit 6,8 %), dont 5 patientes du groupe A et 4 patientes du groupe B, se sont renseignées sur l'oubli de pilule dans l'intervalle entre la consultation et le rappel. Six patientes (4,5 %) ont cherché leurs réponses sur internet et 4 (3 %) auprès du médecin généraliste ou du gynécologue (1 patiente a utilisé internet et demandé à son médecin).

Les patientes sont également interrogées sur le changement éventuel de leur mode de contraception et le motif de changement. Quarante trois patientes ont changé de contraception.

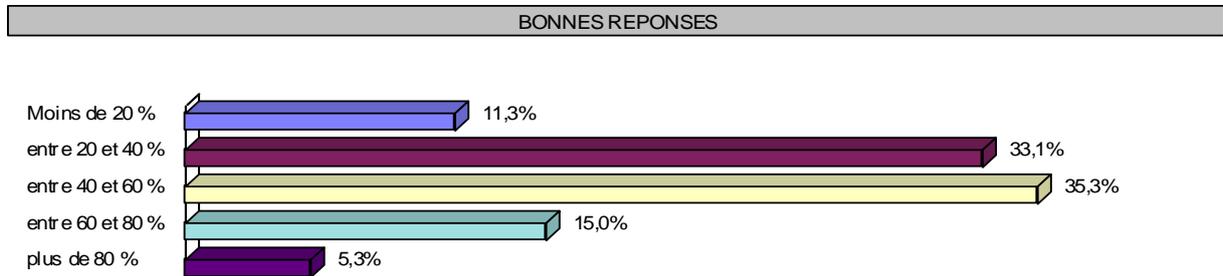
- Trente quatre patientes soit 25,6 %, ont changé de pilule. Toutes ces patientes sont passées d'une pilule de 3^{ème} génération à une pilule de 2^{ème} génération, suite aux récentes actualités.
- Douze patientes (9 %) ont opté pour un moyen de contraception longue durée, 8 patientes (6 %) pour un stérilet, et 4 patientes (3 %) pour un implant. Les motifs de choix de la contraception longue durée invoqués ont été le nombre d'oubli très fréquents, le souhait de ne plus prendre un traitement quotidien, et enfin en post IVG pour une patiente. La participation à l'étude a permis à ces patientes et à leur médecin de mettre en avant le nombre d'oublis trop important et de choisir une contraception plus adaptée.
- Une patiente a changé pour les patchs contraceptifs.
- Quatre patientes (3 %) ont arrêté la pilule pour désir de grossesse.

12) Totalité des questions

Si on prend en compte les réponses à la totalité du questionnaire sur les connaissances des patientes :

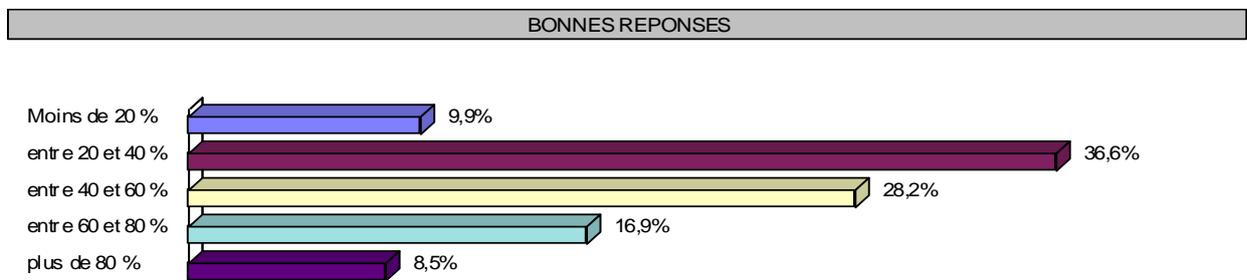
- Lors du premier recueil
 - Echantillon total

Figure 22 : Pourcentage initial de bonnes réponses de la population totale interrogée



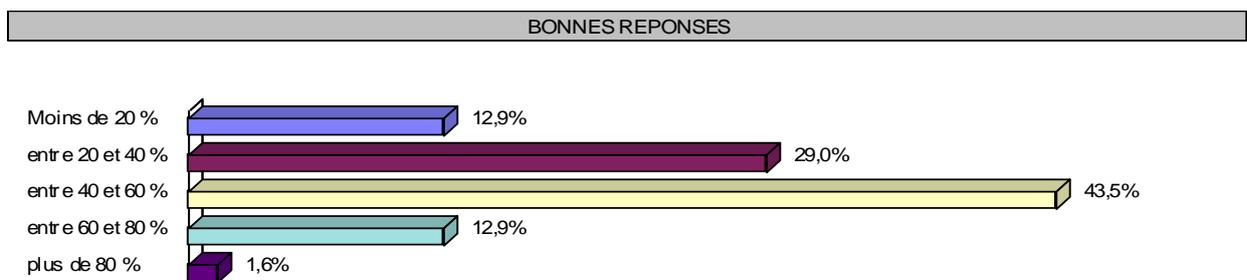
- Groupe A

Figure 23 : Pourcentage initial de bonnes réponses du groupe A



- Groupe B

Figure 24 : Pourcentage initial de bonnes réponses du groupe B



Aucune patiente des 2 groupes n'a 100 % de bonnes réponses.

- Lors du rappel téléphonique

Tableau 18 : Comparaison par groupe du pourcentage de bonnes réponses à la totalité du questionnaire entre le premier et le second recueil

	Premier recueil	Second recueil
GROUPE A		
≤ 20 % de bonnes réponses	9,9	0
Entre 20 et 40 % de bonnes réponses	36,6	4,4
Entre 40 et 60 % de bonnes réponses	28,2	20,6
Entre 60 et 80 % de bonnes réponses	16,9	45,6
≥ 80 % de bonnes réponses	8,4	29,4
GROUPE B		
≤ 20 % de bonnes réponses	12,9	5,1
Entre 20 et 40 % de bonnes réponses	29	22
Entre 40 et 60 % de bonnes réponses	43,5	54,2
Entre 60 et 80 % de bonnes réponses	12,9	13,6
≥ 80 % de bonnes réponses	1,6	5,1

Dans le groupe A, 75 % des patientes sont capables de donner plus de 60 % de bonnes réponses après l'intervention brève contre 25,3 % en début d'étude. Dans le groupe B, 18,7 % des patientes donnent plus de 60 % de bonnes réponses après 3 mois contre 14,5 % en début d'étude.

Si on croise le pourcentage de bonnes réponses lors du premier recueil et lors du second recueil :

- Pour le groupe A

Tableau 19 : Comparaison du pourcentage de bonnes réponses entre le recueil initial et le rappel téléphonique à 3 mois pour le groupe A

BONNES REPONSES 2	Non réponse	moins de 20 %	entre 20 et 40 %	entre 40 et 60 %	entre 60 et 80 %	plus de 80 %	TOTAL
BONNES REPONSES							
Moins de 20 %	1	0	1	2	3	0	7
entre 20 et 40 %	0	0	2	9	12	3	26
entre 40 et 60 %	1	0	0	1	12	6	20
entre 60 et 80 %	1	0	0	2	4	5	12
plus de 80 %	0	0	0	0	0	6	6
TOTAL	3	0	3	14	31	20	71

- Parmi les 3 patientes perdues de vue,
 - 1 patiente avait moins de 20 % de bonnes réponses
 - 1 patiente avait entre 40 et 60 % de bonnes réponses
 - 1 patiente avait entre 60 et 80 % de bonnes réponses
- Une seule patiente a 100 % de bonnes réponses. Si on prend en compte le délai de 72 heures pour la prise de la pilule du lendemain, 4 patientes ont 100 % de bonnes réponses.
- Lors du rappel téléphonique, aucune patiente du groupe A n'a moins de 20 % de bonnes réponses. Toutes les patientes qui avaient moins de 20 % de bonnes réponses améliorent leurs réponses. Aucune de ces patientes n'a plus de 80 % de bonnes réponses.
- 10,3 % des patientes (7 patientes) n'améliorent pas leur taux de réponse lors du rappel téléphonique.
- 89,7 % des patientes améliorent leur réponse.
- Pour le groupe B

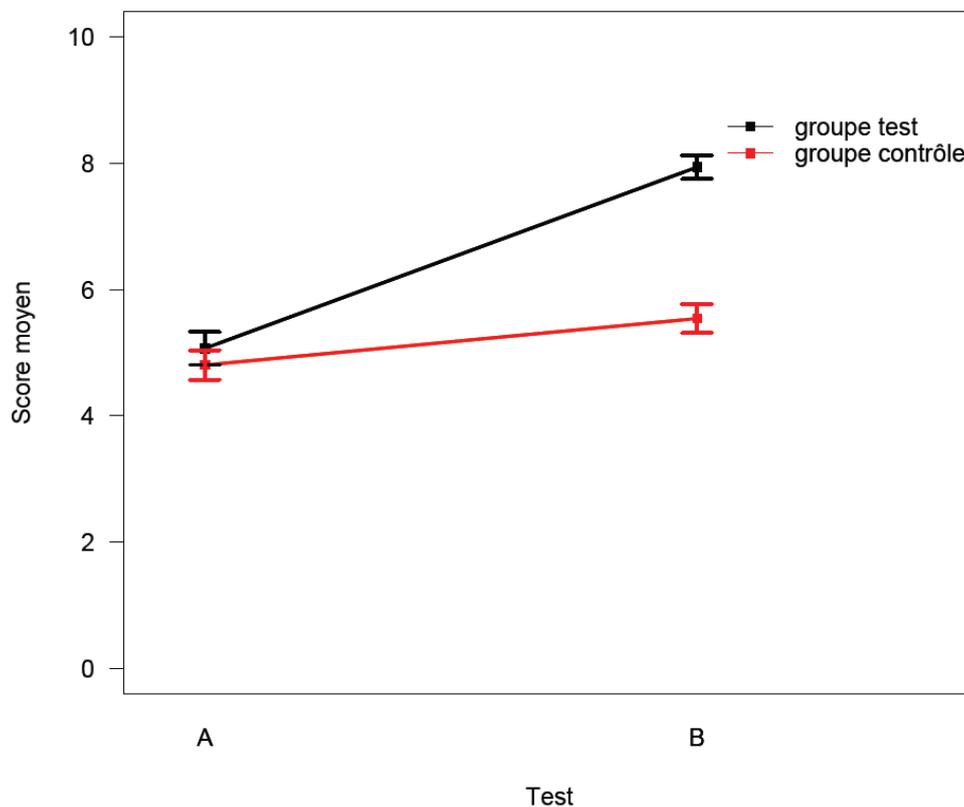
Tableau 20 : Comparaison du pourcentage de bonnes réponses entre le recueil initial et le rappel téléphonique à 3 mois pour le groupe B

BONNES REPONSES 2 BONNES REPONSES	Non réponse	moins de 20 %	entre 20 et 40 %	entre 40 et 60 %	entre 60 et 80 %	plus de 80 %	TOTAL
Moins de 20 %	0	3	5	0	0	0	8
entre 20 et 40 %	2	0	5	9	1	1	18
entre 40 et 60 %	1	0	3	21	1	1	27
entre 60 et 80 %	0	0	0	2	5	1	8
plus de 80 %	0	0	0	0	1	0	1
TOTAL	3	3	13	32	8	3	62

- Parmi les 3 patientes perdues de vue
 - 2 patientes avaient entre 20 et 40 % de bonnes réponses
 - 1 patiente avait entre 40 et 60 % de bonnes réponses
- Aucune patiente n'a 100 % de bonnes réponses

- Dix neuf patientes (32,2 %) améliorent leurs réponses, dont 16 patientes qui passent dans la catégorie immédiatement supérieure (1 ou 2 réponses améliorées). Les 3 patientes qui améliorent très nettement leurs réponses déclarent s'être renseignées entre les 2 recueils.
 - Trente quatre patientes (57,6 %) donnent des réponses similaires entre les recueils.
 - Six patientes (10,2 %) donnent de moins bonnes réponses lors du recueil téléphonique.
- Score final

Figure 25 : Analyse du score moyen du groupe A et du groupe B à T0 et à 3 mois



Enfin, un score est établi pour analyser l'impact du conseil minimal. Les patientes sont notées sur 11 (11 questions concernant les patientes sur leurs connaissances sur l'oubli de pilule), lors du premier recueil puis lors du second et les résultats sont comparés. On obtient sur le graphique le score moyen initial et le score moyen lors du rappel téléphonique à 3 mois pour les 2 groupes. L'analyse a été faite per protocole grâce à un test T de Student, avec $p < 0.01$.

Le conseil minimal améliore de façon statistiquement significative les connaissances des patientes (biais d'attrition possible étant donné l'exclusion des patientes perdues de vues).

DISCUSSION

A – BIAIS DE L'ETUDE

1) L'étude

a) *La méthodologie*

- La méthodologie de l'étude a été modifiée en cours de thèse devant le peu de réponses obtenues lors de la première phase ce qui constitue un biais. Cependant, l'inclusion dans la première partie de l'étude fait partie des critères d'exclusion dans la seconde partie de l'étude.
- Le questionnaire aurait du faire partie d'une thèse à part entière afin qu'il soit validé pour la seconde partie de l'étude.
- Pour faciliter l'analyse, la plupart des questions sont fermées à choix unique. Ce type de question peut induire une réponse que la patiente n'aurait pas donnée spontanément, même si une réponse « ne sais pas » était proposée. Les résultats peuvent donc être meilleurs que si les questions avaient été ouvertes.
- L'étude n'a pas été réalisée en double aveugle à l'inclusion. Les patientes ne savaient pas qu'une partie d'entre elles recevait le conseil et d'autres non. Le médecin savait si il délivrait ou non le conseil minimal. En revanche lors du rappel à 3 mois, la randomisation des patientes n'était pas connue.
- En ce qui concerne le rappel à 3 mois, lorsqu'un message était laissé sur le répondeur des patientes, ceci leur laissait la possibilité de « réviser » pour celles qui avait eu la carte de conseil minimal. Afin de limiter ce biais, le message laissé sur le répondeur n'indiquait pas que le motif de rappel était le questionnaire sur la pilule. Pendant le rappel il est également possible que la patiente ait eu la carte à portée de main, améliorant ainsi les réponses.
- L'analyse des résultats prend en compte « le conseil minimal » mais celui-ci est oral ET écrit contre l'absence de conseil, 2 paramètres sont donc pris en compte.

b) La durée

Cette étude s'est déroulée sur une période de 8 mois. Afin de pouvoir comparer les données même si les patientes étaient revues en consultation dans l'intervalle de l'étude, elles n'ont pas fait l'objet d'un second conseil minimal et un seul rappel a été réalisé. La répétition du conseil fait partie du principe du conseil minimal, notre analyse prend en compte un conseil unique. Une étude beaucoup plus longue est nécessaire pour pouvoir répéter le conseil minimal et évaluer l'impact réel sur plusieurs consultations.

2) Le conseil minimal

Les recommandations de la HAS [8] sont exhaustives afin de couvrir au maximum les situations à risque de grossesse, ce qui rend l'information complexe.

Nous avons volontairement supprimé du conseil minimal les troubles digestifs (vomissements ou diarrhées abondantes dans les 4 heures suivant la prise de pilule sont à risque de grossesse) afin de simplifier au maximum, tout en couvrant la plupart des situations.

Nous avons pris en compte le délai de 5 jours comme délai maximal pour la prise d'une CU hormonale après un rapport à risque. La possibilité d'utiliser un DIU comme CU n'a pas été prise en compte, cette pratique étant encore marginale. La HAS parle de Norlevo[®], avec un délai maximal de 72 heures (EllaOne[®], n'a eu l'AMM qu'en 2010) ou de la mise en place d'un DIU avec un délai maximal de 5 jours. Encore une fois, le but de notre conseil est d'être simple tout en couvrant un maximum de situations, mais il n'est pas exhaustif.

3) Les patientes

a) Le nombre

Le nombre de patientes à inclure dans l'étude n'a pas été calculé au préalable. Nous avons inclus pour cette étude 133 patientes, ce qui paraît faible pour élaborer des conclusions fiables, d'autant que les groupes ne sont pas comparables en tous points ce qui peut inclure des biais dans l'interprétation des résultats. Ceci permet cependant de dégager des tendances

quand au conseil minimal et à l'amélioration des connaissances des patientes sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.

b) Les caractéristiques par rapport à la population générale

- L'âge

Les patientes de 18-19 ans sont les plus nombreuses à prendre la pilule [6]. Les femmes de 19 à 24 ans représentent la catégorie d'âge la plus importante de notre étude (29,3 %). Les jeunes filles de 18-19 ans sont peu nombreuses dans notre étude (3,8 %). Le questionnaire a peut être été moins proposé du fait de la présence encore fréquente des parents à cet âge. Si le motif de consultation n'était pas la contraception, il n'était pas judicieux de demander le mode de contraception (les parents sont-ils au courant ?). Si le motif de consultation était la contraception, la primo-prescription était probablement plus fréquente et les patientes ne pouvaient pas être incluses dans l'étude. En revanche les femmes de plus de 39 ans, chez qui la contraception orale est fortement diminuée représente 9,8 % de nos patientes.

- Les études et les catégories socioprofessionnelles

Selon l'INSEE, en 2009, 44 % de la tranche d'âge concernée a un diplôme strictement supérieur au bac [37]. Dans notre étude 69,2 % des patientes ont un niveau strictement supérieur au bac. Les patientes diplômées de l'enseignement supérieur sont surreprésentées dans notre étude.

Selon l'INSEE en 2011, il y a parmi les femmes non retraitées de plus de 15 ans : 0,8 % d'agricultrices, 2,6 % d'artisans, 9,8 % de cadres et professions intellectuelles supérieures, 17,8 % de professions intermédiaires (5,7 % de professions intermédiaires de santé), 32,7 % d'employées, 6,7 % d'ouvrières, 1,1 % de chômeuses et 28,3 % d'inactives [36]. Dans notre étude, il n'y a ni agricultrices, ni artisans. Les employées sont surreprésentées avec 40,6 % de femmes appartenant à cette catégorie dans notre étude. Les proportions des autres catégories socioprofessionnelles sont respectées.

- Les femmes ne pouvant pas participer à l'étude

Nous n'avons pas été confrontés à ce problème mais les femmes illettrées ne pouvaient pas participer à cette étude. Selon l'INSEE, 7 % des adultes de 18 à 65 ans sont illettrés en France en 2012. Le questionnaire n'a peut être pas été proposé à ces patientes parce que le médecin connaissait la situation de la patiente ou l'a supposée. Ces patientes utilisent peut être d'autres moyens de contraception que la pilule ou ont moins recours au médecin.

c) L'inclusion et les perdues de vue

Même si le questionnaire devait être présenté à toutes les femmes sous contraception orale, il est évident qu'en fonction du moment de la journée, du nombre de consultations par jour, du retard éventuel du médecin dans sa consultation, le questionnaire n'a pu être proposé à toutes les patientes pouvant être incluses.

Un seul refus de la part d'une patiente a été enregistré.

Six patientes ont été perdues de vue. Du fait du faible nombre de patientes perdues de vue, leurs caractéristiques n'ont pas été étudiées. Elles ont été exclues de l'étude pour l'analyse des résultats (biais d'attrition possible).

d) La déclaration sur les informations obtenues entre les 2 recueils

Seules 8 patientes déclarent s'être renseignées sur la pilule dans l'intervalle entre la consultation au cabinet et l'appel téléphonique. Cependant on constate qu'un nombre important de patientes a changé de moyen de contraception ce qui suggère une demande de renseignements au moins auprès du médecin généraliste ou du gynécologue qui a modifié la prescription. Il est possible que ces femmes aient reçu des informations quand à la conduite à tenir en cas d'oubli.

4) Les médecins investigateurs

a) Les caractéristiques

- Le nombre de médecins participants à l'étude : les médecins investigateurs ne sont pas représentatifs de la population des médecins généralistes français, du fait de leur nombre réduit (n = 4).
- Le lieu d'exercice commun : milieu urbain principalement, val d'Oise uniquement.
- La moyenne d'âge : dans notre étude, les médecins ont une moyenne d'âge nettement inférieure à la moyenne nationale (51,8 ans en 2010 selon le CNOM).
- Le sexe : 3 médecins sur 4 de notre étude sont des femmes. En France 40,9 % des médecins généralistes sont des femmes en 2012 (INSEE). Cependant chez les médecins dont l'âge est inférieur à 40 ans, il y a 60 % de femmes. Les femmes généralistes ont une activité de gynécologie plus importante que les hommes.
- Des médecins généralistes uniquement : il n'y a pas de gynécologue participant à cette étude. Selon l'observatoire Thales, 2/3 des primo-prescriptions de pilule et 47 % des renouvellements sont faits par les gynécologues. Cependant, le rôle des médecins généralistes pour les actes de gynécologie, en particulier la prescription de pilule, est en augmentation croissante, du fait de la diminution des gynécologues médicaux et de leur accessibilité réduite. Toujours selon l'observatoire Thales, 47,5 % des prescriptions de pilule sont effectuées par les médecins généralistes (53 % pour les renouvellements). Parmi les actes de gynécologies pris en charge par le médecin généraliste 53,1 % concernent la contraception.

b) L'intervention personnelle

Le protocole standardisé minimise l'intervention personnelle du médecin. Cependant l'interaction du médecin avec ses patientes a pu influencer certaines réponses, d'autant que la partie réalisée en consultation n'était pas en double aveugle.

B - ANALYSE

1) Les oublis de pilule

Dans notre étude 47,4 % des patientes déclarent n'avoir jamais oublié leur pilule dans les 3 derniers mois. Ce chiffre est moins important que dans d'autres études déjà réalisées : 53,9 % dans l'étude EPILULE (mais la question porte sur les 6 derniers mois) [14] et 54 % dans l'étude réalisée pour la thèse de S.Launay [38].

En ce qui concerne les oublis multiples, les patientes de notre étude sont 18,1 % à déclarer plus de 3 oublis alors qu'elles sont 25,2 % dans l'étude EPILULE [14].

Les résultats sont difficiles à comparer du fait de la différence de durée prise en compte pour les oublis (3 derniers mois dans notre étude et 6 derniers mois dans l'étude EPILULE). On peut toujours supposer une moindre déclaration des oublis devant le médecin. On peut aussi penser que la multiplication des moyens pour favoriser l'observance et pour adapter la contraception à chaque femme, a permis de cibler les femmes pour qui la pilule est un moyen de contraception adapté. Ainsi les femmes aujourd'hui sous pilule peuvent avoir mieux choisi leur contraception et oublieraient moins leur pilule.

Plus de 44 % des patientes ayant déclaré au moins un oubli lors du premier questionnaire, déclarent de nouveau des oublis lors du second questionnaire. Cent pour cent des patientes ayant déclaré plus de 3 oublis au premier questionnaire déclarent plus 3 oublis au second questionnaire. Ces patientes sont les plus exposées à une grossesse non désirée et doivent être les « cibles » prioritaires d'un changement de contraception. Il est indispensable de poser la question des oublis au moins à chaque renouvellement de pilule, voire si possible à chaque

consultation. En s'enquérant des oublis de façon systématique, on peut dépister ces femmes à risque et leur proposer une contraception plus adaptée.

Dans notre étude les facteurs favorisant les oublis sont :

- L'âge : parmi les femmes de 20 à 39 ans, 56 % des femmes oublient leur pilule. Quarante vingt pour cent des jeunes filles de 16 à 19 ans et 61,5 % des femmes de plus de 39 ans déclarent ne pas oublier leur pilule. On peut supposer que dans la tranche d'âge 20-39 ans, la survenue d'une grossesse serait moins problématique.
- La situation familiale : 58,6 % des patientes qui déclarent avoir oublié leur pilule ces 3 derniers mois sont mariées ou vivent en couple. Une grossesse dans cette situation serait peut être moins problématique, certaines études parlent également de l'ambivalence par rapport au désir de grossesse.
- La durée de prise de pilule : parmi les femmes qui n'oublient pas leur pilule 33,3 % prennent cette contraception depuis moins de 5 ans, tandis que 54,2 % des femmes déclarant plus de 3 oublis lors des 3 derniers mois prennent la pilule depuis plus de 10 ans.

Les caractéristiques des patientes oubliant leur pilule varient d'une étude à l'autre. La mauvaise tolérance est un facteur qui revient fréquemment. Dans notre étude, 78,9 % des patientes sont satisfaites par leur contraception, pourtant près de la moitié l'oublie. Dans l'étude EPILULE [14] les caractéristiques des femmes oubliant leur pilule sont : une moyenne d'âge plus jeune (28,5 ans contre 30,6 ans), le fait d'avoir 0 ou 1 seul enfant, le fait de vivre seule, et le fait d'avoir déjà eu recours à une CU. Même si certains facteurs reviennent souvent dans les caractéristiques des femmes qui oublient leur pilule, on peut penser qu'il n'y a pas de « profil type ». L'interrogation sur le nombre d'oublis à chaque consultation reste indispensable.

2) Le recours de la contraception d'urgence

Dans notre étude 43,6 % des femmes déclarent avoir déjà pris une contraception d'urgence. L'étude EPILULE [14] fait part de 13,8 % de femmes ayant eu recours à la pilule du lendemain. Cette étude a été réalisée en 2004. Les résultats des études « Baromètre santé » en 2004, parlent de 16,9 % de femmes ayant déjà pris une CU [24]. Ces dernières années, de nombreux moyens ont été mis en place pour faciliter l'accès et favoriser l'utilisation de la contraception d'urgence. On peut penser que ces dispositifs mis en place ont permis une augmentation de l'utilisation de la contraception d'urgence. Même en prenant en compte ce paramètre, l'utilisation de contraception d'urgence dans notre étude paraît très élevée. Il est possible d'améliorer encore son utilisation en ayant recours à la prescription « préventive » de la pilule du lendemain, ce qui est très peu fait en France à l'heure actuelle. Ce point fait partie des recommandations de l'OMS [30].

On ne retrouve pas dans notre étude de facteurs favorisant le recours à la contraception d'urgence, notamment un antécédent d'IVG n'augmente pas le recours à la CU en cas d'oubli à risque.

3) Satisfaction et information des patientes

Selon l'INPES [4], 95 % des femmes s'estiment satisfaites ou très satisfaites de leur contraception. Dans notre étude 78,9 % des femmes sont satisfaites de leur contraception. Seules 5,3 % ne sont pas satisfaites.

Dans notre étude toujours avant le questionnaire 70,3 % des femmes s'estiment bien informées sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. Elles sont 75 % dans l'étude EPILULE [14].

Après notre questionnaire, seules 30,8 % pensent qu'elles sont correctement informées, ce qui représente une différence significative. 46,2 % des patientes s'estiment alors mal informées.

Cependant, malgré ce chiffre, lors du rappel à 3 mois, seules 9 patientes, soit 6,8 %, déclarent s'être renseignées sur la pilule depuis la consultation.

Certaines patientes ont déclaré spontanément lorsqu'elles ont rempli le questionnaire, qu'elles n'étaient pas bien informées mais qu'en cas d'oubli elles se reportaient à la notice ou regardaient sur internet.

Les patientes s'estiment bien informées et se rendent compte qu'elles ne le sont pas à l'issu du questionnaire. Malgré cela, très peu de patientes (notamment du groupe B puisque le groupe A obtenait les réponses) sont allées chercher les réponses après la consultation. De même, aucune patiente du groupe B qui ne recevait pas l'information n'a cherché à obtenir les réponses pendant de la consultation.

4) La définition de l'oubli à risque

Dans notre étude, 39,8 % des patientes interrogées connaissent le délai d'oubli à risque tel qu'il est défini par l'HAS. Ce chiffre est moins important que dans l'étude EPILULE (43 %) [14], dans la thèse de AH.Jager (50 %) [40] et dans la thèse de A.Pollet (60 %) [39].

Il faut noter que 6,8 % pensent que ce délai est de 3 heures, délai qui ne les expose pas à un risque de grossesse en cas d'application correcte des autres consignes de la HAS. Par ailleurs, pour l'OMS l'oubli à risque est défini comme un oubli de 24 heures, ce qui explique probablement le peu de grossesse non désirée en cas d'oubli de plus de 12 heures et de moins de 24 heures d'un comprimé unique [30].

5) La prise du comprimé oublié et la possibilité de prise simultanée de 2 comprimés

Dans notre étude, 53,4 % des femmes interrogées savent qu'il faut prendre le dernier comprimé oublié et 31,6 % pensent que dans cette situation la prise simultanée de 2 comprimés est possible. Ce point de connaissance faisait partie de 2 questions distinctes. Le résultat est très nettement inférieur aux autres études où la question était posée en un seul item : 92,7 % dans l'étude EPILULE [14], 70,8 % dans l'étude de A.Pollet [39], 77 % pour la

thèse de AH.Jager [40]. Ce point n'est pas consensuel, il n'apparaît pas dans les recommandations de l'OMS.

6) Le délai maximal de 5 jours pour prendre une contraception d'urgence

Le terme de « contraception d'urgence » est volontairement utilisé pour ne pas entraîner de réponse erronée induite par le terme « pilule du lendemain » inapproprié.

Une seule des patientes interrogées a déclaré que le délai maximal pour prendre la pilule du lendemain était de 5 jours. Si on prend le délai de 72 heures autorisé pour Norlevo®, seule contraception d'urgence disponible sans ordonnance, 16,5 % des patientes ont déclaré ce délai. Elles étaient 8,5 % dans l'étude EPILULE [14]. On peut aussi penser que l'amélioration de l'information sur la pilule du lendemain permet une meilleure connaissance des délais par les patientes.

De nombreuses patientes ont commenté spontanément cette question par « de toute façon il faut la prendre le plus rapidement possible » et ont ensuite coché 12 heures ou 24 heures. Cette question a donc peut-être été mal comprise et interprétée, puisqu'il s'agissait bien du délai maximum. La majorité de ces patientes pense tout de même que si la contraception d'urgence n'est pas prise rapidement, elle n'est plus ou est moins efficace et qu'il n'est plus utile de la prendre.

Par ailleurs lors du rappel téléphonique, peu de patientes se sont souvenues du délai de 5 jours. La moyenne du délai cité à tout de même été nettement plus importante lors du rappel. Les patientes ne se souvenaient pas des 5 jours mais se rappelaient que le délai maximal était plus long que ce qu'elles pensaient initialement, la citation du délai 72 heures étant en nette augmentation, mais ne correspondant pas à l'information délivrée.

7) Les rapports sexuels 5 jours avant l'oubli à risque pour une grossesse et l'utilisation de la contraception d'urgence

En cas d'oubli, 75,9 % des patientes de notre étude pensent qu'il faut prendre la pilule du lendemain, alors que seules 55,6 % des patientes pensent que les rapports sexuels avant l'oubli sont susceptibles d'entraîner une grossesse. La discordance entre ces 2 réponses paraît signifier que la réponse à la première question est « logique et spontanée », donnée sans réfléchir, pour $\frac{3}{4}$ des patientes mais qu'elles ne font pas le lien avec les rapports avant l'oubli. Dans l'étude de A.Pollet [39], 50,8 % des patientes pensent qu'il faut prendre la pilule du lendemain en cas de rapport 5 jours avant l'oubli. Mais la question est posée différemment puisqu'il s'agit d'une question fermée et que le délai de 5 jours apparaît d'emblée dans la question. Dans notre étude, la question concernant le nombre de jours où les rapports avant l'oubli sont à risque de grossesse, est une question ouverte.

8) L'utilisation des préservatifs pendant 7 jours suivant un oubli à risque

Dans notre étude, une fois encore, la question est divisée en 2 questions et le délai d'utilisation des préservatifs est une question ouverte. Cette consigne est bien connue des patientes, puisque 84,2 % savent qu'il faut utiliser un préservatif pour les rapports suivant l'oubli. Seules 18,8 % citent précisément les 7 jours, et 24,1 % pensent qu'il faut les utiliser jusqu'à la fin de la plaquette, ce qui ne les expose pas à un risque de grossesse.

Dans l'étude de A.Pollet [39], les patientes sont 50,8 %, donc plus nombreuses à citer les 7 jours, mais il s'agit d'une question fermée avec 2 propositions de délai de 3 ou 7 jours.

9) La suppression de l'intervalle libre ou des comprimés placebos et l'enchaînement d'une nouvelle plaquette en cas d'oubli concernant un des 7 derniers comprimés actifs

Cette consigne est très mal connue par les patientes, 6,6 % pour les femmes prenant une pilule comportant 21 comprimés et 8,3 % pour les femmes prenant une pilule comportant 28

comprimés. Dans les autres études réalisées, les patientes sont tout de même plus nombreuses à répondre correctement à cette question 20,3 % dans la thèse de A.Pollet [39] et 12,9 % dans l'étude de S.Guyard [41].

10) Les facteurs favorisant les bonnes réponses

a) Le prescripteur

Parmi les patientes qui donnent plus de 80 % de bonnes réponses, le prescripteur de la contraception est le gynécologue pour 66,7 % des patientes et le généraliste pour 33,3 % des patientes. Selon l'URPS-Ile de France, en 2012, 47 % des consultations de médecine générale contiennent au moins 2 motifs de consultations. Même si la « consultation contraception » en médecine générale devrait être une contraception à part entière, la demande de contraception est souvent associée à un ou plusieurs autres motifs. La demande de renouvellement arrive parfois en toute fin de consultation « au fait docteur est ce que vous pouvez aussi renouveler ma pilule ? » ou même lors d'une consultation pour une autre personne le plus souvent un enfant. La durée moyenne d'une consultation de médecine générale est de 16 minutes (URPS-Ile de France, 2012) alors qu'elle est de 20 minutes chez le gynécologue (DREES, 2009), où la consultation est dédiée à la contraception. On peut aisément comprendre que le gynécologue a plus de temps pour s'enquérir des oublis et donner des conseils. En médecine générale, 48 % des médecins déclarent se renseigner de façon systématique sur les oublis et 34 % rappellent de façon systématique la conduite à tenir en cas d'oubli lors du renouvellement [14].

Toutes les femmes qui ont moins de 20 % de bonnes réponses, se font prescrire la pilule par le dermatologue. Même si la prescription de la pilule par le dermatologue reste marginale (et va probablement encore diminuer avec l'arrêt de la commercialisation de Diane 35 prescrite le plus souvent pour l'acné), il faut former les dermatologues afin qu'ils puissent délivrer une information claire et simple à leur patiente.

Dans l'étude EPILULE [14], les patientes répondaient moins bien quand la pilule était prescrite pas un médecin généraliste qui n'était pas le médecin traitant.

b) Le niveau d'étude

Parmi les femmes qui ont plus de 60 % de bonnes réponses 70,4 % ont un niveau d'étude strictement supérieur au bac. Les femmes du groupe A qui améliorent leurs réponses entre le premier et le second recueil sont également celles qui ont un diplôme d'études supérieures. En revanche, dans notre étude la catégorie socioprofessionnelle n'apparaît pas comme un facteur favorisant les bonnes réponses. Les professions intermédiaires de santé ne répondent pas mieux au questionnaire.

c) L'âge

La moyenne d'âge des patientes ayant plus de 80 % de bonnes réponses est de 23,57 ans alors que la moyenne d'âge des patientes ayant moins de 20 % de bonnes réponses est de 30,60 ans. Entre 20 et 80 % de bonnes réponses, la moyenne d'âge est de 27,83 ans. Il est probable qu'une grossesse chez une femme jeune (études non finies, indépendance vis-à-vis des parents non acquise) serait plus problématique. Cette donnée est aussi intriquée avec la durée de la prescription de pilule, plus la femme est jeune plus la prescription et l'information sont récentes.

Dans l'étude EPILULE [14], les femmes plus âgées répondaient moins bien également.

d) Le nombre d'enfants

Toutes les femmes avec un taux de bonnes réponses supérieur à 80 %, n'ont pas d'enfant. Les femmes qui ont entre 60 et 80 % de bonnes réponses ont 0,26 enfants. (student significatif au risque de 95 %). Les femmes qui répondent moins bien ont 2 enfants ou plus.

e) La durée de prise de pilule

La moyenne de durée de prise de la pilule chez les femmes ayant plus de 80 % de bonnes réponses est de 7,14 ans et de 7,74 ans pour les femmes ayant plus de 60 % de bonnes réponses (student significatif au risque de 95 %). Les femmes ayant moins de bonnes réponses prennent la pilule depuis plus longtemps. Cette information laisse supposer que plus la pilule est prescrite depuis longtemps, moins les informations sur la conduite à tenir en cas d'oubli sont répétées.

f) Les facteurs n'ayant pas été pris en compte ou n'ayant pas d'influence

L'âge des enfants, le nombre de frères et sœurs ainsi que leur âge n'ont pas été pris en compte. La question de la religion était facultative pour des raisons éthiques, toutes les patientes ont choisi d'y répondre. Cependant nous n'avons pas pris en compte ce paramètre du fait du faible nombre de patientes.

Les facteurs suivants n'influencent pas les connaissances ou l'amélioration des connaissances des patientes de notre étude : âge des premières règles, âge du premier rapport sexuel, consommation de tabac/alcool/cannabis, autres moyens de contraception déjà utilisés, antécédents médicaux et traitements au long cours.

11) L'impact du conseil minimal délivré en consultation

Les patientes du groupe A avaient globalement un meilleur score de réponses que les patientes du groupe B, lors du premier recueil. Pour le groupe B les réponses sont légèrement améliorées entre le premier et le second recueil. Cela peut signifier comme nous l'avons vu que certaines patientes ont obtenu des renseignements, non déclarés car non interprétés comme une véritable demande de renseignements, lors d'un changement de pilule notamment. Cela rend compte aussi de la variabilité des réponses données par les patientes qui cochent une réponse « au hasard » du fait des questions fermées.

Cependant on note une **très nette amélioration des réponses dans le groupe A** entre le premier et le second recueil, puisque 89,7 % des patientes donnent de meilleures réponses.

Le conseil minimal donné en consultation a été bien accepté même si le motif de consultation n'était pas la contraception. Il est partiellement ou complètement intégré par une majorité de patientes. Ces résultats peuvent être améliorés par le fait que les patientes ont bien « écouté » le conseil sachant qu'elles participaient à une étude et ainsi l'on mieux intégré. On peut également penser que les résultats sont améliorés par le niveau d'études élevé des patientes. Les informations potentiellement reçues lors d'un changement de pilule ont également pu favoriser de meilleures réponses lors du rappel téléphonique, ces informations intervenant finalement comme une répétition du conseil minimal donc avec plus d'impact que dans le groupe B.

Les résultats de cette thèse sont très encourageants. Le conseil minimal a amélioré les connaissances théoriques des patientes concernant la conduite à tenir en cas d'oublis de pilule, de façon statistiquement significative (test T de Student avec $p < 0.01$).

Il faudrait étudier la reproductibilité du conseil minimal et l'acceptabilité par les médecins et les patientes de sa répétition, mais on peut penser qu'il est utile voire indispensable pour une utilisation optimale de la pilule.

Le conseil minimal a également permis en s'enquérant de façon systématique des oublis, de dépister les patientes qui répètent les oublis. Le sujet d'autres moyens de contraception a pu être abordé avec ces patientes et certaines d'entre elles ont adopté un mode de contraception longue durée, ce qui est encourageant aussi.

Il faut désormais étudier ce conseil sur une population plus importante, et vérifier sa mise en application en cas d'oubli de pilule.

CONCLUSION PROPOSITIONS

De nombreuses actions, qu'elles soient législatives, destinées au grand public ou à l'attention des médecins, ont été mise en place depuis ces dernières années, mais n'ont pas encore prouvé leur efficacité, puisque le nombre d'IVG ne diminue pas.

Toutes les campagnes d'informations récentes et les recommandations de l'HAS prônent l'adaptation de la contraception à chaque femme. Les efforts doivent prioritairement porter sur ce point. La nouvelle campagne de l'INPES de mai 2013, à l'attention des patients, a pour slogan « la contraception qui vous convient existe » [43]. Il faut discuter avec les patientes, les informer de tous les moyens de contraception possibles. La norme contraceptive française, à savoir préservatif puis pilule puis stérilet, doit être abandonnée, ou au moins rendue plus flexible. La patiente doit pouvoir choisir librement la contraception qui lui convient même si ce choix ne correspond pas à la norme, sans se sentir jugée. Selon l'enquête FECOND de 2010, 84 % des médecins généralistes et 69 % des gynécologues, sont par exemple toujours réticents à la pose d'un stérilet chez une nullipare [6]. Il faut probablement favoriser les contraceptions longue durée, moins « patiente dépendante » et peu ou pas à risque de grossesse non désirée.

Les médecins doivent être formés, connaître tous les moyens de contraception, leurs indications/risques/efficacité/effets secondaires et pouvoir les proposer à chaque patiente sans à priori. C'est aussi l'objectif de la dernière campagne de l'INPES. Celle-ci propose des fiches mémo complètes destinées aux professionnels de santé pour proposer les contraceptifs possibles en fonction de 7 situations cliniques (femmes adultes en âge de procréer, adolescente, post-partum, post-abortum, homme, stérilisation, contraception d'urgence) [13]. Pour pouvoir donner une information complète, la consultation devrait autant que faire se peut, être destinée à la contraception et se dérouler suivant le modèle BERCER de l'OMS.

Les situations de transitions contraceptives (post IVG, post accouchement, changement de méthode) sont plus à risque et doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Suite à la récente polémique, les femmes ont pris conscience que la pilule est un médicament et qu'elle comporte des risques non négligeables. Un grand nombre de femmes sous contraceptif oral de 3^{ème} génération consultent pour changer de contraception, et les femmes sous un autre contraceptif consultent, inquiètes, pour obtenir des renseignements. Il faut mettre ces consultations à profit pour adapter la contraception si nécessaire.

On note déjà une évolution des prescriptions en mars 2013 : - 37 % de vente de CO de 3^{ème} et 4^{ème} générations, + 22 % de vente de CO de 1^{ère} et 2^{ème} générations, - 11 % de vente d'œstro-progestatifs non oraux (patchs, anneaux), + 28 % de ventes des autres contraceptifs (implants, DIU), + 48 % de vente de DIU au cuivre [43].

Une augmentation des IVG est à craindre si les femmes sous œstro-progestatifs de 3^{ème} ou 4^{ème} générations ont arrêté leur pilule par crainte des effets secondaires sans moyen contraceptif de remplacement. Cependant, étant donné l'augmentation des ventes de moyens contraceptifs longue durée jugés très efficace, une diminution importante des IVG pourrait être enregistrée secondairement.

L'éducation sexuelle à l'école doit être renforcée, être délivrée à chaque niveau scolaire, être adaptée à chaque âge sans tabous, suivant le modèle néerlandais. Les adolescentes doivent connaître les dispositions qui les concernent au maximum, celles-ci doivent être répétées : la gratuité de la contraception, la gratuité de la contraception d'urgence, la consultation possible sans les parents, l'anonymat, la gratuité de l'IVG.

Les idées reçues notamment sur la contraception d'urgence doivent être combattues. L'appellation de « pilule du lendemain » devrait être abandonnée, source de croyances erronées. Il a été démontré que la démedicalisation de la pilule du lendemain n'a pas entraîné de diminution de la contraception régulière. Malgré les réticences encore nombreuses, la prescription anticipée de cette contraception d'urgence pourrait combattre certains obstacles à la prise, comme le recommande l'OMS, sans diminuer la prise d'une contraception régulière.

Devant leur nombre très important et leurs causes multifactorielles, il paraît difficile de lutter contre les oublis de pilule. En revanche les connaissances des patientes sur la conduite à tenir en cas d'oublis de pilule et leur comportement dans cette situation, peuvent être améliorées. Il semble que le conseil minimal soit efficace dans ce contexte.

En cas de choix de ce moyen de contraception, il faut inciter les médecins généralistes à se renseigner sur les oublis à chaque consultation, et à rappeler la conduite à tenir en cas d'oubli en 4 phrases simples. Cette pratique, qui peut être standardisée, doit être systématique pour augmenter au maximum son efficacité. Les résultats de notre étude à ce sujet sont encourageants.

Dans notre étude, les femmes qui s'estiment mal informées ne cherchent pas à se renseigner sur leurs lacunes. En apportant les informations de manière systématique et sans attendre que les patientes ne les demande, on améliore de manière optimale les connaissances, en un minimum de temps pour le médecin généraliste.

Par ailleurs en se renseignant de façon systématique, les femmes pour qui la pilule n'est pas une contraception adaptée, du fait d'un nombre d'oublis important, sont dépistées, d'autres moyens peuvent leur être proposés.

On peut également proposer, pour compléter les campagnes d'information et le conseil minimal, la communication systématique, de l'adresse du site internet de l'INPES www.choisirsacontraception.com, qui répond à de très nombreuses questions sur tous les modes de contraception [42].

Il persiste cependant toujours un problème multifactoriel difficile à modifier, quelques soient leurs connaissances, 9 femmes sur 10 ne mettent en place aucune stratégie de rattrapage dans les suites d'un rapport à risque (INPES, 2012).

BIBLIOGRAPHIE

1. BAJOS N., LERIDON H., JOB-SPIRA N. « Introduction au dossier ». Population, 2004/3 Vol. 59, p. 409-418
2. LERIDON H., OUSTRY P., BAJOS N., et l'équipe Cocon. La médicalisation croissante de la contraception en France. Population et Sociétés. Juillet-Août 2002. Num. 381, p. 1-4
3. BAJOS N., MOREAU C., LERRIDON H., FERRAND M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Population et Sociétés. Décembre 2004. Num. 407, p. 1-4
4. DOSSIER DE PRESSE INPES. « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit ». Site de l'INPES. [en ligne]. Septembre 2007. [consulté 22/06/2013]. Disponible sur internet < <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/07/dp070911.pdf> >
5. LANSAC J. La contraception de l'antiquité à nos jours. 31^{ème} journées nationales. Site web CNGOF [en ligne]. 2007 [consulté 21/01/13]. Disponible sur internet < http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2007/vendredi_2007.htm >
6. BAJOS N., BOHET A., LE GUEN M., et al. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et sociétés. Septembre 2012. Num 492.
7. DOSSIER DE PRESSE INPES. « Contraception : que savent les Français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux ». Site de l'INPES. [en ligne]. Juin 2007. [consulté 22/06/2013]. Disponible sur internet < <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/07/dp070605.pdf> >
8. ANAES, INPES, AFSSAPS. Recommandations pour la pratique clinique. Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Site web de la HAS. [en ligne]. Décembre 2004. [consulté 21/01/2013]. Disponible sur internet < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraceptionvvd-2006.pdf >
9. CARLOTTI N. Contraceptifs hormonaux. La revue du praticien. Janvier 2008. Vol 58, p. 21-28
10. DE CRECY MA. Une contraception adaptée à chaque femme. La Revue du Praticien. Janvier 2008. Vol. 58, p. 15-16
11. BIBLIOMED. Contraception d'urgence : craintes injustifiées, attentes déçues. 6 Octobre 2011. Num 637
12. PRESCRIRE REDACTION. Sexualité Féminine et soins en Gynécologie. Les thématiques Prescrire. Septembre-décembre 2011. p 20-53
13. HAS. Contraception Fiches mémo. Site web de la HAS. [en ligne]. 15 mai 2013. [consulté 22/06/2013]. Disponible sur internet < <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c1369193/fr/contraception-fiches-memo> >

14. MENIERE Renaud. De la connaissance du bon usage de la contraception : apport de l'étude nationale EPILULE 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Nancy, 2004
15. AUBENY E., BULHER M., COLAU JC., et al. The coraliance study : non-compliant behavior. Results after a 6-month follow-up of patients on oral contraceptives. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. 2004, Vol. 9, p. 267-277
16. AUBENY E., BULHER M., COLAU JC., et al. Oral contraception : patterns of non-compliance. The Coraliance study. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. 2002, Vol. 7, p. 155-161
17. INPES. Contraception, IVG et grossesses non désirées. Site web INPES. [en ligne]. 2007. [consulté 21/01/2103]. Disponible sur internet < http://www.inpes.sante.fr/50000/pdf/votre_pratique/2010-contraception.pdf >
18. DANET S., COCAGNE N., FOURCADE A., L'état de santé de la population en France : rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2009-2010. Etudes et résultats DREES. Site internet de la DREES. [en ligne]. Janvier 2011. [Consulté 01/03/2013]. Disponible sur internet < <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er747.pdf> >
19. BIBLIOMED. La consultation pour la première contraception. 22 Septembre 2011. Num 635
20. VILAIN A., MOUQUET MC. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010. Etudes et résultats DREES. Site internet de la DREES. [en ligne]. Juin 2012. [consulté 01/03/2013]. Disponible sur internet < <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2010,10978.html> >
21. REIGNER LOILIER A., LERIDON H. La loi Neuwirth 40 ans après, une révolution inachevée ? Populations et société. Novembre 2007. Num 439. p. 1-8
22. NISAN I. Comment diminuer le nombre d'IVG en France ? Gynécologie, Obstétrique, et Fertilité. 2003. Vol. 31. p.499-503
23. Repères pour la vie pratique INPES. Comment aider une femme à choisir sa contraception ? Site internet de l'INPES. [en ligne]. 2007. [Consulté 01/03/2013]. Disponible sur internet < <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf> >
24. MOREAU C., BAJOS N. La contraception d'urgence : Impact de la démedicalisation d'accès à la contraception d'urgence en France. Résultats de l'enquête baromètre santé. Le concours médical. Septembre 2006. Tome 128, p. 1047-1050
25. RENARD V., AUBIN I., BACLE F., et al. Un partenariat original pour former les médecins généralistes. Le Concours Médical. Septembre 2006. Tome 128, p. 1057-1058

26. Région Poitou-Charentes « Pass'contraception, anonyme gratuit et proche de chez vous, ne laissez pas l'imprévu prendre le dessus ». Site internet de la région Poitou-Charentes. [en ligne]. Avril 2012. [consulté 16/06/2013]. Disponible sur internet < <http://www.poitou-charentes.fr/files/img/sante-handicap/chequier-contraception.pdf> >
27. LYDIE N., MENARD C., LEON C. Contraception, IST, VIH : les professionnels adaptent leur pratique aux nouvelles donnes. Baromètre santé médecins/pharmaciens. 2003. P. 105-108
28. BURGOZ C. Etat des lieux ce la contraception de l'adolescente dans l'union européenne. Thèse de Doctorat en médecine. Toulouse. 2011
29. LECH M. Contraception in Europe : accessibility and availability. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care. 2004. Vol. 30, p. 151-154
30. JAMIN C., ANDRE G., AUDEBERT S., et al. Oublis de la contraception hormonale : réflexions sur leur prise en charge en pratique quotidienne. Gynécologie Obstétrique et Fertilité. 2011. Vol 2176, p. 1-12
31. GUILBERT E., BLACK A., DUNN S., et al. Oubli de doses de contraceptif hormonal : nouvelles recommandations. JOGC. Novembre 2008. Num. 219, p 1063-1077
32. INED. L'avortement dans le monde. Site internet de l'INED. [en ligne]. Décembre 2010. [consulté 26/06/2013]. Disponible sur internet < http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/naissances_natalite/avortement_monde/ >
33. UNITED NATIONS. Abortion policies, a global review. Site internet des Nations Unies. [en ligne]. [consulté 01/06/2013]. Disponible sur internet < <http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/profiles.htm> >
34. KETTING E., VISSER A. Contraception in Netherlands : the low abortion rate explained. Patient Education and Counseling. 1994. Vol. 23, p. 161-171
35. SLAMA K., KARSENTY S., HIRSCH A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patient : a randomised, controlled trial in France. Tobacco Control 1995 , 4 : 162-9
36. INSEE. Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle. Site internet de l'INSEE. [en ligne]. 2012. [Consulté 23/05/2013]. Disponible sur internet. < http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02135 >
37. INSEE. Site internet de l'INSEE. [en ligne]. 2010. [Consulté 23/05/2013]. Disponible sur internet. < http://media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Publications/08/2/EESR10_WEB_17-20_niveau_insertion_sup_167082.pdf >

38. LAUNAY CHAMPOLLION S. L'attitude des femmes face à l'oubli de leur contraception orale. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris 11 Kremlin Bicêtre. 2006
39. POLLET A. Oubli de pilule : impact de la remise d'une information écrite sur les connaissances des femmes en médecine générale. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris 7 Diderot. 2013
40. JAGER CARDINALE AH. Les femmes et l'oubli de pilule : enquête auprès de patientes en médecine générale dans le Var. Thèse pour le doctorat en médecine. Aix Marseille. 2012
41. GUYARD AUDOIN S. Oubli de contraception œstro-progestative : connaissances et pratiques des patientes. Thèse pour le doctorat en médecine. Angers. 2010
42. Site internet de l'INPES et du Ministère des affaires sociales et de la santé. Choisir sa contraception. [en ligne]. [consulté 20/06/2013]. Disponible sur internet < <http://www.choisirsacontraception.fr/> >
43. Ministère des affaires sociales et de la santé. Conférence de presse : mise en œuvre de la politique sur la contraception. Lancement de la campagne de communication. Site du ministère des affaires sociales et de la santé. [en ligne]. 15 mai 2013. [consulté 22/06/2013]. Disponible sur internet < http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/fichiers_joints/dossier_de_presse_campagne_contraception.pdf >
44. BAJOS N., LERIDON H., GOULARD H., et al. Contraception : from accessibility to efficiency. Human Reproduction. 2003. Vol. 18, num. 5, p. 994-999
45. Bon usage du médicament HAS. Contraceptifs oraux estro-progestatifs : préférez les pilules de 1^{ère} ou 2^{ème} génération. Novembre 2012
46. Public Health Service. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Washington : US department of health and human services. 2000
47. HAS. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. [en ligne]. Janvier 2007. [consulté 21/03/2013]. Disponible sur internet < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/strategies_therapeutiques_aide_sevrage_tabagique_rapport2007_01_22_16_28_14_826.pdf >

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE INITIAL

Madame, Mademoiselle,

Je vous propose de participer à une étude sur le thème de la pilule contraceptive.

Pour participer, il faut avoir plus de 16 ans et prendre la pilule.

Cette étude consiste à remplir un questionnaire qui vous prendra environ 5 minutes en début de consultation.

Nous prendrons ensuite le temps nécessaire pour faire le point sur le motif de votre venue aujourd'hui.

Je reprendrais contact avec vous par téléphone dans 3 mois et vous demanderais à ce moment de répondre à quelques questions (moins de 5 minutes). C'est pourquoi je vous demande de noter sur ce questionnaire vos coordonnées.

La communication de vos nom et prénom et de votre numéro de téléphone sert uniquement à vous recontacter dans 3 mois.

Après analyse statistique globale des questionnaires, ceux-ci seront détruits.

Je vous remercie de votre participation et de l'aide que vous m'apportez dans la réalisation de cette étude.

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

1. Nom et Prénom :
2. Numéro de téléphone :
3. Age :
4. Situation familiale :
 - Mariée/vivant en couple
 - En couple mais vivant seule
 - Célibataire/Divorcée/veuve
5. Lieu de naissance :
6. Etudes et profession :
7. Nombre d'enfants (et leur âge) :
8. Nombre de frères et sœurs (et leur âge) :
9. Consommation :
 - Tabac
 - Alcool
 - Cannabis
 - Drogue

10. Religion (facultatif) (pratiquante ou non) :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

1. Avez-vous des problèmes de santé ? Si oui, lesquels ?
2. Avez-vous déjà été opérée ? Si oui, de quoi ?
3. Prenez-vous des médicaments en dehors de la pilule ? Si oui, lesquels ?

RENSEIGNEMENTS GYNECOLOGIQUES

1. A quel âge avez-vous eu vos premières règles ?
2. A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?
3. Quel est le nom de votre pilule (actuelle et précédente) ?
4. Avez-vous essayé d'autres moyens de contraception ?
 - Si oui, lesquels ?
5. Depuis quand prenez-vous la pilule ?
6. Quel est le motif de la première prescription ?
7. Pourquoi vous prescrit-on la pilule actuellement ?
8. Qui vous a prescrit la pilule la première fois ?
 - Médecin généraliste
 - Gynécologue
 - Autre, précisez :
9. Qui vous prescrit la pilule en général ?
10. Quel jour de la semaine débutez-vous votre plaquette de pilule ?
11. A quelle heure prenez-vous votre pilule ?
12. Avez-vous oublié votre pilule ces trois derniers mois ?
 - Si oui, combien de fois ?
13. Etes-vous satisfaite de votre contraception ?
 - Oui
 - Moyennement
 - Non
14. Estimez-vous être correctement informée sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule ?

15. Avez-vous déjà pris une contraception d'urgence ?

- Jamais
- 1 fois
- 2 fois
- ≥ 3 fois

16. Si oui, dans quelle circonstance ?

- Oubli de pilule
- Rapport non protégé
- Rupture de préservatif
- Autre :

17. Avez-vous déjà subi une ou plusieurs interruptions de grossesse ?

- Si oui combien ?
- De quel type (médicamenteuse ou chirurgicale) ?

CE QUE VOUS SAVEZ SUR L'OUBLI DE PILULE

1. Existe-il un risque de grossesse si l'oubli de pilule dépasse ?

- 3 heures
- 12 heures
- 24 heures
- 48 heures
- Ne sais pas

2. En cas d'oubli à risque, faut-il prendre le dernier comprimé oublié ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

3. En cas de rattrapage d'un oubli à risque, 2 comprimés peuvent-ils être pris en même temps ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

4. En cas d'oubli à risque faut-il continuer la plaquette en cours ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

5. En cas d'oubli à risque, faut-il prendre la pilule du lendemain ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

6. En cas d'oubli à risque, les rapports sexuels avant l'oubli sont-ils susceptibles d'entraîner une grossesse ? Si oui, combien de jours avant l'oubli ?

7. En cas d'oubli à risque, faut-il utiliser un préservatif après l'oubli ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

8. Si oui, pendant combien de jours faut-il utiliser des préservatifs ?

9. Vous prenez une pilule dont la plaquette comprend 21 comprimés : si l'oubli concerne un des 7 derniers comprimés de la plaquette, faut-il supprimer l'intervalle libre entre les 2 plaquettes ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

10. Vous prenez une pilule dont la plaquette comprend 28 comprimés : si l'oubli concerne un des 7 derniers comprimés actifs de la plaquette, faut-il jeter les comprimés placebo et débiter directement une nouvelle plaquette ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

11. Après un oubli à risque, quel est le délai maximum pour prendre une contraception d'urgence ?

- 12 heures
- 24 heures
- 48 heures
- 72 heures
- 5 jours
- Ne sais pas

12. Estimez-vous être bien informée sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule ?

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE À 3 MOIS

1. Vous êtes vous renseignée sur la pilule suite au questionnaire ? Si oui, comment ?
2. Avez vous changez votre contraception depuis la dernière consultation ?
3. Avez-vous oublié votre pilule ces trois derniers mois ? Si oui, combien de fois ?
4. Avez-vous pris une contraception d'urgence ces 3 derniers mois ? Si oui, combien de fois ?
5. Avez-vous subi une interruption de grossesse ces 3 derniers mois ?

CE QUE VOUS SAVEZ SUR L'OUBLI DE PILULE

1. Existe-il un risque de grossesse si l'oubli de pilule dépasse ?
 - 3 heures
 - 12 heures
 - 24 heures
 - 48 heures
 - Ne sais pas
2. En cas d'oubli à risque, faut-il prendre le dernier comprimé oublié ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sais pas
3. En cas de rattrapage d'un oubli à risque, 2 comprimés peuvent-ils être pris en même temps ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sais pas
4. En cas d'oubli à risque faut-il continuer la plaquette en cours ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sais pas
5. En cas d'oubli à risque, faut-il prendre la pilule du lendemain ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sais pas
6. En cas d'oubli à risque, les rapports sexuels avant l'oubli sont-ils susceptibles d'entraîner une grossesse ? Si oui, combien de jours avant l'oubli ?
7. En cas d'oubli à risque, faut-il utiliser un préservatif après l'oubli ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sais pas
8. Si oui, pendant combien de jours faut-il utiliser des préservatifs ?

9. Vous prenez une pilule dont la plaquette comprend 21 comprimés : si l'oubli concerne un des 7 derniers comprimés de la plaquette, faut-il supprimer l'intervalle libre entre les 2 plaquettes ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

10. Vous prenez une pilule dont la plaquette comprend 28 comprimés : si l'oubli concerne un des 7 derniers comprimés actifs de la plaquette, faut-il jeter les comprimés placebo et débiter directement une nouvelle plaquette ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

11. Après un oubli à risque, quel est le délai maximum pour prendre une contraception d'urgence ?

- 12 heures
- 24 heures
- 48 heures
- 72 heures
- 5 jours
- Ne sais pas

12. Estimez-vous être bien informée sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule ?

ANNEXE 3 : LES CARTES « CONSEIL MINIMAL »

EN CAS D'OUBLI DE PILULE DE PLUS DE 12 HEURES

- 1 - Prendre le comprimé oublié dès que possible (2 comprimés peuvent être pris en même temps), et poursuivre la plaquette
- 2 - En cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédents, prendre la contraception d'urgence dès que possible, disponible en pharmacie sans ordonnance
- 3 - Utiliser des préservatifs pendant 7 jours
- 4 - En cas d'oubli concernant la dernière semaine de la plaquette, terminer la plaquette et débiter une nouvelle plaquette sans période d'interruption

Si oubli inférieur à 12 heures prendre le dernier comprimé oublié et poursuivre la plaquette, pas de risque de grossesse

EN CAS D'OUBLI DE PILULE DE PLUS DE 12 HEURES

- 1 - Prendre le comprimé oublié dès que possible (2 comprimés peuvent être pris en même temps), et poursuivre la plaquette
- 2 - En cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédents, prendre la contraception d'urgence dès que possible, disponible en pharmacie sans ordonnance
- 3 - Utiliser des préservatifs pendant 7 jours
- 4 - En cas d'oubli concernant la dernière semaine de comprimés actifs, terminer les comprimés actifs, et débiter une nouvelle plaquette sans prendre les comprimés inactifs

Si oubli inférieur à 12 heures prendre le dernier comprimé oublié et poursuivre la plaquette, pas de risque de grossesse

EN CAS D'OUBLI DE PILULE DE PLUS DE 12 HEURES POUR CERAZETTE

- 1 - Prendre le comprimé oublié dès que possible (2 comprimés peuvent être pris en même temps), et poursuivre la plaquette
- 2 - En cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédents, prendre la contraception d'urgence dès que possible, disponible en pharmacie sans ordonnance
- 3 - Utiliser des préservatifs pendant 7 jours

Si oubli inférieur à 12 heures pour CERAZETTE prendre le dernier comprimé oublié et poursuivre la plaquette, pas de risque de grossesse

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le président de thèse

Université Paris Diderot – Paris 7

Professeur Jean Pierre AUBERT

VU :

Le doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot – Paris 7

Professeur Benoît SCHLEMMER

DATE

Vu et Permis d'Imprimer

Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7

et par délégation

Le Doyen

Benoît SCHLEMMER

CONTRACEPTION ORALE : AMELIORER L'OBSERVANCE PAR LE CONSEIL MINIMAL – ETUDE DE COHORTE 2012/2013

RESUME

On dénombre aujourd'hui en France 210000 IVG par an, malgré l'accessibilité et le recours massif à la contraception. 23 % des IVG concernent des femmes sous pilule dont 60 % sont dues à un oubli. L'objectif de cette thèse est de créer un conseil minimal, concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, à délivrer aux patientes quel que soit le motif de consultation, afin d'optimiser leurs connaissances et d'améliorer leur comportement dans une situation à risque. Il permet de dépister les patientes pour qui la pilule n'est pas un moyen de contraception adapté. Il s'agit d'une étude prospective randomisée, réalisée par 4 médecins généralistes dans le Val d'Oise entre novembre 2012 et juin 2013, concernant les patientes déjà sous contraceptif oral. Les patientes sont randomisées. Le groupe A (71 patientes) reçoit le conseil minimal. Le groupe contrôle B (62 patientes) ne reçoit pas d'information. Les patientes sont rappelées 3 mois plus tard afin de vérifier si l'intervention brève améliore les connaissances sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. Six patientes sont perdues de vue. A 3 mois, 89,7 % des patientes ayant bénéficié de l'intervention brève améliorent leurs connaissances, le pourcentage de patientes capables de donner plus de 60% de réponses exactes passe de 25.3% à 75%. Les résultats sont statistiquement significatifs (test de Student avec $p < 0.01$). Le conseil minimal permet d'optimiser l'information et la communication du médecin généraliste sur le sujet de la contraception, sans alourdir la consultation, avec une efficacité rapide sur les connaissances des patientes.

MOTS CLES : Contraception orale, Conseil minimal, oubli de pilule, Médecine générale, Information, Optimisation des pratiques, Enquête prospective