

UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

CONTRACEPTION :

INFORMATION DONNEE AUX FEMMES CONCERNANT
L'OUBLI DE PILULE

Enquêtes auprès de 205 femmes sur le réseau social Facebook et de 78 prescripteurs

Marion-Volana RANDRIAMANANTSOA

Née le 6 octobre 1990

Directeur de mémoire : Monsieur Bernard MESLE

Années universitaires 2010-2014

« La contraception orale est aujourd’hui victime de son succès, de sa vulgarisation, de sa banalisation dans l’esprit des femmes et sans doute des médecins ».

J-C Pons, F. Venditelli et P. Lachcar [1]

REMERCIEMENTS

A Monsieur MESLE pour avoir accepté d'être mon directeur de mémoire, pour les discussions intéressantes que l'on a eu autour du sujet, et pour vos corrections.

A Nathalie LE GUILLANTON, sage-femme enseignante, pour votre disponibilité, pour votre persévérance pour l'obtention du logiciel Sphinx ® à l'école, pour vos nombreuses relectures et corrections, et pour la critique constructive apportée à ce mémoire.

A Madame MAHE, gynécologue médicale, pour avoir sacrifié un peu de votre temps pour la diffusion de mon questionnaire.

A Monsieur BRANGER, pour l'aide que vous m'avez apportée au niveau des statistiques ainsi que pour la conversion des réponses du logiciel Sphinx ® en tableau Excel ®.

Aux femmes et aux prescripteurs qui ont eu la gentillesse de participer à mon étude.

A ma superbe promo avec qui je garderai un merveilleux souvenir de ces quatre années passées en votre compagnie.

A mes amies avec lesquelles les discussions autour des oublis de pilule m'ont données des idées pour le sujet du mémoire.

A ma sœur et mes belles-sœurs pour avoir testé mon questionnaire.

A ma famille que j'aime tant, pour le soutien que vous m'apportez tout au long de mes études. Et plus particulièrement à ma Mamounette, pour les nombreux moments passés avec moi à la recherche des fautes, à la découverte des pièges de la langue française, et surtout pour ton amour inconditionnel.

A mes chers beaux-parents pour le temps que vous avez consacré pour l'impression des questionnaires et du mémoire, et également pour votre soutien.

A la petite étoile qui brille chaque jour au dessus de moi.

A mon futur mari, Baptiste, pour ton soutien permanent, pour ton aide au quotidien, pour ta patience, pour l'amour que tu m'apportes. Merci de rendre ma vie aussi belle...

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	1
INTRODUCTION	2
GENERALITES.....	3
I. Les différents moyens de contraception	4
1. Historique	4
2. Les Différentes méthodes.....	4
2.1 Méthodes non-hormonales	4
a) Méthodes dites « naturelles »	4
b) Méthodes locales	5
c) Stérilisation.....	5
2.2 Méthodes hormonales.....	5
a) Contraceptifs œstro-progestatifs.....	5
b) Contraceptifs progestatifs.....	5
3. Indice de Pearl	5
4. Épidémiologie de l'utilisation des méthodes contraceptives.....	7
4.1 En France.....	7
4.2 Dans le monde.....	8
II. La pilule oestro-progestative	9
1. Historique	9
2. Mode de fonctionnement	10
3. Différents types de pilule œstroprogestatives	10
a) Type d'œstrogène utilisé	10
b) Type de Progestatif utilisé	11
III. La pilule micro-progestative	11
IV. Oubli de pilule.....	12
1. Épidémiologie	12
2. Conduite à tenir en cas d'oubli	13
a) Recommandations selon l'OMS	13
b) Recommandations en France	14
V. Contraception d'Urgence [21]	15
1. Méthode hormonale	16
2. Méthode non-hormonale.....	16
3. Épidémiologie	17
VI. Interruptions volontaires de grossesses.....	17
VII. Sages-femmes et contraception.....	18

ETUDE ET RESULTATS	20
I. Présentation de l'étude	21
1. Objectifs de l'étude	21
2. Méthodologie	21
a) Type d'étude	21
b) Population concernée	21
c) Terrain et durée de l'étude	21
d) Outils	22
3. Analyse statistique.....	22
II. Les résultats	23
1. Enquête auprès des femmes	23
a) Description de l'échantillon	23
b) Information concernant l'oubli de pilule	25
c) Un choix libre et éclairé de la contraception ?.....	29
d) L'information et l'accès à la contraception d'urgence.....	31
2. Enquête auprès des prescripteurs.....	34
a) Description de l'échantillon	34
b) Information concernant l'oubli de pilule	36
c) Un choix libre et éclairé de la contraception ?.....	37
d) Méthodologie et formation	38
e) L'information et l'accès à la contraception d'urgence.....	38
DISCUSSION	40
I. Critiques de l'étude.....	41
1. Méthode	41
2. La population	42
II. Discussion et réflexion autour des résultats.....	43
1. Avant la gestion des oublis, l'apprentissage de la gestion au quotidien.....	43
2. Les recommandations en cas d'oubli	44
3. Des oublis fréquents.....	47
4. La contraception d'urgence (CU).....	50
5. Le choix en matière de contraception	52
6. La formation des prescripteurs	53
CONCLUSION.....	55
BIBLIOGRAPHIE	56
ANNEXES	58

LISTE DES ABREVIATIONS

AFFSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

CAT : Conduite à tenir

CPEF : Centre de Planification ou d'Education Familiale

CU : Contraception d'Urgence

DCI : Dénomination Commune Internationale

DIU : Dispositif Intra Utérin

DU : Diplôme Universitaire

EE : Ethynilestradiol

HAS : Haute Autorité de Santé

INED : Institut National 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

IP : Indice de Pearl

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LH : Luteinizing Hormone

LNG : Lévonorgestrel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UPA : Ulipristal Acétate

INTRODUCTION

La contraception est désormais très répandue en France. Sa facilité d'accès, son remboursement ainsi que les nombreuses méthodes mises à disposition permettent un taux de recours à la contraception jugé satisfaisant.

La pilule contraceptive est l'une des méthodes les plus utilisées, on pourrait donc supposer qu'il s'agit d'une méthode efficace. Or en pratique on constate que les femmes rencontrent parfois de réelles difficultés dans la prise quotidienne de celle-ci. Les oublis de pilule sont fréquents et exposent la femme à un risque de grossesse lorsque les précautions à prendre sont méconnues. Ceci peut en partie expliquer la stabilisation des interruptions de grossesse malgré une couverture contraceptive française élevée.

Les prescripteurs de la contraception orale sont tenus de rechercher les facteurs de risque chez leurs patientes afin d'éviter tout accident indésirable. La grossesse non prévue s'apparente à un accident indésirable quand on connaît l'impact psychologique que peut entraîner une interruption volontaire de grossesse (IVG). C'est pour cela qu'il semble important d'enseigner aux femmes les précautions à prendre en cas d'oubli, leur permettant une utilisation sereine de cette méthode contraceptive.

L'objectif initial de notre étude est d'évaluer l'information délivrée aux utilisatrices de la contraception orale concernant l'oubli de pilule et les facteurs qui y sont associés. Un second objectif consiste à évaluer l'information relative aux différentes méthodes contraceptives disponibles en France de même que la liberté laissée au choix de celle-ci. Pour finir le troisième objectif repose sur l'évaluation de l'accès à la contraception d'urgence.

GENERALITES

I. Les différents moyens de contraception

1. Historique

La volonté de vouloir contrôler les naissances remonte à plusieurs siècles. Ainsi certaines méthodes contraceptives sont utilisées depuis fort longtemps. Par exemple on retrouve dans des textes de l'Ancien Testament le « coït interrompu ». De nombreuses techniques sont ainsi mentionnées dans divers textes. On y retrouve des conseils variés tels que « éternuer, sauter, marcher immédiatement après un rapport sexuel », ou encore de nombreuses recettes à boire ou à injecter au niveau vaginal à l'aide d'une poire... Cependant les pratiques contraceptives étaient alors peu efficaces étant donné que les connaissances en termes d'anatomie et de reproduction étaient erronées. [2]

Au début des années 1700 on voit apparaître le « petit linge », ancêtre du préservatif masculin, qui était confectionné à partir de boyaux de mouton ou de vessies de poisson. En France la limitation des naissances se répand à partir de la fin du XVIIIème siècle, alors que dans bien d'autres pays celle-ci ne fera son apparition qu'un siècle plus tard environ. De nouveaux moyens de contraception voient le jour tels que le pessaire (ancêtre du diaphragme), et un dispositif intra-utérin (DIU) constitué de soie ou d'argent.

Ce n'est que dans les années 1930 que l'on commence à savoir interpréter le cycle féminin. Cela va permettre la mise en place de la méthode dite d'Ogino-Knaus. La révolution contraceptive avec l'apparition des nouvelles méthodes dites « modernes » est récente, en effet il faut attendre 1960 pour voir la mise sur le marché de la première pilule sur le continent américain. Et en ce qui concerne les dernières innovations en matière de contraception, l'implant est commercialisé en France en 2001, tandis que le patch et l'anneau vaginal ne le seront qu'en 2004. Ainsi nous allons voir très brièvement les différentes méthodes contraceptives existantes.

2. Les Différentes méthodes [3] [4]

2.1 Méthodes non-hormonales

a) Méthodes dites « naturelles »

- Les techniques prévisionnelles : La méthode Ogino, Billings, la courbe des températures ainsi que les méthodes appareillées (tests urinaires d'ovulation).
- Le coït interrompu
- La méthode MAMA : Allaitement exclusif dans les 6 mois du post-partum associé à une aménorrhée.

b) Méthodes locales

- Préservatifs masculins et préservatifs féminins
- Dispositif intra-utérin au cuivre
- Diaphragmes et capes cervicales
- Spermicides

c) Stérilisation

- Féminine
- Masculine

2.2 Méthodes hormonales

a) Contraceptifs œstro-progestatifs

- Oraux : Il existe différentes pilules qui varient en fonction de la nature du progestatif et de l'œstrogène utilisés ainsi que de leur dosage.
Nous développerons ce moyen de contraception dans un chapitre ultérieurement.
- Anneau vaginal (NUVARING®).
- Patch transdermique (EVRA®)

b) Contraceptifs progestatifs

- Oraux :
 - Pilule micro-progestative : il existe différentes pilules qui diffèrent en fonction de leur type de progestatif.
Nous développerons ultérieurement cette méthode contraceptive.
 - Pilule macro-progestative
- Implant (NEXPLANON®)
- Dispositif intra-utérin (MIRENA®)
- Injectable (DEPO PROVERA®)

3. Indice de Pearl [4]

L'efficacité d'une méthode contraceptive se mesure à l'aide de l'indice de Pearl. Cet indice est utilisé lors des essais cliniques afin de tester la fiabilité des différentes méthodes.

$$IP = ([\text{nombre de grossesses}] \times 1200 / [\text{nombre de cycles observés}])$$

IP correspond au nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant une contraception donnée durant un an. L'indice de Pearl reflète l'efficacité d'une méthode contraceptive lorsque celle-ci est utilisée de façon optimale, il s'agit alors d'une efficacité théorique. Plus l'Indice de Pearl est proche de zéro, plus la contraception est efficace.

Cet indice doit être comparé à l'efficacité des différents moyens de contraception en pratique courante. Dans ce cas, on tient compte alors des éventuelles erreurs pouvant survenir dans l'utilisation, telles que les ruptures de préservatifs, ou les mauvaises observances...

Ainsi on remarque qu'en ce qui concerne certaines méthodes, il n'y a pas de différence entre l'efficacité théorique et pratique (ex : implants, DIU au lévonorgestrel...). Néanmoins on peut remarquer une différence importante entre l'utilisation optimale et la pratique courante en ce qui concerne les pilules oestro-progestatives et progestatives. Lorsque ces dernières sont utilisées correctement, ce sont des moyens de contraception jugés « très efficaces » (0,3 % de risque de grossesse). Toutefois on peut noter la difficulté que peuvent avoir certaines femmes dans la vie de tous les jours au vu des résultats (8 % de risque de grossesse), ce qui en fait des moyens de contraception jugés seulement « efficaces ».

Tableau 1 : Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2011

Méthode de planification familiale	Taux de grossesses de la première année		Taux de grossesses sur 12 mois
	Utilisation correcte et régulière	Taille qu'utilisée couramment	Taille qu'utilisée couramment
Implants	0,05	0,05	
Vasectomie	0,1	0,15	
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2	
Stérilisation féminine	0,5	0,5	
DIU au cuivre	0,6	0,8	2
MAMA (pendant 6 mois)	0,9	2	
Injectables mensuels	0,05	3	
Injectables progestatifs	0,3	3	2
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8	7
Pilules progestatives	0,3	8	
Patch combiné	0,3	8	
Anneau vaginal combiné	0,3	8	
Préservatifs masculins	2	15	10
Méthode d'ovulation	3		
Méthodes des Deux Jours	4		
Méthode des Jours Fixes	5		
Diaphragmes avec spermicides	6	16	
Préservatifs féminins	5	21	
Autres méthodes de connaissance de la fécondité		25	24
Retrait	4	27	21
Spermicides	18	29	
Capes cervicales	26*, 9**	32*, 16**	
Pas de méthode	85	85	85

* Taux de grossesses pour les femmes qui ont accouché.

** Taux de grossesses pour les femmes qui n'ont jamais accouché.

Cle :	0-0,9	1-9	10-25	26-32
	Très efficace	Efficace	Modérément efficace	Moins efficace

4. Épidémiologie de l'utilisation des méthodes contraceptives

4.1 En France

Depuis la légalisation de la contraception en 1967 avec la loi Neuwirth, le recours aux différents moyens de contraception n'a pas cessé d'augmenter. D'après le baromètre santé 2010, 90,2 % des femmes âgées de 15 à 49 ans qui ne sont ni stériles, ni enceintes, qui ont des rapports sexuels et qui ne désirent pas avoir d'enfants déclarent utiliser un moyen de contraception. Ce taux de couverture contraceptive est en conséquence élevé. [5]

Selon l'enquête Fecond réalisée en 2010, la pilule est utilisée par 45 % des femmes âgées de 15 à 49 ans, ce qui en fait la méthode de contraception la plus utilisée. [6]

Le DIU concerne 20,7 % des femmes. Son utilisation croît avec une diffusion plus importante auprès des jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans (4 % contre 1 % en 2000).

L'emploi du préservatif concerne 12,2 % des femmes, et il est généralement utilisé chez les jeunes couples (15-19 ans).

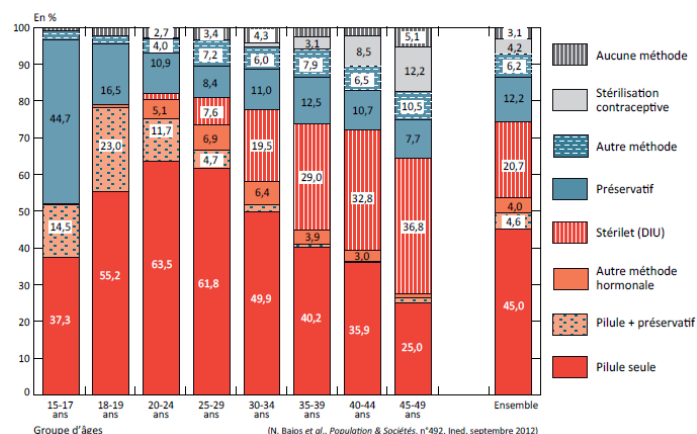
On voit augmenter le taux de recours aux nouvelles méthodes, l'implant étant le plus utilisé (2,6 % des femmes âgées de 15 à 49 ans), suivi de l'anneau vaginal (1,0%) et du patch contraceptif (0,4%).

Bien que légalisée en 2001 sur le territoire Français, la stérilisation à visée contraceptive ne concerne qu'une minorité de femmes (4,2%) et encore moins d'hommes.

L'usage des méthodes naturelles (retrait, méthode des températures...) baisse régulièrement, et intéresse 6,2 % des femmes.

A noter que 3,1 % des femmes ne souhaitant pas être enceinte n'utilisent pas de moyen de contraception. Ce comportement est plus fréquent chez les femmes dont la situation financière est précaire, et qui sont peu, voire pas diplômées, ou qui vivent en milieu rural. Ceci démontre bien qu'il y a une inégalité d'accès à la contraception malgré les améliorations apportées par les différentes politiques de prévention.

Tableau 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.

Au vu des résultats, on peut souligner l'existence d'une norme vis-à-vis du modèle contraceptif français. [7-9] Lorsqu'une jeune femme débute ses premiers rapports sexuels, l'usage du préservatif est majoritairement privilégié. Ce dernier agit comme moyen de contraception et de prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Ensuite lorsque la relation se stabilise, l'usage du préservatif décline et la femme se voit préférentiellement prescrire une contraception orale. Puis dès lors que le couple a obtenu le nombre d'enfants qu'il désirait, les femmes optent pour le DIU.

De nombreux préjugés empêchent également le recours à certaines méthodes de contraception. De ce fait le DIU est stigmatisé chez la femme n'ayant pas encore eu d'enfants. Une enquête menée par l'INSERM et l'INED en 2010 révèle que 54 % des femmes interrogées considèrent que le DIU ne peut pas être posé si l'on n'a pas encore eu d'enfants. Or la Haute Autorité de Santé (HAS) spécifie bien qu'en aucun cas la nulliparité est une contre-indication à la pose. [4,6]

De plus, la méconnaissance des nouvelles méthodes est un frein à leur développement. Selon l'INPES, en 2007, moins d'un français sur deux connaît l'existence du patch (48 %), de l'implant (44%), et de l'anneau vaginal (44%). Cependant ces dernières méthodes tendent à être mieux connues grâce aux différentes campagnes menées par le Ministère de la Santé et l'INPES depuis septembre 2007. On constate que ces campagnes ont permis une augmentation du recours à ces méthodes. [7]

En conclusion, en France, on distingue une préférence en matière de contraception vers les méthodes médicalisées réversibles. Nous allons constater que ce modèle contraceptif français diffère des autres pratiques privilégiées dans le reste du monde.

4.2 Dans le monde [10] [11]

Comme nous l'avons vu précédemment la France dispose d'une couverture contraceptive élevée. Selon l'Organisation des Nations Unies, au niveau mondial, 63 % des couples utilisent une méthode de contraception.

Alors que la stérilisation contraceptive est peu courante en France (4,2%), c'est la méthode la plus utilisée dans le monde (37%), avec une majorité de stérilisations féminines. Cette méthode concerne à peu près un couple sur deux aux États-Unis, Canada, Brésil et Chine.

En deuxième position on retrouve le DIU avec 23 % d'utilisatrices, alors que la pilule ne se situe qu'en troisième position (14 %). Le recours au préservatif ne s'effectue que chez 10 % des couples au niveau mondial, avec une prédominance au Japon où 92 % des couples l'utilisent. Quant au retrait seulement 4 % des couples emploient cette méthode naturelle.

Les différentes pratiques selon les pays démontrent que les comportements en matière de contraception diffèrent en fonction de la sensibilisation de la population et des habitudes de prescription.

Tableau 3 : *Méthodes de contraception les plus utilisées dans le monde*

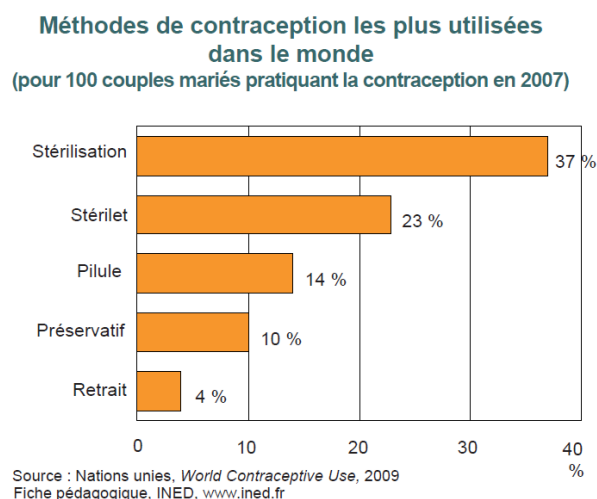
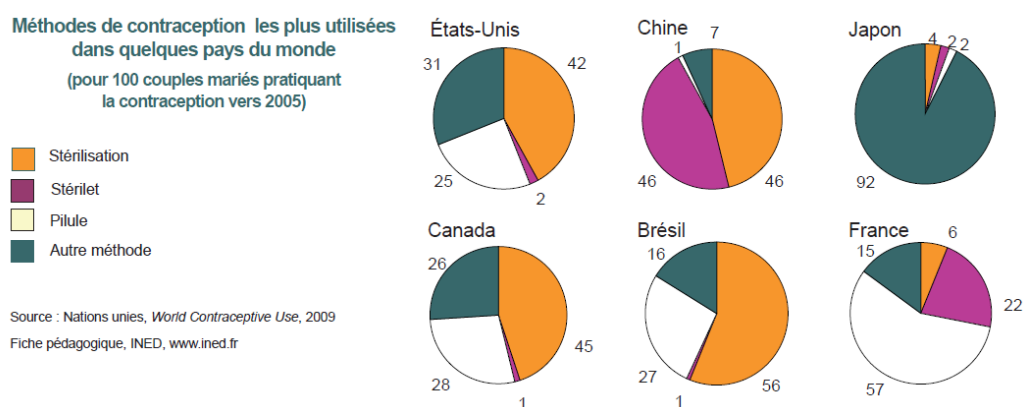


Tableau 4 : *Méthodes de contraception les plus utilisées dans quelques pays du monde*



II. La pilule oestro-progestative

1. Historique

C'est au Mexique que le premier prototype de pilule voit le jour en 1951, la synthèse de progestérone s'effectuant à cette époque à partir de diosgénine extrait d'une plante. Toutefois cette hormone naturelle présentait un inconvénient majeur : elle nécessitait une injection quotidienne. [12]

En 1955, le Docteur PINCUS en collaboration avec le Docteur ROCK poursuivent des expériences aux États-Unis. Ils parviennent à fabriquer une contraception oestro-progestative active par voie orale.

Ce n'est que le 20 mai 1960 que la première pilule (Enovid 10 mg) est autorisée par la Food and Drug Administration et ainsi mise sur le marché aux États-Unis.

La contraception orale parvient en France en septembre 1961 (Enidrel ®), son indication consiste initialement au traitement des troubles gynécologiques (aménorrhée, dysménorrhée, avortements itératifs...).

Sa légalisation s'effectue en 1967 grâce à la loi Neuwirth.

2. Mode de fonctionnement

La contraception œstro-progestative possède trois mécanismes d'action :

- Blocage de l'axe hypothalamo-hypophysaire : les hormones de synthèse entraînent un rétro-contrôle négatif aboutissant au blocage de la croissance folliculaire et de l'ovulation.
- Atrophie de l'endomètre le rendant impropre à toute nidation.
- Modification de la glaire cervicale : les progestatifs entraînent un remaniement biochimique du mucus cervical le rendant impénétrable aux spermatozoïdes.

3. Différents types de pilule œstroprogestatives [13]

a) Type d'œstrogène utilisé :

- L'œstrogène de synthèse utilisé le plus fréquemment est l'Ethinyl-œstradiol (EE). Il s'agit d'un dérivé du 17 β œstradiol par ajout d'un radical éthinyl en C17. L'avantage de la transformation du 17 β œstradiol est basé sur une meilleure biodisponibilité et une puissance biologique près de cent fois supérieure par rapport à l'œstrogène naturel. Cependant cela est responsable des effets secondaires métaboliques et vasculaires pouvant survenir.
 - On peut distinguer les « pilules normodosées » (EE=50 μ g), des pilules « minidosées » (EE=15 à 40 μ g).
 - Leurs dosages peuvent être monophasique, biphasique voire triphasique. Ainsi dans ces deux derniers cas, le dosage en EE et en progestérone varie au cours de la plaquette.
 - Le nombre de pilules par plaquette varie entre 21, 24, 26 et 28 comprimés. Dans le cas des plaquettes avec un nombre supérieur à 21 comprimés, les dernières pilules sont des placebos. Ce principe a été réalisé afin de réduire la période d'arrêt, voire de l'annuler dans le cas des pilules dites à « prise continue ».
 - Certaines pilules sont remboursées par la Sécurité Sociale à hauteur de 65 % et depuis le 30 mars 2013 à 100 % pour les 15 à 18 ans.
- Le valérate d'œstradiol est un ester du 17 β œstradiol naturel. Il est présent dans une pilule quadriphasique commercialisée sous le nom de Qlaira ® en 2009. La prise est continue avec 26 comprimés actifs et 2 comprimés inactifs. Elle n'est pas remboursée par la Sécurité Sociale.

- Zoély ® est une pilule composée d'œstradiol et d'acétate de nomégestrol. C'est une pilule monophasique administrée en continu qui n'est pas remboursée par la Sécurité Sociale. Elle contient 24 comprimés actifs et 4 inactifs.

b) Type de Progestatif utilisé :

Douze molécules sont présentes dans la composition des pilules œstroprogestatives orales actuellement disponibles en France.

On peut les classer en quatre catégories :

Progestatif de 1ère génération	Noréthistérone, Norgestriénone, Lynestrénol	Dérivés de la nortestostérone
Progestatif de 2ème génération	Norgestrel, Lévonorgestrel	
Progestatif de 3ème génération	Désogestrel, Gestodène, Norgestimate	
Autres progestatifs	Acétate de chlormadinone, Acétate de cyprotérone, Drospirénone, Diénogest	

Il s'agit de progestatifs de synthèse dotés d'une activité antigonadotrope largement supérieure à celle de la progestérone naturelle. L'effet antigonadotrope des pilules œstroprogestatives est assuré principalement par les progestatifs.

Les pilules œstroprogestatives de 3^{ème} génération présentent un risque vasculaire veineux 1,5 à 2 fois supérieur aux pilules œstroprogestatives de 1^{ère} et 2^{ème} génération.

Voir annexe : Contraceptifs oraux commercialisés en France au 1^{er} Janvier 2013

III. La pilule micro-progestative

Il en existe deux types :

- Celles composées de Désogestrel à 75µg (CERAZETTE® ainsi que ses génériques : ANTIGONE Gé®, DESOGESTREL®...). Elles agissent en augmentant la viscosité de la glaire cervicale et permettent également l'inhibition de l'ovulation dans 97 % des cas. Elles ne sont pas remboursées par la Sécurité Sociale.
- Celle composée de 30µg de Lévonorgestrel telle que MICROVAL®. Son action principale est l'augmentation de la glaire cervicale, une inhibition de l'ovulation s'effectue dans 50 % des cas. Elle est remboursée par la Sécurité Sociale.

Ces deux types de pilules doivent être prises à heure fixe sans interruption entre les plaquettes. Un retard de prise ne doit pas excéder 3h pour MICROVAL® et 12h pour celles au Désogestrel à 75 µg.

IV. Oubli de pilule

Comme nous l'avons vu précédemment, en théorie, la contraception orale est jugée « très efficace ». Cependant lors de son utilisation dans la vie de tous les jours, l'indice de Pearl est plus élevé ce qui en fait seulement un moyen de contraception « efficace ».

Lors de l'avènement de la pilule, cette dernière était considérée comme une libération de la femme [2]. Cependant Madame Steg, une gynécologue appréhendait cette nouveauté en évoquant qu' *« avec la pilule la charge de la contraception, qui incombait jusque-là à l'homme, passe désormais entre les mains des femmes. Mais cela n'a pas libéré la femme, elle a libéré l'homme et chargé la femme d'une responsabilité supplémentaire »*. [12]

Cette responsabilité mentionnée par Madame Steg n'est pas si anodine qu'il y paraît. Lorsqu'une femme démarre la pilule elle doit y penser tous les jours et de préférence à la même heure. Sur un an d'utilisation cela représente environ 250 comprimés à ingérer sans retard, sans oubli, sans vomissement et en respectant l'intervalle d'arrêt de 7 jours entre deux plaquettes. On peut comprendre alors que la mauvaise observance puisse se révéler fréquente au cours des années d'utilisation de la pilule.

1. Épidémiologie

En 2000, l'enquête menée par N. Bajos [6] révèle que 20,9 % femmes débutant une grossesse non prévue se trouvaient sous contraception orale. Les raisons invoquées étaient principalement un retard de la prise de pilule voire un oubli (60,3%). [14]

En 2005 l'enquête Baromètre Santé met en évidence un recours à la contraception d'urgence chez 30,1 % des femmes âgées de 15 à 54 ans consécutif à un oubli de pilule [15].

Selon l'enquête du Baromètre Santé 2010, plus d'un tiers des femmes déclarent une grossesse non prévue au cours des 5 dernières années. Pour quasiment la moitié de ces femmes (44%), l'oubli de pilule en est la raison. [5]

Au total, le nombre théorique de rapports à risque, consécutifs à un oubli de pilule, est estimé à 22 millions en France par an. [7]

Tableau 5 : Fréquence d'oubli de la pilule en % et nombres de rapports à risques estimés par an

Fréquence d'oubli	% des femmes concernées ⁹⁰	Nombre de femmes concernées	N Rapports à risque estimés/an/femme	Total
Au moins 1 fois /mois	21%	1 233 264	12	14 799 164
1 fois /3mois	21%	1 233 264	4	4 933 055
1 fois/ 6mois	13%	763 449	2	1 526 898
1 fois par an	11%	645 995	1	645 995
Jamais	34%	1 996 713	0	-
Total	100%	5 872 684	-	21 905 111

Un oubli de pilule représente un risque de grossesse relativement élevé, ce risque étant plus élevé lorsqu'il s'effectue la première semaine.[18] En effet consécutivement à la semaine d'arrêt, l'oubli de reprise du premier comprimé ou un oubli de pilule lors de la première semaine entraîne une reprise de la croissance folliculaire et donc une possible ovulation.

Les femmes évoquent fréquemment des oublis lors de voyages, de déplacements hors du domicile, lors des week-ends, lors de la reprise de la nouvelle plaquette, et chez celles dont les horaires de travail sont décalés...

Certains oublis résultent d'un accident de parcours contraceptif chez la femme qui ne désire absolument pas d'enfants. L'oubli peut résulter d'une inadéquation de la méthode contraceptive, d'une méconnaissance vis-à-vis de la conduite à tenir ou d'une erreur d'interprétation du cycle féminin.

Une autre catégorie de femmes, bien que minoritaires, ont un désir de grossesse ambivalent. [9] Pour ces femmes, l'oubli de pilule peut être parfois inconscient.

En tant que prescripteurs, il s'avère indispensable de prendre en compte l'efficacité biologique des méthodes ainsi que l'absence de contre-indications. Cependant, il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une faute grave si l'on ne prend pas en considération les conditions de vie de la patiente. En effet il semble important que la contraception qu'elle choisit soit le plus possible adaptée à son mode de vie permettant ainsi de limiter les risques de mauvaises observances. [19]

2. Conduite à tenir en cas d'oubli

a) Recommandations selon l'OMS :

C'est en 2004 que l'OMS publie les recommandations concernant l'oubli de pilule. Il faut noter que l'oubli de pilule est défini dans ce cas par un décalage de plus de 24 heures.

L'OMS distingue les conduites à tenir en cas d'oubli de pilule en fonction du taux d'éthinyl estradiol contenu dans les pilules combinées. Elle tient compte également du nombre de comprimés oubliés, ainsi que de la période pendant laquelle se situe l'oubli.

Tableau 6 : Recommandations selon l'OMS pour les femmes qui ont oublié une ou plusieurs pilules combinées (30-35 µg d'EE)

Oubli d'une ou 2 pilules : • Prendre au plus vite la (les) pilule(s) oubliée(s) et finir la plaquette comme prévu, à raison d'une pilule par jour.* • Des mesures contraceptives supplémentaires ne sont PAS nécessaires.
Oubli de trois pilules ou plus : • Prendre au plus vite la dernière pilule oubliée et finir la plaquette comme prévu, à raison d'une pilule par jour.* • Des mesures contraceptives supplémentaires (préservatif), voire l'abstinence, sont indispensables jusqu'à reprise correcte de la pilule pendant 7 jours consécutifs. • Semaine 1 Si "l'oubli de la pilule" s'est produit au cours de la première semaine de la plaquette (= prolongation de la semaine sans pilule) et que la femme a eu des rapports sexuels non protégés pendant la semaine 1 ou pendant la semaine sans pilule, une contraception d'urgence peut être envisagée. • Semaine 3 Si "l'oubli de la pilule" s'est produit au cours de la troisième semaine, il convient de continuer la plaquette normalement. Puis, d'entamer, sans interruption, une nouvelle plaquette. La semaine sans pilule est donc supprimée. Dans ce cas, une contraception d'urgence n'est PAS nécessaire. * Si la femme a oublié plus d'une pilule, elle peut prendre la première pilule oubliée, puis soit continuer la prise des autres pilules oubliées, soit ne pas les prendre afin de respecter le planning normal de contraception. En fonction de ce dont la femme pense se souvenir par rapport à l'oubli de la (des) pilule(s), elle peut prendre 2 pilules le même jour (1 au moment où elle s'en souvient, l'autre au moment normal de prise de la pilule, voire même conjointement).

Tableau 7 : Recommandations selon l'OMS pour les femmes qui ont oublié une ou plusieurs pilules combinées (20 µg ou moins d'EE)

Oubli d'une pilule : • Prendre au plus vite la pilule oubliée et finir la plaquette comme prévu, à raison d'une pilule par jour.* • Des mesures contraceptives supplémentaires ne sont PAS nécessaires.
Oubli de deux pilules ou plus : • Prendre au plus vite la dernière pilule oubliée et finir ensuite la plaquette comme prévu, à raison d'une pilule par jour.* • Des mesures contraceptives supplémentaires (préservatif), voire l'abstinence, sont indispensables jusqu'à reprise correcte de la pilule pendant 7 jours consécutifs. • Semaine 1 Si "l'oubli de la pilule" s'est produit au cours de la première semaine de la plaquette (= prolongation de la semaine sans pilule) et que la femme a eu des rapports sexuels non protégés pendant la semaine 1 ou pendant la semaine sans pilule, une contraception d'urgence peut être envisagée. • Semaine 3 Si "l'oubli de la pilule" s'est produit au cours de la troisième semaine, il convient de continuer la plaquette normalement. Puis, d'entamer, sans interruption, une nouvelle plaquette. La semaine sans pilule est donc supprimée. Dans ce cas, une contraception d'urgence n'est pas nécessaire. * Si la femme a oublié plus d'une pilule, elle peut prendre la première pilule oubliée, puis soit continuer la prise des autres pilules oubliées, soit ne pas les prendre afin de respecter le planning normal de contraception. En fonction de ce dont la femme pense se souvenir par rapport à l'oubli de la (des) pilule(s), elle peut prendre 2 pilules le même jour (1 au moment où elle s'en souvient, l'autre au moment normal de prise de la pilule, voire même conjointement).

**On entend par mesures supplémentaires des mesures contraceptives supplémentaires, voire l'abstinence, jusqu'à reprise correcte de la pilule pendant 7 jours consécutifs ainsi qu'une méthode contraceptive d'urgence dans la mesure où la femme a eu des rapports sexuels non protégés pendant la semaine sans pilule ou la semaine 1.

Ces recommandations s'avèrent être hétérogènes dans les différents pays du monde, parfois même contradictoires.

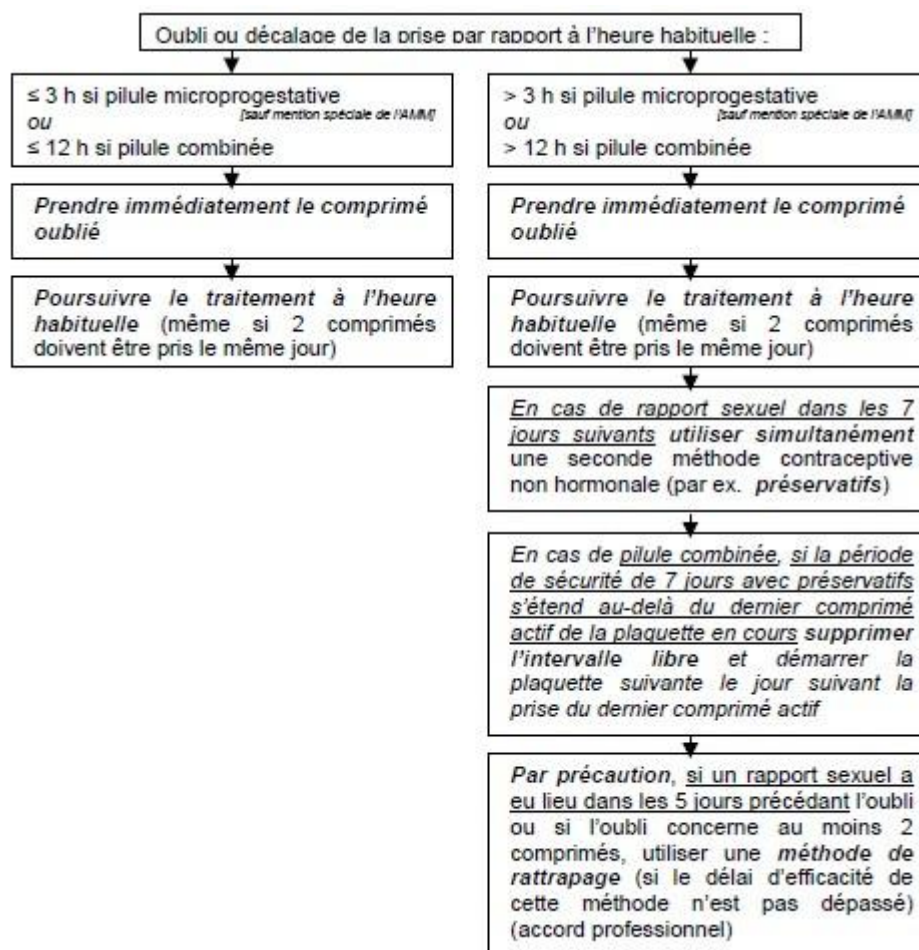
b) Recommandations en France :

En France, l'HAS, l'INPES et l'AFSSAPS ont mené un groupe de travail afin de mettre en place des recommandations sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. Ces recommandations sont simplifiées par rapport à celles de l'OMS. Elles permettent aux professionnels de santé d'expliquer la conduite à tenir à leurs patientes face aux oublis de pilule.

On peut remarquer la spécificité française qui considère l'oubli de pilule par un décalage de plus de 12 heures par rapport à l'heure de la prise habituelle.

Ces recommandations sont définies selon le tableau suivant :

Tableau 8 : Conduite à tenir en cas d'oubli ou de décalage de la prise d'une pilule



V. Contraception d'Urgence [21]

En cas d'oubli de pilule, l'utilisation de la contraception d'urgence fait partie des recommandations de la HAS, il semble ainsi nécessaire d'en faire un état des lieux.

Il existe deux méthodes en France : hormonales et non hormonales.

1. Méthode hormonale

Deux types de pilule contraceptive d'urgence sont disponibles :

DCI	Classe	Nom de spécialité	Posologie recommandé	Indication	Délivrance	Prix
Lévonorgestrel (LNG)	Hormone progestatif	Norlevo® 1,5mg Lévonorgestrel Biogaran® 1500µg	1,5 mg en 1 prise orale	Contraception d'urgence dans les 72h après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive	Possible sans ordonnance par le pharmacien et dans les CPEF pour les mineures *	Norlevo ®7,41 € Lévonorgestrel Biogaran® 6,07 € Remboursé à 65 % avec ordonnance
Ulipristal Acétate (UPA)	Modulateur des récepteurs de la progestérone	EllaOne® 30 mg	30 mg en 1 prise orale	Contraception d'urgence dans les 120h après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive	Avec une ordonnance obligatoirement dans les pharmacies et délivrée gratuitement et de manière anonyme pour les mineures dans les CPEF	23,59 € Remboursé à 65 %

* Délivrée gratuitement et de manière anonyme pour les mineures. Elle peut également être délivrée gratuitement aux personnes majeures ou mineures de l'enseignement secondaire par les infirmières scolaires ou par les services de médecines préventives universitaires aux étudiants.

Ces deux pilules provoquent un décalage de l'ovulation. Le lévonorgestrel n'a pas d'action lorsqu'il est administré après le début de l'augmentation du taux de LH, alors que l'Ulipristal acétate semble agir même après que le pic de LH débute. Si l'ovulation a débuté, aucune de ces deux contraceptions d'urgence ne sera efficace.

Leur efficacité est d'autant plus grande que la prise du comprimé est précoce suite au rapport à risque.

2. Méthode non-hormonale

Le DIU au cuivre peut être utilisé en tant que contraception d'urgence. Sa mise en place doit s'effectuer dans les 5 jours suivant le rapport non protégé (10 jours aux USA). Son avantage réside dans le fait que cela devient une contraception régulière et efficace.

Il s'agit de la méthode de rattrapage la plus efficace. Toutefois elle est peu utilisée puisqu'elle nécessite une consultation médicale et l'acceptation par la femme de la pose d'un « corps étranger » in utero.

3. Épidémiologie

Selon le baromètre santé 2010, le recours à la contraception d'urgence a augmenté ces dernières années depuis que la délivrance n'est plus soumise à prescription médicale. Près d'une femme sur 4 en âge de procréer a utilisé une contraception d'urgence au cours de sa vie.

Tableau 9 : Proportion (en %) de femmes sexuellement actives ayant déjà eu recours à la contraception d'urgence selon l'âge au moment de l'enquête, en 2000, 2005, et 2010

Groupe d'âge	2000 %	2005 %	2010 %
15-17 ans	12,3	27,9	40,6
18-19 ans	10,9	30,1	43,7
Total 15-19 ans	11,6	29,0	42,4
20-24 ans	15,7	29,8	43,3
25-29 ans	11,0	19,4	34,7
30-39 ans	8,3	11,8	20,9
40-49 ans	5,5	6,4	11,0
Total 15-49 ans	8,8	14,4	23,9
Source : Inpes, Baromètre Santé 2000, 2005, 2010			

Sa délivrance s'effectue principalement le dimanche et le lundi, et dans 90 % des cas son accès se fait en achat direct sans prescription médicale. A noter que dans 30,7 % des cas la prise de la contraception d'urgence survient à la suite d'un oubli de pilule.

VI. Interruptions volontaires de grossesses

En cas d'oubli de pilule, la femme s'expose à une grossesse non désirée. Dans ce cas la femme a la possibilité de recourir à une IVG si tel est son souhait. Par conséquent il est nécessaire de dresser un bilan des IVG.

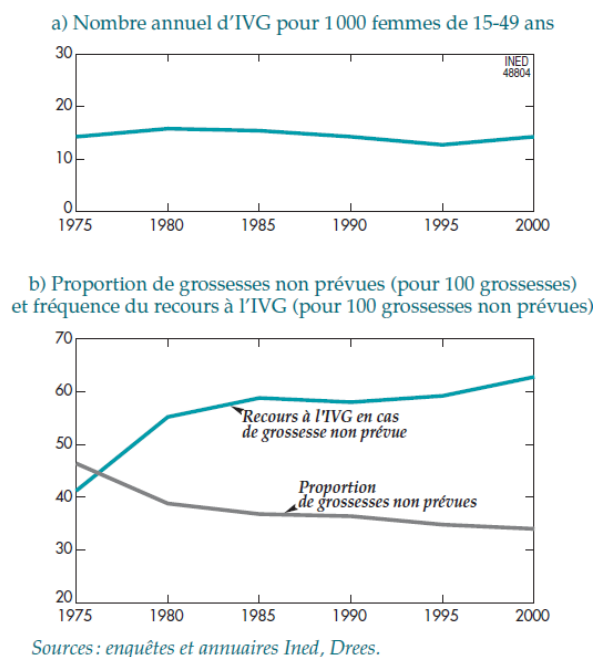
Malgré une couverture contraceptive élevée en France, et une augmentation du recours à la contraception d'urgence, un tiers des grossesses sont des grossesses non prévues.

Il existe deux techniques d'IVG : la méthode médicamenteuse, et la méthode chirurgicale.

Depuis son autorisation par la Loi Veil en 1975, le nombre d'avortements a diminué entre 1975 et 1990, mais depuis le taux d'IVG reste relativement stable et élevé (15,11 IVG en moyenne pour 1000 femmes en 2011). Ce paradoxe peut s'expliquer en raison d'un recours plus important à l'IVG en cas de grossesses non prévues. [9, 22-24]

Tableau 10 : Fréquence du recours à l'IVG et des grossesses non prévues en France

Figure - Fréquence du recours à l'IVG
et des grossesses non prévues en France



Sur les 33 % de grossesses non prévues, 2/3 d'entre elles résultent d'un échec de la contraception. Cela concerne la pilule dans 21 % des cas et pour plus de la moitié en raison d'un oubli de pilule. Ce qui démontre bien la difficulté que rencontrent les femmes dans l'utilisation quotidienne de la pilule.

La moitié de ces grossesses non prévues va se terminer par une IVG. On considère qu'environ 36 % des femmes auront recours à l'IVG au moins une fois au cours de leur vie. Cet acte n'est pas anodin, notamment vis à vis de l'impact psychologique. C'est pourquoi en tant que professionnels de santé il est important de prévenir ces grossesses non prévues dans le but de préserver la santé de la femme.

VII. Sages-femmes et contraception

Avant la loi de 2004, les sages-femmes avaient un rôle concernant la contraception uniquement lors du post-partum. Elles étaient ainsi autorisées à prescrire les contraceptifs locaux en suites de couches. [25]

A partir du 9 Août 2004, les sages-femmes se sont vues habilitées à réaliser la visite post-natale lorsque la grossesse et l'accouchement ont été physiologiques. Cela leur a permis de prescrire la contraception hormonale néanmoins uniquement dans le cadre des suites de couches, des consultations post-natales de même qu'à la suite d'une IVG.

C'est la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire du 21 juillet 2009 qui a élargi considérablement les compétences des sages-femmes en matière de contraception. Par conséquent, les sages-femmes sont en mesure de prescrire tous les moyens de contraception à une femme en bonne

santé que celle-ci soit enceinte ou non : « *l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique* ». [26]

L'arrêté du 12 Octobre 2011 fixant la liste des médicaments indique que les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et hormonaux aussi bien que les dispositifs intra-utérins, les capes et les diaphragmes. De même elles sont aptes à l'insertion, la surveillance et le retrait des dispositifs intra-utérin, des capes, des diaphragmes, et des implants contraceptifs.

Après avoir vu les généralités, nous allons dans un premier temps présenter notre étude. Puis dans un deuxième temps nous allons exposer les résultats obtenus après l'analyse des réponses aux questionnaires.

ETUDE ET RESULTATS

I. Présentation de l'étude

1. Objectifs de l'étude

Le principal objectif de l'étude portait sur l'évaluation de l'information remise aux femmes concernant l'oubli de pilule contraceptive lors de sa prescription. L'objectif secondaire consiste à évaluer si les femmes bénéficient d'une information éclairée sur les différentes méthodes de contraception leur permettant ainsi un choix libre. Nous allons dans un troisième temps évaluer l'accès à la contraception d'urgence.

Hypothèses :

- Les femmes ont une connaissance incomplète de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.
- Les femmes ne bénéficient pas toujours d'un choix libre et éclairé concernant la contraception.
- L'accès à la contraception d'urgence peut s'avérer difficile.

2. Méthodologie

a) Type d'étude

Nous avons mené deux types d'étude descriptive transversale :

- Un questionnaire auprès de femmes utilisant la contraception orale, celui-ci était anonyme et les femmes y répondaient sur la base du volontariat.
- Un questionnaire anonyme auprès des prescripteurs de la contraception orale.

b) Population concernée

- La première enquête a été réalisée auprès d'une population de femmes utilisant la pilule comme moyen de contraception. Il n'y avait pas de critères d'exclusion concernant le type de pilule utilisé (œstroprogestatif / microprogestatif), ni sur l'éventuelle prise en continu de pilule.
- La seconde s'est effectuée auprès des gynécologues, sages-femmes, médecins traitants, et médecins de centre de planification familiale sans critères d'exclusion.

c) Terrain et durée de l'étude

- Le premier questionnaire a été diffusé sur le réseau social « Facebook » pour une durée d'une semaine entre le 28 juin et le 5 juillet 2013.
- Le second questionnaire a été diffusé à la fois en version papier ainsi qu'en version numérique. Concernant les médecins traitants il a été diffusé par adresse mail à l'aide du Conseil de l'Ordre des Médecins de Loire-Atlantique. Pour les médecins de centre de planification familiale il a été distribué en version papier au sein du centre Simone Veil du CHU de Nantes de Mai à Juin 2013. Le questionnaire a également été transmis aux sages-femmes libérales de Loire-Atlantique par adresse mail grâce à un répertoire récupéré auprès d'un médecin coordonnateur du CPEF Simone Veil de Nantes et

auprès d'une étudiante sage-femme de 5^{ème} année qui effectuait son mémoire auprès de sages-femmes libérales. Quant aux gynécologues il a également été communiqué par adresse mail à l'aide du répertoire personnel d'une gynécologue médicale.

d) Outils

- Le questionnaire remis aux femmes a été rédigé à l'aide du logiciel Sphynx®. La version du logiciel Sphynx® mise à disposition à l'école de sage-femme permettait seulement la diffusion du questionnaire pour une durée maximum d'une semaine. Un pré-test a été réalisé auprès de trois femmes afin de vérifier le bon déroulement du questionnaire ainsi que sa compréhension. Plusieurs modifications ont dû être effectuées après ces tests, notamment la suppression non-prévue d'une question ouverte qui permettait d'évaluer la connaissance des femmes sur les conduites à tenir en cas d'oubli.

Le questionnaire définitif comportait 28 questions réparties en quatre parties :

- Première partie : Généralités
- Deuxième partie : La première prescription de pilule
- Troisième partie : En pratique
- Quatrième partie : Renouvellement de la prescription de pilule

Les réponses ont été collectées par le logiciel Sphynx®, puis récupérées sous forme de tableau Excel®. Au total 206 réponses au questionnaire ont été exploitées, un questionnaire n'a pas été traité en raison de l'incohérence des réponses.

- Le questionnaire concernant les prescripteurs a été élaboré sur Microsoft Word pour la version papier et sur Google Drive pour la version numérique. Cinq questions portaient sur les généralités, neuf questions avaient un rapport avec la première prescription de la contraception orale, quatre questions s'intéressaient au renouvellement de la prescription, et pour finir deux questions évaluaient leur formation.

Nous avons recueilli 78 questionnaires, les données ont été rentrées sur le logiciel Epidata®. Le taux de réponse est difficilement analysable puisque nous ne connaissons pas le nombre exact d'envoi par le Conseil de l'Ordre des Médecins de Loire-Atlantique. Environ 65 questionnaires ont été envoyés aux sages-femmes avec un taux de réponse de 44,29%, le taux de réponse au Centre de Simone Veil est d'environ 40%, et celui des gynécologues est d'environ 20%.

3. Analyse statistique

L'exploitation statistique a été effectuée à l'aide du logiciel Epidata Analysis 2.0 ®. Les variables qualitatives sont représentées par des pourcentages. La description des variables quantitatives repose sur la moyenne et un écart-type de la population. Les tests utilisés étaient le χ^2 de Pearson et le test t de Student. Le degré de signification est $p < 0,05$.

II. Les résultats

Dans un premier temps nous allons fournir les résultats du premier questionnaire destiné aux femmes utilisatrices de la contraception orale. Ensuite nous présenterons les résultats du deuxième questionnaire consacré aux prescripteurs.

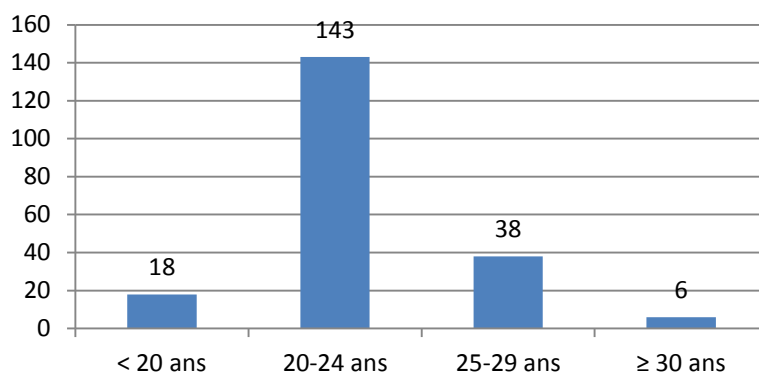
1. Enquête auprès des femmes

a) Description de l'échantillon

➤ Age

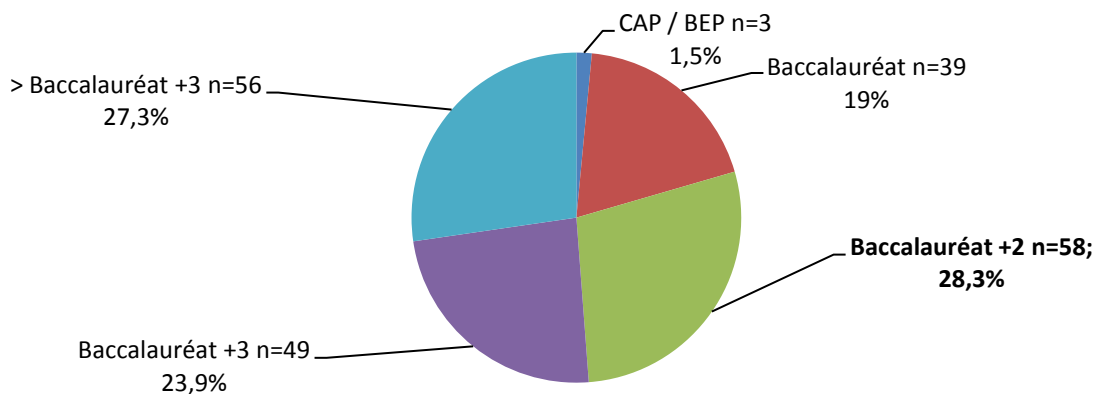
La moyenne d'âge des femmes était de 23,0 ans ($\pm 3,6$ ans) avec des extrémités allant de 18 ans à 51 ans.

Figure 1 : Age de la population étudiée



➤ Niveau d'étude

Figure 2 : Niveau d'étude de la population étudiée



➤ Activité

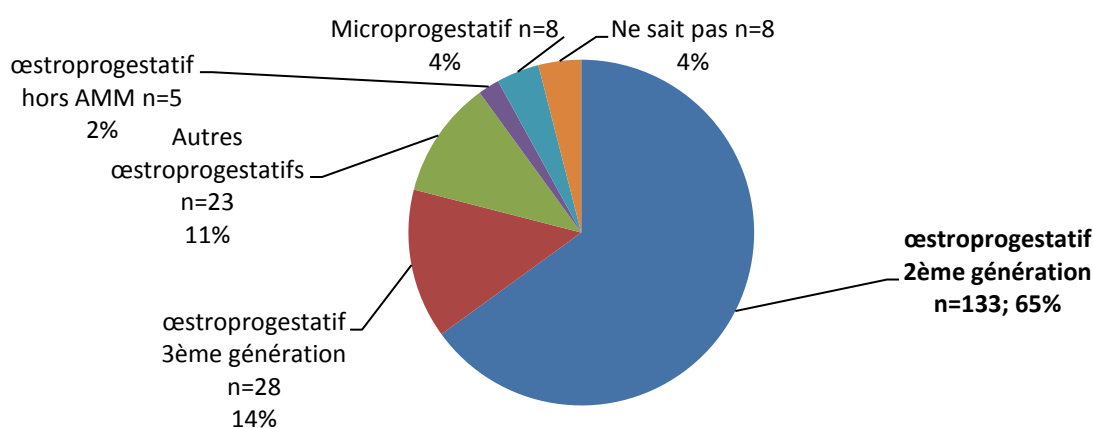
Tableau 11 : Activité de la population étudiée

Profession	Nombre	Pourcentage
Étudiante, lycéenne, collégienne	115	56,1 %
En formation	9	4,4%
Salariée	67	32,7%
Libérale	4	2,0%
Au chômage	10	4,9%

➤ Type de pilule utilisée

La majorité des femmes de l'étude utilisait une pilule œstroprogestative de 2^{ème} génération (65%). A noter que 11% (n=23) des femmes bénéficiaient d'une pilule à prise continue.

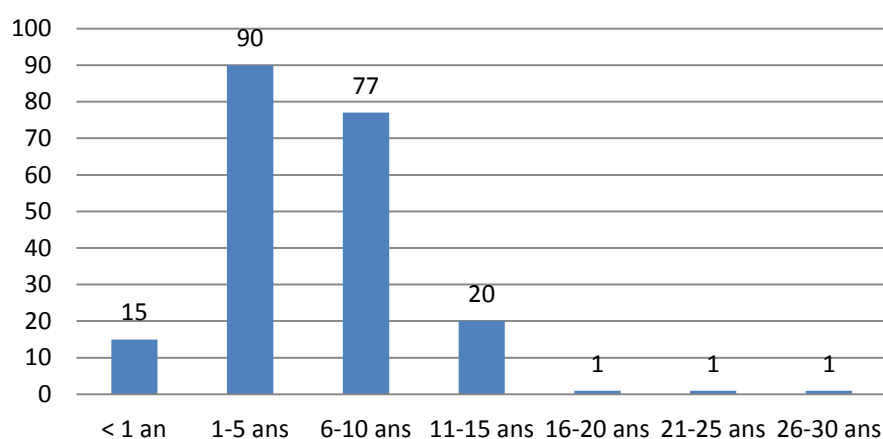
Figure 3 : Type de pilule utilisée par la population étudiée



➤ Délai de prise de pilule

La moyenne de la durée de la prise de pilule est de 5,5 ans avec un écart-type de 4,0 ans. Le minimum était de 1 mois et le maximum était de 29,0 ans.

Figure 4: Délai de la prise de pilule



➤ Prescripteurs

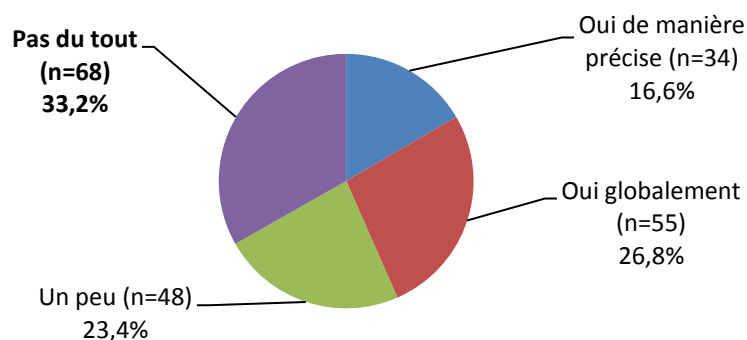
Pour 43,9 % (n=90) des femmes, leur prescripteur était un gynécologue. Et dans 56,1 % (n=115) il s'agissait de leur médecin traitant.

La sage-femme n'est pas indiquée en tant que prescripteur, et seulement deux femmes de l'étude ont précisé avoir un médecin de centre de planification familiale comme prescripteur. Etant donné le faible nombre, nous avons assimilé ces deux réponses aux médecins traitants.

b) Information concernant l'oubli de pilule

➤ Conseils pour la prise de pilule

Figure 5: Le prescripteur vous a-t-il donné des conseils pour ne pas oublier votre pilule ?



Plus de la moitié des femmes (56,6%) déclaraient avoir eu peu, voire pas, de conseils pour éviter les oublis de pilule.

Plusieurs réponses étaient possibles parmi les différents conseils prodigués par les prescripteurs :

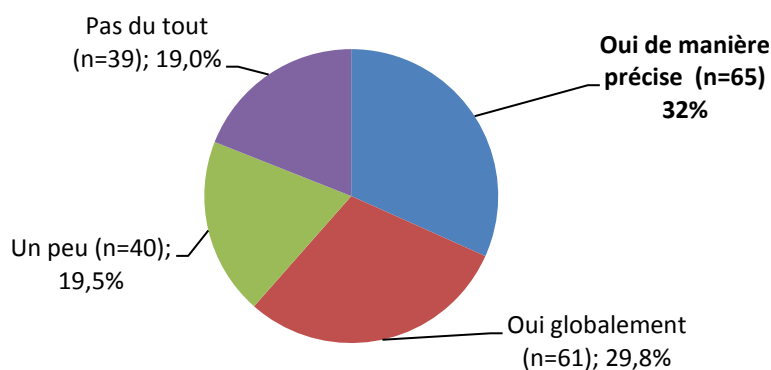
Tableau 12: Les différents conseils remis par les prescripteurs

Conseils	Fréquence
Associer à un geste du quotidien (brossage des dents, démaquillage...)	84
Mettre un réveil sur le portable	75
Toujours avoir une plaquette de pilule dans son sac à main	29
Autre	4

« Autre » : « La prendre avant midi », « La prendre à la même heure », « feuille récapitulative en cas d'oubli et en fonction de ma pilule », « en se couchant ».

➤ Information concernant l'oubli de pilule

Figure 6: Information reçue sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule



61,8% des femmes estimaient avoir reçu de la part du prescripteur une information précise ou globale sur la conduite à tenir en cas d'oubli. Elles sont cependant 19% à n'avoir bénéficié d'aucune information.

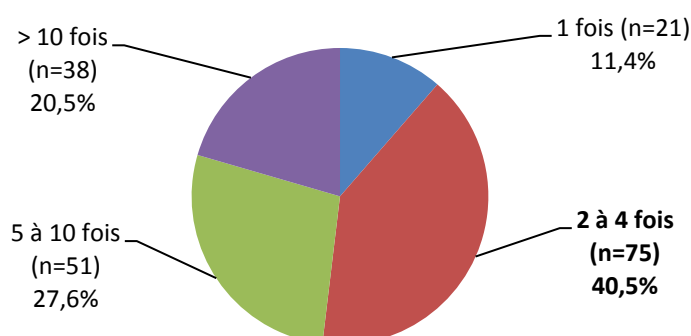
Sur l'ensemble des femmes ayant reçu cette information (n=166), cela s'est effectué par oral pour 79,5% (n=132) d'entre elles. Elles sont 20,5 % à avoir obtenu une information à la fois orale et écrite.

➤ Oubli de pilule en pratique

Sur l'ensemble de l'échantillon étudié, 90,2 % (n=185) des femmes ont déjà oublié au moins une fois leur pilule.

Sur ces 185 femmes, la fréquence d'oubli est de :

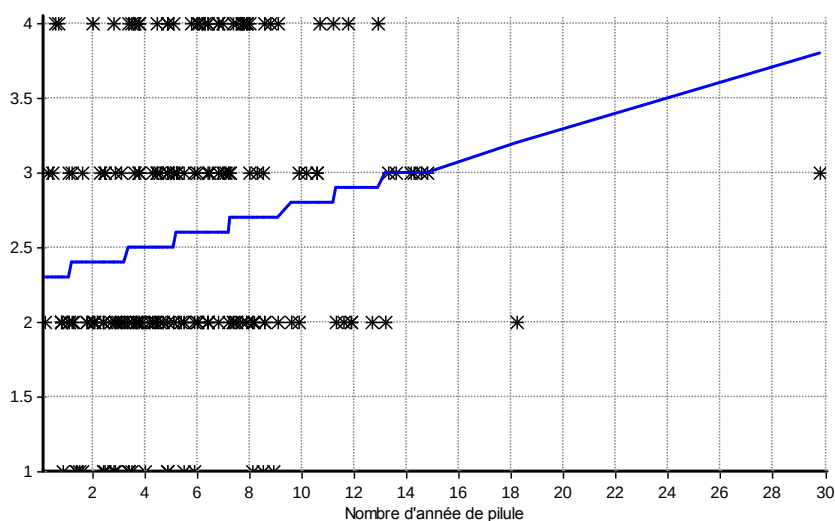
Figure 7: La fréquence d'oubli de pilule



Près de la moitié de ces femmes (48,1%) ont fait plus de 5 oublis au cours de l'utilisation de la pilule.

➤ Le nombre d'oubli de pilule en fonction du délai de prise de pilule

Figure 8 : Nombre d'oublis en fonction du nombre d'années de prise de pilule

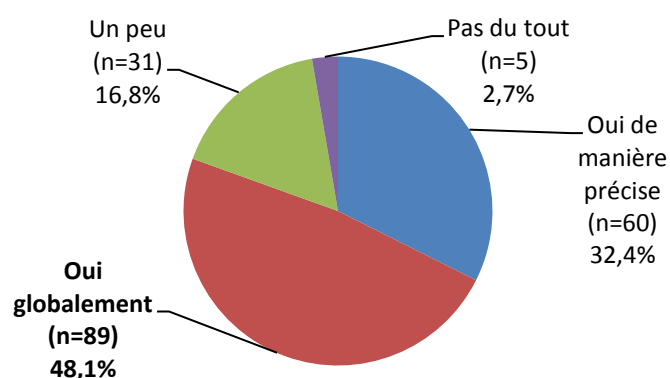


On s'aperçoit qu'il existe une relation entre le nombre d'oublis de pilule et la durée de prise de pilule. En effet avec les résultats de l'enquête, plus le délai de prise de pilule est long, plus le nombre d'oublis de pilule est élevé.

➤ Connaissance de la conduite à tenir

A la question « saviez-vous exactement ce qu'il fallait faire lorsque cela vous est arrivé ? », 32,4 % des femmes déclaraient « Oui de manière précise ».

Figure 9: Connaissance sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule



Nous nous sommes intéressés à la source d'information en cas d'oubli de pilule lorsque la conduite à tenir n'était pas connue de manière précise. Plusieurs réponses étant possibles à cette question, nous les avons classées par ordre de fréquence dans un tableau :

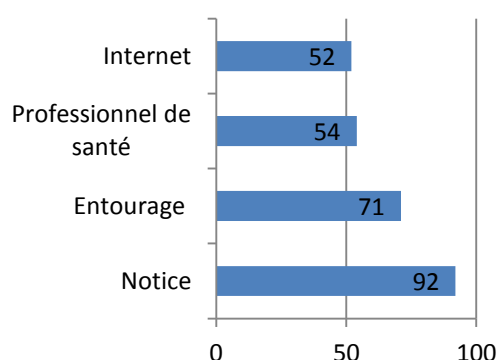
Tableau 13: Les différentes sources de renseignements en cas d'oubli de pilule

Notice d'utilisation	92
Amie	41
Internet	39
Pharmacien	34
Mère	24
Téléphone à votre prescripteur	13
Forum	13
Sœur	6
Information écrite donnée par votre prescripteur	5
Autre	4
Centre de Planification et d'éducation familiale	2

Autre : belle-sœur, collègues de travail, cours, je ne me suis pas renseignée.

Nous les avons ensuite regroupées en différentes catégories :

Figure 10 : Catégorie de la source d'information

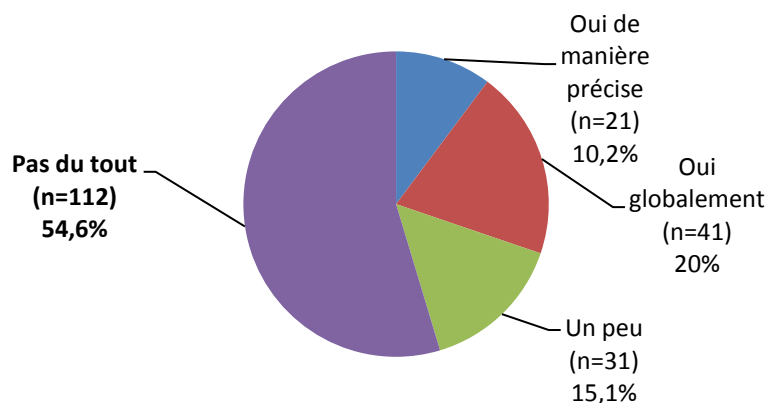


➤ Lors du renouvellement

Selon ces femmes, dans 63,9% des cas le prescripteur a fait le point sur leur satisfaction vis-à-vis de la pilule.

54,1% des femmes interrogées déclaraient que leur prescripteur ne leur avait pas demandé si elles avaient eu des oublis de pilule.

Figure 11: Vous a-t-il demandé ce qu'il fallait faire en cas de décalage ou d'oubli de pilule ?

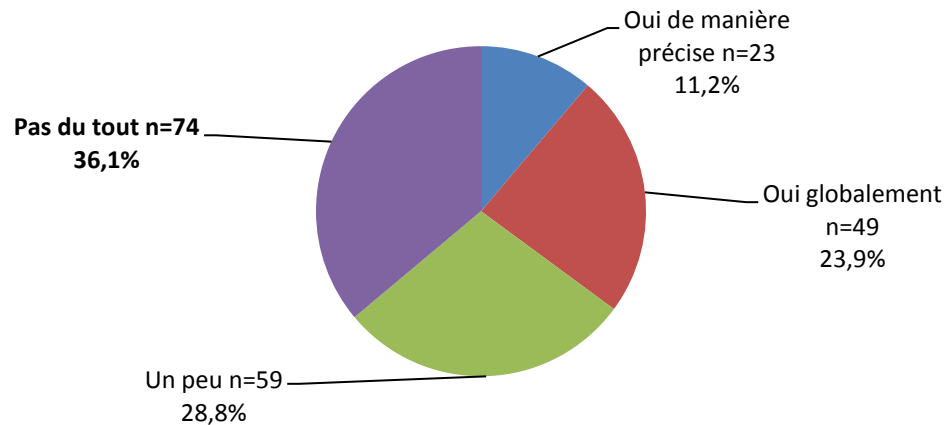


Selon les femmes, les prescripteurs n'ont pas évalué la connaissance de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule chez un peu plus de la moitié d'entre elles (54,6 %).

c) Un choix libre et éclairé de la contraception ?

- Sur l'ensemble de l'échantillon, 61 % (n=125) des femmes déclaraient avoir bénéficié d'une consultation entièrement dédiée à la contraception.

Figure 12: Le prescripteur vous a-t-il parlé des autres moyens de contraception ?



Environ un tiers des femmes (36,1 %) déclaraient n'avoir reçu aucune information sur les autres moyens de contraception.

➤ Le refus d'un moyen de contraception

Parmi l'ensemble de l'échantillon, 6,3 % (n=13) des femmes se sont vu refuser un moyen de contraception. Plusieurs réponses étaient possibles pour la raison du refus :

- l'anneau vaginal (cité deux fois) : « trop jeune » (x1)
- l'implant (cité cinq fois) : « saignements irréguliers » (x1), « effets secondaires trop importants » (x3), « pas comme premier moyen de contraception » (x1)
- le DIU (cité sept fois) : « trop jeune » (x3), « pas encore eu d'enfants » (x4)

➤ La méthode de contraception avant la pilule

Avant la pilule, 22% (n=45) des femmes utilisaient un autre moyen de contraception. Parmi ces dernières pour 95,6% (n=43) d'entre elles il s'agissait du préservatif, et pour les deux autres du patch et de l'implant.

➤ Les raisons de l'utilisation de la pilule

S'agissant d'une question à choix multiple, plusieurs réponses sont mentionnées par femme. Nous les avons donc classées en fonction du nombre de fois pour lesquelles les raisons sont citées :

Tableau 14: Différentes raisons de l'utilisation de la pilule

Avoir ses règles de manière régulière	132
Utilisation facile	118
Efficacité	106
Diminution des douleurs liées aux règles	77
Remboursée par la sécurité sociale	70
Absence de gêne lors des rapports sexuels	52
Diminution des saignements	35
Pas assez de connaissance sur les autres moyens de contraception	31
Seul moyen de contraception conseillé par votre prescripteur	29
Absence de corps étranger dans votre corps	20
Autre	13
Conseils de mes copines qui la prennent	6
Absence d'effets secondaires	4

Pour la réponse Autre, la diminution de l'acné était citée une fois.

➤ Ressentis de la patiente vis-à-vis de la consultation

A la question « vous sentiez-vous à l'aise pour lui (le prescripteur) poser des questions concernant la pilule ? », 31,7% des femmes se sentaient très à l'aise, elles sont près de la moitié (46,7%) à s'être sentie bien à l'aise, et 21% d'entre elles se sentaient peu à l'aise. Elles ne sont que 1% à ne pas s'être senties du tout à l'aise.

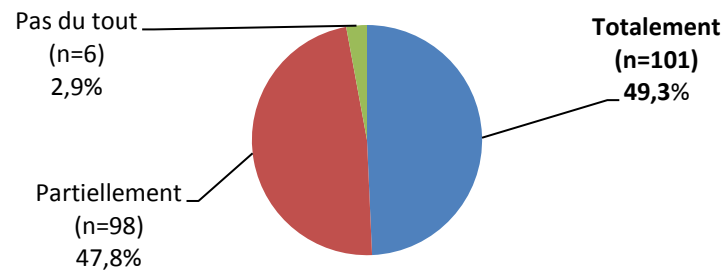
Les informations reçues lors de cette première prescription de la contraception orale ont paru suffisantes pour la majorité des femmes :

Tableau 15 : Satisfaction des informations reçues lors de la 1ère prescription

Informations reçues	Pourcentage
Tout à fait suffisantes	18.5 %
Suffisantes	52.7%
Peu suffisantes	25.4%
Pas du tout suffisantes	3.4%

➤ Satisfaction générale de la pilule en tant que méthode de contraception

Figure 13: D'une façon générale, la pilule est un moyen de contraception qui vous convient ?



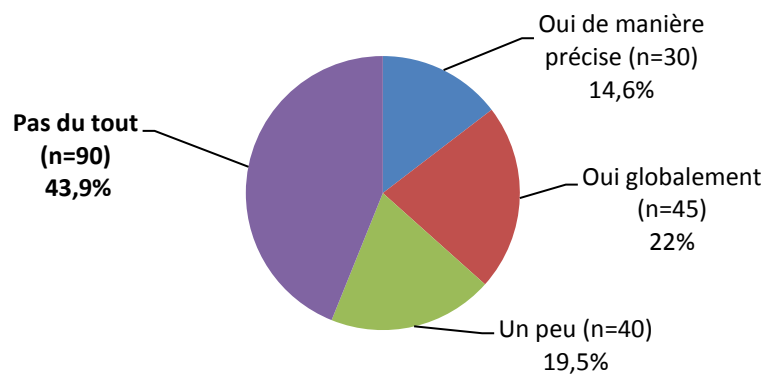
A noter que 36,6 % des femmes aimeraient changer de moyen de contraception.

➤ Proposition de changement de méthode contraceptive

Chez celles qui déclaraient oublier souvent leur pilule, une proposition de changement de méthode de contraception ne s'est effectuée que dans 15.2% des cas.

d) L'information et l'accès à la contraception d'urgence

Figure 14: Votre prescripteur vous a-t-il donné des informations concernant la contraception d'urgence ?



Près de la moitié des femmes (43,9%) déclaraient n'avoir eu aucune information sur la contraception d'urgence.

➤ Prescription de la contraception d'urgence

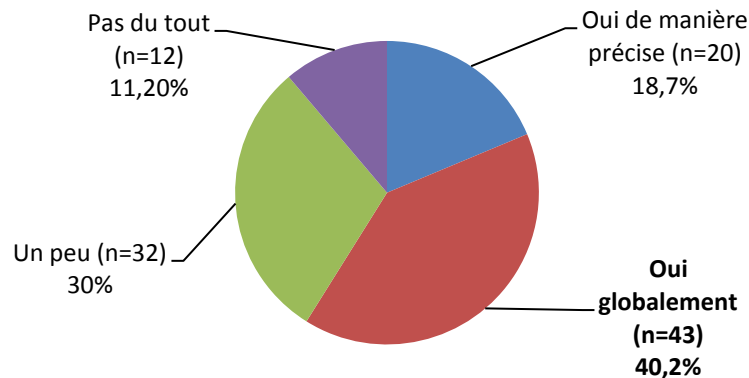
14,1% (n=29) des femmes ont bénéficié de la prescription à l'avance de la contraception d'urgence conjointement à leur prescription de pilule.

➤ En pratique

Elles sont un peu plus de la moitié 52,2% (n=107) à avoir déjà eu recours à la contraception d'urgence. Et pour 19% d'entre elles, elles l'ont utilisée plusieurs fois.

➤ Information sur l'utilisation de la contraception d'urgence

Figure 15: Pensez-vous que vous avez été bien informée concernant l'utilisation de la contraception d'urgence ? (détail d'utilisation, risques d'effets secondaires...)



➤ Accès à la contraception d'urgence

Près de la totalité des femmes (93,5%) ayant eu recours à la contraception d'urgence n'a eu aucune difficulté à se la procurer.

Pour les 6 femmes qui ont éprouvé de la difficulté à l'obtenir, la principale raison était que la pharmacie était fermée (cité cinq fois). Le fait de n'avoir pas d'ordonnance pour se faire rembourser était mentionné trois fois. Et dans « Autre » il était précisé une fois que « la pharmacienne ne savait pas que c'était gratuit pour les mineures ».

➤ Lors du renouvellement

Le prescripteur a demandé si elles avaient eu besoin de la contraception d'urgence chez seulement 18.5% d'entre elles.

Enfin nous avons procédé à un croisement des données dans le but de rechercher si, entre les femmes qui oublient leur pilule et celles qui ne l'oublient pas, il existe des caractéristiques significativement différentes.

Nous avons établi des « scores de l'information reçue » afin d'obtenir des moyennes entre les deux groupes. Ainsi, si la femme répondait « Oui de manière précise » on appliquait une note de 20/20, si la réponse était « Oui globalement », la note était de 15/20, pour « Un peu » la note était de 5/20 et pour « Pas du tout » la note était de 0/20.

Variables	Oubli de pilule n=185	Pas d'oubli de pilule n=20	p
Age (années)	22,9 (± 3,5)	23,4 (± 4,7)	0,63
Age au début de la prise de pilule (années)	17,3 (± 2,3)	19,2 (± 2,6)	0,0005
Etudiant (%)	103 (55,7%)	12 (60,0%)	0,71
Etude (%)			
➤ Bac et moins	37 (20,0%)	5 (25,0%)	0,57
➤ Bac + 2	51 (27,6%)	7 (35,0%)	
➤ Bac + 3 et plus	97 (52,4%)	8 (40,0%)	
Délai de prise de la pilule (mois)	69 (±46)	50 (±61)	0,09
Prescripteur (%)			
➤ Gynécologue	81 (43,8%)	9 (45,0%)	0,92
➤ Médecin Traitant	104 (56,2%)	11 (55,0%)	
Moyenne du score de l'information reçue sur les conseils pour ne pas oublier sa pilule (sur 20)	11,4 (±5,5)	11,3 (±5,6)	0,94
Moyenne du score de l'information reçue sur la conduite à tenir en cas d'oubli (sur 20)	13,9 (±5,43)	11,8 (±5,91)	0,09
Support d'information (%)			
➤ Par oral	121 (79,1%)	11 (84,6%)	0,64
➤ Par oral et écrit	32 (20,9%)	2 (15,4%)	
Moyenne du score de l'information reçue concernant la contraception d'urgence (sur 20)	10,5 (±5,6)	8,8 (±5,4)	0,17
Pas eu de prescription de la CU à l'avance	158 (85,4%)	18 (90,0%)	0,58
Moyenne du score de satisfaction des informations reçues (sur 20)	14,4 (±3,7)	13,8 (±4,3)	0,477
Moyenne du score de satisfaction de la pilule comme moyen de contraception (sur 20)	14,5 (±5,51)	16,0 (±5,98)	0,248
Ne veut pas changer de méthode de contraception (%)	114 (61,6%)	16 (80,0%)	0,10

Nous pouvons mettre en évidence comme différence significative uniquement l'âge au début de la prise de pilule. Selon cette enquête, plus les femmes commencent tôt la pilule plus elles ont un risque de faire des oublis.

2. Enquête auprès des prescripteurs

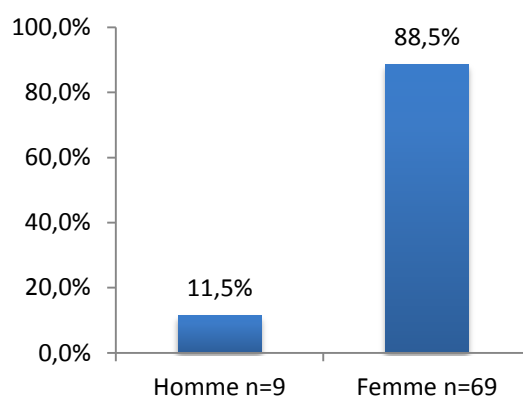
a) Description de l'échantillon

➤ Age

La moyenne d'âge des prescripteurs ayant répondu au questionnaire est de 42,7 ans ($\pm 11,6$). Le prescripteur le plus jeune avait 24 ans et le plus âgé avait 64 ans.

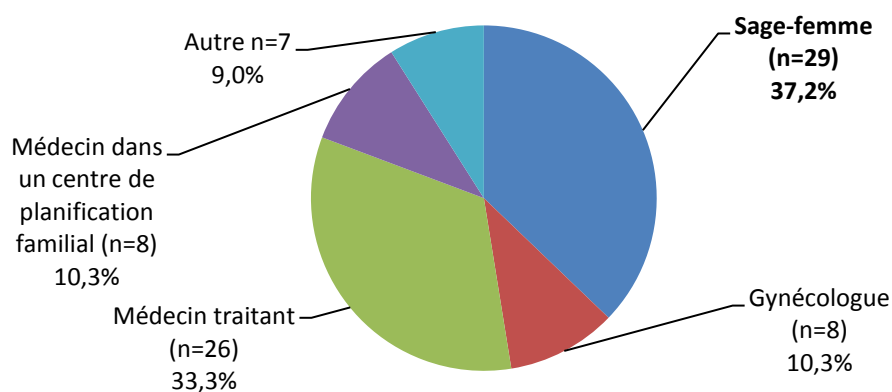
➤ Sexe

Figure 16 : Sexe de la population étudiée



➤ Profession

Figure 17 : Professions de la population étudiée



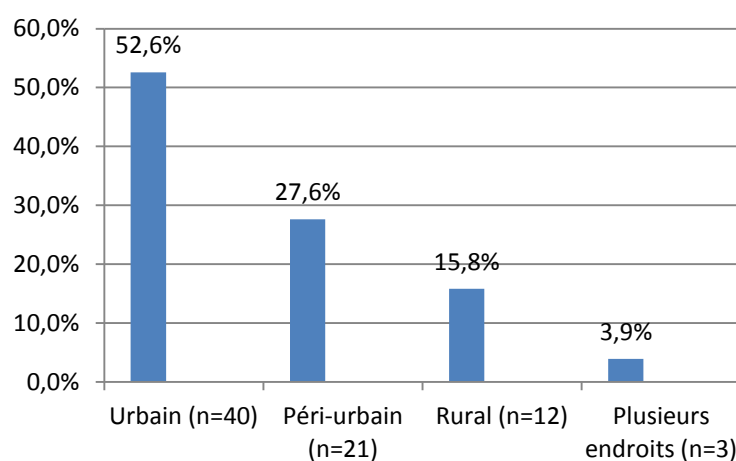
Autre : Cinq internes, un médecin de centre de soins et un médecin de l'éducation nationale.

➤ Ancienneté

Pour l'ensemble des prescripteurs de l'étude, la durée moyenne d'exercice est de 15,9 ans ($\pm 10,7$). Avec un minimum de 1 mois et un maximum de 34 ans.

➤ Lieu d'installation

Figure 18 : Lieu d'installation des prescripteurs de l'étude



Le lieu d'installation était dans plusieurs endroits pour certains prescripteurs puisqu'ils exerçaient en tant que remplaçant.

Variables	Sage-femme n=29	Gynécologue n=8	Médecin traitant n=26	Médecin dans un CPEF n=8	Autre n=7
Sexe (%)					
➤ Homme	-	-	30,8% (8)	-	14,3% (1)
➤ Femme	100% (29)	100% (8)	69,2% (18)	100% (8)	85,7% (6)
Age (année)	37,6 (±9,8)	52,1 (±11,5)	46,1 (±11,0)	45,7 (±8,7)	37,7(±14,1)
Lieu d'installation					
➤ Urbain	27,6% (8)	100% (0)	54,2% (13)	75,0% (6)	71,4% (5)
➤ Péri-urbain	37,9% (11)	-	37,5% (9)	12,5% (1)	-
➤ Rural	31,0% (9)	-	8,3% (2)	12,5% (1)	-
➤ Plusieurs endroits	3,4% (1)	-	-	-	28,6% (2)

b) Information concernant l'oubli de pilule

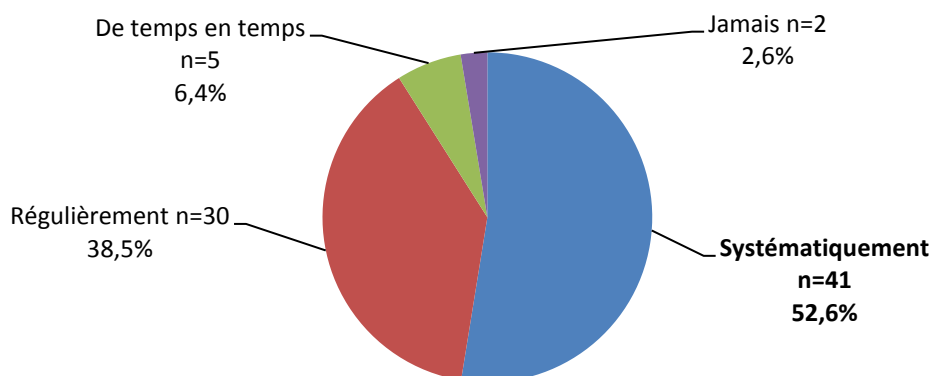
	Sage- femme n=29	Gynécologue n=8	Médecin Traitant n=26	Médecin de CPEF n=8	Autres n=7	Total n=78
Conseil association préservatif/pilule au début de l'utilisation de la pilule						
Tout le temps	27,6% (8)	62,5% (5)	34,6% (9)	62,5% (5)	57,1% (4)	39,7% (31)
Souvent	27,6% (8)	37,5% (3)	38,5% (10)	25,0% (2)	28,6% (2)	32,1% (25)
Parfois	20,7% (6)	-	7,7% (2)	12,5% (1)	14,3% (1)	12,8% (10)
Jamais	24,1% (7)	-	19,2% (5)	-	-	15,4% (12)
Information orale des recommandations à prendre en cas d'oubli de pilule						
Tout le temps	75,9% (22)	87,5% (7)	84,6% (22)	87,5% (7)	100,0% (7)	83,3% (65)
Souvent	20,7% (6)	12,5% (1)	11,5% (3)	-	-	12,8% (10)
Parfois	3,4% (1)	-	3,8% (1)	12,5% (1)	-	3,8% (3)
Jamais	-	-	-	-	-	-
Remise d'un support papier indiquant la CAT en cas d'oubli						
Tout le temps	51,7% (15)	12,5% (1)	38,5% (10)	75,0% (6)	71,4% (5)	47,4% (37)
Souvent	10,3% (3)	25,0% (2)	19,2% (5)	25,0% (2)	-	15,4% (12)
Parfois	10,3% (3)	37,5% (3)	19,2% (5)	-	14,3% (1)	15,4% (12)
Jamais	27,6% (8)	25,0% (2)	23,1% (6)	-	14,3% (1)	21,8% (17)
Type de support écrit (plusieurs réponses possibles)						
Rédigé soi-même						18
Document officiel (ex : INPES)						34
Coordonnées de site internet						11
Autre						20
Autres : Document du CPEF (x11), dictée (x1), document du laboratoire (x5), notice (x1), ordonnance (x2)						
Interrogation de la patiente sur un éventuel oubli de pilule						
Tout le temps	82,8% (24)	87,5% (7)	76,9% (20)	75,0% (6)	85,7% (6)	80,8% (63)
Souvent	10,3% (3)	12,5% (1)	19,2% (5)	12,5% (1)	14,3% (1)	14,1% (11)
Parfois	3,4% (1)	-	3,8% (1)	-	-	2,6% (2)
Jamais	3,4% (1)	-	-	12,5% (1)	-	2,6% (2)
Vérification auprès de la patiente de la CAT en cas d'oubli						
Tout le temps	51,7% (15)	62,5% (5)	19,2% (5)	75,0% (6)	57,1% (4)	44,9% (35)
Souvent	13,8% (4)	12,5% (1)	69,2% (18)	25,0% (2)	14,3% (1)	33,3% (26)
Parfois	24,1% (7)	12,5% (1)	11,5% (3)	-	28,6% (2)	16,7% (13)
Jamais	10,3% (3)	12,5% (1)	-	-	-	5,1% (4)
Proposition de changement de moyen de contraception en cas de mauvaise observance						
Tout le temps	57,1% (16)	50,0% (4)	42,3% (11)	25,0% (2)	28,6% (2)	45,5% (35)
Souvent	21,4% (6)	50,0% (4)	46,2% (12)	62,5% (5)	28,6% (2)	37,7% (29)
Parfois	17,9% (5)	-	11,5% (3)	12,5% (1)	42,9% (3)	15,6% (12)
Jamais	3,6% (1)	-	-	-	-	1,3% (1)

c) Un choix libre et éclairé de la contraception ?

➤ Lors de la première prescription de la pilule contraceptive :

➤ Information sur les différentes méthodes existantes

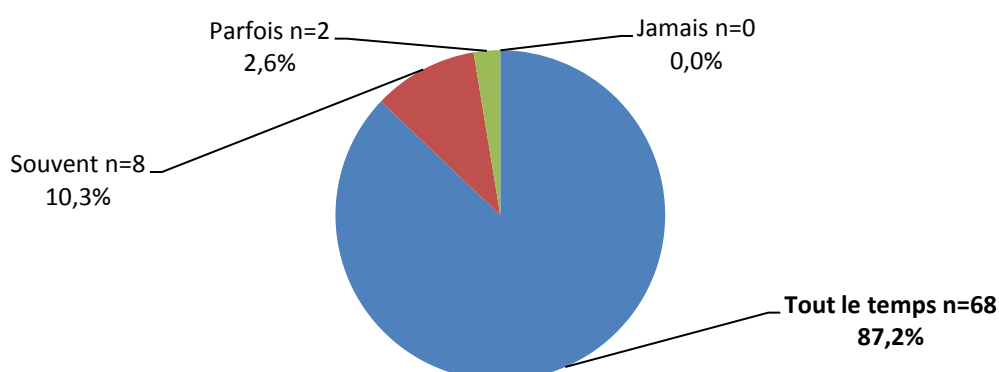
Figure 19 : Lui parlez-vous de tous les moyens de contraception qui existent ?



A la question « Pensez-vous qu'il soit important qu'une femme connaisse l'ensemble des moyens de contraception existants pour qu'elle choisisse le moyen le plus adapté à son mode de vie ? », 85,7% (n=66) des prescripteurs ont répondu « Tout à fait », 14,3% (n=11) ont déclaré « plutôt », et aucun n'a coché « pas du tout ».

➤ Lors du renouvellement de la prescription de la pilule contraceptive

Figure 20 : Demandez-vous à la patiente si elle est satisfaite de ce moyen de contraception ?



d) Méthodologie et formation

➤ Méthode Bercer

62,8% des prescripteurs affirment ne pas connaître la méthode BERCER recommandé par l'OMS. Cependant ce chiffre est relatif puisqu'il est possible que certains prescripteurs connaissent cette méthode sans être informés de son nom.

➤ Evaluation de la formation initiale (théorique et pratique)

Tableau 16 : Votre formation générale vous semble-t-elle satisfaisante concernant la contraception en générale (théorique et pratique) ?

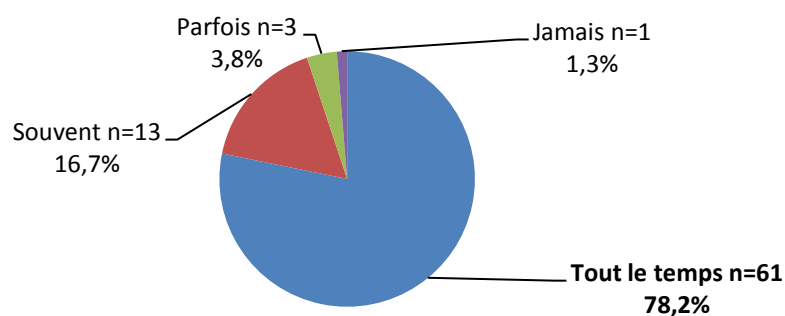
	Sage-femme	Gynécologue	Médecin traitant	Médecin de CPEF	Autres	Total
Très satisfaisante	13,8 % (4)	62,5 % (5)	15,4 % (4)	37,5 % (3)	42,9 % (3)	24,4 % (19)
Satisfaisante	51,7 % (15)	37,5 % (3)	57,7 % (15)	50,0 % (4)	57,1 % (4)	52,6 % (41)
Peu satisfaisante	24,1 % (7)	-	26,9 % (7)	12,5 % (1)	-	19,2 % (15)
Pas du tout satisfaisante	10,3 % (3)	-	-	-	-	3,8 % (3)

Trois sages-femmes estiment leur formation générale pas du tout satisfaisante. Parmi elles, deux d'entre elles sont diplômées de 2003 et l'autre a obtenu son diplôme en 1995.

e) L'information et l'accès à la contraception d'urgence

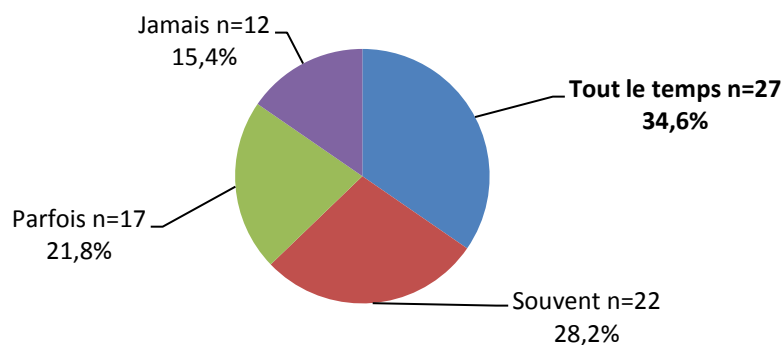
➤ Information concernant la CU

Figure 21 : Informez-vous la patiente de l'existence de la contraception d'urgence ?



➤ Prescription systématique de la CU

Figure 22 : Associez-vous à la prescription contraceptive la contraception d'urgence ?



Nous avons étudié les raisons de la non-prescription systématique de la contraception d'urgence. Plusieurs réponses étant possibles, nous les avons classées par ordre de fréquence :

Raisons évoquées	Fréquence
Autre	30
Péremption	13
Eviter une utilisation régulière	2
Cela autorise la femme à l'oubli	1

Autres :

- Oubli : x12
- Pas besoin d'ordonnance en pharmacie : x4
- En fonction du contexte : x5
- Choix de la patiente : x1
- Economie : x1
- Fax ordonnance : x1
- Manque de temps : x1
- Pas d'efficacité prouvée : x1
- Prescrite et non utilisée : x1
- Prudence : x1
- Refus de la femme : x1
- Responsabilité de la patiente : x1

➤ Commentaires divers

A la fin du questionnaire les prescripteurs étaient libres de laisser un commentaire. Seize d'entre eux précisait qu'ils avaient suivi une formation sur la contraception (Formation Médicale Continue, Diplôme Universitaire de gynécologie...). L'intention de passer le DU de gynécologie était indiquée quatre fois, le manque de formation est mentionné une fois, et un prescripteur spécifie qu'il effectue peu de prescription de contraception orale.

DISCUSSION

Notre étude révèle deux points importants. D'une part que les femmes sont peu conseillées sur l'utilisation au quotidien de la pilule contraceptive. D'autre part que l'information reçue sur les précautions à prendre en cas d'oubli de pilule varie d'une femme à l'autre et que les conduites à tenir ne sont par conséquent pas forcément maîtrisées par l'ensemble d'entre elles. Lorsque ces recommandations ne sont pas acquises, les femmes ont tendance à se tourner vers une source d'information pouvant être incomplète voir erronée les exposant à un risque de grossesse.

Nous remarquons une discordance entre les réponses des prescripteurs et celles des femmes. Cela peut être en partie dû au biais de sélection induit par notre enquête. Toutefois il est probable que l'information soit effectivement délivrée par les prescripteurs mais que sa compréhension n'est pas acquise par l'ensemble des femmes.

Ensuite notre étude montre que les femmes sont insuffisamment informées sur les différentes méthodes de contraception existantes, et que malgré les recommandations de la HAS il persiste toujours des refus injustifiés vis-à-vis de certaines méthodes. Cela entrave le libre choix de la contraception.

Pour finir notre étude montre que l'accès à la contraception d'urgence ne semble pas un souci majeur dans la majorité des cas.

I. Critiques de l'étude

1. Méthode

- Etude auprès des utilisatrices de la contraception orale :

S'agissant d'une étude descriptive incluant un faible nombre de femmes, le niveau de preuve scientifique est très faible. L'ensemble des résultats ne permet pas de mettre en évidence des différences significatives.

L'utilisation d'un questionnaire en ligne permettait de récolter un nombre élevé de réponses dans un délai extrêmement court. Cependant sa diffusion sur un réseau social occasionne un biais de sélection inévitable étant donné que les femmes de l'étude ont toutes accès à internet, ont un compte Facebook et appartiennent au même milieu social.

L'utilisation du logiciel Sphynx ® a entraîné la suppression d'une question ouverte importante. Celle-ci permettait d'évaluer la conduite à tenir des femmes face à un oubli de pilule, et un score devait être établi en fonction de la réponse. L'enquête s'en trouve affaiblie puisqu'une femme pouvait déclarer connaître la conduite à tenir en cas d'oubli sans pour autant la connaître réellement.

L'utilisation de questions fermées ne permet pas aux femmes de s'exprimer librement, elles sont susceptibles d'être influencées par les réponses proposées. Certaines déclarations étaient rétrospectives, notamment les questions portant sur la première prescription, ce qui a pu engendrer un biais de mémorisation.

- Etude auprès des prescripteurs :

L'envoi du questionnaire par mail via Google Drive a été choisi afin de réduire le coût de l'étude et limiter le temps de consécration à l'étude par les prescripteurs dans leur planning chargé. Malgré cela le taux de participation est très faible, notamment chez les gynécologues, sans doute dû à la période houleuse actuelle et parfois conflictuelle entre les gynécologues et les sages-femmes. De plus le volontariat occasionne un biais de sélection, en effet nous pouvons supposer que les prescripteurs ayant pris le temps de répondre au questionnaire portent un intérêt à la contraception. Cela se confirme puisqu'un certain nombre d'entre eux précise avoir participé à une formation.

2. La population

- Etude auprès des femmes :

Les femmes de notre étude sont jeunes avec une moyenne d'âge de 23 ans, ce n'est donc pas représentatif de la population générale. Cependant il s'agit d'une catégorie de femmes qui, selon le baromètre santé 2010 [4], utilise pour la majorité (83,4%) la pilule comme moyen de contraception et dont le recours à l'IVG est le plus fréquent. [27]

Par rapport à l'ensemble de la population française, notre échantillon présente un niveau d'étude élevé, puisque 79,5% ont un niveau supérieur au baccalauréat contre seulement 34,4 % en France selon une enquête menée par l'INSEE. [28]

Enfin la majorité des femmes ayant répondu aux questionnaires sont étudiantes, cela est en rapport avec le jeune âge des sujets et la catégorie sociale.

En conclusion nous sommes face à une population de femmes jeunes, à haut niveau d'études et principalement étudiantes.

- Etude auprès des prescripteurs :

Les prescripteurs ayant répondu à notre enquête présentent un profil d'âge plus jeune que sur l'ensemble du territoire. [29-31]

La distribution inégale homme/femme coïncide avec la dominance féminine de certaines spécialités (sage-femme, gynécologie médicale), de même qu'à la pratique plus fréquente de consultations de gynécologie des médecins généralistes de sexe féminin. [32]

La répartition du lieu d'exercice est relativement similaire avec la démographie médicale actuelle de la France.

Cela nous fait penser qu'il ne s'agit pas d'un reflet de la population générale des prescripteurs.

II. Discussion et réflexion autour des résultats

1. Avant la gestion des oublis, l'apprentissage de la gestion au quotidien

Lorsqu'une femme commence à utiliser la contraception orale comme méthode contraceptive elle se trouve face à un médicament inconnu dont elle va devoir gérer sa prise au quotidien. Selon les recommandations de la HAS [19], le prescripteur est tenu de la renseigner sur le mécanisme d'action et le mode d'emploi afin de favoriser l'observance.

Or un tiers des femmes de notre étude déclarent n'avoir bénéficié d'aucun conseil concernant la prise de la pilule. Dans une autre étude menée en 2008 [34], les modalités de prise de pilule ne sont pas rappelées chez 67,6 % des femmes interrogées. Pourtant il semble important de transmettre des astuces afin d'éviter le moindre oubli exposant à un risque de grossesse. En effet, une étude [35] démontre qu'on observe une diminution des échecs contraceptifs lorsque les praticiens prennent le temps d'expliquer les choses et d'écouter les femmes.

➤ Rappel des conseils

- Prise le matin / Association à un geste du quotidien : Il a été mis en évidence qu'il vaut mieux conseiller la prise du comprimé le matin, laissant une marge de rattrapage plus importante qu'en cas de prise le soir. Cela devra tout de même être réfléchi en fonction du mode de vie de la patiente. De même que l'association de la prise à un geste du quotidien tel que le brossage des dents va entraîner une certaine routine. Par conséquent, à part chez les femmes préférant cacher à leur entourage le fait qu'elles prennent la pilule, nous pouvons les inciter à laisser leur plaquette bien en évidence, par exemple sur le lavabo de la salle de bain. De cette façon le conjoint peut également participer à la contraception en demandant à sa compagne si elle a bien pensé à prendre sa pilule.
- Réveil / Application Smartphone : De plus en plus de femmes possèdent un téléphone portable. Ce dernier semble être un outil intéressant dans la mesure où nous pouvons leur suggérer d'activer un rappel ou un réveil à heure fixe tous les jours. Une étude [36] a été effectuée en ce sens. Ainsi les femmes de l'échantillon se sont vues remettre une carte, de la forme d'une carte de crédit, programmée pour sonner tous les jours à la même heure dans le but de leur rappeler de prendre leur comprimé. Pas moins de 91 % des femmes ont alors reconnu que la carte leur avait permis d'éviter un oubli. Outre le simple réveil, de nombreuses applications voient le jour sur les Smartphones [37]. Leur utilisation peut s'avérer avantageuse, puisque le rappel se désactive lors des jours d'arrêt dans le cadre d'une prise discontinue. La reprise du rappel lors du premier jour de la plaquette permettrait sans doute une diminution de ces oublis de reprise à haut risque de grossesse [18]. Il serait intéressant d'étudier l'impact de ces applications dans la gestion de la pilule au quotidien chez les femmes qui les emploient.
- Plaquette de secours : Il est important d'inciter les femmes à avoir une plaquette de secours en permanence sur elle notamment dans leur sac à main. Ainsi cela leur évite

des oublis lorsqu'elles ne rentrent pas chez elles pour dormir. Cette plaquette de secours peut également leur servir lorsqu'elles ont des troubles digestifs (vomissements, diarrhées), et qu'elles sont tenues de reprendre un comprimé. Toutefois pour les usagères des contraceptifs œstroprogestatifs bi- ou triphasiques, il sera nécessaire de leur préciser de prendre un comprimé du même dosage.

- Prise en continue : Pour les femmes qui éprouvent des difficultés concernant la reprise de la pilule après les sept jours d'interruption, nous pouvons leur soumettre un schéma à prise continue. D'autant plus que depuis début 2013, deux pilules œstroprogestatives appartenant à la 2^{ème} génération sont commercialisées avec un schéma en prise continue (Optilova ® et Optidril ®). [38]
- Renouvellement de plaquette : Une étude menée en 2000 au CHRU de Lille chez des patientes consultant pour une demande d'IVG [1] a remarqué qu'un des motifs invoqué était la rupture du stock personnel. Ainsi, un conseil non négligeable à transmettre consiste à inciter la femme à se rendre en pharmacie afin de renouveler son stock de plaquettes dès lorsqu'elle entame sa dernière plaquette. Il en est de même lorsque le pharmacien avertit la femme qu'il s'agit du dernier renouvellement de l'ordonnance, dans ce cas il est conseillé que la femme planifie un rendez-vous avec son prescripteur afin de renouveler sa prescription. Enfin il s'avère nécessaire d'encourager la femme à conserver son ordonnance sur elle puisque qu'en cas d'oubli lors d'un déplacement ou d'un voyage, elle pourra se faire délivrer une plaquette dans l'ensemble des pharmacies de France.
- Association pilule/préservatif : Dans certains cas il peut s'avérer intéressant de proposer à la femme de continuer à utiliser le préservatif lors des rapports tout en prenant la pilule, les premiers mois de son utilisation. Cela lui laisse le temps de s'approprier la gestion de la pilule au quotidien tout en ayant un moyen de protection secondaire en cas de mauvaise observance. Sans oublier qu'il faut bien mentionner que le préservatif est la seule méthode contraceptive de prévention de la transmission des IST. Ce conseil est transmis de manière systématique par 39,7 % des praticiens de notre étude. Seulement 15,4 % ne le préconisent jamais.

2. Les recommandations en cas d'oubli

Dans notre étude, 19,5 % des femmes déclarent n'avoir reçu aucune information sur la conduite à tenir en cas d'oubli. Dans différentes études ce chiffre s'élève même à 39 % [34] et 39,5 % [17].

A contrario, les prescripteurs de notre étude affirment remettre l'information systématiquement pour 83,3% d'entre eux, et aucun ne déclare ne jamais le faire. De façon semblable, une étude réalisée auprès de médecins généralistes et relative à l'oubli de pilule rapporte que 22 sur 25 d'entre eux remettaient une information sur la conduite à tenir en cas d'oubli. [39]

Cela met donc en évidence une discordance entre les déclarations des femmes et des praticiens. En ne remettant pas en question l'exactitude des réponses des uns et des autres nous pouvons nous interroger sur le fondement de cette différence. L'information est certainement transmise, mais est-elle véritablement comprise des utilisatrices ?

➤ Les recommandations nécessitent du temps

Les recommandations concernant l'oubli de pilule sont multiples, et un nombre relativement important de chiffres (heures, jours...) sont à prendre en compte. Nous comprenons alors la complexité de remettre l'intégralité de la conduite à tenir tout en s'assurant de sa bonne compréhension.

De plus nous le savons, l'emploi du temps des prescripteurs est conséquent et la consultation dédiée à la contraception demande du temps. Ainsi lors de la première prescription, il doit expliquer la méthode, effectuer un entretien à la recherche de facteurs de risque, pratiquer un examen clinique (poids, taille, prise de tension artérielle et examen gynécologique si nécessaire), et informer la femme de la conduite à tenir en cas d'oubli tout cela dans un temps imparti. Il paraît donc important d'y consacrer du temps. Une étude menée par la Drees¹ en 2002 [40] rapporte que la durée moyenne d'une consultation chez un médecin généraliste était de 16 minutes. La revalorisation tarifaire de la première consultation dédiée à la contraception pourrait peut-être encourager les praticiens à allonger la durée de celle-ci.

➤ La compréhension des informations

A la fin de la première consultation, 71,2 % des femmes de notre enquête considéraient que les informations reçues étaient suffisantes. Cependant il aurait été important de les interroger sur la mémorisation de ces informations. En effet la thèse conduite par S. Lemaître [34] relève que pour 31,6 % des femmes les informations reçues étaient suffisantes mais non retenues. Cette même étude démontre également que la clarté des informations n'est pas forcément un gage de mémorisation puisque pour 34,3 % des femmes les informations étaient claires sur le moment mais vite oubliées.

➤ La nécessité d'une information orale et écrite

Comme nous l'avons vu précédemment, devant la multitude des renseignements, il s'avère difficile pour la femme de retenir l'ensemble des informations. C'est pourquoi il semble important que celle-ci reparte avec un document écrit qu'elle peut relire tranquillement après la consultation.

Les praticiens de notre étude sont près de la moitié à remettre systématiquement un support papier sur les recommandations concernant l'oubli de pilule. Quant à l'étude citée ci-dessus sur les médecins généralistes, elle rapporte que seulement 28 % de ceux-ci remettent une information à la fois orale et écrite. Ce chiffre se rapproche des résultats de notre étude puisque seulement 20,5 % des femmes déclarent avoir reçu conjointement une information orale et écrite. Toujours selon S. Lemaître [34], les femmes ne sont que 5 % à déclarer avoir obtenu également une information écrite. Afin d'évaluer le bénéfice de ce document écrit, une thèse conduite par A. Pollet [41] a étudié l'impact de la remise d'une information écrite sur

¹ La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

les connaissances des femmes. Selon les résultats obtenus, les femmes ayant reçu une information écrite ont un score supérieur (37,3 % de bonnes réponses) à celles n'ayant reçu qu'une information orale (20,7 %) et cela de manière significative.

Les prescripteurs auraient donc intérêt à remettre un document écrit reprenant les conduites à tenir en cas d'oubli, d'autant plus que cela ne prend que peu de temps. Toutefois la remise de ce document ne doit pas se substituer à l'information orale, mais constituer un support complémentaire.

➤ Différents supports écrits à disposition

On s'aperçoit qu'il existe différents supports écrits afin d'expliquer la conduite à tenir en cas d'oubli.

La majorité des praticiens de notre étude utilisent les documents officiels de l'INPES. Ces documents sont fiables et synthétiques. De plus les professionnels de santé ont la possibilité de commander gratuitement les cartes de l'INPES (voir en annexe) afin de les remettre à leurs patientes. Ces cartes sont éditées au format idéal pour la glisser dans le portefeuille et résument les recommandations de la HAS. Une étude récente [42] montre que la majorité des patientes gardent cette carte, et elles sont 66,2 % à l'avoir consultée une fois au cours des trois derniers mois précédant l'enquête.

Un autre moyen de diffuser l'information consiste en l'élaboration d'un document rédigé par les professionnels eux-mêmes. Ils sont dix-huit praticiens dans notre étude à le réaliser. Et deux autres précisent noter la conduite à tenir en cas d'oubli sur l'ordonnance. Il est vrai qu'à l'ère où l'informatique prend une place importante dans la pratique médicale, les praticiens ont la possibilité d'enregistrer des ordonnances types en y rajoutant les recommandations. Ainsi la remise de l'ordonnance à la patiente constitue un moyen d'aborder l'oubli de pilule. D'autant plus que la femme aura besoin de l'ordonnance à chaque renouvellement et donc logiquement ce support papier sera toujours en sa possession.

On remarque qu'internet représente également une source d'information puisqu'une partie des femmes de notre étude va s'y référencer. Dans une étude menée à Bordeaux en 2010 [43] auprès des utilisatrices de la contraception œstroprogestative, internet constituait la source principale d'information en cas d'oubli de pilule pour 6 % des femmes. Du côté des praticiens, ils sont une minorité dans notre étude à transmettre les coordonnées de site internet. Certes internet n'occupe pas une place prépondérante, mais présente une facilité d'accès à l'information. L'étude menée sur le site « g-oubliepilule.com » [34] montre un taux de satisfaction élevé de 96,2 %. Les professionnels auraient donc intérêt à communiquer une adresse fiable certifiée par la HONcode (code de déontologie fiable pour l'information médicale et relative à la santé disponible sur Internet). On peut noter cependant que si l'on tape « oubli de pilule » sur le moteur de recherche Google, les premiers sites référencés respectent les recommandations de la HAS. Bien évidemment il faut prendre en compte le fait que toutes les femmes ne bénéficient pas d'un accès à la toile.

Toutefois on constate que la principale source d'information concerne la notice des boîtes de pilule. La majorité des usagers de notre étude y font référence, il en est de même pour la thèse établie dans l'agglomération Nantaise avec 38,4 % des femmes consultant leur notice en

cas de doute sur la conduite à tenir [17]. Et cela se confirme avec la thèse menée par M. Grisard [43], dont la notice constituait la principale source d'information chez la moitié des patientes. Et pourtant les notices ne contiennent pas toutes les mêmes recommandations [44], certaines sont très simplistes quand d'autres sont plus longues et détaillées se rapprochant des recommandations de la HAS. De surcroît le recours à la contraception d'urgence n'y est jamais mentionné. Une homogénéisation des recommandations sur les notices serait nécessaire d'autant plus qu'il s'agit d'une référence non négligeable des utilisatrices de la contraception orale.

La création d'applications gratuites pour Smartphone représente un support d'information profitable à l'avenir. Même si l'ensemble des femmes n'en possède pas, cela pourrait être bénéfique à celles qui en disposent. La femme pourrait alors indiquer le nom de sa pilule voire même scanner le code-barres de la boîte. Ensuite une série de questions permettrait d'analyser la condition d'oubli dans laquelle elle se trouve, et ainsi l'affichage de la conduite à tenir propre à la situation s'afficherait.

➤ Des sources fiables

Au vu des résultats de notre étude, on s'aperçoit que les femmes se tournent prioritairement vers des personnes de leur entourage lorsqu'il subsiste des lacunes dans la conduite à tenir. Or cet entourage ne constitue pas forcément une source très fiable, et les informations délivrées peuvent être erronées.

Les professionnels de santé ne représentent que la 3^{ème} catégorie de source d'information vers laquelle les femmes se tournent. Les pharmaciens sont le plus souvent cités. Cela peut s'expliquer par un accès de proximité, sans nécessité de prendre un rendez-vous et la grande amplitude horaire de la plupart des pharmacies. Ainsi le rôle des pharmaciens est primordial à la fois en ce qui concerne la prévention des oublis et l'information en cas de mauvaise observance. Par conséquent il est nécessaire qu'ils soient, au même titre que les prescripteurs, bien formés sur la contraception.

3. Des oublis fréquents

Le taux de femmes ayant oublié au moins une fois leur pilule au cours de leur utilisation s'élève à 90,2 % dans notre étude. Bien qu'il eût été plus judicieux de les interroger sur les éventuels oublis survenus dans les six ou trois derniers mois, ce chiffre témoigne de la difficulté d'observance. On retrouve des résultats intéressants dans la littérature : d'après l'étude Coraliance [16] entreprise en février 2001, *92 % des utilisatrices de contraception orale avaient oublié de prendre leur pilule entre 1 à 5 fois dans les 6 derniers mois*. De même, l'étude menée pour l'élaboration de la thèse de médecine générale de T. Lamandé dans l'agglomération Nantaise en 2012 [17] confirme l'importance de l'inobservance, avec 69,2 % des femmes de l'enquête ayant oublié une fois leur pilule au cours des 3 derniers mois.

Ainsi une femme débutant une contraception orale a un risque majeur de se retrouver face à un oubli de pilule au cours de son utilisation.

Notre enquête ne nous a pas permis de mettre en évidence des facteurs de risque d'oubli. Bien que nous ayons remarqué que les femmes n'ayant pas fait d'oubli ont démarré la pilule plus

tardivement, nous ne pouvons pas en tirer de conclusions. En effet il aurait été judicieux d'analyser le profil de ces femmes mais de nombreuses données étaient manquantes dans le questionnaire. Cependant bien que cette différence soit non significative, on remarque que les femmes de notre étude qui n'ont jamais eu d'oubli de prise de pilule la prennent depuis moins longtemps. Avec un échantillon plus important cette différence aurait sans doute été significative, dans ce cas on pourrait supposer qu'un oubli de pilule survient plus fréquemment lorsqu'une femme utilise une contraception orale depuis un certain temps.

Un autre résultat peut également nous faire penser qu'avec un plus grand échantillon la différence pourrait devenir significative. Ce résultat concerne la moyenne du score de l'information reçue sur la conduite à tenir en cas d'oubli. En effet les femmes qui n'ont jamais oublié leur pilule obtiennent un moins bon score (11,8/20), que les femmes qui ont déjà eu des oublis (13,9/20). Cela nous amène à penser qu'en tant que professionnel de santé l'essentiel n'est pas de vouloir une observance parfaite des femmes mais de leur apporter les informations nécessaires afin qu'elles puissent en cas d'oubli adopter l'ensemble des moyens leur permettant de réduire au maximum les risques d'une grossesse non désirée.

➤ Evaluation de l'observance

Le rôle de prescripteur consiste à évaluer la survenue éventuelle d'oubli de pilule. En effet le comportement à adopter ne sera pas le même face à une femme ayant des oublis fréquents par rapport à une femme ayant des oublis exceptionnels. Et pourtant selon notre étude, 54,1 % des femmes estimaient que leur prescripteur n'avait pas fait le point sur leur observance. On retrouve des chiffres similaires dans la littérature avec 55,7 % pour l'étude effectuée dans l'Auvergne et la Savoie [42]. Les praticiens de notre étude paraissent plus rigoureux puisque 80,8 % déclarent évaluer l'observance de leur patiente, alors que dans l'étude menée auprès des médecins généralistes de la Sarthe [39], ils ne sont que 50 % à l'effectuer.

Face à une femme ayant des difficultés d'observance, il s'avère judicieux de lui proposer des alternatives contraceptives. Or, cette attitude n'est effective de façon systématique que chez 45,5 % des praticiens de notre étude. Pourtant, toujours d'après la même étude réalisée auprès des médecins généralistes [39], l'ensemble de l'échantillon propose un changement de contraception lorsqu'il est face à une femme qui oublie sa pilule de façon répétée. Si on se rapporte aux déclarations des femmes de notre population, on se rend compte que cette démarche n'est pas vraiment habituelle chez les prescripteurs puisqu'elles ne sont que 15,2 % à avoir reçu une proposition de changement de méthode contraceptive en cas d'oubli répétitifs. Une campagne publicitaire instaurée par l'INPES et le ministère en charge de la santé [8] aborde ce sujet et incite les femmes à opter pour une méthode plus adaptée à leur mode de vie.

➤ Evaluation de la conduite à tenir en cas d'oubli

Outre les oublis, l'importance réside dans l'attitude des femmes après ces défauts d'observance les exposant ou non à un risque de grossesse.

Malgré cela, lors du renouvellement, selon les femmes de notre étude, dans 54,6 % des cas le prescripteur leur a renouvelé leur ordonnance sans les questionner sur le comportement à adopter en cas d'oubli. Cela correspond aux données relatives aux prescripteurs de notre

enquête puisqu'ils sont uniquement 44,9 % à évaluer systématiquement la conduite à tenir de leur patiente en cas d'oubli lors du renouvellement. Nous n'avons pas pu évaluer précisément la connaissance des recommandations des femmes de notre étude en raison d'un problème technique dans l'élaboration du questionnaire, cependant au regard de la littérature nous nous apercevons que majoritairement il persiste de nombreuses lacunes. En effet, une enquête menée par l'INPES en 2007, soit 3 ans après la publication par la HAS, a permis de montrer qu'un nombre important de femmes n'adoptaient pas le comportement adéquat en cas d'oubli de pilule. Seulement 21 % des femmes interrogées ont bien suivi les recommandations de la HAS [20]. Ces résultats se retrouvent dans l'étude bordelaise [43] avec 20 % de l'échantillon qui connaissait l'intégralité des recommandations, ce chiffre s'abaisse même à 2,8 % dans l'étude Nantaise [17].

Les recommandations les moins connues consistent en l'enchaînement des deux plaquettes lorsque l'oubli a lieu au cours de la dernière semaine, ainsi que le recours à la contraception d'urgence en cas de rapports sexuels dans les cinq jours précédant l'oubli [17] [41]. Il semble alors important de les réitérer afin de les ancrer dans les mœurs, d'autant plus que selon une étude les connaissances des conduites à tenir en cas d'oubli diminuent avec le temps [46]. Néanmoins pour cela il faut que les praticiens soient également informés des dernières recommandations dans ce domaine, et certaines études montrent que ce n'est pas forcément le cas (étude Sarthoise [39] et Poitevine [45]).

En ce qui concerne les médecins généralistes la demande de renouvellement de la prescription s'effectue souvent lors d'une visite médicale pour un autre motif que la contraception. Dans ce cas il semble évident que le praticien ne bénéficie pas de suffisamment de temps pour évaluer l'attitude de leur patiente en cas d'oubli. Il peut alors renouveler l'ordonnance pour une courte durée et inciter la patiente à reprendre un rendez-vous dédié à la contraception dans les plus brefs délais afin de faire le point.

L'objectif de l'évaluation de la connaissance des recommandations consiste à s'assurer que la patiente est en mesure de prévenir tout risque de grossesses non prévues. Par conséquent il faut insister sur les risques encourus et expliquer aux femmes qu'il est indispensable de ne pas banaliser les oublis de pilule. C'est pourquoi il est important de ne pas mettre ces patientes dans l'embarras, mais plutôt de leur expliquer l'importance de maîtriser la conduite à tenir en cas de mauvaise observance ou tout du moins l'importance de se tourner vers des sources fiables d'information.

Lors d'une première prescription, le professionnel de santé a intérêt à n'établir une ordonnance que pour trois mois, lui permettant ainsi de faire le point sur les premiers mois d'utilisation de la contraception orale. Lors du renouvellement il va alors s'assurer de la tolérance de la méthode, de l'observance et des connaissances sur l'attitude à présenter en cas d'oubli. Par la suite s'il estime que la femme maîtrise la contraception, l'ordonnance pourra être délivrée pour un an. Dans le cas contraire, un renouvellement uniquement de six mois permettra de procéder à un bilan de la situation de façon anticipée.

➤ Des recommandations connues mais pas forcément appliquées

Dans notre questionnaire nous n'avons pas analysé le comportement des femmes en cas d'oubli de pilule. Cependant à la lecture des diverses études réalisées sur le sujet, on se rend compte de l'ambivalence des attitudes suite à une erreur d'observance. La connaissance de la conduite à tenir ne semble pas être un gage de bonnes conduites. Selon l'enquête menée sur le site « g-oubliepilule.com » [34], malgré la notion acquise de la nécessité du recours aux préservatifs dans les sept jours suivant l'oubli, 58,3 % des utilisatrices déclarent ne pas vouloir adopter cette attitude. Les raisons invoquées sont multiples : désaccord du conjoint, l'envie d'être enceinte, allergies, n'aiment pas les préservatifs... Cela souligne la complexité de l'application des recommandations.

➤ La notion du risque de grossesse

La difficulté également de la pratique des recommandations réside dans la notion du risque de grossesse. Ainsi selon l'étude de Moreau *et al* portant sur 1303 femmes souhaitant recourir à une IVG suite à une grossesse non prévue, 74,3 % des utilisatrices de la pilule n'avaient pas conscience du risque. Il en est de même pour l'étude Lilloise [1] selon laquelle les trois-quarts des femmes qui se présentaient pour une demande d'IVG suite à un oubli de pilule n'avaient pris aucune précaution particulière.

Devant ce constat, il semble impératif de réitérer la notion de : oubli de pilule = risque de grossesse.

4. La contraception d'urgence (CU)

La contraception d'urgence est une méthode de prévention secondaire, son utilisation fait donc partie des recommandations en cas de problèmes d'observance et de rapports sexuels à risque de grossesse. Son recours permet dans certains cas d'éviter une interruption volontaire de grossesse. Cependant son emploi ne doit pas être régulier en raison du risque d'échec important, c'est pourquoi elle est conçue pour être utilisée en situation d'urgence.

Selon les praticiens de notre étude, ils sont 78,2 % à évoquer systématiquement l'existence de la CU. Du côté de notre enquête auprès des femmes, à contrario elles sont 43,9 % à déclarer n'avoir bénéficié d'aucune information à propos de la CU. Ces résultats se rapprochent plus de ceux de l'enquête Fecond [6], qui rapporte que seul 36 % des gynécologues et 11 % des généralistes indiquent évoquer souvent cette méthode lors des consultations médicales. Selon une étude américaine [21], les principaux freins évoqués par les praticiens consistent en un manque de temps, ainsi qu'une crainte à l'incitation des comportements à risque.

➤ Le recours à la contraception d'urgence orale

Selon le baromètre santé 2010, 23,9 % des femmes âgées de 15 à 49 ans ont déjà eu recours à la CU au moins une fois dans leur vie. Cette proportion s'élève à 43,3 % lorsqu'on se focalise sur la classe d'âge des 20-24 ans. [5]

Le taux de recours à la CU des femmes de notre étude est relativement plus important avec 52,2 %. Cela peut sans doute s'expliquer d'une part par le niveau d'étude plus élevé de notre population et d'autre part par la représentation majoritaire d'étudiantes. En effet l'analyse des données du baromètre [21] indique que, parmi les femmes âgées de 15-29 ans sexuellement actives dans les 12 derniers mois, le recours à la CU était associé de manière indépendante et significative à un niveau de diplôme plus élevé. De plus le travail récent mené par S. Lemaître [34] montre un recours à la CU significativement plus élevé chez les lycéennes et étudiantes par rapport aux femmes en activité.

➤ Un manque de connaissance

Bien que de manière générale le recours à la CU augmente ces dernières années, le taux d'IVG n'a pas régressé. Selon l'étude récente de la HAS [21], trois facteurs peuvent l'expliquer : la perception du risque de grossesse comme vu précédemment, un manque de connaissance de la CU et sa perception négative.

Au vu des résultats de notre étude, on peut comprendre le 2^{ème} facteur évoqué, puisque 31,2 % des femmes qui ont eu recours à la CU se disent peu voire pas informées du tout sur son utilisation. Et pourtant selon l'enquête Cocon, plus les femmes ont des connaissances sur la durée de la fenêtre d'action de la CU, ainsi que sur ses modalités d'accès à la pharmacie, plus elles vont y avoir recours.

Dans un premier temps, on devrait bannir le terme de « pilule du lendemain » qui suppose une efficacité seulement dans les 24 heures qui suit le rapport à risque.

Dans un second temps, il faut évoquer brièvement aux femmes son mécanisme d'action. Cela permet à la fois de rejeter l'idée qu'il s'agisse d'une méthode abortive, et d'expliquer les raisons du risque d'échec.

En conclusion il s'avère nécessaire d'aborder le sujet des méthodes de rattrapages afin de permettre une augmentation du recours à la CU et d'entraîner la diminution des IVG.

➤ L'accès à la contraception d'urgence

Une des hypothèses de notre étude résidait dans la difficulté d'accès à la CU. Finalement sur l'ensemble de notre échantillon, peu de femmes ont éprouvé des obstacles à son obtention. En effet sa disposition en vente libre a considérablement facilité son accès. Cependant bien que minoritaires les inconvénients cités (pharmacie fermée, pas d'ordonnance à disposition pour se faire rembourser), seraient susceptibles d'être évités grâce à la prescription à l'avance de la CU.

➤ La prescription en avance

Les praticiens de notre étude sont un peu plus d'un tiers à fournir systématiquement une ordonnance de la CU conjointement à celle de la contraception orale. Concernant les femmes, elles ne sont qu'une minorité à en avoir bénéficié. La HAS a élaboré un groupe de travail afin d'étudier les conséquences d'une prescription et d'une délivrance à l'avance de la contraception d'urgence hormonale. Les conclusions qui en sont ressorties indiquent qu'il n'y a pas d'effets négatifs sur la délivrance en avance (pas de sur-risque d'exposition aux IST, pas d'augmentation des rapports sexuels non protégés, ni d'abandon de la contraception régulière).

Finalement les 14 recommandations de pratique clinique en langue française ou anglaise traitant de la contraception d'urgence identifiées par le groupe de travail n'émettent pas les

mêmes conclusions. Quand certaines préconisent de le faire de manière systématique (Société française de Gynécologie et l'OMS), d'autres ne l'envisagent qu'au cas par cas, voire même le jugent inutile. Ces différentes pratiques se retrouvent dans l'attitude de nos praticiens puisque certains évoquent le fait de prescrire la CU en fonction du contexte, et d'autres ne le font jamais.

On constate qu'un certain nombre de praticiens reconnaît ne pas prescrire la CU en raison d'un oubli de leur part. Cela signifie également qu'ils oublient sans doute de mentionner l'existence de la CU à leurs patientes. Afin de remédier à ce problème, une solution déjà évoquée précédemment consiste à paramétrer une ordonnance types prête à l'avance à l'aide des logiciels médicaux. Ainsi lors de sa délivrance, la description de l'ordonnance à la patiente constituera un moment privilégié pour évoquer la CU. Et rien n'empêche de lui préciser qu'elle peut l'obtenir en même temps que sa pilule, ou bien uniquement en cas de nécessité. Cela lui permet également d'être en possession d'une ordonnance afin d'être remboursée si elle y a recours.

En conclusion, que l'on prescrive systématiquement ou non la CU, il est indispensable de garder en mémoire qu'un défaut d'observance peut arriver à tout moment et à n'importe qui. Ainsi, il est vivement conseillé d'aborder le sujet de la contraception d'urgence, hors du contexte d'urgence.

5. Le choix en matière de contraception

➤ Relation praticien – patiente

A la différence d'une médecine qui soigne, la contraception constitue une médecine préventive. Dans ce cas le rôle du praticien se modifie, sa fonction n'est plus thérapeutique mais éducative. Ce n'est pas à lui de choisir la méthode contraceptive, mais il doit apporter à la femme les informations nécessaires afin qu'elle puisse effectuer son choix de manière éclairée. Ainsi, nous comprenons alors l'importance d'une bonne relation entre le praticien et la femme. Plus ces dernières se sentent en confiance, plus elles seront à même de poser des questions. Dans notre étude, les femmes étaient majoritairement en confiance, puisqu'elles sont 78,4 % à s'être sentie à l'aise voire très à l'aise avec leur prescripteur.

➤ Méthode BERCER

Afin d'aider les praticiens dans le déroulement de la consultation dédiée à la contraception, l'OMS a mis en place la méthode BERCER (voir en annexe). Il s'agit d'un moyen mnémotechnique afin d'assurer une consultation de meilleure qualité qui se déroule en 6 étapes : **B**ienvenue, **E**ntretien, **R**enseignement, **C**hoix, **E**xplication, **R**etour (BERCER). Le principe repose sur une information complète et éclairée sur tous les moyens de contraception existants, afin que le couple ou la femme choisisse la méthode qui lui convient le mieux en fonction de ses antécédents, de ses attentes et de son mode de vie. Cela permet également d'établir une relation de confiance permettant à la femme de s'exprimer librement, et de poser des questions sans gêne dans un but d'assurer une prise en charge optimale de la contraception. Seulement 37,2 % des prescripteurs de notre étude ont connaissance de cette méthode. Or, si cette dernière semble alors peu connue, elle mériterait pourtant d'être diffusée et enseignée lors des formations concernant la contraception.

➤ Satisfaction et choix de la méthode contraceptive

Comme nous l'avons vu précédemment, la contraception orale représente la méthode contraceptive la plus utilisée en France [6], bien que son efficacité ne soit pas la plus parfaite. Mais malgré son recours important, nous allons voir que son utilisation n'est pas forcément conforme aux attentes de ses usagères. En effet, selon notre étude, 36,6 % des femmes souhaiteraient changer de moyen de contraception. Au regard de ces résultats, il semblerait que la satisfaction vis-à-vis de cette méthode ne fasse pas l'unanimité. Cela se confirme puisque près de la moitié des femmes de notre échantillon déclarent être partiellement satisfaites de la pilule en tant que moyen de contraception.

Ainsi, comme le recommande la HAS [19], en cas d'insatisfaction, il faut rappeler les autres méthodes de contraception et proposer d'y réfléchir.

Lorsque nous analysons les raisons d'utilisation de la pilule mentionnées par les femmes de notre étude, nous nous apercevons que la régularité des menstruations constitue un élément important dans le choix de la méthode. Dans ce cas, en cas de mauvaise observance, le patch contraceptif et l'anneau vaginal peuvent être proposés vu que ces deux méthodes offrent la même possibilité. En deuxième position se retrouve l'utilisation facile de la méthode. Une enquête téléphonique menée en 2007 par l'institut BVA [20] auprès d'un échantillon représentatif de la population française âgée de 15 à 75 ans, rapporte des résultats similaires. En effet la principale raison de satisfaction évoquée par 39 % des usagères de la pilule est sa facilité d'utilisation.

De même la fiabilité de la méthode est mentionnée par 36 % des femmes de cette enquête. Il s'agit pour notre enquête de la troisième raison citée par notre échantillon. En connaissant l'indice de Pearl des différentes méthodes, nous avons la preuve de l'ignorance des femmes de l'efficacité réelle de l'ensemble des moyens contraceptifs.

Il est donc nécessaire de comprendre les attentes des femmes vis-à-vis des moyens contraceptifs afin de leur proposer ceux qui semblent les plus adéquats. Cependant ce choix ne doit pas être imposé par le praticien, mais choisit par la femme (ou le couple) afin de tendre à la meilleure observance possible. [48]

➤ Refus de certaines méthodes

Bien que le nombre de femmes de notre enquête ayant eu un refus d'une méthode contraceptive soit faible (6,3 %), il est inacceptable que cela soit encore le cas à notre époque lorsqu'il n'y a pas de véritable contre-indication médicale. Le DIU est cité sept fois et le motif de refus était soit le jeune âge, soit la nulliparité qui ne sont pas considérés comme une contre-indication selon la HAS [4,6]. L'implant est également mentionné et les praticiens qui sont à l'origine du refus estimaient ses effets secondaires trop importants (saignements irréguliers, prise de poids...). On peut imaginer que ces praticiens avaient eu des mauvais retours d'expérience chez leurs patientes. Cependant tant qu'une méthode contraceptive n'est pas testée au moins trois mois, on ne peut pas prévoir les effets qu'elle aura sur une femme. Par conséquent, dans le cas où un prescripteur ne s'estime pas en mesure de poser un DIU chez une jeune femme, ou bien qu'il ait des a priori négatifs sur telle ou telle méthode, il devrait adresser la femme à un autre praticien.

6. La formation des prescripteurs

La moitié des prescripteurs de notre étude considèrent leur formation initiale comme assez satisfaisante. Au vu du faible effectif que représente notre échantillon de prescripteurs, nous ne pouvons pas tirer de conclusions affirmatives. Cependant nous pouvons remarquer que, à

propos de contraception, seuls des médecins généralistes et des sages-femmes ont jugé leur formation comme peu satisfaisante, voire même pour trois sages-femmes pas du tout satisfaisante. Concernant ces trois sages-femmes, elles ont obtenu leur diplôme il y a plus de dix ans, avant l'octroi des nouvelles compétences en contraception. Cela peut expliquer leur insatisfaction du contenu de leurs études en matière de contraception. De même, les formations proposées sont différentes dans chacune des spécialités ce qui pourrait justifier ces divers opinions.

En effet un médecin généraliste aura effectué deux mois minimum au cours de son externat dans un service de gynécologie-obstétrique [32]. Par la suite au cours de son internat, un semestre sera imposé au choix entre pédiatrie ou gynécologie. Une minorité d'entre eux aura l'occasion d'effectuer un trimestre dans ces deux spécialités. Enfin lors de son stage en cabinet de ville, en fonction de l'activité de son maître de stage, il aura l'occasion de découvrir ou non la pratique de la gynécologie médicale. Par conséquent on se rend bien compte qu'en fonction des stages effectués ou choisis, un jeune médecin généraliste diplômé n'aura pas acquis les mêmes bases en matière de gynécologie médicale.

Pour pallier ce manque, la formation médicale continue devrait leur permettre d'approfondir leurs connaissances et leurs pratiques, cependant ces dernières ne sont pas obligatoires.

Ils peuvent également passer un diplôme universitaire en gynécologie-obstétrique comportant des cours théoriques supplémentaires ainsi que des stages d'observation.

Concernant les gynécologues médicaux, après le passage de l'internat, ils intègrent le diplôme d'études spécialisés de gynécologie médicale pour une durée de quatre ans. Ce diplôme comporte 250 heures d'enseignement théorique (gynécologie, obstétrique, hormonologie) en plus des nombreux stages pratiques dans différents lieux et services. [32]

Pour ce qui est de l'enseignement gynécologique des sages-femmes, au cours de la première phase 60 heures de théorie sont accordées à la gynécologie. Et lors de la deuxième phase, 78 heures de cours théoriques spécifiques à la gynécologie et à la sexologie sont prévues. [49] La pratique s'effectuera au cours de différents stages (gynécologie, centre de planification et d'éducation familiale...) et d'ateliers de formation à la pose et au retrait des DIU et des implants.

Le diplôme universitaire en gynécologie préventive est également ouvert aux sages-femmes. De même que des formations spécifiques à la contraception sont accessibles afin d'améliorer les connaissances et la pratique en matière de contraception.

La contraception est une spécialité complexe de la gynécologie. La formation continue permet aux différents prescripteurs de compléter leur niveau de connaissance et de perfectionner leur pratique. Au-delà de la recherche des facteurs de risque, la difficulté réside dans l'aptitude à établir une relation de confiance sur un sujet portant sur l'intimité de la femme. Ces formations sont l'occasion de se remettre en question. En effet même si l'on croit bien faire, les résultats de notre étude montrent que l'on peut encore s'améliorer concernant l'information et la prévention des grossesses non désirées. Ainsi chaque professionnel de santé doit s'interroger sur sa pratique et prendre le temps dans la mesure du possible de se remettre à niveau.

CONCLUSION

La contraception orale domine dans le paysage contraceptif français. Malgré cela il ne faut pas banaliser son usage, et les résultats de notre étude prouvent la difficulté que rencontrent la plupart des femmes dans la prise au quotidien d'un comprimé.

La plupart des femmes utilisant la pilule comme méthode contraceptive rencontreront un jour des soucis d'observance. Cela peut entraîner des conséquences non négligeables, c'est pour cela qu'il est important d'informer la femme sur les attitudes à adopter afin de minimiser le risque de grossesses non prévues.

Par conséquent le rôle du professionnel de santé est tout d'abord d'apporter l'ensemble des éléments permettant à la femme de choisir la méthode de contraception la plus adaptée à son mode de vie et à ses attentes.

Ensuite si son choix se porte sur la contraception orale, afin de favoriser l'observance, il faut dans un premier temps lui donner des astuces pour éviter les oublis.

Dans un second temps il est important de lui expliquer qu'une erreur d'observance est possible et qu'elle peut entraîner une grossesse, par conséquent, il faut prendre des dispositions afin de l'éviter. Vu l'ampleur des informations à transmettre, la remise d'un support papier semble indispensable, et il ne faut pas avoir peur d'utiliser les nouvelles technologies en complément (logiciel, internet, application smartphone...). Notre étude relève que cette information écrite n'est pas forcément remise alors qu'il est démontré qu'elle favorise la connaissance de ces recommandations. De plus cela n'allonge pas la durée de la consultation.

On s'aperçoit également que la contraception d'urgence est peu abordée alors qu'elle fait partie de la conduite à tenir dans certaines conditions de défaut d'observance. Elle doit donc être évoquée au cours de la consultation, et sa prescription à l'avance peut être envisagée.

Afin de réaliser l'ensemble de ces recommandations pour la mise en place d'une contraception, il est indispensable d'y consacrer du temps. La finalité est la diminution des risques de grossesses non désirées et donc la diminution du taux d'IVG. Les échecs de la contraception orale ne résultent pas forcément d'une erreur d'observance mais font parfois suite à une inadéquation entre le profil de la femme et la prescription médicale du moyen contraceptif. Il est donc nécessaire de s'interroger sur sa pratique professionnelle pour tendre à une prise en charge optimale dans le domaine de la prévention en matière de sexualité et de régularisation des naissances.

Il faudrait aussi s'interroger sur l'implication du partenaire dans la prise en charge de la contraception y compris au niveau de l'observance et du partage des responsabilités en ce domaine.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Pons J-C, Vendittelli F., Lachcar P. L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention : des échecs de la contraception à l'information des femmes. Paris : Elsevier Masson, 2004, 335 p.
- [2] Van de Walle E. Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne? Populations et Sociétés. déc 2005;(418):4
- [3] INPES. Les différents moyens de contraception. Disponible sur : <http://www.choisirscontraception.fr> [consulté le 27 Août 2013]
- [4] HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Mars 2013 [rèf. de septembre 2013]
- [5] INPES. Les comportements de santé des jeunes. Baromètre santé 2010.
- [6] Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques? Population et Sociétés. sept 2012;(492):1-4.
- [7] Aubin C, Jourdain Menninger. La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication. Rapport IGAS 2009.
- [8] INPES. Contraception : les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Octobre 2011.
- [9] Bajos N., Ferrand M. De la contraception à l'avortement, sociologie des grossesses non prévues. Paris : Inserm, 2002, 348 p.
- [10] INED. La contraception dans le monde. Disponible sur <http://www.ined.fr>. 2010. [consulté le 5 sept. 2013]
- [11] Naves M-C, Sauneron S. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale. Juin 2011. N°226. Disponible sur <http://strategie.gouv.fr>
- [12] Geller S. La pilule 20 ans après. Marseille : Médiprint, 1978, 185 p.
- [13] Serfaty D. La contraception. 4^{ème} édition. Paris : Elsevier Masson, 2011, 562 p.
- [14] Bajos N, Leridon H, Goulard H. Contraception : from accessibility to efficiency. Human Reproduction. 2003;18(5):994-999.
- [15] INPES. Baromètre Santé 2005.
- [16] Observatoire régional de la Santé. Prévention des grossesses non désirées dans trois départements : Rhône, Seine-saint-Denis, Somme. Paris. 2004. Disponible sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000378/0000.pdf>
- [17] Lamande T. L'information détenue par les patientes leur permet-elle de gérer correctement un oubli de pilule ? Thèse Méd. : Université de Nantes : 2013, 105 p .
- [18] Jamin C, André G, Audebert A, Christin-Maître S, Elia D. Oublis de la contraception hormonale : réflexion sur leur prise en charge en pratique quotidienne. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2011;39:644-655.
- [19] HAS. Fiche Mémo : Contraception: prescriptions et conseils aux femmes. Juillet 2013.
- [20] INPES. Les français et la contraception. Mars 2007.
- [21] HAS. Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance. Avril 2013.
- [22] Bajos N, Moreau C, Lerridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortement n'a t-il pas baissé en France depuis 30 ans? Population et santé. 2004;(407).
- [23] Vilain A., Mouquet M-C., Gonzalez L. De Riccardin N. Les interruptions volontaires de grossesse en 2011. Etudes et Résultat, n°843. Juin 2013.
- [24] Régnier-Loilier A, Leridon H. La loi Neuwirth 40 ans après : une révolution inachevée? Population et Sociétés. nov 2007;(439):1-8.
- [25] Pleurmeau M. L'impact de la loi HSPT sur la mission des sages-femmes vis-à-vis de la contraception et du suivi gynécologique. Mémoire : Sage-femme : Angers : 2012, 72 p.
- [26] CNOSF. Compétences des sages-femmes : Les consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention. Disponible sur <http://www.ordre-sages-femmes.fr>. [Consulté le 19 novembre 2013]
- [27] INED. Statistiques de l'avortement en France. Janvier 2013. Disponible sur http://www.ined.fr/statistiques_ivg/2010/T27_2010.html [consulté le 20 novembre 2013]
- [28] INED. Fécondité et niveau d'études des femmes en France à partir des enquêtes annuelles de recensement. Disponible sur http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1524/publi_pdf2_fr_fecondite_niveau_etude.pdf [Consulté le 20 novembre 2013]

- [29] CARMF. La démographie sous surveillance. Disponible sur <http://www.carmf.fr/doc/publications/infocarmf/58-2010/stat1.htm> [Consulté le 20 novembre 2013]
- [30] ONDPS. Compte-rendu de l'Audition des gynécologues médicaux du 2 février 2011. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Gynecologues_medicaux.pdf [Consulté le 20 novembre 2013]
- [31] DREES. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. Etudes et résultats. N°791. Mars 2012. Disponible sur <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er791.pdf> [consulté le 20 novembre 2013]
- [32] Dias S. Etat des lieux de la pratique gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes de l'Ile-de-France. Thèse Méd : Université de Paris 7, Paris Diderot : 2010, 139 p.
- [33] ANAES, AFSSAPS, INPES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Décembre 2004.
- [34] Lemaître S. Intérêt d'internet comme outil d'information en cas d'oubli de pilule en médecine générale enquête chez 1964 femmes consultant le site « www.g-oubliepilule.com ». Thèse Méd : Université de Lille : 2008, 195 p.
- [35] Halpern V., Lopez LM., Grimes DA., Gallo MF. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods of contraception. The Cochrane Collaboration. 2011.
- [36] Lachowsky M., Levy-Toledano R. Improving compliance in oral contraception: the reminder card. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2002 Dec;7(4):210-5
- [37] Pilule contraceptive : des applis contre l'oubli. Disponible sur <http://destinationsante.com/Pilule-contraceptive-des-applis-contre-l-oubli.html> [Consulté le 26 Janvier 2014]
- [38] AFC. Tableau des pilules et des dosages. Disponible sur http://www.contractions.org/html/tab_pil.htm#deux [Consulté le 8 février 2014]
- [39] Bertin-Steunou V., Bouquet E., Cailliez E., Tanguy M., Fanellolle S. Le médecin généraliste et l'oubli de pilule. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction (2010) 39, 208-217.
- [40] DREES. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et résultats. N° 481, Avril 2006.
- [41] Pollet A. Oubli de pilule : Impact de la remise d'une information écrite sur les connaissances des femmes en médecine générale. Thèse Méd : Université de Paris 7, Paris Diderot : 2013, 89 p.
- [42] Pignard E. Étude pilote du projet « OPTIMEGE »: Oubli de Pilule et ouTil d'Information en MEdecine GEnérale concernant l'intérêt de la carte INPES intitulée « Que faire en cas d'oubli de pilule? ». Thèse Méd. : Université de Grenoble : 2014, 114 p.
- [43] Grisard M. Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule : l'information en question enquête auprès de 218 utilisatrices de pilules oestroprogestatives. Thèse Méd. : Université de Bordeaux II : 2011.
- [44] Mahé A-S. Contraception : l'oubli de la pilule et ses conséquences, rôle du pharmacien. Thèse Pharmacie : Université de Toulouse III : 2011, 123 p.
- [45] Mottet C. Information sur la conduite à tenir en cas d'oubli d'une pilule estroprogestative. Enquête auprès de 179 médecins généralistes du Poitou Charentes. Thèse Méd. : Université de Poitiers : 2008.
- [46] Little P, Griffin S, Dickson N. Undwanted pregnancy and contraceptive knowledge : identifyinf vulnerable groups from a randomized controlled trial of educational interventions. Family practice 2001 ; 18 :449-453
- [47] Moreau C, Bouyer J, Goulard H, Bajos N. The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions. Contraception 2005;71(3):202-7.
- [48] INPES. Comment aider une femme à choisir sa contraception.
- [49] Programme des études de sage-femme. Arrêté du 11 décembre 2001. Bulletin officiel solidarité-santé n°2002/2 du 26 Janvier 2002.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Liste des contraceptifs oraux commercialisés en France au 1^{er} Janvier 2013

Contraceptifs œstro-progestatifs

Génération progestatif	Dénomination Commune	Phases	Dosage	Spécialités	Posologie
1 ^{ère}	Noréthistérone	Triphasique	Noréthistérone 500 puis 750 µg puis 1000 µg, EE 35 µg	Triella	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
2 ^{ème}	Lévonorgestrel	Monophasique	Lévonorgestrel 150 µg, EE 30 µg	Minidril – Ludéal - Zikiale	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Lévonorgestrel 100 µg, EE 20 µg	Leeloo – Lovavulo - Optilova	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
		Biphasique	Lévonorgestrel 150 puis 200 µg, EE 30 puis 40 µg	Adépal - Pacilia	21 cp (7+14) + 7 j d'arrêt
		Triphasique	Lévonorgestrel 50 puis 75 puis 125 µg, EE 30 puis 40 puis 30 µg	Trinordiol – Amarance – Daily - Evanecia	21 cp (6+5+10) + 7 j d'arrêt
	Norgestrel	Monophasique	Norgestrel 500 µg, EE 50 µg	Stédiril	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
3 ^{ème}	Désogestrel	Monophasique	Désogestrel 150 µg, EE 20 µg	Mercilon - Désobel 150/20 - Désogestrel Ethinylestradiol 150/20 Biogaran - / Zentiva	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Désogestrel 150 µg, EE 30 µg	Varnoline - Désobel 150/30 - Désogestrel Ethinylestradiol 150/30 Biogaran / Zentiva	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
				Varnoline continu	21 cp actifs + 7 placebo
	Gestodène	Monophasique	Gestodène 60 µg, EE 15 µg	Edenelle - Mélodia – Minesse – Optinesse - Sylviane - Gestodène Ethinylestradiol 60/15 Biogaran / Teva / Arrow / Zentiva	24 cp actifs + 4 placebo
			Gestodène 75 µg, EE 20 µg	Harmonet, Méliane - Carlin 75/20 - Efezial 75/20 - Félixita 75/20 - Gestodène Ethinylestradiol 75/20 Actavis / Arrow / Biogaran / EG / Ranbaxy / Ratiopharm / Sandoz / Teva / Zentiva / Zydus	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Gestodène 75 µg, EE 30 µg	Minulet – Monéva - Carlin 75/30 - Efezial 75/30 - Félixita 75/30 - Gestodène Ethinylestradiol 75/30 Actavis / Arrow / Biogaran / EG /	21 cp (+ 7 j d'arrêt)

				Ranbaxy / Ratiopharm / Sandoz / Teva / Zentiva / Zydus	
		Triphasique	Gestodène 50 puis 70 puis 100 µg, EE 30 puis 40 puis 30 µg	Phaéva - Tri-Minulet - Perléane	21 cp (6+5+10) + 7 j d'arrêt
	Norgestimate	Monophasique	Norgestimate 250 µg, EE 35 µg	Cilest - Effiprev	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
		Triphasique	Norgestimate 180 µg puis 215 µg puis 250 µg, EE 35 µg	Tricilest - Triafemi	21 cp (7+7+7) + 7 j d'arrêt
Autres (parfois appelées 4^{ème} génération)	Chlormadinone	Monophasique	Chlormadinone 2 mg, EE 30 µg	Bélara	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
	Drospirénone	Monophasique	Drospirénone 3 mg, EE 30 µg	Jasmine – Convuline - Drospibel 3 mg / 30 µg - Drospirenone Ethinylestradiol 3 mg / 30 µg Biogaran	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
				Jasminelle – Bélanette - Drospibel 3 mg / 20 µg - Drospirenone Ethinylestradiol 3 mg / 20 µg Biogaran	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
				Jasminelle continu - Drospirenone Ethinylestradiol 3 mg / 20 µg Biogaran continu	21 cp actifs + 7 placebo
				Yaz – Rimendia	24 cp actifs + 4 placebo
	Diénogest	Multiphasique	Diénogest 5 paliers en mg : 0, 2, 3, 0 puis 0 Valérate d'estradiol 5 paliers en mg : 3, 2, 2, 1 puis 0.	Qlaira	26 cp actifs (2+5+17+2) et 2 placebo
	Nomégestrol	Monophasique	Nomégestrol acétate 2,5 mg, estradiol 1,5 mg	Zoely	24 cp actifs + 4 placebo

Contraceptifs Progestatifs

Génération progestatif	Dénomination Commune	Phases	Dosage	Spécialités	Posologie
2 ^{ème}	Lévonorgestrel	---	Lévonorgestrel 30 µg	Microval	28 cp
3 ^{ème}		---	Désogestrel 75 µg	Cérazette - Désogestrel 75 µg Actavis / Biogaran / Mylan / Teva - - Antigone	28 cp

ANSM – Contraceptifs oraux commercialisés en France au 1^{er} janvier 2013 Version 11/02/2013

ANNEXE 2 : Questionnaire destiné aux femmes

Bonjour,

Je suis Marion-Volana Randriamanantsoa, étudiante sage-femme de l'école du CHU de Nantes. Actuellement en 4^{ème} année d'étude je réalise mon mémoire de fin d'étude qui s'intitule : « **L'information concernant le décalage et l'oubli de pilule lors de la prescription** », c'est pourquoi je vous sollicite aujourd'hui.

Pour que mon étude puisse être la plus complète possible, je dois réaliser une enquête auprès des praticiens et des femmes concernées par ce problème. J'ai donc établi des questionnaires. Celui ci-dessous s'adresse aux femmes qui utilisent la pilule comme moyen de contraception. Les réponses à ce questionnaire me permettront d'émettre des hypothèses et d'aboutir à des conclusions qui seront utiles à la réalisation de mon mémoire et m'apporteront aussi des outils concrets pour ma future vie professionnelle. Il est donc important, si vous acceptez, que vous y répondiez en toute honnêteté.

Votre réponse sera bien sûr **ANONYME**. Je vous remercie d'avance du temps que vous aurez bien voulu y consacrer. Votre aide me sera très précieuse pour mener à bien mon projet.
Cordialement,

Marion-Volana Randriamanantsoa

- Votre année de naissance

- Votre niveau d'étude:

- ☐ 1- Pas de diplôme
- ☐ 2- Brevet des collèges
- ☐ 3- CAP/BEP
- ☐ 4- Baccalauréat
- ☐ 5- Bac +2
- ☐ 6- Bac +3
- ☐ 7- > Bac +3
- ☐ 8- Autre (précisez)

- Votre activité :

- ☐ 1- Etudiante, lycéenne, collégienne
- ☐ 2- En formation
- ☐ 3- A son compte
- ☐ 4- Salariée
- ☐ 5- Chômage
- ☐ 6- Mère au foyer
- ☐ 7- Autre (précisez)

- Depuis quand prenez-vous la pilule (mois ou année) ?

- Quel est le nom de la pilule que vous prenez ?

- Votre prescripteur habituel est :

- ☐ 1- Médecin généraliste
- ☐ 2- Médecin du centre de planning familial
- ☐ 3- Gynécologue
- ☐ 4- Sage-femme
- ☐ 5- Association de plusieurs prescripteurs (précisez lesquels)
- ☐ 6- Autre (précisez)

La première prescription de pilule

- Avez-vous bénéficié d'une consultation spécialement dédiée à la contraception ?

- ☐ 1- Oui
- ☐ 2- Non

- Le prescripteur vous a-t-il parlé des autres moyens de contraception ? (Implant, anneau vaginal, Dispositif Intra-Utérin = Stérilet, patch, préservatif masculin et féminin, spermicides ...)

- ☐ 1- Oui de manière précise ☐ 2- Oui globalement
☐ 3- Un peu ☐ 4- Pas du tout

- Vous a-t-on laissé le choix concernant votre contraception ?

- ☐ 1- Oui ☐ 2- Non

- Le prescripteur vous a-t-il refusé l'utilisation d'un autre moyen de contraception ?

- ☐ 1- Oui (précisez lesquels et pourquoi)

.....

- ☐ 2- Non

- Avant la pilule, preniez-vous un autre moyen de contraception ?

- ☐ 1- Oui (laquelle)
☐ 2- Non

- Pour quelles raisons avez-vous choisi la pilule comme moyen de contraception ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Utilisation facile
☐ Pas assez de connaissance sur les autres moyens de contraception
☐ Absence de gênes lors des rapports sexuels
☐ Remboursée par la sécurité sociale
☐ Efficacité
☐ Diminution des saignements
☐ Avoir ses règles de manière régulière
☐ Absence de corps étranger dans votre corps
☐ Absence d'effets secondaires
☒ Diminution des douleurs liées aux règles
☐ Conseils de mes copines qui la prennent
☐ Seul moyen de contraception conseillé par votre prescripteur

- ☐ Autres (précisez)

- Lors de la première prescription, le prescripteur vous a-t-il donné des conseils pour ne pas oublier votre pilule ?

- ☐ 1- Oui de manière précise ☐ 2- Oui globalement
☐ 3- Un peu ☐ 4- Pas du tout

- Lequel ou Lesquels ?

- ☐ Réveil sur le portable
☐ Associer à un geste du quotidien (brossage des dents, démaquillage...)
☐ Toujours avoir une plaquette de pilule dans son sac à main
☐ Autres (précisez)

.....

- Lors de la première prescription, le prescripteur vous a-t-il informé sur ce qu'il fallait faire en cas de décalage ou d'oubli de pilule ?

- ☐ 1- Oui de manière précise ☐ 2- Oui globalement
☐ 3- Un peu ☐ 4- Pas du tout

- S'il l'a fait, de quelle manière cela a-t-il été fait?

- ☐ Par oral
☐ Par écrit (précisez de quelle manière)

.....

- ☐ Les deux

Votre prescripteur :

- Vous a-t-il donné des informations concernant la contraception d'urgence ?

- ☐ 1- Oui de manière précise ☐ 2- Oui globalement

☐3- Un peu ☐4- Pas du tout

- Vous a-t-il prescrit la contraception d'urgence associée avec l'ordonnance de la pilule ?

☐☐1- Oui ☐2- Non

- Vous sentiez-vous à l'aise pour poser des questions concernant la pilule à votre prescripteur ?

☐1- Très à l'aise ☐2- Bien à l'aise
☐3- Peu à l'aise ☐4- Pas du tout à l'aise

- Les informations que vous avez reçues lors de la première prescription vous ont-elles paru suffisantes ?

☐1- Tout à fait suffisantes ☐2- Suffisantes
☐3- Peu suffisantes ☐4- Pas du tout suffisantes

En pratique

- Avez-vous déjà oublié de prendre votre pilule (décalage de plusieurs heures voir oubli complet en un jour) ?

☐1- Oui ☐2- Non

- Si 1- Oui, combien de fois cela vous est-il arrivé ?

☐1 fois
☐2 à 4 fois
☐5 à 10 fois
☐Plus de 10 fois

- Saviez-vous exactement ce qu'il fallait faire lorsque cela vous est arrivé ?

☐1- Oui de manière précise ☐2- Oui globalement
☐3- Un peu ☐4- Pas du tout

- Si vous ne saviez pas ce qu'il fallait faire de manière précise, comment vous êtes-vous renseignée (plusieurs réponses possibles) ?

☐ Notice d'utilisation
☐ Information écrite donnée par votre prescripteur
☐ Mère
☐ Sœur
☐ Téléphone à votre prescripteur
☐ Centre de Planification et d'Education Familiale
☐ Amie
☐ Internet
☐ Pharmacien
☐ Forum
☐ Autre (précisez).....

- Avez-vous déjà utilisé la contraception d'urgence ?

☐1- Oui, une seule fois ☐2- Oui, plusieurs fois
☐3- Non (sautez les 3 questions suivantes)

- Pensez-vous que vous avez été bien informée concernant l'utilisation de la contraception d'urgence de manière générale ? (délai d'utilisation, risques d'effets secondaires...)

☐1- Oui de manière précise ☐2- Oui globalement
☐3- Un peu ☐4- Pas du tout

- Avez-vous trouvé des difficultés pour vous procurer la contraception d'urgence ?

☐1- Oui ☐2- Non

Si Oui, pourquoi (plusieurs réponses possibles) ?

☐ Vous n'aviez pas d'ordonnance pour vous faire rembourser
☐ La pharmacie était fermée (nuit ou WE)
☐ Votre emploi du temps ne vous permettait pas d'aller la chercher
☐ Pas de moyen de transport
☐ Autres (précisez)

- D'une façon générale la pilule est un moyen de contraception qui vous convient ?

- ☐ 1- Totalement
- ☐ 2- Partiellement
- ☐ 3- Pas du tout

- Aimeriez-vous changer de contraception ?

- ☐ 1- Oui
- ☐ 2- Non

Renouvellement de la prescription de pilule

Lors du renouvellement,

- Votre prescripteur a-t-il fait le point sur votre satisfaction vis-à-vis de la pilule ?

- ☐ 1- Oui
- ☐ 2- Non

- Vous a-t-il demandé si vous avez déjà fait des oublis de pilule ?

- ☐ 1- Oui
- ☐ 2- Non

- Vous a-t-il demandé ce qu'il fallait faire en cas de décalage ou d'oubli de pilule ?

- ☐ 1- Oui de manière précise
- ☐ 2- Oui globalement
- ☐ 3- Un peu
- ☐ 4- Pas du tout

- Vous a-t-il demandé si vous avez eu besoin de prendre une contraception d'urgence ?

- ☐ 1- Oui
- ☐ 2- Non

- Si vous lui avez dit que vous oubliez souvent votre pilule, vous a-t-il proposé de changer de moyen de contraception ?

- ☐ 1- Oui
- ☐ 2- Non
- ☐ 3- Je ne fais pas d'oublis

ANNEXE 3 : Questionnaire destiné aux praticiens

Bonjour,

Je suis Marion-Volana Randriamanantsoa, étudiante sage-femme de l'école du CHU de Nantes. Actuellement en 4^{ème} année d'étude je réalise mon mémoire de fin d'étude qui s'intitule : **« L'information concernant le décalage et l'oubli de pilule lors de la prescription »** sous la direction du Dr. MESLE responsable du Centre de planification du CHU de Nantes.

Le questionnaire ci-dessous s'adresse donc aux prescripteurs de la contraception orale (médecin traitant, gynécologue, sage-femme, et médecin des centres de planification familial), afin d'évaluer leurs pratiques. Les réponses à ce questionnaire me permettront d'émettre des hypothèses et d'aboutir à des conclusions qui seront utiles à la réalisation de mon mémoire et m'apporteront aussi des outils concrets pour ma future vie professionnelle. Il est donc important, si vous acceptez, que vous y répondiez en toute franchise.

Bien sûr, les réponses à ce questionnaire seront traitées de manière tout à fait ANONYME. Cependant, si cette étude vous intéresse et que vous souhaitez en recevoir les résultats, veuillez laisser votre adresse électronique en bas du questionnaire.

Votre aide me sera très précieuse pour mener à bien mon projet, pour cela je vous remercie d'avance.
Cordialement,

Marion-Volana Randriamanantsoa

Généralités

- Vous êtes : ☐ 1- Homme ☐ 2- Femme

- Votre année de naissance :

- Vous êtes : ☐ 1- Sage-femme ☐ 2- Gynécologue
☐ 3- Médecin traitant ☐ 4- Médecin dans un Centre de Planning Familial
☐ Autre (précisez)

- Depuis quand êtes-vous diplômé ?

- Dans quel(s) lieu(x) êtes-vous installé ?

☐ 1- Urbain ☐ 2- Péri-urbain
☐ 3- Rural ☐ 4- Plusieurs endroits (précisez).....

1^{ère} prescription de Pilule

Lorsqu'une patiente vient vous voir pour utiliser pour la première fois la pilule comme moyen de contraception,

- Vous lui parlez de tous les moyens de contraception (pilule, patch, anneau, implant, stérilet, préservatif féminin et masculin, spermicides, cape, diaphragme...) qui existent ?

☐ 1- Systématiquement ☐ 2- Régulièrement ☐ 3- De temps en temps
☐ 4-Exceptionnellement ☐ 5- Jamais

Commentaire éventuel :

- Pensez-vous qu'il soit important qu'une femme connaisse l'ensemble des moyens de contraception existants pour qu'elle choisisse le moyen le plus adapté à son mode de vie ?

☐ 1- Tout à fait ☐ 2- Plutôt ☐ 3- Pas du tout

Commentaire éventuel :

- Conseillez-vous aux patientes qui utilisent pour la première fois la pilule d'y associer l'utilisation du préservatif dans un premier temps ?

☐ 1- Tout le temps ☐ 2- Souvent ☐ 3- Parfois ☐ 4-Jamais

Commentaire éventuel :

- Informez-vous oralement la patiente des recommandations à prendre en cas de décalage/oubli de pilule ?

☐ 1- Tout le temps ☐ 2- Souvent ☐ 3- Parfois ☐ 4-Jamais

Commentaire éventuel :

- Remettez-vous à la patiente un support papier qui indique les précautions à prendre en cas de décalage/oubli de pilule ?

☐ 1- Tout le temps ☐ 2- Souvent ☐ 3- Parfois ☐ 4-Jamais

Commentaire éventuel :

- Si vous le faites, de quel type de support s'agit-il (plusieurs réponses possibles) ?

☐ Réalisé par vos soins ☐ Document officiel (ex : INPES...)
☐ Coordonnées de site internet ☐ Autre (précisez)

- Informez- vous la patiente de l'existence de la contraception d'urgence ?

☐ 1- Tout le temps ☐ 2- Souvent ☐ 3- Parfois ☐ 4-Jamais

Commentaire éventuel :

- Associez-vous à la prescription contraceptive la contraception d'urgence ?

☐ 1- Tout le temps ☐ 2- Souvent ☐ 3- Parfois ☐ 4-Jamais

Commentaire éventuel :

- Pour quels raisons ne prescrivez-vous pas de façon systématique la contraception d'urgence (plusieurs réponses possibles) ?

☐ Cela autorise la femme à l'oubli ☐ Pour éviter une utilisation régulière
☐ Péremption ☐ Autre (précisez)

Renouvellement de prescription

Lors du renouvellement de la prescription de la contraception orale,

- Demandez-vous à la patiente si elle est satisfaite de ce moyen de contraception ?

☐ 1- Tout le temps ☐ 2- Souvent ☐ 3- Parfois ☐ 4-Jamais

Commentaire éventuel :

- Demandez-vous à la patiente s'il lui est arrivé d'oublier sa pilule ?

☐ 1- Tout le temps ☐ 2- Souvent ☐ 3- Parfois ☐ 4-Jamais

Commentaire éventuel :

- Vérifiez-vous si la patiente connaît la conduite à tenir en cas de mauvaise observance ?

☐ 1- Tout le temps ☐ 2- Souvent ☐ 3- Parfois ☐ 4-Jamais

Commentaire éventuel :

- Si vous constatez que la patiente a une mauvaise observance, lui conseillez-vous de changer de moyen de contraception ?

☐ 1- Tout le temps ☐ 2- Souvent ☐ 3- Parfois ☐ 4-Jamais

Commentaire éventuel :

- Connaissez-vous la méthode BERGER recommandé par l'OMS ?

☐ 1- Oui ☐ 2- Non

Commentaire éventuel :

- Votre formation générale vous semble-t-elle satisfaisante concernant la contraception en général (théorique et pratique) ?

- | | |
|--|---|
| ☐ 1- Très satisfaisante | ☐ 2- Assez satisfaisante |
| ☐ 3- Peu satisfaisante | ☐ 4- Pas du tout satisfaisante |

Commentaires

.....

.....

.....

.....

Merci d'avoir pris le temps de répondre, je vous en remercie.

Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette enquête, veuillez indiquer votre adresse mail :

.....

ANNEXE 4 : Carte éditée 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 oui ☐ non ☐ nombre

(derniers comprimés de la plaquette) :

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

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

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

413 899 11C

Si vous avez dépassé le délai indiqué sur la carte

**Pour retrouver une contraception efficace,
il faut au moins 7 jours de comprimés actifs en continu après l'oubli.**

- ❶ Prenez immédiatement le dernier des comprimés oubliés et poursuivez la plaquette à l'heure habituelle.
- ❷ Utilisez des préservatifs pendant 7 jours.
- ❸ 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

ANNEXE 5 : Modèle BERCER selon l'OMS

Le modèle « BERCER » de l'OMS propose un déroulement de la consultation et du suivi en 6 étapes : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour.

Bienvenue

En pratique, en dehors de l'accueil lui-même de la consultante et de la présentation du soignant, la première phase vise essentiellement à favoriser une relation d'équivalence et à rassurer la consultante. Le soignant l'assure de la confidentialité des entretiens et présente le rôle, les objectifs et le déroulement possibles de la ou des consultations.

Entretien

La phase d'entretien se veut interactive. Elle a pour objectif prioritaire le recueil d'information sur la femme, son état de santé, ses besoins propres et ses éventuels problèmes. Elle donne lieu à un « entretien » et à un examen clinique. Au cours de cet entretien, le soignant explore en complément de la clinique le contexte de vie de la consultante, son expérience en matière de contraception, sa vision des choses. Cette phase est propice au développement d'un diagnostic éducatif.

Renseignement

La phase de renseignement vise à la délivrance par le soignant d'une information hiérarchisée et sur mesure, compréhensible et adaptée au rythme et aux connaissances de la consultante. Il est essentiel que le soignant s'assure de la compréhension de l'information qu'il aura fournie. Celle-ci concerne en particulier les méthodes qui intéressent la consultante ou qu'elle préfère (leurs bénéfices, leurs contre-indications, les risques graves mêmes exceptionnels, leurs intérêts, leurs inconvénients, leurs coûts). Le soignant l'informe des options et alternatives qu'il juge adaptées à sa situation personnelle. Il est possible de fournir un document écrit en complément de l'information orale.

Choix

Le soignant souligne que la décision finale appartient à la consultante seule. Pour l'aider à la décision, son attention et sa réflexion peuvent être attirées sur sa situation de famille, ses préférences et les préférences éventuelles de son partenaire, les bénéfices et les risques des différentes méthodes, les conséquences de son choix. Le soignant s'assure au final de son plein accord et de l'absence de réticences sur la méthode choisie.

Explication

La phase d'enseignement est orientée sur l'explication de la méthode contraceptive et de son emploi et vise, s'il y a lieu, à l'établissement d'une prise en routine (par exemple des conseils sur la prise à heure régulière d'une pilule, le soir après un repas). En pratique, elle comprend si possible une démonstration de son usage et peut avantageusement même donner lieu à un apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même. Le soignant renseigne la consultante sur les possibilités de rattrapage en cas de problème et lui indique où et dans quelles conditions elle peut se procurer ces différentes méthodes. Sont enfin abordées les raisons médicales qui peuvent justifier son retour ainsi que la programmation et la planification de la consultation suivante.

Retour

Les consultations de suivi sont l'occasion de réévaluer la méthode et de vérifier que la celle-ci est adaptée à la personne (au besoin de corriger son emploi) et qu'elle en est satisfaite. Ces consultations sont également l'opportunité de compléter la contraception ou éventuellement de changer de méthode si celle choisie se révèle inadaptée (en raison par exemple d'effets indésirables) ou insuffisante (en raison par exemple d'une exposition aux IST). Le cas échéant sont notamment abordés les points qui n'auront pu être évoqués lors de la ou des précédentes consultations. Le soignant s'intéresse également aux questions que se pose la consultante et s'attache à résoudre les problèmes, cliniques ou d'emploi, qu'elle a pu rencontrer dans l'intervalle des 2 consultations. Il prend en compte les modifications de sa trajectoire individuelle et sociale. L'entretien se termine par la programmation et la planification de la consultation suivante.

De manière générale, s'engager dans une démarche individuelle d'aide au choix implique pour le médecin (ou pour le soignant menant une consultation portant sur la contraception) :

- de réfléchir, au préalable, à la signification individuelle et sociale du geste que représente la prescription (ou l'assentiment au choix) d'une méthode contraceptive ;
- de se questionner, au préalable, sur son propre positionnement vis-à-vis de la contraception et des différentes méthodes existantes, ainsi que sur le rôle qui lui est dévolu dans la relation avec la femme et le couple ;
- de prendre le temps d'analyser précisément avec la femme (et/ou le couple) sa situation (médicale mais aussi sociale, son appartenance culturelle, ses représentations, ses peurs et ses envies...) avant d'envisager avec elle une ou des méthodes contraceptives ;
- de l'informer sur les choix possibles ;
- de lui permettre de choisir la méthode qu'elle estime comme la plus adaptée ;
- de la former à l'utilisation de la méthode choisie ;
- enfin, de réévaluer périodiquement cette option avec la femme et/ou le couple.

RESUME

La contraception orale est une méthode contraceptive très efficace lorsqu'elle est utilisée de façon optimale. Cependant en pratique de nombreux soucis d'observance sont relevés, et cela peut amener la femme à s'exposer à un risque de grossesse non désirée.

L'objectif principal de cette étude consiste à évaluer l'information qui est remise aux femmes concernant l'oubli de pilule. Nous avons également évalué l'accès à la contraception d'urgence puisqu'elle fait partie des recommandations en cas d'oubli de pilule, et pour finir nous avons évalué si les femmes bénéficiaient d'une information éclairée sur les différentes méthodes de contraception leur permettant ainsi un choix libre.

Afin de remplir nos objectifs, nous avons effectué une étude descriptive qui reposait sur l'analyse des réponses aux questionnaires adressés aussi bien aux utilisatrices de la contraception orale qu'aux prescripteurs. Ainsi 205 femmes ont répondu à notre étude sur le réseau social Facebook, et 78 prescripteurs ont également participé.

Il se trouve que l'information n'est pas systématiquement transmise. Les informations sont diverses, les professionnels de santé utilisent parfois des supports écrits mais de façon minoritaires. En ce qui concerne la contraception d'urgence, celle-ci n'est pas forcément abordée lors de la consultation. Cependant les femmes de notre étude qui y ont eu recours ont dans l'ensemble eu peu de difficulté à se la procurer. Les praticiens s'accordent en majorité pour affirmer qu'il est important que les femmes connaissent l'ensemble des méthodes contraceptives à leur disposition afin de choisir celle qu'elles considèrent comme la plus adaptée à leur mode de vie.

De nombreux efforts restent à faire de la part des professionnels de santé dans l'amélioration de la transmission des informations, dans le but d'optimiser la maîtrise de cette méthode contraceptive par les usagères, notamment lors des erreurs d'observance.

Mots clés : Oubli de pilule, Contraception orale, Contraception d'urgence, Information écrite et orale