

UNIVERSITE DE NANTES

-----  
FACULTE DE MEDECINE  
-----

Année 2013

N° 045

**THESE**

Pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(DES de Médecine Générale)

Par

Tiphaine LAMANDE

Née le 07/07/1984 à Rennes

-----  
Présentée et soutenue publiquement le 9 Avril 2013  
-----

**L'INFORMATION DETENUE PAR LES PATIENTES  
LEUR PERMET-ELLE DE GERER CORRECTEMENT  
UN OUBLI DE PILULE ?**

-----  
Président : Monsieur le Professeur LOPES  
Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur LAUNAY

## Sommaire

Liste des figures .....	4
Liste des tableaux .....	5
Liste des annexes .....	5
Liste des abréviations .....	6
Introduction .....	7
1 <sup>ère</sup> Partie : La Contraception .....	9
I - Contraception en France .....	9
A - Historique .....	9
B - Les différentes contraceptions disponibles en France.....	11
C - Efficacité des méthodes contraceptives .....	14
D - Epidémiologie de la contraception .....	16
II - La pilule œstroprogestative en France.....	21
A - Epidémiologie de la pilule .....	21
B - Types de pilules œstroprogestatives disponibles .....	22
C - Prescription de la pilule œstroprogestative en France. ....	23
D - Indications et contre-indications .....	24
E - Tolérance et bénéfices non contraceptifs. ....	26
III - Rappels sur la physiologie de l'ovulation et sur la contraception œstroprogestative. ..	28
A - Physiologie des cycles menstruels.....	28
B - La contraception œstroprogestative .....	30
IV- Oublis de pilule .....	32
A - Epidémiologie et circonstances des oublis de pilule .....	32
B - Existe-t-il des patientes ou des situations « plus à risque d'oubli » ?.....	33
C - Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.....	33
V- La contraception d'urgence .....	37
A - Hormonale .....	37
B - Non hormonale : le dispositif intra utérin au cuivre. ....	38
VI - Les échecs de la contraception œstroprogestative .....	39
A - Grossesses non programmées sous pilule.....	39
B - L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) .....	42
2 <sup>ème</sup> partie : Etude.....	46
I - Matériels et Méthodes.....	46

A - Objectif de l'étude .....	46
B - Matériel de l'étude .....	46
C - Méthodes statistiques .....	48
II – Résultats .....	50
III- Analyse descriptive.....	50
A - Nombre de questionnaires exploitables .....	50
B - Profil des patientes .....	50
C - Type de pilule et ancienneté de prise par la population.....	54
D - Information des patientes sur leur contraception œstroprogestative .....	55
E - Evaluation de l'utilisation quotidienne de la pilule chez les femmes de l'enquête.....	58
F - Estimation de l'oubli de pilule dans la population de l'étude .....	60
G - Evaluation de la connaissance des recommandations concernant la gestion de l'oubli de pilule.....	61
H - La contraception d'urgence .....	64
I - Score d'évaluation des connaissances des patientes : attitude conforme aux recommandations de l'HAS ? Le « Score Oubli ».....	67
J - Question 19 : qui les utilisatrices interrogent-elles en cas de doute sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule ? .....	68
K - Question 20 : Disposez-vous d'un document écrit vous notifiant la conduite à tenir en cas d'oubli ? Sinon, pensez-vous que cela pourrait vous être utile ?.....	68
L - Question 21 : satisfaction de la pilule par son utilisatrice.....	69
M - Question 22 : Antécédents personnels de grossesse non programmée sous pilule et décision prise vis-à-vis de cette grossesse. ....	70
II2. Analyse comparative.....	70
A - Analyse univariée. ....	70
B - Analyse multivariée .....	76
III - Discussion .....	77
A - Les limites de l'étude.....	77
B - Comparaison des résultats de notre étude avec la littérature .....	79
C - Quelles pistes pour une meilleure information de nos patientes ?.....	83
IV - Conclusion .....	86
Bibliographie .....	96

## Liste des figures

Figure 1: Efficacité contraceptive théorique et réelle des différentes méthodes ( <i>selon l'OMS</i> )	15
Figure 2 : Principales méthodes contraceptives utilisées en 2005 par tranche d'âge, en France. ( <i>Baromètre santé 2005</i> ).....	17
Figure 3 : Méthodes de contraception utilisées en France métropolitaine en 2010 selon l'âge des femmes ( <i>Etude FECOND 2010, INSERM-INED</i> ) .....	17
Figure 4 : Pratiques contraceptives déclarées par les femmes selon l'âge en PDL en 2010 ( <i>Selon l'ORS</i> ) .....	19
Figure 5 : Méthodes de contraception les plus utilisées dans quelques pays du monde en 2003 (INED).....	20
Figure 6 : Physiologie du cycle menstruel{Citation}.....	29
Figure 7 : Schéma résumant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, selon l'ANAES (2004). .....	34
Figure 8 : 1 <sup>ère</sup> partie des recommandations de l'OMS concernant l'oubli de pilule.....	35
Figure 9 : 2 <sup>ème</sup> partie des recommandations de l'OMS.....	36
Figure 10 : Recours à l'IVG en fonction de l'âge ( <i>DREES, Vilain A., 2012</i> ) .....	43
Figure 11 : Evolution du nombre de naissances et d'IVG en France entre 1990 et 2010 .....	43
Figure 12 : Situation contraceptive lors de la survenue d'une grossesse non programmée.(24) .....	44
Figure 13 : Age de la population .....	51
Figure 14 : Commune de résidence des femmes de l'étude.....	51
Figure 15 : Catégories Socioprofessionnelles de la population .....	52
Figure 16 : Dernier diplôme obtenu par la population de l'étude.....	53
Figure 17 : Type de pilule prescrite .....	54
Figure 18 : Ancienneté de la prise d'œstroprogestatifs .....	54
Figure 19 : Estimation de leur propre niveau d'information sur leur COP par les patientes....	55
Figure 20 : "Votre médecin vous demande-t-il si vous avez eu des oublis de pilule?" .....	57
Figure 21 : Fréquence de l'information médicale reçue sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.....	58
Figure 22 : Dois-je attendre la fin de mes règles avant de débiter une nouvelle plaquette? ...	59
Figure 23 : Fréquence de l'oubli de pilule .....	60
Figure 24 : Délai maximal d'oubli de pilule .....	61
Figure 25 : Faut-il prendre le comprimé oublié dès que possible ? .....	62
Figure 26 : Faut-il poursuivre la plaquette en cours ?.....	62
Figure 27 : Faut-il utiliser un préservatif dans les 7 jours qui suivent l'oubli ?.....	63
Figure 28 : Faut-il enchaîner une nouvelle plaquette en cas d'oubli d'un comprimé dans les 7 derniers comprimés ? .....	63
Figure 29 : Reprise d'un comprimé si vomissement dans les 4 heures après la prise ?.....	64
Figure 30 : Connaissance de la contraception d'urgence en fonction de l'âge .....	65
Figure 31 : Utilisation de la CU en fonction de l'âge .....	66
Figure 32 : Indication de la contraception d'urgence si rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli ?.....	66

Figure 33 : Indication de la CU dans les 5 jours suivant l'oubli en cas de rapport sexuel non protégé ? .....	67
Figure 34 : Disposez-vous d'un document écrit rappelant la CAT en cas d'oubli de pilule ?. 68	68
Figure 35 : Satisfaction des femmes au sujet de leur pilule .....	69
Figure 36 : Comparaison du score « Oubli » et de la source d'information sur la pilule .....	72
Figure 37 : Moyenne obtenue au score en fonction du niveau de connaissance estimé .....	73
Figure 38 : Résultats de l'analyse multivariée .....	94
Figure 39 : CAT en cas d'oubli de pilule : propositions par le groupe de réflexion "Oubli de pilule" .....	95

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Analyse des moyennes du Score Oubli en fonction des déterminants.....	68
Tableau 2 : Comparaison du groupe « connaissances satisfaisantes » au groupe « connaissances insuffisantes ».....	69

## Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des pilules œstroprogestatives disponibles en France.....	95
Annexe 2 : Questionnaire de l'étude, distribué aux femmes consultant en officine.....	98
Annexe 3 : Carte INPES résumant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.....	100
Annexe 4 : Résultats de l'analyse multivariée.....	101
Annexe 5 : Propositions de recommandations simplifiées pour la conduite à tenir par le groupe de réflexion « Oublis de pilule ».....	102

## Liste des abréviations

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale.

CU : Contraception d'Urgence

DIU : Dispositif Intra Utérin

EE : Ethynilestradiol

EMA : European Medicines Evaluation Agency.

FSH : Follicule-stimulating Hormone

GnRH : Gonadotrophine Releasing Hormone

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST (loi) : Loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire

HPV : Human Papilloma Virus

IGAS : Institut Général des Affaires Sociales

INED : Institut National Etudes Démographiques

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

IP : Indice de Pearl

IST : Infections Sexuellement Transmissibles.

IVG : interruption Volontaire de Grossesse

LH : luteinizing hormone

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OP : œstroprogestative

PDL : Pays de la Loire

## Introduction

En 1967, la loi Neuwirth marque l'avènement de la contraception en France. Huit ans plus tard, l'avortement est légalisé par le vote de la loi Veil, et l'accès à la contraception facilité par les premières mesures de remboursement. L'espoir reposait alors sur la diminution du recours à l'IVG au profit d'une diffusion et d'une maîtrise de l'outil contraceptif par le plus grand nombre.

Actuellement, la couverture contraceptive française est très satisfaisante, concernant 90 % des patientes ayant une activité sexuelle sans désir de grossesse. Parmi celles-ci, une femme sur deux utilise la pilule. Malgré cela, une grossesse sur trois est déclarée « non programmée » dont deux tiers surviennent malgré une contraception en place qui s'avère être la pilule dans 21 % des cas. 60% de ces grossesses aboutissent à une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG). Contrairement aux espoirs initiaux, le taux de recours à l'IVG reste stable depuis plus de dix ans, malgré une diffusion contraceptive très satisfaisante.

On estime que 4 femmes sur 10 en France auront recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie et qu'une IVG sur dix (soit 20 000 par an) est secondaire à une mauvaise observance de la prise de pilule.

En Pays de La Loire, la couverture contraceptive est également très satisfaisante (94 % des femmes « à priori concernées par une contraception » en utilisaient une en 2010) avec le taux de recours à l'IVG le plus faible de France (environ 10 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans). Or, actuellement, d'après l'Observatoire Régional de Santé, cet écart tend à s'effacer avec une nette augmentation du recours à l'IVG en Pays de La Loire.

La pilule est une méthode de contraception dite « médicalisée ». Pour être prescrite et délivrée, elle nécessite le recours à un médecin généraliste ou gynécologue puis à un pharmacien. Depuis 2009, d'autres professionnels de santé peuvent être concernés : infirmier(e)s scolaires et sages-femmes.

Il s'agit d'un motif de consultation fréquent en médecine générale puisque 53 % des actes gynécologiques dispensés par le généraliste concernent la contraception. L'accès aux médecins spécialistes de plus en plus difficile, notamment dans certaines régions, du fait des problèmes de démographie médicale ainsi que la féminisation de la profession de généraliste

sont des éléments plaidant en faveur du développement actuel et futur de la pratique de la gynécologie au sein de la médecine générale.

La problématique reste entière : la pilule est le moyen de contraception le plus utilisé en France. Cette méthode n'a une efficacité en pratique courante que de 92-94 % qui tient à une observance relativement mauvaise de la part des utilisatrices : l'oubli concerne la majorité de nos patientes sous pilule, de façon plus ou moins fréquente. Des moyens de rattrapage efficaces existent et sont à la disposition de nos patientes. Le bon usage de ces méthodes préventives des échecs contraceptifs nécessite inéluctablement la participation de la femme, son analyse du risque de grossesse encouru et un comportement adapté. Pour ce faire, l'utilisatrice doit disposer d'une information adéquate.

Ce constat nous a amené à nous interroger sur la réalité du niveau de connaissance des utilisatrices de pilule sur la conduite à tenir en cas d'oubli. Le but de cette démarche est, pour nous, professionnels de santé, de promouvoir une information adaptée avec un seul objectif : permettre à nos patientes de maîtriser leur outil contraceptif pour prévenir une grossesse non programmée.

# 1<sup>ère</sup> Partie : La Contraception

## I - Contraception en France

### A - Historique

La contraception telle que nous l'entendons est assez récente dans l'histoire de l'humanité. Mais la régulation des naissances a toujours été source de préoccupation, de recherche depuis l'Antiquité, au cœur de débats politiques et religieux. Pendant longtemps, ces techniques se soldaient très souvent par des échecs du fait de la méconnaissance de l'anatomie et de la physiologie humaines.

Un manuscrit grec datant de l'Antiquité, « La gynécologie de Soranos d'Ephese », explique aux lecteurs que les méthodes contraceptives et abortives sont envisageables dans deux circonstances : une épouse trop jeune ou physiquement incapable d'assumer la grossesse. Les techniques contraceptives étaient variées : le retrait partiel, les mouvements visant à expulser la semence (éternuer, se lever, marcher après l'acte sexuel). Il était recommandé de les pratiquer en cas d'acte sexuel survenant quelques jours après les règles, puisqu'ils pensaient que la femme n'était plus féconde en milieu de cycle. Concernant l'avortement précoce, il était conseillé de sauter, de réaliser des mouvements brusques et des bains de siège visant à détendre les tissus et donc favoriser l'expulsion.(1) Les abandons et infanticides sont alors fréquents.

Le premier dispositif intra utérin (DIU) a été décrit il y a 5 000 ans, en Egypte. D'autres moyens mécaniques étaient également utilisés :

- Le pessaire était connu des Egyptiens. Au sens ancien du terme, il désignait un morceau de laine imprégné de plusieurs substances, dont le but était d'obturer le col utérin pour empêcher la pénétration des spermatozoïdes. De même étaient utilisés les spermicides, à base d'épines d'acacias broyées dans du miel.
- Le préservatif était utilisé par les Romains (à base de vessie d'animaux, on l'appelait « le gant de Vénus »).

- Le coït interrompu (ou retrait) fût souvent préconisé. Il est d'ailleurs cité dans la Bible et le Coran.

De multiples plantes étaient également utilisées pour leurs vertus abortives ou contraceptives. Toutes ces méthodes connues des sociétés antiques furent condamnées par l'Eglise catholique. Infanticide, avortement et contraception devinrent des péchés mortels.

En France, au Moyen Age, les classes paysannes qui forment l'essentiel de la société pratiquaient peu la contraception : la mortalité infantile était très élevée et la pression de l'Eglise multipliait les périodes d'abstinence (pendant le carême, l'Avent, avant et pendant les fêtes, le dimanche, pendant les règles et les grossesses).

Au XVIIIème siècle, la limitation des naissances atteint massivement la noblesse et la bourgeoisie, puis les campagnes. La fécondité commence à fléchir, passant de plus de 6 à 2 enfants par femme. Elle restera quasiment stable jusqu'à nos jours. Le condom ou la « capote anglaise » est largement utilisé, principalement hors mariage. Au sein du mariage, la méthode la plus usitée reste le retrait.

Petit à petit, les générations qui nous ont précédés se sont appropriées la maîtrise de la fécondité, passant ainsi de la maternité subie à la maternité choisie.

Au XXème siècle, en France :

L'après-guerre 14-18 est une période de forte propagande nataliste et la loi du 31 juillet 1920 sanctionne toute propagande anticonceptionnelle ainsi que l'usage des moyens de contraception. L'église catholique n'admet pas la régulation des naissances. Ainsi le pape Pie XI interdit en 1930 l'emploi de tout moyen contraceptif. L'avortement est considéré comme un acte criminel.

C'est dans la seconde partie du XXème siècle que contraception et avortement connaissent une révolution en France.

En 1967, la loi Neuwirth légalise la contraception, sur prescription médicale et autorise l'existence des Centres de Planification Familiale (CPEF).

En 1974, les CPEF sont autorisés à délivrer gratuitement et anonymement les contraceptifs aux mineures.

En 1975, la loi Veil légalise l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), autorisée jusqu'à 10 semaines de grossesse, réalisée par un médecin. Celle-ci ne sera remboursée qu'en 1983. Le consentement d'un parent est obligatoire pour une mineure.

Une formation sur la contraception aux médecins et aux paramédicaux est prévue par la loi de 1979.

En décembre 2000, une loi autorise la délivrance de la contraception d'urgence (CU) sans prescription médicale, sa gratuité pour les mineures et son administration par les infirmières scolaires.

La loi du 4 Juillet 2001 allonge le délai d'IVG à 12 semaines de grossesse. L'autorisation parentale n'est plus requise pour les mineures qui doivent être accompagnées du majeur de leur choix. La stérilisation à visée contraceptive est légalisée. Il est prévu des cours d'Education Sexuelle dans les collèges et les lycées 3 fois par an.

Depuis la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (HPST) du 21 Juillet 2009, les sages femmes sont habilitées d'une part à prescrire la contraception hormonale en l'absence de pathologie nécessitant un avis médical et d'autre part à la pose de DIU. Les pharmaciens sont autorisés à délivrer pour 6 mois non renouvelables une contraception hormonale si la prescription date de moins de 1 an, de même pour les infirmiers.(2)

Le 26 Octobre 2012, la décision est prise par le gouvernement de rembourser l'IVG à 100 % ainsi que la gratuité des contraceptifs pour les mineures.

## **B - Les différentes contraceptions disponibles en France.**

Les moyens contraceptifs peuvent être classés en deux types : hormonaux et non hormonaux.

### ***1- Contraceptifs hormonaux***

Les contraceptifs hormonaux diffèrent entre eux non seulement par leur composition en hormones (œstroprogestatif ou progestatif seul) mais également par leur mode d'administration. Il s'agit d'hormones de synthèse qui exercent un rétrocontrôle négatif sur l'axe hypothalamo-hypophysaire, inhibant ainsi les sécrétions de FSH (Follicule-stimulating Hormone) et de LH (Luteinizing Hormone) et par conséquent la croissance folliculaire et l'ovulation.

- **Contraceptifs oestro-progestatifs**
  - *Pilule œstroprogestative* : différents dosages, compositions et conditionnements disponibles qui seront développés ultérieurement.
  - *Patch transdermique oestroprogestatif* (Evra®) : dispositif transcutané délivrant quotidiennement 20 µg d'éthinylestradiol (EE) et 150 µg de norelgestromine. Le patch est changé de façon hebdomadaire pendant trois semaines consécutives suivies d'une semaine d'arrêt.
  - *Anneau vaginal oestroprogestatif* (Nuvaring®) : dispositif intravaginal délivrant quotidiennement 15 µg d'EE et 120 µg d'étonogestrel. Celui-ci est laissé en place trois semaines puis changé après une semaine d'arrêt.(3)
  
- **Contraceptifs progestatifs(2)(3)**
  - *Pilule progestative microdosée* (Cerazette®, Microval®) : leur action consiste essentiellement en une modification de la glaire cervicale et une propriété anti-nidatoire. Cerazette® possède également une activité anti-ovulatoire. Leur prise est quotidienne, en continu avec un délai d'oubli maximal de 3 H pour Microval® et de 12 H pour Cerazette®.
  - *Pilule macroprogestative* (Lutényl®, Lutéran®, Surgestone®) : ces progestatifs n'ont pas d'AMM pour la contraception.
  - *DIU progestatif au lévonorgestrel, également appelé Système Intra Utérin* (Mirena®) : agit d'une part en modifiant la glaire cervicale et d'autre part en rendant l'endomètre impropre à la nidation par action mécanique. Il délivre in utéro 20µg de lévonorgestrel par 24 H, et a une efficacité de 5 ans.
  - *Implant sous cutané progestatif* (Nexplanon®) : délivre quotidiennement des doses progressivement décroissantes d'étonogestrel, efficace pendant 3 ans.
  - *Progestatif retard injectable* (DMPA), rarement utilisé en France.

## **2 - Contraceptifs non hormonaux**

Leur mode d'action est principalement mécanique.(2)(4)

- *DIU au cuivre* : action contraceptive mécanique par l'inflammation provoquée par la présence d'un corps étranger et par le cuivre (sur la glaire cervicale et effet cytotoxique sur les spermatozoïdes) et anti-nidatoire. Efficacité de 5 ans en moyenne, même si certains ont obtenu l'AMM pour une utilisation maximale de 10 ans.
- *Préservatifs masculins et féminins* : intérêt de protection contre les IST en plus de leur action contraceptive.
- *Gels spermicides*
- *Eponges spermicides*
- *Diaphragmes et capes cervicales*
- *Stérilisations féminine (tubaire) et masculine (vasectomie)*: il s'agit de méthodes irréversibles avec un délai légal de réflexion de 4 mois après demande et information du patient/du couple. Elles nécessitent une intervention chirurgicale après recueil du consentement écrit du ou de la patient(e).
- *Méthodes dites « naturelles » dont les principales sont* :
  - le retrait
  - la « méthode Ogino » : l'abstinence périodique en période supposée d'ovulation.
  - La « méthode des courbes de température » reposant sur le fait que la température s'élève de 0.2 à 0.4° C au moment de l'ovulation.
  - la « méthode Billings » basée sur l'observation de la glaire cervicale.
  - le « système Persona » consistant en des tests d'ovulation (bandelettes urinaires).
  - la « méthode MAMA » : méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée.

### ***3-Contraceptifs d'urgence***

Les contraceptifs d'urgence seront abordés plus longuement ultérieurement.

- *Contraception hormonale d'urgence* (Norlevo®, Ellaone®)
- *DIU*

## C - Efficacité des méthodes contraceptives

L'*efficacité théorique* d'une contraception est mesurée par l'indice de Pearl (IP). Celui-ci correspond au nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant une contraception donnée durant un an.

$$IP = \text{nombre de grossesses non programmées} \times 1200 / \text{nombre de mois d'utilisation}$$

(L'IP s'exprime en grossesses non programmées pour 100 femmes par an.)

Ce calcul de l'efficacité théorique implique une observance parfaite du moyen contraceptif par les patient(e)s. La réalité de l'efficacité contraceptive est tout autre : il existe en effet une différence notable pour la plupart des contraceptions entre *leur efficacité théorique* et *leur efficacité réelle*, c'est-à-dire celle observée en pratique.

Il y a toutefois certaines méthodes dites « passives » qui se révèlent être aussi sûres en pratique courante qu'en théorie : il s'agit de méthodes ne nécessitant pas la participation de la patiente au-delà de la mise en place initiale du contraceptif. Il s'agit du DIU, de l'implant et de la stérilisation.

La pilule pose le problème bien évidemment de l'observance dont dépend inéluctablement l'efficacité de la méthode. Ainsi, elle se révèle être une méthode très efficace à condition d'être utilisée correctement et régulièrement ; dans ces conditions, son efficacité théorique est même supérieure à celle du DIU (IP de 0.1 versus 0.6 pour le DIU). En revanche, en cas de mauvaise observance, le taux d'échec est de 6 à 8 grossesses pour 100 femmes en 12 mois.

En cas d'observance, l'information de la patiente sur la conduite à tenir et notamment sur l'indication d'une contraception d'urgence participe à la diminution du taux d'échec de la pilule.

Les méthodes non médicales (préservatifs, retrait, spermicides...) sont des méthodes contraceptives beaucoup moins efficaces.

Figure 1: Efficacité contraceptive théorique et réelle des différentes méthodes (selon l'OMS)

Efficacité	Méthode	Grossesses pour 100 femmes au cours des 12 premiers mois d'utilisation	
		En pratique courante	En utilisation optimale*
Toujours très efficace	Implants	0,1	0,1
	Vasectomie	0,2	0,1
	Stérilisation féminine	0,5	0,5
	Progestatifs injectables	0,3	0,3
	DIU	0,8	0,6
	Pilules progestatives pures (au cours de l'allaitement)	1	0,5
Efficace dans son emploi courant	Méthode de l'aménorrhée lactationnelle	2	0,5
Très efficace lorsqu'elle est employée correctement et régulièrement (utilisation optimale)	Contraception orale oestroprogestative	6-8	0,1
	Pilules progestatives pures (en dehors de l'allaitement)	- §	0,5
A une certaine efficacité dans son emploi courant	Préservatifs masculins	14	3
	Retrait	19	4
	Diaphragme et spermicide	20	6
	Méthodes naturelles	20	1-9
Efficace lorsqu'elle est employée correctement et régulièrement (utilisation optimale)	Préservatifs féminins	21	5
	Spermicides	26	6
	Cape cervicale (nullipares)	20	9
	Cape cervicale (multipares)	40	26
	Pas de méthode	85	85

\* Correspond à l'efficacité obtenue des essais thérapeutiques.

§ : En dehors de l'allaitement les pilules progestatives pures sont « un peu » moins efficaces que les contraceptifs oraux oestroprogestatifs.

Concernant les «nouvelles» méthodes contraceptives, des études plus récentes ont été réalisées afin de déterminer leur efficacité (2) :

- l'anneau vaginal et le patch contraceptif ont un IP variant selon les publications de 0,3 à 0.7 environ avec 8% de grossesses en utilisation courante.
- l'implant sous cutané est le plus efficace des moyens de contraception avec un IP à 0.1. Toutefois, il existe quelques cas anecdotiques de grossesses sous implant (obésité, interaction avec le millepertuis, non insertion d'implant, grossesse pré existante à la pose de l'implant....)

## **D - Epidémiologie de la contraception**

### ***1- En France***

Selon le Baromètre Santé 2010, 90.2 % des femmes françaises de 15 à 49 ans sexuellement actives ont une couverture contraceptive. 91 % des jeunes patientes de 15 à 24 ans sexuellement actives déclarent utiliser une contraception.(5) La contraception orale reste la méthode contraceptive la plus fréquemment utilisée, chez toutes les tranches d'âge des patientes, à l'exception des 40-44 ans, chez lesquelles le DIU est le premier moyen contraceptif en termes de fréquence (29.6 % versus 28 % pour la pilule).

En 2000, 45.8 % des femmes entre 18 et 44 ans interrogées étaient sous pilule (6), proportion atteignant 58.7 % en 2005.(7) En 2010, l'étude FECOND révèle une légère baisse de l'utilisation de la pilule au sein de la population française (50 % des femmes de 15 à 49 ans) au profit des « nouvelles méthodes contraceptives »(8). La pilule se révèle être le deuxième choix dans deux populations : les 15-17 ans qui lui préfèrent le préservatif et les femmes de plus de 45 ans, au profit du DIU. La plus forte baisse d'utilisation de la pilule au cours des dix dernières années est enregistrée chez les 20-24 ans (-10.4 %).

La pilule reste toutefois la première méthode contraceptive en terme de fréquence toutes classes d'âge confondues, la deuxième étant le préservatif jusqu'à 30 ans et le DIU au-delà de 30 ans.

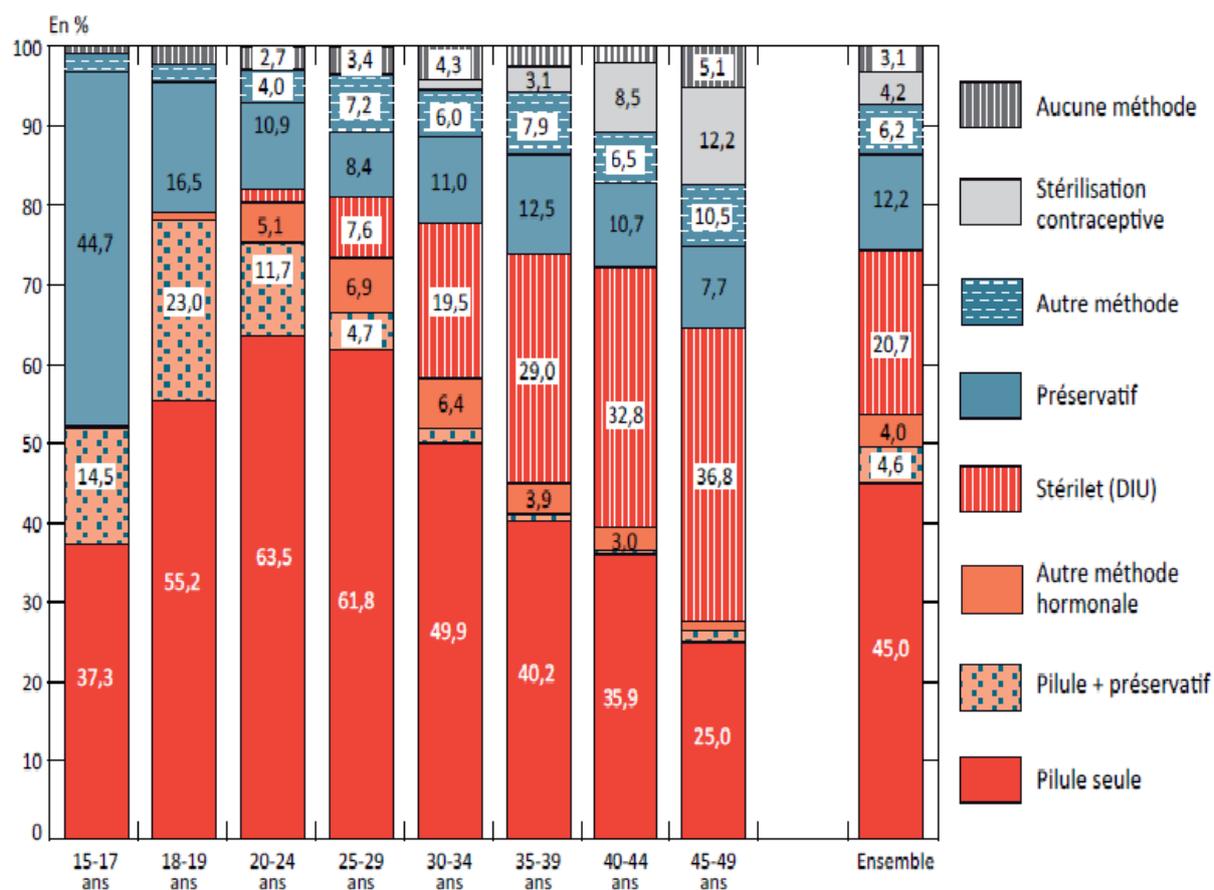
Les « nouveaux contraceptifs » comme l'implant, le patch ou l'anneau vaginal restent peu utilisés en France (entre 3 et 5 % des patientes interrogées en 2007). Pourtant, leur utilisation simplifiée et leur fiabilité contraceptive pourraient représenter une alternative intéressante, notamment pour les patientes ayant des difficultés d'observance de la pilule au quotidien. Ces méthodes sont peu populaires en France ; en 2007, l'implant était méconnu de 56 % des patientes, 75 % n'avaient jamais entendu parler de l'anneau vaginal.(9) Ces nouvelles méthodes contraceptives sont d'une part plus rarement proposées par les prescripteurs et d'autre part, ne sont pas remboursées par la Sécurité Sociale.

La stérilisation contraceptive ne concerne qu'une minorité de femmes (3.9 % en 2010) et d'hommes (0.3 % en 2010). Enfin, les méthodes contraceptives dites « naturelles », très peu fiables, restent minoritairement utilisées.

Figure 2 : Principales méthodes contraceptives utilisées en 2005 par tranche d'âge, en France. (Baromètre santé 2005)

Âge	Pilule	Stérilet	Préservatif masculin	Stérilisation tubaire	Implant, patch, anneau	Autres méthodes
15-19 ans	78,10	0,00	20,90	0,00	0,80	0,20
20-24 ans	87,70	1,10	9,60	0,00	1,10	0,50
25-34 ans	67,00	16,90	11,50	0,20	1,80	2,60
35-49 ans	43,30	38,20	10,60	3,90	1,10	2,90
Total	58,70	24,20	11,50	2,00	1,30	1,30

Figure 3 : Méthodes de contraception utilisées en France métropolitaine en 2010 selon l'âge des femmes (Etude FECOND 2010, INSERM-INED)



Il semble également important de noter une inégalité constatée dans l'accès à la contraception selon la situation socioéconomique des femmes : il semblerait que les femmes en situation financière difficile et/ou vivant dans un milieu rural et/ou peu diplômées aient moins recours à la contraception. 6.5 % des ouvrières seraient concernées versus 1.6 % des femmes cadres.(8)

Il semble donc exister une « norme contraceptive française »(10), ancrée dans les comportements et les esprits, chez les patientes comme chez beaucoup de prescripteurs : le recours au préservatif en début de vie sexuelle, utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise et recours au stérilet lorsque le désir d'enfant est réalisé.

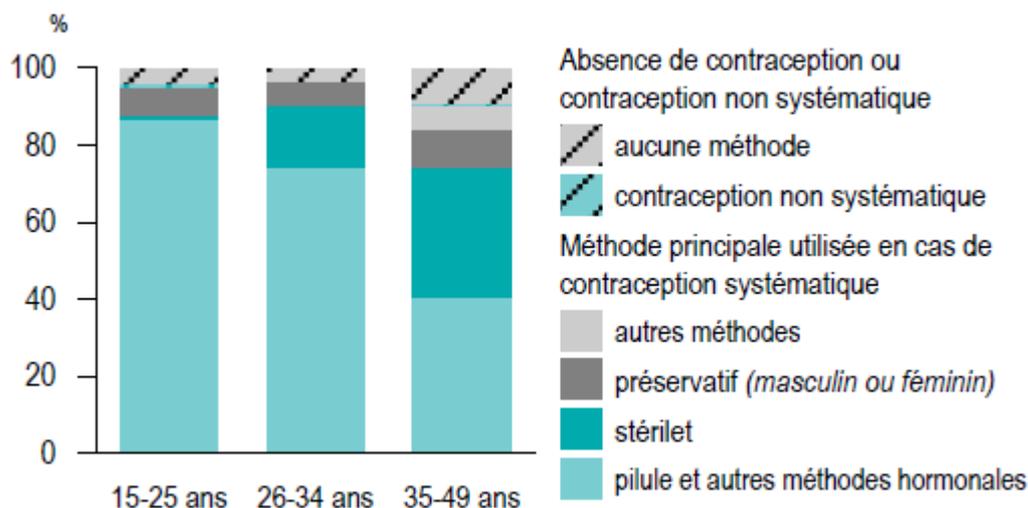
Malgré cette couverture contraceptive très satisfaisante, une grossesse sur trois est déclarée « non programmée » dont deux tiers surviennent malgré une contraception en place. Ces grossesses aboutissent dans 60 % des cas à une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG).

## ***2– En Pays de la Loire (PDL)***

92 % des patientes de la région « à priori concernées par une contraception » (femmes en âge de procréer, ayant des rapports sexuels dans l'année, non stériles, ne souhaitant pas de grossesse actuellement) utilisaient une contraception en 2010 (11):

- 55 % étaient sous pilule.
- 26 % étaient porteuses d'un DIU.
- 10 % utilisaient le préservatif, surtout parmi les 18-19 ans.
- 5 % utilisaient une autre méthode hormonale (implant, anneau, patch, injection).
- 4 % avaient opté pour une stérilisation contraceptive (35-49 ans).

Figure 4 : Pratiques contraceptives déclarées par les femmes selon l'âge en PDL en 2010 (Selon l'ORS)



Une étude sur les pratiques contraceptives a été menée par l'Observatoire Régional de Santé des Pays de la Loire en 2010 auprès de la population ligérienne de 15 à 25 ans.(12)

Quelques chiffres sont intéressants et peuvent être comparés aux chiffres nationaux pour la même population :

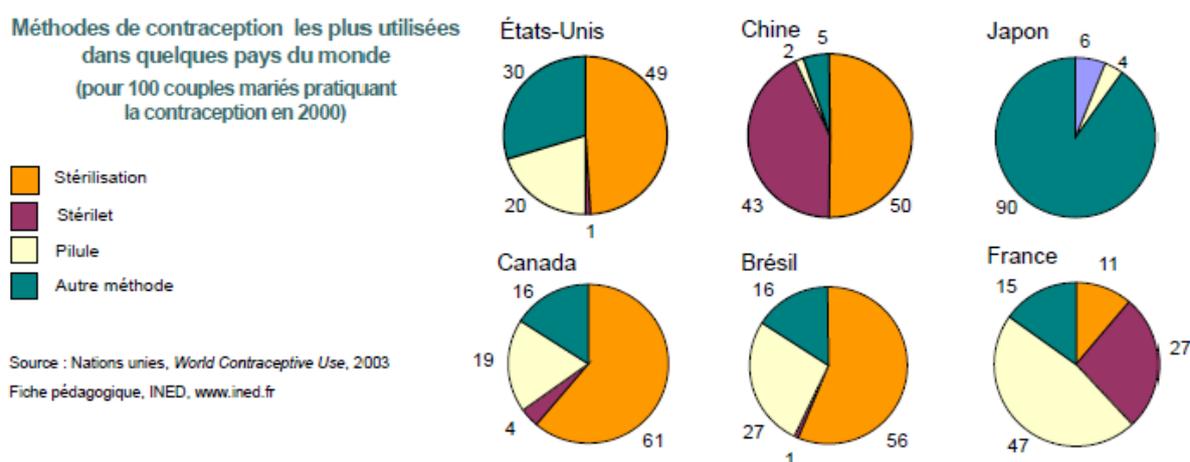
- Lors du premier rapport sexuel, 95 % des jeunes femmes ligériennes utilisent une contraception (versus 90 % au niveau national). Cette contraception se révèle être la pilule dans 58 % (versus 51 % au niveau national) et le préservatif dans 37 % des cas.
- Pour les jeunes femmes de la région entre 15 et 25 ans en relation de couple stable, 87% utilisent une méthode hormonale (contre 82 % au niveau national). Parmi ces patientes, seulement 3 % utilisent une méthode hormonale autre que la pilule OP (anneau vaginal, patch, implant sous cutané, DIU), ce qui est moins que la moyenne nationale de 7 %.

La pilule est donc le premier moyen de contraception utilisé, en terme de fréquence, au niveau régional et national, chez les 15-25 ans. En Pays de la Loire, la couverture contraceptive des 15-25 ans est très satisfaisante, légèrement supérieure par rapport au niveau national.

### 3 – Dans le monde.

La contraception française diffère de celle des autres pays (13). La couverture contraceptive mondiale est estimée à 63 % des couples. La stérilisation est la méthode la plus répandue au niveau mondial : 37 % des couples y ont recours (la femme dans la majorité des cas). A titre de comparaison, seulement 6 % des couples français optent pour ce type de contraception. Viennent ensuite le stérilet (23 %), la pilule (14 %), le préservatif (10 %) et le retrait (4%). Les pays les plus utilisateurs de la stérilisation sont les pays d'Asie, d'Amérique latine et les pays anglo-saxons. En Chine et en Inde, la pilule est très peu utilisée. Le préservatif est fortement répandu au Japon, représentant même la première méthode contraceptive.

Figure 5 : Méthodes de contraception les plus utilisées dans quelques pays du monde en 2003 (INED)



## **II - La pilule œstroprogestative en France**

Découverte de la pilule œstroprogestative par le Dr G. PINCUS en 1955 aux Etats-Unis.

Arrivée en France « illégalement » au début des années 1960 dans un CPEF clandestin à Grenoble puis légalisée en 1967.

### **A - Epidémiologie de la pilule**

#### ***1-En France***

La récente étude FECOND montre une baisse de l'utilisation de la pilule en France au cours de la dernière décennie (- 4.6 % tous âges confondus), restant malgré tout toujours la première contraception en terme de fréquence. La tranche d'âge la plus touchée par cette diminution est celle des 20-24 ans (-10.4 % entre 2000 et 2010). Parallèlement, une diminution du suivi gynécologique est enregistrée chez les 20-24 ans également, passant de 6.9 % des patientes sans suivi gynécologique en 2000 à 12.2% en 2010. L'un des facteurs communs semble être la difficulté financière de cette population à assumer ce parcours contraceptif. Seules 43 % des jeunes femmes en difficulté financière seraient totalement remboursées pour la prescription de leur pilule.(8) D'autre part, il semble exister, chez certaines femmes, depuis quelques années une réticence à la prise d'un traitement hormonal telle la pilule.

#### ***2 - En Pays De La Loire***

En Pays de la Loire, en 2010, la pilule est utilisée chez 55 % des patientes entre 15 et 49 ans « à priori concernées par une méthode contraceptive » et chez 87 % des femmes entre 15 et 25 ans, ce qui est légèrement plus élevé que la moyenne nationale (82 %).(12)

## **B - Types de pilules œstroprogestatives disponibles**

Les pilules œstroprogestatives (OP) disponibles peuvent être classées soit par :

- le type de progestatif (classification la plus fréquente) :
  - Progestatif de 1<sup>ère</sup> génération (apparus en 1967) : Norgestriénone, Noréthistérone, Lynestrénol.
  - Progestatif de 2<sup>ème</sup> génération (1974) : Norgestrel, Lévonorgestrel.
  - Progestatif de 3<sup>ème</sup> génération (1982) : Désogestrel, Gestodène, Norgestimate.
  - Autres progestatifs : Acétate de chlormadinone, Acétate de cyprotérone, Diénogest, Drospirénone.
  
- le dosage en Ethynilœstradiol (EE): pilule « normodosée » (EE = 50 µg), pilule « minidosée » (EE =15-40 µg) ce qui concerne la quasi-totalité des pilules actuelles.  
Une pilule récemment commercialisée (Qlaira®) contient un nouvel œstrogène (le Valérate d'Estradiol).
  
- le caractère remboursé ou non par la Sécurité Sociale à 65 %.
  
- le nombre de comprimés par plaquettes : 21, 24, 26 ou 28 comprimés (les derniers étant « placebo » pour une prise sans interruption dite « en continu »)
  
- le caractère mono, bi ou triphasique ; dans les pilules bi ou triphasiques, le dosage en EE et en progestatif varie au cours de la plaquette. Une pilule quadriphasique a été récemment commercialisée (Qlaira®).

*Annexe 1 : tableau récapitulatif des pilules commercialisées en France.*

## **C - Prescription de la pilule œstroprogestative en France.**

Les recommandations concernant la prescription d'une pilule et plus largement d'une contraception en France ont été rédigées en 2004 par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) (14). Celles-ci insistent sur le devoir du professionnel de santé de proposer à la patiente voire au couple toutes les possibilités contraceptives dont elle peut bénéficier. Le choix contraceptif doit être celui de la patiente, celui qui lui semblera le plus adapté à son quotidien afin de garantir une meilleure acceptabilité, observance et satisfaction. Le médecin a un rôle d'information et d'accompagnement de sa patiente au cours de cette réflexion et doit prendre en considération les « déterminants psychologiques, sociologiques et économiques » de celle-ci.

Enfin, ce texte rappelle l'importance de cette consultation dédiée au choix contraceptif dont le déroulement peut s'inspirer du modèle BERGER proposé par l'OMS. Ce modèle est basé sur six étapes essentielles du déroulement de la consultation pour permettre à la patiente de prendre une décision éclairée quant à sa méthode contraceptive.

*Bienvenue* : cette première phase vise à établir une relation de confiance avec la patiente, à la rassurer.

*Entretien* : il s'agit d'un temps de recueil des informations concernant la patiente (mode de vie, antécédents, histoire personnelle de la contraception) et de l'examen clinique.

*Renseignement* : l'information délivrée à la patiente doit être individualisée, hiérarchisée, intelligible et le médecin doit s'assurer de sa bonne compréhension. L'information concernera les bénéfices et les inconvénients, les contre indications, les risques et le coût de chaque méthode contraceptive. Un document écrit pourra compléter cette information orale.

*Choix* : la décision finale appartient à la patiente, ce sera la contraception qui lui semble la plus adaptée. Le médecin l'accompagnera dans ce choix.

*Explications* : L'utilisation de la méthode, éventuellement une démonstration et les possibilités de rattrapage en cas de survenue d'un problème doivent être clairement expliquées à la patiente. La disponibilité médicale doit lui être assurée et une consultation de suivi programmée avec elle.

*Retour* : La consultation de suivi doit faire l'objet d'une réévaluation de la méthode, des problèmes éventuels rencontrés, des interrogations. En cas de non satisfaction, des alternatives contraceptives en vue d'un changement seront proposées. Une consultation de suivi sera à nouveau programmée.

Ce modèle BERCER reprend les principales recommandations émises dans divers travaux de la littérature, notamment ceux traitant du counseling et de la démarche éducative. Ces travaux appliqués à la contraception ont fait la preuve de leur efficacité puisque les femmes en ayant bénéficié connaissent davantage leur contraception et ont un recours plus adapté à la contraception d'urgence.

La consultation pour contraception et notamment pour une première prescription ou pour un changement de contraception nécessite du temps et devrait faire l'objet dans l'idéal d'une consultation à part entière.

Le médecin généraliste semble être davantage prescripteur de la pilule que le gynécologue. Il la prescrirait chez 70 % de ses patientes versus 48 % chez le gynécologue. L'aptitude et la formation à d'autres méthodes contraceptives sont incriminées dans cette différence.(8)

Le type de pilule prescrite varie selon le prescripteur : les gynécologues sont plus enclins que les généralistes à prescrire des pilules de 3<sup>ème</sup> génération chez leurs patientes, notamment chez celles évoluant dans un milieu socio-économique favorisé.(15)

Enfin, le suivi gynécologique varie aussi en fonction du statut professionnel des patientes : les patientes cadres sont plus nombreuses à être suivies par un gynécologue que les ouvrières.

Selon une étude, 37.9 % des consultations concernant la contraception seraient assurées par un médecin généraliste et 61.4 % par un gynécologue. Il semblerait que l'initiation de la contraception soit plus souvent assurée par le gynécologue et le suivi par le généraliste. (9)

Plusieurs paramètres participeront probablement à faire évoluer ces chiffres, majorant possiblement le recours au médecin généraliste : la féminisation de la médecine générale, la démographie médicale posant le problème de la difficulté du recours au spécialiste et l'acquisition de la compétence de la contraception par les sages-femmes.

## **D - Indications et contre-indications**

La pilule œstroprogestative est l'une des méthodes contraceptives indiquées en première intention pour une patiente désirant une contraception et ne présentant pas de contre-indication à celle-ci. Elle peut également être indiquée en cas de pathologie fonctionnelle utérine (troubles du cycle), signes d'hyperandrogénie modérée (pilosité développée, séborrhée, acné).

Ces contre-indications absolues sont :

- Cardiovasculaires :
  - antécédent d'accident thromboembolique artériel ou veineux.
  - prédisposition héréditaire ou acquise aux thromboses artérielles ou veineuses.
  - affections cardiovasculaires (HTA non contrôlée, coronaropathie, valvulopathie).
  - diabète compliqué de micro et/ou macroangiopathie, déséquilibré ou évoluant depuis plus de 20 ans.
  - tabagisme actif chez les patientes de 35 ans et plus.
  - association de plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire.
- Carcinologiques :
  - tumeur mammaire maligne.
  - carcinome de l'endomètre ou toute tumeur œstrogénodépendante.
  - tumeurs hypophysaires.
- Hépatiques :
  - Affection hépatique récente ou grave.
  - Tumeur hépatique maligne ou non.
  - Antécédent de cholestase sous pilule OP.
- Hémorragie génitale non expliquée.
- Neurologiques : migraine avec aura.
- Connectivites et porphyries.

Les principales contre-indications relatives sont : le tabagisme, l'obésité (IMC > 30), l'âge > 35 ans, la dyslipidémie, l'otosclérose, l'hyperprolactinémie, l'insuffisance rénale, la cholestase gravidique. L'association de deux de ces facteurs de risque contre-indique la prescription d'une contraception œstroprogestative.

La pilule OP est déconseillée dans le post partum avant 4 semaines en l'absence d'allaitement en raison d'un risque thromboembolique veineux accru, avant 6 semaines en cas d'allaitement afin de diminuer le risque de perturbation de la lactogénèse.(14)

Les interactions médicamenteuses concernent l'association aux médicaments inducteurs enzymatiques, aux antiprotéases, au millepertuis diminuant l'efficacité des œstroprogestatifs et l'association à la flunarizine provoquant une galactorrhée.

## **E - Tolérance et bénéfices non contraceptifs.**

### ***1-Effets indésirables et tolérance de la pilule OP.***

A défaut d'une liste exhaustive (disponible dans le Vidal pour chaque pilule OP), voici les principaux effets indésirables, à savoir les plus fréquents et les plus graves.

#### Effets indésirables potentiellement graves :

- Risque thromboembolique veineux, majoré avec les pilules de 3èmes génération.(16)(17) L'impact négatif « tabac + pilule + > 35 ans » sur le risque thromboembolique a été clairement démontré.
- Risque thrombotique artériel.
- Impact sur les cancers : plusieurs études contradictoires au cœur des débats. Il semblerait qu'il existe une discrète augmentation du risque relatif de cancer du sein, du col de l'utérus (dont la majorité est liée à la présence d'un HPV, les hormones jouant un éventuel rôle de promotion du cancer) et hépatique, risque se normalisant dix ans après l'arrêt de la pilule. Ces risques doivent être mis en balance avec l'effet protecteur de la pilule sur d'autres cancers.
- Métaboliques : insulino-résistance, augmentation des triglycérides et du LDL-cholestérol.
- Hypertension artérielle.
- Augmentation du risque d'affections hépatiques type lithiase, cholécystite et perturbations du bilan hépatique.

#### Effets indésirables mineurs :

- Troubles digestifs.
- Céphalées.
- Signes d'hyperœstrogénie (mastodynie, métrorragie).
- Perturbations du cycle menstruel (métrorragie).
- Hyperphagie avec risque de prise de poids.

- Séborrhée, acné.
- Modification de la libido, irritabilité.

La tolérance de la pilule est un paramètre essentiel qui conditionnera la satisfaction de la patiente pour sa contraception et par delà son observance et son acceptabilité. Il est donc essentiel pour le praticien de s'enquérir de la survenue d'éventuels effets indésirables qui pourront le plus souvent s'amender avec un changement de dosage d'EE ou de progestatif.

Une étude réalisée en 2000 ne montrait pas de différence de satisfaction des patientes entre les pilules de 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> générations (15).

### ***2-Bénéfices non contraceptifs de la pilule OP (18)***

La pilule OP permet certains avantages pour la patiente, en dehors de son effet contraceptif :

- Régularité du cycle menstruel et oligoménorrhée.
- Diminution de l'intensité et de la fréquence des dysménorrhées primaires.
- Effet protecteur (diminution de 40 à 50 % du risque de survenue) sur les cancers de l'endomètre, de l'ovaire et supposé sur le cancer colorectal.
- Diminution de l'incidence des adénofibromes, des mastoses kystiques et des fibromes utérins.
- Effet favorable sur l'acné.
- Augmentation de la densité minérale osseuse.

L'impact de la pilule sur le plan carcinologique et cardiovasculaire est à l'origine de nombreuses études aux résultats contradictoires et est souvent l'objet de médiatisation et de débats. Une récente étude de cohorte (19) a démontré une réduction globale de la mortalité des femmes ayant utilisé la pilule OP (diminution du risque carcinologique global sans augmentation du risque cardiovasculaire notable). L'OMS persiste dans ce sens en confirmant la supériorité des bénéfices de la pilule OP sur ses inconvénients, sous condition d'avoir éliminé une contre-indication et d'avoir correctement examiné la patiente avant sa prescription.

### **III - Rappels sur la physiologie de l'ovulation et sur la contraception œstroprogestative.**

#### **A - Physiologie des cycles menstruels**

Le cycle menstruel correspond à une succession de phénomènes physiologiques se répétant régulièrement en dehors des périodes de grossesse, de la puberté à la ménopause, du début d'une menstruation au début de la suivante pendant une durée moyenne de 28 jours.

##### *1-Cycle ovarien*

###### *a - Phase folliculaire.*

Le cycle menstruel se décompose en trois phases : la première dite « folliculaire » (qui dure 13 à 14 jours) pendant laquelle le follicule pré-ovulatoire (ou follicule de De Graaf) préalablement recruté finit sa maturation. Cette étape est sous la dépendance de l'hormone antéhypophysaire FSH, élevée en début de phase folliculaire. Le taux d'œstradiol (hormone sécrétée par le follicule ovarien) augmente progressivement jusqu'à déclencher le pic de LH vers le 12-13<sup>ème</sup> jour. (2)(20)(21)

###### *b-Phase ovulatoire*

Au 14<sup>ème</sup> jour, le follicule de De Graaf se rompt et expulse l'ovocyte qui termine alors sa première division de méiose et débute sa deuxième division : il s'agit de « l'ovulation », déclenchée par le pic préovulatoire de LH, hormone antéhypophysaire également. Le follicule est alors capté par le pavillon de la trompe de Fallope homolatérale où pourra se produire une éventuelle fécondation par un spermatozoïde.(2)(20)(21)

###### *c-Phase lutéale*

Du 15-16<sup>ème</sup> jour au 28<sup>ème</sup> jour, le follicule rompu va se transformer en corps jaune, sécrèteur de progestérone. En l'absence de grossesse, le corps jaune se sclérose puis disparaît. La sécrétion de progestérone s'interrompt vers le 26<sup>ème</sup> jour, provoquant les menstruations et un nouveau recrutement folliculaire pour le prochain cycle. Cette dernière phase, dite « lutéale », est sous la dépendance hormonale de la LH.

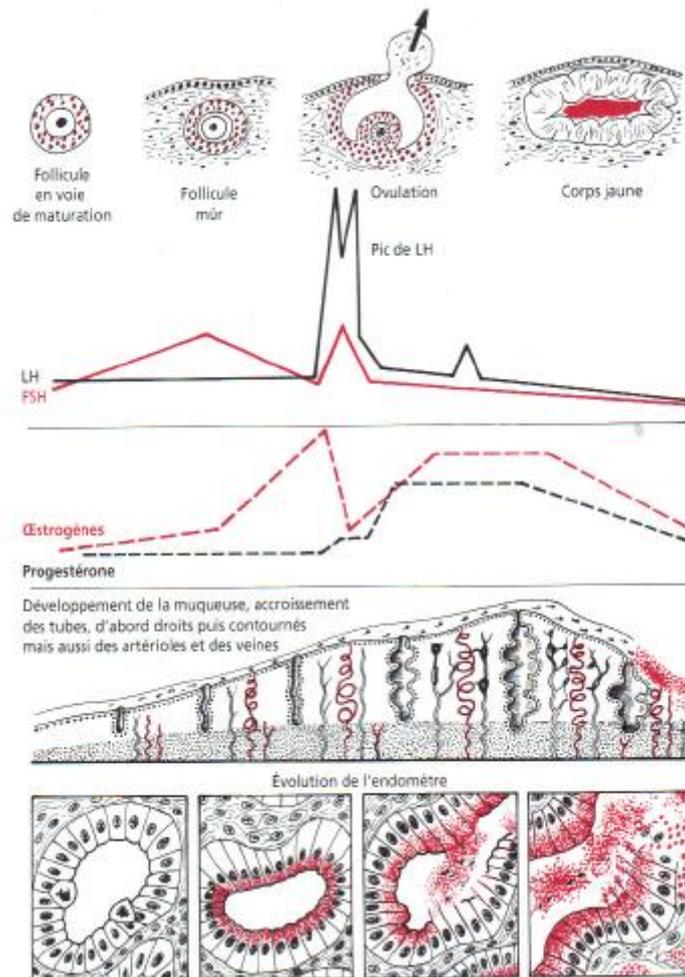
Chez une femme, il se produit environ 400 ovulations pendant la période d'activité ovulatoire.

## 2-Cycle utérin

En parallèle de ce cycle ovarien, l'utérus subit des modifications de structure pendant le cycle menstruel, sous la dépendance des hormones FSH et LH :

- **Modification de la glaire cervicale :** en phase pré ovulatoire, le mucus est « abondant, clair, limpide, filant et cristallise en feuille de fougère », favorable au passage des spermatozoïdes. En phase lutéale, celui-ci coagule.
- **Modification de l'endomètre :** régénération, prolifération et vascularisation de l'endomètre sous l'effet des œstrogènes (phase folliculaire). L'effondrement des taux de stéroïdes sexuels (progestérone, œstradiol et androgènes) provoque les menstruations.(2)

Figure 6 : Physiologie du cycle menstruel (*De Tourris, Gynécologie et Obstétrique, éd.MASSON, 2000*)



### ***3-Axe hypothalamo-hypophysio-ovarien***

Ces phénomènes utéro-ovariens sont sous le contrôle de la régulation endocrine par l'axe hypothalamo-hypophysaire. La GnRH (Gonadotrophine Releasing Hormone) sécrétée de façon pulsatile par l'hypothalamus, stimule la sécrétion des hormones hypophysaires : la FSH (Follicle-stimulating Hormone) et la LH (Luteinizing Hormone). C'est principalement la FSH qui va induire la sécrétion ovarienne par les cellules de la granulosa de l'œstradiol et de la progestérone (principalement en phase lutéale). L'œstradiol inhibe en retour cet axe hypothalamo-hypophysaire en phase folliculaire puis exerce un rétrocontrôle positif en phase pré ovulatoire, responsable alors du pic pré ovulatoire de LH. La progestérone, sécrétée en phase lutéale uniquement, exerce également un rétrocontrôle négatif sur l'axe hypothalamo-hypophysaire.

Les actions des œstrogènes sont multiples :

- sur l'utérus : prolifération et vascularisation pendant la phase folliculaire, augmentation de la contractibilité du myomètre, stimulation des glandes de la muqueuse cervicale, rendant la glaire cervicale propice au passage des spermatozoïdes.
- augmentation de la trophicité de la muqueuse vaginale.
- cardiovasculaire : effet protecteur des œstrogènes naturels.
- os : augmentation de la masse et de la densité osseuse.

La progestérone agit sur :

- l'utérus : arrêt de la prolifération de l'endomètre, transformation sécrétoire en phase lutéale et préparation de la nidation, arrêt de la production de glaire cervicale.
- le vagin : arrêt de la prolifération de l'épithélium.
- la thermogénèse (augmentation de la température en phase lutéale)

## **B - La contraception œstroprogestative**

### ***1-Les progestatifs***

L'effet antigonadotrope du contraceptif est assuré essentiellement par le progestatif.

Ce sont des progestatifs de synthèse qui sont utilisés dans les contraceptifs, les progestatifs naturels ayant une activité antigonadotrope trop faible.

Ces progestatifs sont dérivés soit de la progestérone, soit de la testostérone. Ce sont ces derniers les plus fréquemment utilisés : lévonorgestrel (dit « progestatif de 2<sup>ème</sup> génération »), désogestrel, gestodène, norgestimate (ou « progestatifs de 3<sup>ème</sup> génération »). Récemment sont apparus de nouveaux progestatifs dits de « 4<sup>ème</sup> génération » : le drospirénone et le diénogest.

L'effet contraceptif exercé par le progestatif consiste en :

- un effet hormonal antigonadotrope par rétrocontrôle négatif sur l'axe hypothalamo-hypophysaire et sur l'ovaire (absence de maturation folliculaire) responsable d'un blocage de l'ovulation.
- un effet mécanique : atrophie endométriale impropre à la nidation et modification de la glaire cervicale empêchant l'ascension des spermatozoïdes.

Cet effet contraceptif varie en fonction de la nature du progestatif (sa demi-vie) et de la durée de la « fenêtre progestative » (qui ne doit pas excéder 7 jours sous risque de survenue d'une ovulation).

Le cycle traditionnel de la pilule a été créé de façon à reproduire le cycle biologique des femmes avec la survenue de menstruations à la fin du cycle. Ce cycle est ainsi artificiel, les règles correspondant à une hémorragie de privation déclenchée par l'arrêt brutal des progestatifs survenant sur un endomètre qui a proliféré sous imprégnation œstrogénique.(2)

## ***2-Les œstrogènes***

Les oestrogènes présents dans les contraceptifs sont des hormones de synthèse. Le plus fréquemment utilisé est l'éthinylestradiol (dérivé du 17 $\beta$ -estradiol) dont les effets sont similaires quel que soit le mode d'administration (orale, vaginale ou transdermique).

L'éthinylestradiol bloque la libération de FSH, bloquant ainsi la croissance folliculaire.

## ***3-L'oubli de pilule***

D'un point de vue physiologique, l'oubli de pilule correspond à un intervalle sans imprégnation œstroprogestative au-delà du délai de sécurité (12 ou 3 H selon les pilules). Le risque est l'ovulation précoce liée à une reprise de la croissance folliculaire avec risque de fécondation en cas de passage de spermatozoïdes dont la durée de vie est de 5 jours dans les voies génitales féminines.

La période la plus à risque de fécondation en cas d'oubli est la première semaine de la plaquette de pilule après sept jours sans hormones, délai maximal au-delà duquel l'axe hypothalamo-hypophysaire n'est plus inhibé.

## **IV- Oublis de pilule**

Comme nous l'avons vu précédemment, il existe un écart entre l'efficacité théorique et l'efficacité réelle de la pilule contraceptive. L'inobservance en est une des principales raisons. Une femme qui utilise la pilule de 17 à 50 ans devra prendre plus de 8000 comprimés au cours de cette période.

### **A - Epidémiologie et circonstances des oublis de pilule**

L'ensemble des études menées s'accorde sur le fait que l'observance de la pilule est mauvaise. Elle se traduit par un taux d'oubli de pilule variable en fonction des travaux. Ainsi en 1995, 60 % des patientes de l'étude de B.Oddens déclaraient avoir eu un oubli de pilule dans les 6 derniers mois (22), 54 % dans les trois derniers mois selon une autre étude en 2007 (23), 21 % d'oubli au cours du dernier mois dans l'enquête de l'INPES en 2007 (9). Une autre étude menée sur trois départements français a mis en évidence que 92% des utilisatrices avaient eu entre 1 et 5 oublis au cours des 6 derniers mois(24). Il est probable que ces chiffres soient sous-estimés puisqu'ils reposent sur une déclaration rétrospective des femmes (hypothèse confortée par l'étude du pilulier électronique qui démontrait une inadéquation entre les déclarations des femmes et les oublis réels).

Dans l'étude de B.Oddens, 30 % des femmes admettent que prendre leur pilule quotidiennement leur demande un effort. Les circonstances d'oubli relevées le plus fréquemment sont en lien avec une perte des repères habituels : lors d'un voyage, en cas de nuit passée en dehors de leur domicile, coucher tardif, le week-end, en cas de surcharge de travail ou de stress. Mais 24 % des patientes n'invoquent aucun élément favorisant l'oubli.(22)

Un oubli de pilule de plus de 12 H (dans le cas des pilules œstroprogestatives et de Cérazette®, 3 H pour Microval®) expose à un risque de grossesse. Ce risque est maximal lors de la première semaine de reprise de la nouvelle plaquette de pilule, pour les pilules en prise

discontinue. En effet, dépasser le délai de 7 jours sans imprégnation œstroprogestative expose au risque d'ovulation précoce. Or, il semblerait que les oublis surviennent souvent pendant cette première semaine de reprise de la pilule (42 % des oublis dans l'étude Coraliance). Prendre une pilule en continu (sans intervalle libre) permettrait d'améliorer l'observance des femmes (25). Afin de limiter le risque d'oubli, certaines utilisatrices ritualisent leur prise en l'associant à une autre action, en plaçant la plaquette à un endroit stratégique, en faisant sonner le portable. Les résultats des études portent à penser qu'avoir « un truc » peut diminuer les oublis (26)(25).

## **B - Existe-t-il des patientes ou des situations « plus à risque d'oubli » ?**

Quelques études ont suggéré certains facteurs sociodémographiques qui seraient « plus à risque d'oubli ». Ainsi, selon l'étude de B.Oddens, les patientes les moins observantes étaient les plus jeunes (moins de 24 ans), les plus diplômées, les femmes en situation maritale sans enfant, posant la question également du paradoxe contraceptif avec un désir d'enfant implicite. Dans une autre étude, ce sont les patientes vivant maritalement et sans enfant et celles âgées de 30 à 34 ans qui semblaient oublier le plus souvent leur pilule.(25) Définir un « profil » des femmes plus à risque est donc difficile, les caractéristiques variant en fonction des études. Il semble raisonnable de considérer que chaque utilisatrice peut se retrouver dans la situation d'un oubli de pilule.

## **C - Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.**

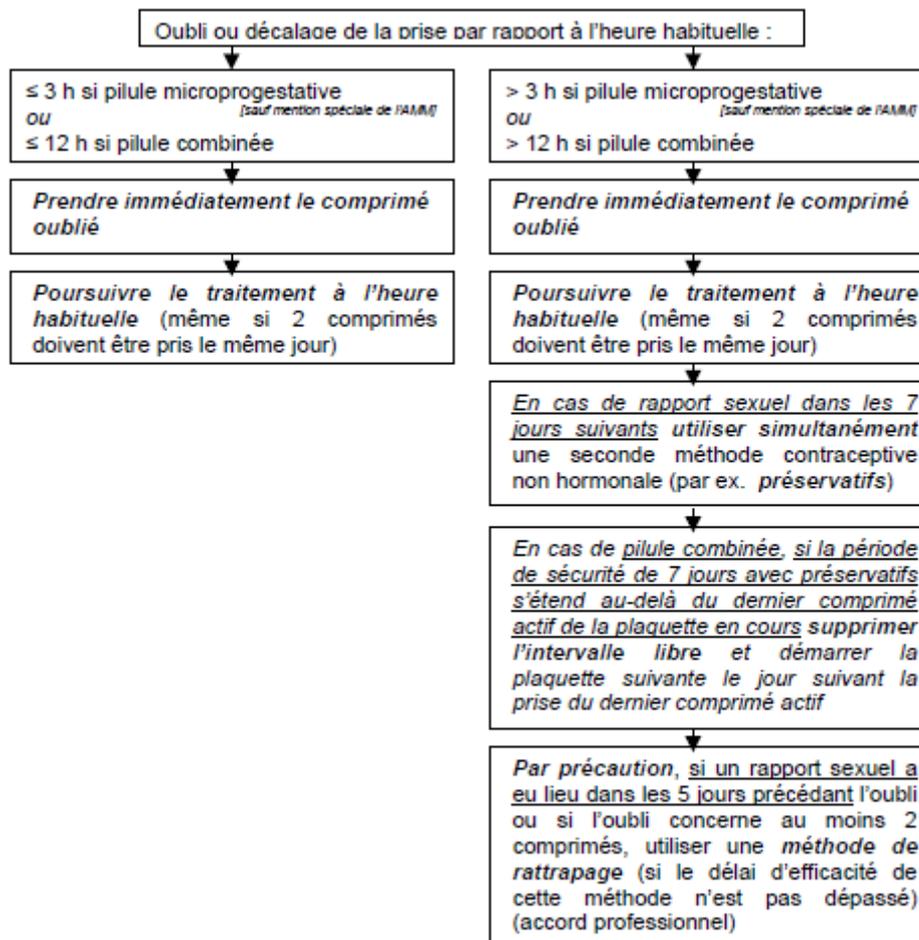
### ***1-Recommandations de l'HAS***

Nous l'avons vu, l'oubli de pilule est fréquent et concerne une grande majorité des utilisatrices. Afin de prévenir la survenue d'une grossesse secondaire à cet oubli, la maîtrise de la conduite à tenir par l'utilisatrice est indispensable. Mais ces recommandations peuvent être compliquées pour les patientes et nécessitent d'être expliquées pour permettre leur compréhension. Elles sont complexes non seulement pour les patientes mais parfois aussi

pour les professionnels car il existe actuellement plusieurs collèges médicaux et l'attitude recommandée peut varier.

En France, l'HAS (anciennement l'ANAES) a émis en 2004 des recommandations officielles sur le thème de la contraception et notamment sur la conduite à adopter en cas d'oubli de pilule, en essayant de les simplifier sous forme d'un organigramme pour faciliter leur compréhension par le plus grand nombre. (13) Ainsi on parle d'oubli significatif lorsque le délai est dépassé de 12 H pour une pilule œstroprogestative (et Cérazette®) et 3 H pour une pilule microprogestative type Microval®.

Figure 7 : Schéma résumant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, selon l'ANAES (2004).



L'HAS précise également la nécessité de prendre un autre comprimé en cas de vomissement survenant dans les 4 H après la prise de la pilule et de recourir à un test de grossesse en l'absence d'hémorragie de privation à la fin de la deuxième plaquette.

## 2-Recommandations de l'OMS et dans le monde.

L'OMS a défini en 2004 également des recommandations internationales sur ce thème. La définition de l'oubli diffère : l'OMS parle d'un délai de 24 H pour une pilule œstroprogestative et non plus 12 H. Le premier message est clair « il faut continuer votre plaquette en cas d'oubli ». En revanche, la suite des recommandations se complique puisque l'OMS distingue deux attitudes en fonction du dosage en éthinylestradiol, du nombre de pilules oubliées et du moment de survenue de l'oubli dans la plaquette. La contraception d'urgence ou l'usage du préservatif n'est recommandé que pour certains oublis.

Figure 8 : 1<sup>ère</sup> partie des recommandations de l'OMS concernant l'oubli de pilule dosée à plus de 30 µg d'EE.

<b>Tableau 1 : Recommandations selon l'OMS pour les femmes qui ont oublié une ou plusieurs pilules combinées (30 – 35 microgrammes d'éthinylestradiol)</b>
<b>Oubli d'une ou 2 pilules :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Prendre au plus vite la (les) pilule(s) oubliée(s) et finir la plaquette comme prévu, à raison d'une pilule par jour.*</li><li>• Des mesures contraceptives supplémentaires ne sont PAS nécessaires.</li></ul>
<b>Oubli de trois pilules ou plus :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Prendre au plus vite la dernière pilule oubliée et finir la plaquette comme prévu, à raison d'une pilule par jour.*</li><li>• Des mesures contraceptives supplémentaires (préservatif), voire l'abstinence, sont indispensables jusqu'à reprise correcte de la pilule pendant 7 jours consécutifs.</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 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.</li></ul>
<small>* 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).</small>

Figure 9 : 2<sup>ème</sup> partie des recommandations de l'OMS : oubli de pilule dosée à moins de 20 µg d'EE.

<b>Tableau II : Recommandations selon l'OMS pour les femmes qui ont oublié une ou plusieurs pilules combinées (20 microgrammes ou moins d'éthinylestradiol)</b>
<b>Oubli d'une pilule :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Prendre au plus vite la pilule oubliée et finir la plaquette comme prévu, à raison d'une pilule par jour.*</li><li>• Des mesures contraceptives supplémentaires ne sont PAS nécessaires.</li></ul>
<b>Oubli de deux pilules ou plus :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Prendre au plus vite la dernière pilule oubliée et finir ensuite la plaquette comme prévu, à raison d'une pilule par jour.*</li><li>• Des mesures contraceptives supplémentaires (préservatif), voire l'abstinence, sont indispensables jusqu'à reprise correcte de la pilule pendant 7 jours consécutifs.</li></ul> <b>Semaine 1</b> <p>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.</p> <b>Semaine 3</b> <p>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.</p>
<small>* 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)</small>

\*\*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.

Concernant l'oubli de la pilule progestative pure, les recommandations de l'OMS sont plus en accord avec les recommandations françaises mis à part sur la durée de protection supplémentaire nécessaire qui n'est que de 48 H selon l'OMS.

La Société des Obstétriciens et des Gynécologues du Canada a également publié en 2008 des recommandations qui considèrent également l'oubli significatif à partir de 24 H pour les pilules combinées. Le préservatif n'est recommandé pendant 7 jours que si l'oubli est répété pour plus de 3 comprimés consécutifs ou si l'oubli survient dans la première semaine de la plaquette ou si le délai de 7 jours sans hormones est rallongé avec association à une contraception d'urgence.(27)

Il existe encore d'autres recommandations internationales, différant plus ou moins les unes des autres. Cette multiplicité de références qui ne parvient pas à une attitude consensuelle complexifie l'information pour les professionnels et pour les patientes.

En France, l'attitude générale actuelle semble être de suivre les recommandations de l'HAS.

## V- La contraception d'urgence

La contraception d'urgence (CU) est une contraception de rattrapage indiquée en cas d'absence ou de mauvais usage du contraceptif habituel afin de prévenir une grossesse.

Il existe deux types de CU : hormonale avec deux pilules disponibles sur le marché et non hormonale, la pose d'un dispositif intra utérin (DIU). Quelque soit la méthode utilisée, la mise en place de la contraception de rattrapage doit se faire dans les plus courts délais afin de permettre une efficacité optimale.

Pour le cas de la pilule œstroprogestative, rappelons que la CU est indiquée en cas d'oubli de pilule plus de 12 H à deux reprises dans le cycle, en cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédent ou suivant un oubli de plus de 12 H.

### A - Hormonale

En France, il existe actuellement deux pilules dites « d'urgence » :

#### □ Lévonorgestrel (Norlevo®)

Le mécanisme d'action n'est pas parfaitement connu : le lévonorgestrel retarderait ou perturberait l'ovulation avant qu'elle ne se produise. En revanche il ne l'arrête pas une fois qu'elle a commencé (pic de LH). C'est pourquoi il est essentiel que cette CU soit prise le plus rapidement possible après le rapport sexuel potentiellement fécondant. (28)

Modalités de prise : le lévonorgestrel se prend en une prise unique (comprimé à 1.5 mg), le plus rapidement possible après le rapport sexuel non protégé dans un délai de 72 H. A ce jour, une étude a démontré que le lévonorgestrel peut être utilisé jusqu'à 5 jours (hors AMM) après le rapport sexuel avec une efficacité alors de 63 % (29). En cas de vomissement dans les 3 H après la prise, il est recommandé de reprendre un comprimé.

Cette CU ne présente pas de contre indication en dehors de l'hypersensibilité connue et présente des effets indésirables mineurs (30).

L'efficacité globale est de 85 % selon l'OMS, diminuant progressivement au fil des heures d'où l'importance de la prendre le plus rapidement possible. Une méthode contraceptive barrière doit être ajoutée jusqu'aux prochaines menstruations selon le Vidal, pendant 7 jours selon l'HAS. En cas de retard de règles de plus de 5 jours, un test de grossesse s'impose.

Le lévonorgestrel peut être délivré sans ordonnance par le pharmacien, l'infirmière scolaire ou un centre de planification familiale. Elle est remboursable à 65 % par la sécurité sociale en cas de présentation d'une ordonnance (coût : 7.58€). La délivrance est gratuite et anonyme pour les mineures depuis le décret du 9/01/2002.

#### □ **Ulipristal Acétate (Ellaone®)**

L'apparition de l'ulipristal en France est plus récente (2009).

Mode d'action : il s'agit d'un modulateur du récepteur de la progestérone ayant une action antagoniste et agoniste partielle de la progestérone, interférant avec l'ovulation et induisant des modifications au niveau de la muqueuse utérine.(2)

Modalités de prise : un comprimé de 30 mg en prise unique, le plus tôt possible après le rapport sexuel, dans un délai de 5 jours. La prise doit être réitérée en cas de vomissement dans les 3 H.

Efficacité : le taux de grossesses sous ulipristal est de 2.1 % versus 5.5 % sans contraception d'urgence.

Il n'y a pas de contre indication en dehors de l'hypersensibilité et de la grossesse mais des précautions en cas d'asthme sévère et l'absence d'étude en cas d'insuffisance hépatique ou rénale ni sur les interactions médicamenteuses.(31) (Diminution d'efficacité probable avec les inhibiteurs de la pompe à protons, les inducteurs enzymatiques...)

La délivrance d'ulipristal nécessite une prescription médicale. Cette spécialité est remboursable à 65 % depuis septembre 2010 et son coût unitaire s'élève à 24€15.

La délivrance de la CU doit faire l'objet par le pharmacien (ou l'infirmièr(e) scolaire) d'un conseil en matière contraceptive, non seulement sur la CU et ses indications mais également un conseil sur la couverture contraceptive régulière qui doit être débutée rapidement.(32)

#### **B - Non hormonale : le dispositif intra utérin au cuivre.**

Le DIU au cuivre peut être utilisé en contraception d'urgence.

C'est la méthode contraceptive de rattrapage la plus efficace s'il est inséré jusqu'à 5 jours après le rapport sexuel potentiellement fécondant. Le taux d'échec est de 0.13 %.

Le DIU au lévonorgestrel (Mirena®) n'a pas l'AMM dans cette indication.

Le mode d'action consiste en un effet cytotoxique préimplantatoire.

Le DIU, une fois placé, peut être laissé à visée contraceptive pour une durée maximale de 5 ans ou peut être retiré après la survenue des prochaines menstruations.

Ses principaux inconvénients sont la nécessité d'une consultation, la pose du dispositif et le risque infectieux pelvien lié à la pose, dans le contexte de rapport sexuel non protégé et /ou de partenaires multiples. Ce mode de contraception d'urgence s'avère peu adapté chez la jeune femme.

## **VI - Les échecs de la contraception œstroprogestative**

On parle d'échec contraceptif lorsque malgré la prise d'une contraception jugée efficace survient une grossesse.

### **A - Grossesses non programmées sous pilule**

#### ***1-Epidémiologie***

Actuellement, une grossesse sur trois est déclarée « non programmée ». Parmi celles-ci, deux tiers surviennent sous contraception qui est la pilule dans 21 % des cas environ.

Le nombre de grossesses non programmées a diminué au cours des quarante dernières années, puisqu'il était de 46 % en 1975. Mais le développement de la contraception, son remboursement par la Sécurité Sociale avait nourri les espoirs de voir quasiment disparaître ces grossesses non programmées.

#### ***2-Période particulièrement à risque***

Rappelons que la pilule a une efficacité théorique de 99.9 % qui s'abaisse à 92-94 % en pratique courante.

Aucun oubli de pilule n'est dénué de risque de grossesse mais selon la physiohormonologie, certaines périodes du cycle sont à risque majeur de fécondation sous pilule œstroprogestative, en l'absence d'instauration des mesures recommandées :

- La période la plus à risque est la première semaine de la plaquette.
- Un retard de plus de 24 H dans la reprise d'une nouvelle plaquette ou une prise inconstante des comprimés la première semaine.
- Plus de deux oublis au cours des deuxièmes et troisièmes semaines de la plaquette.

### ***3-Circonstances des échecs contraceptifs***

Plusieurs études ont essayé de déterminer les causes ayant mené à un échec de contraception et s'il existait des situations particulièrement à risque d'échec pour les utilisatrices. Nous nous intéresserons uniquement aux échecs de la contraception orale. La plupart des données sont issues d'études s'étant intéressées à des patientes demandant une IVG.

- Etude de C.Moreau et al.(33)

Les facteurs prédictifs d'un échec de pilule démontrés par cette étude étaient : le caractère récent de la contraception, l'âge entre 20 et 29 ans, avoir un ou plusieurs enfants à charge, l'antécédent personnel de grossesse non programmée.

- Etude GRECO. (31)

Cette étude s'est intéressée à des grossesses survenant sous pilule, quelque soit le devenir de la grossesse. La pilule était un combiné œstroprogestatif dans 88 % des cas.

Une cause a pu être retrouvée dans 77 % des cas.

L'origine déclarée de l'échec contraceptif était un oubli de pilule dans 61 % des cas (survenant le plus souvent la première semaine de la plaquette), des troubles digestifs dans 18% des cas (vomissements et diarrhées). 81.5% des grossesses ont abouti à une IVG, ce qui est considérable en comparaison avec la littérature. Des facteurs prédictifs du recours à l'IVG pour les femmes de cette étude avaient été identifiés : ancienneté de la prise de la pilule, statut familial (célibataire > vie maritale > femme mariée), l'antécédent d'IVG, l'identification de facteurs responsables de l'échec contraceptif.

- Etude de N. Bajos et al.(6)

Dans cette étude française à large échelle, 21 % des grossesses non programmées sont survenues sous pilule (les grossesses non programmées survenaient sous contraceptif dans 65% des cas). L'échec contraceptif était lié à un oubli de pilule dans 60 % des cas, une maladie intercurrente ou une interaction médicamenteuse dans 10 % des cas, des troubles digestifs dans 8 % des cas et sans cause retrouvée dans 22 % des cas.

Parmi les femmes sans couverture contraceptive lors de la survenue de la grossesse non programmée, elles invoquaient comme raison : ne pas savoir où se rendre pour en obtenir une, ne pas disposer d'une contraception au moment du rapport sexuel, un rapport sexuel inattendu. Beaucoup de ces femmes « ne se considéraient pas à risque de grossesse ».

L'issue a été une IVG dans 32.4 % des cas.

Quant aux méthodes de rattrapage, notamment la contraception d'urgence qui a un rôle primordial dans la prévention des échecs contraceptifs, celle-ci reste sous utilisée. Il existerait un rapport de 1/20 (probablement sur estimé) entre le recours à la CU et les rapports à risque de grossesse. Pourtant la CU est connue de la majorité de la population mais le problème est ailleurs : ses indications restent méconnues et les femmes sous estiment le risque potentiel de grossesse.

Les circonstances des échecs contraceptifs sont associés à des facteurs variés: psychologiques, démographiques (âge et lieu de résidence), situation socioéconomique défavorable, célibat, stabilité de la relation, environnement social néfaste, histoire personnelle et obstétricale de la femme (antécédent d'IVG, d'IST, jeune âge à la première grossesse)... (24).

Dans ce contexte d'échec contraceptif, l'ambivalence de la femme vis-à-vis de son désir de grossesse, ses croyances vis-à-vis de la contraception et son appropriation ou non de sa propre contraception sont des éléments essentiels à prendre en considération.

#### ***4-Devenir de la grossesse***

-40 % des grossesses « non programmées » sont menées à leur terme ce qui représente environ 130 000 naissances par an en France soit 15 à 20 % de l'ensemble des naissances. (34).

Parmi celles-ci, certaines grossesses étaient « mal planifiées», ce qui doit être compris comme une grossesse envisagée mais plus tard.

-60 % des grossesses non programmées donnent lieu à une IVG en France.

## **B - L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)**

### ***1-L'IVG en théorie : législation, délais, modalités.***

L'IVG est légalisée en France depuis la Loi Veil, en 1975, remboursée à 65 % depuis 1983 et devrait l'être à 100 % courant 2013.

Il existe deux types d'IVG en France : l'IVG chirurgicale par aspiration (sous anesthésie générale ou locale) réalisée en établissement de santé et l'IVG médicamenteuse (utilisation de la *Mifepristone*) autorisée jusqu'à sept semaines d'aménorrhée (soit cinq semaines de grossesse) [voire neuf semaines d'aménorrhée en établissement de santé], pouvant être réalisée soit en établissement de santé soit en cabinet libéral par des médecins habilités à celle-ci. En 2010, 54 % des IVG étaient médicamenteuses. Le délai maximal pour demander la réalisation d'une IVG sur le territoire français est de quatorze semaines d'aménorrhée (soit douze semaines de grossesse).(35)

### ***2-Epidémiologie***

En France métropolitaine, 212 000 IVG ont été réalisées en 2010. La densité moyenne est de 14.7 IVG pour 1000 femmes par an. Ces chiffres sont stables depuis 2006 environ.

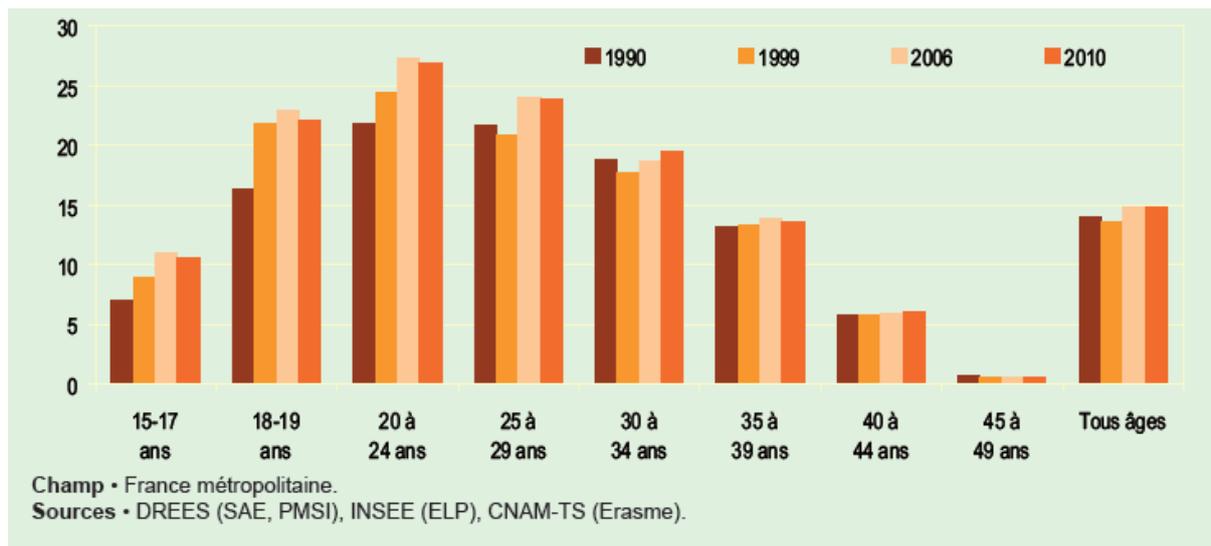
Ce taux varie en fonction :

- des régions : les Départements d'Outre Mer, l'Ile de France et les régions du Sud ont des taux d'IVG bien plus élevés.

La région Pays de la Loire est la région affichant le plus faible taux d'IVG (10.7 IVG pour 1000 femmes)

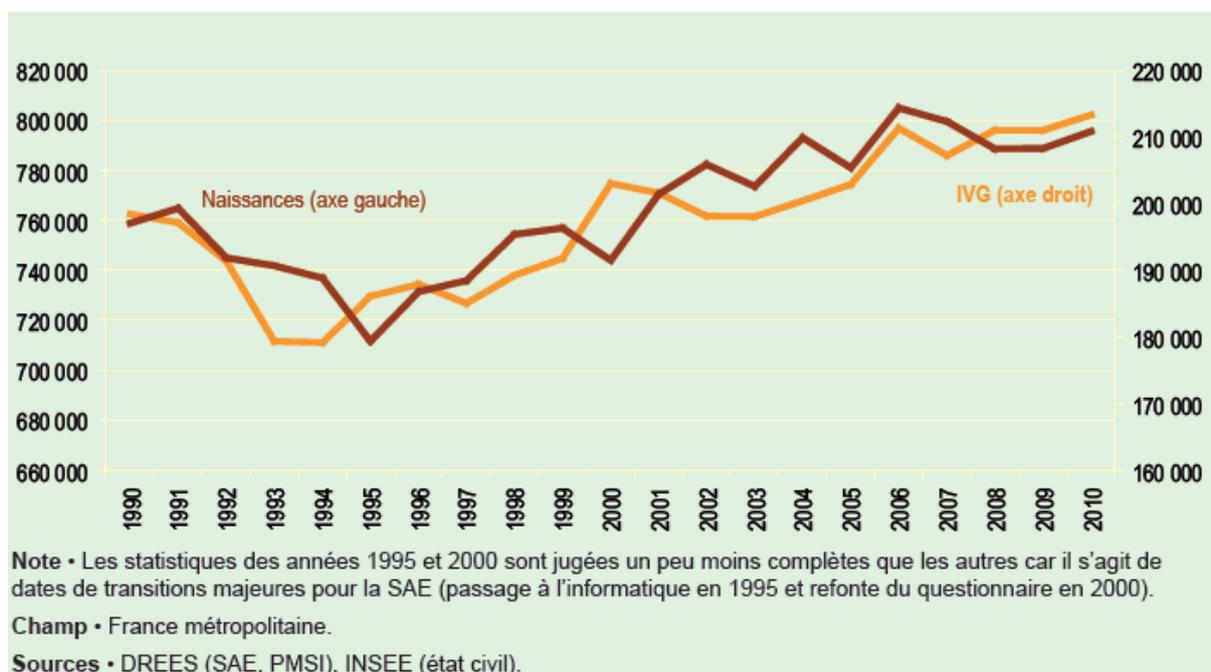
- de l'âge des femmes : la tranche d'âge ayant le plus recours à l'IVG est celle des 20-24 ans. Cependant, il est intéressant de noter que chez les femmes de plus de 45 ans et les jeunes filles de moins de 20 ans, la propension à interrompre une grossesse est la plus élevée ; dans ces tranches d'âges, 50 % des grossesses aboutissent à une IVG.(35)

Figure 10 : Recours à l'IVG en fonction de l'âge (DREES, Vilain A., 2012)



En France, une grossesse sur quatre (22 %) aboutit à une IVG. L'INED estimait en 2007 que, statistiquement, 32 % des françaises auront recours à une IVG au cours de leur vie.

Figure 11 : Evolution du nombre de naissances et d'IVG en France entre 1990 et 2010 (DREES, Vilain A., 2012)



### **3-IVG secondaires à un oubli de pilule**

En 2007, l'étude de C. MOREAU et al (36) s'est intéressée aux patientes demandant une IVG, notamment à la suite d'un échec de contraception . 64 % des IVG étaient liés à un échec de contraception, un quart des patientes étaient sous pilule. Parmi ces utilisatrices de contraception orale, 92 % déclaraient avoir eu un ou plusieurs oublis de comprimé, invoquant la difficulté de la prise quotidienne régulière. 90 % des patientes ayant recours à l'IVG n'avaient pas utilisé la contraception d'urgence.

**Figure 12 : Situation contraceptive lors de la survenue d'une grossesse non programmée.(24)**

Situation contraceptive	Ensemble des grossesses non prévues	Grossesses non prévues ayant donné lieu à une IVG
Pas de contraception	34,5	28,1
Pilule	20,9	23,1
Stérilet	8,7	7,0
Préservatif	11,8	19,3
Méthode naturelle	21,8	19,1
Autre méthode	2,0	3,4
<b>Total</b>	<b>100 %</b>	<b>100%</b>

Source : Enquête COCON<sup>12</sup>

La moitié des IVG surviendrait dans les suites (6 mois) d'un changement de contraception, période qu'il faut considérer à plus fort risque d'accident contraceptif.

### **4-Circonstances**

Plusieurs groupes d'études se sont intéressés à cette problématique : pourquoi le taux d'IVG ne diminue-t-il pas en France depuis plus de 10 ans alors que la couverture contraceptive est excellente et que le nombre de grossesses non programmées a diminué depuis 1975 ?

Les conditions socioprofessionnelles des femmes ont considérablement changé depuis 40 ans avec la poursuite d'études supérieures, une activité professionnelle à part entière, un âge à la première maternité retardé et en parallèle un développement de la contraception, laissant à la femme la maîtrise de sa fécondité ou l'accès vers celle-ci. Il semblerait que ce processus ait conduit la société vers un concept de « maternité choisie » avec un recours plus fréquent à l'IVG en cas de survenue d'une grossesse non programmée qu'auparavant où la maternité était davantage « subie ».(34)

Il existerait presque aujourd'hui « une norme de l'enfant programmé » : des hommes et des femmes interrogés, projetant d'avoir un jour un enfant, déclarent qu'ils ne l'envisageront qu'à condition d'une stabilité conjugale (97 %) et professionnelle (90% des personnes sondées).

## **2ème partie : Etude**

### **I - Matériels et Méthodes**

#### **A - Objectif de l'étude**

Au cours des dix dernières années, plusieurs constats sont accablants : deux tiers des grossesses non programmées survenant sous pilule seraient liées à un oubli de pilule menant dans 60% des cas à une IVG (37) et 10% des IVG seraient secondaires à un échec de pilule, méthode contraceptive réputée efficace à condition d'être utilisée de façon optimale ce qui implique pour l'utilisatrice d'avoir été informée et formée à son usage. L'oubli de pilule est fréquent (54% d'oublis déclarés au cours des trois derniers mois par les femmes(23)), et concerne statistiquement quasiment chaque utilisatrice de pilule. Lutter contre ces oublis semble illusoire. En revanche il est primordial que la patiente soit en mesure de réagir correctement lors d'un oubli pour prévenir la survenue d'une grossesse non programmée.

L'objectif de cette étude s'inscrit dans le cadre de la prévention de ces grossesses non programmées sous pilule en évaluant l'état des connaissances des femmes sur les recommandations de conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.

L'hypothèse de notre étude était que l'information détenue par les patientes était insuffisante pour leur permettre de gérer correctement un oubli de pilule puis dans un deuxième temps de déterminer s'il existait certains facteurs corrélés de façon significative à une mauvaise connaissance des recommandations afin de promouvoir une information adaptée à nos patientes.

#### **B - Matériel de l'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive quantitative s'appuyant sur un questionnaire rempli sur la base du volontariat par des femmes sous contraceptif oral consultant dans une officine.

### ***1 - La population***

Les critères d'inclusion concernaient les femmes sous contraception œstroprogestative conditionnée sous plaquettes de 21 jours avec 7 jours d'arrêt, comprenant et parlant le français, consultant dans une officine. Etaient donc exclues les pilules œstroprogestatives dites continues et les pilules progestatives.

### ***2 - Le lieu et la période de l'étude***

Ce questionnaire a été diffusé aux utilisatrices via les officines volontaires de la région nantaise, contactées au préalable par téléphone. Après tirage au sort, 20 officines ont donc accepté de participer : 10 officines dans la ville de Nantes et 10 officines réparties dans les communes de la première couronne nantaise. 4 officines ont refusé de participer par manque de temps ou population de l'officine jugée trop âgée par le pharmacien.

La période de diffusion et de recueil des questionnaires a duré trois mois et demi (du 2 Mars 2012 au 22 Juin 2012).

### ***3 - Le questionnaire***

Il s'agissait d'un questionnaire quantitatif, comportant vingt six questions. Il a été élaboré pour répondre à la question de recherche suivante « L'information détenue par les patientes leur permet-elle de gérer correctement un oubli de pilule ? ». Sa rédaction s'est appuyée sur les recommandations rédigées par l'HAS en 2004 (14).

Une première partie traitait essentiellement de l'information délivrée et reçue sur la pilule, la deuxième partie évaluait les connaissances de la femme sur l'utilisation globale de la pilule au quotidien et sur la survenue d'éventuels oublis. La troisième partie évaluait la connaissance des recommandations sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, y compris sur l'indication de la contraception d'urgence. Enfin une quatrième partie recueillait les données identitaires de la femme.

Ce questionnaire était anonyme et a été vérifié auprès d'une population de 8 femmes volontaires (amies et famille) pour s'assurer de sa compréhension par le plus grand nombre.

*Questionnaire disponible en annexe 2.*

#### **4 - Déroulement de l'étude**

Après élaboration et vérification de la compréhensibilité du questionnaire, celui-ci a été soumis au conseil de l'Ordre des Pharmaciens de Loire Atlantique qui a délivré son autorisation pour la participation des officines du département.

La plupart des officines initialement tirées au sort ont accepté de participer à l'étude (20/24 sélectionnées).

A chaque officine, il a été remis un dossier comprenant quinze questionnaires, chacun associé à une enveloppe garantissant l'anonymat des réponses ainsi qu'un résumé des critères d'inclusion et d'exclusion. Il était demandé aux femmes de remplir le questionnaire dans la pharmacie, sans l'aide du professionnel de santé puis de le rendre au pharmacien sous enveloppe cachetée. Les femmes ayant participé se voyaient remettre la carte éditée par l'INPES sur la conduite à tenir en cas d'oubli. (*Carte INPES disponible en annexe 3*)

Les questionnaires recueillis ont ainsi été analysés et enregistrés dans un fichier Excel avant d'entreprendre l'analyse statistique.

#### **C - Méthodes statistiques**

##### **- Description**

Les variables qualitatives sont décrites avec des pourcentages. Les variables quantitatives sont décrites avec des moyennes et un écart-type.

##### **- Comparaison**

Un score nommé « Score Oubli » a été élaboré afin d'évaluer les connaissances des utilisatrices vis-à-vis de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et de déterminer si certains facteurs étaient associés à ce score. Il a été élaboré à partir des recommandations de l'HAS de 2004 qu'il reprend en huit questions (questions 13, 14a à 14d, 15, 18b et 18c). Le score final est donc sur huit points.

Un score annexe, le « Score Utilisation », a été réalisé pour évaluer la connaissance des règles de « bonne utilisation quotidienne » de la pilule. Il reprend les réponses aux questions 8 à 11 donc sur cinq points.

Pour la comparaison, les tests sont effectués avec un seuil de décision de  $p < 0.05$ . Les pourcentages sont comparés avec la méthode du Chi2 ( $\chi^2$ ). Les moyennes sont comparées par le test t de Student. Le logiciel EPIDATA Analysis 2.1 a été utilisé.

Une analyse multivariée par régression logistique a permis de déterminer les variables restant significatives après ajustement sur toutes les variables significatives en univariée (au seuil de  $p < 0.20$ ) et sur l'âge de la femme. Le modèle analysé est un modèle complet. Le logiciel SPSS 20.0 a été utilisé.

## **II – Résultats**

### **III- Analyse descriptive**

#### **A - Nombre de questionnaires exploitables**

Sur les 300 questionnaires remis aux pharmaciens, 187 femmes ont accepté de participer (taux de réponse de 62.3 %). 10 questionnaires ont été exclus car leurs réponses étaient incomplètes ou leur pilule n'était pas conforme aux critères d'inclusion. 177 patientes ont été incluses soit une moyenne de 8.85 patientes par pharmacie.

Le nombre de questionnaires récupérés était variable en fonction de l'officine avec un taux de réponse supérieur pour les pharmacies situées en périphérie nantaise (67.2 % de l'ensemble des questionnaires récupérés).

#### **B - Profil des patientes**

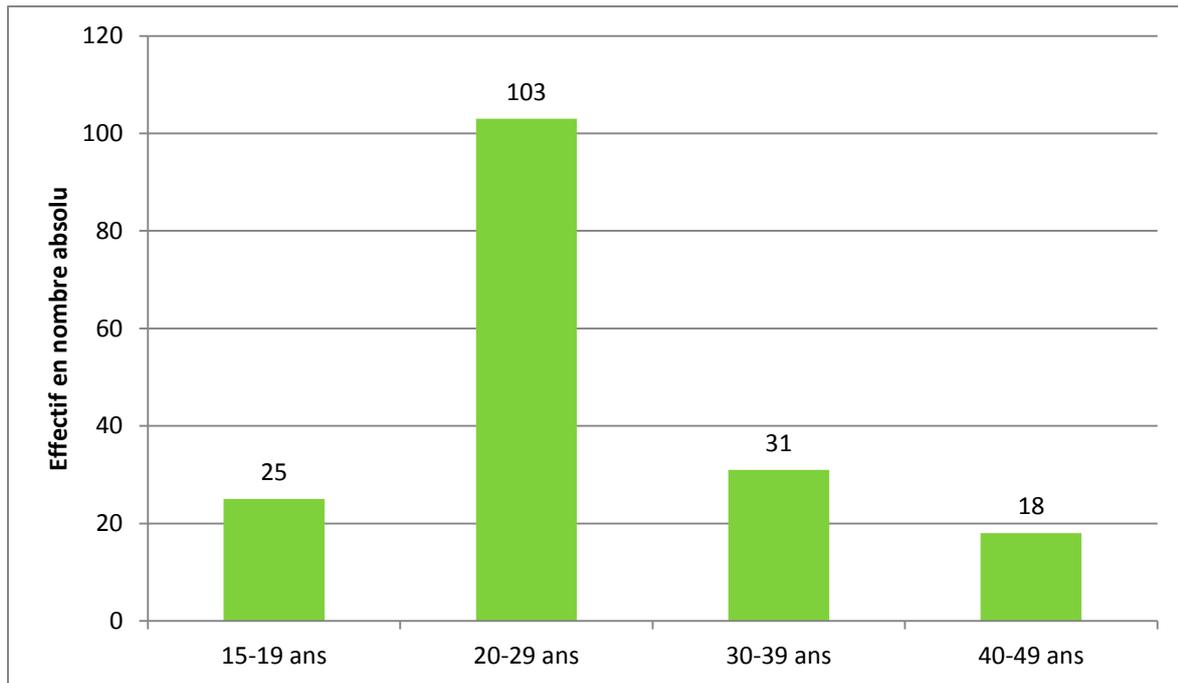
##### ***1-Age***

L'âge moyen des femmes de l'étude était de 26.7 ans, avec un écart-type de 7.46 ans.

Les âges s'étendaient entre 16 et 48 ans.

58.2 % de la population de l'étude avait entre 20 et 29 ans, 17.5 % avait entre 30 et 39 ans puis les plus jeunes (entre 15 et 19 ans) représentaient 14.1 % et enfin 10.2 % des femmes avaient plus de 40 ans.

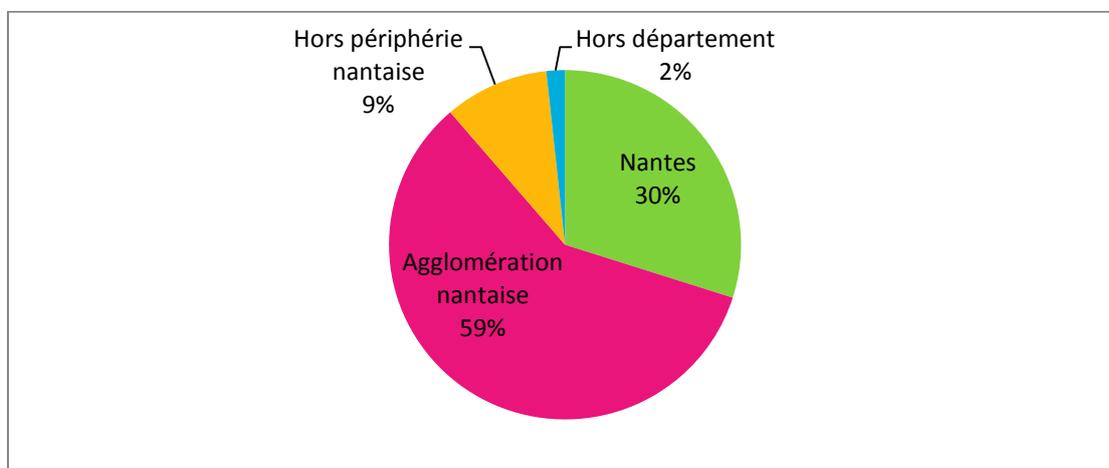
**Figure 13 : Age de la population .**



## **2 - Commune de résidence**

Nous avons défini quatre groupes en fonction du lieu de résidence des femmes : un premier groupe résidant dans la commune de Nantes, un deuxième habitant dans l'agglomération nantaise en dehors de la ville de Nantes (zone comprenant 23 communes excepté Nantes), un troisième groupe vivant en Loire Atlantique en dehors de l'agglomération nantaise et enfin un quatrième groupe de femmes résidant hors du département. Près de 90 % des patientes de l'étude résidaient dans l'agglomération nantaise.

**Figure 14 : Commune de résidence des femmes de l'étude**

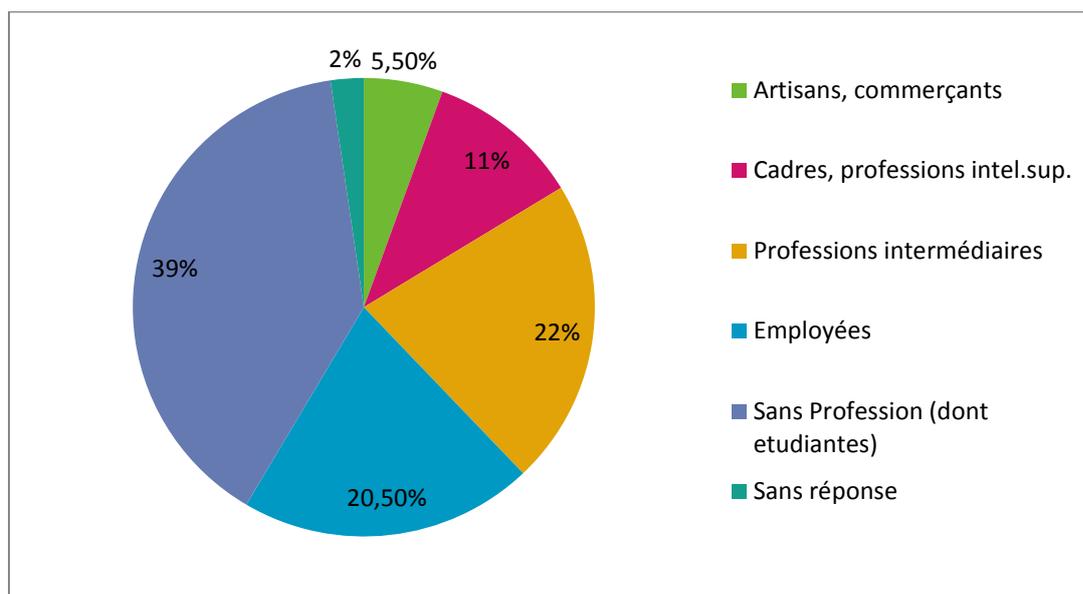


### 3 - Catégorie socioprofessionnelle

Les étudiantes sont les plus nombreuses à avoir répondu au questionnaire, représentant 37 % de l'ensemble de la population. Parmi elles, on dénombre un tiers de lycéennes.

Deux catégories socioprofessionnelles ne sont pas représentées parmi les femmes de l'étude : les agricultrices ainsi que les ouvrières.

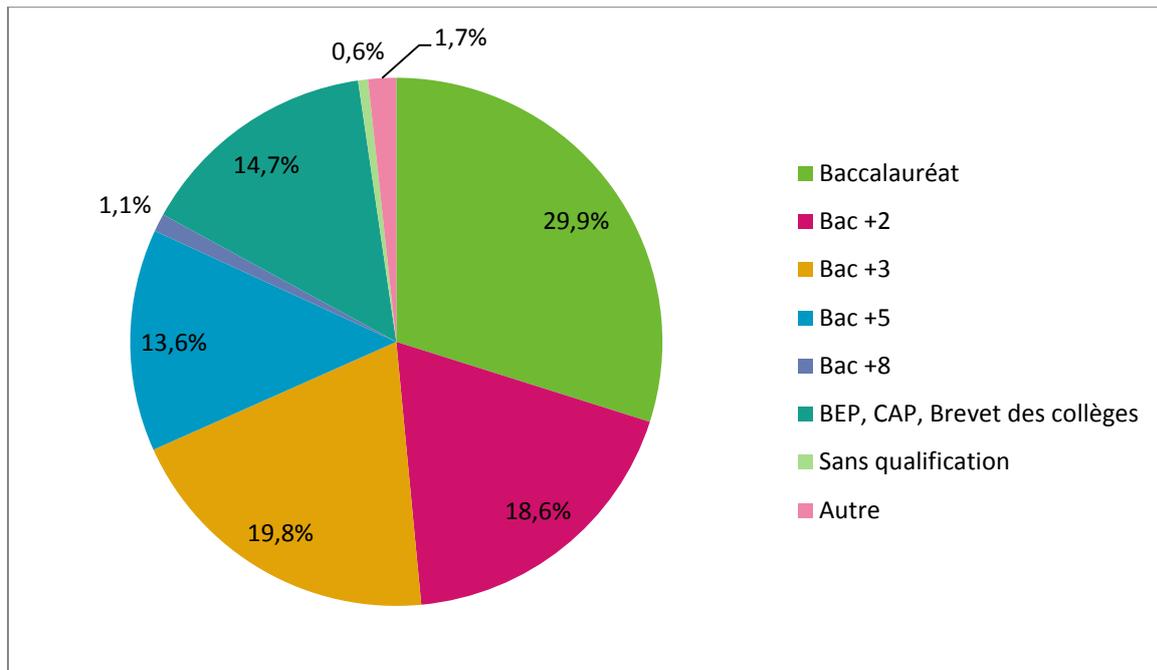
Figure 15 : Catégories Socioprofessionnelles de la population



#### 4 - Dernier diplôme obtenu

Le niveau scolaire des femmes ayant répondu au questionnaire est élevé puisque 83.1 % des femmes avaient obtenu au minimum leur baccalauréat.

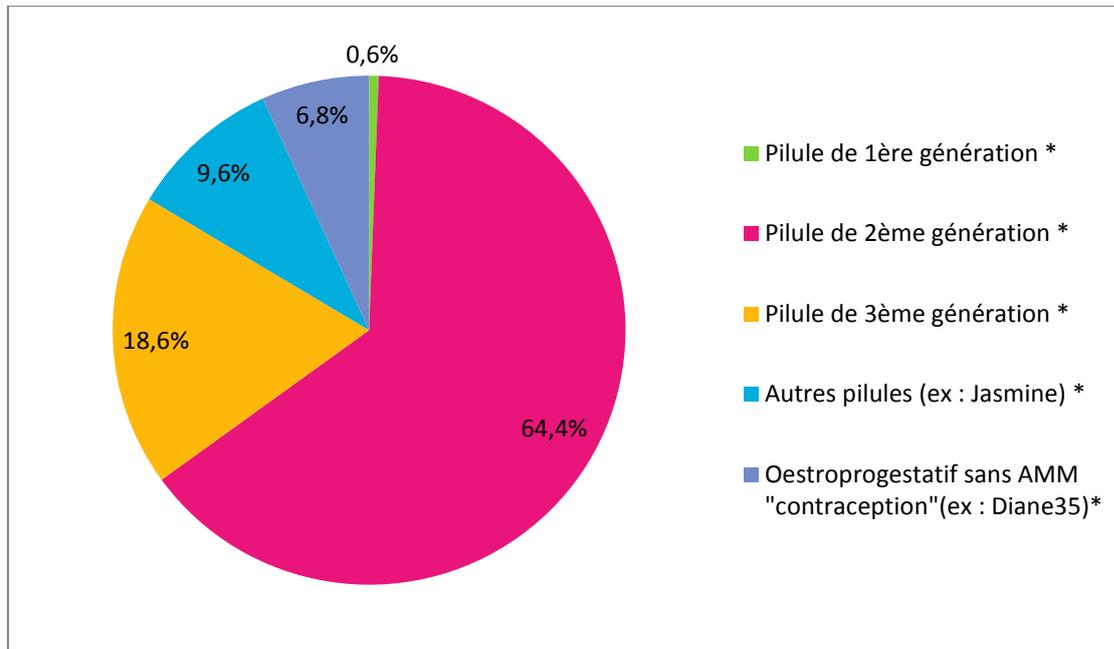
Figure 16 : Dernier diplôme obtenu par la population de l'étude



## C - Type de pilule et ancienneté de prise par la population

Dans cette étude, une nette prédominance de prescription des pilules de deuxième génération s'affichait : 64.4 % des femmes de l'enquête étaient concernées.

Figure 17 : Type de pilule prescrite

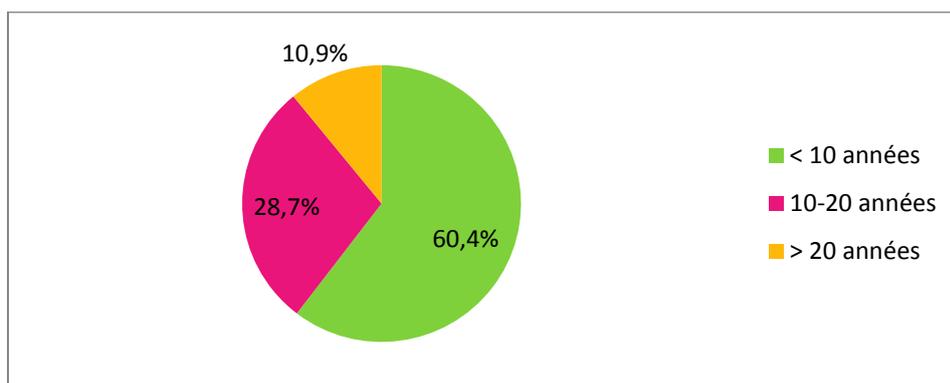


\*Cf tableau de classement des pilules en annexe1.

L'âge ne semble pas influencer le type de pilule prescrite excepté pour les œstroprogestatifs n'ayant pas l'AMM dans la contraception qui étaient plus fréquents chez les femmes âgées de moins de 30 ans, probablement en raison de leur effet anti androgénique recherché.

81.9 % des femmes interrogées utilisaient la pilule œstroprogestative depuis plus de 1 an. La durée moyenne de prise d'une contraception œstroprogestative de ces femmes était de 9,14 ans, la plus longue durée enregistrée sous pilule étant de 26 ans pour une patiente.

Figure 18 : Ancienneté de la prise d'œstroprogestatifs



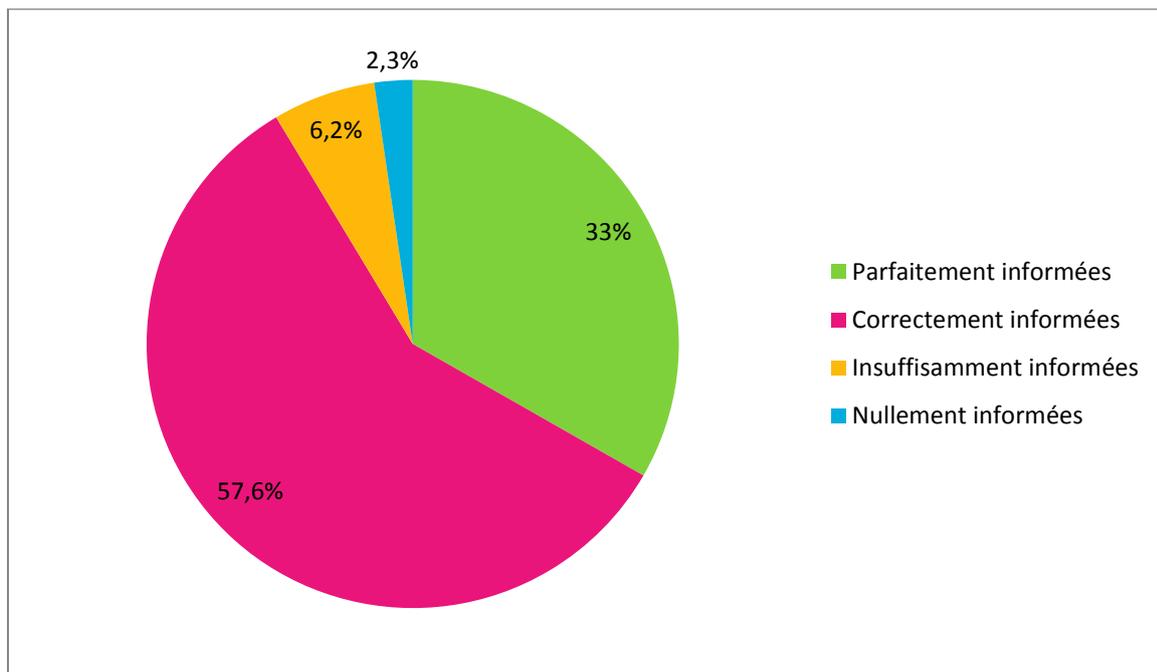
## D - Information des patientes sur leur contraception œstroprogestative

### 1 - Estimation par les femmes de leur propre niveau d'information

Cette question nous a semblé importante : en effet, une patiente qui s'estime suffisamment informée est une patiente qui va moins éprouver le besoin de demander de l'information à son médecin. Dans la deuxième partie des résultats, nous confronterons leur niveau d'information estimé à l'état de leurs connaissances réelles.

91.5 % des femmes de notre enquête s'estiment suffisamment informées. Potentiellement, ces patientes ne seront pas dans la recherche d'information complémentaires ou de validation de leurs connaissances. Parmi les femmes sous pilule depuis plus de un an (les « anciennes utilisatrices »), seulement 8 % s'estiment insuffisamment informées sur leur pilule.

Figure 19 : Estimation de leur propre niveau d'information sur leur COP par les patientes



## ***2 - Source d'information des femmes sur leur pilule***

Plusieurs réponses associées étaient possibles à cette question.

### -Par un professionnel de santé :

Selon leurs déclarations,

- 59.9 % des femmes avaient reçu une information par leur médecin généraliste qui était l'unique informateur dans 25.9 % des cas,
- 53.1% des patientes recevaient l'information par leur gynécologue et uniquement par ce professionnel dans 20.9 % des cas.
- 32.2 % des femmes déclaraient avoir été informées par leur pharmacien, unique informateur dans 5 % des cas.

Il est important de noter que :

- 10.2 % des femmes déclaraient ne pas avoir été informées par un médecin sur leur pilule.
- 5% déclaraient l'absence de toute information par quelque professionnel de santé.

### -Autres sources d'information :

Celles-ci peuvent être des sources complémentaires de l'information médicale reçue ou bien l'unique source d'information en cas de défaut de cette dernière (dans 5 % des cas).

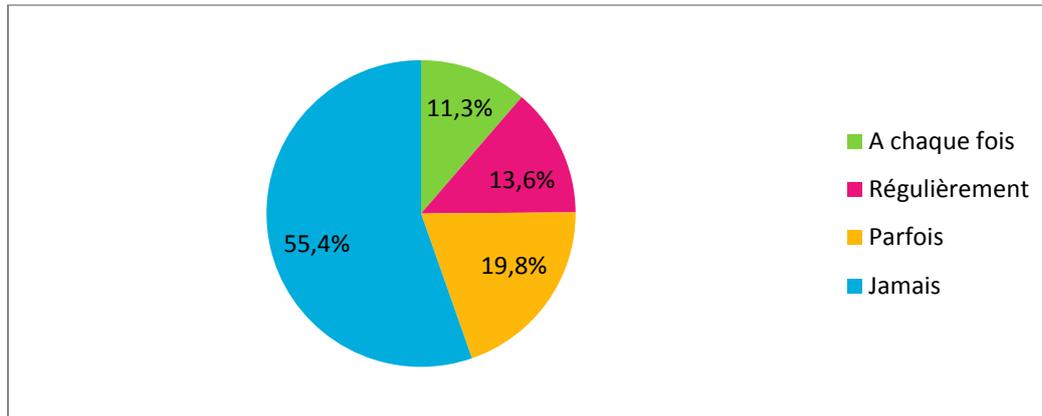
Le recours aux médias (internet, télévision, radio) était déclaré dans 7 % des cas, 8.5 % des femmes sollicitaient l'entourage comme source d'information.

4 % ont déclaré les cours d'éducation scolaire et parmi les réponses « autres » (5.1%), ont été cités par ordre de fréquence : le CPEF et l'infirmière scolaire (donc information par un professionnel de santé), la notice d'utilisation.

**3 - Question 6 : « Le médecin vous pose-t-il la question de la survenue d'oubli de pilule lors du renouvellement ? »**

55.4% des patientes déclaraient que leur médecin prescripteur ne leur posait jamais cette question.

**Figure 20 : "Votre médecin vous demande-t-il si vous avez eu des oublis de pilule?"**

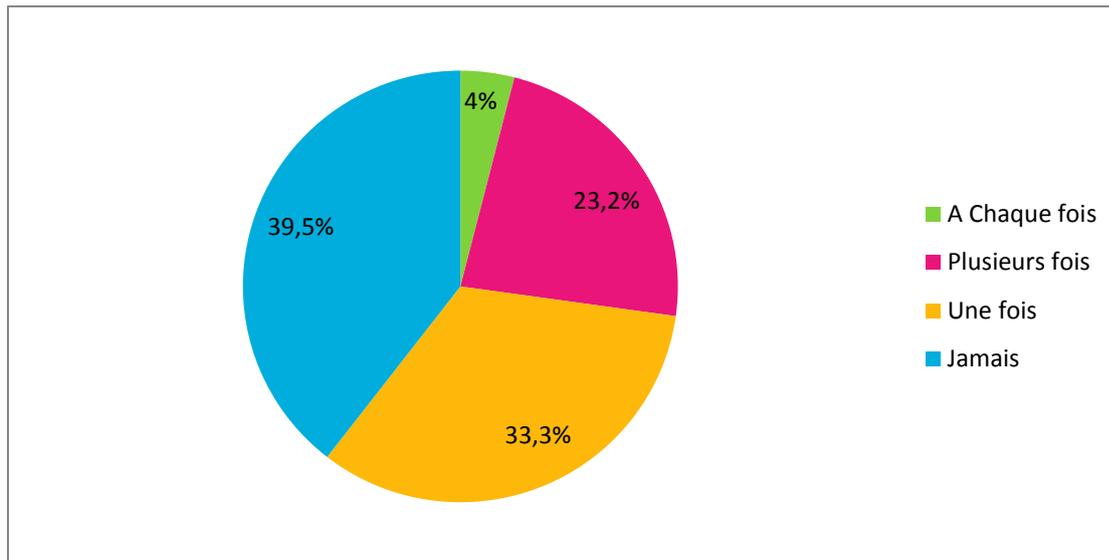


S'intéresser à la survenue d'oubli chez la patiente est important et permet d'une part d'aborder l'information sur la conduite à tenir et d'autre part d'évaluer si ce mode de contraception est adapté ou pas à la patiente.

**4 - Question 7 : Fréquence de l'information délivrée par le médecin sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.**

39.5 % des patientes déclaraient qu'elles n'avaient jamais reçu d'information sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. Un peu plus d'un quart des femmes (27.2 %) de l'enquête auraient reçu régulièrement une information médicale leur rappelant ces recommandations.

**Figure 21 : Fréquence de l'information médicale reçue sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule**



- 60 % des patientes déclarant n'avoir jamais reçu d'information par leur médecin sur l'attitude en cas d'oubli s'estimaient malgré tout bien informées sur leur pilule (Questions 4 et 7 croisées).
- Dans 57 % des cas, le médecin interrogeait la patiente sur la survenue ou non d'un oubli de pilule avant de délivrer l'information sur la conduite à tenir.
- Un lien significatif a pu être observé : 85 % des patientes à qui le médecin pose de façon systématique la question de la survenue de l'oubli de pilule déclaraient recevoir régulièrement l'information sur la conduite à tenir en cas d'oubli ( $p < 0.005$ ).

### **E - Evaluation de l'utilisation quotidienne de la pilule chez les femmes de l'enquête**

Le questionnaire s'intéressait dans un premier temps à évaluer la gestion au quotidien de la pilule par les utilisatrices avant de traiter le problème spécifique de la gestion de l'oubli de pilule.

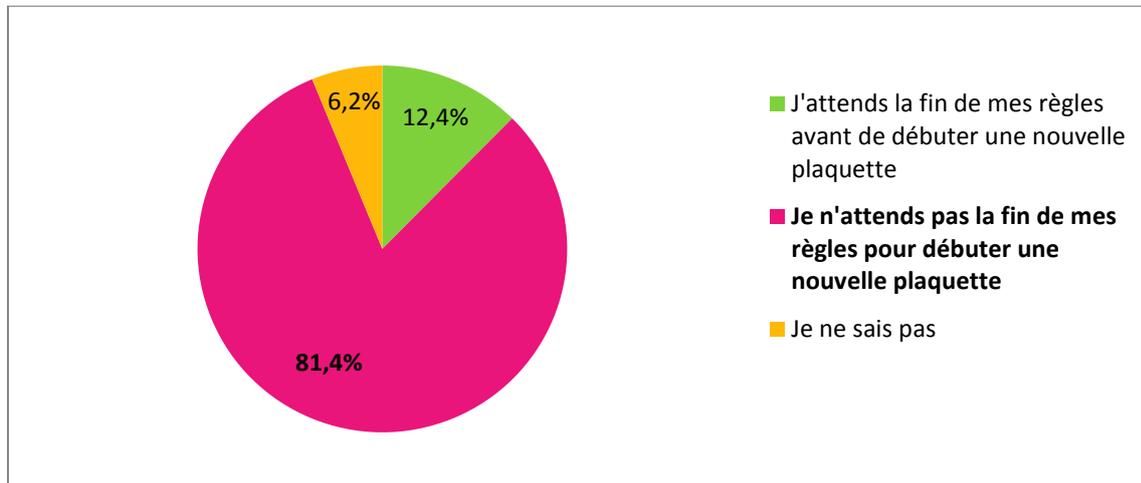
80.2 % des femmes déclarent prendre leur pilule le soir.

**- Question 8 : « Devez-vous attendre la fin de vos règles avant de débiter une nouvelle plaquette ? »**

81.4 % des patientes répondaient de façon adaptée « non ».

6.2 % ignoraient la réponse.

**Figure 22 : Dois-je attendre la fin de mes règles avant de débiter une nouvelle plaquette?**



**-Question 9a : « le délai de 7 jours entre deux plaquettes peut être raccourci ? »**

Seulement 29.9 % des patientes y répondaient de façon adaptée « oui », 22% de réponses « je ne sais pas ».

**-Question 9b : « le délai de 7 jours entre deux plaquettes peut être allongé ? »**

Quasiment trois quarts des patientes (72.9 %) savaient qu'il n'est absolument pas recommandé d'allonger ce délai, en raison du risque de diminution d'efficacité contraceptive passé un délai de 7 jours sans œstroprogestatif.

En revanche, 27.1 % des patientes pensaient pouvoir allonger le délai entre deux plaquettes et pourraient donc se placer dans une situation à risque potentiel de grossesse.

**-Question 10 « Débutez-vous une nouvelle plaquette toujours le même jour ? »**

Cette recommandation semble bien connue des femmes puisque 88.1 % répondaient « oui ».

**-Question 11 « Est-il recommandé de prendre ma pilule à heure fixe ? »**

De même, la réponse correcte était donnée par 93.8 % des femmes.

### **Score « Utilisation »**

Un score secondaire nommé « Utilisation » a été défini, réunissant les réponses aux questions 8 à 11. Il s'agit d'un score sur cinq (1 point par réponse juste). Son objectif était de définir quelles étaient les patientes qui maîtrisaient correctement les modalités de prise de leur pilule au quotidien. La moyenne obtenue à ce score par l'ensemble de la population était de 3,66/5. 66 % des femmes avaient plus de la moyenne à ce score.

Seulement 18 % des femmes ont obtenu 5/5 à ce score, connaissant parfaitement les modalités usuelles de prise de la pilule. Une tendance non significative ( $p = 0.06$ ) se dégageait : les patientes de moins de 35 ans semblaient mieux maîtriser l'utilisation de leur pilule.

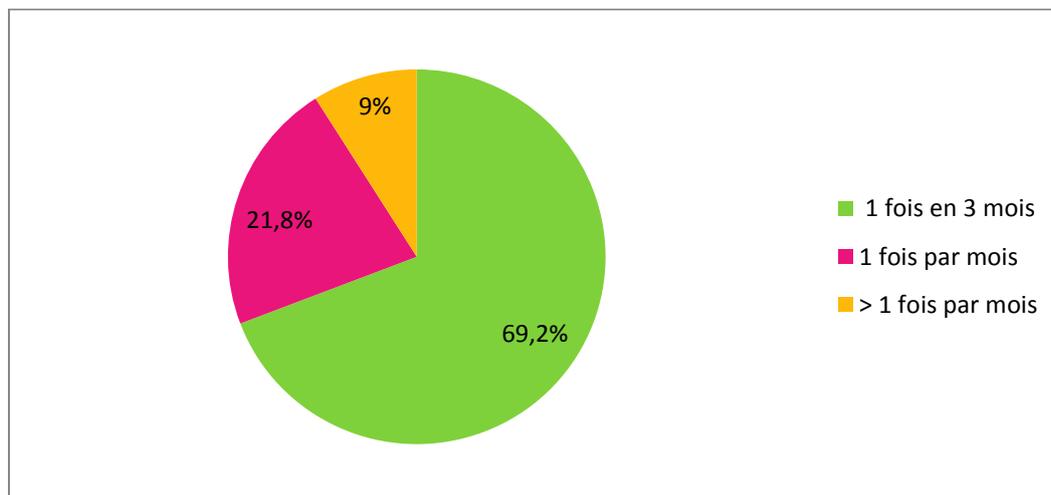
### **F - Estimation de l'oubli de pilule dans la population de l'étude**

**Question 12 : « Avez-vous oublié votre pilule ces trois derniers mois? Si oui, combien de fois? De combien d'heures était le décalage ? »**

44 % des femmes interrogées avaient eu un oubli de pilule au cours des trois derniers mois. Parmi celles-ci, 30.8 % l'oubliaient au moins une fois par mois.

Il n'y avait pas de différence significative de la survenue de l'oubli en fonction de l'âge.

**Figure 23 : Fréquence de l'oubli de pilule**



62 % des femmes ayant oublié leur pilule au cours des trois derniers mois avaient un décalage de plus de 12 heures avec donc un risque de grossesse en cas d'attitude non conforme aux recommandations de l'HAS.

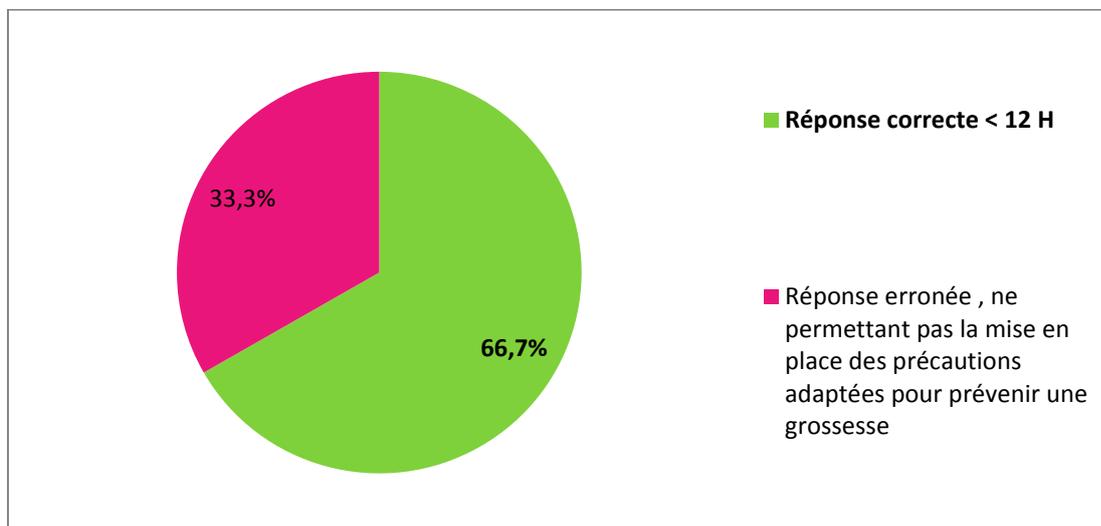
L'étude retrouvait un lien significatif entre le moment de la prise habituelle de la pilule et la survenue d'un oubli « à risque de grossesse », c'est-à-dire de plus de 12 heures : 89 % des oublis de plus de 12 heures survenaient chez des femmes qui prenaient habituellement leur pilule le soir ( $p = 0.0231$ ).

### **G - Evaluation de la connaissance des recommandations concernant la gestion de l'oubli de pilule.**

*-Question 13 : « Connaissez-vous le délai maximal d'oubli de la pilule au-delà duquel la couverture contraceptive diminue ? »*

Un tiers des patientes ne connaissent pas le délai des douze heures, compromettant alors l'efficacité contraceptive de la pilule et nécessitant la mise en place de mesures spécifiques. Ces patientes sont donc à risque de grossesse en cas d'oubli.

**Figure 24 : Délai maximal d'oubli de pilule.**

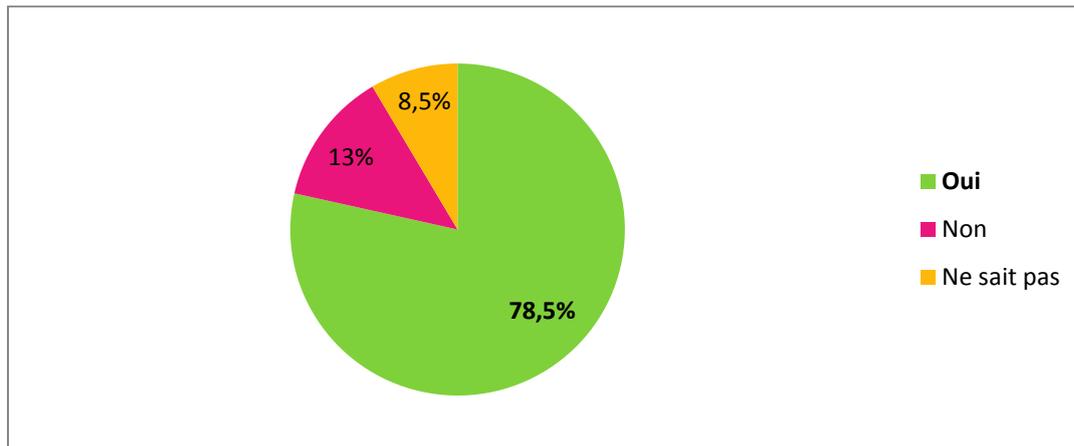


**-Question 14 : Lorsque l'oubli dépasse le délai de 12 H :**

**- Est-il recommandé de prendre le comprimé oublié dès que possible ?**

Cette recommandation était connue par plus de trois quarts des patientes.

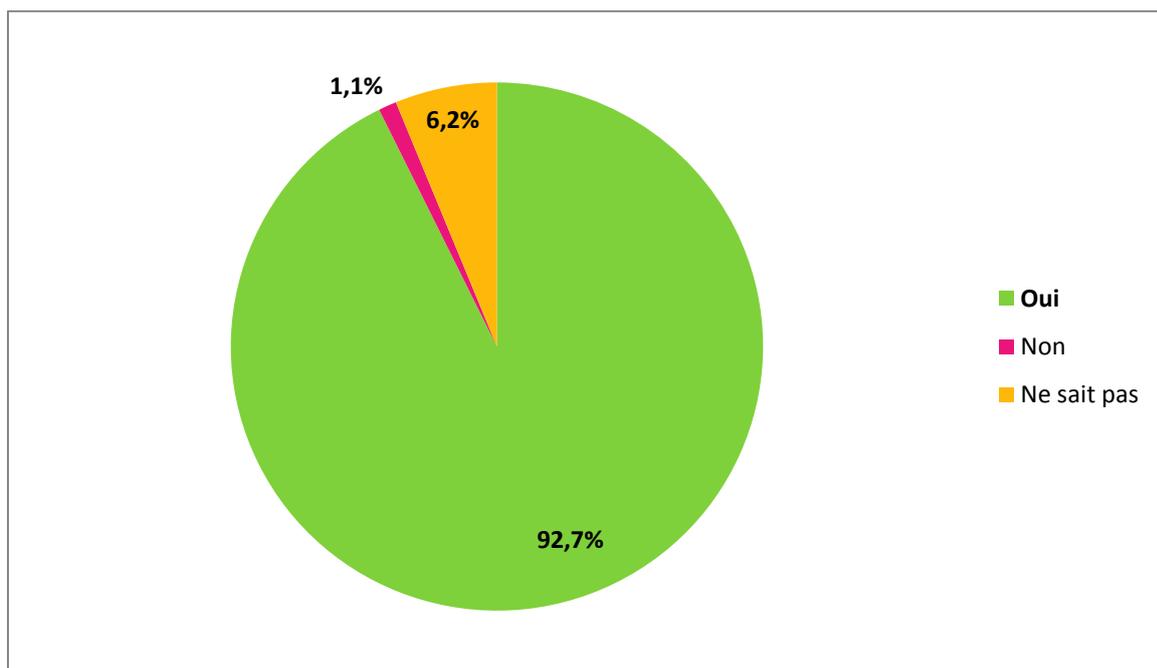
**Figure 25 : Faut-il prendre le comprimé oublié dès que possible ?**



**- Est-il recommandé de poursuivre la plaquette en cours ?**

Cette recommandation semblait bien maîtrisée par la grande majorité des femmes.

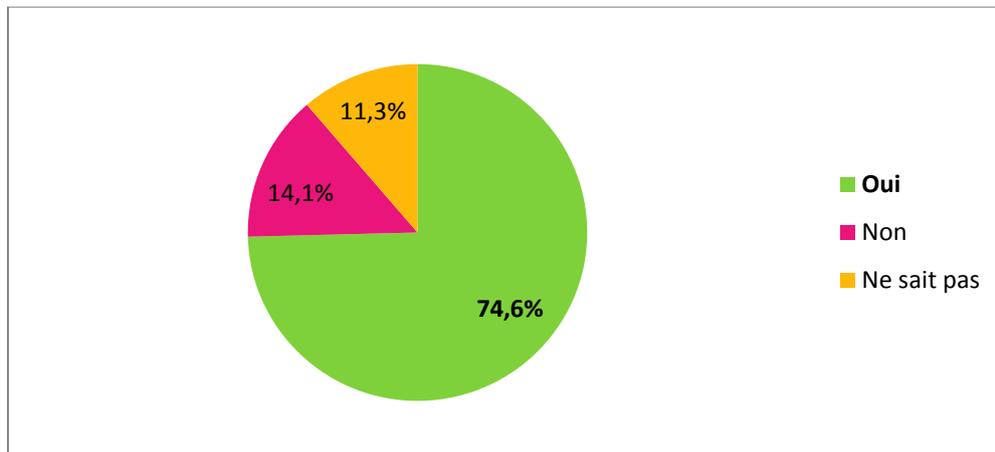
**Figure 26 : Faut-il poursuivre la plaquette en cours ?**



*- Est-il recommandé d'utiliser un préservatif dans les 7 jours qui suivent l'oubli ?*

Un quart des patientes ignorait la nécessité de doubler la protection contraceptive pendant 7 jours après un oubli de plus de 12 H.

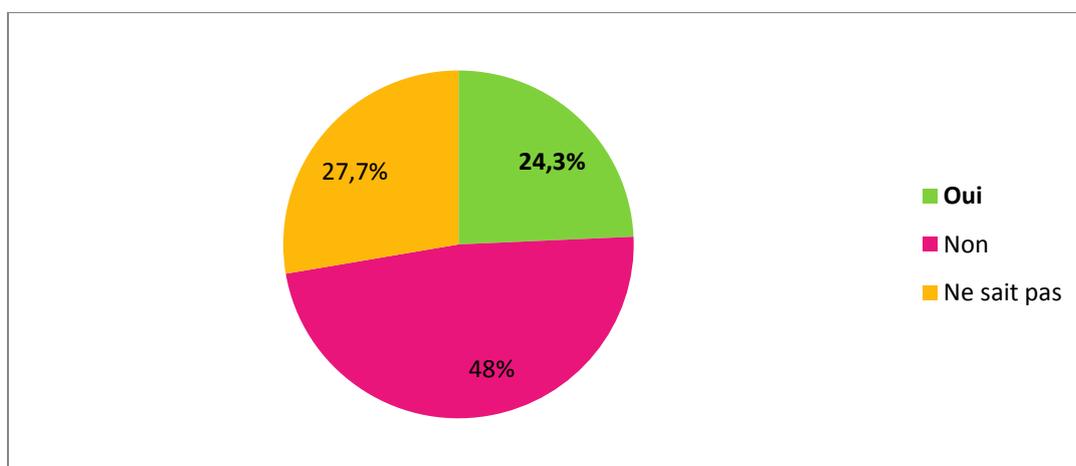
**Figure 27 : Faut-il utiliser un préservatif dans les 7 jours qui suivent l'oubli ?**



*- Est-il recommandé d'enchaîner sans interruption une deuxième plaquette si l'oubli survient dans la dernière semaine de la plaquette ?*

Cette recommandation était connue par moins d'un quart (24.3 %) des femmes interrogées.

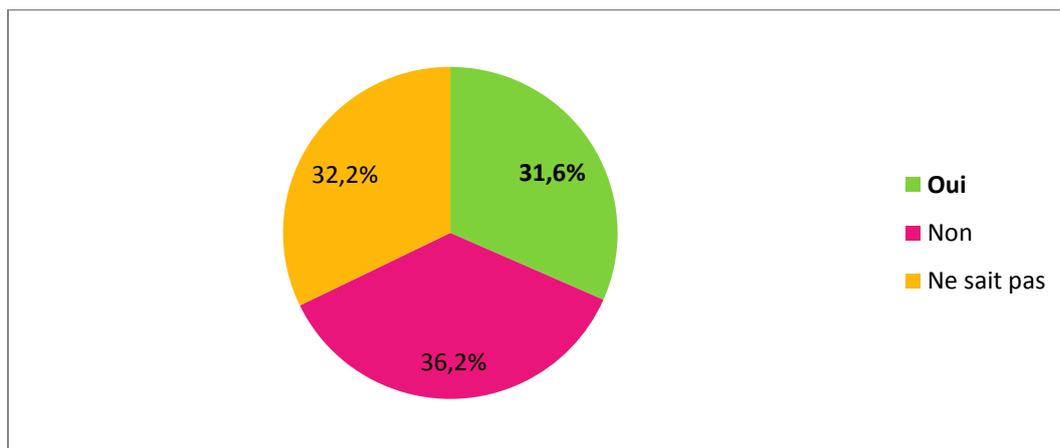
**Figure 28 : Faut-il enchaîner une nouvelle plaquette en cas d'oubli d'un comprimé dans les 7 derniers comprimés ?**



**-Question 15 : Est-il recommandé de reprendre un comprimé en cas de vomissement survenant dans les 4 H après la prise d'une pilule ?**

A nouveau, cette recommandation était mal connue des utilisatrices : 68.4 % l'ignorent, ce qui correspond en pratique à un oubli sans comportement adapté donc à un risque encouru de grossesse non programmé.

**Figure 29 : Reprise d'un comprimé si vomissement dans les 4 heures après la prise ?**

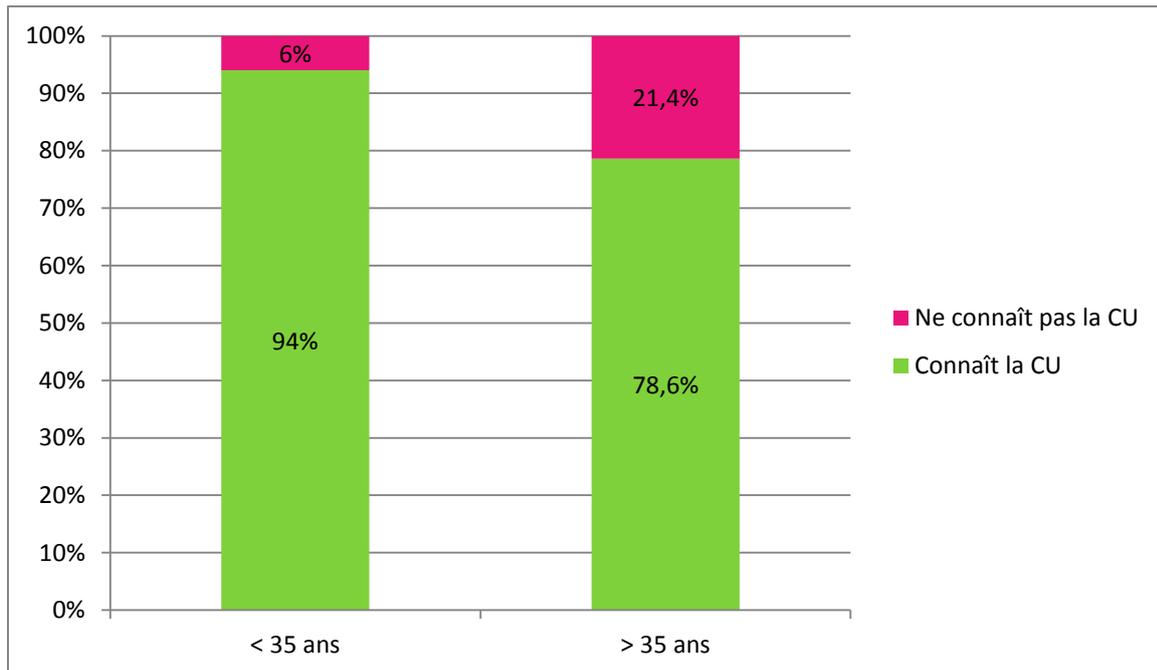


## **H - La contraception d'urgence**

**-Question 16 : Connaissez-vous la contraception d'urgence ?**

91.5 % des femmes interrogées connaissaient la contraception d'urgence. L'âge influait sur cette question : les femmes de plus de 35 ans étaient 21.4 % à déclarer ne pas la connaître versus seulement 6 % des moins de 35 ans ( $p=0.0073$ ).

**Figure 30 : Connaissance de la contraception d'urgence en fonction de l'âge.**



***-Question 17 : L'avez-vous déjà utilisé ?***

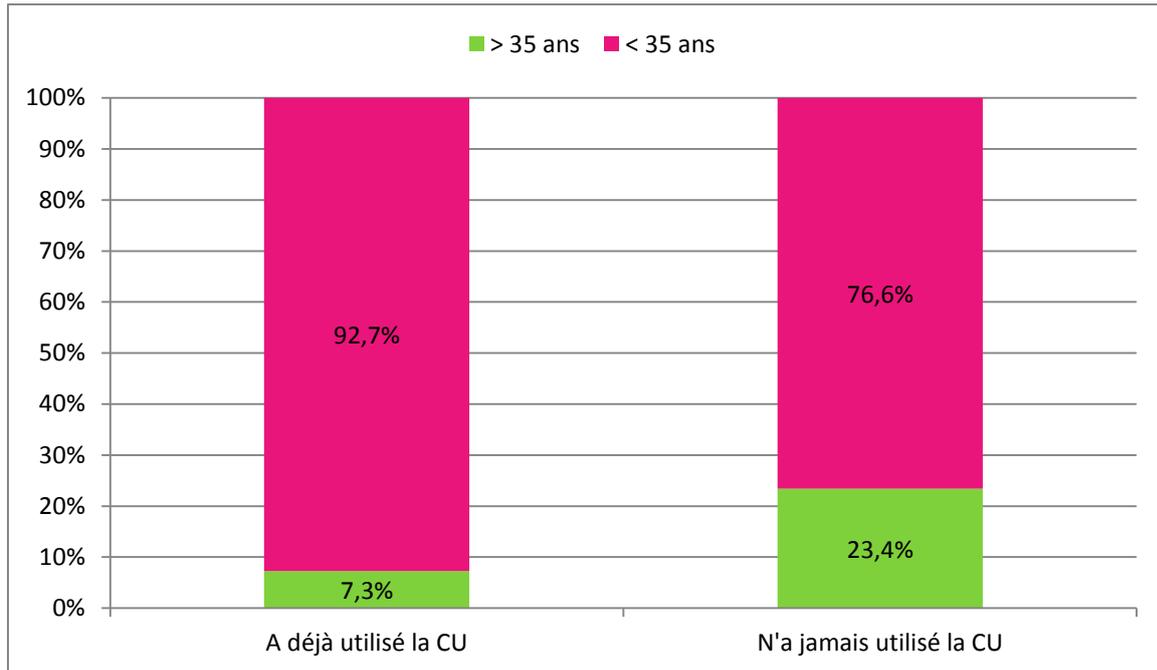
Sur l'ensemble des femmes interrogées, 47 % déclaraient l'avoir utilisé au moins une fois (à plusieurs reprises pour 16.4 % des femmes).

A nouveau une différence statistiquement significative ( $p = 0.0036$ ) a pu être mise en évidence en fonction de l'âge des patientes et de leur utilisation ou non de la contraception d'urgence :

- 92.7 % des femmes interrogées ayant déjà eu recours à la contraception d'urgence avaient moins de 35 ans.

Selon ces résultats, il semblait donc que les patientes de plus de 35 ans étaient moins informées sur la contraception d'urgence et y avaient moins recours.

**Figure 31 : Utilisation de la CU en fonction de l'âge**



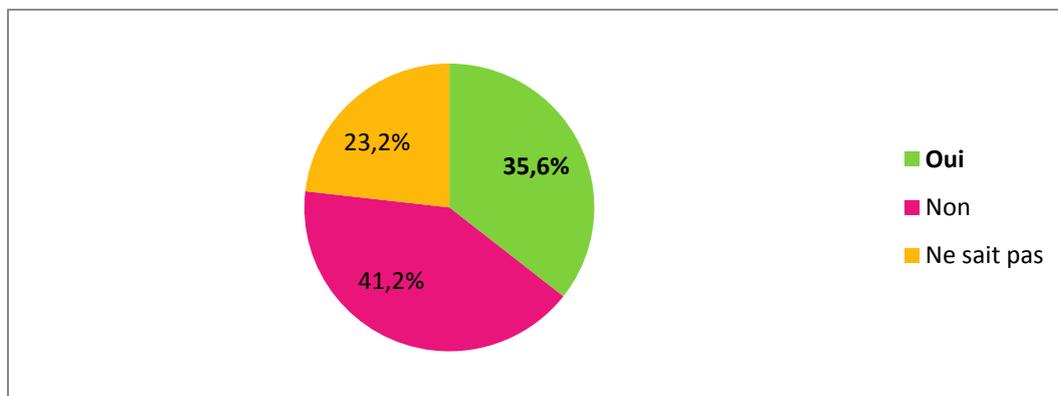
***-Question 18 : La contraception d'urgence :***

***- peut être obtenue sans ordonnance en pharmacie ?***

83 % des femmes savaient que la contraception d'urgence pouvait leur être délivrée sans ordonnance.

***-doit être prise en cas de rapport sexuel sans préservatif dans les 5 jours précédant l'oubli ?***

**Figure 32 : Indication de la contraception d'urgence si rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli ?**

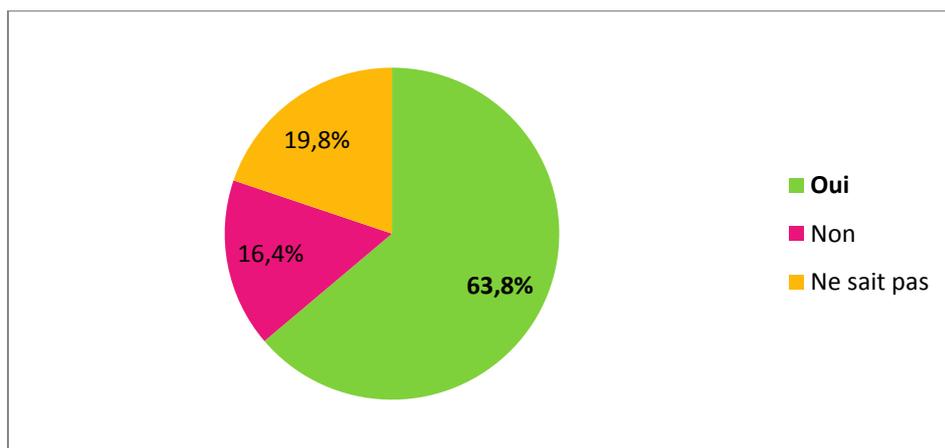


Cette mesure était inconnue de deux tiers des femmes.

*- doit être prise en cas de rapport sexuel sans préservatif dans les 5 jours suivant l'oubli ?*

Bien que davantage connue des patientes que la recommandation « jumelle » précédente, un peu plus d'un tiers des patientes ignoraient cette indication de la contraception d'urgence.

**Figure 33 : Indication de la CU dans les 5 jours suivant l'oubli en cas de rapport sexuel non protégé ?**



*-est efficace à 100 % ?*

61 % des femmes avaient l'idée, à juste titre que cette contraception d'urgence n'est pas fiable à 100 %.

### **I - Score d'évaluation des connaissances des patientes : attitude conforme aux recommandations de l'HAS ? Le « Score Oubli ».**

Comme nous l'avons introduit ci-dessus, il a été établi un score sur 8 points d'après les réponses des femmes aux questions 13, 14a à 14d, 15, 18b et 18c. Ces 8 questions reprennent les recommandations publiées par l'HAS en 2004 sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule afin de prévenir les grossesses non programmées survenant sous pilule.

La moyenne obtenue de ce score par les 177 utilisatrices était de 4.64/8 avec un écart-type de 1.67, le score de 8/8 n'ayant été obtenu que par 2.8 % des femmes. 53 % des patientes ont obtenu un score supérieur à la moyenne de 4.64.

Parmi les patientes qui ont été en situation d'oubli de plus de 12 H au cours des trois derniers mois (question 12c), 42 % ont obtenu un score inférieur à la moyenne et seulement 2 % ont obtenu 8/8 au score et auraient donc pu avoir une attitude conforme aux recommandations de l'HAS.

Dans la seconde partie des résultats, nous exposerons les facteurs ayant impacté ce score de façon significative afin d'identifier, si cela est possible, quelles utilisatrices maîtrisent le moins ces recommandations.

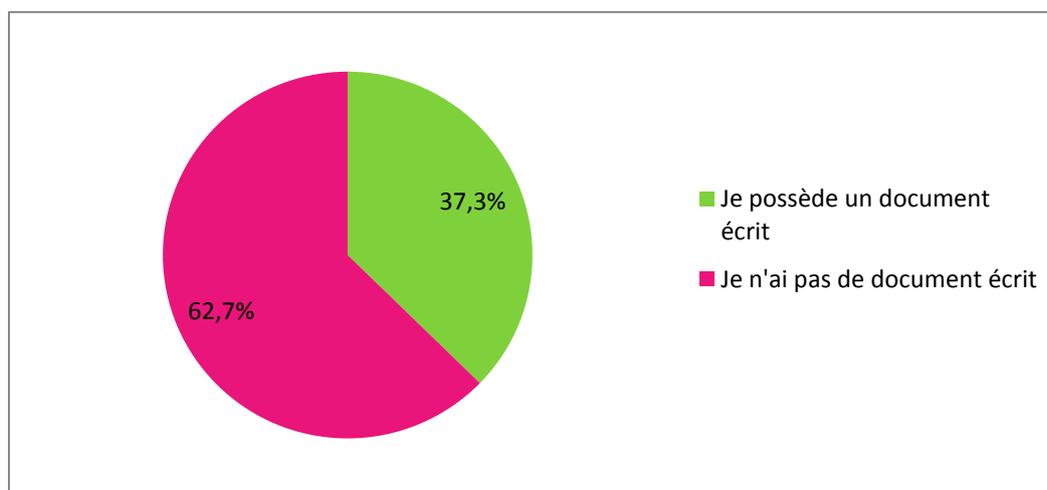
### **J - Question 19 : qui les utilisatrices interrogent-elles en cas de doute sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule ?**

94.9 % des patientes ont répondu demander conseil auprès d'un professionnel de santé en cas de doute sur la conduite à tenir :

- le pharmacien était le professionnel le plus sollicité dans cette situation : 72.9 % de l'ensemble des femmes de l'étude.
- ensuite de façon assez similaire, elles s'adresseraient dans 57.1 % des cas à leur médecin généraliste et dans 50.8 % des cas à leur médecin gynécologue.
- 14 % consulteraient internet et 38.4 % leur notice de contraceptif.

### **K - Question 20 : Disposez-vous d'un document écrit vous notifiant la conduite à tenir en cas d'oubli ? Sinon, pensez-vous que cela pourrait vous être utile ?**

**Figure 34 : Disposez-vous d'un document écrit rappelant la CAT en cas d'oubli de pilule ?**



Une faible proportion (37.3 %) des patientes ont à leur disposition un document écrit auquel elles peuvent se référer pour connaître la conduite à tenir en cas d'oubli si besoin. 94 % des patientes possédant un tel document avaient moins de 35 ans ( $p < 0.005$ ). Il n'y avait pas de différence entre le niveau d'études ni la catégorie socioprofessionnelle ni le lieu de résidence et le fait de posséder ou non un document.

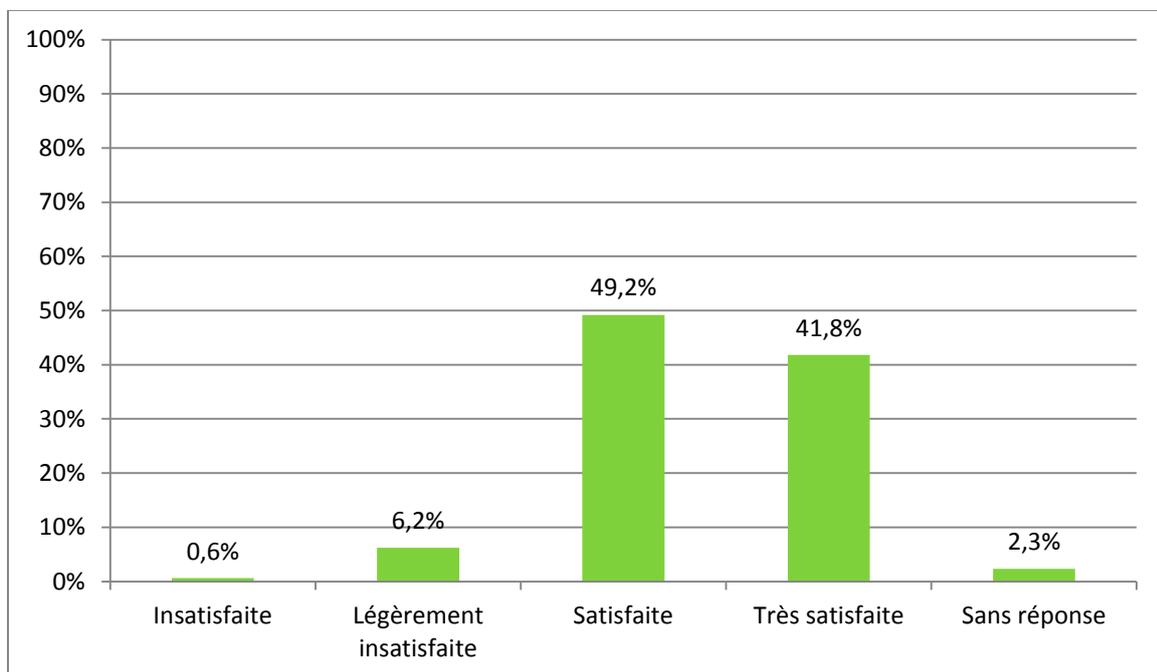
Parmi celles n'en ayant pas, 72.1 % souhaiteraient en bénéficier.

### L - Question 21 : satisfaction de la pilule par son utilisatrice.

Les recommandations éditées par l'HAS en 2004 insistent sur l'importance de la participation de la patiente au choix de son contraceptif afin qu'elle se l'approprié. La satisfaction de son contraceptif, dépendante des modalités d'usage, de la tolérance de la méthode est un critère essentiel qui participe à sa bonne utilisation.

Dans notre étude, 91 % des patientes se déclaraient satisfaites voire très satisfaites de leur pilule.

Figure 35 : Satisfaction des femmes au sujet de leur pilule



## **M - Question 22 : Antécédents personnels de grossesse non programmée sous pilule et décision prise vis-à-vis de cette grossesse.**

5.6 % des femmes interrogées avaient eu une grossesse non programmée, survenue sous pilule.

90 % de ces patientes avaient eu recours à une interruption de grossesse pour cette grossesse non programmée.

## **II2. Analyse comparative**

### **A - Analyse univariée.**

Dans cette deuxième partie de l'analyse des résultats, nous avons comparé les résultats obtenus par les patientes au « Score Oubli » avec différents facteurs susceptibles d'intervenir sur leur niveau de connaissance de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.

L'objectif était de rechercher des déterminants suffisamment significatifs permettant d'identifier les femmes maîtrisant davantage les recommandations sus-citées et surtout d'identifier les patientes ne les maîtrisant pas ou pas suffisamment et par conséquent encore plus à risque de grossesse non programmée sous pilule.

Dans un premier temps, nous avons comparé la moyenne du score obtenu par les femmes selon différents facteurs (*tableau 1*). Puis la population de l'étude a été divisée en deux groupes : celui des femmes ayant obtenu un score supérieur à la moyenne, considérées comme ayant des « connaissances satisfaisantes » sur la conduite à tenir en cas d'oubli et celles ayant obtenu un score inférieur à la moyenne avec un niveau de connaissance « insuffisant » (*tableau 2*).

Ainsi, plusieurs déterminants se sont révélés significatifs sur le score final : l'âge, la fréquence de l'information délivrée par le médecin, le parcours de soins contraceptif pluridisciplinaire, la bonne gestion au quotidien de sa pilule, l'antécédent de recours à la contraception d'urgence, la possession d'un document écrit et la source d'information en cas de doute sur la conduite à tenir.

□ **L'âge**

L'étude a montré que les patientes âgées de plus de 35 ans avaient un score significativement plus faible que les patientes plus jeunes ( $p < 0.05$ ).

□ **La fréquence de l'information médicale (Question 7)**

Les patientes déclarant n'avoir jamais reçu d'information par leur médecin sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule obtenaient, de façon cohérente, un score significativement plus faible que les patientes ayant reçu au moins une fois l'information par leur médecin ( $p < 0.05$ ). Contre toute attente, les patientes recevant l'information à chaque renouvellement de pilule obtiennent un des moins bon score (moyenne 3.43 /8).

□ **Le parcours pluridisciplinaire de l'information sur la contraception (Question 5)**

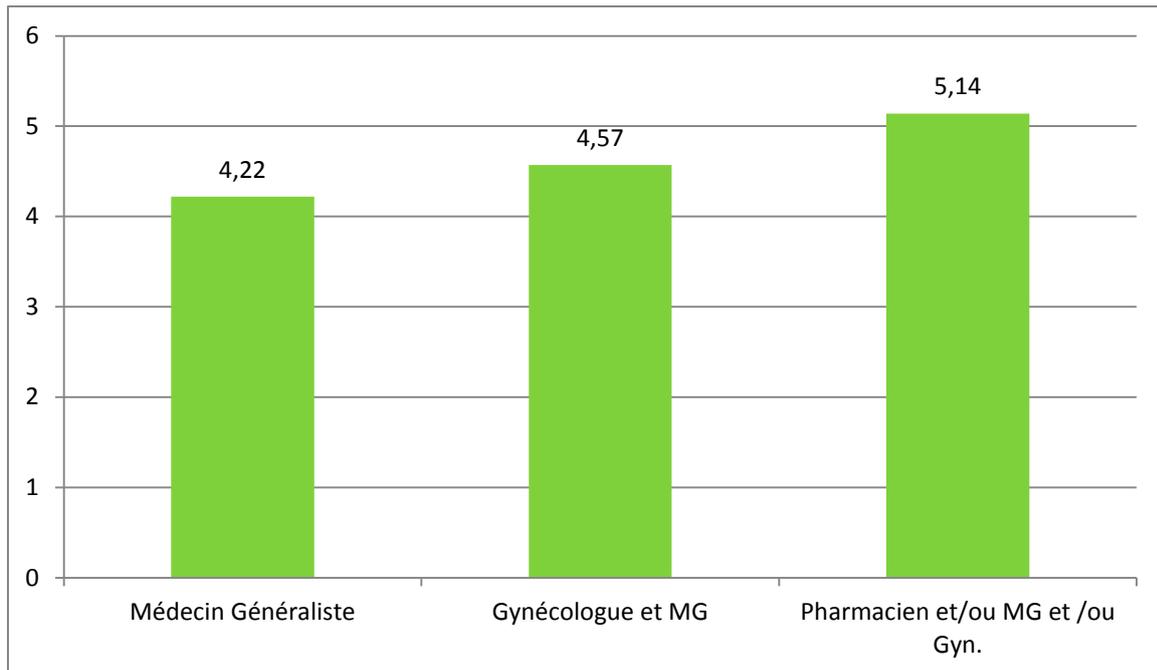
Cette question portait sur quelles avaient été les sources d'information sur leur pilule, plusieurs réponses simultanées étaient possibles.

Il a pu être défini quatre groupes de femmes en fonction de l'origine de l'information :

- un premier groupe avait reçu l'information par un médecin généraliste.
- un deuxième groupe avait été informé par le gynécologue et éventuellement le médecin généraliste.
- un troisième groupe avait été informé par le pharmacien et/ou le gynécologue et/ou le médecin généraliste.
- un dernier groupe n'avait reçu aucune information par aucun professionnel de santé.

Les patientes ayant reçu l'information par plusieurs professionnels de santé (groupe 3) obtiennent le score le plus élevé de façon significative ( $p < 0.05$ ).

Figure 36 : Comparaison du score « Oubli » et de la source d'information sur la pilule



□ **La gestion de sa pilule au quotidien**

Nous avons comparé les résultats aux deux scores précédemment explicités : le score « Oubli » au score « Utilisation » qui évaluait les connaissances des patientes sur la gestion au quotidien de leur pilule.

Les patientes ayant obtenu un score satisfaisant au score « Utilisation », maîtrisant donc correctement les règles de prise au quotidien de leur pilule, ont obtenu un score « Oubli » significativement meilleur ( $p < 0.05$ ).

□ **L'utilisation antérieure de la contraception d'urgence**

Les patientes ayant déjà utilisé la contraception d'urgence obtiennent un score significativement meilleur que celles ne l'ayant jamais prise ( $p < 0.05$ ).

□ **La possession d'un document écrit**

Les femmes interrogées disposant d'un document écrit résumant la conduite à tenir en cas d'oubli ont de façon très significative ( $p < 0.001$ ) obtenu un score plus élevé.

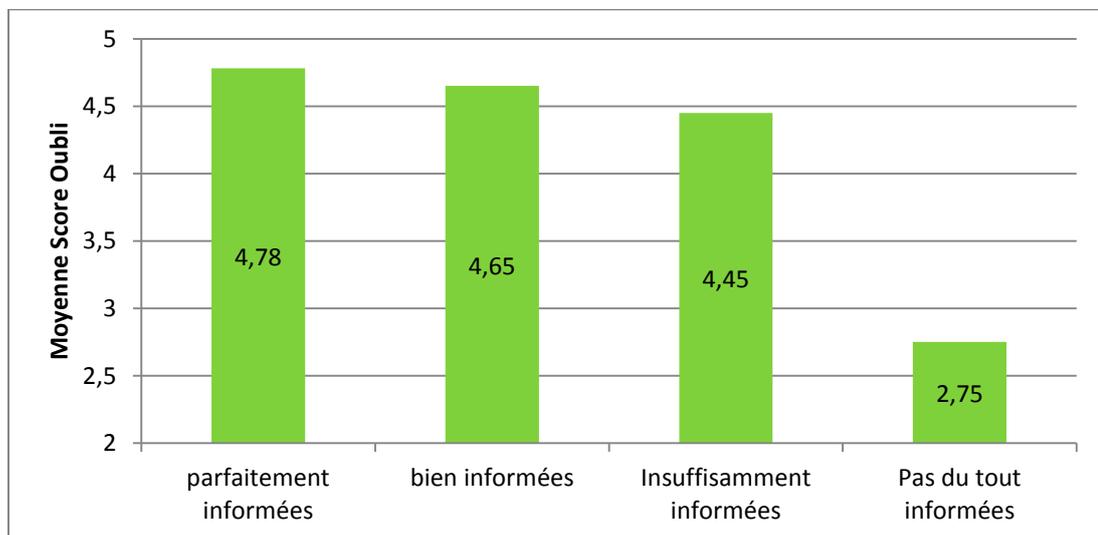
□ **La source d'information en cas de doute sur la conduite à tenir lors d'un oubli.**

Les patientes déclarant demander conseil à leur pharmacien ou à internet obtenaient un score significativement plus élevé ( $p < 0.05$ ). Les patientes s'adressant à leur entourage comme source de conseil obtenaient quant à elles un score significativement plus faible ( $p < 0.05$ ).

D'autres variables étudiées n'ont pas permis d'obtenir des résultats significatifs en terme statistique mais une tendance peut se dégager pour certains :

- L'ancienneté de la prise de la pilule n'est absolument pas gage de bonne connaissance de sa pilule et de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. Bien au contraire, les utilisatrices les plus anciennes sont celles qui obtenaient le moins bon score.
  
- Le niveau de connaissance estimé par les femmes n'est pas associé de façon significative avec le score. Malgré tout, il se dégage une tendance : les femmes s'estimant correctement informées obtiennent un score plus élevé que celles s'estimant insuffisamment informées ( $p = 0.128$ ).

**Figure 37 : Moyenne obtenue au score en fonction du niveau de connaissance estimé**



- Leur satisfaction vis-à-vis de leur contraceptif n'avait pas de lien avec le niveau réel de leurs connaissances.
  
- La fréquence de l'oubli n'impactait pas sur l'état de connaissance sur la conduite à tenir dans cette situation.

Tableau 3 : Analyse des moyennes du Score Oubli en fonction des déterminants.

Variable	Score Oubli moyenne (+/- écart type)	Valeur de p
<b>Age</b>		
<input type="checkbox"/> ≥35 ans	3.96 (± 1.64)	<b><u>0.0197</u></b>
<input type="checkbox"/> < 35 ans	4.77 (± 1.65)	-
<b>Baccalauréat</b>		
- Obtenu	4.73 (±1.66)	0.116
<input type="checkbox"/> Non obtenu	4.20 (±1.69)	-
<b>Catégories Socio Prof.</b>		
<input type="checkbox"/> Cadres et professions intermédiaires	4.74 (±1.52)	0.302
<input type="checkbox"/> Autres professions	4.32 (±1.91)	-
<input type="checkbox"/> Sans profession (dont étudiantes)	4.78 (±1.63)	-
<b>Lieu de résidence</b>		
<input type="checkbox"/> Nantes et agglomération nantaise	4.57 (±1.70)	0.0812
<input type="checkbox"/> Département 44 hors aggro. nantaise	4.88 (±1.36)	
<b>Ancienneté sous pilule</b>		
<input type="checkbox"/> 0-9 ans	4.85 (±1.56)	0.344
<input type="checkbox"/> 10-19 ans	4.76 (±1.62)	-
<input type="checkbox"/> 20-29 ans	4.09 (±1.64)	-
<b>Patientes s'estimant</b>		
<input type="checkbox"/> suffisamment informées	4.70 (±1.67)	0.123
<input type="checkbox"/> insuffisamment informées	4.0 (±1.65)	-
<b>Question de l'oubli de pilule posée par le médecin</b>		
<input type="checkbox"/> jamais	4.55 (±1.80)	0.48
<input type="checkbox"/> au moins une fois	4.73 (±1.51)	-
<b>Fréquence de l'info délivrée par le médecin</b>		
<input type="checkbox"/> jamais	4.34 (±1.76)	0.057
<input type="checkbox"/> au moins une fois	4.83 (±1.59)	-
<b>Info médicale délivrée par :</b>		
<input type="checkbox"/> un professionnel (MT)	4.67 (±1.73)	0.76
<input type="checkbox"/> gynécologue+/- MT	4.74 (±1.52)	0.37
<input type="checkbox"/> <u>parcours pluridisciplinaire</u>	5.14 (±1.83)	<b><u>0.0056</u></b>
<b><u>Utilisation correcte de la pilule</u></b>		
<b><u>« Score Utilisation » ≥ 3.66</u></b>		
Ont oublié leur pilule dans les 3 derniers mois	4.86 (±1.63)	0.120
<b><u>Ont déjà utilisé la CU</u></b>	5.05 (±1.45)	<b><u>0.0015</u></b>
<b><u>Ont un document écrit</u></b>	5.26 (±1.51)	<b><u>0.0001</u></b>
<b>Satisfaites de leur pilule</b>	4.61 (±1.64)	0.194
<b>Antécédent de grossesse non programmée</b>	5.30 (±1.25)	0.192

MT : médecin traitant

Tableau 4 : Comparaison du groupe « connaissances satisfaisantes » au groupe « connaissances insuffisantes »

Variable	Groupe avec score obtenu > 4.64 « Connaissances satisfaisantes » (n=94)	Groupe avec score obtenu < 4.64 « Connaissances insuffisantes » (n=83)	Valeur de p
<b>Age (années)</b>	26.3 (±7)	27.2 (±7.9)	0.40
<input type="checkbox"/> ≥35 ans (%)	11 (11.7%)	17 (20.5%)	0.11
<b>Baccalauréat obtenu (%)</b>	82 (87.2 %)	65 (78.3 %)	0.11
<b>Catégories Socio-Professionnelles</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Cadres et prof.intermédiaires</b>	31 (33.3 %)	26 (32.6 %)	0.79
<input type="checkbox"/> <b>Prof. autres que cadres et prof.intermédiaires.</b>	22 (23.7 %)	25 (31.3 %)	-
<input type="checkbox"/> <b>Sans prof. (dont étudiantes)</b>	40 (43.0 %)	29 (36.3 %)	-
<b>Résidant dans Nantes ou dans son agglomération</b>	81 (86.2 %)	76 (91.5%)	0.30
<b>Ancienneté sous pilule</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Ancienneté moyenne (année)</b>	8.5	10.0	0.19
<input type="checkbox"/> <b>0-9 ans</b>	37 (64.9 %)	24 (54.5 %)	0.53
<input type="checkbox"/> <b>10-19 ans</b>	15 (26.3 %)	14 (31.8 %)	-
<input type="checkbox"/> <b>20-29 ans</b>	5 (8.8 %)	6 (13.6 %)	-
<b>Patientes s'estimant suffisamment informées</b>	88 (93.6 %)	74 (89.2 %)	0.29
<b>Question de l'oubli posée par le médecin :</b>			
<input type="checkbox"/> <b>jamais</b>	49 (52.7 %)	46 (56.1 %)	0.45
<input type="checkbox"/> <b>au moins une fois</b>	44 (47.3 %)	36 (43.9 %)	-
<b><u>Fréquence de l'info délivrée par le médecin</u></b>			
<input type="checkbox"/> <b>jamais</b>	32 (34.0%)	38 (45.8 %)	<b>0.0033</b>
<input type="checkbox"/> <b>au moins une fois</b>	62 (66 %)	45 (54.2 %)	-
<b><u>L'information médicale délivrée par</u></b>			
<input type="checkbox"/> <b>un gynécologue</b>	49 (52.1 %)	45 (54.2 %)	0.78
<input type="checkbox"/> <b>un médecin traitant</b>	51 (54.3 %)	50 (60.2 %)	0.92
<input type="checkbox"/> <b>+ un pharmacien</b>	38 (40.4 %)	19 (22.9 %)	<b>0.0127</b>
<b><u>Utilisation correcte de la pilule</u></b>	71 (75.5 %)	47 (56.6 %)	<b>0.0078</b>
<b>« Score Utilisation » ≥ 3.66</b>			
<b>Ont oublié leur pilule dans les 3 derniers mois</b>	45 (47.9 %)	33 (39.8 %)	0.27
<input type="checkbox"/> <b>oubli &gt;12 H</b>	27 (57.4 %)	20 (42.6 %)	0.34
<b><u>Ont déjà utilisé la CU</u></b>	54 (58.1 %)	28 (33.7 %)	<b>0.0012</b>
<b><u>Ont un document écrit</u></b>	43 (45.7%)	23 (27.7%)	<b>0.0133</b>
<b>Satisfaites de leur pilule</b>	84 (91.3 %)	77 (95.1 %)	0.33
<b>Antécédent de grossesse non programmée</b>	7 (7.5 %)	3 (3.7 %)	0.27

## **B - Analyse multivariée**

Les variables introduites pour la réalisation de cette analyse étaient celles retrouvées significatives dans l'analyse univariée comparant les deux groupes « connaissances satisfaisantes » versus « connaissances insuffisantes », en tenant compte de l'âge, par régression logistique.

Les déterminants étudiés étaient donc : la possession d'un document écrit, l'antécédent d'utilisation de la CU, la gestion correcte au quotidien de sa pilule (Score Utilisation) et la fréquence de l'information par le médecin prescripteur.

Ainsi les résultats démontraient que trois facteurs étaient significativement corrélés au niveau de connaissance de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule :

- la possession d'un document écrit récapitulant la conduite à tenir en cas d'oubli (p = 0.023)
- la maîtrise correcte des règles d'utilisation au quotidien de la pilule (p = 0.003)
- l'utilisation antérieure de la contraception d'urgence (p = 0.005).

En revanche, la fréquence de l'information médicale délivrée n'est plus significative en analyse multivariée, démontrant sa dépendance très probable à une autre variable (probablement la possession d'un document écrit).

*Les résultats de l'analyse multivariée sont accessibles dans l'annexe 4.*

### **III - Discussion**

L'objectif de notre étude était d'évaluer le niveau de connaissance de nos patientes sous pilule sur l'attitude en cas d'oubli. L'objectif secondaire était de rechercher s'il existait des déterminants qui pouvaient être considérés comme prédictifs du niveau de connaissance afin de délivrer l'information la plus claire et la plus adaptée possible à nos patientes.

Notre étude montre d'une part que la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule n'est pas maîtrisée par la majorité des femmes, puisque seulement 2,8 % d'elles obtiennent un score de 8/8. D'autre part, les femmes les plus aptes à gérer correctement leur oubli de pilule étaient celles qui avaient un document écrit sur ce sujet, celles ayant déjà eu recours à la contraception d'urgence et celles qui avaient une bonne connaissance de la prise au quotidien de leur pilule. Les femmes ayant été informées au moins une fois par leur médecin avaient un score plus élevé que celles n'ayant jamais reçu l'information médicale ce qui n'a pas été retrouvé en analyse multivariée. Ensuite, les femmes les plus jeunes et celles qui prenaient la pilule depuis peu de temps avaient également un meilleur score mais ces facteurs n'étaient pas statistiquement significatifs.

#### **A - Les limites de l'étude**

##### ***1-La méthode***

Il s'agit d'une enquête épidémiologique de faible effectif (177 femmes incluses) limitant la puissance de l'étude.

Dans cette enquête, le recueil des données est soumis au volontariat premièrement des officines et secondairement des femmes. Sur les 24 pharmacies tirées au sort, 20 ont accepté de participer. La très grande majorité des pharmaciens a montré un vif intérêt pour cette problématique, y étant confrontés très régulièrement, notamment lors de la délivrance de la contraception d'urgence. Le taux de réponses des patientes est satisfaisant (62.3 %). Le volontariat induit inévitablement un biais de sélection.

Le recueil de données était déclaratif et rétrospectif induisant un biais possible de remémoration. Les questions étaient fermées pour faciliter leur exploitation et rendre possible

la réalisation d'un score. Il existe incontestablement une différence entre des réponses spontanées et un choix de réponses induit par le questionnaire.

## ***2-La population***

La population de notre étude ne prétend pas être représentative de la population générale. Le lieu de recueil était l'agglomération nantaise avec une répartition des officines équitable entre Nantes et les communes de l'agglomération et par conséquent, 90 % de la population réside dans l'agglomération nantaise, une population à nette prédominance urbaine.

Notre population est à haut niveau d'études par rapport au niveau national puisque 83,1 % des femmes interrogées dans notre étude ont obtenu le baccalauréat voire fait des études supérieures versus 56,6 % en France selon une étude de 2009.(38) Or le niveau d'études aurait une influence sur la fécondité puisque les femmes les plus diplômées ont leur premier enfant plus tard. Ce niveau scolaire nettement plus élevé peut s'expliquer par un biais de recrutement, les femmes les plus instruites acceptant plus facilement de répondre à une enquête.

Au sein de notre population, deux catégories socioprofessionnelles ne sont pas représentées (agricultrices et ouvrières), représentant 5.4 % de la population nationale et les étudiantes sont sur représentées par rapport à la population française (37 % de la population de l'étude versus 8 % en France) (36).

La population de notre étude est donc d'âge jeune (26.7 ans), principalement urbaine, avec un haut niveau d'études.

## ***3-La technique d'évaluation.***

Le premier objectif de notre étude était d'évaluer le niveau de connaissance des femmes utilisatrices lors de la survenue d'un oubli de pilule, à l'aide du « Score Oubli ». Evaluer à l'aide d'un score a l'intérêt d'être reproductible. La population a pu être divisée en deux groupes en fonction du résultat obtenu et notamment si celui-ci était supérieur ou inférieur à la moyenne de l'ensemble de l'effectif (soit 4.64/8). Il a donc été décidé de ne pas tenir compte de la médiane du score comme limite entre les deux groupes.

Nous avons également décidé que le groupe dont les résultats sont supérieurs à la moyenne pouvait être considéré comme ayant des connaissances satisfaisantes par rapport à l'ensemble

de la population de l'étude. Bien entendu, en tant que professionnel de santé, il n'est pas suffisant à nos yeux de n'obtenir que 5 bonnes réponses sur 8 puisque les trois autres recommandations non maîtrisées sont potentiellement des situations à risque de grossesse pour notre patiente. Mais ce fonctionnement nous permet :

-de déterminer les patientes qui sont les moins bien informées, ne maîtrisant pas la moitié des recommandations.

-de déterminer quelles informations semblent toujours difficilement compréhensibles par le plus grand nombre, y compris par celles qui ont un comportement face à l'oubli considéré comme correct par rapport au reste de la population.

Le but est toujours le même pour les professionnels de santé : délivrer l'information la plus claire et appropriée possible.

## **B - Comparaison des résultats de notre étude avec la littérature**

### ***1-Information des utilisatrices de pilule***

Dans notre étude, 91.5 % des patientes s'estiment suffisamment voire parfaitement informées sur leur pilule en général. La majorité des patientes déclare avoir été informée par un médecin sur l'utilisation de la pilule. En revanche, en ce qui concerne la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, 39.5 % des patientes déclarent n'avoir jamais reçu d'information par leur médecin. Allons même un peu plus loin, 60 % des patientes déclarant ne pas avoir reçu d'information par leur médecin sur la conduite à tenir en cas d'oubli s'estiment malgré tout bien informées sur ce sujet. Ceci interroge sur ce que les patientes estiment nécessaire comme information sur l'utilisation de leur contraceptif : ainsi l'attitude en cas d'oubli ne fait-elle pas partie de l'information indispensable à leurs yeux ?

Des chiffres similaires sont retrouvés dans différentes études : dans l'étude d'ODDENS, près de 80 % des femmes se disent bien ou très bien informées des règles à suivre lors de la prise de pilule (22), 84 % dans une étude menée en Picardie en 2009(39); un autre travail réalisé à Lyon en 2005 avait retrouvé un taux plus modéré puisque 43.6 % des patientes reconnaissaient être insuffisamment informées.(40)

La présente étude n'a pas retrouvé de corrélation significative entre estimation et réalité des connaissances : or, une patiente s'estimant suffisamment informée ne sera probablement pas en quête d'information supplémentaire et pourtant, elle n'est pas forcément correctement

informée pour gérer un oubli de pilule. Ce qui implique pour les professionnels d'aller au-delà de la simple question « Avez-vous des questions sur votre pilule ? » en allant questionner et rectifier éventuellement des idées erronées, même chez des patientes qui nous assurent connaître la démarche.

Lors du renouvellement de contraception, dans 55.4 % des cas, le médecin n'interroge pas la patiente sur la survenue d'éventuels oublis. Lors d'une étude menée en 2007-2008 sur des patientes consultant un site internet dédié à l'oubli de pilule, ce taux atteignait 75 % (41).

Dans notre étude, la délivrance de l'information sur les règles à suivre en cas d'oubli est associée de façon significative avec la question de la survenue d'oubli(s) puisque 85 % des médecins posant cette question délivrent l'information par la suite. L'intérêt de cette association me semble double : d'une part le médecin s'enquiert du niveau d'observance de la patiente et pourra de façon pertinente discuter avec elle d'alternatives contraceptives peut-être plus adaptées. D'autre part, cette question permet d'aborder et de réitérer l'information sur la conduite à tenir en cas d'oubli.

## ***2-Observance et gestion quotidienne de la pilule***

Le taux d'oubli déclaré au cours des trois derniers mois était de 44 % parmi les femmes de l'étude dont 62% de plus de 12 heures. La fréquence des oublis et de ceux de plus 12 heures était significativement plus élevée en cas de prise habituelle le soir. Les études disponibles retrouvent une fréquence d'oubli variable, en accord avec nos chiffres : 54 % d'oublis dans les trois derniers mois dans une étude menée dans des cabinets de Médecine Générale en Ile de France en 2005 (23), 43 % dans le travail mené dans le département du Rhône (40), 23% au cours du dernier mois selon l'étude Coraliance avec quasiment la moitié survenant au cours de la première semaine qui est la plus à risque. Dans cette dernière étude, 32 % des femmes ayant eu un oubli ne prenaient aucune mesure spécifique après l'oubli(25).

## ***3-Connaissances des règles concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.***

Seulement 2.8 % des patientes de l'étude ont répondu correctement à l'ensemble des 8 questions du score. Les connaissances des utilisatrices de pilule sont bien insuffisantes en ce qui concerne la conduite à tenir en cas d'oubli. Parmi les femmes ayant eu un oubli de plus de 12 H au cours des trois derniers mois, 2 % seulement connaissaient la « bonne attitude » en

cas d'oubli, les autres encourant potentiellement à risque de grossesse non programmée (42.6% ont obtenu un score inférieur à la moyenne). Les connaissances sont inégales en fonction des recommandations : si certaines sont globalement bien acquises avec plus de trois quarts de bonnes réponses, d'autres demeurent non maîtrisées : l'enchaînement de deux plaquettes en cas d'oubli survenant la dernière semaine de la plaquette (ignorée par 75.7% des femmes), reprendre un comprimé en cas de vomissement quatre heures après la prise (68.4 % l'ignorent) et l'indication de la contraception d'urgence (inconnue par 64.4 %).

La population de l'étude menée à Lyon en 2004 dans des cabinets de Médecine Générale et des CPEF est comparable à celle de notre étude (urbaine avec un haut niveau d'étude). Les résultats de ces deux études sont très similaires puisque dans l'étude lyonnaise, seulement 4.2% des patientes maîtrisaient théoriquement les règles en cas d'oubli de pilule. Les recommandations non connues étaient les mêmes que celles révélées par notre étude.(40)

Une autre étude menée en Lorraine en 2006 auprès de patientes consultant dans des cabinets de médecins généralistes et de gynécologues libéraux retrouvait moins de 2 % de réponses correctes à l'ensemble des recommandations sur la conduite à tenir en cas d'oubli, basées également sur la publication de l'HAS. Seulement 5 % de leurs patientes savaient qu'il était recommandé d'enchaîner deux plaquettes en cas d'oubli survenant dans la troisième semaine.(42)

Le travail mené en Ile de France recensait 57% de patientes ayant eu une attitude à risque de grossesse parmi celles ayant eu un oubli de plus de 12 heures dans les trois derniers mois. L'enquête de l'INPES est intéressante par deçà que les réponses enregistrées étaient spontanées de la part des utilisatrices : après un oubli, 21 % seulement prenaient les deux comprimés et 17 % utilisaient un préservatif pour les rapports sexuels suivants.(9)

L'une des méthodes de rattrapage en cas d'oubli de pilule est la contraception d'urgence. 91,5% des femmes de l'étude déclarent la connaître, 47 % l'ont déjà utilisé mais ses indications ne sont connues complètement que par un tiers des patientes. Les femmes de plus de 35 ans la connaissent mais l'utilisent peu. Dans une étude française datant de 1999, 71% déclaraient la connaître et 9 % l'avoir déjà utilisé(43); il s'agissait surtout de femmes de moins de 25 ans. L'étude lorraine comptabilisait 38 % de patientes connaissant l'indication correcte de la CU, préférentiellement chez des femmes de moins de 25 ans. Le travail de *C.Moreau et al* met en évidence que moins de 10 % des femmes demandant une IVG ont eu recours à la CU.(36) Si la CU semble donc connue de la majorité de la population, ses indications demeurent relativement obscures pour les femmes. D'autre part, sa sous –

utilisation est très probablement liée à une sous estimation du risque de grossesse encouru par les utilisatrices de contraceptif.

Dans notre étude, le principal recours à l'information en cas de doute sur la conduite à tenir est le pharmacien (72.9 %), professionnel de santé accessible sans nécessité de prise de rendez-vous. De façon générale, 94 % des patientes s'orienteraient vers un professionnel de santé. Cette déclaration est nettement supérieure à l'ensemble des travaux réalisés sur le sujet : 18 % selon l'étude d'*Oddens*, 27 % dans l'étude lorraine, 28 % dans l'étude Coraliance. Selon les déclarations des femmes de l'étude, les médias (notamment internet) n'occupent pas une place prépondérante (14 % des femmes y auraient recours) ce qui est surprenant à l'heure actuelle, d'autant plus au sein d'une population à haut niveau d'étude. L'enquête de l'INPES avait trouvé des chiffres encore plus bas : les conseils sur la contraception provenaient à 64 % d'un professionnel de santé, et à 3 % seulement des médias. Ces patientes sont-elles des « déçues » d'internet, n'ayant pas confiance dans les informations proposées sur la toile ? Un travail récent a porté sur un site internet, [www.g-oubliepilule.com](http://www.g-oubliepilule.com), dont le taux de satisfaction des internautes était de 96,2 % et la fiabilité rassurante.(41)

Plusieurs facteurs ont pu être associés de façon significative à un niveau de connaissance satisfaisant des recommandations sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. Satisfaisant doit être entendu comme supérieur à la moyenne de notre échantillon. La présence de ces facteurs ne dispensent pas bien entendu de délivrer l'information puisque ces femmes, elles aussi, ont des lacunes dans ce domaine mais elles semblent malgré tout mieux informées. Le médecin ou le pharmacien pourra en revanche s'en aider pour insister sur les recommandations les plus difficilement retenues. En revanche, en l'absence de ces facteurs, la vigilance doit être encore accrue car les recommandations ne sont absolument pas maîtrisées. La population avec un niveau de connaissance « satisfaisant » est caractérisée dans notre étude par : un âge inférieur à 35 ans, une information médicale délivrée régulièrement et de façon pluridisciplinaire (notamment médecin et pharmacien), une maîtrise satisfaisante des règles de prise au quotidien de sa pilule, une utilisation antérieure de la contraception d'urgence, la possession d'un document écrit.

Quelques points paraissent importants :

L'information sur le bon usage de sa pilule et sur la conduite à tenir en cas d'oubli semblent aller de pair en tout cas en ce qui concerne les patientes : une patiente qui connaît les règles de bon usage de prise de sa pilule aura davantage de chances de maîtriser correctement la conduite à tenir en cas d'oubli.

L'information délivrée par plusieurs professionnels de santé semble être mieux intégrée par la patiente. Ceci s'explique probablement par le fait que chaque professionnel délivre une information différemment tandis que la patiente est quant à elle plus ou moins réceptive au professionnel en fonction du moment. Réitérer l'information améliorerait sa compréhension ainsi que ce qui en est retenu.

L'antécédent d'utilisation de la contraception d'urgence est analysé comme un facteur de niveau de connaissance satisfaisante. A nouveau, la pluridisciplinarité est probablement ici l'une des explications. La délivrance de la CU s'accompagne normalement (32) d'une information et d'un conseil pharmaceutiques. D'autre part, le moment de la délivrance de la CU est peut être propice à l'intégration d'une information du fait de la situation et de la crainte d'une grossesse qu'elle suscite, réalisant un « électrochoc ».

Enfin, le document récapitulatif des règles de la conduite à tenir en cas d'oubli n'est possédé que par 37,3 % des patientes de l'étude alors que 72 % souhaiteraient en disposer. Dans le travail de l'équipe lyonnaise, 43 % seulement auraient souhaité en bénéficier. Il existe plusieurs documents disponibles, notamment celui de l'HAS. Dans notre étude, il était remis aux femmes après le recueil de leur questionnaire, une carte éditée par l'INPES dont le format est intéressant (taille standard pour portefeuille) et dont le message a le mérite d'être clair et concis (*annexe 3*), reprenant les recommandations officielles. Le support écrit semble un complément intéressant à l'information orale et il est dommage pour le praticien et pour la patiente de s'en dispenser.

### **C - Quelles pistes pour une meilleure information de nos patientes ?**

L'oubli de contraception orale est fréquent et concerne la plupart des utilisatrices : 20 % des patientes au cours du dernier mois dont 7 % pour lesquelles les oublis sont multiples. Le sujet de notre étude ne concerne pas l'observance de la pilule, sujet à part entière, mais la connaissance des recommandations en cas d'oublis de pilule. Pour pouvoir adopter le comportement adéquat en cas d'oubli, les femmes doivent détenir l'information juste, complète et l'avoir assimilé afin d'être en mesure de l'appliquer.

Les recommandations sur les mesures à prendre en cas d'oubli sont multiples, différent en fonction des collègues médicaux et des pays ce qui est source de confusion et de complexité non seulement pour les patientes mais également pour les médecins. Une étude récente menée

dans la Sarthe auprès de vingt-cinq médecins généralistes a mis en évidence des lacunes importantes puisque seulement deux médecins avaient des recommandations conformes à celles de l'HAS en cas d'oubli (44). La recommandation la moins connue des professionnels est également celle la moins connue également des patientes : l'enchaînement des deux plaquettes en cas d'oubli survenant sur les derniers comprimés. Une autre étude auprès des généralistes en Poitou-Charentes n'avait retrouvé que 11,2 % des praticiens donnant une conduite à tenir soit conforme aux recommandations de l'HAS, soit cohérente (45). Il semble donc difficile de transmettre une information claire et compréhensible si l'émetteur lui-même ne maîtrise pas la question. Rappelons que le temps théorique consacré à la contraception au cours des études de Médecine n'excède pas quelques heures sur l'ensemble du cursus. Dans le rapport de l'IGAS de 2009 sur la prévention des grossesses non désirées, les recommandations 13 et 14 étaient de « développer la place accordée aux questions de contraception dans la formation théorique et pratique des futurs médecins » ainsi que « d'encourager le développement d'actions de formation continue axées sur la contraception ».(24)

Simplifier l'information semble donc incontournable afin que les professionnels et les patientes puissent se l'approprier. Un groupe de réflexion a publié un article dans cet objectif, après avoir analysé les différentes recommandations existant actuellement. Leur approche est fondée sur la physiologie de la fécondation et sur la pharmacologie des œstroprogestatifs. Voici leurs propositions (*annexe 5*) (46):

-le délai d'oubli considéré à risque de grossesse est de 24 H.

-Trois situations sont à risque élevé de grossesse :

- le retard de plus de 24 H à la reprise d'une nouvelle plaquette.

- l'oubli survenant pendant la 1<sup>ère</sup> semaine de la plaquette.

- les oublis répétés dans les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> semaines.

Dans ces situations :

-s'il n'y a pas eu de rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli : il est recommandé de prendre immédiatement le comprimé oublié puis de poursuivre sa contraception et d'associer un préservatif pendant 72 heures.

-s'il y a eu rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli : il est recommandé de reprendre immédiatement sa contraception et de la poursuivre, de recourir à la contraception d'urgence et d'utiliser un préservatif au moins 7 jours.

-Il est recommandé d'enchaîner deux plaquettes en cas d'oubli des derniers comprimés de la plaquette.

Simplifier l'information est donc peut être une des clés pour faciliter son acceptation par les utilisatrices. En reprenant les termes d'*Oddens* « l'information ne suffit pas à l'observance », il semble indispensable après avoir délivré cette information de vérifier si celle-ci a été comprise par la patiente et ce qu'elle en a retenu. Ceci pourra être réitéré au cours des différentes consultations pour renouvellement, d'où la nécessité d'y consacrer du temps.

En parallèle de l'information orale, un support écrit auquel la patiente pourra se référer en cas de doute semble intéressant et répondre à la demande des utilisatrices. Internet peut être également une aide intéressante, à condition de conseiller la patiente vers un site validé afin d'éviter les informations erronées.

Enfin, des mesures pour faciliter l'accès à la contraception d'urgence ont été instaurées, malgré tout celle-ci reste sous utilisée comme nous l'avons vu. Dans une étude menée en 2007, malgré une indication de la contraception d'urgence conseillée par un site internet, 86.4% des femmes envisageaient de ne pas l'utiliser. Les raisons invoquées étaient : ne pas oser aller la chercher (7.8%), ignorer comment se la procurer (4.3%), crainte des effets secondaires (5.1%), mauvaise compréhension de la recommandation (7.2%). Mais surtout 40% pensaient que le risque de grossesse encouru était trop faible malgré une indication clairement donnée par le site dans leur situation.(41) Les femmes sous estiment le risque encouru de grossesse.

On peut penser que prescrire la contraception d'urgence systématiquement sur la même ordonnance que la contraception habituelle améliorerait les problèmes d'accès.(24)D'autant que les études ont démontré que sa prescription systématique n'encourageait pas les femmes à la « sur-utiliser » ou à la considérer comme un mode de contraception au long cours.(28)

Enfin, malgré une information simplifiée, claire, intelligible, comprise par nos patientes, il persistera toujours un phénomène qui échappe à nos compétences médicales : il s'agit de l'ambivalence vis-à-vis du désir d'enfant, plus ou moins présente chez l'utilisatrice de pilule. Dans l'étude lyonnaise, la moitié des femmes ayant eu une grossesse sous pilule déclarent que cette grossesse était « désirée ». Quelle est alors la part réelle de grossesses accidentelles et celles relevant d'un « acte manqué » ? Il n'y a évidemment pas lieu de lutter contre ce paradoxe qui appartient à chacune, mais celui-ci participe indéniablement à la diminution de l'efficacité réelle de la contraception.

Enfin, pour les patientes ne souhaitant pas de grossesse et qui sont confrontées à des oublis fréquents de pilule, discuter avec elles d'autres moyens contraceptifs plus adaptés à leurs conditions de vie semble être le plus raisonnable.

## **IV - Conclusion**

La question contraceptive concerne une vaste population d'hommes et de femmes et une grande proportion des médecins généralistes et bien entendu gynécologues. La contraception et ses échecs sont un réel problème de santé publique.

Les oublis de pilule en France sont fréquents et récurrents, représentant la principale cause des échecs contraceptifs survenant sous pilule. Des recommandations ont été émises par l'HAS en 2004, afin d'assurer au maximum l'efficacité du rattrapage contraceptif et prévenir ainsi les grossesses non programmées. La réalité est autre : les échecs contraceptifs sous pilule, encore trop fréquents, sont expliqués en partie par une méconnaissance ou une connaissance erronée de ces recommandations par les utilisatrices.

Cette étude s'est intéressée à évaluer le niveau de connaissance d'un échantillon d'utilisatrices dans l'agglomération nantaise ainsi que les déterminants d'un niveau de connaissance satisfaisant. Certaines recommandations sont correctement maîtrisées, d'autres demeurent inconnues de la plus grande majorité de femmes. Les femmes les plus jeunes ont un niveau de connaissance supérieur. Disposer d'une information écrite associée à l'information orale permet d'améliorer le niveau de connaissance, de même que réitérer l'information par différents professionnels de santé. Le pharmacien et le médecin ont chacun une place prépondérante dans la diffusion de l'information. Transmettre l'information nécessite non seulement son émission mais aussi sa réception, sa compréhension et son intégration par la patiente. Ceci implique de vérifier l'information retenue à une prochaine consultation, de la corriger éventuellement et de la répéter régulièrement.

L'efficacité contraceptive ne pourra s'améliorer qu'en offrant aux femmes la possibilité de sécuriser leurs oublis en ayant un comportement adapté à la situation. Pour le médecin, ceci nécessite de délivrer une information simplifiée, répétée, orale et écrite et d'assurer aux patientes une disponibilité médicale.

## **ANNEXES**

**Annexe1 : Tableau récapitulatif des pilules œstroprogestatives disponibles en France. (Liste non exhaustive)**

<u>GENERATION</u>	<u>PROGESTATIF</u>	<u>DOSAGE</u> <u>ETHINYLESTRADIOL</u> <u>(µg)</u>	<u>NOM</u> <u>COMMERCIAL</u>	<u>REMBOURSEMENT</u> R : remboursé NR : Non Remboursé	<u>Nombre de</u> <u>comprimés /</u> <u>plaquette</u>	<u>DCI</u>
3 <sup>ème</sup> GENERATION	DESOGESTREL	20	Mercilon®	NR	21	20 µg EE / 150 µg désogestrel
			Désobel Gé ®	R		
		30	Varnoline®	NR	21	30 µg EE / 150 µg désogestrel
			Désobel Gé 30®	R	21	
			Varnoline continu®	R	28	
	GESTODENE	15	Mélodia®	NR	28	15 µg EE / 60 µg gestodène
			Minesse ®			
		20	Harmonet®	NR	21	20 µg EE / 75 µg gestodène
			Méliane®			
			Felixita®			
		30	Carlin 20®	R	21	30 µg EE / 75 µg gestodène
	Efezial®					
	Minulet®					
30	Moneva®	NR	21	30 µg EE / 75 µg gestodène		
	Carlin 30®					
30 ou 40	Efezial®	R	21	30 µg EE / 75 µg gestodène		
	Felixita®					
30 ou 40	Phaeva®	NR	21	30µg EE/ 50 µg		

			Triminulet® Perléane®			gestodène 40 µg/ 70 µg 30 µg/100 µg
	NORGESTIMATE	35	Cilest® Effiprev®	NR	21	35 µg EE / 250 µg norgestimate
			Tricilest® Triafemi®	NR	21	35 µg EE/ 180 µg norgestimate 35 µg/215 µg 35 µg / 250 µg
2ème GENERATION	LEVONORGESTREL	20	Leeloo Gé®	R	21	20 µg EE/100µg lévonorgestrel
		30	Minidril® Ludéal Gé®	R	21	30 µg EE/ 150 µg lévonorgestrel
		30 ou 40	Adépal® Pacilia®	R	21	30µg EE/150 µg L. 40 µg EE/200µg L.
			Trinordiol® Amarance® Daily Gé® Evanecia®	R	21	30 µg EE/50 µg L. 40 µg EE/ 75 µg L. 30 µg EE/125 µg L.
	NORGESTREL	50	Stédiril®	R	21	50 µg EE/500 µgN.
1ère GENERATION	NORETHISTERONE	35	Triella®	R	21	35µg EE/500µg N. 35µgEE/750 µg N. 35 µgEE/1000µgN.

Autres pilules	CHLORMADINONE	30	Belara®	NR	21	30µg EE/2 mg Chlormadinone.
	DROSPIRENONE	20	Jasminelle®	NR	21	20µgEE/3mg drosp.
		20	Jasminelle continu® Yaz®	NR	28	20µgEE/3mg drosp.
		30	Jasmine®	NR	21	30µgEE/3 mgdrosp.
	DIENOGEST	3 mg ESTRADIOL (valérate d')	Qlaira®	NR	28	3mg estradiol /0 2mg estradiol/2mg diénogest 2mgestradiol/3mg. 1mg estradiol/0.
→Pas d'AMM contraception	ACETATE DE CYPROTERONE	35	Diane 35® Evépar® Minerva®	NR	21	35µg EE/ 2 mg acetate de cyprot.

*Pilule monophasique*

*Pilule biphasique*

*Pilule triphasique*

*Pilule quadriphasique*

## **Annexe 2 : Questionnaire de notre étude distribué aux utilisatrices de pilule.**

1. Quel est le nom de votre pilule actuelle (ou son générique) ? .....

**Cochez une seule réponse par question sauf indication contraire :**

2. Depuis quand la prenez-vous ?     Moins de 1 an                       Plus de 1 an

Si vous aviez une autre pilule avant, nombre total d'années sous pilule : .....

3. Quand la prenez-vous ?                       Le matin             Le midi             Le soir

4. Vous estimez-vous bien informée sur votre pilule (comment la prendre, que faire en cas d'oubli)?

Parfaitement informée                                       Correctement informée

Insuffisamment informée                                       Pas du tout informée

5. Qui vous a informé sur son utilisation (**possibilité de cocher plusieurs réponses**) ?

Votre gynécologue                                       Votre pharmacien

Votre médecin traitant                                       Entourage (famille, amis)

Médias (internet, télévision, radio...)

Cours d'éducation scolaire

Autre : .....

6. Lors de la consultation pour le renouvellement de pilule, le médecin me demande-t-il si j'ai eu des oublis de pilule?

A chaque fois                       Régulièrement                       Parfois                       Jamais

7. Le médecin m'a-t-il déjà expliqué la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule ?

Une fois                       Plusieurs fois                       A chaque fois                       Jamais

8. Dois-je attendre la fin de mes règles pour débiter une nouvelle plaquette de pilule ?

Oui                       Non                       Je ne sais pas

9. Il est prévu, entre 2 plaquettes de pilule, un délai de 7 jours sans comprimé.

• Je peux raccourcir ce délai sans risque ?                       Oui                       Non                       Je ne sais pas

• Je peux allonger ce délai sans risque ?                       Oui                       Non                       Je ne sais pas

10. Je débute toujours le même jour de la semaine ma nouvelle plaquette de pilule (1er comprimé) ?

Oui                       Non                       Je ne sais pas

11. Il est recommandé de prendre ma pilule à heure régulière chaque jour :

Oui                       Non                       Je ne sais pas

12. Dans les 3 derniers mois, j'ai oublié ma pilule :                       Oui                       Non

Si oui :                       Au moins 1 fois dans les 3 derniers mois

Une fois par mois environ

Plus d'une fois par mois

Le décalage était de ..... heures par rapport à la prise habituelle (Précisez le retard le plus important en cas d'oublis multiples)

13. Ma pilule ne me protège plus du risque de grossesse si l'oubli est

Supérieur à 3 H                       Supérieur à 12H                       Supérieur à 24H                       Je ne sais pas

14. Si j'oublie un comprimé plus de 12 H :

• Je prends le comprimé oublié dès que possible                       Oui                       Non                       Je ne sais pas

• Je continue ma plaquette en cours                       Oui                       Non                       Je ne sais pas

• J'utilise un préservatif dans les 7 jours qui suivent l'oubli                       Oui                       Non                       Je ne sais pas

• J'enchaîne sans interruption une deuxième plaquette de pilule si l'oubli a lieu dans la dernière semaine de la plaquette en cours ?                       Oui                       Non                       Je ne sais pas

15. Si je vomis dans les 4 H après ma prise de pilule, dois-je reprendre un autre comprimé ?

Oui  Non  Je ne sais pas

16. Je connais la contraception d'urgence (« pilule du lendemain »)

Oui  Non

17. J'ai déjà utilisé la contraception d'urgence (« pilule du lendemain »)

Une fois  Plusieurs fois  Jamais

18. Cette contraception d'urgence :

- Je peux l'obtenir sans ordonnance en pharmacie?  Oui  Non  Je ne sais pas
- Je la prends, si j'ai eu un rapport sexuel non protégé
  - Dans les 5 jours qui précèdent l'oubli ?  Oui  Non  Je ne sais pas
  - Dans les 5 jours qui suivent l'oubli ?  Oui  Non  Je ne sais pas
- Est efficace à 100% ?  Oui  Non  Je ne sais pas

19. En cas de doute sur la conduite à tenir en cas d'oubli, je demande conseil à (*plusieurs réponses possibles*) :

Mon gynécologue  Entourage  Notice d'utilisation de ma pilule  
 Mon médecin traitant  Internet  Je ne sais pas  
 Mon pharmacien  Autre : .....

20. Je possède un document me rappelant la conduite à tenir en cas d'oubli

Oui  Non

Si non, je pense que ça me serait utile d'en avoir un :

Oui  Non

21. Sur une échelle de satisfaction de ma pilule allant de 1 à 4, je me situe (*entourez le chiffre*) :



22. Avez-vous déjà eu une grossesse non programmée sous pilule ?

Oui  Non

Si oui, avez-vous gardé cette grossesse ?

Oui  Non

23. Quel âge avez-vous ? ..... ans

24. Quelle est votre commune de résidence ? .....

25. Quelle est votre profession (ou précisez si vous êtes au lycée ou collègue) ? .....

26. Quel est votre dernier diplôme obtenu (ou votre niveau d'étude scolaire) ?

Brevet des collèges  BEP- CAP  Baccalauréat (général, professionnel)  
 Bac + 2  Bac +3  Bac +5  
 Bac +8  Sans qualification  Autre : .....

## Annexe 3 : Carte INPES

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

  
www.inpes.solid.fr  
**inpes**  
Institut national  
de prévention et  
d'éducation pour  
la santé

Nom de votre pilule :

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

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

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

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

413 899 11C

### **Si vous avez dépassé le délai indiqué sur la carte**

**Pour retrouver une contraception efficace,**

**il faut au moins 7 jours de comprimés actifs en continu après l'oubli.**

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

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



Pour plus d'information ou pour être aidée, rendez-vous chez votre pharmacien, dans un centre de planification ou sur **[www.choisirsacontraception.fr](http://www.choisirsacontraception.fr)**

## Annexe 4 : Résultats de l'analyse multivariée

Figure 38 : Résultats de l'analyse multivariée

**Variables dans l'équation**

		A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 1 <sup>a</sup>	Q20(1)	-,806	,354	5,180	1	,023	,447
	Q17CU(1)	,976	,346	7,973	1	,005	2,653
	UTILIS	-,518	,173	8,984	1	,003	,596
	Q7	,012	,134	,008	1	,929	1,012
	Q23	,001	,023	,001	1	,973	1,001
	Constante	1,505	,926	2,640	1	,104	4,504

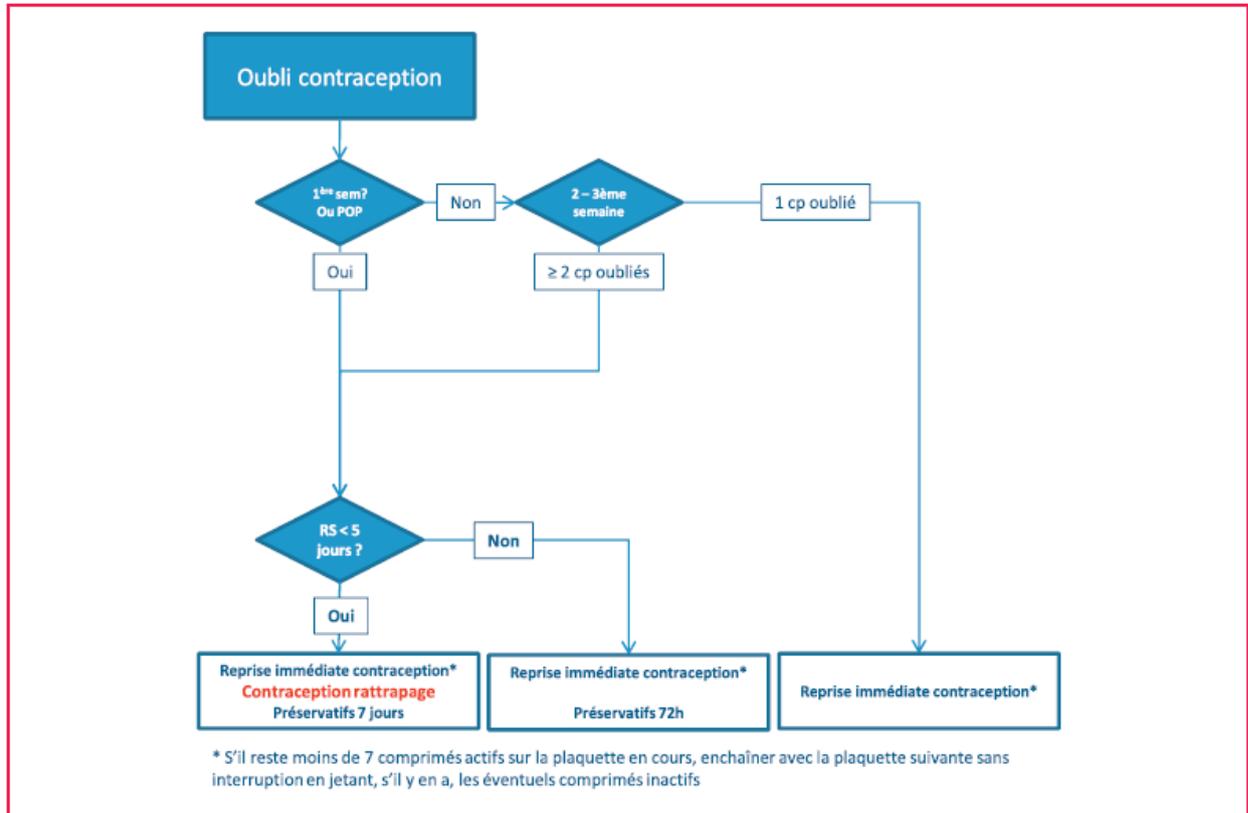
**Variables dans l'équation**

		IC pour Exp(B) 95%	
		Inférieur	Supérieur
Etape 1 <sup>a</sup>	Q20(1)	,223	,894
	Q17CU(1)	1,348	5,223
	UTILIS	,425	,836
	Q7	,778	1,316
	Q23	,956	1,048
	Constante		

**Annexe 5 : Propositions de recommandations simplifiées pour la conduite à tenir par le groupe de réflexion « Oublis de pilule ».**

*C.Jamin et al, Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 39 (2011)*

**Figure 39 : CAT en cas d'oubli de pilule : propositions par le groupe de réflexion "Oubli de pilule"**



## Bibliographie

1. Van de Walle E. Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne? *Populations et Sociétés*. déc 2005;(418):4.
2. Serfaty D. Contraception [Internet]. 4ème éd. Elsevier Masson; 2011 [cité 3 sept 2012]. Disponible sur: <http://www.searchnu.com/406>
3. Carlotti N. Contraceptifs hormonaux. *La Revue Du Praticien*. 15 janv 2008;58:21-28.
4. Robin G, Letombe B. Contraceptions non hormonales. *La revue du Praticien*. 15 janv 2008;58:29-39.
5. Naves M-C, Sauneron S. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale [Internet]. 2011 juin p. 12. Report No.: 226. Disponible sur: [www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr)
6. Bajos N, Leridon H, Goulard H. Contraception : from accessibility to efficiency. *Human Reproduction*. 2003;18(5):994-999.
7. INPES. Baromètre Santé 2005.
8. 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.
9. INPES. Les français et la contraception. 2007 mars p. 47.
10. Aubin C, Jourdain Menninger. La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication. IGAS; 2009.
11. Observatoire Régional de la Santé. La santé observée dans les pays de la Loire. 2012.
12. Observatoire Régional de Santé PDL. Baromètre santé 2010 Pays de Loire [Internet]. 2012 [cité 26 janv 2012]. Disponible sur: [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com)
13. INED. La contraception dans le monde. [www.ined.fr](http://www.ined.fr). 2010.
14. ANAES, AFSSAPS, INPES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme /modèle BERCER. 2004 déc p. 48.
15. Bajos N. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France - Cairn.info [Internet]. 2004 [cité 15 janv 2012]. Disponible sur: [www.cairn.info/revue-population-2004-3-page-479.htm](http://www.cairn.info/revue-population-2004-3-page-479.htm).
16. Agence Nationale de Sécurité d Médicament et des Produits de Santé. Contraceptifs oraux combinés et risque de thrombose veineuse. 2012 déc.
17. Contraceptifs oraux dits de troisième génération : déremboursement prévu pour mi-2013. *Prescrire*. déc 2012;32(350):903.
18. Quéreux C, Gabriel R. Bénéfices non contraceptifs de la contraception orale. *Gynécologie Obstétrique Fertilité*. 2003;31:1047-1051.
19. Mortality among contraceptive pill users : cohort evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *BMJ*. 2010;(340).
20. De Tourris H, Magnin G, Pierre F. Gynécologie et Obstétrique [Internet]. 7ème éd. Masson; 2000 [cité 3 sept 2012]. Disponible sur: <http://www.searchnu.com/406>
21. Christin-Maitre S. Physiologie de l'ovulation et mode d'action de la contraception. *La Revue du Praticien*. 15 janv 2008;58:17-20.
22. Oddens B, Guis F. L'observance et l'oubli de pilule en France en 1995. *Contraception, Fertilité, Sexualité*. 1996;24(4):290-296.
23. Marie P, Champollion S., Ourabah R. Que font les patientes quand elles oublient leur pilule? *Exercer*. 2008;(80):13-16.
24. Aubin C, Jourdain Menniger D. Prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2009 oct p. 1-99. Report No.: RM2009-104A.

25. Aubeny E., Buhler M., Colau J-C., Vicaut E. Oral contraception : patterns of non-compliance. The Coraliance study. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. 2002;7:155-161.
26. Lachowsky M, Levy-Toledano R. Améliorer l'observance de la contraception orale. La « carte qui sonne » : aide mémoire ou nouveau rituel? Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2000;28:317-23.
27. Guilbert E, Black A, Dunn S. Oubli de doses de contraceptif hormonal : nouvelles recommandations. Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada. JOCG. nov 2008;(219):1063-1077.
28. Aubény E. Contraception d'urgence. La Revue Du Praticien. 15 janv 2008;58:50-54.
29. Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. Am J Obstet Gynecol. 2001;(184):531-537.
30. Norlevo, monographie. Vidal. 87ème éd. 2011. p. 1559-1560.
31. Ellaone, monographie. Vidal. 87ème éd. 2011. p. 729-730.
32. Le conseil pharmaceutique en contraception orale d'urgence. La Revue Prescrire. 19(199):645.
33. Moreau C, Trussell J, Rodriguez G. Contraceptive failure rates in France: results from a population-based survey. Human Reproduction. 2007;22(9):2422-2427.
34. Régnier-Loilier A, Leridon H. La loi Neuwirth 40 ans après : une révolution inachevée? Population et Sociétés. nov 2007;(439):1-8.
35. Vilain A, Mouquet MC. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010 [Internet]. 2012 juin. Report No.: 804. Disponible sur: [www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr)
36. Moreau C. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. Revue Française des Affaires sociales. 2011;1(1):148-161.
37. 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).
38. Davie E, Mazuy M. Fécondité et niveau d'études des femmes en France à partir des enquêtes annuelles de recensement. Population. 2010;65(3):475-512.
39. Diard M. Niveau d'information et de connaissance des femmes sur la contraception en général et sur leur propre contraceptif. Amiens; 2010.
40. Ferre G. Evaluation des connaissances concernant leur contraception, de femmes utilisatrices d'estroprogestatifs combinés. [Lyon 1]: Claude Bernard; 2005.
41. Lemaitre S, Collier F, Hulin V. Intérêt d'internet comme outil d'information en cas d'oubli de pilule en MG. La Revue Du Praticien. déc 2009;59:7-15.
42. Masnada E. Nos patientes sous contraception orale connaissent-elles la conduite à tenir en cas d'oubli de pillule? Nancy; 2007.
43. Goulard H, Bajos N, Job-Spira N, L' Equipe Cocon. Caractéristiques des utilisatrices de pilule du lendemain, en France. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2003;31:724-729.
44. Bertin-Steunou V, Bouquet E, Cailliez E. Le médecin généraliste et l'oubli de pilule. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2010;39:208-217.
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. [Poitiers]: Faculté de Médecine; 2008.
46. 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.

LAMANDE Tiphaine

Soutenance le 9 Avril 2013

**Titre de thèse : L'information détenue par les patientes leur permet-elle de gérer correctement un oubli de pilule ?**

La pilule est le mode contraceptif utilisé par plus de la moitié des femmes françaises. Sa gestion quotidienne est source d'oublis pour beaucoup d'utilisatrices, occasionnant environ 48 000 grossesses non programmées par an et 10 % des IVG. Des recommandations sur la gestion de l'oubli de pilule ont pourtant été publiées en 2004 par l'HAS afin de prévenir ces échecs contraceptifs. Cette étude transversale a pour objectif dans un premier temps d'évaluer l'état des connaissances des utilisatrices sur ces recommandations et dans un deuxième temps de rechercher des déterminants significatifs du niveau de connaissance. 177 utilisatrices de pilule œstroprogestative dans la région nantaise ont été interrogées : seulement 2.8% d'entre elles auraient une attitude conforme aux recommandations. Une analyse multivariée a mis en évidence trois facteurs corrélés de façon significative à un meilleur niveau de connaissance notamment la possession d'un document écrit. Une information intelligible, répétée par plusieurs professionnels, orale et écrite et une simplification des recommandations pourraient sans doute améliorer la gestion de l'oubli par les utilisatrices.

**Mots clés :**

Contraception / oubli de pilule / connaissance /échec contraceptif / pilule œstroprogestative/ IVG / HAS.