



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

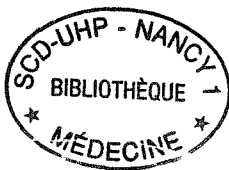
LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



05 NOV. 2004

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

par

Renaud MENIERE

le 12 octobre 2004

TITRE :

**DE LA CONNAISSANCE DU BON USAGE DE LA CONTRACEPTION : APPORT
DE L'ETUDE NATIONALE EPILULE 2003 AUPRES DE 2802 PATIENTES EN
MEDECINE GENERALE.**

Examineurs de la thèse :

Mme le Professeur P. Monnier-Barbarino

Président

Mr le Professeur M. Schweitzer

}

Mr le Professeur J.D. de Korwin

} Juges

Mr le Docteur P. Bastien

}

Mme le Docteur C. Loos

}

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Viè Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Jacques ROLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT
Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU
Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT – Michel WEBER – Gérard FIEVE

=====
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT - Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (*Biologie cellulaire*)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIEWSKI

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Francis PENIN – Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (type biologique)*)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT
Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT – Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT
Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Gilbert THIBAUT

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DE THESE

Madame le Professeur Patricia MONNIER-BARBARINO

Professeur de Gynécologie-obstétrique

Nous avons été sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider le jury de cette thèse.

Nous sommes reconnaissants de votre accueil et de votre disponibilité.

Veuillez trouver ici, l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Michel SCHWEITZER

Professeur de Gynécologie-obstétrique

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail.

Veillez trouver ici, l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

Professeur de Médecine interne

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Veillez trouver ici, l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Patrick BASTIEN

Docteur en Médecine générale

Vous nous avez proposé le sujet de cette thèse et en avez accepté la direction.

Vous avez consacré de nombreuses heures à ce travail et vous nous avez toujours réservé le meilleur accueil.

Veillez trouver ici, l'expression de notre vive reconnaissance.

A NOTRE JUGE

Madame le Docteur Carole LOOS-AYAV

Docteur en Médecine

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail.

Votre investissement dans l'exploitation statistique de cette étude a été remarquable.

Veillez trouver ici, l'expression de notre sincère reconnaissance.

AU RESPONSABLE DES PROJETS DE RECHERCHE DU RESEAU EPI

Monsieur le Docteur Joël COGNEAU

Nous vous remercions de votre participation au réseau EPI, qui vise à faire progresser les pratiques de notre activité en médecine générale.

Nous vous sommes reconnaissants de votre coopération et de votre patience.

Veillez trouver ici, l'expression de nos sincères remerciements.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES	15
LISTE DES TABLEAUX	16
LISTE DES FIGURES	17
 I. INTRODUCTION	 18
 II. CONTEXTE	 19
A. Historique de la fécondité en France	19
B. Répartition des modes de contraception	19
C. Les échecs de contraception	21
1. Interruptions volontaires de grossesse	21
2. Les grossesses non planifiées	21
D. Les raisons des échecs	22
1. Efficacité théorique et réelle des différents modes contraceptifs	22
2. Observance	23
E. Information sur la contraception ressentie par les patientes	24
 III. ETUDE PERSONNELLE	 25
A. Moyens	25
1. Présentation du réseau EPI	25
2. Présentation de l'étude « épilule »	26
3. Présentation de la thèse	26
B. Méthodes	27
1. Recueil de données systématique	27
2. Recueil de données ciblé	28
3. Déroulement de l'enquête	28

C. Analyse statistique	29
D. Résultats	31
1. Qui oublie la pilule ?	31
2. Qui ne sait pas quoi faire en cas d'oubli de pilule contraceptive?	35
3. Utilisation de la contraception orale d'urgence	44
4. Connaissance de la contraception orale d'urgence	46
5. Connaissance du stérilet	49
6. Les femmes se sentent-elles bien informées ?	50
7. Sources d'information des patientes	53
8. Questionnaire médecin	54

IV. DISCUSSION **55**

A. Critique de l'étude	55
1. Le choix de la population	55
2. Les biais de l'étude	55
B. Qui oublie la pilule ?	56
C. Connaissance de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule	59
1. Les références	59
2. Les réponses des patientes	61
D. Utilisation de la contraception orale d'urgence	65
E. Connaissance du bon usage de la contraception orale d'urgence	67
1. Les références	67
2. Les réponses des patientes	69
F. Connaissances des patientes sur le stérilet	70
G. Information ressentie sur la contraception	71
1. sur la contraception en général	71
2. Sentiment d'information sur la contraception orale d'urgence	71

H. Sources d'information	-----71
I. Questionnaire médecin	-----72

V. CONCLUSION	-----73
---------------	---------

VI. BIBLIOGRAPHIE	-----76
-------------------	---------

VII. ANNEXES	-----80
--------------	---------

Annexe 1 : Indicateur structurel de fécondité au cours du 20 ^{ième} siècle	80
Annexe 2 : Charte d'engagement du réseau EPI	81
Annexe 3 : Protocole contraception AFSSAPS / Réseau EPI	82
Annexe 4 : Questionnaire patientes	84
Annexe 5 : Questionnaire médecin	93
Annexe 6 : Sites francophones d'information sur la contraception	94

Liste des abréviations utilisées (par ordre d'apparition)

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)

Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale(INSERM)

Dispositif Intra Utérin(DIU)

Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG)

Institut National d'Etudes Démographiques(INED)

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

Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES)

Institut National de Prévention et d'Education en matière de Santé (INPES)

Fonds d'action pour la qualité des soins en médecine de ville National (FAQSVN)

Institut de Veille Sanitaire(InVS)

Caisse Nationale d'Assurance Maladie(CNAM).

Direction Générale de la Santé(DGS)

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS).

British National Formulary (BNF)

Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP)

Liste des tableaux

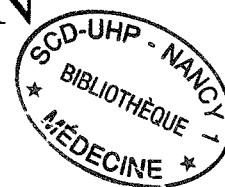
TABLEAU I : Statut contraceptif des femmes de 18 à 44 ans en France en 2000, exprimé en pourcentages. D'après l'INSERM (2). -----	p. 19
TABLEAU II : Statut contraceptif lors des grossesses finissant en IVG. D'après l'INSERM (2) -----	p. 20
TABLEAU III : Pourcentages théoriques et réels de grossesses au cours de la première année d'utilisation des différentes contraceptions. D'après Fu et Darroch (7-8). -----	p. 21
TABLEAU IV : Sentiment de bonne information en matière de santé. D'après l'INPES (10). -----	p. 23
TABLEAU V : Nombre d'oublis de pilule au cours des 6 derniers mois. -----	p. 30
TABLEAU VI : Facteurs de risque d'oubli de pilule au cours des 6 derniers mois (variables quantitatives). -----	p. 31
TABLEAU VII : Facteurs de risque d'oubli de pilule au cours des 6 derniers mois (variables qualitatives). -----	p. 32
TABLEAU VIII : Etude multivariée des facteurs de risque d'oubli de pilule au cours des 6 derniers mois. -----	p. 33
TABLEAU IX : « En cas d'oubli de pilule, faut-il prendre la pilule oubliée dès que possible ? » Moyenne d'âge suivant la réponse. -----	p. 34
TABLEAU X : « En cas d'oubli de pilule, faut-il prendre la pilule oubliée dès que possible ? » Facteurs qualitatifs influençant la réponse. -----	p. 35
TABLEAU XI : Facteurs influençant l'idée que les utilisatrices ont du retard acceptable de prise de pilule (en heures). -----	p. 37
TABLEAU XII : « En cas de retard important de prise de pilule, faut-il utiliser des préservatifs jusqu'à la prochaine plaquette ? » Moyenne d'âge suivant la réponse. -----	p. 38
TABLEAU XIII : « En cas de retard important de prise de pilule, faut-il utiliser des préservatifs jusqu'à la prochaine plaquette ? » Facteurs qualitatifs influençant la réponse. -----	p. 39
TABLEAU XIV : Période jugée par les utilisatrices comme la plus à risque de grossesse en cas d'oubli de pilule. -----	p. 40
TABLEAU XV : Moyenne d'âge suivant la réponse à la question : « Les conseils en cas d'oubli figurent-ils sur la notice de la pilule ? » -----	p. 41

TABLEAU XVI : Facteurs qualitatifs influençant la réponse à la question : « Les conseils en cas d'oubli figurent-ils sur la notice de la pilule ? »	p. 42
TABLEAU XVII : Effet de l'oubli de pilule au cours des 6 derniers mois sur les antécédents d'utilisation de contraception orale d'urgence.	p. 43
TABLEAU XVIII : Raison invoquée pour l'utilisation de contraception d'urgence.--	p. 44
TABLEAU XIX : Avis des patientes sur l'efficacité de la contraception orale d'urgence en pour cent.	p. 45
TABLEAU XX : Facteurs influençant la réponse à la question: « La pilule du lendemain est disponible sans ordonnance ? »	p. 46
TABLEAU XXI : Facteurs influençant la réponse à la question : « Pour être efficace, la pilule du lendemain doit être prise dans un délai de ___ heures après un rapport non protégé ».	p. 47
TABLEAU XXII : Influence du délai depuis la pose du premier stérilet sur la réponse à la question : « En cas de retard de règles sous stérilet, faut-il faire un test de grossesse ? »	p. 48
TABLEAU XXIII : Facteurs influençant le sentiment d'information sur la contraception.	p. 50
TABLEAU XXIV : Facteurs influençant le sentiment d'information sur la contraception orale d'urgence.	p. 51
TABLEAU XXV : Provenance de l'information sur la contraception. Cotation sur 10.	p. 52

Liste des figures

Figure 1 : « Combien de fois avez-vous oublié la pilule au cours des 6 derniers mois ? » Etude épilule chez 1523 patientes de 16 à 49 ans.	p. 56
Figure 2 : « Vous arrive-t-il d'oublier votre pilule ? » Etude AADOC (11) chez 841 femmes de 18 ans.	p. 56

I. INTRODUCTION



Cette thèse utilise les données de l'étude EPILULE réalisée au niveau national en médecine générale (de mai à décembre 2003) et basée sur deux questionnaires, l'un distribué aux patientes et l'autre aux médecins.

Deux cent huit médecins généralistes ont participé à l'enquête en interrogeant de façon aléatoire 2802 femmes de 16 à 49 ans consultant en médecine générale.

Le questionnaire distribué aux patientes a permis d'évaluer leurs connaissances du bon usage des contraceptions. Combien savent quel est le retard de prise de pilule contraceptive exposant à un risque de grossesse ? Combien connaissent le délai pour prendre une contraception d'urgence après un rapport non protégé ?

Le questionnaire distribué aux médecins a permis de recenser les pratiques actuelles en matière d'information sur la contraception.

Toute la difficulté est de cibler la population exposée (ou qui le sera) au risque de grossesse, et plus particulièrement de grossesse non désirée. Nous essayerons de découvrir les lacunes à combler afin de promouvoir une information adaptée aux besoins des patientes et d'optimiser l'efficacité des contraceptifs.

Quelles informations, données à quelles patientes, permettraient de diminuer les échecs de contraception ?

Le principe du recueil de données en médecine générale permet d'étudier la population sur laquelle les généralistes peuvent agir.

II. CONTEXTE

A. Historique de la fécondité en France

L'indicateur conjoncturel de fécondité est de 1,88 enfant par femme en 2000 et n'était que de 2,07 en 1935 (1) selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) (annexe 1). La différence est minime malgré la limitation des possibilités contraceptives en 1935.

B. Répartition des modes de contraception

Les données les plus récentes concernant la France ont été collectées par l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) durant l'année 2000 (2) (tableau 1). La répartition des modes de contraception est stable depuis 1994 (3).

On constate que 73,7% des femmes de 18 à 44 ans bénéficient d'une contraception réversible, 4,5% ont été stérilisées.

Les 22% restants comprennent les femmes enceintes (3,8%) et celles tentant de l'être (4,1%), les couples stériles (1,4%), les femmes déclarant ne pas avoir d'activité sexuelle (10%).

La répartition des modes de contraception montre la suprématie de la contraception orale (45,8% de la population totale, 62,1% des patientes ayant une contraception), dépassée par le Dispositif Intra Utérin(DIU) uniquement dans la classe d'âge 40-44 ans (29,6% de porteuses de stérilet).

Le deuxième mode de contraception, tous âges confondus est le DIU (16,1%). Ce n'est cependant qu'à partir de 30 ans qu'il dépasse le préservatif.

L'étude des 18-19 ans est intéressante car parmi ces patientes, 36,7% n'ont pas de contraception, 53,9% ont une contraception orale et 9,2% utilisent des préservatifs.

TABLEAU I : Statut contraceptif des femmes de 18 à 44 ans en France en 2000, exprimé en pourcentages. D'après l'INSERM (2).

AGE en années	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	18-44
Contraception orale	53,9	68,3	56,7	43,8	33,2	28,0	45,8
D I U	0,0	0,9	7,5	18,3	27,6	29,6	16,1
Préservatifs	9,2	8,6	7,7	8,0	6,2	6,7	7,5
Contraception locale	0,2	0,0	0,1	0,4	0,5	0,9	0,4
Abstinence périodique	0,0	0,8	0,8	0,4	2,9	1,7	1,3
Coït interrompu	0,0	0,2	3,2	1,4	3,5	2,6	2,1
Autre méthode	0,0	0,4	0,1	0,2	0,7	1,1	0,5
Total des méthodes réversibles	63,3	79,2	76,1	72,5	74,6	70,6	73,7
Stérilisation	0,0	0,0	0,3	0,9	5,7	16,3	4,5
Pas de contraception							
Stérilité	0,0	0,0	0,6	0,5	1,7	4,2	1,4
Grossesse en cours	1,5	1,8	7,1	6,9	3,3	0,4	3,8
Volonté de grossesse	0,0	1,4	7,0	6,9	4,5	1,9	4,1
Pas d'activité sexuelle	33,3	17,1	6,6	8,4	6,5	3,4	10,0
Autre	1,9	0,4	2,3	4,0	3,7	3,1	2,7
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

C. Les échecs de la contraception

1. Interruptions volontaires de grossesse

Les échecs de contraceptions en France restent stables et la fréquence des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) n'a pas bougé depuis plusieurs années. Chaque année en France, environ 200 000 IVG sont pratiquées (Institut National d'Etudes Démographiques (INED) (4) et Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) (5-6)). On en recense 16 000 chez les moins de 20 ans.

2. Les grossesses non planifiées

L'étude de l'INSERM (2) estime que 20% des 760 000 naissances annuelles sur le territoire national ne sont pas planifiées. Trente-deux pour cent des grossesses non planifiées se terminent par une IVG et 23% des IVG surviennent chez des patientes sous contraception orale (Tableau II). Au moment du diagnostic de grossesse, 20 % des patientes « ne voulaient pas du tout être enceinte ».

TABLEAU II : Statut contraceptif lors des grossesses finissant en IVG. D'après l'INSERM (2).

Situation contraceptive	%
Pas de contraception	28,1
Contraception orale	23,1
Préservatifs	19,3
Méthodes naturelles	19,1
Dispositif intra-utérin	7,0
Méthodes locales	2,8
Autres	0,6

D. Les raisons des échecs

1. Efficacité théorique et réelle des différents modes de contraception

L'ouvrage américain « A clinical guide for contraception », datant de 2003 (7), avait repris l'étude comparant l'efficacité réelle et théorique des contraceptions, faite par le planning familial des USA en 1995 (8) qui comptait le nombre de grossesses non souhaitées au cours de la première année d'utilisation des différentes contraceptions (Tableau III).

TABLEAU III : Pourcentages théoriques et réels de grossesses au cours de la première année d'utilisation des différentes contraceptions. D'après Fu et Darroch (7-8).

METHODE	% THEORIQUE	% REEL
Pas de contraception	85	85
Pilule oestro-progestative	0,1	7,6
Pilule progestative	0,5	3,0
Abstinence périodique	2 à 9	20,5
DIU à la progestérone	1,5	2,0
DIU au cuivre	0,6	0,8
Préservatif masculin	3,0	13,9
Coït interrompu	4,0	23,6
Diaphragme + spermicides	6,0	12,1
Spermicides seuls	6,0	25,7
Implants à la progestérone	0,05	0,2
Injections de progestérone	0,3	3,1
Stérilisation masculine	0,1	0,15
Stérilisation féminine	0,05	0,05

L'écart le plus important entre la théorie et la réalité est constaté pour le coût interrompu (passant de 4 % de grossesses pour un an de pratique, à 23,6 % en réalité).

Les informations les plus marquantes pour la pratique en médecine générale sont celles concernant les contraceptifs oraux (7,6% de grossesse au cours de la première année d'utilisation, pour un taux d'échec théorique de 0,1). Le hiatus entre théorie et réalité est en rapport avec le bon usage et l'observance des différentes méthodes.

2. Observance

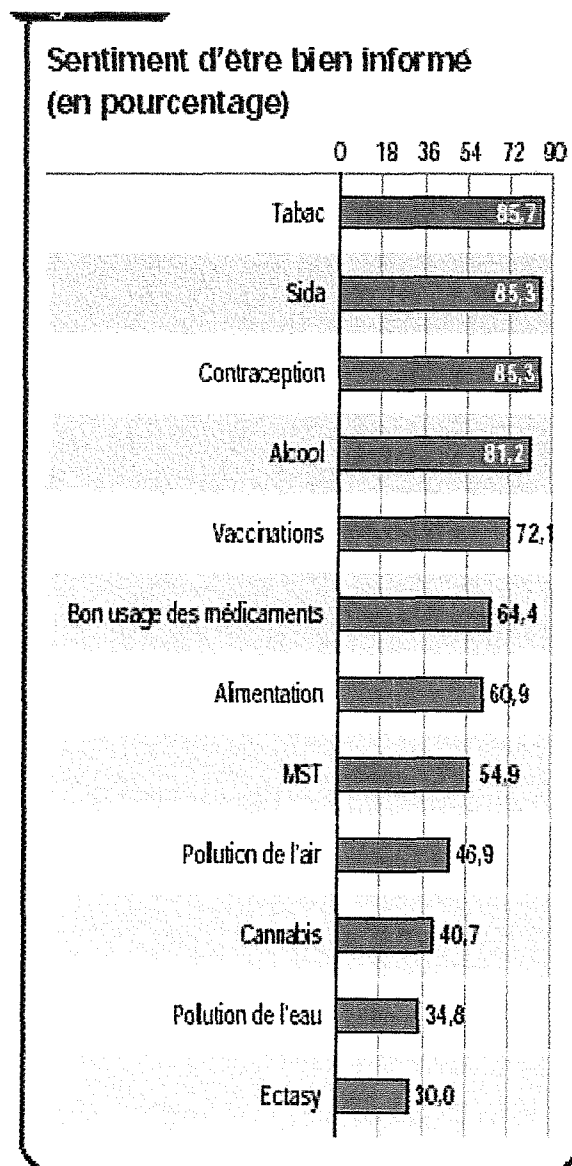
L'observance des traitements médicamenteux prescrits par un médecin généraliste a été évaluée à 78 % par le Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) sur la base de 3862 questionnaires téléphoniques (9).

Selon l'étude INSERM (2) déjà mentionnée plus haut, 45,8 % des femmes de 18 à 44 ans utilisent une contraception orale (68,3 % chez les 20-24 ans). Trente-cinq pour cent des femmes ayant présenté une grossesse non planifiée bénéficiaient d'une contraception orale. Dans 60,3 % des cas, elles estiment que l'échec était dû au retard ou à l'oubli de la prise d'une pilule.

E. Information sur la contraception ressentie par les patientes

Le baromètre de la santé 2000 (10), réalisé par l'Institut National de Prévention et d'Education en matière de Santé (INPES), a montré que la population française se sent bien informée sur la contraception (85,3%) et le bon usage des médicaments (64,4%) (Tableau IV).

TABLEAU IV : Sentiment de bonne information en matière de santé. D'après l'INPES (10).



III. ETUDE PERSONNELLE

A. Moyens

1. Présentation du réseau EPI

Le FAQSV National (Fonds d'action pour la qualité des soins en médecine de ville National) a accepté de financer pour deux ans un réseau national de médecins généralistes. Ce réseau a pour finalité première de réaliser, en médecine générale, des enquêtes de type épidémiologique, en partenariat avec les institutions concernées (Institut de Veille Sanitaire(InVS), INSERM, AFSSAPS, Caisse Nationale d'Assurance Maladie(CNAM)).

Les thèmes de ces enquêtes ont été choisis pour leur intérêt en Santé Publique, et leur pertinence pour l'exercice professionnel. En 2 ans, 4 enquêtes nationales ont été réalisées portant sur le diabète, la démence, la conduite à risque vis à vis de l'alcool et cette étude EPILULE sur la contraception.

Le réseau est dirigé par un comité de pilotage comprenant :

- le responsable des projets de recherche : Dr Joël COGNEAU
- le responsable informatique : Dr Patrick ATLAS, Leïla BARIK
- le responsable du réseau : Dr Martial OLIVIER-KHOERET
- un expert généraliste extérieur au projet : Dr François LIARD
- un expert épidémiologiste : Pr Dominique SIMON
- un responsable financier : Dr Alain LIWERAND
- un représentant du FAQSVN

Le secrétariat est assuré par Stéphanie POIRIER

Le responsable EPI grand EST est le Dr P. BASTIEN (Généraliste, qualifié en épidémiologie)

2. Présentation de l'étude « épilule »

Dans le but de réduire le nombre de grossesses non désirées, la Direction Générale de la Santé (DGS) a demandé à l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) de définir des recommandations de bonne pratique en matière de prescription de moyens contraceptifs. Ces recommandations seront développées en partenariat avec l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS).

Le réseau EPI a rencontré, à sa demande, l'AFSSAPS, en juillet 2002, pour examiner la possibilité d'un travail en partenariat. Une deuxième rencontre a eu lieu en février 2003, au cours de laquelle une enquête sur le thème de la contraception a été proposée, afin d'apporter des éléments susceptibles d'enrichir la discussion du groupe de travail ANAES.

En mai 2003 est paru un article de l'INSERM (2) dans la revue Human Reproduction, analysant les causes des grossesses non désirées en France, à partir de résultats de l'enquête Cocon (étude de cohorte des pratiques contraceptives, en cours depuis l'année 2000). Cette enquête a permis également de décrire de façon détaillée l'utilisation des moyens de contraception, qui était un des objectifs du projet initial de l'enquête du réseau EPI. Ce travail a donc été orienté davantage sur l'exploration de la connaissance des femmes sur la contraception et sur le rôle du médecin généraliste dans la prescription, le conseil et le suivi de la contraception.

3. Présentation de la thèse

Nous avons choisi d'étudier les questions traitant de la connaissance du bon usage de la contraception (17 questions sur 134). Nous n'avons vu que l'aspect du bon usage permettant l'efficacité contraceptive, et donc nous avons exclu les connaissances sur les facteurs de risques métaboliques, thromboemboliques et les effets indésirables.

Nous avons supposé que entre l'efficacité théorique et réelle des contraceptions, se situe un problème de bon usage.

L'objectif est de rechercher les erreurs d'utilisation et de promouvoir une information adaptée aux besoins des patientes.

B. Méthodes

Les données ont été recueillies auprès des femmes en âge de procréer, consultant un médecin généraliste du réseau Epi. Cet échantillon est supposé représentatif de la population de femmes consultant un médecin généraliste en France.

L'enquête s'est déroulée en deux périodes : une première période de recueil systématique, pour obtenir un échantillon "représentatif" de cette population. Dans une deuxième période, les données ont été recueillies spécifiquement auprès des trois catégories de femmes (16-18 ans, post-partum, pré-ménopause) pour obtenir l'effectif attendu.

1. Recueil de données systématique

Un auto-questionnaire relatif à la contraception a été rempli par 10 femmes en âge de procréer consultant un médecin du réseau. Pour des raisons de faisabilité, l'inclusion a concerné deux femmes vues en consultation (la première et la dernière) par jour, pendant cinq jours travaillés consécutifs.

Ce questionnaire a permis de recueillir les données suivantes:

a) Partie "auto-questionnaire"

- caractéristiques (âge, nombre d'enfants, situation de vie)
- contraception en cours
- si absence, motif
- type de contraception en cours
- ancienneté
- prescripteur initial
- dernier prescripteur
- motifs du choix du type de contraception
- "surveillance" médicale de la contraception
- historique du mode de contraception (sur deux ans)
- opinion générale sur la contraception en cours
- connaissances sur les modes de contraception et leur usage

b) Partie "questionnaire médical"

- type de gestion de la contraception
- gestion de la surveillance
- motifs du choix de la prescription

2. Recueil de données ciblé

En fonction des inclusions réalisées, un recueil complémentaire du même questionnaire "patiente" a été effectué pour obtenir au total par médecin, un effectif de 16 patientes, dont 2 dans chacune des catégories suivantes :

- jeunes filles (tranche d'âge : 16-18 ans)
- femmes en période de post-partum (3 mois)
- femmes en période pré-ménopausique (tranche d'âge : 42-49 ans)

Résultats attendus:

Effectif maximal attendu : 4800 patientes dont :

3000 patientes pour le questionnaire systématique

600 patientes pour chacune des trois catégories citées (1800 au total).

3. Déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée du 16 juin au 31 décembre 2003, après une période de test auprès des animateurs du réseau.

La mise en place de l'étude s'est faite sur une période courte, du fait des échéances de l'AFSSAPS, qui souhaitait disposer de données rapidement. Un rapport intermédiaire a donc été réalisé et envoyé fin juin, portant sur 86 médecins et 326 patientes.

Compte tenu des difficultés techniques rencontrées en fin d'année 2003 (serveur souvent en panne) et de la difficulté de certains médecins à saisir le questionnaire, le comité de pilotage a décidé de faire une relance par courrier, et d'autoriser les médecins à envoyer des dossiers sous forme papier, qui ont été saisis au si ge de Qualiso. Cette procédure a permis de traiter environ 600 dossiers supplémentaires, au cours des mois de décembre et janvier.

Au total, en six mois et demi, 208 médecins ont recueilli 2802 questionnaires exploitables auprès des femmes éligibles de leur clientèle.

C. Analyse statistique

Elle s'est faite en plusieurs étapes

1. Description de l'ensemble des femmes prenant une contraception ;
2. Description des femmes sous stérilet ;
3. Description des femmes sous contraception orale ;

L'analyse a ensuite porté uniquement chez les femmes qui étaient sous contraception orale.

4. Caractéristiques des femmes oubliant leur contraception orale ;
5. Etude des facteurs influençant l'oubli de la prise de contraception orale ;
6. Description de la connaissance des femmes sur la contraception orale ;
7. Etude des déterminants de la connaissance des femmes sur la contraception orale.

Les femmes qui avaient oublié leur contraception au moins 1 fois au cours des 6 derniers mois étaient considérées comme ayant oublié leur pilule.

La connaissance des femmes sur la contraception orale était mesurée à l'aide de différents items :

En cas d'oubli, il faut prendre la pilule oubliée dès que possible ?

Au bout de quel délai (en heures) un retard dans la prise de pilule expose-t-il au risque de grossesse ?

En cas d'oubli, il faut généralement utiliser en plus des préservatifs,

- Jusqu'à la prochaine plaquette ?
- Au moins pendant combien de jours ?

En cas d'oubli le risque de grossesse est plus élevé :

- En début de plaquette ?
- Au milieu de plaquette ?
- En fin de plaquette ?

Les conseils en cas d'oubli figurent sur la notice de la plaquette ?

Pour chacun de ces items, nous avons considéré que les femmes avaient une bonne connaissance de la contraception orale si elles avaient répondu correctement.

Les variables continues ont été exprimées en moyenne ($\pm$ écart-type), et les variables qualitatives en pourcentage. En analyse univariée, les relations entre variables continues étaient exprimées par un coefficient de corrélation (r) de Pearson et testées par le test du coefficient de corrélation, celles entre variables qualitatives étaient testées par le test du Chi² de Pearson, et celles entre variables continues et qualitatives étaient testées par le test de l'écart réduit (test de comparaison de moyennes).

En analyse multivariée, les facteurs influençant l'oubli de la prise de contraception orale et les déterminants de la connaissance des femmes sur la contraception orale ont été étudiés à l'aide de deux modèles de régression logistique pas à pas ascendant. Les variables entrant dans chaque modèle étaient celles qui avaient un seuil de significativité inférieur à 0.10 en analyse univariée. Les effets de l'âge, du nombre d'enfants, du tabagisme et de la situation familiale ont systématiquement été recherchés.

Toutes les analyses ont été réalisées sous le logiciel SAS (v8e), et le seuil d'interprétation était fixé à 0.05.

D. Résultats

1. Qui oublie la pilule ?

QUESTION 1 :

« Combien de fois avez-vous oublié ou pris avec retard une pilule au cours des 6 derniers mois ? »

a) Résultats globaux

Les 1523 patientes sous contraceptif oral ont été interrogées. Plus d'une fois sur deux, un oubli est survenu au moins une fois sur la période étudiée (Tableau V).

La moyenne est de 2,0 oublis au cours des 6 derniers mois avec un écart-type à 3,9.

TABLEAU V : Nombre d'oublis de pilule au cours des 6 derniers mois.

Nombre d'oublis	%
0	46,4
1	15,0
2	13,4
3 ou plus	25,2

b) Etude univariée des facteurs de risque d'oubli de pilule (Tableau VI et VII)

Nous avons comparé les patientes déclarant ne pas avoir oublié de prise de pilule à celles déclarant un ou plusieurs oublis au cours des 6 derniers mois (Tableau VI et VII).

Nous constatons que les patientes déclarant avoir oublié la pilule dans les 6 derniers mois :

- sont en moyenne plus jeunes (28.5 ans contre 30.6)
- ont moins d'enfants (1.0 contre 1.2)
- sont plus nombreuses parmi les fumeuses (58,6% versus 50,9%)
- sont plus nombreuses parmi les patientes vivant seules (57,1% versus 51,6%)
- sont plus nombreuses parmi les patientes dont la contraception a été initiée par un généraliste n'étant pas le médecin traitant (65,4% contre 54,0% pour le médecin traitant et 51,2% pour le gynécologue).
- sont plus nombreuses parmi les patientes dont la dernière prescription de pilule vient d'un généraliste n'étant pas le médecin traitant (70,2% contre 52,8% pour le médecin traitant et 51,9% pour le gynécologue).
- sont plus nombreuses parmi les patientes ayant déjà eu recours à une contraception d'urgence (68,8% versus 51,2%).

TABLEAU VI : Facteurs de risque d'oubli de pilule au cours des 6 derniers mois (variables quantitatives).

Caractéristiques	Effectif	Pas d'oubli	≥ 1 oubli	p=
Age (en années)	1523	Moy= 30,6 Ec-type= 9,1	Moy=28,5 Ec-type= 8,7	0,0001
Nombre d'enfants	1523	Moy= 1,2 Ec-type= 1,2	Moy= 1,0 Ec-type= 1,1	0,0015
Durée en mois depuis la première prise de contraception orale	1523	Moy= 118,4 Ec-type= 93,7	Moy= 111,2 Ec-type= 94,4	0,1433

TABLEAU VII : Facteurs de risque d'oubli de pilule au cours des 6 derniers mois (variables qualitatives).

Caractéristiques	Effectif	Pas d'oubli	≥ 1 oubli	p=
Fumeuses	526	41,44%	58,56%	0,0044
Non fumeuses	996	49,1%	50,90%	
Vit seule	534	42,88%	57,12%	0,0402
Vit en couple	988	48,38%	51,62%	
Prescription initiale par le médecin traitant	679	45,95%	54,05%	0,019
Prescription initiale par un autre généraliste	110	34,55%	65,45%	
Prescription initiale par le gynécologue	713	48,81%	51,19%	
Dernière prescription par le médecin traitant	885	47,23%	52,77%	0,0007
Dernière prescription par un autre généraliste	124	29,84%	70,16%	
Dernière prescription par le gynécologue	499	48,10%	51,9%	
A déjà utilisé une contraception d'urgence	218	31,19%	68,81%	0,0001
N'a jamais eu recours à une contraception d'urgence	1255	48,76%	51,24%	
A eu recours à une IVG au cours des 24 derniers mois	27	37,04%	62,96%	0,3234
N'a pas eu recours à une IVG au cours des 24 derniers mois	1414	46,61%	53,39%	

c) Etude multivariée des facteurs de risque d'oubli de pilule (Tableau VIII)

Sur les 1523 patientes étudiées, la modélisation des facteurs de risque liés à l'oubli de pilule permet de préciser que seuls l'âge et le dernier prescripteur ont une influence significative sur les oublis.

TABLEAU VIII : Etude multivariée des facteurs de risque d'oubli de pilule au cours des 6 derniers mois.

Caractéristiques		Odds Ratio*	IC95%**
Dernier prescripteur	Médecin traitant	1,00	
	Autre médecin généraliste	2,08	[1,34-3,22]
	Gynécologue	1,05	[0,83-1,33]
Information sur la contraception	Pas du tout	1,00	
	Insuffisamment	1,01	[0,30-3,38]
	Correctement	0,72	[0,22-2,34]
	Parfaitement	0,55	[0,16-1,88]
Age		0,95	[0,93-0,97]
Durée de prise de la pilule (en mois)		1,00	[1,00-1,01]

* régression logistique : modélise la probabilité d'oublier la pilule / le tabac, la situation familiale, le type de premier prescripteur et le nombre d'enfants ne ressortent pas de façon significative

** Intervalle de confiance de l'odds ratio à 95%

L'âge est lié de façon significative au risque d'oublier la pilule : plus les femmes sont âgées, moins elles ont de risque d'oubli (le risque est multiplié par 0.95 quand l'âge augmente de 1 an).

Les femmes dont la dernière prescription de pilule a été faite par un autre médecin généraliste ont 2.08 fois plus de risque d'oublier leur pilule.

Les femmes qui déclarent être bien informées (correctement ou parfaitement) sur la contraception, ont un risque moindre mais non significatif, d'oubli de pilule.

2. Qui ne sait pas quoi faire en cas d'oubli de pilule contraceptive

QUESTION 2 :

« En cas d'oubli, il faut prendre la pilule oubliée dès que possible ? »

La réponse attendue est : OUI

Les 1523 patientes sous contraception orale de notre population, ont répondu OUI à 92,7% (Tableau IX).

Nous ne mettons pas en évidence de différence significative entre les populations ayant répondu OUI et NON (Tableau X).

TABLEAU IX : « En cas d'oubli de pilule, faut-il prendre la pilule oubliée dès que possible ? » Moyenne d'âge suivant la réponse.

Caractéristiques	Effectif	OUI	NON	p=
Age en années		Moy= 29,4 Ec-ty= 8,9	Moy= 29,9 Ec-ty= 9,3	0,873

TABLEAU X : « En cas d'oubli de pilule, faut-il prendre la pilule oubliée dès que possible ? » Facteurs qualitatifs influençant la réponse.

Caractéristiques	Effectif	OUI	NON	p=
Pas d'oubli de pilule au cours des 6 derniers mois	708	92,15%		0,1805
Un ou plusieurs oublis de pilule au cours des 6 derniers mois	815	93,18%		
Fumeuse	521	92,32%		0,705
Non fumeuse	988	92,91%		
Vit seule	529	93,01%		0,818
Vit en couple	980	92,55%		
Prescription initiale par le médecin traitant	875	93,14%		0,311
Prescription initiale par un autre généraliste	123	89,43%		
Prescription initiale par le gynécologue	497	92,76%		
Prescription initiale par le médecin traitant et médecin déclarant informer ses patientes oralement lors de l'initialisation de contraception orale	312	91,35%		0,3406
Prescription initiale par le médecin traitant et médecin déclarant informer ses patientes oralement et à l'aide de support visuel ou de brochures lors de l'initialisation de contraception orale	267	94,38		

QUESTION 3 :

« Au bout de quel délai (combien d'heures) un retard dans la prise de pilule expose-t-il à un risque de grossesse : __ heures »

La réponse attendue est 3 heures pour les pilules progestatives microdosées et 12 heures pour les autres pilules contraceptives.

Parmi les patientes sous contraception orale, 1378 ont répondu.

Les 72 patientes prenant une pilule progestative microdosée ont répondu 17,3 heures en moyenne (Tableau XI).

Les 1306 patientes prenant une autre contraception orale ont répondu 20,4 heures en moyenne (Tableau XI).

Les patientes ne connaissant pas la limite des 12 heures de retard (Tableau XI):

- sont plus âgées (les 40-49 ans répondent 22 heures en moyenne versus 17,6 heures pour les 16-20 ans)
- sont celles dont la contraception a été initiée par un généraliste non médecin traitant ou le médecin traitant (respectivement 21,2 et 21,1 heures versus 19,1 heures si la contraception a été initiée par le gynécologue)
- sont celles dont la dernière prescription émane du médecin traitant ou d'un autre généraliste (respectivement 21,3 et 20,6 heures versus 18,2 pour le gynécologue)

Nous constatons que les patientes, dont la prescription initiale émane du médecin traitant et ayant reçu le questionnaire chez un médecin (traitant ou non) déclarant informer ses patientes oralement et à l'aide de support visuel ou de brochures, répondent mieux (19,5 heures) que celles dont la prescription initiale émane du médecin traitant et ayant reçu le questionnaire chez un médecin (traitant ou non) déclarant informer ses patientes uniquement oralement (22,0 heures).

Quarante-trois pour cent des patientes sous contraception orale non progestative microdosée ont bien répondu 12 heures, 13% ont répondu moins de 12 heures et 44% plus de 12 heures.

TABLEAU XI : Facteurs influençant l'idée que les utilisatrices ont du retard acceptable de prise de pilule (en heures).

Caractéristiques	Effectif	Délai moyen (heures)	Ecart-type	p=
Patientes sous progestatifs microdosés	72	17,26	11,8	0,0353
Patientes sous autre contraception orale	1306	20,383	15,0	
Pas d'oubli au cours des 6 derniers mois	632	20,6	14,5	0,3754
Un ou plusieurs oublis au cours des 6 derniers mois	745	19,9	15,1	
Age $\leq$ 20 ans	289	17,59	12,94	0,0016
21 $\leq$ âge $\leq$ 39 ans	879	20,67	15,47	
Age $\geq$ 40 ans	210	21,98	14,32	
Prescription initiale par le médecin traitant	621	21,14	14,84	0,043
Prescription initiale par un autre généraliste	100	21,16	19,17	
Prescription initiale par le gynécologue	638	19,12	13,96	
Dernière prescription par le médecin traitant	804	21,33	15,21	0,0017
Dernière prescription par un autre généraliste	111	20,62	17,49	
Dernière prescription par le gynécologue	450	18,21	13,37	
Fumeuse	479	20,72	15,69	0,376
Non fumeuse	899	19,96	14,4	
Vit seule	490	19,25	14,78	0,0728
Vit en couple	888	20,75	14,88	
Contraception initiée par le médecin traitant et médecin déclarant informer ses patientes oralement lors de l'initialisation d'une contraception orale	252	22,00	15,84	0,0382
Contraception initiée par le médecin traitant et médecin déclarant informer ses patientes oralement et à l'aide de support visuel ou délivrance de brochures lors de l'initialisation d'une contraception orale	289	19,48	12,29	

QUESTION 4 :

« Dans ce cas (oubli d'une durée exposant à un risque de grossesse), il faut utiliser en plus des préservatifs jusqu'à la prochaine plaquette ? »

La réponse attendue est : OUI

Parmi les 1523 patientes sous contraception orale, 1467 ont répondu.

La réponse est dans 78,9% des cas OUI, 14,2% NON et 7,0% « ne sait pas ».

Les patientes qui ne savent pas qu'il faut utiliser des préservatifs jusqu'à la prochaine plaquette :

- sont en moyenne plus âgées (31,2 ans versus 28,7) (Tableau XII).
- sont plus nombreuses parmi les femmes vivant en couple (seulement 76,3% de réponse positive versus 83,4 chez les femmes vivant seules) (Tableau XIII).

Les patientes déclarant un ou plusieurs oublis de pilule au cours des 6 derniers mois répondent plus souvent OUI et NON, et moins souvent "ne sait pas" que celles n'oubliant pas la pilule.

TABLEAU XII : « En cas de retard important de prise de pilule, faut-il utiliser des préservatifs jusqu'à la prochaine plaquette ? »

Moyenne d'âge suivant la réponse.

Caractéristiques	Effectif	OUI	NON	Ne sait pas	p=
Age (en années)		Moy= 28,7 Ec-ty= 8,9	Moy= 31,2 Ec-ty=8,5	Moy=31,4 Ec-ty=8,5	0,0001

TABLEAU XIII : « En cas de retard important de prise de pilule, faut-il utiliser des préservatifs jusqu'à la prochaine plaquette ? » Facteurs qualitatifs influençant la réponse.

Caractéristiques	Effectif	OUI	NON	Ne sait pas	p=
Fumeuse	503	79,13%			0,505
Non fumeuse	964	78,73%			
Vit seule	524	83,40%	10,5%	6,1%	0,0046
Vit en couple	943	76,35%	16,2%	7,4%	
Prescription initiale par le médecin traitant	849	77,5%			0,505
Prescription initiale par un autre généraliste	118	83,9%			
Prescription initiale par le gynécologue	487	79,7%			
Prescription initiale par le médecin traitant et médecin déclarant informer ses patientes oralement lors de l'initialisation de la contraception orale	312	76,7%			0,4254
Prescription initiale par le médecin traitant et médecin déclarant informer ses patientes oralement et à l'aide de support visuel ou de brochures lors de l'initialisation de la contraception orale	267	80,1%			
Pas d'oubli de pilule au cours des 6 derniers mois	679	78,5%	12,5%	9,0%	0,0068
Un ou plusieurs oublis au cours des 6 derniers mois	787	79,2%	15,6%	5,2%	

QUESTION 5 :

« Dans ce cas (oubli d'une durée exposant à un risque de grossesse), il faut utiliser en plus des préservatifs au moins pendant _ jours »

. Il n'y a pas de durée minimale recommandée.

Cette question permettait de proposer une alternative à la question précédente.

Nous obtenons 552 réponses parmi les 1523 patientes sous contraceptif oral.

La moyenne est de 10,80 jours avec un écart-type à 11,36.

QUESTION 6 :

« En cas d'oubli, le risque de grossesse est plus élevé :

au début de la plaquette OUI NON

au milieu de la plaquette OUI NON

à la fin de la plaquette OUI NON »

Les réponses attendues sont début et fin de plaquette.

Parmi les 1523 patientes sous contraception orale étaient interrogées la plupart ignorent que le risque est plus élevé en début et fin de plaquette (Tableau XIV).

TABLEAU XIV : Période jugée par les utilisatrices comme la plus à risque de grossesse en cas d'oubli de pilule.

	effectif	OUI	NON
Début de plaquette	1246	45,7%	54,3%
Milieu de plaquette	1290	75,1%	24,9%
Fin de plaquette	1206	34,7%	65,3%

QUESTION 7 :

« Les conseils en cas d'oubli figurent sur la notice de la plaquette ? »

La réponse attendue est : OUI

Nous obtenons 1450 réponses sur 1523 patientes sous contraception orale.

Près de trois patientes sur quatre savent que les conseils en cas d'oubli figurent sur la notice, 13,1% répondent NON et 13,1% répondent « ne sait pas ».

Les patientes dont la prescription initiale émane du médecin traitant savent moins fréquemment que les conseils en cas d'oubli figurent sur la notice (70,8% versus 77,5% pour le gynécologue et 78,8 pour les autres généralistes) (Tableau XVI).

Les patientes ne déclarant pas d'oubli de pilule au cours des 6 derniers mois savent moins fréquemment que les conseils en cas d'oubli figurent sur la notice (71,1% versus 76,1%) (Tableau XVI).

TABLEAU XV : Moyenne d'âge suivant la réponse à la question : « Les conseils en cas d'oubli figurent-ils sur la notice de la pilule ? »

Caractéristique	effectif	OUI	NON	Ne sait pas	p=
Age (en années)	1450	Moy=29,02 ans Ec-type8,87	Moy= 30,61 Ec-type= 9,05	Moy= 29,35 Ec-type= 8,64	0,0745

TABLEAU XVI : Facteurs qualitatifs influençant la réponse à la question : « Les conseils en cas d'oubli figurent-ils sur la notice de la pilule ? »

Caractéristiques	Effectif	OUI	NON	Ne sait pas	p=
Fumeuse	502	71,51%	13,94%	14,54%	0,338
Non fumeuse	948	75,0%	12,66%	12,34%	
Vit seule	516	74,42%	11,24%	14,34%	0,212
Vit en couple	934	73,45%	14,13%	12,42%	
Prescription initiale par le médecin traitant	849	70,79%	13,55%	15,67%	0,0135
Prescription initiale par un autre généraliste	118	78,81%	13,56%	7,63%	
Prescription initiale par le gynécologue	471	77,49%	12,31%	10,19%	
Prescription initiale par le médecin traitant et médecin déclarant informer ses patientes oralement lors de l'initialisation de la contraception orale	303	70,63%			0,6864
Prescription initiale par le médecin traitant et médecin déclarant informer ses patientes oralement et à l'aide de support visuel ou de brochures lors de l'initialisation de la contraception orale	263	69,96%			
Pas d'oubli de pilule au cours des 6 derniers mois	667	71,06%	13,49%	15,44%	0,0391
Un ou plusieurs oublis de pilule au cours des 6 derniers mois	782	76,09%	12,79%	11,13%	

3. Utilisation de la contraception orale d'urgence

QUESTION 8 :

« Avez-vous déjà utilisé une pilule du lendemain ? »

Nous obtenons 2710 réponses sur les 2802 questionnaires.

La réponse est positive dans 13,8% des cas.

Les patientes déclarant un ou plusieurs oublis de pilule au cours des 6 derniers mois, ont deux fois plus de probabilité d'avoir déjà utilisé une contraception orale d'urgence que les autres patientes sous contraception orale (Tableau XVII).

TABLEAU XVII : Effet de l'oubli de pilule au cours des 6 derniers mois sur les antécédents d'utilisation de contraception orale d'urgence.

Caractéristique	OUI	p=
Pas d'oubli de pilule au cours des 6 derniers mois	9,84%	0,0001%
Un ou plusieurs oublis de pilule au cours des 6 derniers mois	18,75%	

QUESTION 9 :

« Si vous avez utilisé une pilule du lendemain pendant ces 24 derniers mois, c'était à cause :

d'une interruption de contraception ? _

d'un accident de préservatif ? _

d'un oubli de pilule ? _

autre raison ? » _

Cent soixante patientes ont répondu être dans ce cas et les causes les plus fréquentes de recours à une contraception d'urgence orale sont les « accidents de préservatif » (38,1%) et les oublis de pilule (35,0%) (Tableau XVIII).

TABLEAU XVIII : Raison invoquée pour l'utilisation de contraception d'urgence.

Réponse donnée	effectif	%
Accident de préservatif	61	38,1%
Oubli de pilule	56	35,0%
Arrêt de contraception	21	13,1%
Autre	22	13,8%

4. Connaissance de la contraception orale d'urgence

QUESTION 10 :

« D'après vous, la « pilule du lendemain » ou contraception d'urgence, permet d'éviter une grossesse en cas de rapport non protégé dans __ % des cas »

La réponse attendue est 85 %

Nous avons obtenu 2485 réponses sur 2802 questionnaires remplis.

Toutes les catégories de patientes estiment l'efficacité de la contraception orale d'urgence à 78 % (Tableau XIX). Ce résultat est proche de la réalité.

TABLEAU XIX : Avis des patientes sur l'efficacité de la contraception orale d'urgence en pour cent.

Population	Effectif	Pourcentage moyen	Ec-type	p=
Totale	2485	78,09	21,2	
Patientes sous contraception orale	1362	78,0	21,49	
Pas d'oubli de pilule au cours des 6 derniers mois	629	79,1	20,4	0,0646
Un ou plusieurs oublis de pilule au cours des 6 derniers mois	732	77,0	22,4	

QUESTION 11 :

« D'après vous, la « pilule du lendemain » ou contraception d'urgence, peut être délivrée sans ordonnance ? »

La réponse attendue est : OUI

Nous avons obtenu 2672 réponses sur 2802 questionnaires remplis.

Soixante et un pour cent des patientes savent que la contraception orale d'urgence est disponible sans ordonnance.

Les patientes ne déclarant pas d'oubli de pilule au cours des 6 derniers mois le savent moins que celles qui ont oublié leur pilule au moins une fois au cours des 6 derniers mois (61,6% versus 64,8%) (Tableau XX).

TABLEAU XX : Facteurs influençant la réponse à la question: « La pilule du lendemain est disponible sans ordonnance ? »

Population	Effectif	OUI	NON	n.s.pas	p=
Totale	2672	61,3%	28,8%	10,0%	
Patientes sous contraception orale	1462	63,4%	27,6%	9,0%	
Pas d'oubli de pilule au cours des 6 derniers mois	677	61,6%	26,9%	11,5%	0,0085
Un ou plusieurs oublis de pilule au cours des 6 derniers mois	785	64,8%	28,3%	6,9%	

QUESTION 12 :

« Pour être efficace, elle (pilule du lendemain) doit être prise dans un délai de __ heures après un rapport non protégé »

La réponse attendue est 72 heures.

Nous avons obtenu 2494 réponses sur 2802 questionnaires remplis.

La moyenne est à 25,5 heures avec un écart-type à 19,4 ; 8,5% répondent bien 72 heures, et 33,4% répondent 24 heures.

Toutes les catégories de patientes donnent en moyenne une réponse autour de 25 heures (Tableau XXI).

TABLEAU XXI : Facteurs influençant la réponse à la question : « Pour être efficace, la pilule du lendemain doit être prise dans un délai de __ heures après un rapport non protégé ».

Population	Effectif	Moyenne	Ec-type	p=
Totale	2494	25,54	19,42	
Patientes sous contraception orale	1373	26,11	19,91	
Pas d'oubli de pilule au cours des 6 derniers mois	633	25,6	19,5	0,3606
Un ou plusieurs oublis de pilule au cours des 6 derniers mois	739	26,6	20,3	

5. Connaissance du stérilet

QUESTION 13 :

« A votre avis, l'efficacité contraceptive du stérilet est de __ % »

La réponse attendue est : 99% (7)(8)

Nous avons obtenu 384 réponses chez 402 patientes porteuses d'un stérilet. Les autres patientes n'ont pas été interrogées sur cet item.

La moyenne est à 94,96% avec un écart-type à 7,32.

QUESTION 14 :

« En cas de retard de règles sous stérilet, il faut faire un test de grossesse ? »

La réponse attendue est : OUI

Nous avons obtenu 389 réponses sur 402 patientes sous stérilet et 74,0% d'entre elles savent qu'il faut faire un test de grossesse en cas de retard de règles sous stérilet. Elles sont 23,4% à répondre NON et 2,6% « ne sait pas ».

Les patientes qui répondent NON ont une date de pose du premier stérilet moins ancienne que les autres (5,8 ans versus 8,5 ans) (Tableau XXII).

TABLEAU XXII : Influence du délai depuis la pose du premier stérilet sur la réponse à la question : « En cas de retard de règles sous stérilet, faut-il faire un test de grossesse ? »

Réponse	Effectif	Durée moyenne depuis la pose du premier stérilet (en années)	Ecart-type	p=
OUI	281	8,54	7,03	0,0040
NON	91	5,82	5,62	
Ne sait pas	9	8,25	7,78	

6. Les femmes se sentent-elles bien informées ?

QUESTION 15 :

« Estimez-vous être informée sur la contraception :

pas du tout	—
insuffisamment	—
correctement	—
parfaitement	— »

Nous avons obtenu 2685 réponses sur 2802 questionnaires.

Les trois quarts de la population consultant en médecine générale s'estime correctement ou parfaitement informée sur la contraception.

Les patientes âgées de 42 à 49 ans ne s'estiment correctement ou parfaitement informées que dans 68,3% des cas (Tableau XXIII).

Parmi les patientes sous contraception orale, celles déclarant ne pas avoir oublié de pilule au cours des 6 derniers mois s'estiment mieux informées que les autres (correctement ou parfaitement dans 85,2% versus 80,3%) (Tableau XXIII).

TABLEAU XXIII : Facteurs influençant le sentiment d'information sur la contraception.

Population	Effectif	Pas du tout	Insuffisamment	Correctement	Parfaitement	p=
Totale	2685	2,3%	21,7%	67,0%	9,0%	
Age $\leq$ 18 ans	267	3,7%	22,5%	64,4%	7,1%	p>0,05*
Age $\geq$ 42 ans	524	3,6%	20,6%	60,7%	7,6%	P<0,001*
Patiente sous contraception orale et n'ayant pas eu d'oubli de pilule au cours des 6 derniers mois	690	0,72%	14,06%	73,19%	12,03%	0,0229
Patiente sous contraception orale et ayant eu un ou plusieurs oublis de pilule au cours des 6 derniers mois	792	0,88%	18,81%	71,72%	8,59%	

* p calculé par rapport au reste de la population

QUESTION 16 :

« Estimez-vous être informée sur la pilule du lendemain :

pas du tout —
 insuffisamment —
 correctement —
 parfaitement — »

Nous avons obtenu 2683 réponses sur 2802 questionnaires. Seul 32 % des patientes et 23 % des patientes de 42 à 49 ans, s'estiment correctement ou parfaitement informées sur la contraception orale d'urgence (Tableau XXIV).

Les patientes déclarant au moins un oubli de pilule au cours des 6 derniers mois se sentent moins fréquemment bien informées que celles ne déclarant pas d'oublis au cours des 6 derniers mois.

TABLEAU XXIV : Facteurs influençant le sentiment d'information sur la contraception orale d'urgence.

Population	Effectif	Pas du tout	Insuffisamment	Correctement	Parfaitement	p=
Totale	2683	16,4%	49,6%	31,2%	2,8%	
Age ≤ 18 ans	267	9,0%	36,0%	47,2%	4,9%	p>0,05*
Age ≥ 42 ans	524	23,9%	43,3%	21,8%	1,7%	P<0,001*
Patiente sous contraception orale et n'ayant pas eu d'oubli de pilule au cours des 6 derniers mois	684	16,23%	45,91%	33,63%	4,24%	0,016
Patiente sous contraception orale et ayant eu un ou plusieurs oublis de pilule au cours des 6 derniers mois	784	15,43%	51,28%	31,51%	1,79%	

* p calculé par rapport au reste de la population

7. Sources d'information des patientes

QUESTION 17 :

« Votre information sur la contraception provient (notez de 1 « peu important » à 10 « très important ») de :

votre médecin traitant	—
Le gynécologue	—
Les médias	—
Votre entourage	—
Enseignement scolaire	—
Autre	— »

La provenance déclarée de l'information sur la contraception est avant tout médicale (5,5/10 pour le médecin traitant et 5/10 pour le gynécologue) (Tableau XXV).

Dans la classe d'âge 16-18 ans, nous constatons l'importance de l'école (5,2/10) et de l'entourage (4,9/10).

TABLEAU XXV : Provenance de l'information sur la contraception. Cotation sur 10.

Provenance de l'information	Population totale Cotation sur 10	Age ≤ 18	Age ≥ 42
Médecin traitant	5,5	5,1	5,1
Gynécologue	5,0	2,6*	4,7
Médias	3,1	3,3	2,6*
Entourage	3,3	4,9*	2,2*
Enseignement scolaire	2,6	5,2*	1,2*
Autre	0,4	0,5	0,4

*p<0,001, calculé par rapport au reste de la population

8. Questionnaire médecin

Population : 212 médecins ayant participé à l'enquête.

QUESTION 18 : Lors de la première prescription d'une contraception orale, vous délivrez des explications :

- Oralement ?
- à l'aide d'un support visuel ?
- en délivrant des brochures explicatives ?

Les médecins déclarent surtout (60,4% des médecins) délivrer des explications uniquement oralement. Cependant 20 % des médecins utilisent en sus des supports visuels et 20 % des brochures explicatives.

QUESTION 19 : Lors du renouvellement de prescription d'une contraception orale, vous vous informez de la fréquence des oublis :

- systématiquement ?
- de temps en temps ?
- rarement ?

Les médecins déclarent s'informer de la fréquence des oublis systématiquement dans 48,1% des cas, de temps en temps (35,4%) ou rarement (16,5%).

QUESTION 20 : Lors du renouvellement de prescription d'une contraception orale, vous rappelez la conduite à tenir en cas d'oubli :

- systématiquement ?
- de temps en temps ?
- rarement ?

Un tiers des médecins estiment rappeler systématiquement la conduite à tenir en cas d'oubli, 51,4% de temps en temps, 14,6% rarement.

IV. DISCUSSION

A. Critique de l'étude

1. Le choix de la population

L'intérêt de l'étude est de présenter des résultats sur la population consultant en médecine générale, et donc la population sur laquelle les généralistes peuvent agir.

2. Les biais de l'étude

Dans le but d'obtenir une population représentative de la population consultant en médecine générale, le questionnaire a été distribué de façon aléatoire à la patientèle.

Dans un deuxième temps, les médecins étaient invités à faire remplir au moins 2 questionnaires pour les populations suivantes : patientes ayant accouché depuis moins de 3 mois, patientes de 16 à 18 ans et patientes de 42 à 49 ans. La séparation entre les deux modes de recrutement n'a pas pu être faite. Les 3 populations citées sont donc sur-représentées.

Nous obtenons cependant une population dont la prévalence des modes contraceptifs est superposable à celle de l'étude de l'INSERM (2) supposées représentative de la population française.

La question : « ce questionnaire vous a-t-il été remis chez votre médecin traitant » n'a pas été posée. Les recoupements entre l'attitude déclarée du médecin avec ses patientes et les réponses des patientes ayant reçu le questionnaire chez lui et déclarant que leur contraception a été prescrite par le médecin traitant sont donc biaisés (la patiente n'ayant pas forcément reçu le questionnaire chez son médecin traitant).

B. Qui oublie la pilule ?

La question revêt une importance particulière aux vues de la différence entre efficacité théorique et réelle (7-8). L'efficacité de la contraception orale est liée à son observance.

Dans l'optique de limiter les recours à la contraception d'urgence et à l'IVG, nous devons savoir quelle population est à risque d'oubli. Dans notre étude, 160 patientes ont eu recours à la contraception orale d'urgence au cours des 2 dernières années dont 35% suite à un oubli de pilule. L'étude de l'INSERM (2) recense 423 grossesses non désirées dont 176 sous contraception orale. Soixante pour cent de ces patientes attribuent l'échec à un oubli de pilule.

Les estimations des grossesses non désirées finissant en IVG, varient entre 33% (2) et 50% (5).

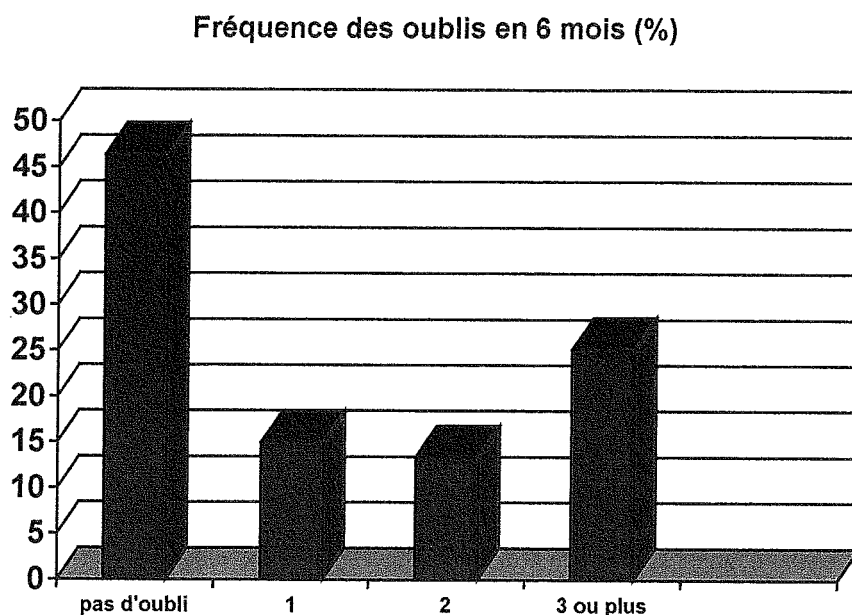
Question 1 :

« Combien de fois avez-vous oublié ou pris avec retard une pilule au cours des 6 derniers mois ? »

Population cible : 1523 patientes sous contraceptif oral.

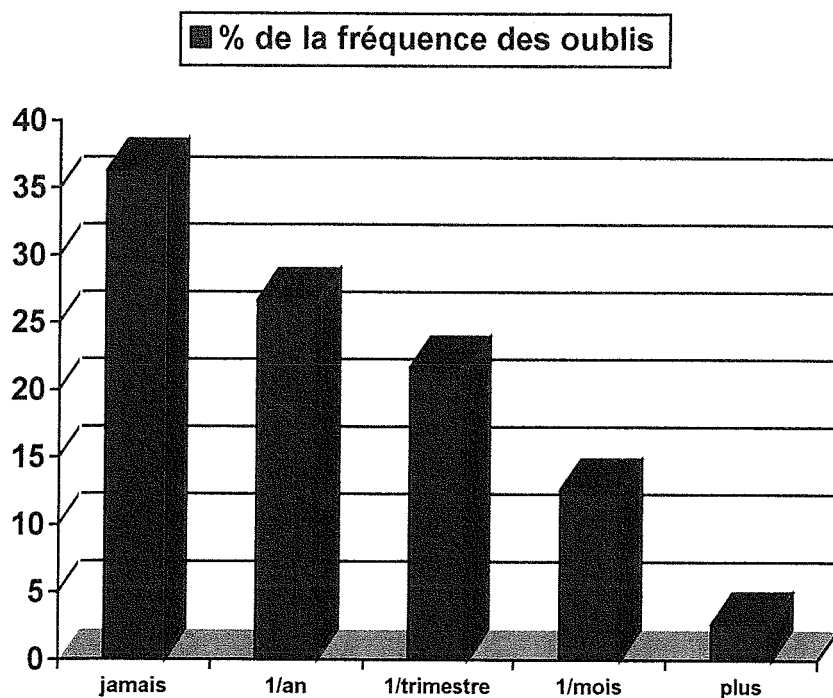
La question ne précise pas le retard acceptable car la question est posée plus loin. La moyenne est à 2 et l'écart-type à 3,9. On constate que 25% des patientes déclarent 3 ou plus oublis de pilule en 6 mois (voir tableau IV page 23). Une petite population présente donc de nombreux oublis.

Figure 1 : « Combien de fois avez-vous oublié la pilule au cours des 6 derniers mois ? »
Etude épilule chez 1523 patientes de 16 à 49 ans.



L'étude AADOC (11) qui a collecté 841 questionnaires chez des femmes de moins de 20 ans (18 ans en moyenne), nous informe que 37 % d'entre elles déclarent oublier une pilule une fois par trimestre ou plus souvent.

Figure 2 : « Vous arrive-t-il d'oublier votre pilule ? »
Etude AADOC (11) chez 841 femmes de 18 ans.



L'explication de l'oubli (étude AADOC (11)) est dans 41% un état de fatigue ou un lever tardif et dans 12,3 % un changement de lieux, ceci ayant pour conséquence de changer les habitudes de la patiente.

L'étourderie n'est avancée que dans 19,2 % des oublis, les autres raisons représentent 27,1 %.

Les échecs de la contraception orale sont fréquents (20,9 % des grossesses non programmées) et ils entraînent 28,1 % des IVG (2).

La différence entre l'efficacité théorique (99,9 %) et réelle (92,4 %) selon Speroff et Darney (7), est importante. De plus, ce mode de contraception concerne 54,4% de la population féminine de 16 à 49 ans consultant en médecine générale dans notre échantillon et 45,8 % des femmes françaises de 18 à 44 ans (2). Nous ne savons pas quelles sont les patientes exposées à un risque de grossesse ; or, seules celles-ci nécessitent une information ciblée (rapports ou non, prise de contraceptif pour cause médicale ?).

Nous avons cherché à caractériser cette population à risque d'oubli en séparant les patientes ne déclarant pas d'oublis en 6 mois et celles en déclarant au moins un.

L'étude multivariée montre que seuls 2 paramètres ont une incidence significative sur la réponse : l'âge (oublis X 0,95 quand l'âge augmente d'un an) et le dernier prescripteur (oublis X 2,08 pour les généralistes non traitant par rapport au médecin traitant).

La population qui consulte un autre médecin généraliste pour la contraception ou qui est plus mobile (nomadisme ?), est deux fois plus à risque d'oubli de pilule. Ce résultat souligne l'importance du suivi régulier, qu'il soit effectué par un généraliste ou un gynécologue.

Une étude américaine met en évidence des facteurs de risque d'oubli de pilule qui sont : prise de pilule récente, antécédent de grossesse non-désirée et appartenance à une minorité ethnique (12).

Les généralistes doivent donc s'inquiéter de la fréquence des oublis et de la connaissance sur la conduite à tenir en cas d'oubli, particulièrement lorsqu'ils voient une patiente n'étant pas de leur patientèle habituelle ; ils doivent savoir que les oublis sont d'autant plus fréquents que la patiente est jeune.

C. Connaissance de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule

1. Les références

a) Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule oestro-progestative

Les recommandations de l'AFFSAPS en cas d'oubli de contraceptif oral oestro-progestatif (13) sont :

« Si l'oubli est constaté dans les 12 heures qui suivent l'heure habituelle de prise, prendre immédiatement le comprimé oublié, et poursuivre le traitement normalement en prenant le comprimé suivant à l'heure habituelle.

Si l'oubli est constaté plus de 12 heures après l'heure normale de prise, la sécurité contraceptive n'est plus assurée. Prendre immédiatement le dernier comprimé oublié et poursuivre le traitement contraceptif oral jusqu'à la fin du cycle, en utilisant simultanément une méthode contraceptive de type mécanique (préservatifs masculins, spermicides...) jusqu'à la reprise de la plaquette suivante, y compris pendant les règles.

L'oubli d'une ou plusieurs pilules à partir du huitième jour de l'intervalle libre (premier comprimé de plaquette) , expose à un risque maximum de grossesse. Il est donc important de ne pas dépasser 6 à 7 jours d'arrêt entre chaque plaquette. »

Le dictionnaire VIDAL 2003® (14) reprend les mêmes conseils, excepté pour JASMINE®, pour laquelle il préconise une contraception locale de 7 jours si l'oubli égal ou supérieur à 12 heures intervient dans la première semaine, pas de contraception locale pendant la deuxième semaine, et, si l'oubli intervient dans la troisième semaine une contraception

locale de 7 jour associée à la prise de JASMINE® sans interruption entre les 2 plaquettes, ou bien effectuer un arrêt de 7 jours en incluant le ou les jours d'oubli.

Le British National Formulary BNF (15) et le Martindale(16) conseillent pour un oubli supérieur ou égal à 12 heures, d'utiliser une contraception locale pendant 7 jours quelle que soit la période du cycle où survient l'oubli. Si l'oubli intervient pendant la dernière semaine, ils conseillent de ne pas faire la semaine d'arrêt entre les 2 plaquettes.

b) Conduite à tenir en cas d'oubli d'une pilule progestative microdosée prise en continu

Les recommandations de l'AFSSAPS (17) sont les suivantes :

« Si l'oubli est constaté dans les 12 heures qui suivent l'heure habituelle de la prise, prendre immédiatement le comprimé oublié, et poursuivre le traitement normalement en prenant le comprimé suivant à l'heure habituelle.

Si l'oubli est constaté plus de 12 heures après l'heure normale de prise, la sécurité contraceptive n'est plus assurée. Prendre immédiatement le dernier comprimé oublié et poursuivre le traitement contraceptif oral en utilisant simultanément une méthode contraceptive de type mécanique(diaphragme, préservatifs masculins, spermicides...) pendant au moins 2 semaines. »

Le dictionnaire VIDAL 2003® (14) conseille, en cas d'oubli de plus de 3 heures, d'utiliser conjointement une contraception locale pendant 7 jours au moins.

Le British National Formulary (18) et le Martindale (16) considèrent qu'un oubli de plus de 3 heures doit faire utiliser simultanément une contraception locale pendant 7 jours.

2. Les réponses des patientes sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule

Selon l'étude AADOC (11) déjà présentée plus haut, 91,1% des patientes de 18 ans estiment avoir le bon réflexe en cas d'oubli de pilule.

Question 2 :

« En cas d'oubli, il faut prendre la pilule oubliée dès que possible ? »

Population cible : 1523 patientes sous contraception orale.

Parmi les patientes sous contraception orale, 92,7 % répondent par l'affirmative.

Nous ne mettons pas en évidence de facteur influençant significativement la réponse.

L'étude AADOC (11), qui avait posé la même question aux femmes de 18 ans, trouvait 92% de bonnes réponses.

Question 3 :

« Au bout de quel délai (combien d'heures) un retard dans la prise de pilule expose-t-il à un risque de grossesse : __ heures »

Population cible : 1523 patientes sous contraception orale.

Les références sont unanimes pour la pilule oestro-progestative (12 heures), mais divergent pour la pilule progestative microdosée (3 ou 12 heures).

Les 72 patientes, prenant une pilule progestative microdosée, ont répondu 17,3 heures en moyenne (Ecart-type= 11,8).

Les 1306 patientes, prenant une autre contraception orale, ont répondu 20,4 heures en moyenne (Ecart-type= 15,0).

Les réponses sont meilleures chez les plus jeunes 17,6 heures pour les 16-20 ans (20,7 heures chez les 21-39 ans et 22,0 heures chez les 40-49 ans).

Les patientes, dont l'initiation de la contraception ou le dernier renouvellement émane d'un généraliste, répondent moins bien.

Les patientes, dont la contraception a été initiée chez le médecin traitant et ayant reçu le questionnaire chez un médecin déclarant utiliser des supports visuels ou des brochures, répondent mieux que si le médecin ne délivre qu'une information orale.

Quarante-trois pour cent des patientes sous contraception orale non progestative microdosée ont répondu juste : 12 heures. 13 % ont répondu moins. Les 44 % ayant répondu plus de 13 heures sont à risque de grossesse non désirée.

La question avait été posée dans une étude anglaise (19) en médecine générale où 75,7% des patientes sous contraception oestro-progestative auraient répondu correctement (12 heures).

On retiendra que les réponses sont mauvaises et l'écart-type important. Quarante-quatre pour cent des patientes donnent un délai exposant à un risque de grossesse. De plus, il peut exister une différence entre ce que les patientes déclarent et leur conduite en pratique.

Le médecin généraliste doit informer toutes ses patientes, étant donné le niveau de leurs connaissances. Les plus âgées de 42 à 49 ans et les patientes recourant aux généralistes pour le suivi de leurs contraceptions connaissent moins bien le retard de prise de pilule exposant à une grossesse.

Question 4 :

« Dans ce cas (oubli d'une durée exposant à un risque de grossesse), il faut utiliser en plus des préservatifs jusqu'à la prochaine plaquette ? »

Population cible : 1523 patientes sous contraception orale.

Soixante-dix-neuf pour cent des patientes savent qu'il est conseillé (en tous cas dans les standards français) d'utiliser des préservatifs jusqu'à la prochaine plaquette.

Les patientes répondant bien sont plus jeunes, vivent plus fréquemment seules et déclarent plus fréquemment avoir oublié une ou plusieurs pilule en 6 mois. Il est probable que ces 2 derniers paramètres soient simplement liés à l'âge.

L'étude AADOC (11) auprès des patientes de 18 ans posait une question proche :

« S'il vous est arrivé d'oublier une pilule, avez-vous utilisé un autre moyen contraceptif ? »

La réponse est positive dans 47% des cas seulement. L'écart peut correspondre à la différence entre ce qu'il faut faire et ce que l'on fait lorsque cela arrive.

L'étude anglaise (19) constatait que seulement 17 % des patientes savaient qu'il faut utiliser des préservatifs pendant 7 jours (standard anglais BNF (15), Martindale (16)).

Question 5 :

« Dans ce cas (oubli d'une durée exposant à un risque de grossesse), il faut utiliser en plus des préservatifs au mois pendant _ jours »

Population cible : 1523 patientes sous contraception orale. Question facultative.

Nous obtenons 552 réponses.

La moyenne est de 10,80 jours avec un écart-type à 11,36.

Cette question permettait de proposer une alternative à la question précédente, car il n'y a pas de durée minimum requise dans les standards français.

Question 6 :

« En cas d'oubli, le risque de grossesse est plus élevé :

au début de la plaquette	OUI	NON
au milieu de la plaquette	OUI	NON
à la fin de la plaquette	OUI	NON »

Population cible : 1523 patientes sous contraception orale.

Les patientes ont répondu majoritairement OUI, uniquement pour le milieu de plaquette (75%).

Le risque est plus élevé en début et fin de plaquette (20), période durant laquelle un oubli augmente le risque d'ovulation pendant ou juste après la semaine d'arrêt.

Les patientes pensent que le risque est accru en période péri-ovulatoire.

Ce point est méconnu par les patientes et peut-être aussi par les médecins. En pratique, on peut proposer à une patiente, qui oublie une pilule au cours de la troisième semaine, de ne pas faire la semaine d'arrêt (consigne présente dans le British National Formulary (15) pour toutes les pilules oestro-progestatives et uniquement dans le Résumé des Caractéristiques du Produit(RCP) de JASMINE® (14)(21)).

Question 7 :

« Les conseils en cas d'oubli figurent sur la notice de la plaquette ? »

Population cible : 1523 patientes sous contraception orale.

Soixante-quatorze pour cent des patientes sous contraceptif oral savent que les conseils en cas d'oubli figurent sur la notice ; 13,1% répondent NON et 13,1% répondent « ne sait pas ».

Les patientes, dont la prescription initiale émane du médecin traitant, savent moins fréquemment que les conseils en cas d'oubli figurent sur la notice (70,8% versus 77,5% pour le gynécologue et 78,8 pour les autres généralistes).

Les patientes, ne déclarant pas d'oubli de pilule au cours des 6 derniers mois, savent moins fréquemment que les conseils en cas d'oubli figurent sur la notice (71,1% versus

76,1%). Les femmes qui oublient la pilule s'y sont probablement reportées davantage et savent que les conseils en cas d'oubli y figurent.

Après vérification en pharmacie, toutes les notices contiennent bien la mention : « Que faire en cas d'oubli ».

Nous retiendrons de cet item qu'il est utile de rappeler aux patientes, que la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule est marquée sur la notice et que la population suivie en médecine générale est plus à risque de ne pas le savoir.

D. Utilisation de la contraception orale d'urgence

Toutes les femmes ne sont pas concernées par la contraception d'urgence et notamment :

- celles n'ayant pas d'activité sexuelle.
- celles ne voulant pas avoir recours à la contraception d'urgence.

Ces 2 paramètres étant réversibles et la question de la volonté éventuelle de recours n'ayant pas été demandée, nous avons décidé d'exploiter les réponses de toutes les femmes.

Question 8 :

« Avez-vous déjà utilisé une pilule du lendemain ? »

Population cible : 2802 patientes de 16 à 49 ans interrogées, quels que soient leurs statuts contraceptifs ou non, médicamenteux ou non.

Nous obtenons 2710 réponses. La réponse est positive dans 13,8% des cas.

Parmi les patientes sous contraception orale, celles déclarant des oublis de pilule, bien que plus jeunes (28,5 ans en moyenne versus 30,6), ont déjà eu recours à la contraception d'urgence orale 2 fois plus souvent (tableau XVII page 44).

Dans une étude alsacienne auprès de 1008 femmes de 15 à 30 ans sous contraception orale, 18 % ont déclaré avoir déjà utilisé une contraception orale d'urgence (22). Une étude téléphonique de l'INSERM auprès de 1639 femmes de 18 à 44 ans a montré que 9 % d'entre elles déclarent avoir déjà utilisé une contraception orale d'urgence (23).

Etant donnée l'efficacité théorique des contraceptions médicamenteuses et leur facilité d'accès, l'utilisation de la pilule du lendemain est importante.

Question 9 :

« Si vous avez utilisé une pilule du lendemain pendant ces 24 derniers mois, c'était à cause :	
d'une interruption de contraception ?	—
d'un accident de préservatif ?	—
d'un oubli de pilule ?	—
autre raison ? »	—

Cent soixante patientes ont répondu être dans ce cas et les causes les plus fréquentes de recours à une contraception d'urgence orale sont les « accidents de préservatif » (38,1%) et les oublis de pilule (35,0%).

Selon l'INSERM (2), les « accidents de préservatif » représentent 14% des grossesses non planifiées et les oublis de pilule 25%. Ceci laisse supposer que les nombreuses patientes qui voient échouer une de ces 2 méthodes, utilisent davantage la contraception d'urgence. La grossesse n'étant pour elles vraiment pas désirée, il convient de s'appliquer à améliorer l'efficacité de leur contraception.

E. Connaissance du bon usage de la contraception orale d'urgence

1. Les références

La contraception orale d'urgence existe sous forme oestro-progestative (TETRAGYNON®) et a une Autorisation de Mise sur le Marché dans cette indication (24).

Deux spécialités progestatives de composition semblable (750 µg de Lévonorgestrel) sont disponibles sur le marché Français : VIKELA® (non remboursé) et NORLEVO® (remboursé 65%).

L'avis de la commission de transparence sur le Lévonorgestrel (25) donne une nette préférence à ce mode de contraception hormonale d'urgence en attribuant une Amélioration du Service Médical Rendu importante (niveau 2) par rapport au TETRAGYNON® utilisé dans la méthode de YUZPE. Les études montrent une meilleure efficacité et une meilleure tolérance (26).

Une nouvelle étude de l'OMS datant de 2002 (27-28), réalisée auprès de 4000 patientes, a montré qu'une double dose de lévonorgestrel (1,5 mg) est aussi efficace que deux prises espacées de 12 heures (le RCP a été changé en septembre 2003). Cette étude a également montré que, après le délai de 72 heures l'efficacité baisse, mais de façon non significative. Le British Medical Journal d'avril 2003 (28) en tire la conclusion que le lévonorgestrel est utilisable jusqu'à 5 jours après le rapport non protégé, même si, après 72 heures, il doit être réservé aux patientes refusant la pose d'un DIU (28-29). Par ailleurs, aucune patiente ne semble savoir que le DIU est utilisable jusqu'à 5 jours (30).

Le Lévonorgestrel est accessible en France gratuitement et sans ordonnance pour les mineures, dans les pharmacies et les centres de planification (Loi du 13 décembre 2000 et décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002). La seule spécialité entrant dans ce cadre est le NORLEVO® (Laboratoire HRA Pharma). Ce laboratoire a mis au point un kit d'information destiné aux jeunes femmes demandant la contraception d'urgence. Il comprend 3 préservatifs,

leur mode d'emploi, une brochure sur les MST, une plaquette sur le NORLEVO® et une carte d'information Fil Santé Jeune. La dispense du Lévonorgestrel dans les infirmeries des établissements scolaires du second degré, est autorisé depuis la loi du 13 décembre 2000.

Les indications du Lévonorgestrel dans son RCP (25) sont :

« Contraception d'urgence dans un délai de 72 heures après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive, notamment :

- rupture ou oubli d'un préservatif ;
- oubli du contraceptif oral au delà du délai maximal acceptable depuis la dernière prise ;
- expulsion d'un dispositif intra-utérin ;
- déplacement ou ablation trop précoce d'un diaphragme vaginal ou d'une cape contraceptive ;
- échec de la méthode de coït interrompu ;
- rapport sexuel pendant la période supposée fertile lors de la méthode de l'abstinence périodique (méthode des températures) ;
- viol. »

Une contraception oestro-progestative ne contre-indique pas la prise du NORLEVO®. La Revue Prescrire s'est intéressée à cette question (31-32) et propose d'utiliser le Lévonorgestrel pour tout rapport non protégé survenant dans les 7 jours faisant suite à un oubli de pilule de plus de 12 heures. Le risque de grossesse étant plus élevé si un oubli intervient en début de plaquette. La Revue Prescrire conseille pour un oubli de pilule de plus de 12 heures survenant au cours de la première semaine, d'utiliser le Lévonorgestrel si un rapport non protégé a eu lieu dans les 48 heures précédant l'oubli. Cette proposition de la Revue Prescrire ne repose pas sur des recommandations. Il s'agit de mesures de précaution.

2. Les réponses des patientes sur le bon usage de la contraception d'urgence

QUESTION 10 :

« D'après vous, la « pilule du lendemain » ou contraception d'urgence, permet d'éviter une grossesse en cas de rapport non protégé dans __ % des cas »

L'efficacité est évaluée à 85 %, avec cependant une évolution selon le temps écoulé depuis le rapport non protégé (95 % à 24 heures, 85 % entre 24 et 48 heures et 58 % entre 48 et 72 heures)(33).

Nous avons obtenu 2485 réponses sur 2802 questionnaires remplis.

L'idée que les patientes ont de l'efficacité de la contraception orale d'urgence est bonne, la moyenne étant à 78%.

QUESTION 11 :

« D'après vous, la « pilule du lendemain » ou contraception d'urgence, peut être délivrée sans ordonnance ? »

61,3% des patientes savent que la contraception d'urgence est disponible sans ordonnance. Cette information doit être diffusée dans la population.

QUESTION 12 :

« Pour être efficace, elle (pilule du lendemain) doit être prise dans un délai de __ heures après un rapport non protégé »

La réponse attendue est 72 heures (33)(25).

Cependant, la question est ambiguë, car la contraception orale d'urgence est plus efficace si elle est prise dans les 24 heures (95 % de réussite) que à 72 heures (58 % d'efficacité) (33).

Nous avons obtenu 2494 réponses sur 2802 questionnaires remplis.

La moyenne est à 25,5 heures avec un écart-type à 19,4.

8,5% répondent bien 72 heures, et 33,4% répondent 24 heures.

La même question posée par téléphone dans une étude de l'INSERM (23) avait trouvé 25% de bonne réponse (72 h).

Une étude écossaise (30) trouvait un meilleur résultat (47 % de réponse 72 h) auprès de la population consultant en milieu hospitalier gynécologique, 27 % des patientes répondaient 24 heures.

Retenons de cet item que la contraception orale d'urgence est globalement méconnue. Le délai supposé d'efficacité est lié à son surnom de « pilule du lendemain ». Les acteurs de santé doivent faire passer le message de son utilité jusqu'au 3^{ième} voir 5^{ième} jour après un rapport non protégé afin de limiter le recours aux IVG.

F. Connaissances des patientes sur le stérilet

Le stérilet est supposé efficace à 95%, la réponse attendue étant 99% (7). Cependant, la question n'était pas posée de façon explicite. L'appréciation de l'efficacité des contraceptions se mesure en pourcentage de grossesses pour un an d'utilisation. Les patientes ont pu répondre en pensant à l'efficacité pour un mois d'utilisation ou au pourcentage de grossesses évitées.

L'information pour le bon usage est simple. Le risque de grossesse sous stérilet existe et donc un retard de règles doit faire réaliser un test de grossesse.

Un quart des patientes sous stérilet ne le savent pas (26 %).

Les patientes ayant un stérilet depuis longtemps ont de meilleures connaissances.

G. Information ressentie sur la contraception

1. Sur la contraception en général

Dans notre population de médecine générale, 76% des patientes se sentent correctement ou parfaitement informées sur la contraception. La satisfaction est significativement moins grande chez les 42 ans et plus.

Une étude alsacienne sur 1008 patientes, avait demandé si l'information accompagnant la prescription était bonne (22). Dans cet échantillon, 79 % répondaient bonne ou très bonne.

2. Sentiment d'information sur la contraception orale d'urgence

Seulement 34% des patientes s'estiment correctement ou parfaitement informées sur la contraception orale d'urgence (23,5% chez 42 ans et plus), illustrant ainsi le manque d'information qui persiste, facteur qui participe à la non diminution des IVG dans notre pays.

H. Les sources d'information

La première source d'information citée par les patientes est représentée par les médecins. Les notes qui nous sont attribuées sont néanmoins médiocres ($\approx 5/10$) et invitent à faire mieux.

Les 16-18 ans citent en premier l'enseignement scolaire, la contraception étant au programme de 5^{ième}, 4^{ième} et surtout 3^{ième} (34). Elles citent l'entourage en deuxième position (maman ?). Le gynécologue n'est que peu cité étant donné le faible nombre de suivi spécialisé à cet âge.

Notons le score non négligeable des médias (3,1/10). Le document le plus complet accessible au public étant le livre : « contraception, mode d'emploi » (35). Dans ce recueil, toutes les méthodes contraceptives naturelles et médicamenteuses sont expliquées du point de vue biologique et pratique. L'auteur propose aux lectrices les contraceptions les plus adaptées suivant leur mode de vie : adolescentes, couple monogame, post-partum, fumeuses, pré-ménopause, diabétiques...

I. Questionnaire médecin

Près de 40% des 212 médecins de notre étude déclarent donner une information à l'aide de support visuel ou de brochures en plus de l'information orale lorsqu'ils initient une contraception orale.

Quarante-huit pour cent des médecins déclarent interroger systématiquement sur la fréquence des oublis et 34% déclarent rappeler la conduite à tenir en cas d'oubli systématiquement lors des renouvellements.

L'information doit être avant tout orale, le support visuel permettant au patient de poser ses questions à d'autres personnes, de partager l'information, de se remémorer les points importants.

L'ANAES (36) a édité des recommandations pour l'information écrite aux patients (quel que soit le domaine). L'accent est mis sur la hiérarchisation, l'aspect synthétique et compréhensible des documents d'information que l'on doit délivrer.

Une question sur la connaissance du bon usage serait possible dans le référentiel d'évaluation de la prescription de pilule (37).

Le support le plus disponible est l'ordonnance. Les patientes sous contraception orale étant jeunes et rarement poly-pathologiques, nous avons la place sur l'ordonnance de mettre des informations. Ceci peut être facile à réaliser si les ordonnances sont informatisées.

L'information est par ailleurs délivrée sous forme écrite à la patiente dans la notice de la pilule contraceptive.

V. CONCLUSION

A. Les chiffres clef

→ 200 000 IVG/an en France (6)

28 % chez des patientes sans contraception (2)

23 % chez des patientes sous contraception orale

19 % chez des patientes utilisant des préservatifs comme contraception

→ Prépondérance de la contraception orale (54 % de la population de médecine générale de 16 à 49 ans*).

Taux d'échec de la contraception orale lors de la première année d'utilisation :

-0,1 % en théorie (7)(8)

-7,6 % en réalité

Le préservatif ne fait pas mieux :

-3 % en théorie

-14 % en réalité

→ Les médecins (généralistes ou gynécologues) sont la première source d'information sur la contraception*. Les patientes nous attribuent néanmoins une note médiocre : 5/10*.

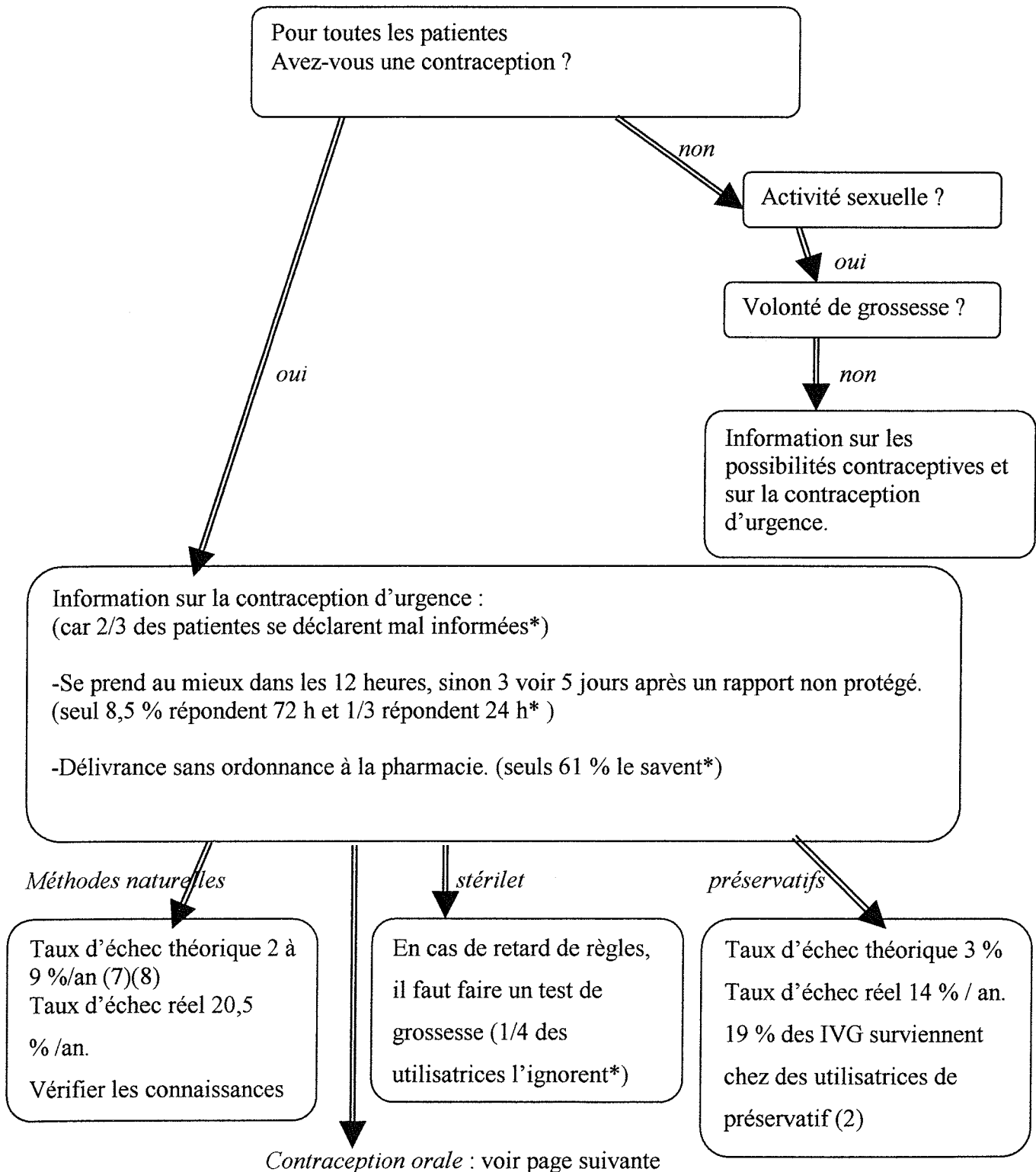
* étude EPILULE

B. Conséquences de l'étude sur l'information à dispenser

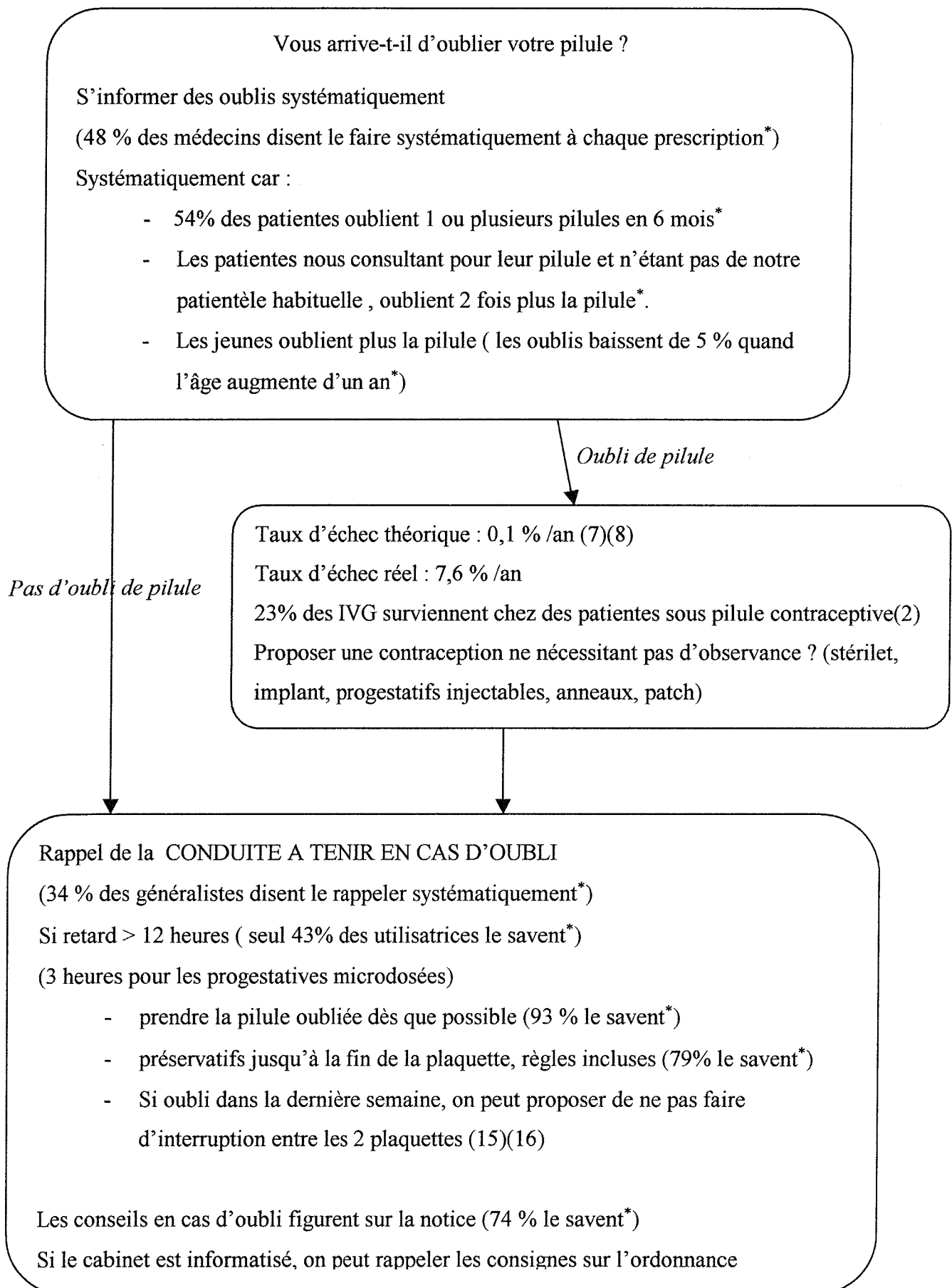
76 % des femmes de 16 à 49 ans s'estiment bien informées sur la contraception*.

Les connaissances sont limitées.

→ Ne pas attendre les questions.



CONTRACEPTION ORALE



BIBLIOGRAPHIE

1) Daguet F.

La fécondité en France au cours du XXe siècle

INSEE PREMIERE. Déc 2002; 873.

Consulté en ligne le 16/08/04.

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP873.pdf

INSEE http://www.insee.fr/fr/home/home_page.asp

Rubrique: Publications, Insee première.

2) Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N.

Contraception: from accessibility to efficiency.

Human Reprod. May 2003; 18(5): 994-999.

3) Toulemon L, Leridon H.

Contraceptive practices and trends in France

Fam Plann Perspect. 1998; 30(3): 114-20.

4) Brouard N, Leridon H, Rossier C, Toulemon L.

La statistique d'IVG en France.

Institut National d'Etudes Démographiques

Consulté en ligne le 16/08/04.

http://www.ined.fr/IVG/1997/T0A_97.html

5) Le Corre M, Thomson E.

Les IVG en 1998 en France.

Etudes et résultats, DREES. Juin 2000; 69: 1-4.

6) Vilain A. Mouquet MC.

Les IVG en 2001 en France.

Études et résultats, DREES. Déc 2003; 279: 1-8.

7) Speroff L, Darney Ph.

A clinical guide for contraception, 3rd ed. 448 pages.

Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2001.

8) Fu H, Darroch JE, Haas T, Ranjit N.

Contraceptive failure rates: new estimates from the 1995 National Survey of Family Growth.

Fam Plann Perspect. 1999; 31: 56-63.

9) Dumesnil S, Grandfils N, Le Fur P, Mizrahi An, Mizrahi Ar.

Santé, soins et protection sociale en 1996.

Bulletin d'information en économie de la santé. Jan 1998; 1: 1-6.

Consulté en ligne le 16/08/04

<http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum01.pdf>

IRDES(anciennement CREDES) <http://www.irdes.fr/>

Rubrique : Le bulletin d'information de l'IRDES, année 1998.

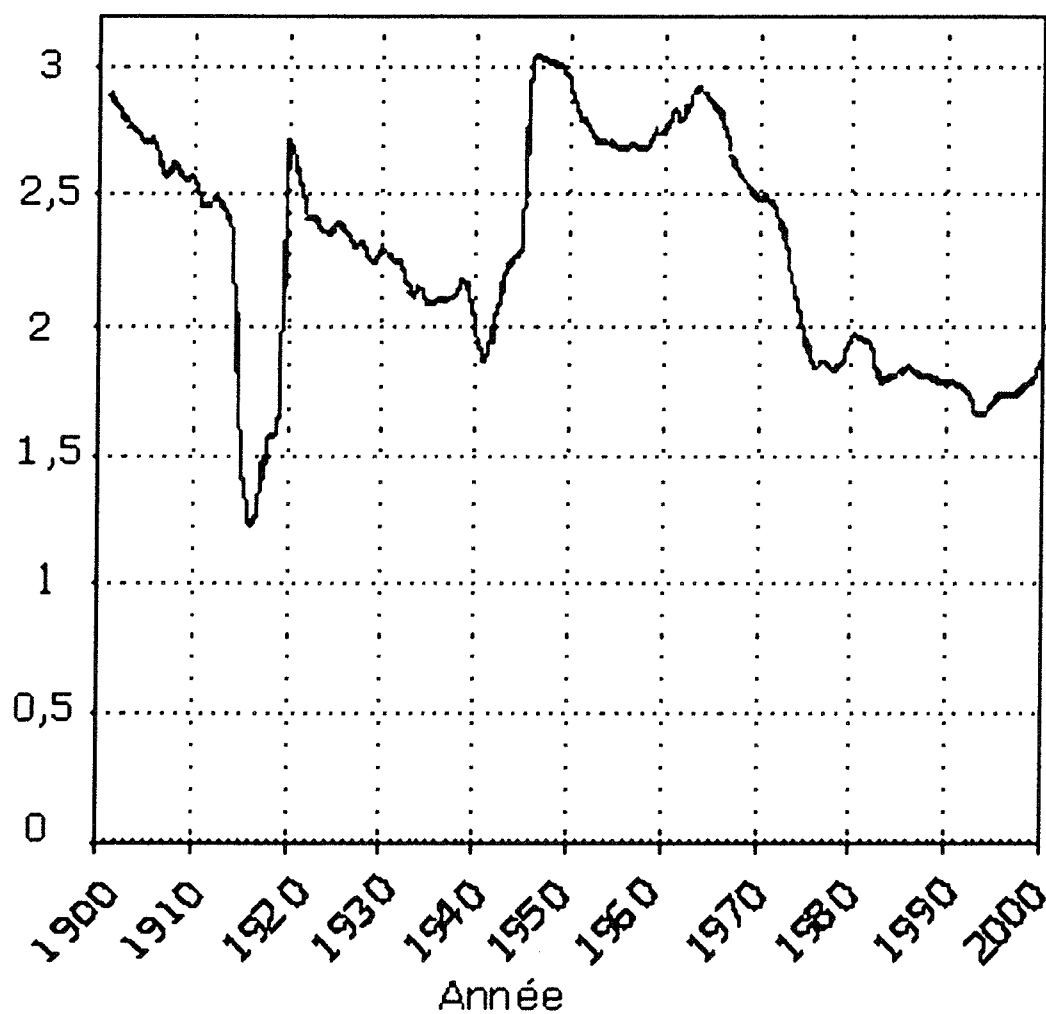
- 10)** Guibert P, Baudier F, Gautier A.
Baromètre de la santé 2000, Résultats. 2: 401-3.
Consulté en ligne le 16/08/04
<http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Baro2000/pdf/inegalites.pdf>
INPES <http://www.inpes.sante.fr/>
Rubrique : baromètre de la santé, Les textes en ligne, Téléchargements, inégalité et comportements de santé des 18-75 ans.
- 11)** Etude Attitudes et comportements des ADOlescentes face à la Contraception.
Enquête AADOC, Laboratoires ORGANON, oct. 2002, 15 pages.
- 12)** Peterson LS, Oakley D.
Women's efforts to prevent pregnancy: consistency of oral contraceptive use.
Fam Plann Perspect. Jan-Feb1998; 30(1): 19-23.
- 13)** Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.
Contraception estro-progestative.
Consulté en ligne le 16/08/04
<http://agmed.sante.gouv.fr/htm/5/5130c.htm>
Rubrique : Documentation et publications, fiches de la transparence, système génito-urinaire.
- 14)** Chapitre posologie des pilules contraceptives.
Dictionnaire VIDAL 80^{ième} Ed. 2230 pages.
Maury-imprimeur S.A. 45330 Malesherbes (France) 2004.
- 15)** Combined oral contraceptives.
British National Formulary. 834 pages.
British Medical Association.
The Pharmaceutical Press, London. March 2003: 388-394.
- 16)** Uses and Administration of combined oral contraceptives and progestogen-only oral contraceptives.
Martindale. 2483 pages.
The Pharmaceutical Press, London 2002: 1459-1460.
- 17)** Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé .
Contraception progestative.
Consulté en ligne le 16/08/04
<http://agmed.sante.gouv.fr/htm/5/indftr.htm>
Rubrique : Documentation et publications, fiches de la transparence, système génito-urinaire.
- 18)** Oral progestogen-only contraceptives.
British National Formulary. 834 pages.
British Medical Association.
The Pharmaceutical Press, London March 2003 :394-396.
- 19)** Smith LF, Whitfield MJ.
Women's knowledge of taking oral contraceptive pills correctly and of emergency contraception: effect of providing information leaflets in general practice.
Br J Gen Pract. Aug 1995; 45(397): 409-14.

- 20)** Fauser BC, Van Heusden AM.
Manipulation of Human Ovarian Function: Physiological Concepts and Clinical Consequences.
Endocr Rev. Feb 1997 ; 18(1): 71-106.
- 21)** Chapitre JASMINE®, posologie.
Dictionnaire VIDAL 80^{ième} Ed. 2230 pages.
Maury-imprimeur S.A. 45330 Malesherbes (France) 2004: 1015-17.
- 22)** Gaume N.
L'information sur la contraception chez les femmes de 15 à 30 ans. A propos d'une enquête réalisée en Alsace auprès de 1008 femmes.
Th : Méd : Faculté de Médecine Strasbourg, Université Louis Pasteur : 2002 ; n° 94.
- 23)** Goulard H, Bajos N, Job-Spira N.
Emergency contraception in France: the user profile.
Gynecol Obstet Fertil. Sept 2003; 31(9): 724-9.
- 24)** Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.
Avis de la commission de transparence du 30 mai 2001 à propos du TETRAGYNON®
Consulté en ligne le 16/08/04
<http://afssaps.sante.fr/htm/5/avisct/data/ct010353.pdf>
AFSSAPS rubrique : avis de la transparence.
- 25)** Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.
avis de la commission de transparence du 24 janvier 2001 à propos du NORLEVO®
Consulté en ligne le 16/08/04
<http://afssaps.sante.fr/htm/5/avisct/data/ct010692.pdf>
AFSSAPS rubrique : avis de la transparence.
- 26)** Von Hertzen H, Van Look P.
Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception.
Lancet. Aug1998; 352: 428-33.
- 27)** Von Herzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bartfai G, et al.
Low dose mifepristone and two regimes of levonorgestrel for emergency contraception : a WHO multicentre randomised trial.
Lancet. Dec 2002; 360: 1803-1810.
- 28)** Webb AM.
Emergency contraception.
BMJ. 12 April 2003; 326: 775-776.
- 29)** Contraception post-coïtale.
La Revue Prescrire. fév 1995; 15(148): 126-129.

- 30)** Mann M, Radeliffe K, Basarab M.
Knowledge of emergency contraception amongst female patients attending a department of genitourinary medicine.
The Br J Fam Plann. Jul 1999; 25(2): 58-62.
- 31)** Quand recommander une contraception post-coïtale en cas d'oubli de pilule ?
La Revue Prescrire. Mai 2001; 21(217): 394-395.
- 32)** Quel risque de grossesse après un rapport sexuel précédant un oubli de pilule ?
La Revue Prescrire. Oct 2002; 22 (232): 716.
- 33)** Chapitre NORLEVO®, posologie.
Dictionnaire VIDAL 80^{ième} Ed. 2230 pages.
Maury-imprimeur S.A. 45330 Malesherbes (France) 2004: 1374-75.
- 34)** Ministère de l'éducation nationale.
Programmes scolaires, classes de 5^{ième}, 4^{ième}, 3^{ième}
Consulté en ligne le 16/08/04
<http://www.cndp.fr/secondaire/svt/>
- 35)** Winckler M.
Contraception, mode d'emploi. 556 pages.
Edition au diable Vauvert.
La Laune 30600 Vauvert 2003.
- 36)** Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
Information des patients-Recommandations destinées aux Médecins.
Recommandations pour la pratique clinique.
Consulté en ligne le 16/08/04
<http://www.anaes.fr/ANAE/anaesparametrage.nsf/Page?ReadForm&Section=/anaes/SiteWeb.nsf/wRubriquesID/APEH-3YTFUH?OpenDocument&Default=y&ANAES> <http://www.anaes.fr>
Rubrique : Publication, information médicale.
- 37)** Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
Contraception oestroprogestative : sécurité de la prescription.
Référentiel d'évaluation des pratiques de santé.
Consulté en ligne le 16/08/04
<http://www.anaes.fr/ANAE/anaesparametrage.nsf/Page?ReadForm&Section=/anaes/SiteWeb.nsf/wRubriquesID/APEH-3YTFUH?OpenDocument&Default=y&ANAES> <http://www.anaes.fr>
Rubrique : Publication, gynécologie-obstétrique.

Annexe 1 : Indicateur structurel de fécondité au cours du 20^{ième} siècle selon l'INSEE (1)

Enfants par femme



CHARTRE D'ENGAGEMENT DU RESEAU EPI

Pour la réalisation d'enquêtes épidémiologiques en médecine générale

Le Comité de Pilotage s'engage à :

- proposer des enquêtes, ayant un intérêt réel pour la médecine générale et la Santé Publique, et dont la faisabilité sera estimée
- diffuser rapidement dans le réseau les résultats des enquêtes menées
- respecter la confidentialité des informations fournies, dans le respect de la loi « Informatique et Libertés »
- rémunérer le travail réalisé par les médecins du réseau

Les animateurs régionaux s'engagent à :

- réaliser une communication efficace entre les médecins participants et le Comité de Pilotage
- veiller à la bonne réalisation des enquêtes
- identifier les problèmes influant sur la participation des médecins et la qualité des données

Les médecins participants au réseau s'engagent à :

- participer aux enquêtes proposées par le réseau, sauf exception (désaccord, impossibilité matérielle)
- respecter le protocole des enquêtes, notamment les délais de réponse
- relever les données en conformité avec les éléments réels et objectifs figurant dans le dossier médical
- accepter la réalisation éventuelle d'un audit par l'organisme d'évaluation indépendant, en mettant à disposition les informations nécessaires

Comité de pilotage ☐

Animateur régional ☐

Médecin participant ☐

Date :

Signature :

Cachet

PROTOCOLE CONTRACEPTION

Partenariat Réseau EPI/AFSSAPS

Contexte:

Malgré la large diffusion des méthodes de contraception, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse reste en France à un niveau élevé (220 000 IVG/an). Dans le but de réduire le nombre de grossesses non désirées, la DGS a demandé à l'ANAES de définir des recommandations de bonne pratique en matière de prescription de moyens contraceptifs. Ces recommandations seront développées en partenariat avec l'AFSSAPS.

Le réseau EPI a rencontré, à sa demande, l'AFSSAPS, en juillet 2002, pour examiner la possibilité d'un travail en partenariat. Une deuxième rencontre a eu lieu en février 2003, au cours de laquelle une enquête sur le thème de la contraception a été proposée, afin d'apporter des éléments susceptibles d'enrichir la discussion du groupe de travail ANAES.

En mai 2003 est paru un article de l'Inserm (U 569), dans la revue *Human Reproduction*¹, analysant les causes des grossesses non désirées en France, à partir de résultats de l'enquête Cocon (étude de cohorte des pratiques contraceptives, en cours depuis l'année 2000). Cette enquête a permis également de décrire de façon détaillée l'utilisation des moyens de contraception², qui était un des objectifs du projet initial de l'enquête du réseau EPI. Celle-ci a donc été orientée davantage sur l'exploration de la connaissance des femmes sur la contraception et sur le rôle du médecin généraliste dans la prescription, le conseil et le suivi de la contraception.

Objectifs:

- décrire les modes de contraception utilisés par les femmes consultant un médecin généraliste en 2003, et notamment dans trois circonstances particulières:
 - la période des premiers rapports sexuels
 - la période du post-partum
 - la période de la pré-ménopause
- décrire l'historique récent du mode de contraception de ces patientes, et particulièrement les interruptions de contraception, les problèmes rencontrés, et les recours utilisés
- décrire les indications médicales retenues pour le choix d'une prescription de contraceptif par le médecin généraliste
- évaluer les connaissances des femmes sur les moyens contraceptifs et leur utilisation
- décrire la pratique des médecins généralistes dans le domaine de la contraception et du suivi gynécologique des femmes

Méthodes:

Les données sont recueillies auprès des femmes en âge de procréer, consultant un médecin généraliste du réseau Epi. Cet échantillon est supposé représentatif de la population de femmes consultant un médecin généraliste.

L'enquête se déroulera en deux périodes: une première période de recueil systématique, pour obtenir un échantillon "représentatif" de cette population. Dans une

¹ Contraception: from accessibility to efficiency. Bajos N. et col *Human Reproduction* 18; 5; 994-999 May 2003

² décrits en partie dans: "La médicalisation croissante de la contraception en France, Leridon H., Oustry P., Bajos N. et l'équipe Cocon, *Population et Sociétés*, 381, 1-4; INED, juillet-août 2002

deuxième période, les données seront recueillies spécifiquement auprès des trois catégories de femmes (16-18 ans, post-partum, pré-ménopause) pour obtenir l'effectif attendu.

Recueil de données systématique

Un auto-questionnaire relatif à la contraception sera rempli par 10 femmes en âge de procréer consultant un médecin du réseau. Pour des raisons de faisabilité, l'inclusion concernera les deux femmes vues en consultation (la première et la dernière) par jour, pendant cinq jours travaillés consécutifs.

Ce questionnaire permettra de recueillir les données suivantes:

Partie "auto-questionnaire"

- caractéristiques (âge, nbre d'enfants, situation de vie)
- contraception en cours
- si absence, motif
- type de contraception en cours
- ancienneté
- prescripteur initial
- dernier prescripteur
- motifs du choix du type de contraception
- "surveillance" médicale de la contraception
- historique du mode de contraception (sur deux ans)
- opinion générale sur la contraception en cours
- connaissances sur les modes de contraception et leur usage

"Partie questionnaire médical"

- type de gestion de la contraception
- gestion de la surveillance
- motifs du choix de la prescription

Recueil de données ciblé

En fonction des inclusions réalisées, un recueil complémentaire sera effectué pour obtenir au total par médecin, un effectif de 16 patientes, dont 2 dans chacune des catégories suivantes:

- jeunes filles (tranche d'âge: 16-18 ans)
- femmes en période de post-partum (3 mois)
- femmes en période pré-ménopausique (tranche d'âge: 42-49 ans)

Résultats attendus:

Effectif maximal attendu: 4800 patientes dont:

3000 patientes pour le questionnaire systématique

600 patientes pour chacune des trois catégories citées. (1800 au total)

QUESTIONNAIRE CONTRACEPTION

[Q1] Age ans

[Q2] Fumez-vous

Oui ☐

Non ☐

[Q3] Vivez-vous:

Seule ☐

En couple ☐

[Q4] Combien d'enfants avez-vous:

[Q5] Avez-vous accouché depuis moins de trois mois

Oui ☐ Non ☐

[Q6] Avez-vous une contraception actuellement

Oui ☐ Non ☐

Si non, allez directement à la question 45,

page4

Si oui:

[Q7] Prenez-vous une pilule contraceptive ?

Oui ☐ Non ☐

si oui, allez en question 14

[Q081] Utilisez-vous des spermicides (ovules, caps ou crème)

Oui ☐ Non ☐

si oui, allez en question 20

[Q09] Utilisez-vous un diaphragme ?

Oui ☐ Non ☐

(si oui, allez en question 23)

[Q10] Avez-vous un implant contraceptif ?

Oui ☐ Non ☐

(si oui, allez en question 27)

[Q11] Utilisez-vous des préservatifs (masculins ?)

Oui ☐ Non ☐

(si oui, allez en question 29)

[Q12] Utilisez-vous un préservatif féminin (Femidom)

Oui ☐ Non ☐

(si oui, allez en question 29)

[Q13] Avez-vous un stérilet ?

Oui ☐ Non ☐

(si oui, allez en question 31)

Vous prenez une pilule contraceptive

[Q14] Quelle pilule prenez-vous actuellement: ?

(nom de la pilule en majuscules) _____

[Q15] Cette pilule a été prescrite la première fois par:

Votre médecin traitant ☐

Un autre médecin généraliste ☐

Un gynécologue ☐

[Q16] **La dernière prescription en date de cette pilule vient de:**

Votre médecin traitant ☐

Un autre médecin généraliste ☐

Un gynécologue ☐

[Q17] **Signalez-vous que vous prenez une pilule chaque fois qu'un médecin vous prescrit d'autres médicaments ?**

Jamais ☐

De temps en temps ☐

Systématiquement ☐

[Q18] **Combien de fois avez-vous oublié ou pris avec retard une pilule au cours des 6 derniers mois ?**

[Q19] **Depuis quand prenez-vous la pilule ?**

(indiquez la date de la toute première prescription de pilule mois, année)

(vous pouvez maintenant aller directement à la question 36)

Vous utilisez des spermicides locaux

[Q20] Depuis quand (date de première utilisation, mois, année)

[Q21] A chaque rapport

Oui ☐ Non ☐

[Q22] ils ont été prescrits initialement par:

Votre médecin traitant ☐

Un autre médecin généraliste ☐

Un gynécologue ☐

(vous pouvez maintenant aller directement à la question 36)

Vous utilisez un diaphragme

[Q23] Depuis quand (date de première utilisation, mois, année))

[Q24] A chaque rapport

Oui ☐ Non ☐

[Q25] il a été prescrit initialement par:

Votre médecin traitant ☐

Un autre médecin généraliste ☐

Un gynécologue ☐

[Q26] vous utilisez le diaphragme avec des spermicides locaux

Oui ☐ Non ☐

(vous pouvez maintenant aller directement à la question 36)

Vous utilisez un implant

[Q27] Depuis quand (date de première utilisation, mois, année))

[Q28] il a été posé initialement par :

Votre médecin traitant ☐

Un autre médecin généraliste ☐

Un gynécologue ☐

(vous pouvez maintenant aller directement à la question 36)

Vous utilisez des préservatifs masculins ou féminins:

[Q29] Depuis quand (date de première utilisation, mois, année))

[Q30] A chaque rapport

Oui ☐ Non ☐

(vous pouvez maintenant aller directement à la question 36)

Vous avez un stérilet

[Q31] Votre stérilet actuel a été posé par:

Votre médecin traitant ☐

Un autre médecin généraliste ☐

Un gynécologue ☐

[Q32] Quel type de stérilet avez-vous: nom :

Stérilet au cuivre ☐

Stérilet à la progestérone (Mirena) ☐

[Q33] Votre premier stérilet a été posé à quelle date (mois, année)

[Q34] A votre avis, l'efficacité contraceptive du stérilet est de %
(indiquez un chiffre)

[Q35] En cas de retard de règles sous stérilet, il faut faire un test de grossesse

Oui ☐ Non ☐

36 CHOIX ET SATISFACTION PAR RAPPORT A LA CONTRACEPTION

[Q36] Notez de 1 (peu important) à 10 (très important) le motif du choix de votre contraception actuelle:

Facilité	☐ ☐
Tolérance	☐ ☐
Efficacité	☐ ☐
Coût	☐ ☐
Conseil médical	☐ ☐
Autre raison	☐ ☐

[Q37] laquelle _____

[Q38] Quel est votre degré de satisfaction par rapport à votre contraception actuelle (cocher la case):

Pas satisfaite	☐
Peu satisfaite	☐
Satisfaite	☐
Très satisfaite	☐

[Q39] Ressentez-vous des gênes liées à la contraception:

Oui ☐ Non ☐

Si oui:

[Q40] Quelles sont ces gênes:?

Règles diminuées	☐
Règles augmentées	☐
Règles irrégulières ou spotting (petits saignements en dehors des règles)	☐
Règles douloureuses	☐
Seins tendus	☐
Gêne pendant les rapports	☐
Prise de poids	☐
Autre	☐

[Q41] laquelle _____

[Q42] Avez-vous une critique par rapport à votre contraception actuelle (critique principale):

Oui ☐ Non ☐

[Q43] _____ Laquelle:

[Q44] Combien de fois avez-vous consulté, depuis un an, pour surveillance ou suivi de votre contraception:

Votre médecin traitant	☐ ☐
Un autre médecin généraliste	☐ ☐
Un gynécologue	☐ ☐

(vous pouvez maintenant aller directement à la question 47)

45 Vous n'avez pas de contraception actuellement

[Q45] Si vous n'avez pas de contraception actuellement, c'est pour la ou les raison(s) suivante(s):

- Je n'ai aucune relation actuellement ☐
- Je n'ai que des relations occasionnelles ☐
- Je désire une grossesse ☐
- Je fais confiance à mon partenaire (retrait) ☐
- J'évite les rapports pendant la période de fécondité ☐
- Je crains des effets néfastes de la pilule sur ma santé ☐
- La pilule n'est pas assez efficace ☐
- Je ne supporte aucune pilule ☐
- Je ne supporte pas le stérilet ☐
- Je crains qu'un stérilet endommage mon corps ☐
- Le stérilet n'est pas assez efficace ☐
- Je n'en ai pas besoin (hystérectomie, stérilité) ☐
- Autre raison ☐

[Q46] Laquelle:

47 CONNAISSANCES SUR LA CONTRACEPTION

[Q47] En cas d'oubli, il faut prendre la pilule oubliée dès que possible

Oui ☐ Non ☐

[Q48] Au bout de quel délai (combien d'heures) un retard dans la prise de pilule expose-t-il à un risque de grossesse : heures

Dans ce cas, il faut généralement utiliser en plus de préservatifs:

[Q49] Jusqu'à la prochaine plaquette Oui ☐ Non ☐

[Q50] Au moins pendant jours

[Q51] En cas d'oubli, le risque de grossesse est plus élevé

Au début de la plaquette Oui ☐

Non ☐

Au milieu de la plaquette Oui ☐

Non ☐

A la fin de la plaquette Oui ☐

Non ☐

[Q52] Les conseils en cas d'oubli figurent sur la notice de la plaquette .. Oui ☐

Non ☐

[Q53] Estimez-vous être informée sur la contraception:

Pas du tout ☐

Insuffisamment ☐

Correctement ☐

Parfaitement ☐

[Q54] Votre information sur la contraception provient (notez de 1 "peu important" à 10 "très important") de:

Votre médecin traitant ☐
Le gynécologue ☐
Les médias (radios , télé, journal)..... ☐
Votre entourage ☐
Enseignement scolaire ☐

Autre ☐ [Q55] lequel

D'après vous, la "Pilule du lendemain" ou contraception d'urgence:

[Q56]

Permet d'éviter une grossesse en cas de rapport non protégé dans % des cas
(écrire un chiffre)

[Q57]

Pour être efficace, elle doit être prise dans un délai de
(écrire un chiffre) heures après un rapport non protégé

[Q58] Peut être délivrée sans ordonnance Oui ☐ Non ☐

[Q59] Avez-vous déjà utilisé une pilule du lendemain Oui ☐ Non ☐

[Q60] Estimez-vous être informée sur la pilule du lendemain :

Pas du tout ☐
Insuffisamment ☐
Correctement ☐
Parfaitement ☐

61 EXAMENS & SUIVI MEDICAL

[Q61] Combien d'examens biologiques (prise de sang) avez-vous réalisé depuis un an ?

[Q62] Avez-vous déjà eu un frottis? Oui ☐ Non ☐

[Q63] Date du dernier frottis pratiqué (mois, année)

[Q64] Avez-vous déjà eu une mammographie?..... Oui ☐ Non ☐

[Q65] Date de la dernière mammographie pratiquée (mois, année)

[Q66] Votre suivi gynécologique est assuré principalement par :

Votre médecin traitant ☐
Un gynécologue ☐

SI VOUS AVEZ ACCOUCHE DEPUIS MOINS DE TROIS MOIS
(si non, allez à la question 73, page suivante)

[Q67] Votre (dernier) accouchement a eu lieu:

A l'hôpital (maternité publique) ☐

Dans une clinique privée ☐

[Q68] Avez-vous reçu une information sur la contraception pendant votre hospitalisation ?

Oui ☐ Non ☐

[Q69] Avez-vous reçu une information sur la contraception lors de la consultation de post-partum ?

Oui ☐ Non ☐

[Q70] Avez-vous eu une prescription de contraception à la sortie ? Oui ☐ Non ☐

[Q71] Avez-vous eu une prescription de contraception lors de la consultation de post-partum:

Oui ☐ Non ☐

[Q72] Laquelle: _____

73 LES 24 DERNIERS MOIS DE CONTRACEPTION

Au cours des deux années précédentes (depuis juin 2001):

- [Q73] Vous avez pris une pilule pendant mois
- [Q74] Combien de fois avez-vous changé de marque de pilule.....
- [Q75] Vous avez eu un stérilet pendant mois
- [Q76] Vous avez utilisé des préservatifs (masculins) pendant mois
- [Q77] Vous avez utilisé des préservatifs féminins pendant mois
- [Q78] Vous avez utilisé un implant mois
- [Q79] Vous avez utilisé un diaphragme (+/- spermicides) mois
- [Q80] Vous avez utilisé des spermicides seuls pendant mois
- [Q81] Vous n'avez utilisé aucune contraception pendant mois

(le total doit faire 24 mois)

[Q82] Si vous avez interrompu votre contraception pendant ces 24 mois, c'était pour:

- Un désir de grossesse ☐
- Une absence de relation sexuelle ☐
- Un autre motif ☐

[Q83] Lequel ? _____

[Q84] Avez-vous eu un problème de contraception pendant cette période ? Oui ☐ Non ☐

[Q85] Lequel _____

[Q86] Avez-vous demandé conseil ou consulté pour ce problème ? Oui ☐ Non ☐

[Q87] A qui vous êtes-vous adressée?

- Votre médecin traitant ☐
- Un autre médecin généraliste ☐
- Un gynécologue ☐
- Autre recours ☐ [Q88] Lequel _____

[Q89] Avez-vous utilisé une pilule du lendemain pendant ces 24 mois? Oui ☐ Non ☐

[Q90] Si oui, c'était à cause:

- D'une interruption de contraception ☐
- D'un "accident" de préservatif ☐
- D'un oubli de pilule ☐
- Autre raison ☐

[Q91] Laquelle _____

[Q92] Avez-vous eu une interruption volontaire de grossesse pendant ces 24 mois ?

Oui ☐ Non ☐

PARTIE QUESTIONNAIRE MEDICAL

[Q93] Il y a-t-il une raison **médicale** au choix du mode de contraception pour cette patiente ?

Oui ☐ Non ☐

[Q94] Si oui laquelle? (résumez en quelques mots-clés, sans phrase)

[Q95] Si vous avez prescrit une contraception orale, il y a-t-il une raison **médicale** au choix de cette spécialité pour cette patiente?

Oui ☐ Non ☐

[Q96] Si oui laquelle? (résumez en quelques mots-clés, sans phrase)

[Q97] Si vous avez un commentaire général, à propos de cette patiente, en rapport avec l'enquête, vous pouvez l'écrire ci-dessous (résumez autant que possible):

EPILULE: QUESTIONNAIRE MEDECIN

Prescription de contraception orale

A combien estimez-vous le nombre de prescriptions de contraceptifs oraux depuis un mois: T

Dont:

Nombre de prescriptions de pilule 1^{ère} génération (0.05 mg d'EO) A

Nombre de prescriptions de pilule 2^e génération (≤ 0.04 mg d'EO) remboursées B

Nombre de prescriptions de pilule 2^e génération (≤ 0.04 mg d'EO) non remboursées C
(progestatif dit de 3^{ème} génération)

Nombre de prescriptions de micropilule (progestatif seul) D

Nombre de prescriptions de Diane E

(le total $A+B+C+D+E = T$)

Quelle pilule prescrivez-vous le plus souvent: (nom entier en majuscules)

Quelle autre pilule prescrivez-vous le plus souvent

Conseils d'utilisation de la contraception orale:

- lors de la **première** prescription d'une contraception orale:
 - vous délivrez les explications oralement
 - vous vous aidez d'un support visuel
 - vous délivrez une brochure explicative

Lors du **renouvellement** de prescription d'une contraception orale:

- vous vous informez de la fréquence des oublis systématiquement, de temps en temps, rarement
- vous rappelez la conduite à tenir en cas d'oubli systématiquement, de temps en temps, rarement

Combien de conseils de contraception avez-vous délivré en consultation depuis 3 mois:

Combien de conseils de contraception avez-vous délivré par téléphone depuis 3 mois:

Pratiques en gynécologie/contraception:

Dans vos prescriptions de contraception orale, quelle est la part: (total: 100%)

- de prescription que vous avez initiées %
- de renouvellement de prescriptions initiées par un gynécologue %

Pratiquez-vous vous-même des frottis O/N

Combien de frottis réalisez-vous par an?

Estimez-vous manquer de formation pour réaliser des frottis? O/N

Posez-vous vous-même des stérilets O/N

Combien de poses par an?

Estimez-vous manquer de formation pour poser des stérilets? O/N

Pour quel pourcentage de femmes de votre clientèle pensez-vous assurer l'essentiel du suivi en gynécologie ?
En contraception?

Le plus proche gynécologue (public ou privé) est installé à:

Moins de 5 km de votre cabinet

Entre 5 et 10 km

Entre 10 et 20 km

Plus de 20 km

Quel est votre degré d'accord (de 0% pas d'accord du tout, à 100%) avec les propositions suivantes:

Je me sens à l'aise quand je m'occupe de contraception auprès des femmes de ma clientèle %

J'interroge facilement les femmes de ma clientèle sur leur mode de contraception %

Je préfère que les femmes de ma clientèle consultent un gynécologue pour leur contraception %

Je me sens suffisamment formé pour gérer les problèmes de contraception des femmes de ma clientèle %

Commentaire libre

Sites francophones d'information sur la contraception

* Le site de l'ANCIC (Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception) suit de très près et met en ligne toute la législation concernant contraception et avortement.

[http :www.ancic.asso.fr/](http://www.ancic.asso.fr/)

* Le MFPF (Mouvement Français du Planning Familial) possède depuis peu un site sur lequel on peut trouver les adresses mises à jour de ses antennes locales.

[http :www.planning-familial.org](http://www.planning-familial.org)

* Le site de l'AFC (Association Française pour la Contraception)

[http :www.contractions.org](http://www.contractions.org)

Le site Reproline de la Johns Hopkins University comprend de nombreuses informations

[http :www.reproline.jhu.edu/french/6read/6read.htm](http://www.reproline.jhu.edu/french/6read/6read.htm)

EN BELGIQUE : Le site internet du Planning Familial de Belgique est très bien fait.

[http :www.ping.be/planning-familial](http://www.ping.be/planning-familial)

EN SUISSE : Liste des centres de planification familiale suisses

[http :www.svss-uspda.ch/fr/fampla.htm](http://www.svss-uspda.ch/fr/fampla.htm)

Le site de la Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive

[http :www.plan-s.ch/](http://www.plan-s.ch/)

AU CANADA Le site des Fédérations de Planning familial du Canada On y trouve des informations en français.

[http :www.ppfc.ca/index.html](http://www.ppfc.ca/index.html)

AU QUÉBEC : Le SICSQ (service d'information en contraception et sexualité du Québec) a un site très riche, lui aussi.

[http :www.sicsq.org](http://www.sicsq.org)

Le portail Santé-Net Québec recense un nombre respectable de liens vers des sites en français sur la sexualité et la contraception.

[http :www.santé-net.net](http://www.santé-net.net)

Le "Guide de la contraception du Ministère de la Santé "

[http :www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/contraception/guide.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/contraception/guide.htm)

* Le site www.pilado.com, consacré à " la pilule pour les ados "

[http :www.pilado.com](http://www.pilado.com)

* Enfin, le " Petit guide de la contraception " date de trois ans (2001)

[http :www.femiweb.com](http://www.femiweb.com)



VU

NANCY, le **31 août 2004**

Le Président de Thèse

NANCY, **06 septembre 2004**

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

Mme le Professeur **P. MONNIER-BARBARINO** Professeur **P. NETTER**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **08 septembre 2004**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **J.P. FINANCE**

RESUME DE LA THESE

CONTEXTE. On dénombre 200 000 avortements par an en France et 23 % des Interruptions Volontaires de Grossesse surviennent chez des femmes utilisant une contraception orale. Les échecs de contraception peuvent être dus à une mauvaise utilisation par manque de connaissance. **METHODES.** Les 208 médecins du réseau ont interrogé 2802 patientes de 16 à 49 ans supposées représentatives de la population consultant en médecine générale. Les investigateurs ont répondu à un questionnaire sur leur pratique. **RESULTATS.** Trois femmes sur quatre s'estiment bien informées sur la contraception. Plus de la moitié des utilisatrices de contraception orale ont oublié une ou plusieurs pilules durant les 6 derniers mois, le risque d'oubli est 2 fois plus élevé chez les patientes dont la dernière prescription n'émane pas du médecin traitant ni du gynécologue traitant. Seules 43% des utilisatrices de pilules combinées savent que le retard maximum de prise de pilule est de 12 heures, 79% savent qu'il faut alors utiliser des préservatifs jusqu'à la fin de la plaquette et 74% savent que ces consignes figurent sur la notice. Deux tiers des femmes se déclarent mal informées sur la contraception orale d'urgence, 8,5 % savent que la "pilule du lendemain" peut être prise jusqu'à 72 heures et 61% savent qu'elle est disponible sans ordonnance. Un quart des utilisatrices de stérilet ne savent pas qu'un retard de règles doit faire réaliser un test de grossesse. Les médecins sont la première source d'information sur la contraception. **CONCLUSION.** Les lacunes des patientes doivent stimuler les médecins à diffuser une information systématique et en cas de défaut d'observance, à proposer un changement de méthode.

TITLE IN ENGLISH

Better information toward lower failure rates in contraception.
About a national survey conducted on 2, 802 women patients in general practice in France.

ABSTRACT

BACKGROUND. An estimated 200 000 yearly abortion rate in France and 23% of abortions are performed on women on oral contraception. Contraception failures can be due to inadequacies caused by lack of information on correct use. **METHODS.** In France, 208 General practitioners (GPs) interviewed women patients, aged 16 to 49 supposed to be representative of local GP practice. Investigators filled in a questionnaire on their practising. **RESULTS.** Three in four women consider that they are adequately informed on contraception and 54% of oral contraceptive users have forgotten one or several tablets over the past six months. Forgetting is twice as likely to occur in women whose latest prescription was not made by their local GP or a gynaecologist. Only 43% of combined pill users are aware of the 12-hour deadline and 79% of them know condoms must then be used until all tablets have been taken, while 74% know that what to do in case of forgotten pill is printed on the notice. Two women in three consider they are not adequately informed on emergency oral contraception procedure, 8.5% know that the emergency pill can be taken as late as 72 hours after unprotected intercourse and 61% know it can be obtained without a prescription. One intra-uterine device users in four do not know delayed periods call for a pregnancy testing. Physicians are the primary source of information on contraception. **CONCLUSION.** Women patients' inadequate level of information as exemplified in the survey, must incite doctors to systematically offer information as a matter of routine and occasionally advise on easy contraception techniques so as to curb failures.

THESE DE MEDECINE GENERALE – ANNEE 2004

MOTS CLEFS :

Contraception-Utilisation ; Enquête ; Comportement contraception ; Connaissances, attitudes, pratique ; Femmes.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la forêt de Haye
54 505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex