

UNIVERSITÉ TOULOUSE III - Paul SABATIER

FACULTÉS DE MÉDECINE

Année 2022

2022 TOU3 1083

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ
MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Marion DUCHÊNE

Le 01 juillet 2022

LES FEMMES SOUS CONTRACEPTIF ORAL SONT-ELLES INFORMÉES
DES SITUATIONS À RISQUE DE GROSSESSE NON PROGRAMMÉE ?

Etude épidémiologique quantitative menée dans l'arrondissement de Cahors

Directrice de thèse : Dr Anne SAINT-MARTIN

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Président

Monsieur le Professeur Yves ABITTEBOUL

Assesseur

Madame la Docteur Anne FREYENS

Assesseur

Madame la Docteur Anne SAINT-MARTIN

Assesseur



UNIVERSITÉ
TOULOUSE III
PAUL SABATIER



Université
de Toulouse

FACULTÉ DE MÉDECINE RANGUEIL

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Huques	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Professeur Honoraire
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAP Huques	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
 Professeur BOUTAULT Franck
 Professeur CARON Philippe
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Huques
 Professeur GRAND Alain
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTHES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur PERRET Bertrand
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel
 Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAUAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologique	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Professeur Associé de Médecine Générale M. ABITTEBOUL Yves M. BOYER Pierre M. CHICOULAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jill	Hématologie	
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène Mme MALAUAUD Sandra
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie	
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loic	Hématologie	
P.U. Médecine générale M. MESTHÉ Pierre Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve		

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leïla
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ,

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse. Votre engagement pour la médecine générale est un exemple pour tous. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Yves ABITTEBOUL,

Je suis très heureuse de te compter parmi les membres de mon jury de thèse. J'admire ton implication dans la formation des internes et ta passion pour notre métier. Merci pour ta confiance, ta disponibilité et tes conseils avisés.

Madame la Docteur Anne FREYENS,

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de prendre part à ce jury afin de juger mon travail. Je vous remercie pour vos enseignements de qualité. Soyez assurée de toute ma considération à l'égard de votre engagement envers le département universitaire de médecine générale et ses étudiants.

Madame la Docteur Anne SAINT-MARTIN,

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de me guider dans la réalisation de ce travail. Merci infiniment pour vos conseils, votre réactivité et le temps que vous m'avez accordé. Soyez assurée de mon profond respect.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

Merci aux pharmaciens, **Mme FOURNIOLS, Mme BIANCHI, Mme CORALLO, Mme GARDELLE et M RODRIGUEZ, ainsi qu'à toutes leurs équipes**, sans qui cette étude n'aurait pu être menée. Merci pour votre investissement malgré une période compliquée. Soyez assurés de ma reconnaissance.

A **mes parents**, sans qui le chemin jusqu'ici aurait été bien plus pénible. Merci pour les valeurs que vous m'avez inculquées, merci pour les sacrifices et merci pour tout l'amour que vous me donnez au quotidien. Merci de croire en moi depuis le début, vous êtes ma force, j'espère vous rendre fiers chaque jour.

A **mes grands-mères**, qui me sont si chères. Vous m'avez offert la plus belle des familles. Merci pour vos tendresses, je mesure la chance de vous avoir dans ma vie. Je vous aime.

A **mes grands-pères**, que je n'oublie pas. Vous me manquez très fort. J'espère que vous me voyez grandir d'où vous êtes.

A **Annick**, merci de prendre soin de moi à chacun de mes retours.

A **Dominique**, merci pour ta bonne humeur et ton pep's inégalé.

A **mes oncles et tantes**, merci de m'avoir tant gatée et de m'accueillir toujours à bras ouverts.

A **mes cousins cousines**, merci pour tous les bons souvenirs partagés, je veux en créer encore plein d'autres.

A **ma marraine**, merci d'être un si bel exemple de réussite.

A **Corentin**, merci d'être là pour moi chaque jour. Merci de me faire rire, de me rassurer, de me motiver et de croire en moi. La vie est belle à tes côtés.

A **la famille Keller**, merci de m'avoir si bien accueillie dans votre belle famille, je ne pouvais pas mieux tomber.

A **Cyrielle, Sarah, Toinou, Arthur**, vous êtes ma base, sans vous rien n'aurait été possible. Vous avez rendu mes années d'externat inoubliables, et même si la vie nous éloigne vous aurez toujours une place d'exception dans mon cœur.

A **Léa**, pour ta présence salvatrice durant cette petite année supplémentaire qui nous aura liées durablement. T'avoir comme amie est une chance, tu es une épaule sur qui on peut compter. Je te souhaite le meilleur.

A **Julie, Tom, Axelle, Jérôme, Maxime**, merci pour votre soutien sans faille. Vous êtes des amis hors pair. Je me sens vraiment chanceuse de vous avoir dans ma vie.

Aux **indestructibles, Jeanne, Lucien, Robin**, avec qui je partage tout depuis notre migration en terre occitane, vous êtes bien plus que des amis. Vous avez été mes essentiels durant cet internat. J'ai hâte de savoir ce que l'avenir nous réserve, mais je sais que, quoi qu'il arrive, les moments partagés ensemble ne sont pas prêts de s'arrêter.

A **Betty**, merci pour ta générosité sans égale. Je mesure la chance que j'ai de pouvoir te compter parmi mes amis. Tu rayannes et embellis ma vie.

A **Noé**, merci de toujours répondre présent et de m'avoir tant aidée dans la rédaction de cette thèse. Tu es un véritable ami de confiance et j'espère que tu as conscience de tes qualités et de ce que tu apportes aux autres.

A **Marion**, dernière arrivée mais pas des moindres. Merci pour ta douceur et ta générosité.

A **Vincent**, merci pour ta motivation et ton sens de l'organisation, toujours à l'origine de beaux moments de partage.

A **Valentine**, merci d'avoir égayé chacune de mes journées de P1, tu as largement contribué à ma réussite. J'aime qu'aujourd'hui nos chemins continuent de se croiser régulièrement. Je te souhaite beaucoup de bonheur.

Et aux amis rencontrés pendant l'internat, **Adèle, Simon, Merouane, Sofiane, Emilie, Maé, Mathilde, Margaux, Alexandre, Tanguy, Cécile**, merci pour ces belles années.

A l'ensemble de mes maîtres de stage, **Alain CROESI, Yves PAUBERT, Sandrine DAVY, Annick PERE, Alain ZADRO, Camille PLAIDEAU, Jean-Paul ALRIC, Philippe GICQUEL, Sonia CHOUVET**, ainsi qu'à **Stéphane RUDZINSKI** et **Jean Luc LAVAYSSIERE**,

je suis reconnaissante d'avoir pu évoluer à vos côtés. Je vous remercie de m'avoir fait gagner en confiance en partageant avec moi bien plus que vos connaissances théoriques.

Et enfin à **Cécile PAYEN**, merci de me donner ta confiance et de ne pas compter ton temps pour m'épauler dans le début de ma vie professionnelle. Je suis honorée de prendre ta succession. Je te souhaite une belle retraite, amplement méritée.

SERMENT

« Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque. »

« *Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours.* »

Louis Pasteur

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	1
INTRODUCTION	2
I. Épidémiologie de la contraception en France	2
II. Taux d'échec de la contraception en France	3
III. Action de la pilule contraceptive sur le cycle menstruel	4
A. Le cycle menstruel	4
B. Mécanisme d'action de la pilule contraceptive	4
IV. Les situations à risque de grossesse	5
V. Recommandations de bonnes pratiques	7
A. Recommandations pour la conduite à tenir en cas d'oubli	7
B. Recommandations pour la prescription d'une contraception orale	7
VI. Connaissances des femmes au sujet des situations à risque de grossesse et de la conduite à tenir en cas d'oubli	8
VII. Situation contraceptive des femmes au moment d'une IVG	9
VIII. Justification du travail de recherche	10
MATÉRIEL ET MÉTHODES	11
I. Objectif et type d'étude	11
A. Population cible	11
B. Lieu et période de recueil	11
II. Elaboration et distribution du questionnaire	12
III. Recueil et analyse des données	14
RÉSULTATS	15
I. Distribution et recueil des questionnaires	15
II. Description de la population étudiée	15
A. Caractéristiques socio-démographiques	15
1. Âge	15
2. Situation familiale personnelle	15
3. Niveau d'étude	16
B. Pratique contraceptive	16
1. Contraception quotidienne	16
2. Contraception d'urgence	18
III. Analyse des différents prescripteurs	18
A. Prescription initiale	18
B. Renouvellement	18
IV. Information des patientes	20
A. Niveau d'information	20
B. Délivrance de l'information	21
C. Caractéristiques de l'information transmise	22
D. Réception de l'information par les patientes	23

V.	Facteurs associés à la transmission de l'information	23
	A. Âge des patientes	23
	B. Motif de prescription	24
	C. Situation familiale	24
	D. Antécédent d'IVG	24
	E. Professionnel de santé consulté	24
	F. Délivrance d'une prescription anticipée de contraceptif d'urgence	24
	G. Nature du contraceptif prescrit	25
VI.	Facteurs associés à une meilleur capacité des femmes à savoir faire face aux situations à risque	25
	A. Connaissances sur les situations à risque de grossesse non programmée	25
	B. Nature de l'information	25
	C. Âge des patientes	26
	D. Pratique contraceptive	26
VII.	Facteurs associés à une information claire	27
VIII.	Ressentis des patientes non informées	28
	DISCUSSION.....	29
	I. Forces et limites de l'étude	29
	II. Analyse des principaux résultats	30
	A. Information des patientes	30
	1. Une information partielle	30
	2. Les patientes sont-elles réellement capables de faire face aux situations à risque ?	31
	B. Délivrance de l'information	32
	1. Des sources d'information multiples mais une délivrance unique?	32
	a) Implication des professionnels prescripteurs	33
	b) Implication des professionnels non prescripteurs	33
	2. Les médecins sont-ils moins performants que les sage-femmes?	34
	C. Impact de certains facteurs étudiés	34
	1. Une information variable selon l'âge des patientes?	34
	2. Les patientes célibataires, moins informées?	35
	3. Quid de celles ayant des antécédents d'IVG?	36
	4. Impact de la prescription anticipée de contraceptif d'urgence	36
	III. Perspectives	37
	CONCLUSION	39
	BIBLIOGRAPHIE	40
	ANNEXES	43
	RÉSUMÉ	48

LISTE DES ABRÉVIATIONS

DIU : Dispositif Intra Utérin

GNP : Grossesse Non Programmée

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

DRESS : Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

INTRODUCTION

I. Epidémiologie de la contraception en France

Depuis 1967, année de légalisation de la contraception en France, l'utilisation de la contraception orale a connu une évolution croissante, rythmée par la diversification progressive des méthodes contraceptives, la mise à jour régulière des recommandations, le remboursement étendu et l'accès facilité à la prescription de la contraception.

Le baromètre santé de 2016 (1) montrait que, parmi les 4315 femmes âgées de 15 à 49 ans interrogées, 71,9% étaient concernées par la contraception.

A travers les différentes méthodes de contraception nécessitant une consultation (pilule contraceptive, dispositif intra utérin (DIU), implant progestatif, patch et anneau oestroprogestatifs, injection de progestérone, stérilisation tubaire, vasectomie du conjoint), la pilule restait la méthode la plus utilisée (36,5%). Sa fréquence maximale d'utilisation était enregistrée chez les 15-19 ans (60,4 %) et les 20-24 ans (59,5 %). Cette fréquence d'utilisation diminuait ensuite pour ne plus concerner que la moitié des 25-29 ans (47,8%) et un tiers des 30-34 ans (35,4%).

Il est important de noter que 92% des utilisatrices de pilule (et 81% des 15 - 25 ans) n'utilisaient pas de méthode barrière (préservatif) en complément de leur contraception.

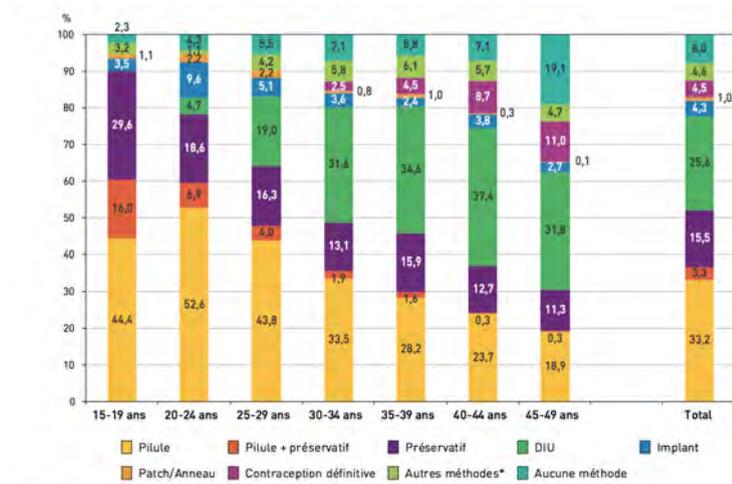


Figure 1 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge. Source: Baromètre santé 2016, Santé publique France

II. Taux d'échec de la contraception en France

L'étude Moreau (2) menée en 2007 et reprenant les données de l'étude COCON (étude de COhorte sur la CONtraception), montrait que, malgré la généralisation de l'utilisation de méthodes contraceptives très efficaces en France, une grossesse sur trois n'était pas programmée, et 65 % de ces grossesses survenaient sous contraceptifs.

Ces résultats, mis en parallèle avec la différence significative observée entre le taux d'efficacité théorique (indice de Pearl) et pratique de la contraception orale, témoignent d'une efficacité dépendante des modalités d'utilisation. Au cours de sa vie féconde, une femme devra manipuler approximativement 5000 comprimés de pilule contraceptive (en se basant sur vingt ans d'utilisation). On peut alors aisément considérer comme inéluctable la survenue d'une situation à risque de grossesse non programmée (GNP).

Les données de l'étude COCON (3), menée sur 2863 femmes âgées de 18 à 44 ans, par des équipes de l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale), de l'INED (Institut National d'Études Démographiques) et du CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique), de 2000 à 2004, ainsi que celle de l'étude Coraliance de 2002 (4) analysant les pratiques contraceptives en France, ont montré que :

- 20% des femmes oubliaient un comprimé par cycle et près de 7% oubliaient plusieurs comprimés par cycle,
- les oublis seraient responsables de 25% des interruptions volontaires de grossesse (IVG) ;
- l'oubli d'une à trois pilules par cycle était un problème fréquent chez 15 à 51% des usagères, généralement des adolescentes ;
- 32% des femmes ayant oublié un comprimé n'avaient entrepris aucune mesure de rattrapage, et 10 % n'avaient utilisé aucun contraceptif complémentaire lors des rapports sexuels ultérieurs.

Cette étude (3) mettait également en lumière les situations les plus à risque d'oubli (Annexe 1).

Ce dernier serait plus important chez les femmes :

- Dont le dernier rapport sexuel a eu lieu avec un partenaire occasionnel,
- qui n'ont pas de rapports sexuels réguliers (absence d'activité sexuelle au cours des quatre semaines précédant l'entretien de l'étude),
- qui ont des enfants en bas âge (moins de deux ans),
- qui présentent des effets secondaires qu'elles attribuent à leur contraception,
- qui n'ont pas été impliquées dans le choix de leur contraception,
- qui ont un antécédent de grossesse non programmée,
- qui n'ont pas de routine quotidienne de prise,
- qui sont d'origine étrangère.

Le niveau d'étude et l'âge des femmes n'influençaient cependant pas le risque d'oubli.

Le taux d'échec était décrit comme plus élevé au cours de la première année d'utilisation et en diminution progressive à mesure que la durée d'utilisation s'allongeait (2,4 % la première année, 1,2 % la deuxième, 1,4 % la troisième, 1,1 % la quatrième et 0,7 % la cinquième année d'utilisation).

A la lumière de ces résultats, qui reflètent les difficultés rencontrées par les femmes lors de l'utilisation de méthodes contraceptives nécessitant une observance quotidienne, il apparaît comme primordial pour le professionnel de santé d'aborder l'utilisation correcte de la pilule, non seulement en ciblant les groupes d'individus à risque, mais aussi les contextes sexuels et les conditions de vie pouvant entraîner des difficultés dans la gestion quotidienne de cette contraception.

III. Action de la pilule contraceptive sur le cycle menstruel

A. Le cycle menstruel

Le cycle menstruel dépend d'une interaction permanente entre les ovaires et l'axe hypothalamo-hypophysaire et prépare l'organisme de la femme à une éventuelle fécondation (5).

Les différentes hormones régissant le cycle menstruel sont : l'œstrogène et la progestérone, sécrétées par les ovaires, la FSH (hormone folliculo-stimulante) et la LH (hormone lutéinisante), sécrétées par l'hypophyse, et la GnRH (*gonadotropin releasing hormone*), sécrétée par l'hypothalamus. La GnRH contrôle la production hypophysaire de FSH et de LH, qui contrôlent, à leur tour, la production ovarienne d'œstrogènes et de progestérone. Les œstrogènes et la progestérone exercent également un retro-contrôle sur l'hypophyse et l'hypothalamus, à l'exception du quatorzième jour du cycle, où le pic d'œstrogènes provoque une rétroaction positive et déclenche alors le pic de LH, lui-même à l'origine de l'ovulation (6).

B. Mécanisme d'action de la pilule contraceptive

La contraception hormonale s'immisce dans ce mécanisme des cycles féminins en apportant des quantités constantes d'œstrogènes et de progestatifs (ou de progestatifs seuls).

L'effet contraceptif de la contraception hormonale se situe sur trois niveaux que sont :

- L'inhibition de l'ovulation par action sur l'axe hypothalamo-hypophysaire,
- La modification de la glaire cervicale
- La modification de l'endomètre (6).

Action sur l'axe hypothalamo-hypophysaire et la fonction ovarienne

En agissant à la fois sur l'hypophyse et sur l'hypothalamus, les contraceptifs hormonaux combinés préviennent l'ovulation en inhibant la sécrétion des gonadotrophines.

Il a été démontré que deux facteurs avaient une importance dans le mécanisme d'inhibition hypothalamo-hypophysaire :

- La nature du progestatif, l'inhibition de l'ovulation étant proportionnelle à la demi-vie du progestatif contenu dans le contraceptif hormonal.
- La longueur de la fenêtre progestative, expliquant pourquoi certains schémas contraceptifs proposent la prise de 24 jours de comprimés actifs, au lieu des 21 jours accoutumés.

On estime habituellement qu'une prise d'au moins 7 jours d'une contraception hormonale orale est nécessaire pour mettre l'axe hypothalamo-hypophysaire au repos de façon durable, limitant ainsi, en cas d'oubli, le risque de grossesse non souhaitée.

Action sur la glaire cervicale

Les modifications observées de la glaire cervicale, la rendant hostile au passage des spermatozoïdes, sont essentiellement dûes à l'action du progestatif. Elles apparaissent rapidement, dans les 3 à 4 heures suivant la prise d'un contraceptif microprogestatif oral, mais ne durent que 27 heures, d'où la nécessité de renouveler la prise quotidiennement.

Action sur l'endomètre

Le troisième domaine d'action des pilules contraceptives est l'endomètre. L'atrophie est principalement entraînée là aussi par le progestatif, via une action anti-oestrogénique. Un effet anti-nidatoire est ainsi obtenu, minimisant les risques de grossesse liés à d'éventuelles ovulations, pouvant survenir malgré la prise optimale du contraceptif.

IV. Les situations à risque de grossesse

La pilule contraceptive a l'avantage d'avoir un indice de Pearl à 0,3 (7). Cela signifie que le risque théorique de faire face à une grossesse non programmée est de 0,3 pour 100 femmes. Il s'agit de la troisième meilleure efficacité théorique, derrière l'implant progestatif (indice de Pearl = 0,05) et le dispositif intra-utérin (indice de Pearl = 0,2). Cependant, il s'agit de chiffres théoriques, calculés en situation de prise optimale.

La réalité est cependant tout autre puisqu'elle révèle une efficacité pratique de la pilule contraceptive bien moindre, avec un risque de GNP s'élevant à 8 pour 100 femmes, soit 26,7 fois plus probable qu'en théorie.

Plusieurs situations peuvent entraîner une majoration du risque de grossesse, sous réserve qu'elles soient associées à un/des rapport(s) sexuel(s) dans les 5 jours précédents, ce délai correspondant à la durée de vie des spermatozoïdes dans les voies génitales féminines:

- **Retard de prise supérieur à 12 heures**

Le risque de grossesse, en cas de retard de prise supérieur à 12 heures, est maximal dans les sept premiers jours du cycle contraceptif. Cela s'explique par le délai nécessaire à la mise en place d'un rétro contrôle durable sur l'axe hypothalamo-hypophysaire (8) (9).

Pour certaines contraceptions progestatives pures, et notamment celles à base de levonorgestrel, ce délai est raccourci à 3 heures car leur action contraceptive est essentiellement due à la modification de la glaire cervicale.

- **Retard dans la reprise de la plaquette suivante**

En cas de prise discontinuée d'une pilule oestro-progestative (OP), une période «fenêtre» supérieure à 7 jours risquerait d'entraîner la poursuite de la maturation d'un follicule dominant et le déclenchement inéluctable d'une ovulation si ce follicule atteint la taille de 16 mm.

Le risque de grossesse non programmée serait alors d'autant plus important que l'effet sur la glaire cervicale et sur l'endomètre sont inexistant à la fin de l'intervalle libre, ces modifications n'étant obtenues qu'après 48h de prise bien conduite (8).

- **Maintien de l'intervalle libre, sans prise de comprimé actif, alors qu'un oubli a eu lieu dans la dernière semaine active**

La prise de sept jours consécutifs de comprimés actifs est nécessaire à la mise au repos de l'axe hypothalamo hypophysaire. Un oubli de comprimé contraceptif dans la dernière semaine active, associé au maintien de l'intervalle libre, entraînerait une réduction du nombre de jours de prise consécutifs, et exposerait ainsi au risque d'initiation de la croissance folliculaire et d'autonomisation du follicule dominant.

- **Survenue de vomissements ou de diarrhées profuses moins de trois heures après la prise du comprimé contraceptif**

La concentration plasmatique maximale des progestatifs est atteinte environ 30 à 120 minutes après l'ingestion de la pilule et celle de l'éthinylestradiol 60 à 180 minutes après. Ainsi, on considère qu'il existe un risque de mauvaise absorption de la pilule en cas de vomissements ou de diarrhées sévères survenant dans les trois

heures qui suivent la prise de cette dernière (10).

V. Recommandations de bonnes pratiques

A. Recommandations pour la conduite à tenir en cas d'oubli

En décembre 2004, un travail conjoint de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps), de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (ANAES) et de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) a abouti à l'élaboration de recommandations pour la pratique clinique intitulées « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » (10). Elles précisent la conduite à tenir en cas d'oubli ou de décalage de la prise d'un comprimé contraceptif. Ces dernières sont reprises dans la figure 2.



Figure 2 : *Recommandations de l'ANAES, 2004*

Ces recommandations ne tiennent cependant pas compte du moment de l'oubli du comprimé pendant le cycle contraceptif.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), quant à elle, ne recommande le recours à une contraception d'urgence qu'en cas d'oubli au cours de la première semaine active ou en cas d'oublis répétés lors des semaines suivantes (11).

B. Recommandations pour la prescription d'une contraception orale

En 2013, la Haute Autorité de Santé (HAS) élabore un référentiel des bonnes pratiques pour la prescription d'une contraception. La consultation menant à la prescription d'une première contraception est une consultation complexe qui doit permettre d'évaluer les

attentes de la patiente, de lui fournir une information individualisée sur l'ensemble des différents moyens de contraception disponibles, de mener un interrogatoire médical suivi d'un examen clinique complet visant à rechercher d'éventuelles contre-indications et d'aboutir à une prescription adaptée et acceptable pour la patiente.

La HAS insiste sur les différentes informations à communiquer aux patientes, avec, entre autres, la nécessité d'informer sur :

- La méthode contraceptive choisie : son mécanisme d'action, son mode d'emploi, son efficacité (optimale et en utilisation courante), ses contre-indications, avantages, risques et effets indésirables possibles, ainsi que la procédure de son instauration et de son arrêt ;
- la possibilité de contacter un professionnel (médecin, pharmacien, sage-femme, infirmière, conseillère conjugale et familiale) en cas de doute sur les modalités d'utilisation de sa contraception ;
- les différentes possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé (contraception d'urgence), leur efficacité et leurs conditions d'accès ;
- la place de la contraception d'urgence hormonale comme méthode de rattrapage, ne visant pas à être utilisée de façon régulière, notamment en raison du risque d'échec plus élevé que les contraceptions régulières.

De la même manière, à chaque consultation menant au renouvellement d'une contraception, il incombe au professionnel de santé d'évaluer l'adéquation de la contraception choisie, la satisfaction de la patiente, son observance ainsi que ses connaissances relatives à la conduite à tenir en cas d'oubli (12).

VI. Connaissances des femmes au sujet des situations à risque de grossesse et de la conduite à tenir en cas d'oubli

Une thèse, conduite en 2014 à l'université de Paris Descartes par Stéphanie ARCINIEGA, montrait que :

- Seulement 38% des femmes sous contraception orale connaissaient le délai à partir duquel un retard de prise de pilule contraceptive exposait à un risque de grossesse ; 20% d'entre elles avaient une réponse erronée qui ne les exposait pas à un risque de grossesse car le délai était inférieur à 12h (ou à 3h en cas de pilule progestative au levonorgestrel) et 21% avaient répondu de façon erronée mais avec un délai supérieur à celui attendu compte tenu de la pilule qu'elles prenaient, s'exposant ainsi à un risque accru de GNP (5).

- Seules 52% des femmes interrogées associaient les vomissements et diarrhées à un risque de GNP.
- Près de 70% des femmes savaient que dépasser la durée de la période libre représentait un risque de GNP.
- Seule 1 femme sur 5 savait qu'il fallait supprimer la période libre en cas d'oubli lors de la dernière semaine active.

Une autre étude, datant de 2011, s'est intéressée à la conduite tenue par les femmes en cas d'oubli de contraception. Elle a montré que seules 20% d'entre elles connaissaient l'intégralité des recommandations et que leur principale source d'information se limitait à la notice de leur pilule (13).

Ces différents résultats rejoignent les données statistiques relatives aux femmes ayant réalisé une IVG, 57% d'entre elles n'ayant pas eu notion du risque de grossesse lors du rapport sexuel ayant entraîné la grossesse (14). Une étude parue dans «The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care» en 2014 et menée par «BVA Healthcare» auprès de 7170 patientes âgées de 16 à 46 ans et issues de cinq pays européens dans le but d'identifier les connaissances et les attitudes des femmes à l'égard de la contraception d'urgence, rapportait par ailleurs que parmi les 592 patientes n'ayant pas utilisé de contraception d'urgence avant l'IVG, 62% ne pensaient pas pouvoir être enceintes, 29% ne pensaient pas être en échec de contraception et 20% pensaient qu'il était trop tard (15).

VII. Situation contraceptive des femmes au moment d'une IVG

232 200 femmes ont eu recours à une IVG en 2020 en France. L'étude COCON a permis de décrire ces femmes sur le plan socioéconomique mais aussi du point de vue de leurs habitudes contraceptives, deux caractéristiques qui nous intéressent particulièrement (3).

Il en ressort que 66% des IVG avaient eu lieu chez des femmes utilisant une contraception et dont 23% prenaient une pilule contraceptive. Ces dernières déclaraient un oubli de prise dans 60% des cas et 65% d'entre elles justifiaient leur non recours à la contraception d'urgence par une non-perception du risque de grossesse.

On remarque également que la moitié des femmes réalisant une IVG signalait un changement de contraception dans les 6 mois précédant cet acte.

VIII. Justification du travail de recherche

Les contraceptifs oraux sont la forme de contraception réversible la plus populaire en France. Leur efficacité dépend cependant de la cohérence et de la justesse de leur utilisation. La nécessité d'une prise quotidienne entraîne des défauts d'observance et donc des situations à risque de GNP. De façon récurrente et regrettable, plusieurs études ont montré que seules 20% des patientes sous contraceptif oral connaissaient l'intégralité des recommandations à appliquer en cas d'oubli (13), mais aussi que 65% des patientes sous pilule ayant réalisé une IVG rapportaient une non-perception du risque de grossesse (3).

Cela nous a amené à nous interroger sur l'information donnée par les professionnels de santé lors des consultations de prescription de contraceptif oral, mais aussi sur la compréhension qu'en avaient les patientes. L'objectif secondaire de notre étude était de déterminer si certains facteurs modifiaient l'information donnée et la faculté de compréhension et d'application des patientes.

I. Objectif et type d'étude

L'objectif principal de cette étude était d'analyser si les femmes sous contraception orale, vivant dans l'arrondissement de Cahors, étaient informées des situations à risque de grossesse, ainsi que de déterminer par quel biais elles l'étaient.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer si certains éléments sociaux ou médicaux influençaient l'information donnée et si les patientes jugeaient l'information transmise suffisante pour faire face aux situations à risque de grossesse.

Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive et quantitative.

A. Population cible

Nous avons interrogé des femmes majeures âgées de 18 à 50 ans, actuellement sous contraception orale (oestroprogestative ou progestative). La nécessité du recueil d'un accord parental pour les études impliquant des patientes mineures compliquant le recueil des données, nous avons décidé d'exclure cette tranche de la population de notre étude.

Les patientes ne sachant pas lire le français ont également été exclues de l'étude.

B. Lieu et période de recueil

Notre étude a été menée dans le Lot et plus précisément dans la périphérie cadurcienne, cette zone géographique correspondant à notre futur lieu d'exercice.

La prescription d'une contraception orale est un acte réalisable par différents professionnels de santé (gynécologues, médecins généralistes, sage-femmes,...) au sein de lieux d'exercices distincts (hôpitaux, cabinets libéraux, Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF)). Afin de pouvoir évaluer les patientes consultant au sein de ces différentes structures, nous avons décidé de distribuer nos questionnaires auprès de pharmacies, lieu de passage obligatoire des patientes pour la délivrance de leur contraception.

Le CPEF de Cahors distribuant les contraceptifs sur place et ne recrutant que rarement des patientes majeures, il n'a pas été inclus dans les lieux de recueil des questionnaires.

Cinq pharmacies ont participé à l'étude :

- La *pharmacie Wilson*, dirigée par la Docteure en pharmacie Madame BIANCHI Christine et située au centre ville de Cahors, à proximité du centre hospitalier, de cabinets de gynécologie médicale et de plusieurs cabinets de médecine générale.

- La *pharmacie Saint-Georges*, dirigée par le Docteur en pharmacie Monsieur RODRIGUEZ David et située au centre ville de Cahors, à proximité d'une maison de santé pluridisciplinaire composée de cinq médecins généralistes.
- La *pharmacie Intersanté*, dirigée par la Docteure en pharmacie Madame CORALLO Gaëlle et située en périphérie proche de Cahors, drainant une population plus précaire que les précédentes.
- La *pharmacie Fourniols*, dirigée par la Docteure en pharmacie Madame FOURNIOLS Hélène, située à Castelnau-Montratier, en zone rurale, à 30 kilomètres au sud de Cahors.
- La *pharmacie du Vert*, dirigée par la Docteure en pharmacie Madame GARDELLE Marie-Claude, située à Catus, en zone rurale, à 15 kilomètres au Nord-Ouest de Cahors.

La localisation de ces pharmacies nous a permis de cibler une population aussi bien rurale qu'urbaine, ayant des caractéristiques socio-économiques variées.

La période de recueil des questionnaires s'est étendue de décembre 2021 à février 2022.

II. Elaboration et distribution du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré après la réalisation de recherches bibliographiques effectuées sur la base de données internationales PubMed, le moteur de recherche Google Scholar et le catalogue du système universitaire de documentation SUDoc.

Les mots clés suivants (de même que leur traduction anglaise) ont été utilisés selon différentes équations: *IVG*; *Contraception d'urgence*; *Contraception oestroprogestative*; *Pilule contraceptive*.

Le questionnaire comportait 25 questions réparties en trois parties (Annexe 2).

L'ensemble des questions étaient fermées, et une majorité des propositions de réponses étaient binaires («oui» / «non», la possibilité d'une alternative «je ne sais pas» étant la plupart du temps proposée).

La première partie du questionnaire s'intéressait aux données socio-démographiques des patientes (âge, niveau d'étude et situation familiale) ainsi qu'à la description de la contraception prescrite (nom de la pilule, nombre d'année(s) d'utilisation, motif initial de prescription, antériorité d'utilisation contraceptive, antécédent d'IVG, existence d'une prescription anticipée de contraception d'urgence).

La deuxième partie visait à connaître les professionnels de santé consultés lors de la première prescription de pilule ainsi que lors de son renouvellement.

La troisième partie était quant à elle divisée en trois zones de réponse.

La première, générale, visait à connaître les informations que les patientes avaient reçues à propos des situations à risque de grossesse.

La seconde ne concernait que les patientes informées et étudiait les modalités d'information.

La troisième, dédiée aux patientes non informées, visait à connaître les actions éventuellement mises en œuvre pour pallier au manque d'information.

Les pharmacies participant à l'étude ont toutes été visitées avant le démarrage de celle-ci afin de présenter le projet.

Une prise de contact a été réalisée une fois par mois, de décembre à février, physiquement ou par mail, afin de récolter les éventuelles remarques ou difficultés rencontrées mais aussi afin de remémorer l'étude aux intervenants, la période sélectionnée étant à charge de travail importante pour les pharmaciens très impliqués dans la gestion de la crise COVID.

Le questionnaire a été établi au format papier. Il a été proposé, dans les pharmacies participant à l'étude, aux femmes de 18 à 50 ans se présentant pour la délivrance d'une pilule contraceptive. Les professionnels de santé avaient pour consigne de n'établir aucune discrimination dans le choix des patientes et d'exclure uniquement les patientes mineures ou ne parlant pas français.

Les patientes, après avoir reçu une information orale sur l'étude et l'exploitation des données récoltées, acceptaient ou non de participer à l'étude. En cas d'accord, elles remplissaient seules le questionnaire, au comptoir de la pharmacie, puis le remettaient au professionnel de santé. Une pochette cartonnée avait été distribuée au préalable pour récupérer les questionnaires complétés.

L'anonymat des réponses était garanti vis-à-vis du meneur de l'étude, les patientes ne mentionnant ni leur nom, ni leurs initiales, ni leur date de naissance.

La population cible, correspondant au nombre de femmes âgées de 18 à 50 ans prenant une contraception orale dans l'arrondissement de Cahors était d'environ 2660 femmes. En effet, l'arrondissement de Cahors comprend 10261 femmes âgées de 15 à 45 ans (chiffre extrapolé à notre population cible) (16). En France, 72% des femmes âgées de 15 à 49 ans sont concernées par la contraception et parmi elles 36% prenaient une pilule contraceptive (1).

Le nombre de sujets nécessaire a ainsi été calculé à 93 pour un niveau de confiance à 95% avec une marge d'erreur de 10%.

III. Recueil et analyse des données

Le recueil des données s'est terminé à la fin du mois de février 2022. Cette date s'est imposée après deux relances n'apportant pas de nouveaux questionnaires.

Au total, 89 questionnaires ont été complétés, répartis de la manière suivante entre les différentes pharmacies :

- La pharmacie Wilson : 28 questionnaires.
- La pharmacie Saint-Georges : 4 questionnaires.
- La pharmacie Intersanté : 16 questionnaires.
- La pharmacie Fourniols : 35 questionnaires.
- La pharmacie du Vert : 6 questionnaires.

Les réponses aux questionnaires ont ensuite été transposées dans un tableur Excel®.

Les statistiques descriptives ont été réalisées avec les fonctionnalités du logiciel Excel®, notamment par le biais des tableaux croisés dynamiques. Les valeurs obtenues ont ensuite été comparées entre elles par un test du Chi2 ou de Fisher exact selon la taille des effectifs théoriques. Ces analyses ont été exécutées à l'aide du site biostatTGV® de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale).

Le seuil α de signification statistique retenu pour ces tests était de 0,05.

I. Distribution et recueil des questionnaires

Un total de 160 questionnaires ont été distribués aux cinq pharmacies participantes.

Parmi ces 160 questionnaires, 89 ont été retournés complétés. L'un d'eux ne comprenait qu'une seule réponse et a donc été exclu de l'étude.

En définitive, 88 patientes ont été incluses dans l'étude.

Le taux de participation effectif n'était pas connu car il n'avait pas été demandé aux pharmacies de notifier le nombre de refus de participation enregistré.

II. Description de la population étudiée

A. Caractéristiques socio-démographiques

1. Âge

Les tranches d'âge les plus représentées étaient les tranches 18-20 ans (32%) et 21-25 ans (30%).

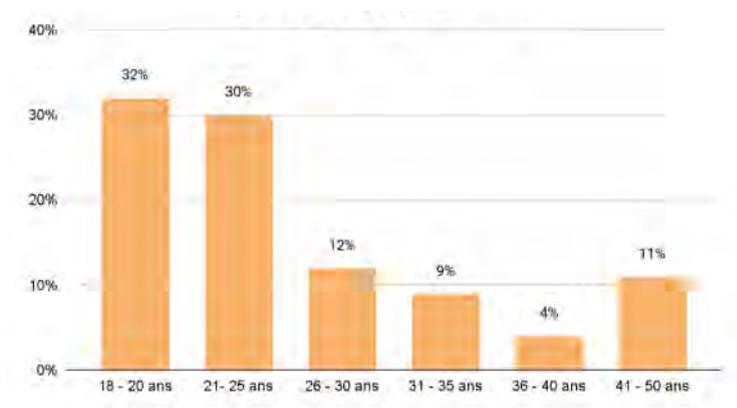


Figure 3 : Âge de la population étudiée

2. Situation familiale personnelle

Au moment de la prescription de leur contraception, 39% d'entre elles étaient célibataires et 58% étaient en couple.

3. Niveau d'étude

Concernant le niveau d'étude des patientes, au moment de remplir le questionnaire, nous avons obtenu une certaine homogénéité entre les groupes « baccalauréat » (31%), « études supérieures < bac +3 » (34%) et « études supérieures > bac +3 » (23%).

Seules 11 patientes ne faisaient pas partie de ces catégories d'études. Parmi elles, 2 avaient un niveau « brevet des collèges », 7 avaient un niveau « BEP/CAP » et 2 n'avaient aucun diplôme.

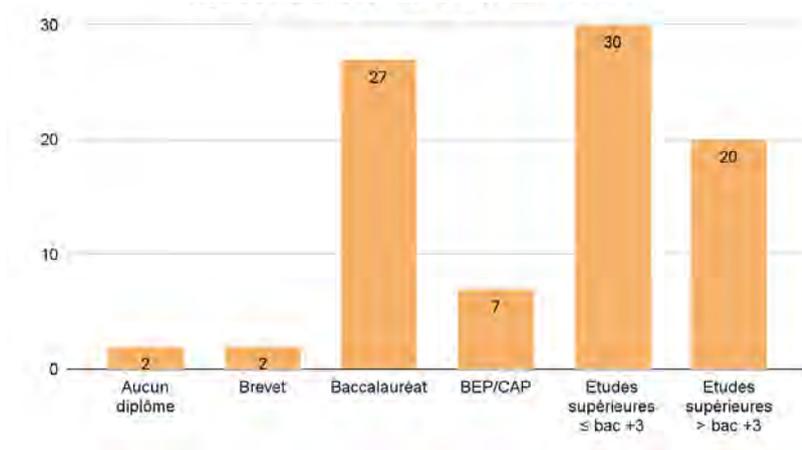


Figure 4 : Niveau d'étude de la population étudiée

B. Pratique contraceptive

1. Contraception quotidienne

La majorité des patientes (81%) bénéficiait d'une pilule oestroprogestative.

Un cinquième des patientes (19%) prenait leur pilule actuelle depuis moins d'un an, la moitié (49%) l'utilisait depuis 1 à 5 ans et un tiers (31%) depuis plus de 5 ans.

Pour 14% d'entre elles, la pilule contraceptive actuelle était leur premier moyen de contraception.

Pour les patientes ayant utilisé un autre moyen de contraception par le passé, 37% d'entre elles avaient eu recours uniquement à une contraception mécanique (préservatif) pouvant être délivrée sans recours à un professionnel de santé mais 63% d'entre elles avaient déjà bénéficié d'un autre moyen de contraception nécessitant une consultation médicale, à savoir une autre contraception hormonale orale ou transcutanée, un DIU ou un implant contraceptif.

Pour 19 patientes (22% de l'échantillon), la contraception leur avait été prescrite à but dermatologique ou afin de réguler leur cycle menstruel, et non à but contraceptif.

Pour 4 des répondantes, leur pilule contraceptive actuelle leur avait été prescrite dans les suites d'une IVG.

Ces données sont résumées dans le tableau suivant :

		Effectif	Pourcentage
Nature du contraceptif	Oestroprogestatif	71	80,6%
	Progestatif seul	13	14,8%
Temps d'utilisation	Moins d'un an	17	19,3%
	Entre 1 et 5 ans	43	48,9%
	Plus de 5 ans	27	30,7%
Contraception antérieure	Aucune	12	13,6%
	Préservatifs seuls	28	31,8%
	Autre pilule contraceptive	42	47,7%
	Implant contraceptif	4	4,6%
	D.I.U	7	8%
	Autre	2	2,3%
Motif de prescription	Inclus la contraception	69	78,4%
	Dermatologique uniquement	1	1,1%
	Régulation des cycles uniquement	13	14,8%
	Autre (SOPK*, Kystes ovariens)	5	5,7%
Antécédent d'IVG	Oui	4	4,6%
	Non	84	95,5%

Tableau 1 : Caractéristiques contraceptives de la population étudiée

* SOPK : Syndrome des Ovaires PolyKystiques

2. Contraception d'urgence

En ce qui concerne la contraception d'urgence, 27% des répondantes avaient déjà bénéficié d'une prescription anticipée.

III. Analyse des différents prescripteurs

A. Prescription initiale

Les gynécologues (hospitaliers ou libéraux) et les médecins généralistes étaient les principaux professionnels de santé consultés pour la prescription initiale d'un contraceptif oral.

18 femmes parmi les 88 interrogées (20,4%) avaient consulté un autre professionnel de santé.

Nous avons constaté, dans cette étude, que 28,4% des femmes consultaient un médecin généraliste pour la première prescription de contraception et que, malgré l'orientation de certains médecins vers la santé de la femme, la grande majorité des patientes se tournait vers leur médecin traitant et non vers un autre médecin généraliste.

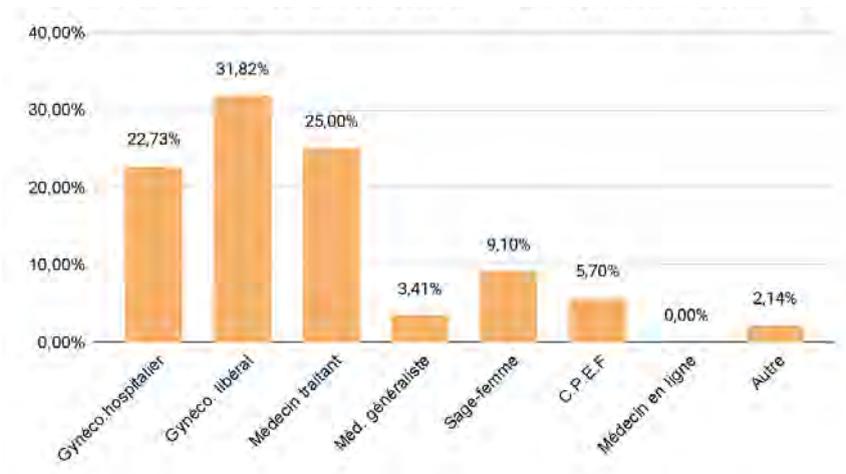


Figure 5 : *Professionnels de santé consultés pour la prescription initiale du contraceptif*

B. Renouvellement

Plus de la moitié des répondantes (54,5%) avaient déjà consulté leur médecin traitant pour la délivrance d'une ordonnance de contraceptif oral, qu'il s'agisse de la prescription initiale ou d'un renouvellement.

La majorité des patientes de l'étude (65,5%) ne réalisait pas systématiquement le renouvellement de leur ordonnance avec le même professionnel.

Un tiers des patientes (29,5%) avait pris rendez-vous auprès de leur médecin traitant pour un renouvellement alors que la prescription initiale avait été faite par un autre professionnel de santé.

Professionnel de santé consulté lors des renouvellements				
		Effectif	/ effectif global	
Professionnel différent du prescripteur initial	Gynéco hospitalier	7	8,0%	} 58 patientes = 65,9%
	Gynéco libéral	17	19,3%	
	Médecin traitant	26	29,5%	
	Méd. généraliste	3	3,4%	
	Sage-Femme	4	4,5%	
	Autre	1	1,1%	

Tableau 2 : Professionnels consultés lors des renouvellements de contraception orale, par la population de femmes ne consultant pas systématiquement le même professionnel que pour la prescription initiale

Grille de lecture :

- 8,0% des patientes interrogées ont consulté un gynécologue hospitalier pour les renouvellements (une partie ou la totalité) alors qu'il n'était pas le prescripteur initial.
- La majorité des femmes (65,9%) ne consultait pas toujours le même professionnel pour la prescription initiale et le renouvellement de la contraception oestro-progestative.

Professionnel de santé consulté lors des renouvellements				
		Effectif	/ effectif consultant ce spécialiste initialement	
Professionnel identique au prescripteur initial	Gynéco hospitalier	8	8/20 = 40%	} 40 patientes = 45,45%
	Gynéco libéral	15	15/28 = 53,6%	
	Médecin traitant	12	12/22 = 54,5%	
	Méd. généraliste	1	1/3 = 33,3%	
	Sage-Femme	2	2/8 = 25%	
	Autre	2	2/9 = 22,2%	

Tableau 2 bis : Professionnels consultés lors des renouvellements de contraception orale, par la population de femmes consultant le même professionnel que pour la prescription initiale.

Grille de lecture :

- 40% des femmes ayant consulté un gynécologue hospitalier lors de la première prescription réalisaient les renouvellements (une partie ou la totalité) avec le même spécialiste.
- 45,45% des femmes consultaient le même professionnel pour la prescription initiale et le renouvellement de la contraception oestro-progestative.

IV. Information des patientes

A. Niveau d'information

Parmi les patientes ayant répondu à l'étude:

- 81% étaient informées du risque de grossesse en cas d'oubli supérieur à 12h ;
- 47% étaient avisées du risque de grossesse en cas de vomissements dans les trois heures qui suivent la prise du comprimé ;
- 45% des femmes prenant une pilule discontinuée avaient reçu l'information concernant le risque de grossesse en cas de période d'arrêt supérieure à sept jours.

Nous avons également demandé aux femmes si elles avaient été renseignées de la conduite à tenir en cas de situation à risque de GNP, et seulement 55% d'entre elles avaient répondu par l'affirmative. La part de femmes se disant non informées était de 34%.

Seulement 20 patientes (23%) avaient reçu une information sur l'ensemble des situations à risque de grossesse afférentes à leur contraception. Parmi ces femmes, 4 n'avaient pas été informées de la conduite à tenir si elles se retrouvaient confrontées à l'une de ces situations.

B. Délivrance de l'information

En s'intéressant aux personnes informant les femmes à propos des situations à risque de grossesse non programmée, nous avons constaté qu'il s'agissait du prescripteur initial dans 81% des cas (62 patientes).

Parmi les 77 patientes informées, 15 patientes (19,5%) n'avaient pas reçu d'information de la part du professionnel de santé ayant fait la première prescription. Parmi elles, seules 4 avaient reçu une information lors des consultations de renouvellement.

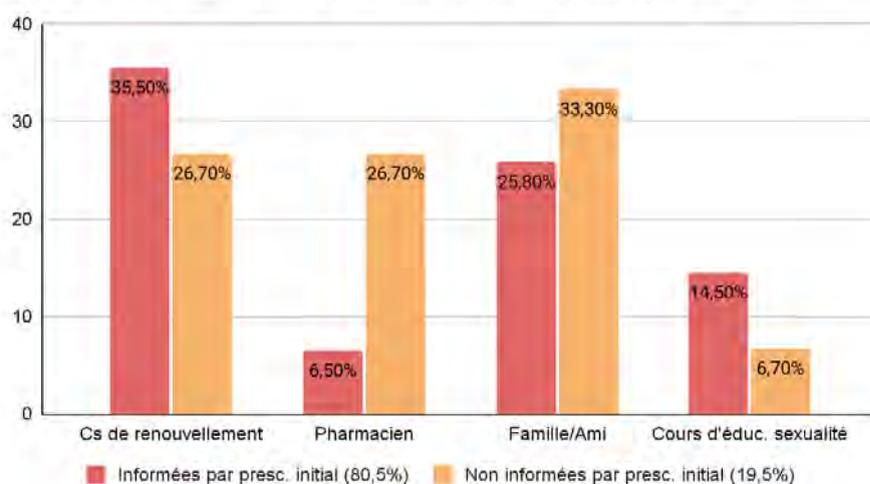


Figure 6 : *Source d'information des patientes, en dehors du prescripteur initial*

Cs : consultation, éduc : éducation

Nous avons donc constaté que l'information sur les situations à risque de grossesse n'était pas systématiquement redonnée lors des consultations de renouvellement.

En effet, les patientes qui consultaient le même prescripteur pour le renouvellement de leur contraception que pour leur primo prescription ne recevaient des informations à ce propos que dans 41,9% des cas. Ce chiffre ne s'améliorait pas pour les patientes consultant un praticien différent. En effet, seules 29,5% d'entre elles recevaient des informations par le second professionnel de santé consulté.

C. Caractéristiques de l'information transmise

Parmi les patientes ayant reçu des informations sur une ou plusieurs des situations à risque de grossesse, 44% avaient reçu l'information une seule fois, 42% l'avaient reçue plusieurs fois et 8% ne savaient plus combien de fois l'information leur avait été donnée.

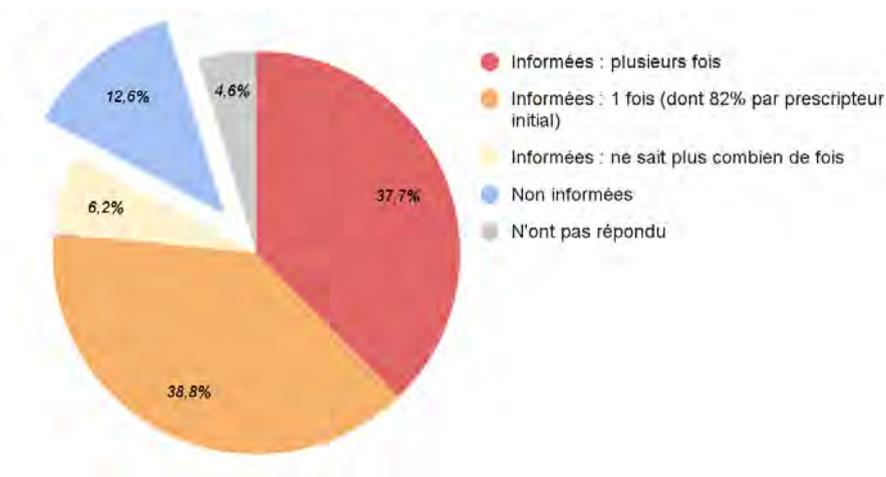


Figure 7 : *Nombre de fois où l'information a été transmise*
Les pourcentages concernent l'ensemble de la population étudiée

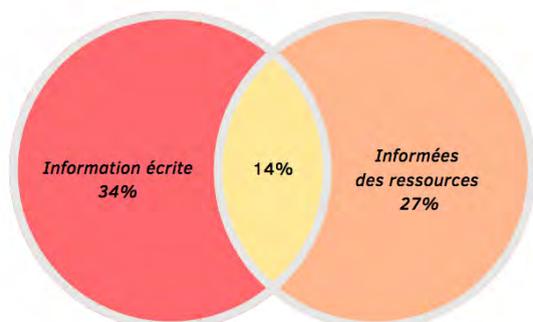
Aussi, près d'un tiers des femmes informées (34%) avait reçu un support écrit.

Les ressources, permettant de retrouver l'information à propos des situations à risque de grossesse non programmée et ses conduites à tenir en cas de besoin, avaient été notifiées à 21 des femmes informées, soit 27% de l'échantillon.

Les patientes ayant reçu à la fois un support écrit et une information sur la manière de retrouver les informations nécessaires étaient au nombre de 12, soit 14% de l'échantillon.

Ces données sont reprises dans le diagramme de Venn ci dessous:

Les valeurs concernent uniquement les patientes informées, et non la population globale de l'étude



D. Réception de l'information par les patientes

La majorité des patientes informées (78%) trouvait que les informations qui leur avaient été délivrées l'avaient été de façon claire. Inversement, 18% d'entre-elles (14 patientes) estimaient que ces dernières n'avaient pas été clairement expliquées.

V. Facteurs associés à la transmission de l'information

Les analyses comparatives qui suivent ont été réalisées en fonction de la variable « informée du risque en cas d'oubli supérieur à 12h » car les patientes informées sur les 3 situations à risque étaient trop peu nombreuses pour obtenir des résultats significatifs. Par ailleurs, parmi les patientes n'ayant pas reçu d'information concernant le risque de grossesse en cas d'oubli supérieur à 12h (16 patientes), seules 2 avaient reçu une information concernant le risque en cas de vomissement post-prise et 2 avaient reçu une information concernant la période d'arrêt.

A. Âge des patientes

Il n'existait pas de différence significative concernant l'information reçue en fonction de l'âge des patientes, hormis pour celles âgées de 26 à 30 ans. Les femmes de cette tranche d'âge avaient en effet tendance à se dire moins informées que les patientes plus jeunes ou plus âgées ($p=0,04$; $p=0,01$).

Âge des patientes	Nombre de patientes informées des situations à risque		Odd Ratio Valeur de p
18-20 ans	24	85,7%	OR = 9,7 p=0,004
26-30 ans	4	36,4%	
26-30 ans	4	36,4%	OR = 0,08 p=0,01
31-35 ans	8	100%	
18-20 ans	24	85,7%	OR=1,5 p=0,6
46-50 ans	8	80%	

Tableau 3 : Comparaison de la transmission de l'information aux patientes en fonction de leur âge

B. Motif de prescription

Le fait que la contraception soit prescrite dans un but non contraceptif (dermatologique, régulation du cycle) n'était pas un facteur de risque de non information vis à vis des situations à risque de grossesse (OR=0,8; p=1).

C. Situation familiale

La situation familiale (le fait d'être en couple ou non) au moment de la prescription n'influençait pas l'information transmise aux patientes concernant les situations à risque de grossesse (OR=1,2; p=0,7). Néanmoins, les patientes en couple étaient plus avisées de la conduite à tenir en cas d'imprudence (OR=0,59; p=0,26). Ce résultat était identique si on s'intéressait uniquement aux patientes n'ayant reçu l'information que par le prescripteur initial et dont l'évolution du statut n'avait donc pas entraîné de seconde information plus détaillée ultérieurement.

D. Antécédent d'IVG

Les patientes ayant déjà eu recours à une IVG étaient moins informées des situations à risque de grossesse (OR=0,2; p=0,1) et de la conduite à tenir (OR=0,6; p=0,1) que les femmes n'ayant jamais été confrontées à une interruption volontaire de grossesse.

E. Professionnel de santé consulté

Nous n'avons pas constaté de différence significative, en termes d'information aux patientes, en fonction du type de professionnel de santé consulté pour la prescription de la contraception orale (p=0,7).

En revanche, les patientes consultant une sage-femme lors de la primo prescription étaient plus fréquemment informées de la conduite à tenir en cas de situation à risque que celles qui consultaient un gynécologue hospitalier (OR=3,8; p=0,4), un gynécologue libéral (OR=5,2; p=0,1) ou un médecin généraliste (OR=5,6; p=0,2).

F. Délivrance d'une prescription anticipée de contraceptif d'urgence

Concernant la prescription anticipée d'une contraception d'urgence, les 24 patientes de l'étude en ayant bénéficié n'étaient pas plus informées des situations à risque de grossesse que les patientes n'ayant pas reçu d'ordonnance anticipée (OR=1,2; p=1). En revanche, elles étaient davantage renseignées sur la conduite à tenir en cas de circonstances à risque de GNP (OR=6; p=0,004).

G. Nature du contraceptif prescrit

La nature du contraceptif prescrit (oestroprogestatif ou progestatif seul) n'avait pas d'impact sur l'information transmise aux patientes, qu'il s'agisse des situations à risque de grossesse (OR=1,7; p=1) ou de la conduite à tenir en cas d'exposition au risque (OR=1,4; p=0,8).

VI. Facteurs associés à une meilleur capacité des femmes à savoir faire face aux situations à risque

L'un des objectifs majeurs, lorsqu'un professionnel de santé informe ses patientes des situations à risque de grossesse non programmée et de la conduite à tenir en cas d'accident, est que ces dernières se sentent capables de faire face et de pallier au risque en cas de survenue d'une telle situation.

L'ensemble des données relevées dans les paragraphes suivants seront synthétisées dans le tableau 4.

A. Connaissances sur les situations à risque de grossesse non programmée

Les patientes interrogées dans notre étude se sentaient davantage capables de pallier le risque de GNP lorsqu'elles étaient informées qu'un risque de grossesse existait en cas de retard de prise supérieur à 12 heures (**p=0,008**).

Il en était de même lorsqu'elles étaient informées de la conduite à tenir en cas de situation à risque (**p=0,001**).

Effectivement, parmi les femmes ayant reçu une information sur les situations à risque de grossesse, 64% se sentaient capables de faire face à l'une des situations si celle-ci venait à se produire, alors que parmi les patientes qui n'avaient pas été informées des possibilités de grossesse non programmée dans les situations évoquées précédemment, 36% se sentaient capables de faire face.

B. Nature de l'information

Les patientes se disaient davantage capables de faire face à une situation à risque de GNP lorsqu'elles jugeaient que l'information qui leur avait été fournie était claire (p=2,9) ou qu'elle leur avait été délivrée de façon répétée (p=0,2).

Recevoir une information écrite permettait également aux femmes de se sentir plus en capacité à répondre aux situations à risque de grossesse ($p=0,22$). Il en était de même pour les patientes ayant été informées des ressources permettant de retrouver les informations nécessaires à posteriori ($p=0,19$).

C. Âge des patientes

L'âge des patientes était un facteur qui rentrait en compte dans la capacité qu'avaient ces dernières à se sentir capables de parer aux situations à risque de grossesse. Les femmes âgées de plus de 20 ans se sentaient plus aptes que les moins de 20 ans à faire face aux situations à risque ($p=0,01$).

D. Pratique contraceptive

L'acquisition d'une ordonnance anticipée de contraceptif d'urgence ($p=0,7$) et une durée d'utilisation de la contraception supérieure à 5 ans ($p=0,1$) étaient deux autres facteurs qui pouvaient avoir un impact sur la perception qu'avaient les femmes à se sentir capables de gérer une situation à risque de GNP.

Facteurs évalués		Nombre de patientes se disant capables de faire face aux situations à risque		Odd-Ratio valeur de p
Informées sur les situations à risque de grossesse	oui	54	80,5%	OR=5 p=0,008
	non	7	43,8%	
Informées sur la conduite à tenir en cas d'exposition au risque	oui	44	91,7%	OR=9,3 p=0,001
	non	9	52,9%	
Information jugée claire	oui	53	89,8%	OR=18 p=2,9
	non	4	30,8%	
Information délivrée plusieurs fois	oui	29	87,9%	OR=2,4 p=0,2
	non	23	74,2%	
Information écrite	oui	23	88,5%	OR=2,6 p=0,22
	non	34	73,9%	

Informées sur la manière de retrouver les informations à posteriori	oui	18	90%	OR=3 p=0,19
	non	29	74,4%	
Âge supérieur à 20 ans	oui	43	87,8%	OR=4,5 p=0,01
	non	14	60,9%	
Délivrance d'une prescription anticipée de contraceptif d'urgence	oui	17	77,3%	OR=6,4 P=0,7
	non	40	80%	
Utilisation de la contraception depuis plus de 5 ans	oui	20	90,9%	OR=3,5 p=0,1
	non	36	73,5%	

Tableau 4 : Facteurs influençant la capacité des patientes à gérer une situation à risque de grossesse non programmée

VII. Facteurs associés à une information claire

Les patientes qui considéraient comme claire l'information qui leur avait été transmise avaient dix-huit fois plus de chance d'être à l'aise pour faire face aux situations à risque de grossesse (p=2,9).

Les femmes trouvaient l'information plus claire si elle leur avait été transmise en format papier (p=0,02) ou si elles l'avaient reçue plusieurs fois (p=0,006).

A l'inverse, les patientes ayant reçu une prescription anticipée de contraceptif d'urgence trouvaient l'information qui leur avait été délivrée moins claire (p=0,7).

Facteurs évalués		Nombre de patiente jugeant l'information claire		Odd-Ratio Valeur de p
Information écrite	oui	25	96,2%	OR=8,4 p=0,02
	non	35	74,5%	
Information répétée	oui	32	97%	OR=12,9 p=0,006
	non	24	70,6%	
Délivrance d'une prescription anticipée de contraceptif d'urgence	oui	17	77,3%	OR=0,7 p=0,7
	non	43	82,7%	

Tableau 5 : *Facteurs donnant lieu à une information jugée comme claire par les patientes*

VIII. **Ressentis des patientes non informées**

Dans notre étude, 11 patientes n'avaient reçu aucune information de la part des professionnels de santé concernant les situations à risque de grossesse non programmée. Parmi ces dernières, 2 avaient été informées des ressources permettant de retrouver les informations à propos des situations à risque de GNP.

La totalité des patientes non informées (100%) avait conscience qu'il leur manquait des informations et 73% d'entre elles avaient entrepris des recherches personnelles.

Parmi ces femmes, 4 (36%) se sentaient capables de faire face aux situations à risque si elles se produisaient.

Les deux patientes informées des moyens existants pour retrouver seules les informations ne faisaient pas partie des patientes « capables ».

Les patientes ayant réalisées des recherches personnelles ne se sentaient pas plus aptes à gérer une situation à risque que celles n'en ayant pas effectué (OR=1,1; p=1).

I. Forces et limites de l'étude

Nous avons fait le choix de recourir aux pharmacies pour distribuer nos questionnaires. La contraception pouvant être prescrite par de multiples professionnels de santé, ce mode de distribution permettait en effet une centralisation des patientes.

Le CPEF distribuant les contraceptifs sur place et ne recrutant que rarement des patientes majeures, il n'a pas été inclus dans les lieux de recueil. Les informations transmises aux femmes y consultant ont été recueillies uniquement par le biais des patientes ayant désormais recours à un autre professionnel de santé pour le suivi de leur contraception.

Il s'agissait d'une étude observationnelle, bénéficiant par nature d'un faible niveau de preuve, et d'un plus grand risque de biais.

Le choix de la méthodologie par questionnaire a été opéré dans un souci d'optimisation du temps de réponse. Les questions étaient fermées, avec un choix de réponses proposé par le chercheur, permettant une réponse rapide au comptoir de la pharmacie, améliorant ainsi le taux de participation et limitant le risque de «perdus de vue».

Pour autant, le biais de sélection lié au retour des questionnaires n'était pas nul. Les patientes pouvaient faire le choix de ne pas rendre le questionnaire en cas de désapprobation des modalités d'anonymat ou si la présence du professionnel de la pharmacie les dérangeait.

Par ailleurs, des biais de déclaration et de mémorisation inhérents à cette méthodologie de recueil ont pu survenir lors de notre étude. Plusieurs questions faisant appel à des souvenirs de consultation, parfois anciennes de plusieurs années, il était également possible que des informations aient été oubliées ou erronées par certaines patientes, altérant les résultats de l'étude.

La contribution des pharmacies permettait également d'écarter les professionnels de santé prescripteurs, prévenant ainsi un éventuel biais de sélection des patientes par les médecins ou une modification de leurs habitudes de consultation durant le déroulé de l'étude.

Néanmoins, il persistait un biais de sélection inhérent à l'existence d'un intermédiaire. Les professionnels des pharmacies, plus ou moins nombreux, pouvaient ne pas distribuer les questionnaires de manière systématique, par oubli, manque de temps ou de volonté, et effectuer alors un tri des patientes interrogées.

En revanche, la limitation des critères d'exclusion, ainsi que le recrutement de pharmacies ayant des profils d'exercice variés, avaient pour but de limiter ces biais de sélection.

Lors de l'élaboration du questionnaire, la constitution de tranches d'âge n'a pas permis d'établir de moyennes et d'écart-types, restreignant l'analyse de ces résultats.

Le faible effectif de notre échantillon ainsi que l'existence de trois questionnaires incomplets demeuraient également deux limites à l'interprétation des résultats.

Il s'agissait néanmoins d'une étude originale. Nous n'avons en effet pas retrouvé, dans la littérature consultée, d'autres études évaluant les pratiques professionnelles par le biais de l'étude des patientes. Les études similaires s'intéressaient davantage aux connaissances des patientes qu'aux modalités d'informations. D'autres études s'intéressaient quant à elles aux pratiques professionnelles en questionnant directement les médecins sur leur pratique quotidienne.

Une étude prospective aurait permis de mieux évaluer l'impact des modalités d'information sur la capacité des femmes à savoir faire face à une situation à risque mais aurait nécessité l'inclusion des médecins consultés par les patientes et aurait engendré un temps de recherche plus long.

II. Analyse des principaux résultats

A. Information des patientes

1. Une information partielle

Ce travail a permis de montrer que 81% des femmes de notre échantillon étaient informées des risques de grossesse non programmées en cas de retard de prise de leur comprimé contraceptif supérieur à 12h. En revanche, moins de la moitié des patientes (45%) étaient informées des risques d'échec de leur contraception en cas de vomissements survenant dans les suites de la prise de leur contraceptif ou en cas d'allongement de la période de 7 jours sans comprimé actif.

Les femmes informées sur les trois situations à risque, quant à elles, étaient au nombre de 20, soit seulement 23% de l'échantillon.

Concernant la conduite à tenir en cas de situation à risque, seules 55% des patientes déclaraient en être informées.

L'interprétation de ces résultats devait cependant rester prudente, un biais de mémorisation ayant pu s'opérer.

Une thèse, conduite en 2014 à l'université de Paris Diderot par la Docteur Elena COHEN, interrogeait des patients âgés de 18 à 50 ans sur leur comportement après un rapport sexuel à risque d'infection ou de grossesse. A la différence de notre étude, celle-ci ne s'intéressait pas uniquement aux risques de grossesse et la population étudiée incluait des hommes et

des femmes sans contraception. Néanmoins la proportion des patients informés sur la conduite à tenir après un rapport à risque était évaluée à 70% (17).

Il semblerait étonnant que les patientes sans contraception soient davantage informées des risques de grossesse que les patientes sous pilule contraceptive.

Cependant, en confrontant ces résultats avec les données du baromètre santé 2010 de l'INPES qui montrait que 23% des femmes de 15 à 29 ans ayant vécu une grossesse imprévue évoquaient la non-perception du risque de grossesse, ainsi qu'à celles de l'enquête Cocon publiée en 2005 qui évaluait ce pourcentage à 65% chez les femmes bénéficiant d'une contraception hormonale orale au moment du rapport sexuel fécondant (2), nous pourrions supposer que la contraception orale entraînerait une réassurance parfois excessive vis-à-vis du risque de grossesse chez les patientes concernées, les conditions nécessaires à l'efficacité de leur contraception n'étant pas suffisamment intégrées pour leur permettre d'évaluer correctement le risque.

2. Les patientes sont-elles réellement capables de faire face aux situations à risque ?

Notre étude a mis en évidence que les patientes informées des situations à risque, à l'inverse des patientes non renseignées, se sentaient davantage capables de faire face au risque de GNP (OR=5; p=0,008). Il en était de même pour les patientes informées sur la conduite à tenir en cas d'utilisation imprudente de leur contraception (OR=9,3; p=0,001).

Pour autant, 43,8% des patientes non informées des situations diminuant l'efficacité contraceptive et 52,9% des patientes non informées de la conduite à tenir en cas d'imprudence se sentaient capables de gérer une situation à risque de GNP.

On pourrait supposer que ces chiffres s'expliquent par les diverses ressources d'informations disponibles de nos jours, notamment les sites internet reprenant les démarches à effectuer en cas de risque de GNP. Malgré tout, dans notre étude, parmi les femmes non informées, il n'existait pas de différence significative en termes de capacité à faire face aux situations à risque entre celles ayant établi des recherches personnelles et les autres. Ce résultat pourrait s'expliquer par le faible nombre de patientes non informées au sein de notre étude mais pourrait également être le reflet d'une fausse impression de connaissance chez certaines patientes. En effet, notre étude interrogeait uniquement les femmes sur leurs sentiments de savoir pallier le risque de grossesse non programmée et ne permettait pas de vérifier leurs connaissances effectives, ni leur capacité à les appliquer en situation réelle.

B. Délivrance de l'information

1. Des sources d'information multiples mais une délivrance unique?

Les sources d'information pour les patientes sont multiples. Dans notre étude, nous avons distingué les sources d'informations humaines, des sources matérielles nécessitant une démarche personnelle de la part des utilisatrices de pilule contraceptive. Bien que diverses, les sources d'information n'ont pas toutes la même fiabilité. Nous pouvons en effet opposer les sources scientifiques (professionnels de santé prescripteurs, pharmaciens, cours d'éducation à la sexualité délivrés dans le secondaire) aux sources non médicales ou hors cadre scolaire (famille, amis). Plusieurs études antérieures ont ainsi montré que les connaissances populaires concernant les délais d'efficacité de la contraception ou encore les modalités de recours à la contraception d'urgence étaient souvent erronées (13) (18) (19).

Cependant, malgré les diverses sources d'information possibles, près de la moitié des patientes de notre étude (44%) n'avaient reçu l'information qu'une seule fois.

Notre travail a mis en évidence que les femmes recevant une information répétée jugeaient l'information plus claire que celles n'ayant reçu l'information qu'une seule fois (OR=12,9; p=0,006) et que plus l'information était claire, plus elles se sentaient capables de faire face aux situations à risque (OR=18; p=2,9).

Notre étude n'a toutefois pas permis d'évaluer si les informations répétées étaient le fruit d'un ou plusieurs acteurs et si cette notion impactait la mémorisation de l'information.

Il n'était par ailleurs pas demandé aux femmes s'il s'agissait de leur première prescription de contraception, auquel cas, il leur était impossible d'avoir reçu une information répétée.

Ce résultat restait malgré tout en accord avec les études de psychologie cognitive sur la mémorisation qui stipulaient que la répétition était la clé de la phase "d'encodage", première étape de la mémorisation, permettant à l'information de passer de la mémoire à court terme à la mémoire à long terme.

En plus du renouvellement de l'information, il a également été démontré que pour permettre une répétition mentale efficace, les contenus devaient être segmentés, les modalités pédagogiques variées, et l'apprenant actif. On retrouve alors les principales modalités de l'éducation thérapeutique (20) (21).

a) Implication des professionnels prescripteurs

La majorité des patientes (70,5%; 62 patientes) était informée par le prescripteur initial, d'une ou de plusieurs des situations à risque de GNP et/ou de la conduite à tenir en cas de risque.

Cette information n'était cependant que rarement répétée lors des consultations de renouvellement ultérieures. En effet, l'information était réitérée dans 41,9% des cas pour les patientes consultant le même prescripteur, et seulement dans 29,5% des cas pour les patientes consultant un prescripteur différent.

Ces résultats auraient cependant pu être différents si les patientes n'ayant bénéficié que d'une seule consultation de contraception (primo prescription) avaient été exclues des calculs.

Plusieurs hypothèses pourraient néanmoins être soulevées pour expliquer ce manque d'information. Tout d'abord, l'information à délivrer est chronophage et nécessite généralement un temps de consultation plus long que la durée habituellement impartie. Ensuite, il est possible que certains praticiens considèrent à tort que l'information a déjà été délivrée par le prescripteur précédent sans nécessiter de rappel. Enfin, le thème de la vie affective et sexuelle peut être difficile à aborder par les médecins comme les patientes. L'INPES a en effet révélé que 41,3% des médecins généralistes avaient des difficultés à aborder ce thème avec leurs patientes (22).

Il est également important de souligner que 14% des patientes informées (11 patientes) n'avaient pas été informées par un professionnel de santé prescripteur. De plus, parmi ces 11 patientes, seules 3 avaient été informées par une tierce personne qualifiée.

b) Implication des professionnels non prescripteurs

La HAS rappelait en 2019, dans ses recommandations de bonnes pratiques, le rôle des pharmaciens dans la dispensation de la pilule contraceptive. Elle mentionnait notamment la nécessité de rappeler aux femmes les modalités de la prise de leur contraception, l'importance de l'observance et la conduite à tenir en cas d'oubli afin de limiter les échecs contraceptifs (23). Pour autant, dans notre étude, la proportion des patientes ayant été informées par leur pharmacien était seulement de 9%.

La contraception fait par ailleurs partie des thèmes devant être abordés lors des cours d'éducation à la sexualité dont la tenue est inscrite dans la loi depuis 2001 (24). La proportion des patientes de moins de 25 ans ayant reçu une information à propos des situations à risque de GNP lors des cours d'éducation à la sexualité s'élevait à 18% dans notre étude. Ce résultat met en lumière les manquements à la mise en place effective des

séances d'éducation à la vie affective et sexuelle, qui devraient être au nombre de trois par an durant le cursus secondaire.

2. Les médecins sont-ils moins performants que les sage-femmes?

La seule différence d'information observée entre les différents professionnels de santé concernait la conduite à tenir en cas de situation à risque et était en faveur des sage-femmes. En effet, les patientes consultant une sage-femme pour la délivrance d'une contraception étaient 5 fois plus informées des modalités existantes pour amoindrir les risques de grossesse non programmée que celle consultant un médecin généraliste ($p=0,2$). Cette différence pourrait être due au hasard en raison du faible effectif de notre étude. Néanmoins, nous nous sommes intéressés au travail de thèse de Sarah Darriau qui a repris en 2013 les données de l'étude ECOGEN (étude des Eléments de la COnsultation en médecine GENérale) et a analysé les consultations de médecine générale qui contenaient une prescription de contraception (25). La contraception était le seul motif de consultation dans seulement 20,2% des cas. Ainsi, la prescription de pilules contraceptives se faisait dans la grande majorité des cas sans moment réellement dédié.

Différents travaux de thèses, de méthodologie qualitative, ont également fait ressortir cette difficulté d'instaurer un suivi conforme aux recommandations de la HAS, insistant notamment sur la nécessité de consultations dédiées (12).

Un taux plus important de consultations dédiées, ainsi que des temps de consultations plus longs et l'existence de consultations standardisées semblaient donc des hypothèses envisageables pour expliquer la différence d'information observée auprès des sage-femmes.

C. Impact de certains facteurs étudiés

1. Une information variable selon l'âge des patientes?

Notre échantillon de population était majoritairement composé de femmes de moins de 25 ans (62%), ce qui correspond aux données démographiques du Baromètre Santé publié en 2016, qui mettait en évidence que la fréquence maximale d'utilisation de la pilule contraceptive était enregistrée parmi les 15-19 ans (60,4 %) et les 20-24 ans (59,5 %) (1).

L'âge des patientes n'entraînait pas de différence significative concernant l'information reçue, hormis pour la tranche d'âge «26 - 30 ans», au sein de laquelle les femmes se disaient moins informées que les patientes plus jeunes ou plus âgées ($p=0,04$ / $p=0,01$).

Cette tranche d'âge pourrait se distinguer des autres par sa proportion plus importante de femmes en situation de post-partum. Nous pourrions également supposer qu'il s'agisse

d'un âge où la perspective d'une grossesse semble moins problématique aux yeux des professionnels de santé, alors moins assidus dans les explications données aux patientes.

Ce défaut d'information pose un réel problème, d'autant que les femmes âgées de 25 à 29 ans correspondaient à la deuxième tranche d'âge la plus concernée par l'IVG en 2008, juste après les 20-24 ans, avec un taux de recours à l'IVG de 24 pour 1000 femmes, la moyenne nationale s'élevant quant à elle à 15/1000 (26).

En outre, les études s'intéressant aux périodes à risque contraceptif présentaient le post partum comme une situation à risque du fait des difficultés d'observance qui la caractérisent (27) (28). Ces éléments rejoignent les résultats de l'étude COCON qui soulignaient qu'avoir des enfants en bas âge (moins de 2 ans) faisait partie des situations les plus à risque d'oubli de prise de contraceptif (3).

Par ailleurs, une attention particulière a été portée au fait que, bien qu'il n'existait pas de différence d'information, les femmes âgées de plus de 20 ans se sentaient davantage capables de faire face aux situations à risque que les patientes plus jeunes ($p=0,01$).

Pour autant, comme énoncé précédemment, en 2007, deux tiers des IVG concernaient des femmes âgées de 20 à 34 ans (26).

Il semblerait alors légitime de se demander si le ressenti qu'avaient les patientes de se sentir capables de gérer une situation à risque n'était pas qu'un sentiment personnel, et que ce dernier ne soit pas forcément lié à une meilleure gestion en pratique.

Néanmoins, les résultats obtenus dans notre étude pourraient ne pas refléter la réalité.

Les patientes ont été questionnées sur leur âge actuel et non sur l'âge qu'elles avaient au moment où l'information leur avait été délivrée. Ainsi, les femmes âgées de plus de 30 ans pourraient avoir été informées des situations à risque de grossesse lorsqu'elles avaient moins de 25 ans et ainsi n'être en réalité pas plus informées que les patientes actuellement âgées de 26 à 30 ans.

2. Les patientes célibataires, moins informées?

Près d'un tiers des répondantes (39%) étaient célibataires au moment de la prescription de leur contraception.

Les patientes en couple n'étaient pas plus informées des situations à risque de grossesse que les patientes célibataires ($p=0,7$) mais étaient plus informées des conduites à tenir en cas d'oubli ($p=0,26$).

Pourtant, selon les études, la part de patientes célibataires parmi les femmes ayant recours à une IVG pouvait varier de 35% à 55% (26) (29) et l'absence de rapports sexuels réguliers était décrite comme un facteur à risque d'oubli du contraceptif (5).

3. Quid de celles ayant des antécédents d'IVG?

La Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a mené une étude auprès des femmes ayant eu recours à une IVG en 2007 et a recensé qu'il s'agissait de la seconde IVG pour 34 % des interrogées et de la troisième ou plus pour 9 % d'entre elles (26).

Dans notre étude, les résultats relatifs aux patientes ayant un antécédent d'IVG sont à moduler en raison du très faible effectif de patientes concernées (4 patientes).

Il est néanmoins regrettable de constater que parmi les femmes pour qui la pilule contraceptive avait été prescrite dans les suites d'une IVG, la moitié déclarait ne pas être informée des risques de grossesse en cas d'oubli de prise supérieur à 12 heures et de la conduite à tenir en cas de situation à risque de grossesse non programmée. Nous ne pouvons cependant pas déterminer s'il s'agissait d'une réponse objective ou si celle-ci témoignait d'un biais de jugement du fait d'attentes supérieures de leur part.

4. Impact de la prescription anticipée de contraceptif d'urgence

La HAS recommande d'informer les patientes sur la contraception d'urgence mais ne recommande sa prescription anticipée qu'au cas par cas, notamment pour les patientes ayant des difficultés d'accès à une pharmacie ou des difficultés financières, chez les patientes voyageant à l'étranger ou celles utilisant comme méthode contraceptive le préservatif ou d'autres méthodes moins efficaces (30).

Or, dans notre étude, la part des femmes en ayant bénéficié était de 27%, soit 24 patientes sur les 88 répondantes. Ces dernières, bien qu'elles ne soient pas plus informées que les autres patientes sur les situations à risque de GNP ($p=1$), étaient davantage renseignées sur la conduite à tenir face à ces situations ($p=0,004$).

Cette différence pourrait s'expliquer par le temps dédié à l'explication des modalités d'usage, lors de la remise de l'ordonnance.

Nous avons par ailleurs constaté que les patientes ayant bénéficié d'une prescription anticipée de contraceptif d'urgence considéraient que l'information qui leur avait été délivrée était moins claire ($p=0,7$). Ce résultat était en contradiction avec celui stipulant que ces patientes se trouvaient davantage capables de faire face aux situations à risque de GNP ($OR=6,4$; $p=0,7$).

Ces paradoxes pourraient s'expliquer par une non significativité des résultats en raison du faible effectif de patientes interrogées, mais aussi par la complexité de l'information délivrée concernant l'impact du moindre changement dans l'efficacité du contraceptif.

La raison pour laquelle la HAS ne recommandait pas la prescription systématique d'un contraceptif d'urgence était le danger d'une moindre utilisation de la contraception

régulière et d'une augmentation des comportements sexuels à risque en termes de rapports non protégés et d'infections sexuellement transmissibles. De récentes études démontraient cependant que la prescription anticipée d'une contraception d'urgence n'entraînait pas d'augmentation de ces effets néfastes. Elles ne mettaient pas non plus en évidence de preuve significative de l'efficacité de ce type de prescription dans la réduction du nombre de grossesse non programmées (31).

III. Perspectives

La contraception orale est un moyen de contraception largement utilisé en France puisqu'elle concerne près de 36,5% de la population féminine. Son efficacité dépend cependant du caractère optimal de son utilisation, ce pourquoi l'information des patientes concernées est capitale.

Les différents médecins prescripteurs jouent un rôle majeur dans l'information des femmes sur les situations à risque de grossesse non programmées et la conduite à tenir en cas «d'accident». Bien que les informations puissent être trouvées sur différents canaux par les patientes (notice pharmaceutique, internet, bouche à oreille ...), les patientes informées des situations à risques par les professionnels de santé se sentent davantage capables d'y faire face (OR=5; P=0,008).

L'information devrait ainsi être délivrée à chaque consultation de renouvellement, sans distinction liée à l'âge ou à la situation familiale des patientes, qu'il s'agisse du prescripteur initial ou non. En effet, une information répétée entraînerait une meilleure compréhension des patientes (p=0,006) et pourrait aboutir à une meilleure gestion des situations à risque (p=0,2).

Dans l'intention de délivrer une information répétée et claire aux patientes, chaque intervenant dans le parcours contraceptif des femmes a un rôle à jouer et notamment les pharmaciens. En effet, chaque patiente qui bénéficie d'une prescription de pilule contraceptive se rendra dans une pharmacie pour la délivrance de cette dernière. Quelque soit l'information transmise par le prescripteur, le pharmacien devrait à son tour dispenser une information aux patientes. Cela permettrait un rattrapage en cas de non information de la part du prescripteur ou, dans le cas contraire, une seconde information permettant une meilleure mémorisation et une prise de conscience accrue à propos des risques encourus.

Le secret médical étant difficile à gérer au sein d'une pharmacie, nous pourrions envisager la délivrance systématique d'une notice d'information écrite. Nous avons effectivement mis en évidence le fait qu'une information écrite était plus claire (p=0,02) et aidait les patientes à se sentir capables de faire face aux situations à risque (p=0,22). Toutefois, notre étude n'a pas permis d'évaluer si les femmes ayant reçu une information écrite avaient systématiquement reçu une information orale préalable. Il serait donc intéressant de déterminer si une information écrite isolée permettrait d'améliorer les connaissances des

patientes et leur capacité à faire face aux situations à risque par le biais d'une nouvelle étude.

La prescription des contraceptifs uniquement lors de consultations dédiées, y compris lors des renouvellements, ainsi que l'instauration effective des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle sont d'autres perspectives pour l'amélioration de l'information transmise aux patientes.

En revanche, notre travail de recherche ne permettait pas de préconiser une prescription systématique d'un contraceptif d'urgence lors des prescriptions de pilule contraceptive. Parler de cette méthode de rattrapage à chaque renouvellement de pilule contraceptive permettrait néanmoins de répéter l'information sur les risques de survenue d'une grossesse non programmée et de vérifier ce qui a été compris et retenu .

En dernier lieu, notre étude évaluait le sentiment des femmes à savoir faire face aux situations à risque, et non leurs connaissances sur le sujet. Près de deux tiers des patientes interrogées dans notre étude (69,3%) se disaient capables de gérer une situation à risque de grossesse. D'autres études mettaient pourtant en évidence que seules 20% des femmes sous pilule connaissaient l'intégralité des recommandations de l'ANAES pour pallier le risque de grossesse non programmée (13) (19). Il serait alors intéressant de mener une nouvelle étude visant à déterminer si les patientes ayant des connaissances erronées au sujet de la conduite à tenir se disaient malgré tout capables de faire face au risque de grossesse, dévoilant un sentiment excessif d'assurance des patientes et un risque accru de grossesse non programmée.

CONCLUSION

Les contraceptifs oraux sont la forme de contraception réversible la plus populaire en France et leur prescription fait partie intégrante du quotidien de nombreux professionnels de santé, dont les médecins généralistes, puisqu'un tiers des patientes de notre étude y avaient eu recours pour la délivrance d'une ordonnance de pilule contraceptive.

Nous savons également que les situations à risque de grossesse non programmée (GNP) sont nombreuses et que l'efficacité de la pilule contraceptive dépend de la justesse de son utilisation.

Le fait que les femmes averties des situations à risque de GNP et de la conduite à tenir en cas d'accident se trouvaient davantage capables de faire face aux situations à risques que les patientes non informées confirme l'importance de la délivrance d'une information adaptée.

Notre étude a cependant également mis en évidence un défaut d'information des patientes de la part des professionnels de santé prescripteurs et non prescripteurs.

Effectivement, bien que la majorité (81%) des patientes se disaient informées des risques en cas de retard de prise du comprimé contraceptif supérieur à 12 heures, seules 23% des femmes disaient avoir reçu une information concernant les 3 situations à risque de GNP citées dans notre questionnaire (retard de prise du comprimé supérieur à 12 heures, vomissements dans les 3 heures suivant la prise, période «fenêtre» supérieure à 7 jours).

Seules 9% des patientes interrogées avaient été informées par les pharmaciens.

Les manquements à la mise en place de loi de 2001 sur l'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire ont été confirmés.

Afin d'améliorer la transmission de l'information relative aux situations à risque de GNP, il est important de relever que certains facteurs, tels que la délivrance d'une information répétée et la remise d'une information écrite, étaient associés à une meilleure compréhension de l'information par les patientes, laissant présumer ensuite d'une meilleure faculté de gestion de ces situations à risque. À la lecture des résultats de notre étude, le recours à ces moyens d'information reste perfectible, 38% des patientes ayant bénéficié d'instructions répétées et 30% d'un support écrit. Aussi, bien que cette différence puisse être dûe au hasard en raison du faible effectif de notre échantillon, il semblerait que les patientes consultant auprès d'une sage-femme pour la prescription de leur contraception orale soient plus fréquemment informées de la conduite à tenir en cas de situation à risque de GNP que celles consultant un autre professionnel de santé, soulevant l'hypothèse qu'une consultation dédiée à la prescription d'une contraception orale amènerait à une meilleure information des patientes.

Pour continuer ce travail de recherche, des études pourraient être menées afin de déterminer l'impact de la délivrance systématique d'une information écrite sur la gestion des situations à risque de GNP par les patientes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rahib Delphine, Le Guen Mireille, Lydie Nathalie. Baromètre santé 2016 Contraception. Santé publique France. 2016. (<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception>)
2. Moreau C, Trussell J, Rodriguez G, Bajos N, Bouyer J. Contraceptive failure rates in France: results from a population-based survey. Hum Reprod Oxf Engl. sept 2007;22(9):2422-7.
3. Moreau C. Social, Demographic and Situational Characteristics Associated with Inconsistent Use of Oral Contraceptives: Evidence from France. Perspect Sex Reprod Health. 2006;38(4):7.
4. Aubeny E, Buhler M, Colau JC, Vicaut E, Zadikian M, Childs M. Oral contraception: patterns of non-compliance. The Coralliance study. Eur J Contracept Reprod Health Care. janv 2002;7(3):155-61.
5. Arciniega S. Causes d'échec de la contraception orale et connaissances des femmes quant au maniement de leur pilule contraceptive. [Thèse d'exercice] Faculté de médecine Paris Descartes; 2014. (<https://core.ac.uk/download/pdf/52193183.pdf>)
6. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Le cycle menstruel; Mai 2016 (<http://www.cngof.fr/communiqués-de-presse/103-le-cycle-menstruel>)
7. Haute Autorité de santé (HAS). Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. France. 2017 (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf)
8. Jamin C, André G, Audebert A, Christin-Maître S, Elia D, Harvey T, et al. Oublis de la contraception hormonale : réflexions sur leur prise en charge en pratique quotidienne. Gynécologie Obstétrique Fertil. nov 2011;39(11):644-55.
9. Organisation mondiale de la Santé. Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. 3e éd. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2017. 69 p. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259677>)
10. Le Noc Y. Recommandations pour la pratique clinique - stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. AFSSAPS, ANAES, INPES, éditeurs. 2004. (http://mediamed.unistra.fr/dmg/wp-content/uploads/2012/09/Contraception_reco.pdf)
11. World Health Organization, Reproductive Health and Research, Family and Community Health. Selected practice recommendations for contraceptive use. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2005. (<https://www.globalhealthlearning.org/sites/default/files/reference-files/who3.pdf>)

12. Haute Autorité de Santé. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. Juillet 2019
(https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes)
13. Grisard M. Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule : l'information en question : enquête auprès de 218 utilisatrices de pilules oestroprogestatives. [Thèse d'exercice] Université de Bordeaux. Faculté de médecine; 2011
14. Audot G. Analyse du recours à la contraception d'urgence chez les patientes en demande d'interruption volontaire de grossesse: état des lieux en Limousin (353 patientes) [Thèse d'exercice]. Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2017
15. Nappi RE, Lobo Abascal P, Mansour D, Rabe T, Shojai R, for the Emergency Contraception Study Group. Use of and attitudes towards emergency contraception: A survey of women in five European countries. Eur J Contracept Reprod Health Care. avr 2014;19(2):93-101.
16. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) Dossier complet – Arrondissement de Cahors (461).
(https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=ARR-461#tableau-POP_G2)
17. Cohen H. Étude du comportement chez les personnes de 18 à 50 ans après un rapport sexuel à risque infectieux ou de grossesse. [Thèse d'exercice] Université Paris Diderot. Faculté de médecine; 2014.
(http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4643_COHEN_these.pdf)
18. Ménière R. De la connaissance du bon usage de la contraception : apport de l'étude nationale EPILULE 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale [Thèse d'exercice]. Université de Nancy. Faculté de médecine; 2004.
(http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2004_MENIERE_RENAUD.pdf)
19. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Dossier de presse: contraception que savent les français; 2007
(https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_contraception_que_savent_les_francais.pdf)
20. Fortin C, Rousseau R. Psychologie cognitive: Une approche de traitement de l'information. PUQ; 2015. 265 p.
21. Glenberg AM. Component-levels theory of the effects of spacing of repetitions on recall and recognition. Mem Cognit. mars 1979;7(2):95-112.
22. Gautier A., dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : 266 p.
23. Haute Autorité de Santé. Contraception hormonale orale : dispensation en officine. Juillet 2019
(https://www.has-sante.fr/jcms/c_1720982/fr/contraception-hormonale-orale-dispensation-en-officine)

24. Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche. Bulletin officiel n°9; 27 février 2003
(<https://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>)
25. Darriau S. Les procédures de prévention lors des consultations avec prescription de contraception en Médecine Générale en France. [Thèse d'exercice] Faculté de médecine de Tours; 2013
(http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_DarriauSarah.pdf)
26. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge, Women who resort to induced abortion : different profiles and treatment protocols. Rev Fr Aff Soc. 2011 116–47.
27. Upadhyay UD, Brown BA, Sokoloff A, Raine TR. Contraceptive discontinuation and repeat unintended pregnancy within 1 year after an abortion. Contraception. janv 2012;85(1):56-62.
28. Raccah-Tebeka B, Plu-Bureau G. Contraception du post-partum : recommandations pour la pratique clinique. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. déc 2015;44(10):1127-34.
29. Crombé P. Situation contraceptive au moment de l'interruption volontaire de grossesse: étude observationnelle dans le service d'orthogénie de l'Hôpital Jeanne de Flandre [Thèse d'exercice]. Université de Lille. Faculté de médecine; 2019
(<https://pepitem-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/08beb0f8-4304-411b-967b-77a9c58bfb89>)
30. Haute Autorité de santé (HAS). Contraception d'urgence - synthèse et recommandations; Avril 2013
(https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_synthese_et_recommandations.pdf)
31. 30. Haute Autorité de Santé. Contraception d'urgence : la nécessité d'une meilleure information [Internet]; Mai 2013
(https://www.has-sante.fr/jcms/c_1543559/fr/contraception-d-urgence-la-necessite-d-une-meilleure-information)

ANNEXE 1 : Odd-Ratio (et intervalles de confiance à 95 %) examinant le lien entre les caractéristiques des participantes à l'étude COCON (utilisatrices de pilule contraceptive sexuellement actives) et la probabilité de survenue d'un oubli de prise de comprimé contraceptif sans mesure de rattrapage, dans les quatre semaines précédant l'entretien. France, 2000.

Source : Moreau C. Social, Demographic and Situational Characteristics Associated with Inconsistent Use of Oral Contraceptives: Evidence from France. *Perspect Sex Reprod Health*. 2006;38(4):7

TABLE 3. Odds ratios (and 95% confidence intervals) from logistic regression analyses examining the likelihood that sexually active pill users missed more than one pill and used no contraceptive backup for intercourse subsequent to the last missed pill during the four weeks prior to interview, by selected characteristics

Characteristic	Missed >1 pill and used no backup (N=54)
Age	
18–24	0.9 (0.3–3.1)
25–34	1.0
35–44	0.5 (0.2–1.3)
Level of education	
<H.S.	1.0
≥H.S.	1.0 (0.4–2.7)
Unemployed	
No	1.0
Yes	1.2 (0.5–3.2)
Nationality	
French	1.0
Other	2.6 (0.9–7.3)†
Age of the last child	
No children	1.0
<2 years	3.0 (1.0–9.3)
≥2 years	1.9 (0.7–5.4)
History of unintended pregnancy	
Yes	2.7 (1.2–6.1)*
No	1.0
Partner at last intercourse	
Regular	1.0
Occasional	4.8 (0.5–49.1)
Involved in the choice of the pill	
Yes	1.0***
No	11.7 (3.2–42.4)
Established pill-taking routine	
Yes	1.0**
No	4.3 (1.7–10.6)
Health side effects	
Yes	1.5 (0.6–4.1)
No	1.0
Negative effect of the pill on sexual desire	
Yes	0.8 (0.2–3.1)
No	1.0
Type of pill	
Combined	1.0*
Progestin-only	2.5 (1.0–6.2)
Duration of use	
≤1 year	0.8 (0.3–2.1)
>1 year	1.0

*p<.05. **p<.01. ***p<.001. †p<.10. Note: Significance levels refer to the results for the likelihood ratio test for all the categories of a variable.

ANNEXE 2 : Questionnaire de l'étude

Mesdames,

Je vous sollicite dans le cadre de mon travail de thèse de médecine générale, intitulé :

"Le risque de grossesse non programmée : Les femmes sous contraception orale en sont-elles informées?".

Ce questionnaire est anonyme et aucun jugement ne sera porté sur vos réponses.

Le temps nécessaire à sa réalisation est de 3 à 5 minutes.

Les réponses que vous voudrez bien apporter à ce questionnaire constituent la base de mon travail de recherche, c'est pourquoi je vous remercie par avance du temps que vous m'accorderez.

Marion Duchêne

1. Quel âge avez-vous ? :

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 18 - 20 ans | <input type="checkbox"/> 21 - 25 ans | <input type="checkbox"/> 26 - 30 ans |
| <input type="checkbox"/> 31 - 35 ans | <input type="checkbox"/> 36 - 40 ans | <input type="checkbox"/> 41 - 50 ans |

2. Quel est votre niveau d'étude ?

- Aucun diplôme
- Brevet des collèges
- Baccalauréat
- BEP / CAP ou équivalent
- Diplôme du supérieur court (\leq Bac + 3)
- Diplôme du supérieur long ($>$ Bac + 3)

3. Quel est le nom complet de votre pilule actuelle:

.....

4. Depuis combien de temps prenez-vous cette contraception ?

- < 1 an
- Entre 1 et 5 ans
- > 5 ans
- Je ne sais pas

5. Avez-vous déjà utilisé d'autres contraceptifs avant votre pilule actuelle ?

- Oui Non

si oui, le(s)quel(s):

- Préservatifs
- Autre pilule
- Implant
- Stérilet (= Dispositif Intra Utérin :DIU)
- Anneau vaginal
- Patch contraceptif
- Autre :

6. Initialement, pour quelle raison votre pilule actuelle vous a-t-elle été prescrite ? (plusieurs réponses possibles):

- A visée contraceptive
- A visée dermatologique (acné)
- Afin de réguler vos cycles (car trop irréguliers, trop abondants et/ou trop douloureux)
- Autre

7. Votre pilule actuelle vous a-t-elle été prescrite dans les suites d'une interruption volontaire de grossesse (IVG)

?

- Oui Non

8. Au moment de la première prescription de votre contraception actuelle, quelle était votre situation familiale ?

- Célibataire
- En couple
- Je ne sais plus

9. Depuis que vous prenez cette pilule, vous a-t-on déjà fait une prescription anticipée de contraception d'urgence (la pilule du lendemain)?

C'est-à-dire : vous a-t-on déjà prescrit une contraception d'urgence à titre "préventif", afin que vous l'ayez à disposition si besoin.

- Oui
- Non

10. Quel professionnel de santé vous a prescrit votre pilule actuelle pour la première fois ?

- Un(e) gynécologue à l'hôpital
- Un(e) gynécologue en cabinet ou en clinique
- Votre médecin traitant ou votre médecin généraliste habituel
- Un autre médecin généraliste que votre médecin habituel
- Un(e) sage femme
- Un(e) professionnel(le) de santé du planning familial
- Un médecin sur internet
- Autre (précisez) :
- Je ne sais plus

11. Quel(s) professionnel(s) de santé avez-vous ensuite consulté pour les renouvellements de cette contraception ? (plusieurs réponses possibles)

- Le même professionnel que celui ayant réalisé la prescription initiale
- Un(e) gynécologue à l'hôpital
- Un(e) gynécologue en cabinet ou en clinique
- Votre médecin traitant ou votre médecin habituel
- Un autre médecin généraliste que votre médecin habituel
- Un médecin sur internet
- Un(e) sage femme
- Un(e) professionnel(le) de santé du planning familial
- Un(e) infirmier(e)

Les questions suivantes cherchent à connaître les informations qui vous ont déjà été données par une tierce personne.

Elles ne cherchent pas à évaluer vos connaissances.

12. Vous a-t-on déjà informé qu'un oubli de pilule supérieur à 12 heures* entraînait un risque de grossesse?

(*3 heures en cas de prise de pilule microprogestative)

- Oui
- Non
- Je ne sais plus

13. Vous a-t-on déjà informé qu'il existait un risque de grossesse en cas de vomissement ou diarrhées dans les 4 heures* suivant la prise d'un comprimé ?

(*3 heures en cas de prise de pilule microprogestative)

- Oui
- Non
- Je ne sais plus

La question 14 ne concerne que les patientes prenant une pilule de façon discontinuée: c'est-à-dire avec 21 jours de prise suivis de 7 jours d'arrêt.

(Si vous n'êtes pas concernée par cette question, merci de poursuivre à la question 15).

14. Vous a-t-on déjà informé qu'il existait un risque de grossesse si vous décalez le début de la nouvelle plaquette et donc que la période d'arrêt dure plus de 7 jours?

- Oui
- Non
- Je ne sais plus

15. Vous a-t-on expliqué la conduite à tenir si l'une de ces situations se produisait?

- Oui
- Non
- Je ne sais plus

Si vous avez répondu « oui » à au moins une des questions 12, 13, 14 ou 15:

(Si vous avez répondu « non » aux questions 12 à 15, merci de reprendre à la question 22)

16. Qui vous a donné ces informations ? (plusieurs réponses possibles)

- Le professionnel de santé ayant fait la prescription initiale
- Un professionnel de santé ayant réalisé un renouvellement
- Votre pharmacien
- Un cours d'éducation sexuelle au cours de votre scolarité
- Un(e) ami(e)
- Un membre de votre famille
- Votre conjoint
- Autre :
- Je ne sais plus

17. Vous a-t-on délivré l'information une seule fois ou de façon répétée lors de plusieurs consultations ?

- Une fois
- Plusieurs fois
- Je ne sais plus

18. Avez-vous l'impression que l'information donnée a été claire et compréhensible?

- Oui
- Non

19. Vous a-t-on délivré un support écrit reprenant ces informations et la conduite à tenir pour faire face à une situation à risque de grossesse ?

- Oui
- Non

20. Vous a-t-on dit comment retrouver ces informations si nécessaire ?

- Oui
- Non
- Je ne sais plus

21. Vous sentez-vous capable de faire face à l'une de ces situations à risque de grossesse?

- Oui
- Non

Si vous avez répondu « non » aux questions 12 à 15:

22. Avez-vous eu l'impression qu'il vous manquait des informations?

- Oui
- Non

23. Vous a-t-on dit comment retrouver ces informations si nécessaire ?

- Oui
- Non

24. Avez-vous déjà recherché par vous-même des informations sur les situations à risque de grossesse et la conduite à tenir si elles se produisaient?

- Oui
- Non

25. Vous sentez-vous capable de faire face à l'une de ces situations à risque de grossesse?

- Oui
- Non

ANNEXE 3 : Inscription au tableau d'enregistrement «recherche et thèses»; Registre de protection des données



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Facultés de Médecine de Toulouse
DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex

Pr Pierre BOYER

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

pierre.boyer@dumg-toulouse.fr

dpo@dumg-toulouse.fr

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

Mme DUCHÊNE Marion

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrite dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESEES - Déclaration conformité CNIL/MR004 du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 09/06/2022 sous le numéro : **2022DM47**

Fait à Toulouse, le 10/06/2022


Pr. BOYER

RÉSUMÉ

Titre :

Les femmes sous contraceptif oral sont-elles informées des situations à risque de grossesse non programmée ? Étude épidémiologique quantitative, menée dans l'arrondissement de Cahors (Lot).

Introduction :

Un tiers des patientes ayant recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) utilisaient une pilule contraceptive, moyen de contraception le plus populaire en France. Une erreur d'observance était rapportée par les patientes dans 76% des cas d'IVG, sans pour autant qu'une mesure de rattrapage ne soit entreprise. Le motif le plus fréquemment énoncé par les patientes pour justifier cette absence de mesure protectrice était la non-perception du risque de grossesse.

Objectif :

Analyser si les femmes sous contraception orale étaient informées des situations à risque de grossesse et par quel moyen. Déterminer les facteurs sociaux ou médicaux influençant l'information transmise. Déterminer les facteurs influençant la capacité des femmes à savoir faire face aux situations à risque de grossesse non programmée.

Méthode :

Étude épidémiologique descriptive et quantitative, réalisée par le biais de questionnaires distribués au sein de cinq pharmacies de l'arrondissement de Cahors, à toutes les patientes majeures se présentant pour la délivrance d'une pilule contraceptive entre décembre 2021 et février 2022.

Résultats :

88 patientes ont été incluses dans l'étude. Le risque de grossesse non programmée (GNP) en cas de retard de prise du comprimé contraceptif supérieur à 12 heures était connu de 81% des patientes. Seules 23% des répondantes avaient été informées des trois principales situations à risque de GNP et 55% se disaient informées de la conduite à tenir en cas d'inobservance. L'information était majoritairement délivrée par le prescripteur initial et n'était renouvelée que dans 42% des cas. Les femmes âgées de 26 à 30 ans se disaient significativement moins informées que les autres tranches d'âge. Les patientes jugeaient l'information plus claire lorsqu'elle leur avait été délivrée de façon écrite ou répétée. Les femmes «informées» se sentaient aptes à faire face aux situations à risque dans 80% des cas, quand 44% des femmes «non informées» s'en disaient capables.

Conclusion :

Les patientes sous contraceptif oral sont insuffisamment informées des situations à risque de GNP, comme de la conduite à tenir en cas d'impair. Pour permettre une information plus claire et une meilleure aptitude des femmes à gérer une situation à risque de GNP, l'information devrait être répétée à chaque consultation de prescription, et à chaque délivrance. Une information écrite en complément de l'information orale serait souhaitable. La mise en place effective de la loi de 2001 sur l'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire permettrait d'aborder plus précocement les questions de risque de survenu de GNP.

Mots clés :

Grossesse non programmée; pilule contraceptive; information aux patientes.

ARE WOMEN ON ORAL CONTRACEPTION AWARE OF THE RISK OF UNWANTED PREGNANCY?

Quantitative epidemiological survey carried out in the district of Cahors (Lot).

Introduction: A third of the patients resorting to a deliberate termination of pregnancy (abortion) were taking birth control pills, the most popular contraceptive practice in France. In 76% of the cases of abortion, patients mentioned that there was a failure to adherence, but that no corrective action was taken. The most common reason given by the women for not taking any protective measures was that they did not assess the risks of pregnancy.

Purpose: To analyze whether and how women on oral contraception were made aware of situations where they were at risk of pregnancy and by what means. To identify the social or medical factors that may have an impact on the information transmitted. To identify which factors have an impact on women's ability to cope with risk situations of unwanted pregnancy.

Method: Descriptive and quantitative epidemiological study, using questionnaires handed out in five local pharmacies in the district of Cahors, to all adult patients coming for the delivery of birth control pills between December 2021 and February 2022.

Results: 88 patients were part of the study. The risk of unwanted pregnancy (UWP) if the birth control pill was taken more than 12 hours late was mentioned to 81% of the patients. Only 23% of them had been informed of the three main risk situations of UWP and 55% said they were informed about what to do in case of non-adherence. The initial prescriber was the information provider in 81% of cases. The information was repeated in only 42% of cases. Women aged 26 to 30 years were significantly less informed than other age groups. Patients felt that the information was clearer when it was given to them in a written or repeated way. The "informed" women felt able to cope with risk situations in 80% of the cases, while 44% of the "non-informed" women said they would be able to deal with them.

Conclusion: Patients on oral contraception are insufficiently informed about the risk of UWP, as well as what to do in the case of omitted pills. In order to provide clearer information and to improve women's ability to manage a UWP risk situation, the information should be repeated at each consultation and each deliverance. Written information could also be given to patients in addition to the oral information. The enforcement of the 2001 law on education on emotional and sexual life in schools would also make it possible to talk about UWP risk situations earlier and more easily.

Key words: Unwanted pregnancy; birth control pills; information to patients.

Academic discipline : General Practice

Titre : **LES FEMMES SOUS CONTRACEPTIF ORAL SONT-ELLES INFORMÉES DES SITUATIONS À RISQUE DE GROSSESSE NON PROGRAMMÉE ?**

Etude épidémiologique quantitative menée dans l'arrondissement de Cahors

Mots clés : Grossesse non programmée; pilule contraceptive; information aux patientes

Discipline administrative : Médecine générale

LES FEMMES SOUS CONTRACEPTIF ORAL SONT-ELLES INFORMÉES DES SITUATIONS À RISQUE DE GROSSESSE NON PROGRAMMÉE ?

Etude épidémiologique quantitative menée dans l'arrondissement de Cahors

Introduction : Un tiers des patientes ayant recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) utilisaient une pilule contraceptive, moyen de contraception le plus populaire en France. Une erreur d'observance était rapportée par les patientes dans 76% des cas d'IVG, sans pour autant qu'une mesure de rattrapage ne soit entreprise. Le motif le plus fréquemment énoncé par les patientes pour justifier cette absence de mesure protectrice était la non-perception du risque de grossesse.

Objectif : Analyser si les femmes sous contraception orale étaient informées des situations à risque de grossesse et par quel moyen. Déterminer les facteurs sociaux ou médicaux influençant l'information transmise. Déterminer les facteurs influençant la capacité des femmes à savoir faire face aux situations à risque de grossesse non programmée.

Méthode : Étude épidémiologique descriptive et quantitative, réalisée par le biais de questionnaires distribués au sein de cinq pharmacies de l'arrondissement de Cahors, à toutes les patientes majeures se présentant pour la délivrance d'une pilule contraceptive entre décembre 2021 et février 2022.

Résultats : 88 patientes ont été incluses dans l'étude. Le risque de grossesse non programmée (GNP) en cas de retard de prise du comprimé contraceptif supérieur à 12 heures était connu de 81% des patientes. Seules 23% des répondantes avaient été informées des trois principales situations à risque de GNP et 55% se disaient informées de la conduite à tenir en cas d'inobservance. L'information était majoritairement délivrée par le prescripteur initial et n'était renouvelée que dans 42% des cas. Les femmes âgées de 26 à 30 ans se disaient significativement moins informées que les autres tranches d'âge. Les patientes jugeaient l'information plus claire lorsqu'elle leur avait été délivrée de façon écrite ou répétée. Les femmes «informées» se sentaient aptes à faire face aux situations à risque dans 80% des cas, quand 44% des femmes «non informées» s'en disaient capables.

Conclusion : Les patientes sous contraceptif oral sont insuffisamment informées des situations à risque de GNP, comme de la conduite à tenir en cas d'impair. Pour permettre une information plus claire et une meilleure aptitude des femmes à gérer une situation à risque de GNP, l'information devrait être répétée à chaque consultation de prescription, et à chaque délivrance. Une information écrite en complément de l'information orale serait souhaitable. La mise en place effective de la loi de 2001 sur l'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire permettrait d'aborder plus précocement les questions de risque de survenu de GNP.

Mots clés : Grossesse non programmée; pilule contraceptive; information aux patientes

Discipline administrative : Médecine générale

Title : ARE WOMEN ON ORAL CONTRACEPTION AWARE OF THE RISK OF UNWANTED PREGNANCY?

Quantitative epidemiological survey carried out in the district of Cahors (Lot).

Key words: Unwanted pregnancy; birth control pills; information to patients

Academic discipline : General Practice
