




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

Le médecin généraliste et l'oubli de pilule

General practitioners' (GPs) practice regarding the line to take in case of missed pill

V. Bertin-Steunou^a, É. Bouquet^b, É. Cailliez^a, M. Tanguy^b, S. Fanello^{b,*}

^a UFR médecine, département de médecine générale, 49045 Angers cedex, France

^b Département universitaire de santé publique, CHU d'Angers, 1, rue Haute-de-reculée, 49933 Angers cedex 09, France

Reçu le 23 juin 2009 ; avis du comité de lecture le 12 février 2010 ; définitivement accepté le 16 février 2010

Disponible sur Internet le 23 mars 2010

MOTS CLÉS

Contraception ;
Échec ;
Oublis ;
Contraception
d'urgence

Résumé

Objectif. – Explorer la pratique des médecins généralistes en matière de conduite à tenir en cas d'oubli de contraception estroprogestative et de prévention de ces oublis.

Matériel et méthode. – Vingt-cinq médecins généralistes ont participé à des entretiens semi-directifs au cours desquels ils s'exprimaient sur la prévention de l'oubli de pilule et de ses conséquences.

Résultats. – Une majorité de médecins (12/20) affirmait savoir que les femmes oublient souvent leur pilule. Pourtant, ils étaient nombreux à constater que l'oubli était rarement un motif d'appel ou de consultation. En termes de prévention, lors de la prescription initiale, les médecins insistaient sur la technique de prise de la pilule (14/25), l'information sur la conduite à tenir en cas d'oubli (22/25), leur disponibilité téléphonique (12/25) et la présence d'informations sur les notices (16/25). Mais cinq seulement citaient l'importance de l'implication de la femme dans le choix de sa contraception. Lors du renouvellement, ils n'étaient que neuf sur 25 à interroger leurs patientes quasi systématiquement sur l'existence d'un défaut d'observance et huit à les informer de nouveau. En cas de demande de conseil suite à un oubli, seuls deux médecins sur 25 avaient une pratique conforme aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Conclusion. – L'attitude de certains médecins découle d'un manque de connaissance ou de savoir-faire en matière de contraception primaire et/ou d'urgence. Il semble donc indispensable de favoriser une formation des praticiens qui s'attache à répondre à leur attente et leurs besoins. Par ailleurs, la femme doit être au centre de la décision en matière de contraception afin d'en améliorer l'observance et par là même l'efficacité.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sefanello@chu-angers.fr (S. Fanello).

KEYWORDS

Contraception;
Failure;
Missed pills;
Primary
contraception
method;
Emergency
contraception

Summary

Objective. – To explore general practitioners' (GPs) practice face of missed pill and prevention of such missings.

Material and method. – Twenty-five GPs from Sarthe Department (Western France) took part in semistructured interview during which they expressed themselves on the prevention of missed pill and its consequences.

Results. – Twelve out of 20 physicians stated positively that their female patients often forget their pill. However, they noted that missed pill was seldom a reason for phone call or consultation. During the initial pill prescription, GPs insisted on how to take the pill (14/25) as well as advice in case of a missed pill (22/25), their availability (12/25) and the instruction leaflet (16/25). But only five quoted the importance of involving women in the choice of contraception. On prescription renewal, only nine out of 25 ask their patients about observance defect and eight out of 25 repeated the information. If patients asked for further explanation, only two doctors out of 25 had practices in line with the French National Authority for Health's (HAS) recommandation guidelines.

Conclusion. – GPs' attitudes are partly due to a lack of practice's knowledge in primary and emergency contraception methods. It seems essential to promote GPs' training and to take into account their expectations and needs. Furthermore, female patient must be actor of the choice of her contraceptive method in order to improve compliance and, therefore, effectiveness.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

D'après l'enquête cohorte sur la contraception (Cocon) conduite en 2000 à 2004, seuls 2,7% des femmes âgées de 18 à 44 ans, ayant une activité génitale et ne désirant pas être enceinte n'ont pas de méthode contraceptive. Parmi celles qui en ont choisi une, 46 à 60% utilisent une contraception orale [1–3]. Le baromètre santé 2005 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) rapporte des résultats similaires : 57,4% des femmes qui déclarent « faire quelque chose pour éviter une grossesse » utilisent la pilule [4].

Plusieurs études montrent que 19 à 68% des femmes oublient leur pilule au moins une fois au cours des six derniers mois [5–15]. Par ailleurs, 23 à 32% des femmes ne prennent aucune mesure suite à un oubli [10,15]. Il s'avère que les femmes ne connaissent souvent que partiellement la conduite à tenir en cas d'oubli ; cela est souligné dans deux enquêtes : la première, anglaise, montre que moins de 12% des femmes interrogées pouvaient citer précisément ce qu'il fallait faire suite à un oubli de pilule [16,17]. Ainsi, l'oubli de pilule explique, en partie, que l'efficacité réelle des estroprogestatifs oraux ne soit que de 92% alors que leur indice de Pearl théorique est compris entre 0 et 0,77 [18].

En France, 29 à 36% des grossesses sont « non prévues » : 20 à 24% sont des grossesses non désirées et 9 à 12% des grossesses non planifiées (désirées mais plus tard) ou des grossesses où les femmes « n'y pensait pas » (chiffres stables depuis plus de 20 ans) [1,19]. Vingt et un pour cent de ces grossesses non prévues débutent sous pilule et dans 60% des cas, les femmes rapportent un ou plusieurs oublis [1]. Quarante-trois à 81,5% des ces grossesses non prévues sous pilule se terminent par une interruption volontaire de grossesse (IVG) [1,20]. Une étude sous forme de questionnaires interrogeant des médecins généralistes a montré que seuls 11,2% des praticiens donnaient une succession de réponses conformes aux recommandations de l'HAS [18] et/ou cohérentes en cas d'oubli d'une pilule estroprogestative [21].

Le but de notre travail était d'explorer la pratique des médecins généralistes en matière de conduite à tenir en cas d'oubli de pilule estroprogestative et de prévention de ces oublis.

Matériel et méthode

L'enquête s'est déroulée sous forme d'entretiens semidirectifs d'une durée de 30 minutes environ réalisés du 12 mars au 14 mai 2009 auprès de médecins généralistes volontaires exerçant dans le département de la Sarthe.

Cinquante médecins ou cabinets ont été contactés. Certains médecins ont répondu directement, d'autres par l'intermédiaire de leur secrétaire. Vingt-cinq ont accepté de participer à un entretien. Les médecins qui ont refusé ont très majoritairement évoqué un manque de temps. Quelques uns ont estimé qu'ils ne faisaient pas assez de gynécologie et un médecin n'a pas été retenu du fait de son activité homéopathique principale. La plupart des entretiens ont eu lieu au cabinet des médecins sur leurs horaires de consultations.

Avant de commencer, nous rappelions le motif de notre venue, le déroulement de l'entretien et le fait que nous les enregistrons. L'interview se déroulait en trois étapes. Dans un premier temps, les médecins étaient invités à se présenter en donnant leur âge, leur type d'activité et une estimation du nombre de patientes qu'ils suivaient sur le plan gynécologique et qui n'étaient donc pas suivies de façon habituelle par un gynécologue. Il leur était également demandé s'ils posaient des stérilets et des implants. Ensuite, un bref état des lieux sur la contraception en France leur était proposé en mentionnant notamment quelques chiffres (cités dans le chapitre Introduction) afin d'explicitier ce qui avait motivé ce travail. Puis venait l'entretien en lui-même au cours duquel les praticiens s'exprimaient sur six thèmes :

- quatre questions ouvertes portant sur :
 - leur perception du motif oubli de pilule,
 - la prévention de l'oubli de pilule,

- la conduite à tenir en cas d'oubli,
- leurs stratégies en cas d'oubli à répétition ;
- deux questions fermées :
 - leur connaissance de la problématique, par rapport à ce que nous venions d'évoquer,
 - leur connaissance des campagnes de santé publique, notamment celle intitulée « choisir sa contraception ».

Pour chaque thème, nous nous intéressions à leur pratique et leurs impressions. Les réponses aux entretiens ont été codées et classées de façon anonyme à l'aide du logiciel Microsoft Excel® 2007. La démarche entreprise pour ce travail réalisé par entretien est qualitative : le but était la création d'items pertinents pouvant répondre aux problématiques posées.

Résultats

Caractéristiques générales

Notre échantillon de médecins était composé de 17 hommes et huit femmes. Seize des 25 praticiens avaient 50 ans ou plus. Les femmes y étaient plus jeunes que les hommes : un peu moins des deux tiers (5/8) d'entre elles avaient moins de 50 ans contre quasiment un quart (4/17) des hommes. Concernant les lieux d'exercice, on constatait que six des médecins travaillaient en ville et 19 en milieu rural. L'âge et la zone d'exercice étaient totalement indépendants : 7/9 des moins de 50 ans et 12/16 des 50 ans ou plus travaillaient en semirural.

Un peu plus des 2/3 des médecins interrogés (17/25) estimait suivre au moins 50% de leur patientèle féminine sur le plan gynécologique. Le fait d'être un médecin femme semblait avoir un impact positif sur la demande de suivi gynécologique. En effet, 8/8 femmes suivaient au moins 50% de leurs patientes versus 9/17 hommes. De même, les médecins ruraux semblaient suivre une plus grande part de leur patientèle féminine sur le plan gynécologique (14/19 médecins non urbain suivent plus de la moitié de leurs patientes versus 3/6 médecins urbains).

L'âge ne semblait pas avoir d'effet significatif sur l'activité gynécologique : trois médecins sur les neuf ayant moins de 50 ans suivaient moins de 50% de leur patientes versus 5/16 des médecins plus âgés. Par ailleurs, la moitié (13/25) des médecins indiquait poser des stérilets et six sur 25 des implants contraceptifs.

Le motif « oubli de pilule »

Nous leur demandions si les chiffres que nous avons cités en guise d'introduction sur la contraception en France étaient en accord avec ce qu'ils pensaient. Une majorité (12/20) des médecins interrogés répondait par l'affirmative. Les femmes, les jeunes et les médecins installés en zone urbaine percevaient mieux le problème (5/7 femmes versus 7/13 hommes, 6/8 moins de 50 ans versus 6/11 et 4/5 urbain versus 8/14). Cinq des huit médecins qui percevaient ce problème différemment le sous-estimaient.

Treize médecins sur 25 affirmaient avoir été confrontés, bien que rarement, au motif « Oubli de pilule » lors de consultations dont le motif principal était variable (certains

médecins ont donné plusieurs réponses) :

- l'oubli de pilule (5/13) ;
- une conséquence de l'oubli (4/13) : métrorragies (3/4), aménorrhée ou grossesse (2/4) ;
- le renouvellement de la contraception orale (7/13) ;
- un tout autre motif : rhume, angine (3/13).

L'oubli de pilule était plus souvent un motif d'appel. En effet, 19 des 25 médecins rapportaient des appels de leurs patientes suite à un oubli. Mais 12 d'entre eux précisaient, là-encore, n'y être que rarement confrontés. Seulement deux le disaient « fréquent ». Les autres (5/19) répondaient positivement sans en préciser la fréquence.

Stratégies de prévention de l'oubli

Méthodes de prévention employée

Cinq des 25 médecins ont cité spontanément l'importance de la participation de la femme au choix de sa contraception, cette notion étant plus marquée chez les médecins femmes (trois femmes sur huit versus deux hommes sur 17).

La prescription initiale

La première prescription est un instant crucial dans la démarche de prévention. Elle se déroulait habituellement en plusieurs étapes.

Dans un premier temps, quatre médecins proposaient quelques rappels anatomiques et physiologiques afin de donner à leurs patientes une meilleure compréhension du mode d'action de leur contraception.

Ensuite, 14 médecins abordaient la technique de prise de la pilule. Certains (6/14) s'aidaient de plaquettes factices ou de schémas. Cinq médecins insistaient auprès de leurs patientes sur les termes : « surtout ne pas l'oublier ». Une majorité de médecins (15/25) envisageait avec les patientes des « moyens mnémotechniques » pour favoriser l'observance parmi lesquels ils mentionnaient :

- discuter le choix de l'horaire (9/15) ;
- faire sonner son portable (9/15) ;
- associer la prise à un geste systématique ou à un objet du quotidien (8/15).

En parallèle, quatre praticiens faisaient le choix de proposer d'emblée à certaines femmes une pilule en continu pour éviter les oublis de reprise.

Pour 22 des généralistes, venait ensuite l'information sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. Presque tous (21/22) la donnaient sous forme orale. Plusieurs (7/21) y associaient une information écrite commentée généralement sous la forme de documents fournis par des laboratoires pharmaceutiques ou l'INPES. Un seul médecin fournissait un document fait par ses soins dans lequel il répondait à des questions que les femmes pourraient se poser (dont l'oubli de pilule). Un seul sur 22 ne proposait qu'une information écrite. Par ailleurs, 16 des médecins interrogés indiquaient aussi aux patientes que ces informations pouvaient être retrouvées sur les notices.

De plus, près de la moitié d'entre eux (12/25) insistaient auprès des patientes sur leur disponibilité au téléphone afin

de répondre à leurs interrogations. Parmi eux, deux précisaient qu'ils y tenaient pour éviter des conseils erronés.

Un médecin prescrivait du Norlévo® en systématique alors que deux autres, au contraire ne le faisaient pas pour éviter une prise trop régulière.

La consultation de renouvellement

Un autre moment clé dans la prévention de l'oubli est la consultation de renouvellement.

Quatorze médecins interrogeaient les patientes d'emblée sur l'oubli de pilule : neuf d'entre eux de façon quasisystématique, les autres rarement ou uniquement lors des premiers renouvellements. Huit médecins sur 25 réitéraient quelques conseils. Lors de cette consultation, quatre médecins recherchaient d'éventuels circonstances favorisant une mauvaise observance. Au cours de notre étude, nous avons pu constater que des brochures avec mention de la conduite à tenir en cas d'oubli ou des affiches sur la contraception étaient à disposition des patientes dans les salles d'attente ou le cabinet de cinq médecins.

Population cible de cette prévention

Le facteur discriminant le plus souvent cité pour cibler leurs conseils était l'âge. Une majorité (15/24) de praticiens privilégiait surtout les jeunes. Trois médecins accentuaient aussi leur prévention chez les femmes d'âge mûr alors que 11 médecins estimaient au contraire que ces dernières étaient moins à risque. Plusieurs raisons étaient évoquées : «elles sont plus observantes» (4/7) ou «elles ont changé de méthode contraceptive» (3/7). Les autres médecins (9/24) ne privilégiaient aucune catégorie : six médecins estimaient que toutes les femmes étaient à risque d'oubli, trois n'avaient pas de population cible et adaptaient leur discours à chaque patiente.

Concordance entre pratique et recommandations

Les réponses des médecins à la question : «que préconisez-vous en cas d'oubli de pilule?», ont été classées de façon à être mises en parallèle avec les items des recommandations 2004 de l'HAS [18]. Les titres des six paragraphes suivants correspondent à ces items :

- «l'oubli est défini comme un oubli ou un décalage de prise de plus de 12 heures d'une pilule estroprogestatives». Dix médecins sur 25 connaissaient ce délai. Dix-huit médecins interrogeaient leurs patientes sur le délai ;
- «de prendre immédiatement le comprimé oublié et de poursuivre le traitement à l'heure habituelle même si deux comprimés doivent être pris le même jour». Vingt médecins sur 25 l'ont mentionné de façon précise (quelque soit le délai qu'ils donnaient). Pour trois autres, cela semblait être dit de manière implicite puisqu'ils proposaient ensuite une protection jusqu'à la fin du cycle. Aucun praticien ne préconisait d'arrêter la plaquette ;
- «d'utiliser simultanément une seconde méthode contraceptive non hormonale (par exemple, préservatifs), en cas de rapport sexuel dans les sept jours suivants». Dix-neuf des 25 généralistes interrogés conseillaient une seconde méthode contraceptive : 13 d'entre eux pendant au moins sept jours et cela quelque soit le moment du

cycle, six pendant au moins sept jours mais seulement à certains moments du cycle ;

- «de supprimer l'intervalle libre et de démarrer la plaquette suivante le jour suivant la prise du dernier comprimé actif, si la période de sécurité de sept jours avec préservatifs s'étend au-delà du dernier comprimé actif de la plaquette en cours». Seuls deux médecins sur 25 le préconisaient ;
- «d'utiliser une méthode de rattrapage (si le délai d'efficacité de cette méthode n'est pas dépassé), en cas de rapport sexuel dans les cinq jours précédant l'oubli ou si l'oubli concerne au moins deux comprimés». Dix-huit médecins proposaient une contraception d'urgence (Norlévo®). Douze d'entre eux la prescrivaient pour un rapport dans les 72 heures qui précèdent l'oubli conformément aux conditions d'emploi prévues par l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Les autres ne connaissaient a priori pas ce délai. Aucun médecin n'a mentionné les cinq jours. Parmi ces 18 praticiens, 13 ont mentionné qu'ils interrogeaient au préalable les patientes sur l'existence de rapports dans les jours précédant l'oubli. Si la pilule du lendemain semblait connue des médecins, le DIU en tant que contraception d'urgence l'était moins : un seul médecin avait déjà posé un DIU en urgence, 2 médecins l'avaient déjà proposé, 5 médecins savaient que cela était possible mais ne le proposaient pas. Treize médecins ignoraient que le DIU pouvait être proposé dans cette indication ;
- test de grossesse. Huit médecins l'ont spontanément évoqué en cas de retard ou d'anomalies des règles. Cinq médecins pensaient que la troisième semaine n'était pas à risque de grossesse. Trois autres que la semaine la plus à risque était la deuxième, l'un parlant même d'ovulation. De plus, pour 14 médecins, une seconde méthode contraceptive était nécessaire jusqu'à la fin du cycle. De même, lorsque les médecins préconisaient une contraception d'urgence, la période à risque pour les rapports dans les jours précédents n'était pas toujours claire. Par ailleurs, un médecin prescrivait toujours du Tétragynon® (retiré de la vente depuis septembre 2005) et un autre proposait de multiplier le nombre de comprimé de la contraception habituelle. Un troisième pensait que le Norlévo® n'était pas compatible avec une contraception orale. Un médecin proposait aussi la prescription d'un test de grossesse quelques jours après l'oubli sans attendre de retard de règles ou d'anomalie de l'hémorragie de privation.

Prévention secondaire

À la question : «Que proposez-vous à une femme qui oublie sa pilule de façon répétée?», tous les médecins ont répondu qu'ils lui proposaient de changer de contraception.

Le stérilet était l'alternative la plus souvent citée puisque tous les médecins y faisaient référence. Toutefois, six d'entre eux ne le proposaient pas aux nullipares et trois s'attachaient à l'âge de leurs patientes.

L'implant était le second moyen préconisé mais ce dernier ne faisait pas l'unanimité. Si 17 médecins sur 25 le proposaient, environ la moitié (8/17) soulignait l'importance des effets secondaires (acné, prise de poids,

tension mammaire, spotting, aménorrhée, etc.). À noter que toutes les médecins femmes l'utilisaient.

La pilule estroprogestative avec technique de prise en continu était une solution possible pour sept des praticiens. Dans leur pratique courante, un tiers des médecins proposaient l'anneau vaginal ou le patch au même titre que les autres alternatives. Les médecins qui n'avaient pas cette attitude évoquaient deux raisons principales : le manque « d'habitude » et de « connaissance » de ce mode de contraception et son coût élevé (non remboursé par la sécurité sociale). Ils rapportaient d'autres raisons plus spécifiques à chaque méthode, en particulier les réticences réelles ou supposées des femmes ; le refus de la présence d'un corps étrangers intravaginal, la pose ou le retrait difficile de l'anneau vaginal, les problèmes de décollement pour le patch, les problèmes d'observance à la reprise d'une contraception orale.

Les méthodes dites « locales » (préservatifs, diaphragme, spermicide, etc.) ont été citées par sept médecins et la stérilisation à visée contraceptive par deux d'entre eux. Il est à noter qu'aucun médecin n'a évoqué les méthodes naturelles.

Information aux patientes et aux médecins

« Choisir sa contraception » : tel est le thème d'une campagne de l'INPES initiée en 2007 par la direction générale de la Santé (DGS) et destinée au grand public et aux médecins prescripteurs. Elle vise à améliorer les connaissances de chacun en matière de méthodes contraceptives afin d'améliorer le choix des femmes. Lorsqu'on interrogeait les médecins de notre étude sur cette campagne, neuf la connaissaient en totalité (brochure et spots télévisuels), 13 partiellement (uniquement la brochure) et trois n'en avaient pas entendu parler. Toutefois, si 22 praticiens se remémoraient le visuel de la brochure avec le fil à linge et les deux sous-vêtements, beaucoup n'avaient pas perçu l'impact de cette campagne : ils n'étaient que trois à rapporter des consultations ou des discussions initiées par les patientes suite à celle-ci. Nous avons aussi demandé aux praticiens s'ils se souvenaient avoir reçu ou entendu parler de la brochure de la DGS « contraception : pour une prescription adaptée » diffusée en 2004 et 2007 à 2008. Un seul médecin a répondu positivement.

Discussion

Biais et limites de l'étude

Nous avons choisi l'entretien semidirectif car il nous a semblé le plus adapté pour explorer la pratique des médecins généralistes en matière de prévention de l'oubli de pilule et de ses conséquences tout en leur permettant de nuancer leurs réponses. Les biais sont ceux habituels à ce type d'enquête qu'ils soient liés au questionnement ou à l'analyse des résultats. Ainsi, la formulation des questions, la personnalité de l'enquêteur et la manière dont il appréhende la problématique influencent le déroulement de l'entretien, la façon dont les médecins répondent et l'interprétation des résultats. Le petit nombre de

médecins interviewés (25) est, par ailleurs, suffisant pour l'utilisation de la méthode qualitative qui se veut génératrice d'indications plus que de statistiques.

Le motif oublié de pilule

L'« oublié de pilule » est décrit par les médecins de cette étude comme un motif plutôt rare de consultation et même d'appel, alors que les données de la littérature plaident pour un oubli fréquent. Ainsi, d'après plusieurs études prospectives et rétrospectives, de 19 à 42 % des femmes déclarent au moins un oubli par cycle, ces résultats allant de 42 à 68 % des femmes sur un trimestre (Tableau 1).

De plus, on peut craindre que ces chiffres soient sous-estimés. En effet, une étude prospective américaine [7] comparant les oublis rapportés par 103 femmes et les oublis enregistrés par le boîtier électronique montrait que 42 % de ces femmes notaient au moins un oubli le premier mois, lorsque le boîtier électronique en mentionnait 67 %. Une enquête « les Français et la contraception », réalisée en 2007, par l'INPES-BVA retrouvait des résultats similaires puisque seules 34 % des femmes utilisant une contraception orale déclarent ne jamais l'oublier. De plus, si 95 % des français pensent « qu'une personne qui aurait besoin d'un conseil ou d'une aide sur la contraception devrait s'adresser à un médecin généraliste », seulement 4 % des femmes ayant eu un oubli de pilule l'ont fait [15]. Cela explique la rareté déclarée du motif « oublié de pilule ». Les médecins interrogés dans notre étude proposaient deux explications : le fait que les femmes aient bénéficié d'une bonne information initiale de la part du prescripteur et/ou qu'elle était allée chercher l'information ailleurs sur des sites spécialisés de l'Internet ou plus simplement auprès de leur entourage (famille ou amies). Certains médecins pensaient aussi que la « banalisation » de l'IVG pouvait influencer la perception du risque de grossesse.

La prévention de l'oubli

Lors de la prescription initiale

Seuls cinq médecins ont parlé spontanément de l'importance de l'implication de la femme dans le choix de sa contraception. Pourtant, l'étude Cocon a montré que le risque d'oublier deux pilules ou plus était multiplié par 8,3 chez les femmes non investies dans ce choix [8]. Cette implication est indispensable quelle que soit la méthode contraceptive [22], mais cela est sans doute encore plus vrai pour la pilule estroprogestative qui nécessite une observance quotidienne. C'est d'ailleurs un des points principaux des campagnes d'informations de la DGS par l'intermédiaire de l'INPES [23]. Elle recommande d'employer une démarche de conseil et d'accompagnement de la personne (*counselling*) et préconise de suivre le modèle Bercher de l'OMS qui propose un déroulement de la consultation et du suivi en six étapes : bienvenue, entretien, renseignement, choix, explication et retour [24].

Lors de la prescription initiale, l'enquête Épilule rapporte que 60 % des médecins délivrent une information orale, 20 % s'aident d'un support visuel et 20 % délivrent une brochure explicative [24]. Les médecins de notre étude ont une attitude qui s'en rapproche. En effet, 60 % des médecins

Tableau 1 Les femmes et l'oubli de pilule dans la littérature.
Missed contraceptive pills—Literature review.

Nom du chercheur ou de l'étude	Pays	Année de l'étude (année de l'article)	Nombre de participantes	Pourcentage de femmes déclarant avoir oublié leur pilule au moins une fois (au moins 2 fois)		
				Sur 1 cycle	Par trimestre (%)	Par Semestre (%)
Rosenberg et al. [5]	Europe	1993 (1995)	6676	19% (10%)		
Smith et Oakley [6]	États-Unis	1993–1994 (2005)	141		68,1 (48,9)	
Potter et al. [7]	États-Unis	1993–1994 (1996)	103	Report manuel 42 % Boîtiers électroniques 67 à 81 %		
Rosenberg et al. [8]	États-Unis	1995–1996 (1998)	992	47% (22%)		
Moreau et al. (Enquête Cocon) [9]	France	2000	1234	20% (7%)		
Aubeny et al. (Enquête Coraliance) [10]	France	Avant 2002 (2004)	2402	22,5 %		45
Lachowsky et Levy-toledano [11]	France	(2002)	975		44	54
Marie et al. [12]	France	2004–2005 (2008)	196		54	
Lete et al. [13]	Espagne	2006 (2008)	16846	50,6 %		
Enquête Épilule [14]	France	2003 (2004)	1523			53,6 (38,6)
INPES BVA [15]	France	2007	297	21 %	42	55

expliquent la technique de prise oralement avec l'aide de supports dans 40% des cas. Pour la conduite à tenir en cas d'oubli, 84% le font oralement et 28% donnent alors une brochure. Cette démarche de remise de documents écrits est conforme aux données de la littérature [16,25].

Neuf médecins conseillaient à leur patiente de «Faire sonner son portable». Une étude portant sur «la carte qui sonne» s'en rapproche: il s'agit d'une carte de la taille d'une carte de crédit émettant un bip sonore chaque jour à une heure choisie et programmée par la patiente et ce 21 jours sur 28 pendant trois mois. Quarante et un pour cent des utilisatrices de cette carte ne mentionnent aucun oubli versus 19% des non utilisatrices. De plus, près de 90% de l'ensemble des femmes pensent avoir évité certains oublis grâce à celle-ci [11]. Parmi les moyens de prévention, certains médecins ont cité: «inciter les patientes à établir une routine» (geste systématique, horaire régulier, objet du quotidien), «rechercher des problèmes de tolérance» et «lire la notice». Cela est en adéquation avec les résultats de plusieurs recherches qui rapportent comme facteurs prédictifs de mauvaise observance: une absence de routine, c'est-à-dire l'absence d'horaire régulier [5,8,9], le fait de n'avoir pas lu et/ou pas compris la notice [5,8] et la survenue d'effets indésirables (hirsutisme, nausées, tension mammaire, *spotting*, aménorrhée, ménorragies plus abondantes) [5,8,9,12].

Plus de la moitié des médecins (16/25) rappellent à leurs patientes qu'elles peuvent trouver un certain nombre d'informations sur la notice de leur pilule dont la conduite à tenir en cas d'oubli. Au premier abord, cela semble une excellente idée. Malheureusement, le contenu des notices ne reprend pas toujours les recommandations de l'HAS ou de façon incomplète. En effet, au sein des notices des neuf pilules les plus vendues sur le marché français en 2002 [20], la durée nécessaire de contraception locale complémentaire à la suite d'un oubli est variable en fonction des pilules: sept jours pour quatre des neuf pilules et jusqu'à la reprise de la plaquette suivante pour les autres. Les notices de ces quatre pilules conseillent aussi d'enchaîner la plaquette suivante en cas d'oubli lors de la troisième semaine. Sur aucune notice, il n'est fait mention de la contraception d'urgence en cas de rapports dans les jours précédents l'oubli [26]. Par ailleurs, la disponibilité téléphonique des médecins est un facteur de meilleure observance pour les femmes selon Rosenberg [27].

Quelques praticiens ont proposé de prescrire d'emblée une contraception orale en schéma continu. L'intérêt de ce choix est variable selon les auteurs. Pour certains, son utilisation permet de diminuer le nombre d'oubli en particulier durant la première semaine [10]. Pour d'autres, elle multiplie par 1,5 le risque de non compliance par rapport à l'utilisation d'une pilule avec intervalle libre [5].

Un seul des médecins prescrit de façon systématique du Norlévo® (en cas de besoin) et deux ne le prescrivent pas pour éviter un éventuel abus. Cette inquiétude est partagée par d'autres médecins [28]. Pourtant, plusieurs études ont montré que si les femmes qui avaient une «pilule du lendemain» à disposition y avaient plus souvent recours en cas de besoin, cela ne modifiait en rien leur attitude vis-à-vis de leur contraception habituelle, ni n'augmentait les comportements à risque [29–32].

Lors du renouvellement

Dans l'enquête Épilule, lors des renouvellements de prescription près d'un médecin sur deux s'informe de possibles oublis, un tiers de temps en temps et le reste rarement. Le rappel de la conduite à tenir en cas d'oubli est fait systématiquement par un tiers d'entre eux, de temps en temps par la moitié et rarement pour les autres [24]. Ces résultats sont supérieurs aux nôtres puisque seuls un tiers des médecins interrogés s'en s'informent quasisystématiquement et un sur cinq rarement. Et ils sont un tiers à réitérer une information.

Population cible

Pour deux tiers des médecins de notre étude, les jeunes nécessitent un renforcement de la prévention. Dans la littérature, les avis sont partagés. Pour certains, l'âge inférieur à 24 ans [33] est un facteur prédictif d'oubli et de grossesse non désirée sous pilule [12,33,34]. A contrario, d'autres auteurs trouvent moins d'oubli chez les femmes de moins de 20 ans [11] ou moins de grossesse non désirées sous pilule [1]. Toutefois, la population jeune est sans conteste à privilégier. En effet, les femmes de moins de 20 ans sont les seules dont le taux de recours à l'IVG augmente de façon continue depuis quelques années alors qu'il est stable pour les femmes plus âgées. De plus, le taux de recours à l'IVG est maximal entre 20 et 24 ans [35], alors la moitié des femmes de 15 à 19 ans et deux tiers des 20 à 24 ans utilisent une contraception orale [3].

Par ailleurs, certains médecins de l'enquête pensent que les premiers temps d'utilisation de la pilule sont plus à risque d'oubli. Pourtant, plusieurs études montrent que plus la durée d'utilisation de la contraception orale augmente, plus le taux d'oubli [11] et le risque de grossesse sous pilule [34] s'accroissent alors que les connaissances en matière de conduite à tenir en cas d'oubli diminuent [36]. La prévention de l'oubli de pilule doit donc être systématique et adaptée à chaque femme.

La conduite à tenir en cas d'oubli de pilule

Seuls deux médecins s'approchaient des recommandations complètes de l'HAS et les notions de conduite à tenir suite à un oubli étaient parfois lacunaires. Les résultats d'une étude poitevine [21] rejoignent les nôtres. Ces pratiques, non-conformes aux recommandations de l'HAS, semblent toutefois moins préjudiciables que ce qu'on pourrait prévoir et cela en raison de la grande rigueur de ces recommandations qui ne fait d'ailleurs pas l'unanimité sur le plan international. En effet, l'OMS, la SGOC et la NHS ont édité des recommandations beaucoup plus souples [37–39]. Par exemple, l'OMS considère qu'on ne doit tenir compte de l'oubli qu'à partir de deux ou trois pilules consécutives en fonction du dosage en ethynil-estradiol. De plus en cas d'oubli, si la protection par une seconde méthode contraceptive pendant sept jours est préconisée quelque soit le moment du cycle, la contraception d'urgence ne l'est que pour les oublis de la première semaine [37].

La prévention secondaire

Lorsqu'une femme oublie sa pilule à répétition, il est naturel de lui proposer une autre méthode contraceptive.

Du fait de leur caractère récent en France : 2001 pour l'implant et 2004 pour l'anneau vaginal et le patch, les nouvelles méthodes contraceptives réversibles ne sont que peu connues et utilisées. L'enquête INPES BVA [15] rapporte que moins de la moitié des françaises connaissent l'implant, l'anneau et le patch (versus 99 % pour la pilule et 79 % pour le DIU) et qu'elles sont moins de 3 % à avoir utilisé une des trois méthodes (versus 79 et 31 % pour la pilule et le DIU). Une étude parisienne rejoint ces chiffres [40]. Toutefois, si leur part reste modeste sur le marché français de la contraception, leurs chiffres de vente sont en constante augmentation. Entre 2004 et 2006, ils ont été multipliés par 1,8 pour les patchs et par cinq pour les anneaux [41].

Pourtant, ces résultats ne semblent pas être communs à tous les pays puisque deux études [13,42] nous montrent qu'en Espagne, le patch et l'anneau vaginal représentent une part importante des méthodes contraceptives. Ainsi, en 2006, l'enquête portant sur 26 250 femmes et retrouvait 65 % d'utilisation de la pilule, 23 % pour l'anneau et 12 % pour le patch. Nous n'avons pas trouvé d'explications à cette différence de marché France/Espagne : mise sur le marché antérieure, remboursement identique entre les méthodes ?

La contraception n'étant délivrée que sur ordonnance, les médecins, de notre étude, ont une attitude qui pourrait en partie expliquer la faiblesse du marché. En effet, en alternative à la pilule, ils proposent tous le DIU (sauf contre-indication), puis l'implant et enfin, mais de façon moindre, le patch et l'anneau. Les praticiens mentionnent notamment un problème de notoriété pour l'anneau déjà évoqué par une étude parisienne [40]. Pourtant, la DGS a essayé d'y remédier grâce au document : « contraception : pour une prescription adaptée » [43] et à la campagne « choisir sa contraception » [44]. Par ailleurs, ils évoquent les réticences, réelles ou supposées, des femmes à l'égard du patch et de l'anneau. Celles-ci sont aussi rapportées dans deux études : l'une française [40], l'autre espagnole [42]. Mais il peut s'agir d'idées reçues, plus de 95 % des femmes d'une étude internationale ayant trouvé l'anneau facile à utiliser (insérer / enlever) et ce même chez celles ayant arrêté prématurément l'étude [45]. Par ailleurs, plusieurs études ont montré que le patch se décolle peu (< 5 %), irrite peu (< 2 % d'irritation importante) [46,47] et permet d'obtenir une meilleure observance que la contraception orale [47,48]. De plus, certaines femmes préfèrent l'anneau et le patch parce qu'elles estiment moins les oublier [42].

Quant à l'implant, les effets indésirables cités par les médecins interrogés et source de sa moindre présentation sont ceux retrouvés habituellement : les saignements sont les plus fréquents et les autres effets (acné, prise de poids, tension mammaire) bien que moins signalés concernent quand même en moyenne 10 % des patientes. C'est ce que rappelle une revue de la littérature récente [49].

Il ressort également de l'étude que toutes les méthodes contraceptives ne sont pas parfaitement connues par l'ensemble des médecins, aussi l'information dispensée n'est-elle pas exhaustive et le choix des femmes n'est que relatif.

La DGS a bien repéré les lacunes qui pouvaient exister en matière de contraception en France. En conséquence, elle a donc édité et mis en place des « stratégies d'actions en matière de contraception » afin d'améliorer la situation [50]. Toutefois, au vu des résultats de notre étude, il

semble que l'impact des différentes campagnes ne se soit pas encore fait sentir. Sont-elles trop récentes ? Ou bien n'ont-elles pas atteint le public escompté ?

Conclusion

En France, la forte augmentation de la couverture contraceptive sur les 30 dernières années et la libéralisation plus récente de la contraception d'urgence, n'a pas fait diminuer le nombre des IVG, qui se maintient aux environs de 200 000 par an. Celles-ci font parfois suite à une absence de contraception, mais l'oubli ou la mauvaise observance font partie des causes importantes d'IVG. Une façon d'améliorer cette situation serait donc de faire tendre l'efficacité réelle des méthodes contraceptives vers leur efficacité théorique. Pour cela, deux attitudes nous semblent importantes :

- aider la femme à choisir une contraception adaptée à sa vie affective et sexuelle et à ses conditions de vie. La méthode théoriquement la plus efficace n'étant pas forcément la meilleure ;
- une fois la contraception choisie, favoriser sa compliance et enseigner la conduite à tenir, en cas d'échec, ce qui nécessite une réelle stratégie éducative avec un temps dédié à cette éducation lors de chaque consultation liée à la contraception.

Parmi les méthodes contraceptives médicales, la pilule est la plus souvent employée. L'oubli de pilule et/ou le retard dans la reprise de la plaquette peuvent être à l'origine de grossesses non prévues. Il importe d'essayer de les prévenir. Nous avons montré, dans notre étude, que les femmes avaient peu recours aux conseils du médecin suite à un oubli. Il faut donc agir en amont. Au cours de la première consultation de contraception, de nombreuses informations sont données par le médecin. Afin d'être efficaces, un certain nombre d'entre elles pourraient être rappelées sur un document écrit afin que la femme puisse s'y référer en cas de besoin. Par ailleurs, il pourrait être utile que les notices mentionnent, de façon systématique, les recommandations de l'HAS sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. La consultation de renouvellement doit aussi être un moment clé. C'est l'occasion de vérifier la bonne compliance vis-à-vis de la pilule, les connaissances de la patiente et si besoin de renouveler ces informations ou de fournir des nouvelles données. Quels que soient les méthodes de prévention employées, il semble au vu des résultats de notre enquête que les médecins généralistes ne connaissent pas toujours très bien les différents moyens de contraception qui peuvent être proposés ni les recommandations en cas d'oubli. Il semble important que leur formation en matière de contraception soit affinée aussi bien lors de la formation primaire qu'en formation continue. Et ce d'autant plus que les méthodes contraceptives ont beaucoup évolué ces dernières années et que de nouvelles formes sont à l'étude.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

- [1] Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, The Cocon group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Hum Reprod* 2003;18:994–9.
- [2] Leridon H, Oustry P, Bajos N. L'équipe Cocon. La médicalisation croissante de la contraception en France. *Popul Soc* 2002;381:1–4.
- [3] Laveissière MN, Pélissier C, Lè MG. La contraception orale en France en 2001 : résultats d'une enquête par sondage portant sur 3609 femmes âgées de 15 à 45 ans. *Gynecol Obstet Fertil* 2003;31:220–9.
- [4] Contraception, pilule du lendemain et interruption volontaire de grossesse. In: Guilbert P, Gautier A (Eds.), *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*. Saint-Denis; INPES, coll. Baromètres santé, 2006; 176 p.
- [5] Rosenberg MJ, Waugh MS, Meehan TE. Use and misuse of oral contraceptives: risk indicators for poor pill taking and discontinuation. *Contraception* 1995;51:283–8.
- [6] Smtih JD, Oakley D. Why do women miss oral contraceptive pills? An analysis of women self-described reasons for missed pills. *J Midwifery Womens Health* 2005;50:380–5.
- [7] Potter L, Oakley D, De Leon-Wong E, Canamar R. Measuring compliance among oral contraceptive users. *Fam Plann Perspect* 1996;28:154–8.
- [8] Rosenberg MJ, Waugh MS, Burnhill MS. Compliance, counseling and satisfaction with oral contraceptives: a prospective evaluation. *Fam Plann Perspect* 1998;30:89–92 [104].
- [9] Moreau C, Bouyer J, Gilbert F, Group C, Bajos N. Social, demographic and situational characteristics associated with inconsistent use of oral contraceptives: evidence from France. *Perspect Sex Reprod Health* 2006;38:190–6.
- [10] Aubeny E, Buhler M, Colau JC, Viacaut E, Zadikian M, Childs M. The Coraliance study: non-compliant behavior. Results after 6-month follow-up of patients on oral contraceptives. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2004;9:267–77.
- [11] Lachowsky M, Levy-toledano R. Improving oral contraception compliance. The "ringing card": memory aid or new ritual? *Gynecol Obstet Fertil* 2000;28:317–23.
- [12] Marie P, Champollion S, Ourabah R. Que font les patientes lorsqu'elles oublient leur pilule? *Exercer* 2008;80:13–6.
- [13] Lete I, Doval JL, Pérez-Campos E, Lertxundi R, Correa M, De la Viuda E, et al. Self-described impact of noncompliance among users of combined hormonal contraceptive method. *Contraception* 2008;77:276–82.
- [14] Gainer E, Prudhomme M, Perriot Y, Leroux M, Bouyer J. Enquête prospective sur la délivrance de la contraception d'urgence dans les centres de planification et d'éducation familiale du Val-de-Marne. *Gynecol Obstet Fertil* 2005;33:403–8 [6].
- [15] INPES BVA. Les Français et la contraception, 2007.
- [16] Little P, Griffin S, Kelly J, Dickson N, Sadler C. Effect of educational leaflets and questions on knowledge of contraception in women taking the combined contraceptive pill: randomised controlled trial. *BMJ* 1998;316:1948–52.
- [17] Guyard-Audouin S. Oubli de contraception estroprogestative : connaissances et pratiques des patientes. Thèse : med : faculté de médecine d'Angers 2007.
- [18] Recommandations pour la pratique clinique. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme 2004. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraception_vvd-2006.pdf, page consultée le 5 février 2010.
- [19] Reigner-Lollier A, Leridon H. Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues? *Popul Soc* 2007.
- [20] Barjot P, Graesslin O, Cohen D, Vaillant P, Clerson P, Hoffet M. Grossesses survenant sous contraception orale : les leçons de l'étude GRECO. *Gynecol Obstet Fertil* 2006;34:120–6.
- [21] Mottet C. Information sur la conduite à tenir en cas d'oubli d'une pilule estroprogestative. Enquête auprès de 179 médecins généralistes du Poitou-Charentes. Thèse : med : faculté de médecine de Poitiers 2008;97.
- [22] Fanello S, Pata-Pateu V, Dagorne C, Hitoto H, Collet J, Routiot T, et al. La contraception du post-partum : les recommandations médicales, le point de vue des femmes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2007;36:369–74.
- [23] INPES. Comment aider une femme à choisir sa méthode contraceptive. Repères pour votre pratique 2007, http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/reperes_pratique.pdf, page consultée le 5 février 2010.
- [24] Menière R. De la connaissance du bon usage de la contraception : apport de l'étude nationale Épilule 2003 au près de 2802 patientes en médecine générale. Thèse : med : faculté de médecine de Nancy 2004;99 p.
- [25] Smith LF, Whitfield MJ. Women's knowledge of taking oral contraceptive correctly and of emergency contraception: effect of providing information leaflets in general practice. *Br J Gen Pract* 1995;45:409–14.
- [26] Afssaps. Répertoire des spécialités pharmaceutiques. Disponible sur : <http://afssaps-prd.afssaps.fr/php/ecodex/index.php>, page consultée le 5 février 2010.
- [27] Rosenberg MJ, Burnhill MS, Waugh MS, Grimes DA, Hillard P. Compliance and oral contraceptives: a review. *Contraception* 1995;52:137–41.
- [28] Fairhurst K, Ziebland S, Wyke S, Seaman P, Glasier A. Emergency contraception: why can't you give it away? Qualitative findings from an evaluation of advance provision of emergency contraception. *Contraception* 2004;70:25–9.
- [29] Glasier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. *N Engl J Med* 1998;339:1–4.
- [30] Walsh TL, Freziers RG. Patterns of emergency contraception use by age and ethnicity from a randomized trial comparing advance provision and information only. *Contraception* 2006;74:110–7.
- [31] Jackson RA, Schwarz EB, Freedman L, Darney P. Advance supply of emergency contraception: effect on use and usual contraception – a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2003;102:8–16.
- [32] Lo SST, Fan SYS, Ho PC, Glasier AF. Effect of advanced provision of emergency contraception on women's contraceptive behaviour: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2004;19:2404–10.
- [33] Rasch V. Contraceptive failure – results from a study conducted among women with accepted and unaccepted pregnancies in Denmark. *Contraception* 2002;66:109–16.
- [34] Trussell J, Vaughan B. Contraceptive failure, method-related-discontinuation and resumption of use: results from the 1995 National survey of family growth. *Fam Plann Perspect* 1999;31:64–72 [93].
- [35] Vilain A. DRESS. Les interruptions volontaires de grossesse en 2006. Études et résultats 2008;659 p.
- [36] Little P, Griffin S, Kelly J, Dickson N, Sadler, Kelly J. Unwanted pregnancy and contraceptive knowledge: identifying vulnerable groups from a randomized controlled trial of educational interventions. *Fam Pract* 2001;18:449–53.
- [37] OMS. Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation des méthodes contraceptives. Deuxième édition. Disponible sur <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924256284X.pdf>, consulté le 5 février 2010.
- [38] Oubli de doses de contraceptif hormonal : nouvelles recommandations. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada* 2008; 219. Disponible sur : <http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui219CO0811F.pdf>, consulté le 5 février 2010.

- [39] NHS. Missed or extradoses. In: Health A-Z: combined contraceptive pill. Disponible sur: <http://www.nhs.uk/conditions/combined-contraceptive-pill/pages/missed-and-extra-doses.aspx>, page consultée le 5 février 2010.
- [40] Allezy V. L'anneau vaginal contraceptif Nuvaring®: exemple de diffusion d'un nouveau moyen de contraception. Enquête d'opinion auprès de 170 femmes de 18 à 40 ans de juillet 2006 à septembre 2007 en Ile de France. Thèse: med: faculté de médecine Paris VII 2008;86.
- [41] Roger V. Contraception: quoi de neuf? Réalités en gynécologie-obstétrique, 2008;130: 1–3, <http://www.performances-medicales.com/gyneco/Encours/130/02.pdf>.
- [42] Lete I, Doval JL, Pérez-Campos E, Sánchez-Borrego R, Correa M, De la Viuda E, et al. Factors affecting women's selection of a combined hormonal contraceptive method: the TEAM-06 Spanish cross-sectional study. *Contraception* 2007;76:77–83.
- [43] Direction générale de la Santé. Contraception: pour une prescription adaptée. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/contraception_ivg/guide_contraception.pdf, page consultée le 5 février 2010.
- [44] INPES. Choisir sa contraception. La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit.
- [45] Novak A, De La Loge C, Abetz L, Van Der Meulen. The combined contraceptive vaginal ring. NuvaRing®: an international study of user acceptability. *Contraception* 2003;67: 187–94.
- [46] Smallwood GH, Meador ML, Lenihan Jr JP, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW, et al. Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system. *Obstet Gynecol* 2001;98: 799–805.
- [47] Urdl W, Apter D, Alperstein A, Koll P, Schoenian S, Bringer J, et al. Contraceptive efficacy, compliance and beyond: Factors related to satisfaction with once-weekly transdermal compared with oral contraception. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005;121:202–10.
- [48] David F, Archer DF, Cullins V, Creasy GW, Fisher AC. The impact of improved compliance with a weekly contraceptive transdermal system (Ortho Evra®) on contraceptive efficacy. *Contraception* 2004;69:89–95.
- [49] Adams K, Beal MW. Implanon: A review of the literature with recommendations for clinical management. *J Midwifery Womens Health* 2009;54:142–9.
- [50] Direction générales de la Santé. Stratégie d'actions en matière de contraception. Paris: ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports; 2007.