



**HAL**  
open science

**Sécurité de renouvellement ou de prescription de  
dépannage d'un contraceptif oral : enquête auprès de  
223 femmes utilisatrices d'un contraceptif oral  
fréquentant les pharmacies de Bordeaux et de Bergerac**  
Épiphanie Matchon

► **To cite this version:**

Épiphanie Matchon. Sécurité de renouvellement ou de prescription de dépannage d'un contraceptif oral : enquête auprès de 223 femmes utilisatrices d'un contraceptif oral fréquentant les pharmacies de Bordeaux et de Bergerac. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02065155

**HAL Id: dumas-02065155**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02065155>**

Submitted on 12 Mar 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Thèse pour l'obtention du

**DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES (D.E.S.) DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présenté et soutenue publiquement le 20 Décembre 2018

Par

**Epiphanie MATCHON**

**Née le 28 Octobre 1986 à Porto-Novo (Bénin)**

Sécurité de renouvellement ou de prescription de dépannage d'un contraceptif oral : Enquête  
auprès de 223 femmes utilisatrices d'un contraceptif oral fréquentant les pharmacies de  
Bordeaux et de Bergerac

Directeur de thèse : **Mme. le Docteur Sylvie DUHAMEL**

Rapporteur : **Mme. le Docteur Sylvie MAURICE**

**Membres du jury**

M. le Professeur Bernard GAY	Président
Mme. le Professeur Claudine MATHIEU	Juge
M. le Professeur Jean Luc BRUN	Juge
Mme. le Docteur Camille LEVEQUE	Juge

## **REMERCIEMENTS**

### **A Monsieur le Professeur Bernard GAY,**

Professeur émérite de médecine générale, médecin généraliste et ancien directeur du département de médecine générale de l'université de Bordeaux.

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

### **A Madame le Professeur Claudine MATHIEU,**

Professeur de gynécologie médicale au centre hospitalier universitaire de Bordeaux, praticien hospitalier au centre de biologie et médecine du développement et de la reproduction.

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse, veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

### **A Monsieur le Professeur Jean Luc BRUN,**

Professeur de gynécologie au centre Aliénor d'aquitaine, service de chirurgie gynécologique du centre hospitalier universitaire Pellegrin de Bordeaux.

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse, veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

### **A Madame le Docteur Camille LEVEQUE,**

Chef de clinique universitaire à l'université de Bordeaux, médecin généraliste à la maison de santé pluridisciplinaire de Port Sainte Marie.

Vous avez gentiment accepté de juger mon travail en participant à ce jury. Je vous en remercie et vous prie de croire en ma profonde reconnaissance.

### **A Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL,**

Maître de conférence associée à l'université de Bordeaux, médecin généraliste à Bordeaux.

Merci Sylvie d'avoir osé diriger ce travail et de m'avoir soutenue durant son élaboration. Par tes encouragements, tes conseils avisés, ta bienveillance et ta disponibilité tu m'a permis d'aller au bout de ce travail. Merci d'avoir cru en moi.

### **Aux pharmaciens et à leurs équipent qui ont accepté de participer à ce travail,**

Merci pour le temps que vous avez consacré à la réalisation de cette étude.

**A mes proches,**

**Catherine DOSSOU KAKOUN**, merci maman de nous avoir si bien guidées dans la vie.

Merci de n'avoir ménagé aucun effort pour me permettre de réaliser mes rêves.

**Germain Dossa MATCHON HOUNNOUKPE**, merci papa pour ton soutien durant toutes ces années. Tu as fait de moi celle que je suis aujourd'hui.

**Barthélémy MATCHON**, notre roc à tous, merci d'être là et de croire en moi depuis ma plus tendre enfance.

**A mes frères et sœurs, TOTO Bernadin**, à Philémon my little turtle, Sagesse et leur mère, merci pour votre amour.

**Caroline TOWO**, merci pour tes relectures tout au long de la réalisation de ce travail.

**A la famille DEBENNE** (José, Suzanne, Clémence, Alban et les sœurs), merci de m'avoir ouvert votre maison, de m'accepter dans votre famille.

**A Nathalie et Sarah**, chères amies, merci pour votre soutien.

**A mes ami (e) s de France, du Bénin, des Etats-Unis et du Canada...**

A tous ceux qui de près ou de loin, m'ont aidé dans l'élaboration de ce travail, merci pour votre soutien et vos bons conseils.

*« Si même je sacrifiais tous mes biens, et jusqu'à ma vie, pour aider les autres, au point de pouvoir m'en vanter, si je n'ai pas l'amour, cela ne me sert de rien »*

**1 Co 13 : 3**

## **TABLE DES MATIERES**

<b>INTRODUCTION</b> .....	11
<b>RAPPELS ET CONTEXTE DE L'ETUDE</b> .....	13
1. La contraception en France actuellement .....	13
2. Les moyens de contraception.....	15
3. La contraception hormonale orale alias “pilule” .....	16
3.1 Les oestroprogestatifs .....	18
3.2 Les progestatifs .....	18
4. La contraception hormonale non orale : anneau vaginal et patch.....	19
5. Les bénéfices, les avantages, effets indésirables et les contre-indications de la contraception hormonale orale .....	20
5.1 Les oestroprogestatifs.....	21
5.2 Les progestatifs .....	23
6. Les recommandations sur la prescription, le suivi et le renouvellement de la contraception.....	24
7. Les professionnels de santé impliqués dans la prescription et le renouvellement de la contraception .....	27
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	31
1. Type d'étude .....	31
2. Déclaration CNIL.....	31
3. Les critères d'inclusion .....	31
4. Les critères de non inclusion .....	31
5. Les critères d'exclusion .....	32
6. Le critère de jugement principal.....	32
7. Déroulement de l'étude .....	32
7.1. Elaboration du questionnaire .....	32
7.2 Recrutement des pharmacies, recrutement des femmes, distribution et collecte des questionnaires .....	33
7.3 Traitement des données.....	33
7.4 Variables recueillies.....	34
7.5 Analyse statistique .....	35

<b>RESULTATS</b> .....	36
1. Recueil des données : diagramme de flux et taux de réponse.....	36
2. Caractéristiques des femmes de l'échantillon.....	37
3. Caractéristiques de la consultation de renouvellement.....	39
3.1 La spécialité des prescripteurs.....	39
3.2 Caractéristiques des prescriptions en fonction du spécialiste consulté.....	40
3.2.1 Le motif de la consultation .....	41
3.2.2 L'ancienneté de l'utilisation de la pilule.....	41
3.2.3 L'interrogatoire (la recherche des antécédents) .....	42
3.2.4 La mesure de la tension artérielle .....	42
3.2.5 La prescription de la biologie.....	42
3.2.6 Le changement de la contraception .....	43
3.3 Le déroulement de la consultation de renouvellement en fonction du motif de la consultation.....	43
3.3.1 L'ancienneté de l'utilisation de la pilule.....	45
3.3.2 La classe d'âge des femmes .....	45
3.3.3 La recherche des antécédents.....	45
3.3.4 La mesure de la tension artérielle .....	45
3.3.5 La prescription de la biologie .....	46
3.3.6 Le changement de la contraception .....	46
4. Caractéristiques des pilules renouvelées.....	47
4.1 Les pilules renouvelées.....	47
4.2 Le type de pilule renouvelée en fonction du prescripteur .....	49
4.3 Le type de pilule renouvelée en fonction du motif de la consultation .....	49
4.4 Le type de pilule renouvelée en fonction de la classe d'âge .....	49
5. Le nombre de mois de renouvellement prescrits aux femmes .....	51
5.1 Distribution de la variable nombre de mois de renouvellement... ..	51
5.2 Le nombre de mois de renouvellement en fonction du type de pilule.....	53
5.3 Le nombre de mois de renouvellement en fonction du prescripteur.....	54
5.4 Le nombre de mois de renouvellement en fonction du motif de la consultation.....	54
6. Le suivi proposé par les prescripteurs en consultation de renouvellement .....	56
6.1 En fonction du motif de la consultation.....	57

6.2 En fonction du prescripteur.....	57
6.3 En fonction de la recherche des antécédents .....	57
6.4 En fonction de la mesure de la tension artérielle.....	58
6.5 En fonction du type de pilule renouvelée.....	58
6.6 En fonction du nombre de mois de renouvellement prescrits.....	58
7. Les raisons justifiant les demandes en consultation non dédiée.....	59
8. Les prescriptions de renouvellement et le parcours de soins des femmes.....	60
8.1. Les prescriptions de renouvellement dans le parcours de soins.....	60
8.2. Les prescriptions de renouvellement en dehors du parcours de soins .....	61
9. Les prescriptions de renouvellement conformes .....	61
10. La proportion de prescriptions à risque en consultation non dédié.....	61
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>62</b>
1. Discussion de la méthode.....	62
1.1 Choix de la question et force de l'étude.....	62
1.2 Schéma de l'étude .....	62
1.3 Le recueil des données .....	63
1.4 Les biais.....	63
1.5 Les limites.....	64
2. Discussion des résultats par rapport à la littérature.....	65
2.1 Discussion des principaux résultats .....	65
2.1.1 Âge des femmes.....	65
2.1.2 Le motif de la consultation de renouvellement de la pilule.....	65
2.1.3 Les prescripteurs .....	66
2.1.4 Le déroulement de la consultation de renouvellement.....	67
2.4.1.1 La recherche des antécédents : l'interrogatoire.....	67
2.4.1.2 L'examen clinique : la mesure de la tension artérielle.....	68
2.4.1.3 La prescription de la biologie .....	69
2.4.1.4 Le changement de la contraception à l'issue de la consultation.....	70
2.4.1.5 Le type de pilule renouvelée .....	71
2.4.1.6 Le nombre de mois de renouvellement prescrits .....	72
2.2 Discussion des résultats secondaires .....	73
2.2.1 Le suivi .....	73



2.2.2	Le parcours de soins et les raisons justifiantes les demandes en consultation non dédiée .....	75
2.2.3	Les prescriptions conformes aux recommandations de l’HAS et les prescriptions à risque en consultation non dédiée .....	77
<b>CONCLUSION.....</b>		<b>78</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>		<b>79</b>
<b>ANNEXES.....</b>		<b>85</b>

:

## **GLOSSAIRE**

BERCER : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour

CAT : Conduite A Tenir

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France

CNIL : Comité Nationale de l'Informatique et des Libertés

CO : Contraception Orale

DIU : Dispositif Intra-Utérin

GND : Grossesse Non Désirée

GNP : Grossesse Non Prévüe

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patients Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OP : Oestro-progestatifs

TA : Tension Artérielle

## **LISTE DES FIGURES**

<u>Figure 1</u> : Diagramme de flux de l'étude .....	36
<u>Figure 2</u> : Classe d'âge des femmes de l'étude.....	38
<u>Figure 3</u> : Le motif de la consultation de renouvellement déclaré en fonction du prescripteur.....	41
<u>Figure 4</u> : Distribution du type de pilule renouvelée aux femmes.....	47
<u>Figure 5</u> : Le type de pilule renouvelée selon le prescripteur.....	49
<u>Figure 6</u> : Le nombre de mois de renouvellement prescrits aux femmes.....	51
<u>Figure 7</u> : Le nombre de mois de renouvellement prescrits aux femmes selon le spécialiste..	53
<u>Figure 8</u> : Le nombre de mois de renouvellement prescrits par le médecin généraliste en fonction du motif de la consultation .....	54
<u>Figure 9</u> : Le nombre de mois de renouvellement prescrits selon le type de pilule.....	55
<u>Figure 10</u> : Le suivi envisagé selon le prescripteur de la pilule.....	57
<u>Figure 11</u> : Le suivi proposé en fonction du type de pilule.....	58
<u>Figure 12</u> : La connaissance du rôle du pharmacien par les femmes.....	59

## **LISTE DES TABLEAUX**

<u>Tableau I</u> : Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS en 2011.....	17
<u>Tableau II</u> : Efficacité contraceptive et taux d'abandon de la méthode après un an au États-Unis et en France, adapté de l'OMS (OMS 2011).....	85
<u>Tableau III</u> : Contraceptifs oraux commercialisés en France au 1 <sup>er</sup> Janvier 2015.....	86
<u>Tableau IV</u> : Distribution des femmes selon la classe d'âge.....	91
<u>Tableau V</u> : Les raisons du changement de la contraception, déclarées par les femmes, à l'issue de la consultation de renouvellement.....	93
<u>Tableau VI</u> : Nombre de réponses exploitées.....	37
<u>Tableau VII</u> : Caractéristiques de l'âge global des femmes et de l'âge selon la ville de collecte.....	38
<u>Tableau VIII</u> : Caractéristiques de la consultation, déclarées par les femmes, en fonction du spécialiste consulté.....	40
<u>Tableau IX</u> : Le motif de la consultation en fonction de plusieurs variables.....	44
<u>Tableau X</u> : Les caractéristiques des prescriptions en fonction du type de pilule renouvelée..	48
<u>Tableau XI</u> : Les pilules renouvelées aux femmes.....	50
<u>Tableau XII</u> : Le nombre de mois prescrits, déclaré par les femmes, en fonction de plusieurs Variables.....	52
<u>Tableau XIII</u> : La répartition du suivi proposé en fonction de plusieurs variables.....	56

## INTRODUCTION

Les motifs de consultation en médecine générale sont divers, variés et bien souvent multiples. S'ils ne sont pas recherchés avec précision par le praticien en début de consultation, le déroulement de celle-ci ne garantit pas un respect optimal des conditions de réponse à l'ensemble. Il n'en est pas de même chez le gynécologue. Le nombre moyen de consultations pour motif gynécologique en médecine générale est estimé à 3,6 par femme et par an et ce chiffre croît avec l'âge. Trente-cinq pourcent (35 %) des actes gynécologiques effectués en médecine générale concernent la contraception [1].

Au cours de mes stages ou en tant que remplaçante en médecine générale dans le Bergeracois, j'ai été confrontée aux demandes de contraception orale, soit pour une première prescription, ou plus souvent pour un renouvellement. Les demandes de contraception orale devant lesquelles j'éprouvais une difficulté étaient celles intervenant en cours ou en fin de consultation.

La difficulté était liée au caractère inopiné de la demande et au moment de la formulation de la demande en consultation non dédiée. Certaines patientes profitaient en effet, de la visite chez leur médecin pour un motif autre, afin de demander le rajout de leur contraception sur l'ordonnance. Sans prolonger la consultation, quel contenu donner aux quelques minutes de la consultation restantes devant cette demande spontanée en consultation non dédiée ?

Plusieurs questions se posaient à moi :

- ❖ Pourrai-je tout simplement rajouter la pilule sur l'ordonnance au vu des éléments disponibles dans le dossier médical ?
- ❖ Avais-je évalué le risque ou la sécurité de la prescription de ce renouvellement de pilule sur la base de mon interrogatoire rapide, de l'examen clinique initial réalisé pour cette consultation non dédiée à la contraception ?
- ❖ Pour combien de mois prescrire ce renouvellement de pilule ?
- ❖ Enfin, comment garantir un meilleur suivi médical pour les femmes habituées à cette pratique ?

La prescription et le suivi d'une contraception aux femmes sont soumises à des recommandations de la Haute Autorité de la Santé (HAS) [2 ; 3]. Il est recommandé que toute première prescription se fasse au cours d'une consultation dédiée avec un médecin ou une Sage-Femme [4]. Si la première prescription médicale est obligatoire et bien encadrée, les modalités de la consultation de renouvellement d'une contraception le sont beaucoup moins.

Peu de travaux dans la littérature scientifique ont évalué les conditions des consultations de renouvellement de pilule en médecine générale. Par exemple, les travaux de thèse de Adeline Poncet en 2012 [5], de Claire Galichon en 2014 [6] ont révélés que : peu de femmes consultaient avec comme seul motif le suivi de leur contraception, les médecins généralistes étant souvent sollicités pour une demande de renouvellement à la fin d'une consultation à motifs multiples.

**Face à ces demandes de renouvellement lors de consultation non dédiée, notre question était de savoir ce que faisaient réellement les médecins généralistes face à une demande spontanée de renouvellement de contraception orale ?**

L'objectif principal de notre étude était de recueillir les pratiques de prescription des professionnels de santé pour les demandes de renouvellement intervenant à la fin d'une consultation non dédié. *Cela par l'intermédiaire de déclarations de femmes ayant obtenu, en pharmacie, une délivrance d'ordonnance de renouvellement de contraception orale.*

Les objectifs secondaires étaient de :

- vérifier la conformité de ces pratiques selon les recommandations de la HAS ;
- relever les attitudes des professionnels de santé pour assurer le suivi ;
- repérer le parcours de soins des femmes demandeuses de renouvellement impromptu ou non ;
- décrire les raisons justifiant le recours à de telles demandes ;
- estimer la proportion de prescriptions de renouvellement à risque dans cette population.

Notre hypothèse était que les patientes bénéficieraient des renouvellements de contraceptifs oraux, de façon plus aisée et plus sécurisée, si elles se situaient dans le parcours de soins.

Afin de conduire cette étude, nous avons d'abord effectué une revue de publications concernant la contraception et sa délivrance en officine. Ensuite nous avons élaboré une enquête dans plusieurs pharmacies pour répondre à notre questionnement. Enfin nous avons commenté nos résultats avec quelques articles en rapport sur ce sujet peu exploré.

## RAPPELS ET CONTEXTE DE L'ETUDE

### 1. La contraception en France actuellement

Pour le contrôle des naissances, la loi Neuwirth en 1967 en légalisant l'accès aux méthodes anticonceptionnelles, a médicalisé la contraception et rendu possible sa diffusion permettant aux femmes de maîtriser leur fécondité. La loi Veil de 1974 a permis le remboursement des méthodes contraceptives soumises à prescription médicale et légalisé le recours à l'interruption volontaire de la grossesse (IVG) [7]. Ainsi, le droit à la contraception et à l'interruption volontaire de la grossesse ont constitué deux avancées majeures dans la vie de toutes les femmes. D'une part, pour planifier les grossesses grâce à des méthodes contraceptives accessibles et très efficaces et, d'autre part, pour éviter les grossesses non désirées grâce aux méthodes abortives.

En France, en 2016, 71,9 % des femmes de 15-49 ans étaient concernées par la contraception [8]. Avec une couverture contraceptive élevée, la France fait partie des pays où l'utilisation des moyens contraceptifs est la plus importante. En 2017, 83% des femmes en âge de procréer et en union utilisaient une méthode contraceptive [7].

La large couverture contraceptive des femmes en France a permis de réduire le nombre de grossesses non prévues (GNP). Dans les années 2000, 33% des grossesses ont été déclarées non prévues contre 46% en 1975. Le nombre de grossesses non prévues a diminué mais est resté encore élevé.

Le taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) reste élevé mais stable malgré une couverture contraceptive des plus élevées : c'est le paradoxe français.

Il y a environ 200 000 IVG chaque année (14 avortements annuels pour 1000 femmes de 15-49 ans). Il était de 218 000 dont 203 500 en France métropolitaine en 2015 [9]. Si quatre grossesses non prévues sur dix (41%) en 1975 se sont terminées par une IVG, c'était le cas de six grossesses sur dix (62%) au début des années 2000 [10]. Deux tiers de ces grossesses non prévues intervenaient sous contraception et le tiers restant était dû à l'absence de contraception [11]. En 2004, un tiers des grossesses était non prévues et aboutissait 6 fois sur 10 à une IVG [12]. Dans 4 cas sur 10, l'interruption volontaire de grossesse était réalisée chez les femmes utilisant une contraception avec un indice de Pearl théorique élevé [10 ;12]. Parmi

les femmes ayant eu une IVG en 2007, 25 % prenaient une pilule, 16% utilisaient le préservatif, 10% le retrait du partenaire, 7 % l'abstinence périodique, 34 % aucune méthode contraceptive.

Il existe certainement un mésusage de l'utilisation de la contraception par certaines femmes. On peut supposer certaines failles également dans la prescription et le renouvellement de la contraception ce qui tend à justifier cet échec et le recours aux IVG. L'échec de la contraception est multifactoriel, souvent lié aux problèmes d'information des utilisatrices, d'observance (l'oubli de la pilule dans 6 cas sur 10, la méconnaissance de la conduite à tenir en cas d'oubli) et d'accès à la contraception dans certains groupes. Mais aussi, l'ambivalence d'un désir de grossesse, une méthode contraceptive non adaptée aux conditions de vie sociale ni à la condition affective et sexuelle de certaines femmes et enfin la norme contraceptive française en sont aussi les responsables. Cette norme contraceptive en France est marquée par le recours au préservatif en début de vie sexuelle, puis à la pilule dès que les femmes entrent dans une relation stable. Une fois qu'elles ont le nombre d'enfants souhaités elles ont recours au dispositif intra-utérin (DIU) [13].

Ce n'est donc pas la contraception qui protège des grossesses non désirées (GND), mais la bonne utilisation de celle-ci et peut être un renouvellement dans les temps : il faut une ordonnance pour l'obtenir et le plus souvent payer une consultation.

Les difficultés rencontrées par les prescripteurs, notamment les médecins généralistes, pour organiser une consultation dédiée à la contraception orale pourrait être une cause d'échec de la contraception. On peut également penser que les praticiens n'auraient pas assez de temps à consacrer à la transmission des informations sur la conduite à tenir en cas d'oubli, sur la réévaluation de la tolérance, ainsi que sur l'observance d'une méthode contraceptive recommandée par la HAS. Toute prescription et renouvellement nécessite une évaluation clinique et parfois biologique afin d'adapter la contraception à l'état de santé de la femme, à ses habitudes de vie et à ses facteurs de risques [2]. Une prescription d'ordonnance pour dépanner ou un renouvellement en consultation non dédiée serait loin d'être un acte banal. Une négligence dans la considération de l'ensemble de ces facteurs lors d'un renouvellement pourrait avoir des conséquences médicales, psychologiques et sociales importantes sur les patientes [14]. Elles ignorent souvent ces contraintes liées à la consultation de renouvellement d'un contraceptif.

## 2. Les moyens de contraception

Les méthodes contraceptives sont nombreuses. La plupart sont délivrées en pharmacie sur prescription médicale et certaines sont remboursées par l'Assurance Maladie. Pour les jeunes filles mineures, l'accès à la contraception est facilité. La prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs ne sont pas soumises au consentement des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal quel que soit l'âge de la mineure. Pour celles qui désirent garder le secret, les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) peuvent leur délivrer gratuitement et de façon anonyme des contraceptifs ou leur remettre une prescription médicale remboursable. Certains contraceptifs inscrits sur la liste des médicaments et dispositifs médicaux remboursables sont pris en charge à 100 % pour les jeunes filles mineures de plus de 15 ans. Cette prise en charge ne couvre ni la consultation réalisée hors CPEF, ni les examens biologiques éventuels [15].

Les méthodes contraceptives peuvent être regroupées en 2 groupes [3 ; 16 ; 17] :

### ➤ **Les méthodes traditionnelles :**

Méthodes naturelles basées sur l'identification de l'ovulation afin d'éviter les rapports sexuels pendant cette période : le retrait, la méthode des températures, la méthode Ogino, méthode basée sur l'étude de la glaire cervicale (Billings), la méthode avec lecteur d'ovulation.

### ➤ **Les méthodes dites « modernes » :**

#### ❖ **Hormonales**

- « à prise régulière » : regroupent les différentes contraceptions combinées oestroprogestatives (COP) et les contraceptions progestatives seules (CP). Cette méthode contraceptive à haute efficacité théorique est apparue dans les années 1960.
- dites de longue durée (LARC) : l'implants sous-cutané qui apparut dans les années 2000.

#### ❖ **Non hormonales, mécaniques**

- de longue durée d'action (LARC) : le dispositif intra-utérin au cuivre
- « dites barrières » : le diaphragme, la cape cervicale, les spermicides par voie intravaginale et les préservatifs (masculins, féminins). Ces méthodes barrières sont très peu utilisées en France. Il est utile de rappeler que le préservatif demeure à ce jour, le seul moyen prophylactique contre les infections sexuellement transmissibles (IST).



**La contraception définitive** : la ligature des trompes, l'électrocoagulation, la pose d'anneaux ou de clips chez la femme et la vasectomie chez l'homme. Cette méthode est irréversible. La stérilisation féminine à visée contraceptive est une méthode très peu utilisée en France. Elle est encadrée par la loi du 4 Juillet 2001 [18]. Seulement 5 % des femmes en union y avaient recours en 2010 [7]. Elle se pratique après information et un délai de réflexion de 4 mois.

### **3. La contraception hormonale orale alias "pilule"**

La contraception par voie orale alias « pilule » demeure la méthode contraceptive hormonale orale la plus utilisée en France. 50 % des femmes en âge de procréer et en union y ont eu recours en 2010 [7]. Cependant elle n'arrive qu'en troisième position mondiale derrière la stérilisation et le dispositif intra-utérin ou stérilet. L'utilisation de contraception orale avait diminué de 50 % à 41% en 2013 [19]. Entre 2013 et 2016, le recours à la contraception orale avait encore diminué de 9 % par rapport à 2013. La médiatisation des effets secondaires des pilules de 3 et 4ème génération n'a pas entraîné un désamour des françaises pour cette méthode et en 2013, la couverture contraceptive était de 76,6%. La pilule est restée la méthode la plus utilisée en 2016 (36,5 %). Selon le baromètre santé en 2016, sa fréquence maximale d'utilisation était respectivement de 60,4 % parmi les 15-19 ans et 59,5 % parmi les 20-24 ans. Son utilisation a diminué par la suite pour concerner moins de la moitié des 25-29 ans (47,8 %) et baissé à un tiers chez les 30-34 ans (35,4 %).

La contraception médicamenteuse oestroprogestative est soumise à prescription médicale et ne se délivre en pharmacie que sur présentation d'une ordonnance. Les spécialités de contraception d'urgence par voie orale sont exemptées d'une obligation d'ordonnance pour la délivrance en pharmacie.

L'indice de Pearl (IP) permet d'apprécier l'efficacité d'une contraception en mesurant le taux d'échec de cette contraception (rapport du nombre de grossesses observées sur le nombre de mois d'utilisation de la méthode, le tout multiplié par 12 puis par 100) [16]. La pilule a une efficacité théorique (en utilisation parfaite) de 0,3 mais son efficacité en pratique est plus faible de l'ordre de 8 [20]. L'IP des moyens de contraception est mentionné dans le tableau I ci-dessous.

**Tableau I** : Efficacité des méthodes contraceptives selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2011 [16] : taux de grossesses non souhaitées pour 100 femmes

L'Organisation Mondiale de la Santé, dans le document intitulé Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives (3e édition, 2005), indique les statistiques suivantes pour l'efficacité des méthodes contraceptives :

Méthode	Échec avec utilisation correcte	Échec en emploi typique
Aucune méthode	85 %	85 %
Pilule	0,3%	8%
Stérilet au cuivre	0,6 %	0,8 %
Stérilet hormonal	0,1 %	0,1 %
Préservatif masculin	2	15%
Coït interrompu	4%	27%
Préservatif féminin	5%	21%
Anneau vaginal	0,3%	8%
Timbre contraceptif	0,3%	8%
Diaphragme	6%	16%
Cape cervicale	9% / 26% (nullipare / ayant un enfant)	16% / 32% (nullipare / ayant un enfant)
Éponge	9% / 20% (nullipare / ayant un enfant)	16% / 32% (nullipare / ayant un enfant)
Spermicides	18%	29%
Progestatifs injectables	0,3%	3%
Stérilisation masculine (vasectomie)	0,1%	0,15%
Stérilisation féminine (ligature des trompes)	0,5%	0,5%
Méthode du calendrier	9%	
Méthode de la température	jusqu'à 25%	
Méthode symptothermique	2%	

Utilisation correcte = efficacité théorique ; Emploi typique = efficacité pratique

Clés : 0-0,9% = très efficace ; 1-9% = efficace ; 10-25% = modérément efficace ; 26-32% = moins efficace

L'HAS a également élaboré, en 2013, un tableau sur l'efficacité des méthodes contraceptives en France par comparaison avec les résultats aux Etats-Unis (confère tableau II en annexe)

### 3.1 Les oestroprogestatifs

Les contraceptifs oestroprogestatifs possèdent trois principales actions sur 3 sites différents : anti-gonadotrope sur l'axe hypothalamo-hypophysaire, antiproliférative de la muqueuse de l'endomètre et une action « barrière » à la prolifération des spermatozoïdes.

Les contraceptifs oestroprogestatifs sont classés selon différents paramètres (le type d'œstrogène, le dosage en éthynylestradiol, la variation du contenu en hormone tout au long de la plaquette, la génération du progestatif associée qui confère l'appellation de pilule, l'existence ou non d'une séquence placebo et la voie d'administration) [16].

Selon leur teneur en Ethinylestradiol (EE) on distingue les pilules mini-dosées ( $EE \leq 40 \mu\text{g}$ ) et les pilules normo-dosées ( $EE = 50 \mu\text{g}$ ). Les pilules minidosées sont prescrites en 1<sup>ère</sup> intention. Les pilules dites de 2<sup>ème</sup> génération contenant du lévonorgestrel sont les mieux tolérées. Les pilules de 3<sup>ème</sup> génération contenant du gestodène, du désogestrel ou du norgestimate ont un risque veineux augmenté. Les pilules bi et triphasiques ont un intérêt en cas d'aménorrhée ou de méno-métrorragies sous pilules monophasiques.

Le choix se fait dans le respect des indications et contre-indications.

### 3.2 Les progestatifs

Les progestatifs seuls ou combinés ont une action inhibitrice sur la sécrétion hypophysaire de la LH, ils possèdent une action anti-gonadotrope et anti-ovulatoire. Ils ne présentent pas de risque vasculaire ni métabolique et peuvent donc être utilisés en présence de risque cardiovasculaire, en post-partum ou en cas d'allaitement. Ils sont utilisables aussi chez la femme ne présentant pas de contre-indications notamment un accident thromboembolique veineux évolutif, un saignement génital inexpliqué, un cancer du sein ou de l'utérus ou une pathologie hépatique sévère actuelle ou ancienne [3].

Les progestatifs sont également classés selon le dosage en progestatif, la rythmicité de la prise et la voie d'administration [16]. Les microprogestatifs utilisés à visée contraceptive contiennent une dose faible de progestérone de 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> ou de 4<sup>ème</sup> génération. Les macroprogestatifs sont prescrits à visée contraceptive hors Autorisation de mise sur le marché (AMM). L'efficacité contraceptive théorique des microprogestatifs est inférieure à celle des oestroprogestatifs et dépend de l'observance de l'utilisatrice. La prise continue est obligatoire pour les microprogestatifs et discontinue pour les macroprogestatifs.

2 spécialités orales de progestatifs microdosés sont commercialisées : Lévonorgestrel et Désogestrel. L'administration orale est quotidienne, à heure fixe et continue sans période d'arrêt entre les plaquettes. Comme les oestroprogestatifs ils sont à débiter le premier jour des règles. Le Lévonorgestrel n'a pas d'action anti-gonadotrope, son observance doit être rigoureuse. En cas d'oubli le comprimé doit être pris dans les 3h maximum après l'heure initiale de la prise au risque de diminuer son efficacité. Le Désogestrel a quant à lui un effet anti-gonadotrope. L'oubli est possible jusqu'à 12h après l'heure initiale de la prise.

Les contraceptifs oraux disponibles en France en 2015 sont regroupés dans le tableau III en annexe (annexe 2). La pilule TRIELLA® de 1<sup>ère</sup> génération, quant à elle n'est plus commercialisée depuis 2016.

Hormis la contraception habituelle, les femmes peuvent avoir accès à la contraception d'urgence ou de « secours » dans les heures suivant un rapport sexuel à risque pour éviter une grossesse non désirée. Ce type de contraception existe soit sous forme hormonale, dite pilule du lendemain ou post-coïtale, soit sous forme non hormonale, c'est le DIU au cuivre. La contraception hormonale d'urgence se présente sous la forme d'un seul comprimé à prendre à n'importe quel moment du cycle, si possible dans les douze heures après le rapport à risque et au plus tard dans les trois jours pour la contraception au Lévonorgestrel (NORLEVO®, hormone progestative), au plus tard, dans les cinq jours pour la contraception à l'Ulipristal Acétate (ELLAONE®, médicament empêchant l'action de la progestérone). Ces 2 types de pilules du lendemain sont remboursées par l'Assurance Maladie. Le NORLEVO® et ELLAONE® (depuis Novembre 2014 [21]) sont délivrés en pharmacie sans ordonnance et remboursés sur prescription médicale. Ils sont également délivrés gratuitement pour les mineures en pharmacie, dans les Centres de Planification ou d'Education Familiale ou par les médecins scolaires après un entretien.

#### **4. La contraception hormonale non orale : anneau vaginal et patch**

Dans les années 2000, on a assisté à une diversification de l'offre des méthodes hormonales sur le marché français avec l'apparition de patch, d'anneau pouvant également être prescrits « en renouvellement ou dépannage ». En 2010, ceux-ci représentaient 5% du recours contraceptif [7]. Le patch contient une association d'œstradiol et de progestérone (patch EVRA®), dispositif transdermique avec un IP théorique de 0,3 contre 8 en pratique courante

pour 100 femmes par an. L'anneau vaginal associant l'Ethinylestradiol à l'Etonogestrel (NUVARING®) est flexible et s'utilise par voie vaginale. Son IP théorique est de 0,3 contre 8 pour 100 femmes par an.

## **5. Les bénéfices, les avantages, les effets indésirables et les contre-indications de la contraception hormonale orale**

En dehors de son action contraceptive pour prévenir les grossesses, il existe de nombreux avantages et bénéfices de la contraception hormonale parmi lesquels les principaux sont :

- Régularisation du cycle menstruel, diminution de l'abondance des règles, de l'anémie secondaire et de la carence martiale ;
- Amélioration des douleurs prémenstruelles (dysménorrhée), des saignements et du syndrome prémenstruel (trouble de l'humeur, anxiété, gonflement des seins, hyperorexie) ;
- Protection contre certains cancers (endomètre, ovaire, colorectal)
- Traitement des kystes fonctionnels ovariens ;
- Diminution des fibroadénomes, mastoses fibrokystiques (tumeurs bénignes du sein), des fibromes ;
- Diminution du risque de salpingite symptomatique à chlamydia ;
- Amélioration de l'acné.
- Les progestatifs sont utiles pour les patientes intolérantes aux oestroprogestatifs, en post-partum, pendant l'allaitement ou chez les patientes présentant des risques cardiovasculaires ou métaboliques

La contraception hormonale n'est pas dépourvue de risque ou d'effets indésirables. Il est nécessaire d'éliminer certaines contre-indications avant la prescription des oestroprogestatifs ou des progestatifs.

## 5.1 Les oestroprogestatifs

Certains effets indésirables fréquemment rencontrés nécessitent une réévaluation de l'intérêt, de la poursuite ou le changement de la pilule comme par exemple :

- les nausées ou vomissements, la diarrhée et les douleurs abdominales ;
- les céphalées, l'irritabilité, la prise de poids, les jambes lourdes, la tension mammaire ;
- le spotting, la dysménorrhée, les troubles de la libido ;
- l'acné, la rétention hydrosodée, la vaginite.

Les principaux effets indésirables des oestroprogestatifs sont liés aux modifications cardiovasculaires induites par l'éthinylestradiol (EE). L'éthinylestradiol, œstrogène de synthèse, administré par voie orale subit un important effet de premier passage hépatique avec une biodisponibilité moyenne de 50% [22]. Au niveau plasmatique, il se lie exclusivement à l'albumine. La stimulation de la synthèse hépatique des facteurs de la coagulation par l'EE, augmente le risque thrombo-embolique. Le risque d'hypertension artérielle est majoré par la synthèse de l'angiotensinogène hépatique tandis que l'augmentation de la synthèse des triglycérides et du LDL-cholestérol augmente le risque cardio-vasculaire. La forme conjuguée de l'EE est excrétée par la bile et subit un cycle entéro-hépatique. 40% du produit sont éliminés dans les urines et 60% dans les selles.

Dès 1961, un risque de thrombose veineuse et d'embolie pulmonaire a été signalé aux USA chez des femmes utilisant une association oestroprogestative. Les études épidémiologiques ont confirmé le risque thromboembolique veineux (TEV), d'accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'infarctus du myocarde [23]. Certains facteurs de risque comme : l'âge, l'obésité, les antécédents de maladies thromboemboliques artérielles ou veineuses, les grossesses, le post-partum, les troubles de la coagulation génétique augmentent le risque d'accident vasculaire. Il en est de même pour le tabac, l'hypertension artérielle, le diabète et la dyslipidémie [3].

Ainsi, tous les contraceptifs oestroprogestatifs sont associés à une augmentation du risque d'accident thromboembolique veineux ou artériel. Chez les femmes ayant des facteurs de risque constituant une contre-indication, un autre mode de contraception devra être proposé. Les pilules de 3<sup>ème</sup> et de 4<sup>ème</sup> génération exposent les femmes à un surrisque d'accident thromboembolique veineux par rapport aux pilules dites de 2<sup>ème</sup> génération. De plus aucune

étude n'a démontré que les plus récentes apportent un bénéfice supplémentaire par rapport à celles de 2<sup>ème</sup> génération qui comportaient encore certains effets indésirables. Cependant, les 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération de contraceptifs ne devraient pas être utilisées en première intention. Elles devraient être réservées aux cas d'intolérance aux pilules de 2<sup>ème</sup> génération et aux femmes pour lesquelles un autre type de contraception n'est pas possible [24]. Celles qui étaient remboursées ne le sont plus depuis le 31 mars 2013. Le risque thromboembolique veineux est de 0,5 à 1/10 000 chez les femmes non utilisatrices de pilule. Il est de 2/10 000 chez les utilisatrices d'oestroprogestatifs à base de Lévonorgestrel. Il est de 3 à 4/10 000 pour celles utilisant un oestroprogestatifs à base de Désogestrel, gestodène ou de drospirénone et de 6/10 000 chez les femmes au cours de la grossesse.

Par ailleurs, le rapport bénéfice/risque des oestroprogestatifs devra être réévalué individuellement et de façon régulière à partir de 35 ans. Les oestroprogestatifs sont contre-indiqués chez une femme de moins de 35 ans présentant une migraine avec aura ou des céphalées inhabituelles. En cas de tabagisme associé aux migraines, un surrisque de thrombose artérielle est à prendre en compte. Une aide au sevrage tabagique doit être proposée. Après 35 ans, ils sont contre-indiqués chez la femme fumeuse ou avec des migraines avec ou sans aura. La substitution par une méthode progestative seule ou par une autre contraception est recommandée [3].

Hormis les modifications cardiovasculaires, les oestroprogestatifs peuvent être à l'origine de modifications cellulaires [25] sur les seins et le col de l'utérus. Il existe une légère augmentation du risque de cancer du sein par rapport aux non utilisatrices. Pour les femmes en cours d'utilisation, le risque est d'autant plus élevé que l'âge à la première utilisation a été précoce ou lorsque qu'une contraception orale a été débutée moins de 5 ans après les premières règles. Ce risque est certes très faible mais significatif en raison du nombre très élevé d'utilisatrices de cette contraception. Aussi, il diminue à l'arrêt de la pilule et reste négligeable comparé aux bénéfices apportés par la pilule.

L'Ethinylestradiol, induit des effets indésirables dose-dépendants avec des conséquences cardiovasculaires et cellulaires. De ce fait, avant la prescription, il est indispensable de rechercher les facteurs de risque thromboemboliques ou de cancers personnels ou familiaux [26]. L'utilisation de pilules contenant une dose de 15 µg d'EE, ou d'œstrogène naturel (œstradiol ou valérate d'œstradiol) ou encore de pilule progestative seules réduisent les risques ci-dessus.

## 5.2 Les progestatifs

Certains effets indésirables des oestroprogestatifs que nous avons évoqué auparavant (confère paragraphe 2.2.2.1) sont communs aux progestatifs. Cependant, d'autres effets secondaires sont propres aux progestatifs :

- saignements irréguliers itératifs sur plusieurs mois ;
- aménorrhée secondaire, irrégularité menstruelle,
- grossesses extra-utérines notamment pour les progestatifs au Lévonorgestrel ;
- troubles du métabolisme glucidique, hyper ou anorexie ;
- vertiges, alopécie, hirsutisme.

Les contre-indications sont : hépatopathie (hépatite, adénome hépatique, cancer du foie, insuffisance hépatique), cancer du sein (récent ou ancien), cancer de l'endomètre, hémorragie génitale inexplicée, accident thromboembolique veineux évolutif.

Certaines associations médicamenteuses sont déconseillées notamment avec le millepertuis, les médicaments inducteurs enzymatiques (par exemple : carbamazépine, éfavirenz, antiépileptique) en raison du risque de diminution de l'efficacité contraceptive.



## **6. Les recommandations sur la prescription, le renouvellement et le suivi de la contraception**

### **➤ Les recommandations**

Plusieurs recommandations encadrant la prescription sont parfois divergentes notamment celles de l'Organisation Mondiale de la Santé, celles de l'HAS et du Collège National des Obstétriciens et Gynécologues de France. En 1998, l'OMS a proposé un modèle de counseling pour la contraception appelé modèle BER CER (GATHER en anglais). Le counseling repose sur la qualité d'empathie, l'objectivité, le respect des sentiments et des attitudes de la patiente. Il repose sur le libre choix de la patiente en matière de contraception après la délivrance d'une information claire, loyale et adaptée sur les différentes méthodes contraceptives. D'ailleurs l'OMS dans un rapport indique que cette démarche de counseling favorisait une utilisation plus efficace de la contraception [27]. C'est une démarche de conseil et d'accompagnement de la personne afin de favoriser l'expression de son choix. Il constitue une aide à la prescription en 6 étapes : B= Bienvenue, E = Entretien, R =Renseignement, C= Choix, E= Explication et R= Retour [28]. Ce modèle est utilisé pour la prescription et le suivi des méthodes contraceptives. Le modèle BER CER a été repris dans les recommandations relatives à la prescription de la contraception par l'HAS en 2004 [29 ; 30]. Si ce modèle est adapté pour le choix, lors de la première consultation de prescription en consultation dédiée, il l'est beaucoup moins quand le motif de consultation est multiple. Il est en effet difficilement applicable pour une prescription de renouvellement de contraceptif. Il en va de même, pour les demandes intervenant en cours ou à la fin d'une consultation non dédiée. C'est ce que révèle également le travail de thèse d'Arnaud Colin en 2012 [31]. Les médecins généralistes ont estimé ce modèle trop chronophage pour être appliqué dans les conditions actuelles de rémunération et d'organisation du mode de travail en médecine générale.

Par ailleurs, il existe une autre méthode qui utilise une démarche éducative. La démarche éducative tient compte des éléments personnels de la patiente et du médecin. Elle vise à rendre la patiente autonome après l'acquisition de connaissances nécessaires à sa maladie ou à sa vie.

Par ailleurs, l'HAS recommande que la première prescription soit faite en consultation dédiée à la contraception. Cela permet :

- ❖ D'évaluer les attentes, les préférences, les besoins de la personne, ses connaissances et ses habitudes de vie. Elle permet aussi de s'enquérir de l'état de santé, le rapport bénéfique/risque des différentes méthodes et la capacité de la patiente à adhérer à la méthode ;
- ❖ De fournir une information individualisée, claire, adaptée et hiérarchisée à une patiente s'interrogeant sur les méthodes contraceptives disponibles et de s'assurer de la compréhension ;
- ❖ De conseiller ou de prescrire la méthode choisie la plus adaptée et acceptable pour la patiente ;

Les recommandations actuelles traitent essentiellement de la première prescription et du suivi d'une méthode contraceptive. Ainsi, l'examen lors de la première prescription comprend [2] :

- **le recueil d'information qui recouvre un large champ : âge, profession, antécédents médico-chirurgicaux, habitudes de vie.**
- **l'information sur les méthodes contraceptives** : le mécanisme d'action, le mode d'emploi. C'est l'occasion de trouver avec la patiente l'horaire le mieux adapté pour la prise et que faire en cas d'oubli ou de de rapport sexuel non protégé. La patiente sera également informée des avantages, des risques des effets indésirables possibles ainsi que des moyens de préventions pour les limiter. La nécessité d'anticiper ses renouvellements d'ordonnance pour ne pas interrompre le traitement.
- **l'information sur quel professionnel de santé contacter en cas de doute sur l'utilisation** (médecin, pharmacien, sage-femme, infirmière, conseillère conjugale et familiale) et **sur les symptômes évoquant une possible complication** devant conduire à consulter un professionnel.
- **un examen général** : poids, taille, indice de masse corporelle (IMC), pression artérielle ;  
**Un examen gynécologique** : qui peut être expliqué et programmé pour une consultation ultérieure, notamment lorsqu'il s'agit d'une adolescente. L'examen des seins, l'examen gynécologique avec le frottis du col utérin, à partir de 25 ans puis tous les 3 ans, visent à dépister les cancers ou les lésions précancéreuses. Si le premier frottis est normal, un contrôle sera réalisé à 1 an d'intervalle puis tous les 3 ans à partir de 25 ans ;
- **le bilan biologique** avec dosage du cholestérol total, des triglycérides et une glycémie à jeun pour les contraceptifs oestroprogestatifs. En l'absence de facteurs de risque

personnels, familiaux et si l'examen clinique est normal, ce dosage peut être réalisé 3 à 6 mois après la prescription. Le bilan biologique sera renouvelé tous les 5 ans en cas de bilan normal et en l'absence de faits cliniques ou familiaux nouveaux. En cas d'antécédent familial de dyslipidémie, le bilan doit être réalisé avant le début de toute contraception oestroprogestative et 3 à 6 mois après. Un bilan d'hémostase est à discuter après avis spécialisé en cas d'antécédents personnels ou familiaux de maladie thromboembolique survenue chez un apparenté au premier degré avant l'âge de 50-60 ans ;

- une recherche d'infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* est à réaliser en présence de facteur de risque infectieux (IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge < 25 ans, partenaires multiples) avant la pose d'un dispositif intra-utérin.

#### ➤ **Le suivi médical**

Le suivi des femmes utilisant une méthode contraceptive comprend [2 ; 32] :

- **un interrogatoire sur les problèmes de santé récents et de gestion de la pilule.** Il vise à évaluer l'adéquation de la méthode contraceptive et la satisfaction de la femme en tenant compte des modifications de situation personnelle, médicale, affective et sociale. Le but étant de rechercher une précaution d'emploi afin d'en prévenir les effets indésirables. Cet interrogatoire permettra également de s'informer sur l'observance (la fréquence et les circonstances des oublis), de réévaluer les connaissances de la patiente et de réitérer les conseils sur la conduite à tenir en cas d'oubli. C'est également le temps de la prévention en cas de tabagisme ;
- **un examen clinique** : poids, taille, IMC, pression artérielle, examen des seins, examen gynécologique et la réalisation d'un frottis cervico-vaginal (FCV) si nécessaire ;
- **la prescription du bilan biologique.** Le dosage du cholestérol total, des triglycérides et de la glycémie à jeun seront à réaliser tous les 5 ans en cas d'utilisation d'un oestroprogestative ;
- **un rappel des principes de protection contre les infections sexuellement transmissibles** ainsi que l'intérêt du préservatif ;
- **la programmation de la consultation suivante.** Une consultation à 3 mois est prévue après une première prescription de contraceptif. En l'absence de mauvaise tolérance ou d'effet secondaire, une consultation annuelle sera recommandée ;

- il est parfois utile de rappeler à la patiente les informations relatives à la conduite à tenir en cas d'oubli de la pilule soit oralement ou soit par écrit. Dans ce cas, la Carte « que faire en cas d'oubli de pilule » élaborée par l'INPES [33] ou le support numérique appelé Pill'Oops [34], sous la forme d'une application, mis au point par le planning familial est téléchargeable sur son smartphone.

### ➤ **Le renouvellement de la contraception**

Si le déroulement de la première prescription est bien encadré, celui du renouvellement l'est beaucoup moins. Il n'existe pas de recommandations précises sur les modalités d'une consultation de renouvellement selon que la prescription est faite en consultation dédiée ou en consultation non dédiée pour des demandes inopinées. Pour l'HAS, la consultation de renouvellement est le moment de réévaluer le choix de la méthode contraceptive, de s'assurer que la contraception choisie est toujours adaptée à la patiente. Elle sert également à rechercher les facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires notamment d'accident thrombo-embolique, les effets indésirables ou les contre-indications [3]. Le CNGOF a néanmoins préconisé un examen clinique systématique annuel : pression artérielle, Taille, poids, toucher vaginal, un examen au spéculum, un examen abdominal et mammaire.

## **7. Les professionnels de santé impliqués dans la prescription et le renouvellement de la contraception**

Les professionnels de santé habilités à prescrire la contraception sont les médecins et sous certaines conditions les sages-femmes, les infirmières scolaires. Le pharmacien d'officine intervient également dans la délivrance supplémentaire d'une ordonnance récente. Pour obtenir un renouvellement, le choix d'un professionnel de santé est laissé aux patientes. Devant la multitude de professionnels intervenant dans la prescription et le suivi de la contraception, un accompagnement rigoureux des patientes est nécessaire afin de repérer une précaution d'emploi de survenue récente.

## ➤ Les médecins :

Les deux principaux acteurs de la santé de la femme sont les gynécologues et les médecins généralistes [35]. Différentes études ont montré que les françaises pensaient en priorité à leur médecin généraliste pour leur contraception [36 ; 37 ; 38]. Si la majorité des actes de gynécologie est réalisée par les gynécologues, la part prise en charge par le médecin généraliste reste cependant notable. Ces actes concernent essentiellement la contraception (35%), la ménopause (23,8%) et la grossesse (18%) [35]. Selon l'observatoire Thalès, la contraception représente également 35 % des actes gynécologiques effectués par les médecins généralistes [1]. L'étude EPILULE menée en 2003, a révélé que les médecins généralistes prescrivaient la contraception d'une femme sur 2. Par ailleurs, 45% des instaurations ou initiations et 58 % des renouvellements de contraceptifs oraux étaient réalisés par les médecins généralistes [39]. D'autre part, d'après les données de l'Étude Permanente de la Prescription Médicale (EPPM), 51,5 % des prescriptions de contraception orale en médecine de ville étaient effectuées par le gynécologue, 47,5 % par le médecin généraliste. Pour tous les types de contraception confondus, les prescriptions étaient réalisées à 61,4% par le gynécologue et à 37,9 % par le médecin généraliste [40]. L'analyse conjointe des données EPPM et Thalès permet de conclure que la contraception représente 53,1% des actes gynécologiques du médecin généraliste. Il est également utile de noter que pour le suivi en 2008, 85% des femmes françaises avaient un suivi gynécologique dont 15% assuré par le médecin généraliste [41]. En 2004, les femmes françaises faisaient suivre leur contraception par le médecin généraliste dans 44 % des cas, 42,5 % uniquement par un gynécologue et 13.5 % par ces 2 professionnels [42]. Toujours, selon l'enquête EPILULE, les femmes de 16 à 49 ans ont déclaré avoir un suivi gynécologique assuré dans 57 % des cas par un gynécologue et dans 39 % des cas par un généraliste.

Ainsi, pour la prescription et le suivi gynécologique, un tiers des femmes font appel à leur médecin généraliste, un tiers des femmes ont recours au gynécologue et le dernier tiers est suivi conjointement par le médecin généraliste et le gynécologue [43]. Ces chiffres montrent combien le médecin généraliste est tout aussi impliqué dans l'initiation que dans le renouvellement de la contraception. Il est habituellement le premier contact des patientes avec le système de soins. La Société Européenne de Médecine Générale (WONCA) a défini la médecine générale comme une discipline qui permet un accès ouvert et non limité aux usagers. Le généraliste prend en compte tous les problèmes de santé indépendamment de

l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée. Il doit écouter et tenter de répondre à la demande de la patiente en se basant sur une démarche clinique notamment l'interrogatoire, l'examen clinique et si la situation le nécessite, il prescrit un examen complémentaire [44].

En 2004, le Diplôme d'Étude Spécialisée (DES) de médecine générale a vu le jour en France, avec le décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. Son statut de médecin référent, spécialiste en soins primaires, fait de lui un acteur principal dans l'amélioration de l'état de santé des français. Il joue un rôle majeur dans les pathologies représentant un enjeu de santé publique, dans le dépistage, la prévention et l'éducation à la santé. A ce titre il est un acteur pivot du parcours de soins, dans la prévention et la prise en charge des maladies. La Haute Autorité de Santé définit ce parcours comme un parcours de santé résultant de la délivrance coordonnée des prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes [45]. Dans les années à venir, le recours au médecin généraliste, risque de s'accroître dans certaines zones compte tenue de la pénurie des professionnels de la santé habilités à prescrire la contraception. La Direction des Recherches, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) prévoit une baisse de 33 % de l'effectif des gynécologues entre 2002 et 2020 [46]. Cette baisse du nombre de gynécologues médicaux entraînera un recours plus élevé aux médecins généralistes pour la prescription, l'information et le suivi de la contraception [47]. Cela sera d'autant plus vrai qu'une contraception oestroprogestative n'est délivrée que sur présentation d'une prescription médicale [48].

#### ➤ **Les sages-femmes :**

La loi Hôpital Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009 a autorisé les sages-femmes à prescrire une contraception et à assurer le suivi gynécologique des femmes sans facteurs de risques c'est-à-dire sans aucune pathologie [4]. Les sages-femmes peuvent prescrire toute méthode contraceptive pour une durée illimitée sous réserve d'adresser la femme à un médecin « en cas de situation pathologique ».

### ➤ **Les infirmières scolaires**

Depuis 2012 les infirmier.e.s scolaires diplômé(e)s d'état ont été autorisés à renouveler la contraception sous certaines conditions [49]. Ils peuvent renouveler les prescriptions de contraceptifs oraux datant de moins d'1 an pour une durée, non renouvelable, de 6 mois maximum. Ils ne peuvent renouveler les dispositifs transdermiques et les anneaux vaginaux.

### ➤ **Les pharmaciens**

Les pharmaciens sont autorisés à dispenser une prescription de contraception orale, pour une durée maximale de 6 mois, lorsqu'une ordonnance datant de moins de 1 an est expirée [50].

La loi Bachelot, Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 Juillet 2009, art. 89 du Code de Santé publique [50 ; 51] permet aux pharmaciens une délivrance supplémentaire de la contraception orale [52]. Le rôle du pharmacien dans le « renouvellement » est encore peu connu par les utilisatrices de la contraception orale.

# MATERIEL ET METHODE

## 1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle, transversale et quantitative par questionnaires auto administrés. Elle s'est déroulée de Février 2017 à Février 2018.

## 2. Déclaration CNIL

Compte tenu de l'anonymat des réponses et en l'absence de collecte des données sensibles à caractère personnel, la déclaration à la CNIL n'était pas nécessaire après renseignement auprès du Comité Information et Liberté (CIL) de l'hôpital de Bordeaux. Les recherches ayant pour objet d'évaluer les pratiques professionnelles, conformément à l'article R.1121-1 du code de la santé publique, ne relèvent pas du champ d'application de la loi Jardé. Ainsi, malgré l'enregistrement de notre étude sous le numéro ID RCB : 2017-A02057-46, le comité de tirage au sort de la Direction Générale de la Santé (DGS) a indiqué qu'une demande d'avis auprès d'une Commission de Protection des Personnes (CPP) n'était pas nécessaire.

## 3. Les critères d'inclusion

Les femmes incluses étaient en âge de procréer, âgées de 16 à 50 ans et utilisaient la contraception orale indiquée sur l'ordonnance. Elles étaient venues en pharmacie avec une ordonnance contenant au moins un contraceptif oral déclaré comme renouvelé et ce, dans 8 pharmacies, 4 à Bergerac, 4 à Bordeaux. Après une information orale sur la nature et le but de l'étude, elles avaient accepté volontairement d'y participer.

## 4. Les critères de non-inclusion

N'étaient pas incluses les femmes :

- ❖ De moins de 16 ans et de plus de 50 ans ;
- ❖ Avec une ordonnance de première prescription de contraception ;
- ❖ N'utilisant pas de contraceptif ;
- ❖ Utilisant une contraception d'administration autre que par la voie orale ;
- ❖ Avec des prescriptions de renouvellement antérieures au 14/8/16 ;
- ❖ Avec un nombre de mois de renouvellement supérieur à 12 mois.



## **5. Les critères d'exclusion**

Absence de réponse à l'une des questions sauf pour :

- ❖ Les questions relatives à la consultation d'un autre médecin
- ❖ Le motif du changement de la pilule à l'issue de la consultation

## **6. Le critère de jugement principal**

Nous avons retenu comme critère de jugement principal : le taux de prescriptions conformes aux recommandations de l'HAS concernant le renouvellement de la contraception orale.

Une prescription sera considérée comme conforme si elle a fait l'objet à la fois d'un interrogatoire, d'une mesure de la tension artérielle ainsi que d'une proposition de suivi à l'issue de la consultation de renouvellement.

## **7. Déroulement de l'étude**

### **7.1 Elaboration du questionnaire**

Le questionnaire a été élaboré après identification des variables à recueillir (en annexe 3) et testé avant le début de l'étude en pharmacie auprès des femmes ce qui nous a permis d'y apporter des modifications. Plusieurs reformulations ont également été nécessaires après le début de l'enquête afin de rendre les questions simples, compréhensibles pour les femmes. La plupart des questions posées étaient fermées à choix multiples, certaines à réponse libre. Ce questionnaire a été rédigé sur une page en recto-verso, de format A4. Le début du questionnaire comprenant une note explicative à destination des femmes rappelait le caractère non obligatoire, la gratuité, l'anonymat des réponses collectées. Il insistait également sur la participation sur la base du volontariat.

Ensuite, il était composé de 4 chapitres, de A à D et de 11 items :

- ❖ Le chapitre A proposait 4 questions destinées à caractériser la population de femmes étudiée par le recueil de l'âge, la ville de résidence, la contraception renouvelée et le nombre de mois de renouvellement prescrit ;
- ❖ Le chapitre B proposait 4 questions, relevant les données concernant le cadre de la consultation, le prescripteur de la contraception et les raisons ayant conduit à consulter un médecin autre que son prescripteur habituel ;

- ❖ Le chapitre C proposait 3 questions concernant le déroulement de la consultation (l'interrogatoire sur les antécédents, la mesure de la tension artérielle et la prescription d'un bilan biologique, le changement éventuel de la pilule à l'issue de la consultation) ;
- ❖ Le chapitre D renseignait sur le suivi proposé par le prescripteur à l'issue de la consultation. Mais aussi, de la connaissance pour les femmes d'une possibilité de délivrance supplémentaire de la contraception orale par le pharmacien de leur pilule.

Une note, en bas du verso du questionnaire proposait aux femmes de récupérer auprès du pharmacien, après remplissage, une fiche d'information sur la conduite à tenir en cas d'oubli de la pilule. Il s'agissait de la carte INPES « Que faire en cas d'oubli de la pilule ».

### **7.2 Recrutement des pharmacies, recrutement des femmes, distribution et collecte des questionnaires**

Contacté, le conseil de l'ordre des pharmaciens de la Dordogne et de la Gironde ne disposait pas de statistique sur les pharmacies ayant une forte activité de délivrance de la contraception. Nous avons choisi de manière aléatoire, à partir de l'annuaire en ligne des pages jaunes, des pharmacies de Bordeaux et de Bergerac répondant aux critères de la localisation et de délivrance de la contraception. Le choix s'est porté volontairement sur un milieu très urbain et sur un milieu semi rural pour tenter de dégager des différences de pratique.

Le but était d'avoir un nombre suffisant de réponses au questionnaire.

Après un premier contact téléphonique ou par mail avec les responsables des pharmacies puis une rencontre avec ces derniers, 4 pharmacies ont été sélectionnées dans chaque ville pour participer à l'étude.

Le recrutement des patientes était fait par les pharmaciens ou les membres de l'équipe habilités à délivrer l'ordonnance. Une information orale et écrite sur l'objectif et le but de l'étude était donnée aux équipes dans chaque pharmacie (annexe 4). Des questionnaires papiers leur étaient laissés afin de les proposer aux femmes à inclure lorsque qu'une ordonnance contenant une prescription d'un contraceptif oral arrivait. Une urne était mise à disposition pour recueillir les questionnaires remplis ainsi que des enveloppes pour les patientes qui souhaitaient garder confidentielles les réponses.

### **7.3 Traitement des données**

A l'issue de la période de recueil, nous avons traité tous les questionnaires collectés.

Les données du questionnaire ont été saisies à l'aide du logiciel EPI Data® afin de constituer une base de données. Cette base de données a été exportée vers un fichier Excel® pour faciliter les différentes analyses sur Epi-Info®.

#### **7.4 Variables utilisées**

Les variables étudiées étaient celles issues du questionnaire (variables recueillies) et d'autres élaborées (variables construites)

##### **❖ Variables recueillies**

- La confidentialité du questionnaire
- L'année de naissance
- Le lieu de résidence (Bordeaux/CUB, Bergerac/environs et autre)
- Le nom du contraceptif oral prescrit
- Le nombre de mois de renouvellement prescrit sur l'ordonnance
- L'ancienneté de l'utilisation de la pilule (moins de 1 an, entre 1 et 5 ans, plus de 5 ans)
- La spécialité du prescripteur (médecin généraliste habituel, gynécologue habituel ou un autre médecin)
- Prescription antérieure d'une ordonnance de contraception par l'autre médecin
- La connaissance de la patiente par l'autre médecin
- Les raisons ayant conduit à consulter un autre médecin pour la première fois
- Le motif de la consultation
- L'interrogatoire : la recherche des antécédents
- La mesure de la tension artérielle
- La prescription de la biologie
- Le changement de la contraception à l'issue de la consultation
- La raison du changement de la contraception
- Le suivi envisagé
- La connaissance de la femme du rôle du pharmacien dans la délivrance supplémentaire de la pilule

##### **❖ Variables construites**

- Classe d'âge
- Classe des pilules et type de pilule renouvelé
- Catégorie de nombre de mois de renouvellement prescrits

### **7.5 Analyse statistique**

Les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyenne, de médiane, de minimum et de maximum. Les comparaisons de moyennes ont été réalisées à l'aide du test de Mann Whitney/Wicolxon. Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentage. Les comparaisons de fréquences ont été réalisées avec le test du Chi2 ou de Fisher. Le risque alpha a été choisi égal à 5%.

# RESULTATS

## 1. Recueil des données :

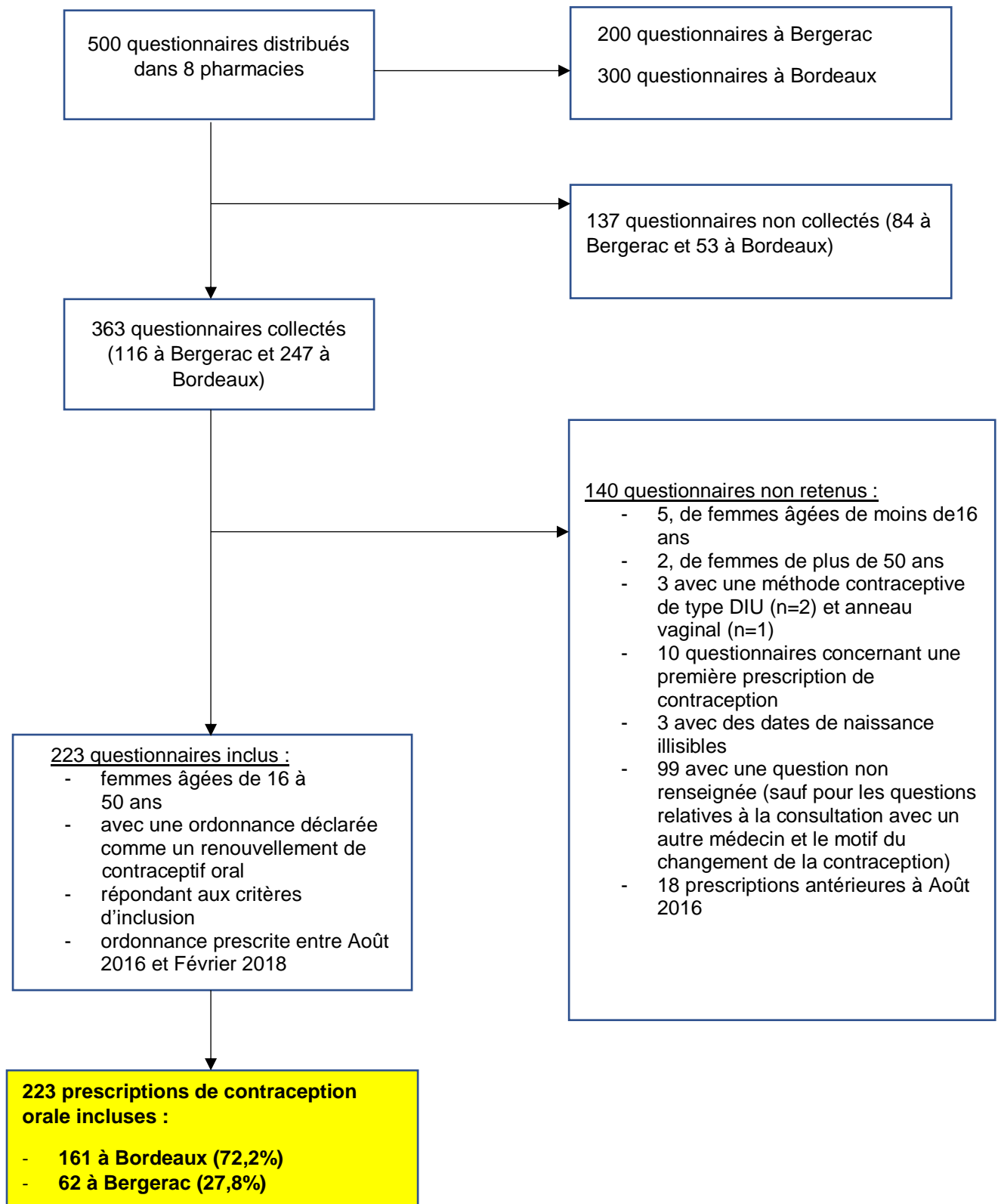


Figure 1 : Diagramme de flux

Enquête prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223

➤ **Taux de réponse et nombre de réponses exploitées :**

Le taux de réponse global obtenu selon le diagramme de flux ci-dessus est de 72,6% avec 363 questionnaires collectés sur les 500 distribués. Le taux de réponse était de 58% (n=116) à Bergerac et de 82,3% (n=247) à Bordeaux.

Après exclusion de certains questionnaires collectés, 223 réponses étaient exploitables. Ainsi, notre échantillon était constitué de 223 prescriptions de renouvellement d'un contraceptif oral : 62 à Bergerac et 161 à Bordeaux.

Tableau VI : Nombre de réponses exploitées

*Enquête prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223*

	Questionnaires collectés	Questionnaires exclus	Questionnaires exploités
Bergerac	116	54 (46,6%)	62 (53,4%)
Bordeaux	247	86 (34,8%)	161 (65,2%)
Ensemble	363	140 (38,6)	223 (61,4%)

## 2. Caractéristiques des femmes de l'échantillon

### ❖ Le lieu de résidence des femmes dont les prescriptions ont été incluses

Parmi les 223 prescriptions incluses, 66,8% (n=149) provenaient de femmes résidentes à Bordeaux, 25,1% (n=56) de Bergerac et 8,1% (n=18) de femmes résidentes ailleurs.

Cependant, 91,9% des répondantes à Bordeaux, habitaient la ville de Bordeaux et 88,7% des répondantes de Bergerac habitaient la ville de Bergerac. Pour la suite, nous utiliserons les villes de collecte de données (Bordeaux et Bergerac) pour l'analyse en raison du faible effectif des patientes habitant ailleurs.

### ❖ Âge

Les 223 prescriptions incluses provenaient de femmes âgées de 17 ans à 49 ans avec une moyenne d'âge global d'environ 27 ans et une médiane à 26 ans.

Les distributions détaillées de l'âge des femmes de l'échantillon global et par ville de collecte sont présentées en annexe (annexe 5).

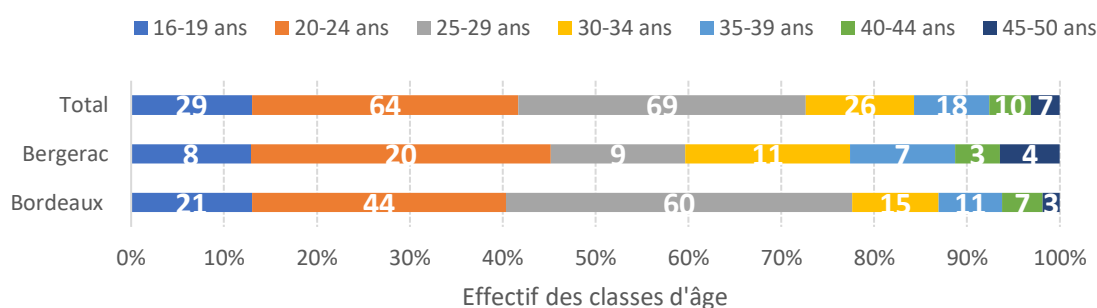
**Tableau VII : Caractéristiques de l'âge global des femmes et de l'âge selon la ville de collecte**

*Enquête prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223*

	Âge Minimum	1 <sup>er</sup> quartile	Âge Moyen	Age Médian	3 <sup>ème</sup> quartile	Âge Maximum
Bergerac (n=62)	17	20	27,9	26	33	49
Bordeaux (n=161)	17	22	26,6	26	29	47
Ensemble (n=223)	17	22	27	26	30	49

La différence des moyennes d'âge n'était pas statistiquement significative ( $p > 0,05$ ) entre les deux villes de collecte.

Compte tenu de la distribution des âges, nous avons décidé de créer 7 classes d'âge : 17-19 ans, 20-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-44 ans et 45-50 ans.



**Figure 2 : Classe d'âge des femmes de l'étude**

*Etude prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223*

Le tableau de la répartition des classes d'âges selon la ville de collecte est présenté en annexe (annexe 6).

**❖ L'ancienneté de l'utilisation de la pilule**

Les 223 prescriptions incluses provenaient de :

- 39 (17,5%) utilisatrices de pilule depuis moins d'un an (IC95% : [12,7-23,1%])
- 66 (29,6%) utilisatrices depuis 1 à 5 ans (IC95% : [23,7-36,1])
- 118 (52,9%) utilisatrices de pilule depuis plus de 5 ans (IC95% : [46,1-59,6]).

L'ancienneté de la prise de la pilule ne différait pas significativement selon la ville de collecte ( $p > 0,05$ ).

### **3. Caractéristiques de la consultation de renouvellement**

#### **3.1 La spécialité des prescripteurs**

##### **❖ Tous les prescripteurs**

Selon les 223 répondantes, les prescriptions provenaient :

- du médecin généraliste habituel pour 97 femmes (43,5%), (IC95% : [36,9-50,3]).
- du gynécologue habituel pour 81 femmes (36,3%), (IC95% : [30-43])
- d'un autre médecin pour 45 femmes (20,2%) (n=45) (IC95% : [15,1-26,1])

En annexe est indiqué le spécialiste consulté en fonction de la ville de collecte (annexe 7).

##### **❖ L'autre médecin**

Parmi les 45 femmes qui avaient consulté pour la première fois l'autre médecin 36 avaient mentionné la raison pour laquelle elles l'avaient consulté :

- 17 (47,2%) des femmes changeaient de médecin (IC95% [30,4-64,5])
- 8 (22,2%) l'avait consulté en raison de l'absence du médecin habituel ou de son indisponibilité à les recevoir (IC95% : [10,1-39,2])
- 3 (8,3%) étaient en vacances (IC95% : [1,8-22,5])
- 8 (22,2%) pour une autre raison (IC95% : [10,1-39,2])

L'autre raison ayant conduit la patiente à consulter ce médecin était renseignée sur 5 prescriptions : 3 femmes changeaient de domicile et les 2 autres n'avaient plus de médecin traitant.

En annexe, est indiqué les informations concernant la connaissance de la femme et l'existence d'une antériorité de prescription de la contraception par l'autre médecin (annexe 8).



### 3.2 Caractéristiques des prescriptions en fonction du spécialiste consulté

Les caractéristiques des prescriptions de renouvellement déclarées par les femmes en fonction du médecin prescripteur est décrit dans le tableau suivant.

**Tableau VIII : Caractéristiques de la consultation, déclarées par les femmes, en fonction du spécialiste consulté**

*Etude prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223*

Réponses déclarées par les femmes	Spécialiste consulté pour la prescription			Total (n=223)
	MG (n=97)	GYN (n=81)	Autre méd. (n=45)	
<b>Motif de la consultation de renouvellement</b>				
Consultation dédiée à la pilule	43	43	22	108
Consultation non dédiée ; début	23	16	11	50
Consultation non dédiée ; fin	31	22	12	65
<b>Ancienneté d'utilisation de la pilule</b>				
< 1 an	11	19	9	39
1 à 5 ans	41	14	11	66
>5 ans	45	48	25	118
<b>Interrogatoire (antécédents)</b>				
Peu recherchés	8	10	17	35
Recherchés	18	32	19	69
Connus	67	39	8	114
Ne sait pas	4	0	1	5
<b>Mesure de la tension artérielle</b>				
Tension artérielle prise	52	52	22	126
Tension artérielle non prise	38	23	19	80
Ne sait pas	7	6	4	17
<b>Prescription de la biologie</b>				
Biologie prescrite	37	46	15	98
Biologie non prescrite	60	30	30	120
Ne sait pas	0	5	0	5
<b>Changement de la Contraception</b>				
Pilule changée	7	18	7	32
Pilule non changée	90	63	38	191

MG = Médecin généraliste habituel, GYN = Gynécologue habituel, Autre méd. = Autre médecin  
 Consultation non dédiée ; début = formulation de la demande de pilule au début d'une consultation non dédiée,  
 Consultation non dédiée ; fin= formulation de la demande de la pilule à la fin d'une consultation non dédiée  
 Changement Co. = changement de la contraception

### 3.2.1 Le motif de la consultation

Cette enquête était présentée comme une étude sur le dépannage de la contraception. Les prescriptions de dépannage semblaient plutôt être des prescriptions de renouvellement compte tenu des données recueillies. De ce fait, nous utiliserons le terme de renouvellement qui semble être plus adapté.

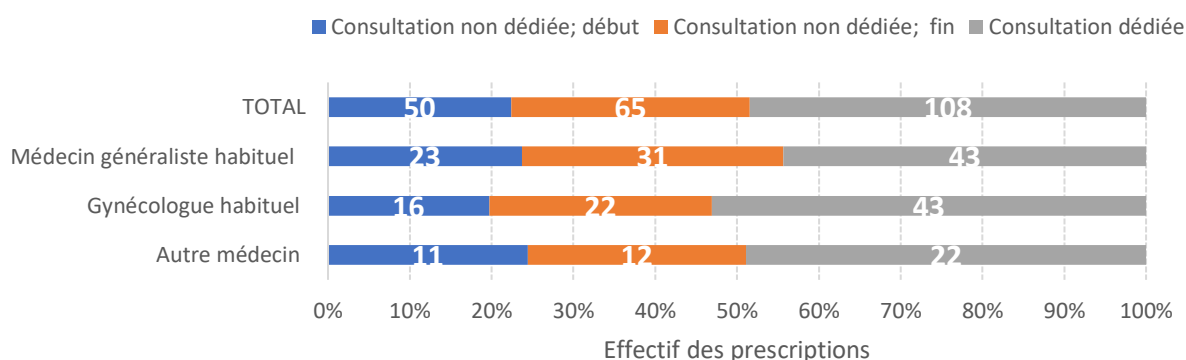


Figure 3 : Le motif de la consultation de renouvellement déclaré en fonction du prescripteur *Etude prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223*

Les prescriptions de renouvellement en consultation non dédiée étaient plus fréquentes chez le médecin généraliste (55,7%) que chez le gynécologue (46,9%).

Sur 223 prescriptions de renouvellement, 108 (48,4%) étaient obtenues en consultation dédiée à la pilule (IC 95 % : [41,7-55,2]), 50 (22,4%) au début d'une consultation non dédiée (IC 95 % : [17,1-28,5]) et 65 (29,2%) étaient des prescriptions de renouvellement obtenues à la fin d'une consultation non dédiée (IC 95 % : [23,3-35,6]).

Le motif de consultation en fonction du spécialiste consulté n'était pas significativement différent ( $p > 0,05$ ).

### 3.2.2 L'ancienneté d'utilisation de la pilule

Sur les 223 prescriptions déclarées comme des renouvellements, les prescriptions du gynécologue habituel concernaient davantage les femmes utilisatrices de la pilule depuis plus de 5 ans (59,3%) et depuis moins d'un an (23,5%). Seulement 17,2% des utilisatrices de la pilule depuis 1 à 5 ans avaient eu recours au gynécologue. Les prescriptions des utilisatrices de la pilule depuis moins de 1 an, depuis 1 à 5 ans et depuis plus de 5 ans provenaient respectivement à 11,3%, à 42,3% et à 46,4% du médecin généraliste habituel.

Il existait une différence significative de l'ancienneté d'utilisation de la pilule en fonction du spécialiste consulté pour le renouvellement ( $p=0,004$ ).

### **3.2.3 L'interrogatoire (recherche des antécédents)**

Sur les 223 prescriptions, aux dires des femmes, les antécédents étaient déclarés plus souvent connus pour les prescriptions du médecin généraliste habituel (69,1%) que celles du gynécologue (48,2%) habituel.

Cependant, il n'existait pas d'association significative de recherche des antécédents à l'interrogatoire en fonction du prescripteur consulté ( $p>0,05$ ).

Par ailleurs, la recherche des antécédents en fonction de l'ancienneté de la prise de la pilule a montré qu'ils étaient plus fréquemment connus chez les utilisatrices de pilule depuis 1 à 5 ans (59,1%,  $n=39$ ) et depuis plus de 5 ans (53,4%,  $n=63$ ). Ils étaient recherchés avec beaucoup de question chez 51,3% des utilisatrices de pilule depuis moins d'un an ( $n=20$ ).

Il n'existait pas de différence significative de l'interrogatoire en fonction du prescripteur ni même de différence significative de l'interrogatoire en fonction de l'ancienneté de la prise de la pilule.

### **3.2.4 La mesure de la tension artérielle**

Elle était plus fréquente pour les prescriptions des gynécologues habituels (64,2%) que pour celles des médecins généralistes habituels (53,6%).

Sur les 223 prescriptions de renouvellement, aux dires des femmes, la mesure de la tension artérielle était réalisée pour 126 (56,5%) prescriptions (IC 95% : [49,7-63,1]).

Il n'existait pas de différence significative de mesure de la tension artérielle selon le prescripteur consulté ( $p>0,05$ ).

### **3.2.5 La prescription de la biologie**

La prescription de la biologie était également plus souvent réalisée pour les prescriptions de renouvellement des gynécologues habituels (56,8%) que celles des médecins généralistes habituels (38,1%). Sur les 223 prescriptions, 98 (44%) avaient une prescription de la biologie (IC95% : [37,3-50,7]).

Il n'existait pas de différence significative de prescription de la biologie en fonction du spécialiste consulté.

### **3.2.6 Le changement de la contraception**

Le changement de la contraception était réalisé d'avantage pour les prescriptions des gynécologues habituels (22,2%) que pour celles des médecins généralistes (7,2%). Les autres médecins avaient également changé la pilule pour 15,6% des prescriptions.

Le changement de la contraception était statistiquement associé au spécialiste consulté ( $p=0,017$ ).

Sur les 223 prescriptions incluses, aux dires des femmes, la pilule a été changée pour 32 (14,4%) prescriptions de renouvellement (IC95% : [10-19,7]).

Les raisons du changement, déclarées par les femmes, étaient présentes sur 26 des 32 questionnaires où il y avait la mention d'un changement de la contraception :

- Sur 16 (61,5%) questionnaires, les femmes évoquaient la présence d'un effet secondaire ou d'une adaptation de la pilule à leur cycle hormonal ;
- Sur 4 (15,4%) questionnaires, les femmes évoquaient une modification de leur moyen de contraception ;
- Sur 3 (11,5%) questionnaires, elles avaient signalé la présence d'antécédent familial, personnel ou encore la présence d'une contre-indication à l'ancienne pilule ;
- Sur 2 (7,7%) questionnaires, le changement résultait d'une demande des femmes ;
- Sur 1 (3,9%) questionnaires, le changement de la pilule résultait de l'arrêt de la commercialisation de l'ancienne pilule.

Le changement de la pilule résultait le plus souvent du signalement d'un effet secondaire.

Dans le tableau représenté en annexe (annexe 9), est détaillé les raisons du changement de la contraception déclarées par les femmes.

### **3.3 Le déroulement de la consultation de renouvellement en fonction du motif de la consultation**

Les caractéristiques des prescriptions de renouvellement, déclarées par les femmes, en fonction du motif de la consultation sont décrites dans le tableau suivant.

**Tableau IX : Le motif de la consultation en fonction de plusieurs variables**  
*Etude prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223*

	Consultation non dédiée et formulation de la demande de pilule :		Consultation dédiée à la pilule	Total
	Au début (n=50)	À la fin (n=65)	(n=108)	(n=223)
<b>Ancienneté d'utilisation de la pilule</b>				
< 1 an	11	9	19	39
1 à 5 ans	17	16	33	66
>5 ans	22	40	56	118
<b>Classe d'âge des femmes</b>				
16-19 ans	12	5	12	29
20-24 ans	10	18	36	64
25-29 ans	11	24	34	69
30-34 ans	6	9	11	26
35-39 ans	8	3	7	18
40-44 ans	2	2	6	10
45-50 ans	1	4	2	7
<b>Interrogatoire (antécédents)</b>				
Peu recherchés	10	10	15	35
Recherchés	21	20	28	69
Connus	18	33	63	114
Ne sait pas	1	2	2	5
<b>Mesure de la tension artérielle (TA)</b>				
TA prise	24	34	68	126
TA non prise	20	27	33	80
Ne sait pas	6	4	7	17
<b>Prescription de la biologie</b>				
Bio prescrite	22	20	56	98
Bio non prescrite	27	44	49	120
Ne sait pas	1	1	3	5
<b>Changement de la contraception</b>				
Pilule changée	12	6	14	32
Pilule non changée	38	59	94	191

### **3.3.1 L'ancienneté de l'utilisation de la pilule**

Le motif de la consultation n'était pas significativement associé à l'ancienneté d'utilisation de la pilule ( $p>0,05$ ). Cependant, les prescriptions de renouvellement intervenant à la fin d'une consultation non dédiée étaient de 61,5% chez les utilisatrices de plus de 5 ans, plus que pour les demandes de pilule au début d'une consultation non dédiée (44%).

### **3.3.2 La classe d'âge des femmes**

En consultation dédiée, 33,3% des prescriptions concernaient les femmes de 20-24 ans. En consultation non dédiée, 24% des prescriptions des femmes de 16 -19 ans faisaient suite à une demande de la pilule au début de la consultation. De même, 36,9% des prescriptions à la fin d'une consultation non dédiée concernaient la classe d'âge de 25-29 ans.

Cependant, le motif de la consultation n'était pas significativement associé à la classe d'âge ( $p>0,05$ ).

### **3.3.3 La recherche d'antécédents**

Les antécédents étaient plus souvent connus du médecin pour les prescriptions en consultation dédiée (58,3 %) qu'en fin de consultation non dédiée (50,8%). Pour une demande au début de la consultation non dédiée, ils étaient le plus souvent recherchés (42%).

Le motif de la consultation n'était pas significativement associé à la recherche des antécédents ( $p>0,05$ ).

Par ailleurs, sur les 97 prescriptions provenant du médecin généraliste, les antécédents étaient fréquemment connus pour 79,1% des prescriptions en consultation dédiée. En consultation non dédiée, les antécédents étaient beaucoup plus connus du médecin pour les demandes de pilule à la fin de la consultation (74,2%) que pour une demande au début (43,5%).

La différence n'était pas statistiquement significative ( $p>0,05$ ).

### **3.3.4 La mesure de la tension artérielle**

Sur les 223 prescriptions incluses, la tension artérielle était mesurée pour 63% des prescriptions en consultation dédiée. En consultation non dédiée, la tension était autant mesurée pour les prescriptions de renouvellement réalisées à la fin (52,3%) que pour les prescriptions réalisées au début (48%).

Le motif de la consultation n'était pas significativement associé à la mesure de la tension artérielle ( $p>0,05$ ).

Pour les 97 prescriptions provenant du médecin généraliste :

- En consultation dédiée, la mesure de la tension artérielle était réalisée pour 24 (55,8%) prescriptions de renouvellement.
- En consultation non dédiée, la mesure était réalisée pour 12 (52,2%) prescriptions de renouvellement de la pilule réalisées au début de la consultation et pour 16 (51,6%) prescriptions réalisées à la fin.

### **3.3.5 La prescription de la biologie**

Sur les 223 prescriptions de renouvellement, 51,9% en consultation dédiée à la pilule avaient une prescription de la biologie. En consultation non dédiée, la biologie est légèrement plus prescrite pour une demande de pilule au début de la consultation (44%) que pour une demande de renouvellement de pilule à la fin (30,8%).

Le motif de la consultation n'était pas significativement associé à la prescription de la biologie ( $p>0,05$ ).

Sur les 97 prescriptions provenant du médecin généraliste habituel :

- En consultation dédiée, 20 (46,5%) prescriptions de renouvellement avaient un bilan biologique prescrit.
- En consultation non dédiée, il y avait environ deux fois plus de prescription de biologie pour les renouvellements réalisés au début de la consultation (43,5% ;  $n=10$ ) qu'à la fin (22,6% ;  $n=7$ ).

Il n'a pas été possible de mettre en évidence une différence significative ( $p>0,05$ ).

### **3.3.6 Le changement de la contraception**

Sur les 223 prescriptions de renouvellement, le changement de la contraception était réalisé pour 13% des prescriptions en consultation dédiée. En consultation non dédiée, il y avait environ deux fois plus de changement de contraception lorsque la demande de la pilule intervenait au début de la consultation (24%) qu'à la fin (9,2%).

Le motif de la consultation n'était pas significativement associé au changement de la contraception à l'issue de la consultation ( $p>0,05$ ).

#### 4. Caractéristiques des pilules renouvelées

##### 4.1 Les pilules renouvelées

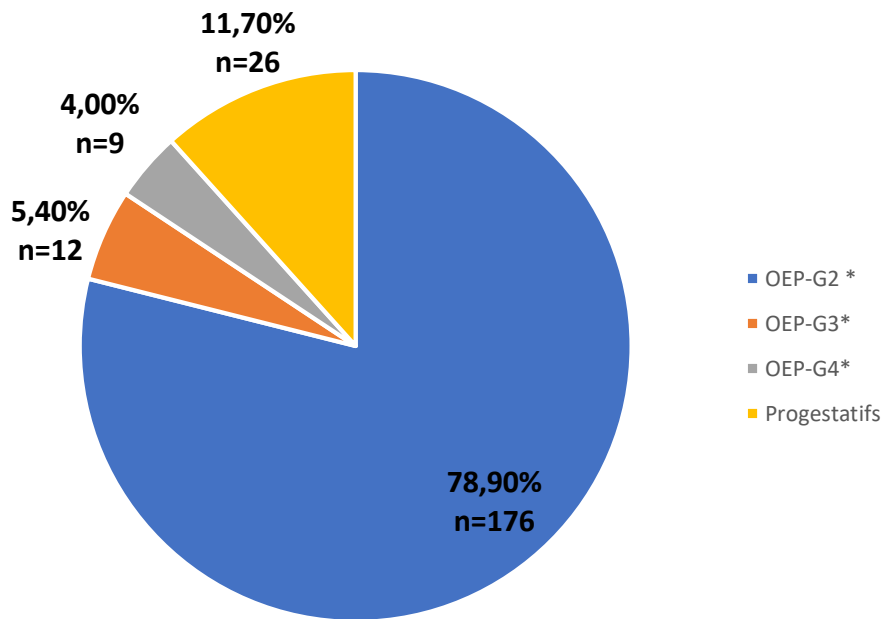


Figure 4 : Distribution du type de pilule renouvelée aux femmes

*Etude prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223*

Les pilules renouvelées étaient principalement des oestroprogestatifs à 88,3% (IC95% : [83,4-92,2]). Les progestatifs représentaient 11,7% des renouvellements (IC95% : [7,8-16,6]).

Sur les 197 prescriptions d'oestroprogestatifs, 78,9% étaient des prescriptions de pilules de deuxième génération (OEP-G2) avec un intervalle de confiance à 95% (IC95%) de [73-84,1], 5,4% des prescriptions concernaient les pilules de troisième génération (OEP-G3) avec un IC95% : [2,8-9,2] et 4% des prescriptions portaient sur les pilules de quatrième génération (OEP-G4) avec un IC95% : [1,9-7,5].

Les caractéristiques des prescriptions de renouvellement, déclarées par les femmes, en fonction du type de pilule renouvelée sont décrites dans le tableau suivant :



**Tableau X : Caractéristiques des prescriptions en fonction du type de pilule renouvelée**  
*Etude prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223*

	Type de pilule renouvelée			
	OEP-G2 (n=176)	OEP-G3 (n=12)	OEP-G4 (n=9)	P (n=26)
<b>Spécialiste prescripteur</b>				
MG	83	2	3	9
GYN	56	4	5	16
Autre médecin	37	6	1	1
<b>Motif de la consultation et formulation de la demande de pilule en :</b>				
Consultation dédiée	88	6	2	12
Consultation non dédiée				
Au début	39	0	4	7
A la fin	49	6	3	7
<b>Classe d'âge</b>				
16-19 ans	24	2	2	1
20-24 ans	57	2	1	4
25-29 ans	55	7	2	5
30-34 ans	20	0	2	4
35-39 ans	12	1	0	5
40-44 ans	6	0	1	3
45-50 ans	2	0	1	4

## 4.2 Le type de pilule renouvelée en fonction du prescripteur

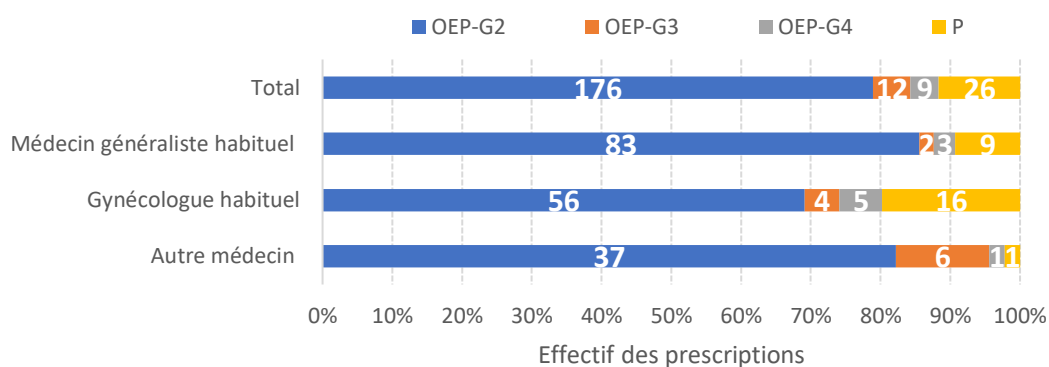


Figure 5 : Le type de pilule renouvelée selon le prescripteur

*Etude prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223*

Sur les 223 prescriptions, les médecins généralistes avaient renouvelé plus souvent les prescriptions de pilules de 2<sup>ème</sup> génération (85,8%) que les gynécologues (69,1%). Les prescriptions de ces derniers étaient des progestatifs dans près de 20% de cas, deux fois plus que les médecins généralistes.

Cependant, les effectifs ne permettaient pas de conclure à une différence significative de type de pilule renouvelée selon le prescripteur.

## 4.3 Le type de pilule renouvelée en fonction du motif de la consultation

Les pilules de 2<sup>ème</sup> génération étaient les plus prescrites quel que soit le motif de la consultation.

Le type de pilule renouvelée n'était pas significativement associé au motif de la consultation ( $p > 0,05$ ).

## 4.4 Le type de pilule prescrite en fonction de la classe d'âge

Les prescriptions de progestatifs croissaient avec l'âge des femmes pour atteindre 57,1% des prescriptions chez les femmes de 45-50 ans.

Les effectifs étaient trop faibles pour conclure à une différence significative.

Dans le tableau ci-dessous est indiqué les pilules renouvelées aux femmes.

**Tableau XI : Les pilules renouvelées aux femmes (Noms commerciaux)**

*Etude prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223*

Nom de la pilule	Effectif	Pourcentage	Type de pilule	Classe de pilule
ADEPAL®	12	5,4%	OEP-G2*	Oestroprogestatifs
DAILY®	17	7,6%	OEP-G2	
LELOO®	43	19%	OEP-G2	
LOVAVULO®	5	2%	OEP-G2	
LUDEAL®	12	5,4%	OEP-G2	
MINIDRIL®	20	9%	OEP-G2	
OPTIDRIL®	10	4,5%	OEP-G2	
OPTILOVA®	38	17%	OEP-G2	
TRINORDIOL®	19	8,5%	OEP-G2	
CARLIN®	1	0,5%	OEP-G3*	
DESOBEL 150/20®	1	0,5%	OEP-G3	
DESOBEL 150/30®	1	0,5%	OEP-G3	
HARMONET®	2	1%	OEP-G3	
TRIAFEMI®	7	3%	OEP-G3	
DIANE 35®	2	1%	OEP-G4*	
JASMINELLE®	4	1,8%	OEP-G4	
QLAIRA®	1	0,5%	OEP-G4	
ZOELY®	2	1%	OEP-G4	
ANTIGONE®	4	1,8%	P*	Progestatifs
CERAZETTE®	2	1%	P	
CLAREAL®	2	1%	P	
DESOGESTREL 75	2	1%	P	
OPTIMIZETTE®	16	7%	P	
TOTAL	223	100%		

\*OEP-G2 = Oestroprogestatif de 2<sup>ème</sup> génération

\*OEP-G3 = Oestroprogestatif de 3<sup>ème</sup> génération

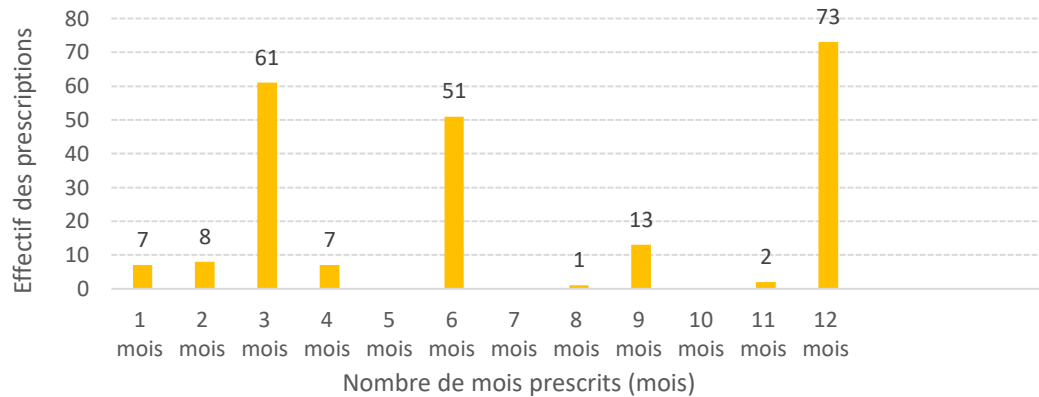
\*OEP-G4 = Oestroprogestatif de 4<sup>ème</sup> génération

\*P = Progestatif

## 5. Le nombre de mois de renouvellement prescrits aux femmes

### 5.1 Distribution de la variable nombre de mois de renouvellement

Le nombre de mois de renouvellement figurant sur les prescriptions était de 1 à 12 mois avec une moyenne de 7 mois et une médiane à 6 mois.



**Figure 6 : Le nombre de mois de renouvellement prescrits aux femmes**  
*Etude prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223*

Parmi les 223 femmes, 32,7% (73) avaient obtenu 12 mois de renouvellement (IC 95% : [26,6-39,3]) et 34,1% (n=76) jusqu'à 3 mois de renouvellement.

Les boîtes de pilules sont conditionnées sous forme de une plaquette à trois plaquettes permettant ainsi des prescriptions de traitement allant de 1 à 3 mois ou pour des durées de traitement multiples de 3. Dans notre étude, les prescriptions de 3 mois, 6 mois et 12 mois étant les plus fréquentes, nous avons choisi de comparer uniquement les nombres de mois les plus prescrits. Les prescriptions atypiques ne seront pas analysées.

Dans le tableau ci-dessous, est indiqué les caractéristiques des nombres de mois les plus prescrits en fonction de plusieurs variables.

**Tableau XII : Le nombre de mois prescrits, déclaré par les femmes, en fonction de plusieurs variables**

*Etude prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223*

Caractéristiques déclarées par les femmes	Nombre de mois de renouvellement prescrits		
	3 mois (n=61)	6 mois (n=51)	12 mois (n=73)
<b>Le type de pilule</b>			
OEP-G2	48	40	58
OEP-G3	3	5	1
OEP-G4	3	2	2
P	7	4	12
<b>Le spécialiste prescripteur</b>			
MG	32	26	20
GYN	18	12	41
Autre médecin	11	13	12
<b>Le motif de la consultation et formulation de la demande de pilule en :</b>			
Consultation dédiée	24	24	40
Consultation non dédiée	Au début	10	17
	A la fin	21	16
<b>Le MG, le motif de la consultation et la formulation de la demande en :</b>			
Consultation dédiée	10	14	9
Consultation non dédiée	A début	8	7
	A la fin	14	4

## 5.2 Le nombre de mois de renouvellement prescrits en fonction du type de pilule

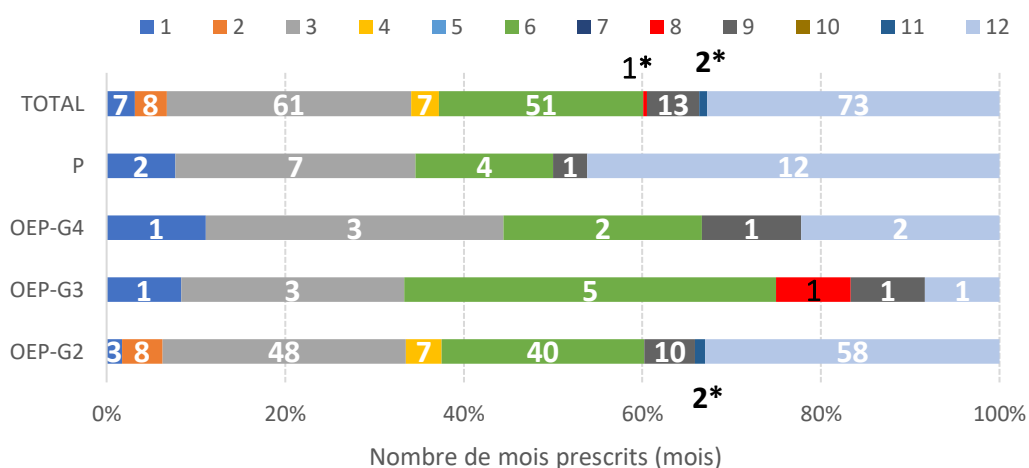


Figure 7: le nombre de mois de renouvellement prescrits selon le type de pilule  
Etude prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223

\*les effectifs des prescriptions respectivement de 8 mois et de 11 mois dans l'ordre d'apparition

Les progestatifs (46,2%) étaient prescrits fréquemment pour 12 mois, plus que les oestroprogestatifs de 2<sup>ème</sup> génération (environ 33%). Les pilules de 3<sup>ème</sup> génération étaient prescrites fréquemment pour 6 mois (41,7%) et celles de 4<sup>ème</sup> génération pour 3 mois (33,3%). Le nombre de mois de renouvellement prescrits n'était pas significativement associé au type de pilule prescrite ( $p > 0,05$ ).

### 5.3 Le nombre de mois de renouvellement prescrits en fonction du prescripteur

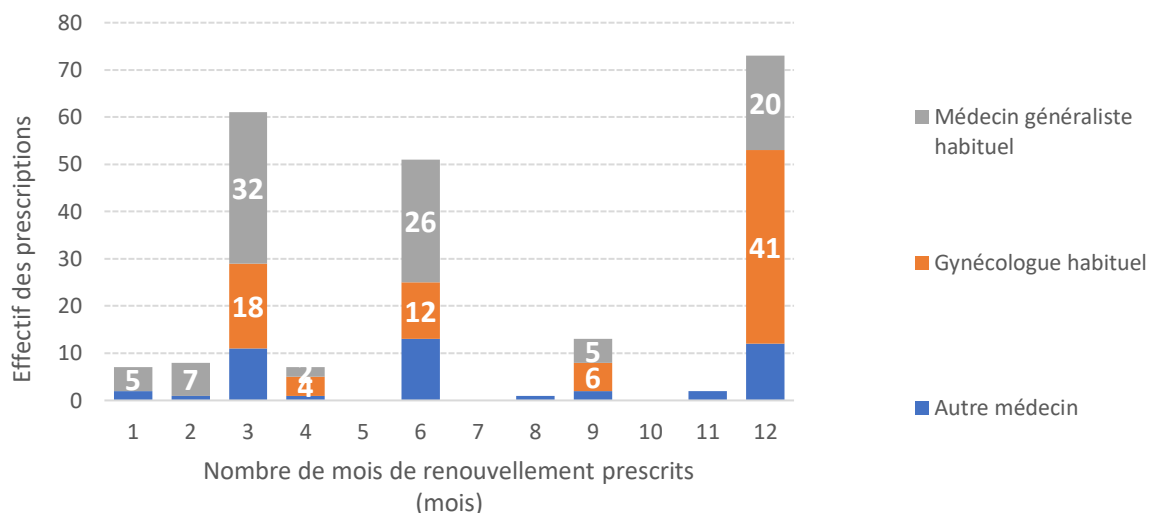


Figure 8 : le nombre de mois de renouvellement prescrits aux femmes selon le spécialiste  
*Etude prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223*

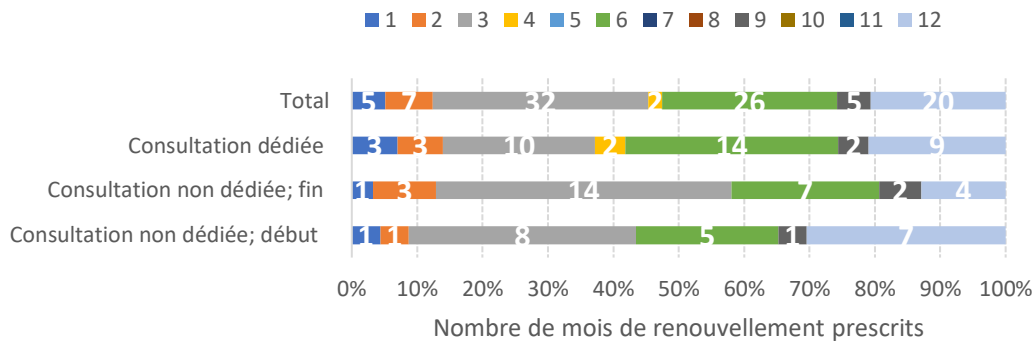
Sur les 223 renouvellements, les prescriptions des gynécologues étaient beaucoup plus souvent des prescriptions pour 12 mois (50,6%) que celles des généralistes (20,6%). Trente-trois pourcent (33%) des prescriptions des généralistes étaient des renouvellements de 3 mois.

### 5.4 Le nombre de mois de renouvellement prescrits en fonction du motif de la consultation

Sur les 223 prescriptions de renouvellement, les renouvellements de 12 mois étaient plus fréquentes en consultation dédiée (37%) qu'en début de consultation non dédiée. Les prescriptions de 3 mois étaient plus fréquentes à la fin d'une consultation non dédiée à la pilule.

Il n'existait pas de différence significative ( $p > 0,05$ ).

Par ailleurs, le nombre de mois de renouvellement prescrits par le médecin généraliste selon le motif de la consultation était de 6 mois (32,6%) en consultation dédiée et de 3 mois en consultation non dédiée (35% pour une demande de la pilule au début et 45,2% pour une demande à la fin).



**Figure 9 : Le nombre de mois prescrits par le médecin généraliste en fonction du motif de la consultation**

*Étude prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223*

Le nombre de mois de renouvellement prescrits par le médecin généraliste n'était pas significativement associé au motif de la consultation ( $p > 0,05$ ).



## 6. Le suivi proposé par les professionnels de santé lors du renouvellement

Les caractéristiques des propositions de suivi en fonction de plusieurs variables ont été représentées dans le tableau ci-dessous.

**Tableau XIII : La répartition du suivi proposé en fonction de plusieurs variables**  
*Etude prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223*

Déclaration des femmes	Suivi proposé			
	A revoir (n=109)	Rien n'est proposé (n=78)	*Retour vers le presc. habituel (n=24)	Suivi ? (Ne sait pas) (n=12)
<b>Le motif de la consultation et formulation de la demande de pilule en :</b>				
Consultation dédiée	57	35	10	6
Consultation non dédiée				
Au début	23	16	8	3
A la fin	29	27	6	3
<b>Le spécialiste prescripteur</b>				
MG	35	41	13	8
GYN	57	18	3	3
Autre médecin	17	19	8	1
<b>Interrogatoire (antécédents)</b>				
Peu recherchés	11	19	5	0
Recherchés	50	10	5	4
Connus	47	46	14	7
Ne sait pas	1	3	0	1
<b>Tension artérielle (TA)</b>				
TA prise	67	42	12	5
TA non prise	34	30	11	5
TA ? (Ne sait pas)	8	6	1	2
<b>Type de pilule</b>				
OEP-G2	82	65	20	9
OEP-G3	5	4	2	1
OEP-G4	4	4	1	0
P	18	5	1	2
<b>Nombre de mois de renouvellement les plus prescrits (les autres ne sont pas pris en compte dans ce tableau)</b>				
3 mois	31	20	6	4
6 mois	25	19	5	2
12 mois	40	22	7	4

\*Retour vers le presc. Habituel = retour vers le prescripteur habituel

### 6.1 En fonction du motif de la consultation

Parmi les 223 femmes, il était plus souvent proposé pour le suivi, de revoir les femmes en consultation dédiée (52,8%) qu'en consultation non dédiée (demande de renouvellement au début (46%) ou à la fin 44,6%).

Il n'existait pas de différence significative ( $p>0,05$ ) de suivi selon le motif de la consultation.

### 6.2 En fonction du prescripteur

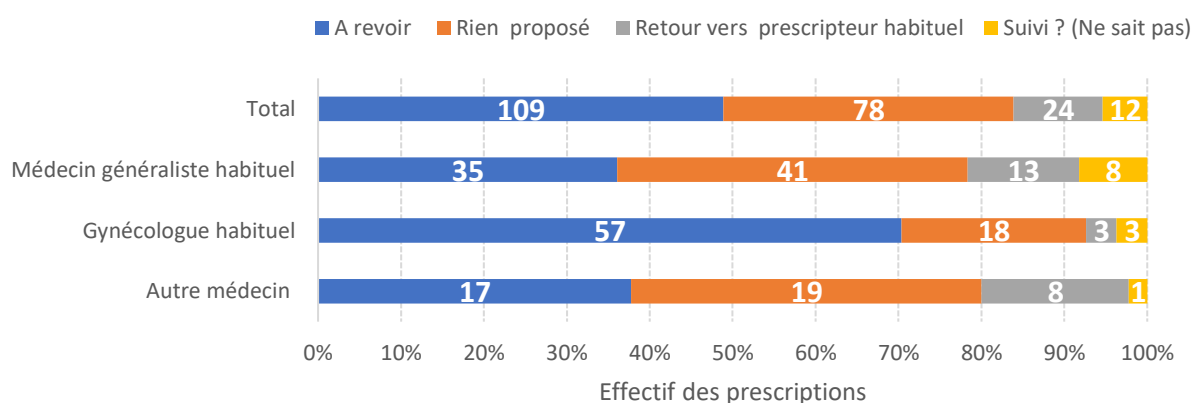


Figure 10 : Le suivi envisagé selon le prescripteur de la pilule

Etude prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223

Sur les 223 prescriptions de renouvellement, le gynécologue avait proposé de revoir 70,4% des femmes qui l'avaient consulté. Le médecin généraliste et l'autre médecin quant à eux, n'avaient rien proposé aux femmes soit respectivement 42,3% et 42,2%.

Cependant il n'existait pas une différence significative de suivi selon le prescripteur consulté ( $p>0,05$ )

### 6.3 En fonction de la recherche des antécédents

Sur les 223 prescriptions de renouvellement, il était proposé de revoir les femmes lorsque les antécédents étaient recherchés (72,5%), plus que lorsque ces derniers étaient connus du médecin (41,2%). Rien n'était souvent proposé pour le suivi (54,3%) pour les femmes avec peu de recherche sur les antécédents.

Il n'existait pas une différence significative de suivi proposé selon la recherche d'antécédents ( $p>0,05$ ).

#### 6.4 En fonction de la mesure de la tension artérielle

Sur les 223 femmes avec une prescription de renouvellement, lorsque la tension artérielle était mesurée, le suivi proposé était de revoir 67 femmes (53,2%).

Il n'existait pas de différence significative de suivi selon la mesure de la tension artérielle ( $p>0,05$ ).

#### 6.5 En fonction du type de pilule renouvelée

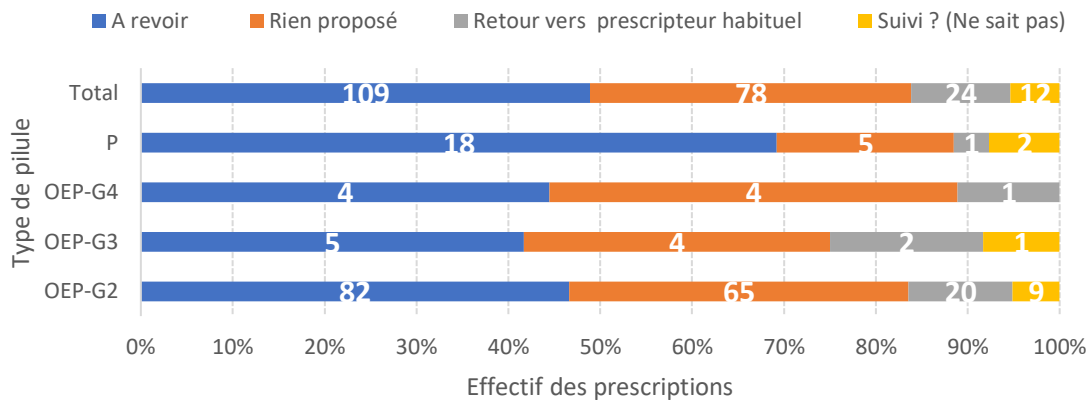


Figure 11 : Le suivi proposé en fonction du type de pilule

Etude prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223

Sur les 223 femmes avec une prescription de renouvellement, celles qui avaient un progestatif devaient plus souvent revoir le médecin (69,2%), que les femmes qui avaient obtenu une pilule de 2<sup>ème</sup> génération (46,6%) ou une autre pilule. Néanmoins, 44,4% des femmes qui avaient obtenu un renouvellement de pilule de 4<sup>ème</sup> génération n'avait rien de proposer pour le suivi. Il n'existait pas de différence significative de suivi proposé en fonction du type de pilule renouvelée ( $p>0,05$ ).

#### 6.6 En fonction du nombre de mois de renouvellement prescrits

Les femmes qui avaient 12 mois de renouvellement (54,8%) devaient autant revoir le prescripteur que celles ayant obtenu 3 mois (50,8%) ou 6 mois (49%).

Il n'existait pas de différence significative de suivi selon le nombre de mois de renouvellement prescrits.

## 7. Les raisons justifiant les demandes en consultation non dédiée

Il n'y avait pas d'association significative entre le motif de la consultation et les variables suivantes.

### ➤ La connaissance du rôle du pharmacien.

Sur les 223 prescriptions de renouvellement, le rôle du pharmacien dans la délivrance supplémentaire de la pilule était mentionné comme connu de 28,2% des femmes (n=63), (IC95 : [22,4-34,7]). Il n'était pas connu par 71,8% des femmes (n=160), (IC95% : [65,4-77,6])

L'analyse selon la ville de collecte montrait une différence statistiquement significative ( $p=0,046$ ). Le rôle du pharmacien était connu par un tiers des femmes à Bordeaux tandis qu'à peine 1 femme sur 4 le savait à Bergerac.

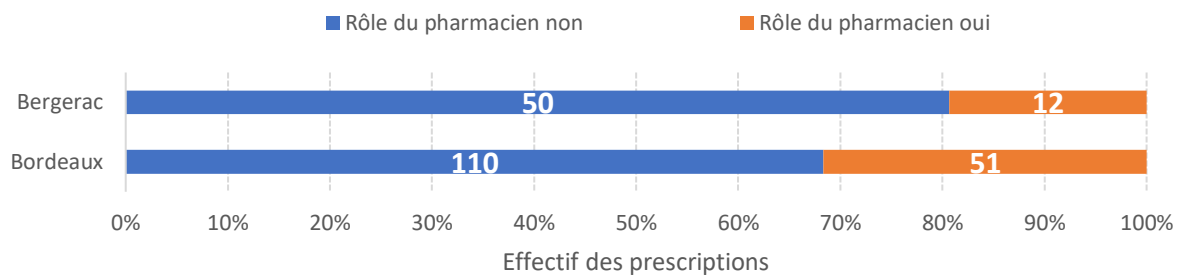


Figure 12 : La connaissance du rôle du pharmacien par les femmes

*Etude prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223*

L'analyse de la connaissance du rôle du pharmacien en fonction du motif de la consultation n'avait pas montré de différence significative ( $p>0,05$ ). En effet, la proportion de femmes connaissant le rôle du pharmacien est quasi-identique en consultation dédiée (29,6%, n=32) qu'en consultation non dédiée (28% soit n=14 pour les demandeuses de pilule au début et 26,2% soit n=17 pour les demandeuses de pilule à la fin)

- L'âge ou l'ancienneté de la prise de la pilule
- Le prescripteur ou le suivi proposé par ce dernier
- L'interrogatoire, la mesure de la tension artérielle ou la prescription de la biologie
- Le changement de la pilule
- Le type de pilule renouvelée ou le nombre de mois de renouvellement prescrits

## **8. Les prescriptions de renouvellement et le parcours de soins des femmes**

Les prescriptions des médecins généralistes habituels et des gynécologues habituels font partie du parcours de soins. Celles des autres médecins seront considérées comme faites en dehors du parcours de soins habituel. Ainsi, sur la base des résultats obtenus, nous avons identifié les caractéristiques des prescriptions en fonction du médecin consulté.

### **8.1 Les prescriptions dans le parcours de soins**

#### **❖ Avec le médecin généraliste**

Les prescriptions de renouvellement étaient fréquemment réalisées en consultation non dédiée (55,7%) chez des femmes chez qui les antécédents étaient le plus souvent connus (69,1%). Elles concernaient le plus souvent des utilisatrices de pilule depuis 1 à 5 ans (42,3%) ou de plus de 5 ans (46,4%),  $p=0,004$ .

La tension artérielle n'était mesurée que chez 53,6% des femmes et la biologie prescrite chez 38,1%. Les prescriptions d'oestroprogestatifs étaient majoritaires et les pilules de 2<sup>ème</sup> génération (85,8%) étaient le plus souvent prescrites. Il y avait deux fois moins de prescriptions de progestatifs par le médecin généraliste habituel comparativement au gynécologue habituel. Le nombre de mois de renouvellement régulièrement prescrit était de 3 mois (33%). Pour le suivi, rien n'était fréquemment proposé (42,3%). La pilule était changée pour 7,2% des prescriptions de renouvellement ( $p=0,014$ ).

En consultation non dédiée :

- Pour une demande de pilule au début de la consultation, les antécédents étaient moins connus (43,5%). Autant de mesure de la TA (52,2%) mais deux fois plus de prescription de biologie (43,5%) et les prescriptions de renouvellement était souvent de 3 mois (34,8%).
- Pour une demande de pilule à la fin de la consultation, les antécédents étaient plus connus du médecin (74,2%). Autant de mesure de TA (51,6%) et moins de prescription de biologie (22,6%). Plus de renouvellement de 3 mois (45,2%).

#### **❖ Le gynécologue habituel**

Il y avait moins de prescriptions de renouvellement provenant du gynécologue en consultation non dédiée (46,9%). Elles concernaient plus fréquemment les utilisatrices de pilule depuis plus de 5 ans (59,3%) ou moins d'un an ( $p=0,004$ ). Le gynécologue habituel ne posait pas beaucoup de question sur les antécédents pour 48,2% des prescriptions car ils étaient connus. La tension artérielle était plus souvent mesurée (64,2%) et la biologie prescrite pour 56,8%

des prescriptions. Le changement de la pilule a été réalisé dans 22,2% des cas ( $p=0,014$ ), plus souvent que le médecin généraliste. Les oestroprogestatifs étaient moins prescrits que le médecin généraliste Il prescrivait près de 20% des progestatifs, deux fois plus que chez le médecin généraliste. Le nombre de mois de renouvellement prescrits était le plus souvent de 12 mois (50,6%), plus que chez les généralistes (20,6%). Le suivi proposé après les prescriptions était généralement de revoir 70,4% des femmes.

## **8.2 Les prescriptions hors parcours de soins**

Il y avait quasiment autant de prescriptions en consultation non dédiée provenant de l'autre médecin (51,1%) comparativement au généraliste. Pour ses prescriptions, les antécédents étaient souvent recherchés (42,2%) avec beaucoup de questions à l'interrogatoire. Néanmoins, il y avait moins de mesure de la tension artérielle (48,9%) et de prescription de biologie (33,3%) pour les prescriptions de renouvellement. Il y avait plus de changement de la contraception à l'issue de la consultation (15,6%) que pour les prescriptions du médecin généraliste ( $p=0,014$ ). Les pilules prescrites étaient plus souvent des pilules de 2<sup>ème</sup> génération mais aussi de 3<sup>ème</sup> génération (13,3%). Le nombre de mois de renouvellement prescrit était plus souvent 3 ou 6 mois. Rien n'était fréquemment proposé pour le suivi (42,22%).

## **9. Les prescriptions de renouvellement conformes**

Si la recherche des antécédents était réalisée pour 69 des 223 prescriptions (31%), seulement 36 (16,4%) avaient fait l'objet, durant la consultation, d'une mesure de la tension artérielle associée à une proposition de suivi notamment celle de revoir le prescripteur.

## **10. La proportion de prescriptions à risque en consultation non dédiée**

Nous considérons comme prescriptions à risque, celles obtenues en consultation non dédiée sans que les antécédents, la tension artérielle n'aient été documentés ou alors sans aucun suivi proposé.

Cent quinze ( $n=115$  ; 51,6%) prescriptions de renouvellement étaient obtenues en consultation non dédiée. Vingt (57,1%) prescriptions sur 35 étaient faites sans que les antécédents n'aient été recherchés en consultation non dédiée. Quarante-sept (58,8%) sur les 80 prescriptions sans mesure de la tension artérielle étaient obtenues en consultation non dédiée et 43 (55,1%) femmes sur 78 avaient une prescription en consultation non dédiée sans aucune proposition pour le suivi.

# DISCUSSION

## 1. Discussion de la méthode :

### 1.1 Choix de la question et forces de ce travail

Nous avons choisi de faire une étude sur le renouvellement de la contraception et plus particulièrement lors d'une consultation non dédiée car il s'agit d'un fait récurrent en consultation de médecine générale. Il n'existe pas de référentiel pour guider le médecin dans les modalités de la prescription comme il en existe pour la première prescription de la contraception. Aussi, nous n'avons pas trouvé dans la littérature un travail quantitatif ayant évalué le déroulement de la consultation de renouvellement de la contraception lorsque la demande est formulée au cours d'une consultation à motifs multiples (au début ou à la fin de la consultation). Certains travaux scientifiques qualitatifs avaient décrit les difficultés rencontrées par le médecin généraliste pour la prescription et le suivi de la contraception. Ils avaient identifié le problème des demandes de renouvellement en fin de consultation auprès du médecin généraliste [5 ; 6 ; 53 ; 54]. Par ailleurs, une thèse qualitative avait décrit les facteurs déterminant la demande non dédiée de renouvellement des patientes de plus de dix-huit ans en médecine générale [55]. Ainsi, notre étude quantitative serait une des rares, à ma connaissance, sur les modalités du renouvellement de la pilule en consultation non dédiée.

### 1.2 Schéma de l'étude

L'enquête quantitative, descriptive était adaptée pour répondre à nos objectifs. Elle permettait de recueillir, par le biais d'un questionnaire, les données sur un échantillon de femmes représentatif de la population des utilisatrices de la pilule. Nous avons pu obtenir des résultats statistiquement analysables.

Les médecins étant très sollicités pour des études de recherche, nous avons préféré nous orienter vers les pharmacies pour la réalisation de notre enquête. Le choix de recruter en pharmacie a optimisé mes chances d'avoir un échantillon représentatif suffisant de femmes utilisant une contraception orale.

Néanmoins, la pharmacie est un lieu de passage et l'espace au comptoir est peu adapté au remplissage d'un questionnaire. L'absence d'un espace dédié à cet effet a fait obtenir une part non négligeable de questionnaires insuffisamment remplis ou non exploitables.

Le choix de la population de femmes de 16 à 50 ans répondait à notre volonté d'avoir cet échantillon de femmes représentatif de la population générale utilisant la contraception [8]. Initialement nous avons choisi de faire une étude sur les villes de Bordeaux et de Bergerac afin de comparer les prescriptions de renouvellement de deux villes avec une offre médicale différente en gynécologue et en médecin généraliste. Il nous a paru ensuite moins intéressant de faire cette étude comparative. De manière générale, le profil des femmes et la démographie médicale risquaient d'expliquer une bonne partie des résultats. De plus nous étions en manque de bibliographie sur le sujet dans chaque ville. Il nous a paru plus utile de faire une étude sur l'échantillon global des femmes afin de comparer les résultats aux quelques données existantes.

### **1.3 Le recueil des données**

Au début de l'étude, plusieurs reformulations ont été nécessaires pour rendre le questionnaire plus accessible et compréhensible. Cela était utile afin d'avoir une adhésion plus importante des femmes et d'optimiser le taux de réponse au questionnaire.

Les recruteurs ont fait état, au début de l'étude, de difficulté à identifier le type de prescriptions à inclure, ce qui a pu freiner la distribution et ralenti la collecte. Nous n'avons donc pas de garantie sur les critères d'inclusion.

### **1.4 Les biais**

#### **➤ Biais de sélection et de volontariat**

Il s'agissait ici d'une étude sur la contraception, anonyme et basée sur du volontariat. On peut supposer que seules les femmes intéressées par la contraception et sensibilisées à ce type d'enquête ont pu répondre à notre questionnaire. Certaines femmes ont également pu considérer que le lieu de remplissage ne garantissait pas suffisamment l'anonymat des réponses. Pour limiter ce biais, nous avons demandé aux recruteurs de proposer nos enveloppes à celles qui le souhaitent. Mais cette possibilité a été finalement peu utilisée puisque sur les 223 questionnaires inclus 37 étaient collectés sous enveloppe fermée.



### ➤ **Biais d'information**

Le biais d'information concernait principalement la question sur le prescripteur du renouvellement et le motif de la consultation. Certaines femmes ont coché deux réponses sur chaque QCM. Cela nous a conduit à mieux reformuler les réponses possibles afin de faciliter la compréhension de médecin habituel et « autre médecin ». Malgré cela, dans notre étude, la part de prescription provenant d'un autre médecin n'est pas négligeable. En réalité nous espérons en avoir moins. Ce fait et les réponses « ne sait pas » ont influencé nos résultats en rendant une grande majorité des tests statistiques non significatifs. Il n'était pas possible de conclure à une différence significative avec les tests utilisés.

Le biais d'information concernait également la question 8. A l'origine, nous entendions par un renouvellement de « dépannage », une prescription faite en coin de table, par téléphone ou en dehors d'une consultation. La notion « dépannage de votre contraception » a pu être mal comprise par les femmes. La première proposition de réponse, a pu être interprétée comme un renouvellement en consultation dédiée. La notion de consultation non dédiée avec formulation de la demande de pilule au début ou à la fin était bien assimilée. Certaines réponses aux questionnaires ont pu être influencées par la difficulté de la femme à se souvenir du déroulement de la consultation. Ainsi la possibilité de cocher « Ne sais pas » a pu être trop souvent utilisée par les femmes.

### ➤ **Biais de recrutement**

Le taux de réponse aux questionnaires étant de 58% à Bergerac, on peut penser que certaines pharmacies de Bergerac n'étaient pas intéressées par le sujet ou alors qu'elles aient omis de proposer le questionnaire à chaque occasion. Cela pourrait expliquer en partie le taux de réponse au questionnaire à Bergerac.

## **1.5 Les limites**

Notre étude manquait de puissance en raison du faible effectif des prescriptions incluses. Certaines questions auraient pu être mieux formulées afin d'affiner les réponses. Il y avait autant de prescriptions de dépannage que de prescription en consultation non dédiée. Les prescriptions de dépannage censées être exceptionnelles n'auraient pas pu ramener des résultats pareils. Les prescriptions en consultations dédiées étaient environ de 50% ce qui permet de comprendre qu'il ne s'agissait pas de dépannage mais plutôt de renouvellement. Ainsi nous avons préféré utiliser le mot renouvellement dans le reste de l'analyse des

résultats. La précision de la notion de dépannage hors consultation et de consultation non dédiée aurait permis de préciser les effectifs.

Les questions sur l'autre médecin auraient aussi pu être posées autrement afin de limiter les effectifs de prescriptions dans ce groupe et mieux cibler les prescripteurs habituels qui sont les médecins généralistes et les gynécologues. Enfin, le manque de bibliographie sur le sujet du renouvellement de la contraception a pu contribuer au manque de précisions des questions.

## **2 Discussion des résultats par rapport à la littérature**

### **2.1 Discussion sur les principaux résultats**

#### **2.1.1 Âge des femmes**

Les prescriptions de renouvellement incluses concernaient les femmes âgées de 17 à 49 ans. Notre échantillon de femmes était représentatif de la population des utilisatrices de la contraception en France. Les prescriptions de renouvellement de la classe d'âge 16-19 ans était de 13% contrairement à celles des 20-24 ans (28,7%) et 25-29 ans (31%). Ce résultat n'est pas concordant avec les données du Baromètre santé 2016 sur la contraception. Le pic d'utilisation de la pilule serait enregistré parmi les 15-19 ans et les 20-24 ans pour diminuer ensuite à partir de 25-29 ans [8]. On aurait pu s'attendre à avoir plus de prescriptions des femmes de 15-19 ans. Notre étude ne nous permet pas de savoir pourquoi cette tranche d'âge était sous-représentée.

#### **2.1.2 Le motif de la consultation de renouvellement de la pilule**

48,4% des prescriptions de renouvellement sont obtenues en consultation dédiée à la pilule et 51,6% en consultation non dédiée quand la patiente consulte pour un autre motif (22,4% des prescriptions de renouvellement sont faites après une formulation de la demande de pilule au début de la consultation non dédiée et 29,2% lorsque la demande est formulée à la fin). 55,7% des prescriptions de renouvellement en consultation non dédiée provenaient des médecins généralistes habituel contre 46,9% pour les prescriptions des gynécologues habituels. Ces données confortent ce qu'a révélé le travail de thèse de Claire Galichon en 2014 [6]. En effet, son étude qualitative, sur les difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans la prescription et le suivi de la contraception a montré que les médecins

généralistes interrogés sont souvent sollicités pour une demande de renouvellement de pilule à la fin d'une consultation à motifs multiples. L'explication pourrait venir en partie de la rapidité de réponse du médecin généraliste devant de telles demandes. Aussi, dans la plupart des cas le médecin généraliste accepte de renouveler au moins pour une courte durée les demandes de contraception au moment de la demande non dédiée. Corinne CHAPUIS-SICARD dans son étude en 2013 sur l'évaluation des pratiques de prescription de la contraception par les médecins généralistes depuis les dernières recommandations HAS de 2004, a révélé que 96,6% des médecins généralistes acceptent de renouveler la prescription en fin de consultation. 68% des médecins acceptent d'initier une contraception à la fin d'une consultation réalisée pour un autre motif [56].

La rapidité de la réponse du médecin généraliste n'explique pas à elle seule ce phénomène. La représentation des patientes selon laquelle la consultation dédiée est subordonnée à la réalisation d'un examen gynécologique ou un acte technique (frottis cervico-vaginal par exemple) semble expliquer également ce fait. Jeanne ZAOUÏ l'a d'ailleurs confirmé dans son travail de thèse portant sur une étude qualitative des facteurs déterminant la demande non dédiée des patientes de plus de dix-huit ans dans le Nord-Pas-de-Calais en 2016 [55]. Elle montre aussi que le renouvellement comme motif secondaire de consultation semble être favorisé par un manque d'anticipation des patientes et l'accès rapide au médecin généraliste. Le suivi régulier par un gynécologue et l'absence d'examen gynécologique systématique pratiqué par le médecin généraliste semblaient banaliser ce renouvellement. De plus la contraception orale n'étant pas perçue comme un traitement médical, les femmes ne ressentaient pas le besoin d'une consultation dédiée. Elles souhaitaient uniquement obtenir leur contraception ou aller directement en pharmacie chercher leur renouvellement.

### **2.1.3 Les prescripteurs**

43,5% des prescriptions de renouvellement était réalisées par les médecins généralistes habituels et 36,3% par les gynécologues habituels. Nos résultats, bien qu'étant faibles, sont proches de ceux de l'enquête EPILULE de 2003 qui montrait que les médecins généralistes réalisaient 58% des renouvellements de contraception orale [39]. Ce taux faible des médecins généralistes pourrait s'expliquer par la part non négligeable des prescriptions des autres médecins (20,2%). Ce groupe hétérogène que représente les autres médecins, n'exclut pas qu'il s'agisse du nouveau médecin généraliste ou gynécologue prescripteur de la pilule. Cela d'autant plus que les femmes l'avaient consulté en raison d'un changement de médecin

(47,2%) ou de l'absence du médecin habituel (22,2%). Ou alors il pourrait s'agir de prescripteur d'une autre spécialité (dermatologue, endocrinologue, médecin du planning familial...). Notre question aurait pu être mieux formulée afin d'identifier les spécialistes autres que le médecin généraliste ou le gynécologue qui ont pu prescrire la pilule.

## **2.1.4 Le déroulement de la consultation de renouvellement**

### **2.1.4.1 La recherche des antécédents : l'interrogatoire**

Pour 69,1% des prescriptions, les médecins généralistes habituels connaissaient le plus souvent les antécédents et ne posaient pas de question à l'interrogatoire contre 48,2 % des gynécologues habituels.

En consultation dédiée, pour 79,1% des prescriptions, les médecins généralistes connaissaient les antécédents. En consultation non dédiée, les antécédents étaient beaucoup plus connus du médecin pour les demandes de pilule à la fin de la consultation (74,2%) que pour une demande au début (43,5%). On peut supposer que les patientes qui demandent la pilule à la fin d'une consultation non dédiée sont les mêmes que celles qui renouvellent la pilule en consultation dédiée. Le médecin généraliste qui les connaît pose donc moins de questions. Le médecin généraliste habituel est emmené à voir régulièrement les patientes pour des motifs de consultation divers. A cette occasion, il procède régulièrement à une recherche des antécédents pour étayer certaines hypothèses diagnostiques. De ce fait, les antécédents sont mis à jour et connus de ce dernier. Ainsi, pour certains motifs de consultation notamment pour le renouvellement de certains traitements bien tolérés par le patient il peut ne pas insister sur la recherche d'antécédents.

Le fait que les femmes savent que leurs antécédents sont connus par leur médecin serait-ce une motivation à faire des demandes en fin de consultation non dédiée ? Toutefois, nous n'avons pas démontré une association significative entre le motif de la consultation et l'interrogatoire réalisé par le médecin généraliste. Il serait intéressant de recueillir cette information soit auprès des médecins soit directement auprès des femmes formulant des demandes de renouvellement de leur pilule à la fin d'une consultation non dédiée.

Pour l'HAS, la consultation de renouvellement est le moment de réévaluer le choix et la satisfaction de la femme vis-à-vis de la méthode contraceptive, de s'assurer que la contraception choisie est toujours adaptée à la patiente. Elle sert également à rechercher les facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires notamment d'accident thrombo-embolique,

les effets indésirables ou les contre-indications [3]. Dans de nombreuses publications, les médecins rapportaient le caractère chronophage de la première prescription de la contraception par la densité d'information à recueillir auprès de la patiente et des informations à lui transmettre. La consultation de renouvellement semble être un moment idéal pour mieux aborder certains points. Il semble que ce moment privilégié ne soit pas exploité comme il se devrait. La consultation de renouvellement peut être un levier également dans la lutte contre l'échec de la contraception en France.

Une consultation de renouvellement de la pilule en consultation non dédiée peut être une consultation à risque. En témoigne le cas clinique d'un clic malheureux sur le logiciel de prescription [14]. Lors d'une demande de renouvellement en consultation non dédiée à la pilule, le médecin traitant et son remplaçant pensant prescrire le générique de la pilule Diane® ont prescrit un traitement substitutif de la ménopause (CLIMENE®). Après des mois d'utilisation, la patiente est confrontée à une grossesse non désirée pour laquelle elle a eu recours à une IVG. Le préjudice psychologique et socio-professionnel pour la patiente et la sanction disciplinaire des médecins prescripteurs interpellent sur la notion de sécurité de la prescription d'un renouvellement de la pilule en consultation non dédiée. Ne pas interroger les femmes avant la prescription de renouvellement sous prétexte qu'on les connaît trop bien peut s'avérer dommageable si on passe à côté d'une précaution d'emploi. Cela est d'autant plus vrai pour les demandes en fin de consultation.

#### **2.1.4.2 L'examen clinique : la mesure de la tension artérielle**

Nous avons décidé de retenir la mesure de la tension artérielle comme élément principal de l'examen clinique en consultation de renouvellement. D'une part, parce que l'hypertension artérielle constitue un facteur de risque cardio-neuro-vasculaire. La prévalence de l'HTA, en France, est de 30,6% chez les adultes de 18 à 74 ans et augmente avec l'âge [57]. D'autre part, sa mesure est facile et rapide à réaliser en consultation. De plus l'hypertension artérielle peut constituer un effet secondaire ou une contre-indication à la prescription de certains types de pilule. Par ailleurs, l'examen des seins, l'examen pelvien/génital, le dépistage du cancer du col utérin ne sont pas recommandés systématiquement par l'OMS et la HAS. Ces examens ne contribuent pas de manière substantielle à l'utilisation sans risque et efficace de la pilule [58].

Dans notre étude, la mesure de la tension artérielle est réalisée pour 56,5% des prescriptions de renouvellement. Elle est réalisée pour 64,2% des prescriptions des gynécologues habituels

et 53,6% des prescriptions des médecins généralistes habituels. 63% des prescriptions avec la mesure de la tension artérielle sont faites en consultation dédiée, c'était le cas pour les prescriptions d'environ une femme sur deux en consultation non dédiée (52,3% pour une formulation de demande au début et 48% pour un renouvellement à la fin). Les médecins généralistes en consultation dédiée ont mesuré la tension artérielle pour 55,8% prescriptions de renouvellement et pour une prescription sur deux indépendamment du moment de la formulation de la demande en consultation non dédiée.

Ces résultats sont différents de ceux retrouvés par Adeline PONCET en 2012, dans son travail de thèse sur le renouvellement d'une contraception orale pour la femme jeune de moins de 35 ans, sans facteur de risque par les médecins généralistes [5]. Elle révèle que 99% des médecins généralistes mesurent systématiquement la tension artérielle (TA). S'il est vrai que la population de son étude est différente de la nôtre, il n'en demeure pas moins que les femmes de moins de 35 ans sont les plus représentées dans notre étude.

Cette mesure de la TA qui apparaît faible dans notre étude, particulièrement chez le médecin généraliste, pourrait avoir plusieurs explications. La prévalence faible des facteurs de risque ou des affections cardiovasculaires des femmes de l'étude. Aussi, les formulations de demande de la pilule à la fin de la consultation non dédiée et les conditions d'organisation des consultations ont pu être un frein à la réalisation de cet examen facile mais nécessitant des précautions pour sa réalisation. Cette attitude est tout de même surprenante d'autant que les oestroprogestatifs, les plus prescrites dans notre étude, sont potentiellement pourvoyeurs d'une hypertension artérielle. De plus, les prescriptions concernaient également les femmes utilisatrices de pilule depuis plus de 5 ans donc à risque.

#### **2.1.4.3 La prescription de la biologie**

Le bilan lipido-glucidique a été choisi comme examen complémentaire parmi les autres examens à réaliser lors d'un renouvellement. Quarante-quatre pourcent (44%) des prescriptions de renouvellement étaient accompagnées d'une prescription de la biologie. Les gynécologues habituels étaient l'auteur de 56,8% des prescriptions biologiques et les médecins généralistes habituels de 38,1%.

Cinquante-un virgule neuf pourcent (51,9%) des bilans biologiques étaient prescrits en consultation dédiée à la pilule et 44% au début d'une consultation non dédiée. Environ 31% des bilans étaient obtenus à la fin d'une consultation non dédiée.

Les médecins généralistes avaient prescrit un bilan pour 46,5% des renouvellements en consultation dédiée et en consultation non dédiée, il y a deux fois plus de prescription de

biologie pour les renouvellements avec une formulation de la demande de la pilule au début de la consultation (43,5%) que à la fin (22,6%).

Le dosage du cholestérol total, des triglycérides et de la glycémie à jeun peut être réalisé 3 à 6 mois après la primo-prescription de la pilule. Si ce dernier est normal, et en l'absence de faits cliniques ou familiaux nouveaux, il est recommandé un contrôle biologique tous les 5 ans en cas d'utilisation d'un oestroprogestative. Les médecins généralistes n'ont peut-être pas jugé utile de prescrire la biologie dans notre étude. D'une part, parce que les prescriptions de ces derniers concernaient des utilisatrices de 1 à 5 ans qui demandaient la pilule le plus souvent en consultation non dédiée. D'autre part, la prise en charge globale et continue des patients, le rôle des médecins généralistes dans la prévention, le dépistage font d'eux les principaux prescripteurs d'actes de biologie en médecine ambulatoire. Plus de 8 prescriptions sur 10 de biologie médicale sont le fait des médecins généralistes (68,5 %) et de trois spécialités : les gynécologues (9,4 %), les anesthésistes (3,5 %) et les cardiologues (3 %). Environ deux tiers des dépenses de biologie concernent les femmes, ceci tient d'une part, à la place de la biologie médicale dans le suivi gynécologique, d'autre part, à leur nombre plus important parmi les personnes âgées, plus grandes consommatrices de soins [59].

Adeline PONCET [5], nous apprend aussi que 50% les médecins généralistes prescrivent un bilan lipido-glucidique tous les 3 ans, 9% tous les 2 ans, 24% tous les ans et 16% tous les 5 ans. 1% ne prescrivent jamais de bilan biologique.

#### **2.1.4.4 Le changement de la contraception à l'issue de la consultation de renouvellement**

14,4% des femmes avec une prescription de renouvellement de la pilule ont eu un changement de la contraception à l'issue de la consultation. Le changement est réalisé pour 22,2% des prescriptions des gynécologues habituels, 7,2% pour celles des médecins généralistes. Le prescripteur consulté pour le renouvellement était significativement associé au fait qu'il existe un changement de la contraception ( $p < 0,05$ ). De plus 13% des changements de contraception survenaient en consultation dédiée. En consultation non dédiée, 24% des changements intervenaient pour une formulation de la demande au début de la consultation et 9,2% à la fin. Toujours dans sa thèse, J. ZAOUI, a révélé que la plupart des patientes qui consultaient le médecin généraliste déclaraient peu voire pas d'effet indésirable liés à leur contraception. Le caractère routinier de la prise de la pilule dans leurs habitudes de vie fait considérer le médecin généraliste comme une personne de confiance à même de gérer le renouvellement

d'une contraception bien toléré. Elles n'avaient pas d'attentes particulières d'une consultation de renouvellement si ce n'est d'obtenir à tout prix une ordonnance d'autant qu'une prescription médicale est nécessaire à la délivrance des oestroprogestatifs et le remboursement par l'Assurance Maladie.

Les freins au choix d'une contraception adaptée du côté des professionnels de santé [15] peuvent expliquer que le médecin généraliste ne modifie pas souvent la contraception de ses patientes. De plus, il est plus facile de reconduire un traitement bien toléré plutôt que de le changer. A l'instar de la nouvelle cotation de la consultation de primo-prescription de la contraception entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> Novembre 2017, la reconnaissance des contraintes d'une consultation de renouvellement en médecine générale pourrait modifier les attitudes des médecins. L'instauration d'une tarification attractive pour les consultations de renouvellement pourrait inciter les médecins à prendre le temps comme le ferait un gynécologue.

Le gynécologue, son statut de spécialiste en matière de contraception, est considéré aussi bien par certains médecins que par les patientes comme celui à même de modifier la pilule quand elle est mal tolérée ou inadaptée.

#### **2.1.4.5 Le type de pilule renouvelée**

88,3% des pilules renouvelées dans notre étude étaient des oestroprogestatifs et 11,7% des progestatifs. Les pilules de 2<sup>ème</sup> génération étaient les plus prescrites quel que soit le motif de la consultation et le moment de la formulation de la demande de renouvellement.

Les oestroprogestatifs représentaient 85,8% des pilules renouvelées par les médecins généralistes et 69,1% par les gynécologues [15]. Il y avait environ deux fois plus de prescriptions de progestatifs provenant des gynécologues habituels (20%).

Les prescriptions de progestatifs croissaient avec l'âge des femmes pour atteindre 57,1% des prescriptions chez les femmes 45-50 ans.

Ces résultats sont en accord avec les données nationales. La pilule oestroprogestative est la plus prescrite. Les pilules progestatives seules représentent moins de 15 % de l'ensemble des pilules utilisées [15]. Les prescripteurs semblent avoir pris en compte le risque thromboembolique, cardio-vasculaire qui augmente avec l'âge et la possibilité d'utiliser une pilule progestative jusqu'à l'âge de 55 ans [60].

Parmi les oestroprogestatifs, 78,9% étaient des pilules de deuxième génération (OEP-G2), 5,4% des pilules de troisième génération (OEP-G3) et 4% sont des pilules de quatrième génération (OEP-G4). La crise de la pilule en 2012 y est sûrement pour quelque chose [19].



En effet, devant le surrisque d'accident thromboembolique lié à l'utilisation des pilules de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération, l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des Produits de Santé (ANSM) a recommandé aux professionnels de santé de préférer les pilules de 2<sup>ème</sup> génération. En témoigne, les données de l'ANSM sur l'évolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés (COC) et autres contraceptifs de janvier 2013 à décembre 2013[61]. Sur le plan national, le ratio des ventes de COC de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> génération par rapport aux ventes de COC de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération reporté en décembre 2013 était de 78%/22% alors qu'il était de 55%/45% en décembre 2012 et 52%/48% en décembre 2011. Ce nouveau point d'étape, confirme que les femmes et les prescripteurs privilégient les contraceptifs qui présentent des risques thromboemboliques les plus faibles et qu'ils ont pris en compte de façon durable les recommandations émises par l'ANSM.

Par ailleurs, malgré l'absence d'indication à visée contraceptive, de la spécialité Diane®, elle continue d'être prescrite puisque 2 femmes l'ont déclaré comme étant la pilule renouvelée. Nous avons inclus ces 2 prescriptions car nous supposons que les patientes avaient bien compris l'objet de notre étude et Diane®, constituaient pour elles leur pilule contraceptive. Toutefois, il serait intéressant de rechercher pourquoi les médecins renouvellent ou prescrivent encore Diane® à visée contraceptive. Le groupe de travail de l'HAS rappelle que cette spécialité et ses génériques, ne disposent pas de l'indication « contraception » dans leur AMM (Autorisation de mise sur le marché) et qu'en conséquence leur prescription, avec un objectif contraceptif, relève de la responsabilité propre du prescripteur. Il recommande, en l'état actuel des connaissances, lorsque les effets contraceptif et anti-acnéique sont recherchés de manière conjointe, de privilégier l'une des pilules qui disposent de la double AMM « contraceptif et anti-acnéique » : Tricilest® et Triafémi® pour l'acné légère et modérée [60].

#### **2.1.4.6 Le nombre de mois de renouvellement prescrits**

Les prescriptions des gynécologues étaient plus souvent pour 12 mois (50,6%) et celles des médecins généralistes pour 3 mois (environ 33%). Les renouvellements de 12 mois étaient plus fréquents en consultation dédiée (37%). Les prescriptions de 3 mois étaient plus fréquentes à la fin d'une consultation non dédiée à la pilule. Avec le médecin généraliste ils étaient plus souvent de 6 mois en consultation dédiée (32,6%) et de 3 mois en consultation non dédiée (45,2% pour une demande de la pilule au début et 35% pour une demande à la fin).

Le nombre de mois renouvelé en fonction du type de pilule montre que 46,2% des progestatifs et environ 33% des oestroprogestatifs sont prescrits pour 12 mois. Quarante-un virgule sept pourcent (41,7%) des pilules de 3<sup>ème</sup> génération quant à eux, sont prescrits pour 6 mois et 33,3% de 4<sup>ème</sup> génération pour 3 mois. Le nombre de mois de renouvellement plus élevé pour les progestatifs pourrait s'expliquer par l'assimilation par les prescripteurs de leur faible risque cardio-vasculaire artériel et carcinologique. En effet, des études de faible niveau de preuve et d'arguments indirects l'autorisent [61].

L'HAS a fixé le nombre de mois de renouvellement maximum à 12 mois mais il n'y a pas de limite inférieure exigée.

Seulement 20,6% des prescriptions des médecins généralistes sont pour 12 mois. Plusieurs explications sont possibles. La fréquence des consultations annuelles des femmes chez le médecin généraliste pour des pathologies aiguës qui sont des occasions de parler de la contraception. La fréquence des suivis de maladies chroniques non compliquées à un rythme trimestriel ou semestriel, la volonté du médecin généraliste de revoir la patiente sont quelques éléments expliquant le nombre de mois de renouvellement prescrit plus faible que chez le gynécologue. Cela dit, les prescriptions de renouvellement de 12 mois des gynécologues posent questions. Cela questionne sur un problème de suivi des femmes et de sécurité des prescriptions après le renouvellement. S'il est vrai que la démographie médicale des gynécologues pourrait expliquer cette pratique, on peut imaginer aussi que le gynécologue compte sur ses collègues généralistes pour revoir les femmes et assurer la gestion du traitement au long cours.

## **2.2 Discussion des résultats secondaires**

### **2.2.1 Le suivi**

Quarante-huit virgule neuf pourcent (48,9%) des femmes devaient revoir le prescripteur pour le suivi, un tiers (35%) n'avait rien de proposer et 10,8% devaient retourner voir le prescripteur habituel.

Lorsque la formulation de la demande de pilule intervenait en consultation dédiée, 52,8% des femmes revoyaient le prescripteur, plus qu'en consultation non dédiée (46% au début et 44,6% à la fin). Les femmes qui vont voir le médecin pour un renouvellement de pilule en

consultation dédiée ont peut-être d'autres attentes ou des questions spécifiques à poser. La proposition de les revoir serait probablement une manière de vérifier leur satisfaction ou de réévaluer un point précis de la consultation.

Ce sont les gynécologues qui proposaient le plus souvent de revoir les femmes à qui ils renouvellent la pilule (70,4%). Pour le suivi, le médecin généraliste et l'autre médecin ne proposaient rien aux femmes soit respectivement 42,3% et 42,2%. Ces données sont en accord avec l'enquête EPILULE. En effet, dans cette enquête, les femmes de 16 à 49 ans déclarent avoir un suivi gynécologique assuré dans 57 % des cas par un gynécologue et dans 39 % des cas par un généraliste. Le gynécologue étant à l'origine de 61,4% des prescriptions de contraception, toute contraception confondue [40], est encore perçue par les femmes comme pouvant assurer leur suivi [55]. Il persiste encore une méconnaissance du rôle du médecin généraliste par les femmes en ce qui concerne la gestion de leur contraception de l'initiation au suivi. D'une part parce qu'elles estiment qu'il n'est pas un spécialiste en gynécologie et d'autre part, certaines femmes préféreraient confier la gestion de leur contraception à un autre médecin que le généraliste car cela relèverait de l'intime.

Lorsque les antécédents sont recherchés à l'interrogatoire, le suivi proposé est dans la grande majorité des cas de revoir la femme (72,5%). Alors, que rien n'est souvent proposé lorsque les antécédents sont connus du prescripteur (41,2%) ou lorsqu'ils sont peu recherchés à l'interrogatoire (54,3%). Cinquante-trois virgule deux pourcent (53,2%) des femmes qui ont eu une mesure de la tension artérielle revoyaient le prescripteur.

L'interrogatoire et la mesure de la tension sont des prérequis avant toute initiation ou renouvellement de pilule [58]. Il n'est pas rare de découvrir une précaution d'emploi, en interrogeant les patientes pour qui les antécédents sont connus. Notre étude ne nous dit pas sur quels critères il est proposé à une patiente de la revoir ou non lors d'une consultation de renouvellement. Il serait utile de savoir les déterminants d'une proposition de suivi en fonction du spécialiste consulté.

Celles qui ont obtenu une prescription de progestatif revoyaient plus souvent le prescripteur (69,2%) que celles qui ont eu un renouvellement de pilule de 2<sup>ème</sup> génération (46,6%) ou une autre pilule. Cela pourrait s'expliquer par la tolérance des progestatifs qui est moins bonne que celle des méthodes œstroprogestatives, notamment en raison des effets indésirables inhérents au mauvais contrôle du cycle (mastodynie, œdèmes cycliques, douleurs pelviennes ; kystes ovariens, saignements, absence ou irrégularités des règles).

Par ailleurs, 44,4% des femmes qui ont eu un renouvellement de pilule de 4<sup>ème</sup> génération n'ont pas eu de proposition de suivi. Quand on connaît le surrisque que représente l'utilisation de ce type de pilule on est en droit de se poser la question d'une telle attitude des praticiens. Les pilules de 3<sup>ème</sup> génération et de 4<sup>ème</sup> génération sont plus souvent prescrites par le gynécologue. La pénurie de ces derniers et la charge de travail supplémentaire que cela représente peut avoir des conséquences sur la qualité de suivi des femmes. Enfin il est proposé de revoir les femmes quel que soit, le nombre de mois de renouvellement prescrit, 12 mois (54,8%), 3 mois (50,8%) ou 6 mois (49%).

### **2.2.2 Le parcours de soins et les raisons justifiant les demandes en consultation non dédiée**

Dans le parcours de soins, le médecin généraliste (55,7%) est donc plus exposé aux demandes de renouvellement en consultation non dédiée que le gynécologue (46,9%). Cependant, hors parcours de soins, il y a autant de prescription de renouvellement de pilule avec un autre médecin. On peut croire qu'au-delà de la spécialité du prescripteur, il y ait d'autres facteurs qui soutiennent les demandes de renouvellement en consultation non dédiée.

Dans notre étude, aucune variable étudiée n'était significativement associée aux demandes de renouvellement en consultation non dédiée (âge de la patiente, ancienneté de l'utilisation de la pilule, le type d'interrogatoire réalisé, la mesure de la tension, le nombre de mois de renouvellement prescrit, le type de pilule renouvelée ni même la connaissance du rôle du pharmacien).

Jeanne ZAOUÏ a identifié d'autres facteurs déterminant la consultation non dédiée au renouvellement d'une contraception orale en médecine générale :

- la rapidité d'accès à la consultation du médecin généraliste et l'absence d'une consultation dédiée au renouvellement de la contraception orale
- l'ancienneté et la dimension « familiale » de la relation médecin généraliste-patient. Le sentiment de confiance mutuelle influence la demande de renouvellement de pilule non dédiée.
- le sentiment de pudeur et les difficultés liées au genre masculin dans la relation patiente-médecin généraliste rendait délicat la demande de renouvellement en consultation dédiée

- la polyvalence de la consultation en médecine générale ne prête pas à l'expression d'un motif de consultation unique
- le médecin généraliste, n'était pas perçu comme un spécialiste en gynécologie
- le médecin généraliste non examinateur de la sphère génitale et débordé par son travail
- le médecin généraliste prescripteur en relais du suivi gynécologique régulier
- la satisfaction de la contraception orale et l'intégration de cette dernière à la routine de vie de la femme
- le besoin d'un changement de contraception favorisait la consultation dédiée
- la contraception orale n'appartenait pas à la maladie et à ses traitements

Lors de ces renouvellements en consultation non dédiée dans le parcours de soins, le médecin généraliste (69,1%) ou le gynécologue (48,2%) était déclaré comme connaissant les antécédents des demandeuses, hors parcours de soins, les antécédents étaient souvent recherchés (42,2%) avec beaucoup de questions à l'interrogatoire.

De ce fait l'interrogatoire était déclaré comme quasi-inexistant dans le parcours de soins.

De plus le médecin généraliste est déclaré comme l'auteur des prescriptions de renouvellement des utilisatrices de 1 à 5 ans (42,3%) et de plus de 5 ans (46,4%), le gynécologue celui des utilisatrices de moins d'un an ou depuis plus de 5 ans (59,3%), ( $p=0,004$ ).

Cependant, comme le recommande l'OMS et la HAS, les professionnels de santé devraient recueillir les antécédents détaillés des femmes qui demandent une contraception hormonale combinée et devraient les vérifier au moins annuellement.

Le plus grand danger en prescrivant une contraception œstroprogestative, qu'elle soit de 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> génération, est d'ignorer la présence de facteurs de risque cardiovasculaires associés pour lesquels elle est contre-indiquée. Les principales contre-indications des méthodes contraceptives œstroprogestatives sont d'ordre cardio-vasculaire, carcinologique et hépatique. Connaître les antécédents ne devrait pas dispenser de les rechercher surtout quand on sait que le risque thromboembolique veineux lié aux oestroprogestatifs est maximal au cours de la première année de traitement et en cas de changement par un contraceptif oral d'une autre génération.

Dans le parcours de soins, les prescripteurs mesurent la tension d'au moins une femme sur deux (53,6% pour le généraliste, 64,2% pour le gynécologue) alors que hors parcours de soins seulement un tiers des femmes (33,3%) avaient une mesure de la tension artérielle. Cette recommandation est mieux suivie lors des renouvellements dans le parcours de soins même si

le recours à la mesure de la tension artérielle n'est pas transcendant comparativement à ce qui est fait lors de la primo-prescription de contraception. Le moment de la demande de renouvellement en consultation non dédiée pourrait y être pour quelque chose.

Les pilules de 2<sup>ème</sup> génération sont les plus prescrites indépendamment du parcours de soins. Cependant, hors parcours de soins, l'autre médecin avait prescrit des pilules de 3<sup>ème</sup> génération (13,3%) avec un surrisque thrombo-embolique.

En consultation de renouvellement, dans le parcours de soin, le gynécologue (22,2%) est déclaré comme celui changeant le plus souvent la contraception, 7,2% pour le généraliste. L'autre médecin change aussi la contraception (15,6%) ( $p=0,014$ ). Le nombre de mois régulièrement était de 3 mois (33%) pour le généraliste, 12 mois (50,6%) pour le gynécologue dans le parcours de soins alors qu'il est plus fréquemment de 3 ou 6 mois hors parcours de soins. Le suivi proposé après les prescriptions était généralement de ne rien proposer pour le généraliste (42,3%), de revoir 70,4% des femmes pour le gynécologue dans le parcours de soins et rien (42,2%) hors parcours de soins.

Les pratiques des professionnelles dans le parcours de soins ne sont pas homogènes mais semblent être moins risquées que pour une prescription hors parcours de soins

### **2.2.3 Les prescriptions conformes aux recommandations de l'HAS et les prescriptions à risque en consultation non dédiée**

A peine 20% des prescriptions sont conformes aux recommandations de l'HAS concernant la prescription de renouvellement d'une contraception orale (recherche des antécédents, mesure de la tension artérielle, proposition de suivi).

57,1% des femmes chez qui les antécédents sont peu recherchés, 58,8% chez qui la tension artérielle n'était pas mesurée et 55,1% des femmes chez qui aucun suivi n'était proposé ont obtenu une prescription en consultation non dédiée. Les prescriptions réalisées dans de telles circonstances font prendre un risque inacceptable pour la santé des femmes. De très nombreuses suppositions pourraient expliquer ce constat. Il reste à comprendre que le facteur temps du médecin est là, et que de priver d'un renouvellement c'est aussi exposer au risque de grossesse non désirée.

## CONCLUSION

Les renouvellements de pilule en consultation à motifs multiples ne sont pas isolés. Face à cette problématique, cette étude quantitative, bien que manquant de référentiel précis sur le renouvellement, nous a apporté plusieurs réponses. Notre question était de savoir ce que faisaient les MG face à une demande spontanée de renouvellement de contraception orale. Nous avons pu en avoir un aperçu par l'intermédiaire de déclarations de femmes ayant obtenu une délivrance d'ordonnance de renouvellement de contraception orale en pharmacie.

L'analyse des résultats a malheureusement montré des tendances et pas d'association significative. Il en est ressorti essentiellement que les prescriptions de renouvellement en consultation non dédiée sont plus fréquentes chez le MG (55,7%) que chez le GYN (46,9%) ou un autre médecin (51,1%). Au total, 108 prescriptions de renouvellement de pilule étaient obtenues en consultation dédiée et 115 en consultation non dédiée dont 50 pour une demande de pilule au début et 65 pour une demande à la fin. Les MG, en consultation non dédiée, pour les renouvellements réalisés au début de la consultation, ne recherchaient pas les antécédents pour 43,5% des prescriptions. Ils mesuraient la TA pour 52,2% des prescriptions. Pour les renouvellements réalisés à la fin de la consultation, 74,2% n'avaient pas fait l'objet d'une recherche des antécédents et 51,6% avaient eu une mesure de la TA. Quel que soit le motif de la consultation, les oestroprogestatifs de 2<sup>ème</sup> génération étaient les plus prescrits et le nombre de mois de renouvellement prescrit était fréquemment de 3 mois. Les MG réalisaient 7,2% de changement de la contraception ( $p < 0,05$ ).

Les professionnels de santé ne recherchaient pas les antécédents pour 50,8% des renouvellements, la TA était mesurée pour 52,3% et 9,2% des contraception étaient changés quand la demande intervenait à la fin de la consultation.

A peine 20% des prescriptions étaient conformes aux recommandations de l'HAS concernant le renouvellement de la pilule et un peu plus d'une femme sur deux avait obtenu une prescription non conforme en consultation non dédiée c'est-à-dire sans que les antécédents, la tension artérielle n'aient été documentés ou alors sans aucun suivi proposé.

Au vu des résultats, il serait utile de mettre en place une consultation dédiée spécifiquement au renouvellement de la pilule. Si le gynécologue tente de répondre aux recommandations de l'HAS, le MG éprouve encore quelques difficultés à se conformer aux exigences de la consultation du renouvellement de la contraception. Il serait alors très intéressant de rechercher les réponses à ces pratiques en interrogeant les prescripteurs dans un autre travail.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Cohen J, Madelanat P, Levy-Toledano R, et al. Gynécologie et santé des femmes. La prise en charge des femmes françaises. Etat des lieux et perspectives en 2020. Paris : Eska 2000 : 188 p. [Internet]. [Consulté en Octobre 2018]. Disponible sur [www.engof.asso.fr/d\\_cohen/coA\\_06.htm](http://www.engof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm)
- [2] HAS, Haute Autorité de santé. Contraception : prescription et conseils aux femmes. Janvier 2015. [Internet]. [Consulté le 8 Octobre 2018]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e\\_maj\\_contraception\\_prescription-conseil-femmes-060215.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf)
- [3] HAS. Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). Juillet 2013. [Internet]. [Consulté le 8 Octobre 2018]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e\\_maj\\_contraceptionadulte-procreer-060215.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionadulte-procreer-060215.pdf)
- [4] Code de la santé publique. Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires. [Internet]. [Consulté en Octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024686131>
- [5] Poncet A. Renouvellement d'une contraception orale pour la femme jeune sans facteur de risque par les médecins généralistes. [Thèse d'exercice]. [Saint-Etienne, France] : faculté de médecine ; 2012.
- [6] Galichon C. La prescription et le suivi de la contraception : difficultés rencontrées par le médecin généraliste. [Thèse d'exercice]. [Paris, France] : Université de médecine Paris-Descartes. 20 Novembre 2014.
- [7] Le Guen M, Roux A, Rouzaud-Cornabas et al. Population et Sociétés. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. Numéro 549. Novembre 2017.
- [8] INPES, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Santé publique France. Contraception. Baromètre santé 2016. Septembre 2017. [Internet]. [Consulté le 8 Octobre 2018]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf>
- [9] Vilain A. Les IVG en 2015. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Juin 2016. [Internet]. [Consulté en Octobre 2018]. Disponible sur <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>



- [10] Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Population et Sociétés, 2004 ; 407 : 1-4
- [11] INED, Institut National des Etudes Démographiques. Populations en chiffres. Avortements.2010
- [12] INPES. Contraception, IVG et grossesses non désirées. [Internet] Disponible sur [http://inpes.santepubliquefrance.fr/50000/pdf/votre\\_pratique/2010-contraception.pdf](http://inpes.santepubliquefrance.fr/50000/pdf/votre_pratique/2010-contraception.pdf)
- [13] Bajos N, Bohet A et l'équipe de l'enquête Fecond. Population et sociétés. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? INED. Septembre 2012 numéro 492
- [14] La prévention médicale. Association nationale pour la prévention du risque médical. Petite erreur, grande conséquence : un clic malheureux sur le logiciel de prescription - Cas clinique. 26 Mai 2016. [Internet]. [Consulté le 8 Octobre 2018]. Disponible sur <https://www.prevention-medicale.org/Cas-clinique-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques/Medecin/erreur-de-clic-logiciel-prescription-medicale>
- [15] HAS. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Document de synthèse. Avril 2013. [Internet] [Consulté le 8 Octobre 2018]. Disponible sur [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception\\_freins\\_reco2clics-5.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf)
- [16] Raccah-Tebeka B, Plu-Bureau G. Guide pratique de la contraception. Elsevier Masson. 2017.
- [17] Tableau comparatif des différents moyens de contraception. [Internet]. [Consulté en Octobre 2018]. Disponible sur [https://www.choisirsacontraception.fr/contraception\\_tableau\\_comparatif.htm](https://www.choisirsacontraception.fr/contraception_tableau_comparatif.htm)
- [18] République Française. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. JORF n°0156 du 7 juillet 2001.p 10823
- [19] Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population & sociétés. Mai 2014 ; 511:1-4.
- [20] OMS. Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. 5<sup>ème</sup> édition. 2015. [Internet]. [Consulté en Octobre 2018]. Disponible sur <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249591/9789242549157-fre.pdf?sequence=1>
- [21] European Medicines Agency. EMA recommends availability of ellaOne emergency contraceptive without prescription. Change in status to facilitate access for women in the European. 21 Novembre 2014. [Internet]. [Consulté en Octobre 2018]. Disponible sur Union [https://www.ema.europa.eu/documents/press-release/ema-recommends-availability-ellaone-emergency-contraceptive-without-prescription\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/documents/press-release/ema-recommends-availability-ellaone-emergency-contraceptive-without-prescription_en.pdf)

[22] White T, Ozel B, Jain JK, Stanczyk FZ. Effects of transdermal and oral contraceptives on estrogen-sensitive hepatic proteins. *Contraception*. 2006 Oct;74(4):293–6.

[23] ANSM. Risque d'embolie pulmonaire, d'accident vasculaire cérébral ischémique et d'infarctus du myocarde chez les femmes sous contraceptif oral combiné en France : une étude de cohorte sur 4 millions de femmes de 15 à 49 ans à partir des données du SNIIRAM et du PMSI. Rapport final. 2013 Juin.

[24] HAS. Fiche de bon usage du médicament « Contraceptifs oraux oestroprogestatifs : préférez les pilules de 1re ou 2e génération.2012

[25] Institut National du Cancer. Pilules contraceptives et risque de cancers. Janvier 2018. [Internet]. [Consulté en Octobre 2018]. Disponible sur <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Traitements-hormonaux/Pilules-contraceptives>

[26] ANSM. Questions-Réponses : pilules contraceptives. Le point en 24 questions. Juin 2013. [Internet]. [Consulté en Octobre 2018]. Disponible sur [https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Risque-thromboembolique-des-pilules-estroprogestatives-informations-pour-les-femmes-et-les-professionnels-de-sante/\(offset\)/3](https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Risque-thromboembolique-des-pilules-estroprogestatives-informations-pour-les-femmes-et-les-professionnels-de-sante/(offset)/3)

[27] Counseling makes a difference. *Popul Rep J* 1987 ; 35 : 1-31

[28] Rinehart W, Rudy S, Drennan M. Gather. Guide to counseling. *Popul Rep J* 1998;(48):1-31

[29] Service des recommandations professionnelles de l'ANAES, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Recommandations pour la pratique clinique. Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme. [Internet]. [Consulté en Octobre 2018]. Disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf>

[30] HAS. Fiches mémo Contraception chez l'homme et chez la femme : rapport d'élaboration. Avril 2013

[31] Colin A. Le modèle BERGER est-il applicable en pratique courante ? enquête d'opinion auprès de médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Bourgogne ; 2012

[32] INPES. Comment aider une femme à choisir sa contraception, la contraception : comment mieux la personnaliser ? Les essentiels de l'INPES. 2007. [Internet]. Consulté en Octobre 2018]. Disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/50000/pdf/essentiels/1110-contraception.pdf>

[33] INPES. Carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? ». [Internet]. [Consulté en Octobre 2018]. Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1368.pdf>

- [34] CPF, Centre de Planification Familiale. PILLOOPS. [Internet]. [Consulté en Octobre 2018]. Disponible sur <https://www.planning-familial.org/sites/internet/files/201706-01-pilloops.pdf>
- [35] CNGOF, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France. La prise en charge des femmes françaises. [Internet]. [Consulté en Octobre 2018]. Disponible sur [http://www.cngof.asso.fr/d\\_cohen/coA\\_06.htm](http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm)
- [36] Talon-Brouste C. Approche qualitative de la contraception et de la démarche d'aide au choix contraceptif en médecine générale. [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France] : Université de Médecine de Montpellier ; 2009.
- [37] Adresses utiles pour obtenir une contraception et des informations. Site internet <https://www.choisirsacontraception.fr/contacts-utiles/>
- [38] DGS, Direction Générale de la Santé. Stratégie d'action en matière de contraception. 2007
- [39] MG France, syndicat de médecin généraliste. [Internet] [consulté le 08 Octobre 2018]. Disponible sur : <http://www.informationhospitaliere.com/actualite-13833-medecin-generaliste-sui-vi-femmes-source-enquete-epilule-etude-portant-2802-femmes-16-54-ans.html>
- [40] Etude permanente de la prescription médicale (EPPM)- DOREMA. Printemps 1999. IMS 1999
- [41] David M, Perigois E. Ressentie des femmes à l'égard du suivi gynécologique, synthèse des résultats. Etude BVA. 2008
- [42] Cogneau J. Rapport final EPILULE. Février 2004
- [43] 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 de médecine]. [Paris, France] : Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine ; 2004.
- [44] WONCA Europe, La définition Européenne de la médecine générale -Médecin de famille. 2002. [Internet]. [Consulté en Octobre 2018]. Disponible sur <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
- [45] HAS. Parcours de soins : questions/réponses. 2012 Mai. Disponible en Avril 2018 sur [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep\\_parcours\\_de\\_soins.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf)
- [45] La démographie médicale à l'horizon 2020. Une réactualisation des projections à partir de 2002. DREES. Numéro 161. Mars 2002. [Internet]. [Consulté en Octobre 2018]. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er161.pdf>
- [47] Observatoire National de la démographie des Professions de Santé (ONDPS). Compte rendu de l'audition des Gynécologues médicaux du 2 Février 2011

[48] République Française. Loi n°67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances. Journal officiel du 29 décembre 1967.

[49] Code de la Santé publique. Décret n° 2012-35 du 10 janvier 2012 pris pour l'application des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique [Internet]. [Consulté en Octobre 2018]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025135341&dateTexte=&categorieLien=id>

[50] HAS. Contraception hormonale orale : dispensation en officine. Décembre 2013. [Internet]. [Consulté en Octobre 2018]. Disponible sur [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception\\_hormonale\\_maj\\_janv2015.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_hormonale_maj_janv2015.pdf)

[51] Académie Nationale de Pharmacie. Délivrance des contraceptifs à l'officine : rôle éducatif du pharmacien, suite de la loi HPST. 2 Octobre 2011. [Internet]. [Consulté en Octobre 2018]. Disponible sur [http://www.acadpharm.org/dos\\_public/Contraception\\_Rapport\\_finalisE\\_2Eme\\_version\\_03.10.2011.pdf](http://www.acadpharm.org/dos_public/Contraception_Rapport_finalisE_2Eme_version_03.10.2011.pdf)

[52] Code de la Santé publique. Article 89 de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), en modifiant le premier alinéa de l'article L. 5125-23-1. 21 Juillet 2009. [Internet]. [Consulté en Octobre 2018]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026200416&dateTexte=&categorieLien=id>

[53] Fleurat F-L. Evaluation des pratiques professionnelles lors de la prescription d'une contraception chez les médecins généralistes en Limousin. [Thèse d'exercice]. [Paris, France] : Université de médecine de Limoges. Octobre 2015.

[54] Bahmed S. Difficultés ressenties par le médecin généraliste lors d'une consultation où la contraception est abordée : étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [France, Rennes]: Université de Rennes 1, faculté de médecine. 2013.

[55] Zaoui J. Renouvellement de contraception orale en médecine générale : Étude qualitative des facteurs déterminant la demande non dédiée des patientes de plus de dix-huit ans dans le Nord Pas de Calais. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Lille 2 ; 2016.

[56] Chapuis-Sicard C. Evaluation des pratiques de prescription de la contraception par les médecins généralistes depuis les dernières recommandations HAS de 2004. [Thèse d'exercice]. [Paris, France] : Université de médecine Paris- Diderot. 14 Février 2013.

[57] Perrine AL, Lecoffre C, Blacher J, Olié V. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. Bull Epidémiol Hebd. 2018;(10):170-9. [Internet]. [Consulté le 8 Octobre 2018]. Disponible sur [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/10/pdf/2018\\_10\\_1.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/10/pdf/2018_10_1.pdf)

[58] OMS. Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. 3<sup>ème</sup> édition. Genève. 2017. [Internet]. [Consulté en Octobre 2018]. Disponible

à l'adresse <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259677/9789242565409-fre.pdf;jsessionid=767D4D473E0B18690E633C01C25D4B8B?sequence=1>

[59] LE MENN J. Rapport d'information sur l'enquête de la Cour des comptes relative à la biologie médicale- r12-785. 18 Juillet 2013. [Internet]. [Consulté en Octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r12-785/r12-7851.pdf>

[60] HAS. Contraception chez l'homme et chez la femme. Rapport d'élaboration. Avril 2013, mise à jour Octobre 2017. [Internet]. [Consulté en Octobre 2018]. Disponible sur [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception\\_fiches\\_memo\\_rapport\\_delaboration.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf)

[61] ANSM, Agence Nationale de Sécurité des Médicaments. Evolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés (COC) et autres contraceptifs de janvier 2013 à décembre 2013. Juin 2014. [Internet]. [Consulté en Octobre 2018]. Disponible sur [http://ansm.sante.fr/content/download/58591/751465/version/1/file/Contraceptifs-orauxEvolution-consommationfevrier2014\\_3.pdf](http://ansm.sante.fr/content/download/58591/751465/version/1/file/Contraceptifs-orauxEvolution-consommationfevrier2014_3.pdf)

## ANNEXES

**Annexe 1 : Tableau II :** Efficacité contraceptive et taux d'abandon de la méthode après un an d'utilisation aux États-Unis et en France (OMS 2011). Données extraites de « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée », HAS 2013

Méthode	Taux de grossesse (%) au cours de la première année d'utilisation			Taux d'abandon (%) de la méthode après 1 an d'utilisation	
	Utilisation courante		Utilisation correcte et régulière (Trussel)	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)
	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)			
Implant contraceptif	0,05		0,05	16	
Vasectomie	0,15		0,1	0	
DIU au lévonorgestrel	0,2	1,1 <sup>1</sup>	0,2	20	15 <sup>1</sup>
Stérilisation féminine	0,5		0,5	0	
DIU au cuivre	0,8	1,1 <sup>1</sup>	0,6	22	15 <sup>1</sup>
Injectable progestatif (Depoprovera)	6		0,3	44	
Pilule combinée oestroprogestative et pilule progestative seule	9	2,4	0,3	32	30
Patch contraceptif	9		0,3	32	
Anneau vaginal	9		0,3	32	
Diaphragme	12 <sup>2</sup>		6 <sup>2</sup>		
Préservatif masculin	15	3,3	2	47	53
Préservatif féminin	21		5	51	
Retrait	22	10	4	57	45
Éponge <sup>3</sup>	24, 12 <sup>4</sup>	22 <sup>5</sup>	20, 9 <sup>6</sup>	64	62 <sup>5</sup>
Méthode de connaissance de l'ovulation (méthode naturelle)	25	8	0,4 – 5 <sup>7</sup>	49	48
Spermicides	29	22 <sup>5</sup>	18	58	62 <sup>5</sup>
Cape cervicale	32, 16 <sup>8</sup>		26, 9 <sup>9</sup>		
Aucune méthode	85		85		

Les taux publiés par l'OMS proviennent largement des États-Unis (Trussel 2011). Les taux pour la France sont issus de l'étude Cocon (Moreau 2007, Moreau 2009) ; En fonction du taux de grossesse au cours de la 1<sup>ère</sup> année d'utilisation, la méthode est considérée par l'OMS comme : < 1 : très efficace ; 1 – 9 : efficace ; 10 – 25 : modérément efficace ; 26 – 32 : moins efficace.

<sup>1</sup> tout type de DIU (cuivre et lévonorgestrel) ; <sup>2</sup> diaphragme avec spermicide ; <sup>3</sup> les éponges spermicides ont été retirées du marché en mars 2013 ; <sup>4</sup> femmes uni/multipares : 24 ; femmes nullipares : 12 ; <sup>5</sup> spermicide ou éponge ; <sup>6</sup> femmes uni/multipares : 20 ; femmes nullipares : 9 ; <sup>7</sup> méthode symptothermique : 0,4 ; méthode de l'ovulation : 3 ; méthode des 2 jours : 4 ; méthode des jours fixes : 5 ; <sup>8</sup> femmes uni/multipares : 32 ; femmes nullipares : 16 ; <sup>9</sup> femmes uni/multipares : 26 ; femmes nullipares : 9.

## Annexe 2 : Tableau III : Contraceptifs oraux commercialisés en France au 1<sup>er</sup> Janvier 2015



### CONTRACEPTIFS ORAUX COMMERCIALISÉS EN FRANCE AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2015

#### Contraceptifs oraux commercialisés en France au 01 Janvier 2015 Estro-progestatifs

Génération progestatif	Dénomination commune (DC)	Phases	Dosage	Spécialités	Posologie
1 <sup>ère</sup>	Noréthistérone	Triphasique	Noréthistérone 500 puis 750 µg puis 1000 µg, EE 35 µg	Triella	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
2 <sup>ème</sup>	Lévonorgestrel	Monophasique	Lévonorgestrel 150 µg, EE 30 µg	Minidril – Ludéal – Lovapharm Lévonorgestrel Ethinylestradiol 150/30 Mylan / Teva	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Optidril	21 cp actifs + 7 placebo	
		Biphasique	Lévonorgestrel 100 µg, EE 20 µg	Leeloo – Lovavulo – Lévonorgestrel Ethinylestradiol Zentiva 100/20	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Optilova	21 cp actifs + 7 placebo	
	Triphasique	Lévonorgestrel 150 puis 200 µg, EE 30 puis 40 µg	Adépal - Pacilia	21 cp (7+14) + 7 j d'arrêt	
Norgestrel	Monophasique	Lévonorgestrel 50 puis 75 puis 125 µg, EE 30 puis 40 puis 30 µg	Trinordiol – Amarance – Daily - Evaneclia	21 cp (6+5+10) + 7 j d'arrêt	
		Norgestrel 500 µg, EE 50 µg	Stédiril	21 cp (+ 7 j d'arrêt)	
3 <sup>ème</sup>	Désogestrel	Monophasique	Désogestrel 150 µg, EE 20 µg	Mercilon - Désobel 150/20 - Désogestrel Ethinylestradiol 150/20 Biogaran / Zentiva	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Désogestrel 150 µg, EE 30 µg	Varnoline - Désobel 150/30 - Désogestrel Ethinylestradiol 150/30 Biogaran / Zentiva	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
	Gestodène	Monophasique	Gestodène 60 µg, EE 15 µg	Mélodia – Minesse – Optinesse - Gestodène Ethinylestradiol 60/15 Biogaran / EG / Teva / Zentiva / Mylan	24 cp actifs + 4 placebo
			Gestodène 75 µg, EE 20 µg	Harmonet - Méliane - Carlin 75/20 - Gestodène Ethinylestradiol 75/20 / Biogaran / EG / Mylan / Sandoz / Teva / Zentiva	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Gestodène 75 µg, EE 30 µg	Minulet – Carlin 75/30 - Gestodène Ethinylestradiol 75/30 Actavis / Biogaran / EG / Mylan / Teva / Zentiva	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Triphasique	Gestodène 50 puis 70 puis 100 µg, EE 30 puis 40 puis 30 µg	Tri-Minulet - Perléane
	Norgestimate	Monophasique	Norgestimate 250 µg, EE 35 µg	Effiprev	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
Triphasique		Norgestimate 180 µg puis 215 µg puis 250 µg, EE 35 µg	Triafemi	21 cp (7+7+7) + 7 j d'arrêt	
Autres (parfois appelées) 4 <sup>ème</sup>	Drospirénone	Monophasique	Chlormadinone 2 mg, EE 30 µg	Bélara	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Drospirénone 3 mg, EE 30 µg	Jasmine – Convuline - Drospibel 3 mg / 30 µg - Drospirénone Ethinylestradiol 3 mg / 30 µg Biogaran / Mylan / Sandoz	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Drospirénone 3 mg, EE 20 µg	Jasminelle – Bélanette - Drospibel 3 mg / 20 µg - Drospirénone Ethinylestradiol 3 mg / 20 µg Biogaran / Mylan / Sandoz	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
				Jasminelle continu - Drospirénone Ethinylestradiol 3 mg / 20 µg Biogaran continu / GNR / Mylan continu	21 cp actifs + 7 placebo
				Yaz – Rimendia – Drospirénone Ethinylestradiol Mylan Pharma continu	24 cp actifs + 4 placebo
	DiénoGEST	Multiphasique	DiénoGEST 5 paliers en mg : 0, 2, 3, 0 puis 0 Valérate d'estradiol 5 paliers en mg : 3, 2, 2, 1 puis 0.	Qlaira	26 cp actifs (2+5+17+2) et 2 placebo
Nomégestrol	Monophasique	Nomégestrol acétate 2,5 mg, estradiol 1,5 mg	Zoely	24 cp actifs + 4 placebo	

cp : comprimé - EE : éthinylestradiol - j : jour

#### Contraceptifs oraux commercialisés en France au 01 JANVIER 2013 Progestatifs

Génération progestatif	Dénomination commune (DC)	Phases	Dosage	Spécialités	Posologie
2 <sup>ème</sup>	Lévonorgestrel	---	Lévonorgestrel 30 µg	Microval	28 cp
3 <sup>ème</sup>	Désogestrel	---	Désogestrel 75 µg	Cérazette – Clareal - Desopop - Antigone – Diamilia - Optimizette - Désogestrel 75 µg Biogaran / EG / Mylan / Teva / Zentiva	28 cp

cp : comprimé ; EE : éthinylestradiol ; j : jour

### Annexe 3 : Questionnaire de l'étude

#### Enquête sur la prescription de « dépannage » de contraception

Madame,

Cette enquête servira mon travail de thèse de médecine générale sur la qualité de l'accès à la contraception.

Merci de bien vouloir répondre à ce questionnaire concernant la prescription du contraceptif indiqué sur votre ordonnance : cela ne prendra que 3 minutes.

Il est complètement anonyme : ni vous, ni votre prescripteur ne pourront être identifiés.

**Si l'ordonnance concerne votre toute première prescription de contraception, merci de ne pas répondre aux questions suivantes. Remettre le questionnaire au pharmacien en cochant ici : non concernée**

#### A- A propos de vous ?

1 - Année de naissance : \_ \_ \_ \_

2 - Votre résidence :  Bordeaux / CUB  Bergerac / environs  Autre

3 - Indiquez ci-dessous la date de la prescription, le nom et la durée de renouvellement de votre contraception comme mentionné sur l'ordonnance :

Date : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

NOM de la contraception (majuscules) écrit sur l'ordonnance ou sur la boîte délivrée

.....

Nombre de mois de renouvellement : \_ \_

4 - Vous prenez la pilule :  depuis moins de 1 an  entre 1 et 5 ans  
 depuis plus de 5 ans

#### B- A propos du prescripteur de cette ordonnance :

5 - Qui est-il pour vous ? (*Une seule réponse*)

Mon médecin traitant généraliste habituel (**passez à la question 8**)

Mon gynécologue habituel (**passez à la question 8**)

Un autre ou nouveau médecin généraliste ou gynécologue ou leur remplaçant (**continuez avec la question 6**)

6 - S'il s'agit d'un autre ou nouveau médecin généraliste ou gynécologue ou leur remplaçant

Il vous a déjà prescrit une ordonnance pour votre contraception

Il ne vous connaît pas

7 - Si c'est la première fois que vous le consultez, **précisez la raison SVP :**

◇ Mon médecin habituel est absent ou non disponible rapidement

◇ Je suis en vacances ou en déplacement

◇ Je change de médecin



◇ Autre raison personnelle : .....

8 - Quel était le motif initial de votre consultation ? « **Vous venez pour...** »

uniquement pour le dépannage de votre contraception habituelle (...en panne de contraception !)

Une autre raison que votre contraception **et vous lui avez demandé dès le début de la consultation de la prescrire**

Une autre raison que votre contraception **et vous lui avez demandé en fin de consultation de la prescrire**

### **C- Comment s'est déroulée votre consultation ?**

9 - Le médecin vous a-t-il interrogé sur vos antécédents médicaux personnels et familiaux pour rédiger la prescription ?

Non il les connaît déjà

Non pas vraiment

Oui vraiment beaucoup de questions sur le tabac, les migraines, le cholestérol, le sucre dans le sang, les maladies du cœur et des veines, le cancer ou les maladies du foie.

Je ne sais plus

10 - Vous a-t-il :

• pris la tension artérielle  OUI  NON  Je ne sais plus

• prescrit une prise de sang (bilan du cholestérol, du sucre) ?

OUI  NON  Je ne sais plus

11 - A-t-il éventuellement changé votre contraception habituelle  OUI  NON

Si OUI, savez-vous pourquoi

? .....

### **D - Et après la prescription, qu'a-t'il proposé de faire ?**

De vous revoir pour le suivi

De retourner voir votre prescripteur habituel pour le suivi

Il n'a rien proposé

Je ne m'en souviens plus

**Le décret no 2012-883 du 17 juillet 2012 autorise le pharmacien à dispenser les contraceptifs oraux lorsque l'ordonnance est expirée depuis moins d'un an.**

Le saviez-vous ?  OUI  NON

**Une fiche mémo rappelant la conduite en cas d'oubli de votre pilule est à votre disposition dans cette pharmacie.**

**Je vous remercie pour votre aimable participation. *Vous pouvez remettre le questionnaire au pharmacien sous pli fermé si vous le désirez (une enveloppe est à votre disposition).***

#### **Annexe 4 : Note à l'attention des pharmaciens**

Madame, Monsieur

Cher confrère, chère consœur

En vue de ma soutenance de Thèse de Médecine Générale, je réalise une enquête portant sur une pratique fréquente : la prescription de << dépannage >> de la contraception en Médecine de Ville.

Vous avez accepté de proposer le questionnaire de l'enquête à vos "clientes" et je vous en remercie vivement.

Elle s'adresse aux femmes en âge de procréer, se présentant avec une ordonnance comportant un renouvellement de leurs contraceptifs. Les femmes avec une ordonnance concernant une première prescriptions de la contraception ne doivent pas le remplir. Le questionnaire est anonyme, gratuit et sans obligation pour la patiente.

Le but est de savoir quelle réponse est apportée par le médecin pour ces demandes faites souvent en fin de consultation ou en coin de table, si cette demande change le déroulement de la consultation et pour combien de mois est fait le renouvellement.

L'enquête est proposée dans 8 pharmacies dont 4 à Bordeaux (Gironde) et 4 à Bergerac (Dordogne).

NB : Il s'agit d'une enquête sur la contraception << de dépannage >> et non la contraception << d'urgence >>.

Elle explore les attitudes et pratiques lors de la prescription d'une contraception habituelle demandée à l'occasion d'une consultation banale par rajout sur l'ordonnance chez une patiente en rupture de pilule.

Nous souhaitons évaluer le risque de faille sur la sécurité de cette prescription.

Je vous remercie d'avance pour le temps que vous y consacrez.

## Annexe 5 : Distribution d'âge des femmes de l'étude

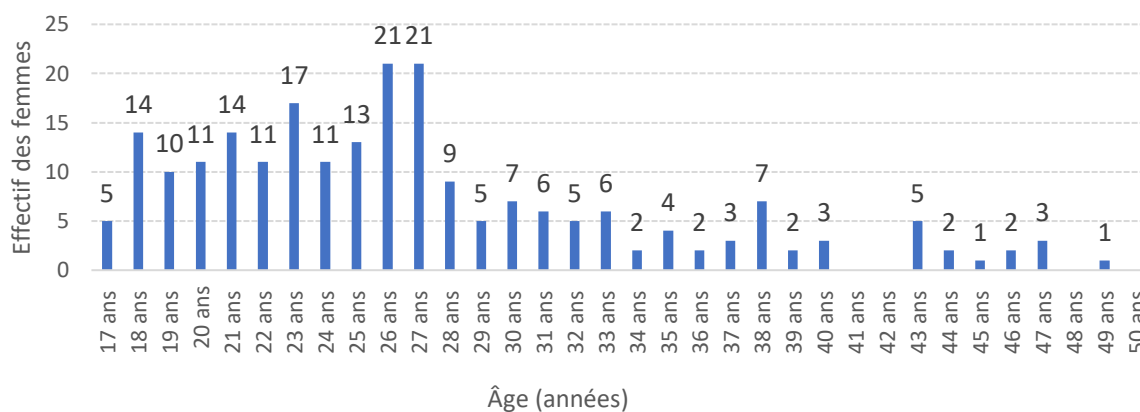


Figure : Distribution des femmes selon l'âge

*Etude prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223*

La distribution des âges selon la ville de collecte avait montré que les femmes incluses à Bergerac avaient entre 17 et 49 ans tandis que à Bordeaux elles étaient âgées de 17 à 47 ans.

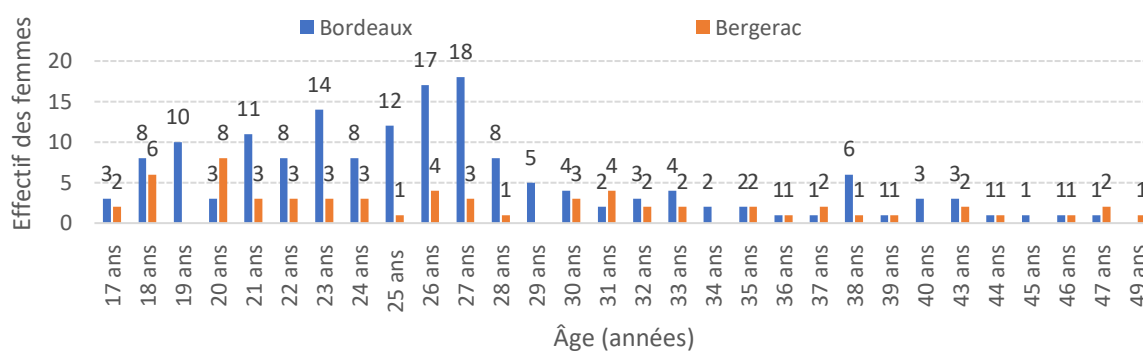


Figure : Âge des femmes, selon la ville de collecte

*Etude prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223*

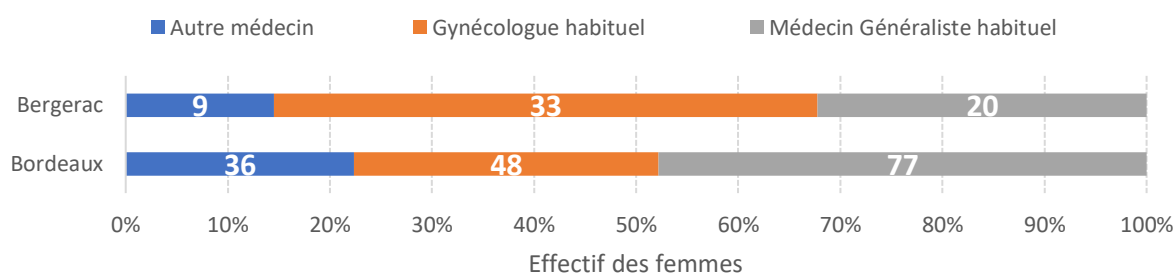
### **Annexe 6 : Tableau IV : Distribution des femmes selon la classe d'âge**

*Etude prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223*

	16-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-50 ans	Ensemble (n)
Bergerac	8	20	9	11	7	3	4	62
Bordeaux	21	44	60	11	11	7	3	161
Ensemble	29	64	69	26	18	10	7	223

Les effectifs ne permettent pas de conclure à une différence significative de classe d'âge selon la ville de collecte ( $p>0,05$ )

### **Annexe 7 : Les spécialistes consultés en fonction la ville de collecte**



**Figure : Le spécialiste consulté pour le renouvellement selon la ville de collecte**

*Etude prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223*

Il existait une différence statistiquement significative concernant le spécialiste consulté selon la ville de collecte ( $p=0,005$ ).

**Annexe 8 : La connaissance de la femme et l'existence d'une antériorité de prescription de la contraception par l'autre médecin**

Parmi les 45 femmes qui avaient consulté un autre médecin

- 21 avaient mentionné qu'il ne les connaissait pas (18 à Bordeaux, 3 à Bergerac)
- 20 femmes avaient déjà eu une prescription de contraception par ce médecin (15 à Bordeaux, 5 à Bergerac)
- 36 avaient mentionné qu'elles le rencontraient pour la première fois (29 à Bordeaux, 7 à Bergerac) et renseigné la raison de cette consultation.

La connaissance de la patiente, la prescription antérieure de la contraception par l'autre médecin ne semblaient pas être significativement associées dans chaque ville de collecte ( $p > 0,05$ ).

**Annexe 9 : Tableau V : Les raisons du changement de la contraception déclarées par les femmes, à l'issue de la consultation de renouvellement**

*Etude prescription de « dépannage » de contraception, Bordeaux-Bergerac 2017, N=223*

<b>Effets secondaires</b>	<b>Effectif (n)</b>
Migraine	2
Hypercholestérolémie	1
Intolérance du générique de la pilule	1
L'ancienne pilule était trop forte	4
Prise de poids	1
Rejet du stérilet	1
Saignement	1
Spotting	1
Kystes ovariens	1
Ne convenait plus	2
Pas en accord avec le cycle hormonal	1
<b>Antécédents familiaux/personnels ou contre-indication</b>	<b>Effectif (n)</b>
Antécédent familial d'accident vasculaire cérébral	1
Adaptation à l'âge	1
Patiente âgée de 40 ans	1
<b>Changement de méthode contraceptive</b>	<b>Effectif (n)</b>
Retrait de l'implant et début de la pilule	1
Retrait du DIU et début de la pilule	1
Stérilet prescrit pour la prochaine consultation	2
<b>Autres raisons</b>	<b>Effectif (n)</b>
Arrêt de la commercialisation de la pilule TRIELLA®	1
A la demande de la patiente	2
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>

## Serment d'Hippocrate

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.

## RESUME

**Introduction :** Notre question de recherche était de savoir ce que faisaient les MG lors du renouvellement de la pilule en consultation non dédiée. L'objectif principal était également de recueillir les pratiques de prescriptions de renouvellement des professionnels de santé à la fin d'une consultation non dédiée sur la base de déclaration des utilisatrices.

**Méthode :** Etude quantitative, observationnelle et transversale par questionnaires auto-administrés auprès de 223 utilisatrices âgées de 16 à 50 ans, venues se faire délivrer une ordonnance de renouvellement en pharmacie. Elles étaient recrutées dans 8 pharmacies.

**Résultats :** 108 prescriptions de renouvellement de pilule étaient obtenues en consultation dédiée, 115 en consultation non dédiée dont 50 renouvellements au début et 65 à la fin. Pour les renouvellements réalisés au début de la consultation, les MG ne recherchaient pas les antécédents pour 43,5% des prescriptions. Ils mesuraient la TA pour 52,2% des prescriptions. Pour ceux réalisés à la fin de la consultation, 74,2% des renouvellements n'avaient pas fait l'objet d'une recherche des antécédents et pour 51,6% des renouvellements la TA n'était pas mesurée. Les MG réalisaient aussi 7,2% de changement de contraception ( $p < 0,05$ ).

Les professionnels ne recherchaient pas les antécédents pour 50,8% des renouvellements, la TA était mesurée pour 52,3% et 9,2% des contraception étaient changés quand la demande intervenait à la fin de la consultation.

**Conclusion :** A peine 20% des prescriptions de renouvellements étaient conformes. En consultation non dédiée, les MG éprouvent des difficultés à respecter les exigences du renouvellement des prescriptions.

**Mots clés :** contraception orale, consultation dédiée, consultation de renouvellement, médecin généraliste, prescriptions en médecine générale, renouvellement.



## ABSTRACT

**Introduction :** Our research question was what GPs were doing when renewing the pill in not dedicated consultation. The main objective was also to collect the practices of renewal prescriptions of health professionals at the end of an not dedicated consultation on the basis of declaration of the users.

**Method :** Quantitative, observational, transversal study using self-administered questionnaires with 223 users aged between 16 and 50, to obtain a prescription for renewal in a pharmacy. They were recruited from 8 pharmacies.

**Results :** 108 pill renewal prescriptions were obtained in a dedicated consultation, 115 in not dedicated consultation, including 50 renewals at the beginning and 65 at the end. For renewals made at the beginning of the consultation, GPs did not search for antecedents for 43.5% of prescriptions. They measured BP for 52.2% of prescriptions. For those completed at the end of the consultation, 74.2% of renewals had not been searched for antecedents, and for 51.6% of renewals, BP was not measured. GPs also achieved 7.2% change in contraception ( $p < 0.05$ ). Professionals did not search for antecedents for 50.8% of renewals, BP was measured for 52.3% and 9.2% of contraceptives were changed when demand came in at the end of the consultation.

**Conclusion :** Barely 20% of renewal prescriptions were compliant. In not dedicated consultation, the GPs find it difficult to respect the renewal requirements of prescriptions.

**Keywords :** oral contraceptive ; dedicated consultation ; renewal consultation ; general practitioner ; prescriptions in general medicine ; renewal.

---

Discipline : Médecine Générale  
UFR des sciences médicales - Université de Bordeaux  
146 Rue Léo Saignat 33076 Bordeaux Cedex