

## Étude originale

Mehmet Yigit, Josette Vallée

Université Jean Monnet, Faculté de médecine Jacques Lisfranc, Département de Médecine Générale, 42270 Saint-Priest-en-Jarez

mehmet.yigit.img@gmail.com

Correspondance : M. Yigit

## Résumé

En France en 2019, la contraception orale (CO) est la contraception médicalisée la plus utilisée. L'oubli du médicament et les effets indésirables (EI) peuvent conduire à une grossesse non désirée. Cet article explore les connaissances sur le maniement de la CO en cas d'oubli, sur les EI possibles et leurs conséquences éventuelles sur l'observance. Deux tiers des participantes manquent d'information. Pour l'oubli inférieur à 12 h, la conduite à tenir est assimilée ; pour celui de plus de 12 heures, la nécessité d'une contraception mécanique est connue a contrario de la contraception post-coïtale et de la conduite à tenir lors d'un oubli durant la dernière semaine de comprimés actifs de la plaquette. Si 68 % des participantes tolèrent bien leur CO, pour 31 % les EI ont été responsables de l'arrêt ou du changement. Les EI sont mal connus sauf la prise de poids. L'absence d'enfant et un niveau socioprofessionnel élevé semblent être des facteurs liés à un meilleur niveau de connaissance.

## • Mots clés

contraception orale ; oubli ; effets indésirables.

**Abstract. Knowledge of oral contraceptive users: oversights and side effects**

In France, in 2018, oral contraception (OC) is the most widely used medical contraception. Forgetting the pill and adverse reactions can lead to an unwanted pregnancy. This article aims to explore knowledge of how to handle OC in the event of forgetting, possible adverse effects (ARs) and their possible consequences on compliance. Two thirds of participants lack information. For forgetting less than 12 hours, the right conduct to adopt is assimilated. For forgetting more than 12 hours, the need for mechanical contraception is known, while post-coital contraception and what to do when forgetting active tablets in the

# Connaissances des utilisatrices de contraception orale : oublis et effets indésirables

## Introduction

La contraception orale (CO), alias pilule, est la principale méthode contraceptive de longue durée utilisée en France : contraception orale combinée (COC) et contraception orale progestative pure (CPP) [1]. Les COC sont classées en quatre générations selon le progestatif qu'elles contiennent. Selon le Baromètre Santé 2016, la contraception concernait 79,1 % des Françaises, 8 % des femmes de 15 à 49 ans déclarant n'avoir aucun moyen de contraception [1]. Le schéma contraceptif français au cours de la vie d'une femme en âge de procréer, assez stéréotypé, a été bouleversé suite aux événements médiatiques sur les pilules de troisième et quatrième générations de 2012, avec une nette diminution de la CO au profit du dispositif intra-utérin (DIU) ou du préservatif seul, en particulier chez les femmes de 20 à 44 ans [1, 2]. Néanmoins la CO concerne 36,5 % des Françaises tous âges confondus et 50 % des utilisatrices de 15-29 ans, tranche d'âge la plus concernée par les interruptions volontaires de grossesse (IVG) [3].

On estime actuellement à 40 % le pourcentage de Françaises qui auront recours à l'IVG dans leur vie, une grossesse sur trois sous contraceptif n'étant pas désirée, principalement une CO [4]. En 2017, le nombre d'IVG a été de 216 700, stable depuis l'autorisation de l'IVG [5]. Deux études ont montré que certaines femmes, ayant subi une IVG ou pas, préféreraient utiliser le préservatif du fait des effets indésirables (EI) de la CO ou par peur de l'oublier [6, 7].

Au niveau européen, dans le respect des contre-indications (CI), notamment l'existence de facteurs de risque cardiovasculaire préexistants, les effets indésirables (EI) cardiovasculaires et thromboemboliques graves restent peu fréquents sous COC [2-4]. Une augmentation très modérée du nombre de cancers du sein, mais une baisse des cancers coliques et ovariens ont été relevées [4]. De nombreux EI bénins sont souvent réversibles : métrorragies ou aménorrhées, acné, prise de poids, variation de l'humeur et de la libido, nausées, majoration des céphalées et migraines, tension et sensibilité mammaire. Ces derniers et la sensation de fardeau représenté par la prise d'une CO sont les plus cités par les femmes sur Internet pour justifier l'arrêt de leur CO [7].

Ainsi certaines IVG surviendraient du fait du refus ou de l'arrêt d'une CO médicalisée pour diverses raisons et d'une mauvaise observance dont l'oubli parfois en lien avec le fardeau du traitement.

En cas d'oubli, Santé Publique France indique un délai de sûreté de 12 h pour la quasi-totalité des CO et une conduite à tenir estimant qu'un seul oubli serait préjudiciable. Toutefois, selon l'OMS, un seul oubli ne pourrait être responsable à lui seul de la survenue d'une grossesse non désirée [8, 9].



last week of the pack are not. 68% of participants tolerate their OC well. For 31%, the ARs were responsible for the discontinuation or change. ARs are poorly known except for weight gain. The childlessness and a high socio-professional category seems to be factors related to a better level of knowledge.

• **Key words**

oral contraception; missed pill; adverse effects.

DOI: 10.1684/med.2019.448

Cette étude avait pour objectif principal d'explorer les connaissances des femmes sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et pour objectif secondaire d'évaluer leurs connaissances et appréciations des effets indésirables de leur CO.

## Méthode

### Type d'étude

Une étude quantitative, déclarative, multicentrique, par questionnaire anonyme, a été réalisée du 9 octobre 2018 au 15 janvier 2019, auprès de

femmes consultant dans la Loire, soit dans des cabinets de médecine générale ou de sage-femme, soit aux urgences gynécologiques et centre d'orthogénie du CHU de Saint-Étienne et du CH de Roanne.

### Population

Ont été incluses sur la base du volontariat les femmes de 16 à 50 ans sous CO depuis au moins trois mois au moment de l'étude et exclues les femmes de moins de 16 ans et de plus de 50 ans, celles sans contraception médicalisée ou sous contraceptif autre que la CO, celles ne lisant pas et/ou ne comprenant pas le français. Les patientes ont été informées de l'étude à l'aide d'une affiche placée en salle d'attente après des professionnels de santé.

### Enquête

Le questionnaire était composé de trois parties : premièrement, un relevé des caractéristiques socio-démographiques, anthropométriques, l'existence ou non d'un tabagisme, le type de CO utilisé. La deuxième partie a exploré les connaissances en cas d'oubli ou de décalage de la CO selon les recommandations de Santé Publique France [10]. La dernière s'intéressait aux connaissances des EI. Il a été testé auprès de cinq utilisatrices de CO, n'appartenant pas au milieu médical, pour améliorer sa compréhension. Afin d'obtenir au minimum 200 questionnaires exploitables, 750 ont été distribués ; une urne disposée en salle d'attente a permis de les récupérer.

### Analyse

Les données caractérisant les femmes ont été décrites sous forme de fréquence et de pourcentage pour les variables qualitatives et sous forme de moyenne et écart-type pour les variables quantitatives. Pour déterminer leur niveau de connaissance, les participantes ont été classées en utilisatrices de COC ou CPP selon le nom de la CO déclarée et le nombre de comprimés de la plaquette.

Selon le niveau des connaissances sur le rattrapage en cas d'oubli, elles ont été réparties en deux groupes.

Le groupe 1 constitué de celles ayant des connaissances sur le fonctionnement de leur pilule et le groupe 2 de celles présentant un manque de connaissances. Le score de connaissance a été calculé en fonction des réponses à quatre questions pour les femmes déclarant une COC, ou trois pour celles déclarant une CPP. Un score supérieur ou égal à 6/10 pour les participantes prenant une COC a été considéré comme un score satisfaisant ; un score inférieur à 6/10 insuffisant (seuil à 5/8 pour les femmes sous CPP). Lorsqu'il manquait une réponse sur au moins une des questions, le score n'a pas pu être calculé.

Pour expliquer les facteurs influençant le fait d'avoir plus ou moins de connaissances sur l'oubli de CO, un modèle de régression logistique multivarié avec effet aléatoire a été créé (modèle mixte). La variable à expliquer était « avoir des connaissances sur la conduite à tenir en cas d'oubli de la CO supérieures à la moyenne ».

Les variables explicatives à effet fixe étaient l'âge, la présence ou non d'enfants, la situation familiale, les antécédents d'IVG, la catégorie socioprofessionnelle (CSP) et enfin la durée de prise de la pilule. Un effet centre aléatoire a été ajouté en raison de patientèles potentiellement différentes.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R, version 3.4.0 (avec les packages « lme4 » et « corrplot »). Le seuil de significativité a été fixé à 5 %.

Une déclaration a été effectuée auprès de la CNIL par l'intermédiaire du correspondant informatique et liberté de la faculté de médecine de Saint-Étienne le 5 octobre 2018. Les avis du Comité de Protection des Personnes et du Comité d'Éthique n'ont pas été sollicités s'agissant d'une étude observationnelle sans modification des soins courants.

## Résultats

Parmi les 750 questionnaires distribués, 207 ont été collectés et 143 exploités selon les données disponibles, soit 19 %. Parmi les 64 questionnaires récupérés et non analysés ou exclus : 33 n'apportaient aucune donnée sur le critère principal et secondaire de l'étude,

20 participantes n'utilisaient pas la pilule ou depuis moins de 3 mois ; les autres utilisaient soit des médicaments sans AMM pour la contraception, soit une CO comportant 24 comprimés par plaquette ou du (Levonorgestrel : Microval®) pour lesquels les consignes en cas d'oubli sont différentes. Aucun questionnaire n'a pu être collecté au CHU de Saint-Étienne.

## Population

Les 143 participantes étaient âgées de 16 à 49 ans (moyenne = 26,9). Parmi elles, 39 (27,2 %) étaient célibataires et 104 (72,8 %) en couple ; 64 (44,8 %) ont déclaré avoir entre 1 à 7 enfants (moy. = 2) et 79 (55,2 %) ne pas avoir d'enfant. La répartition selon les catégories socioprofessionnelles (CSP) est indiquée dans le [tableau 1](#). Parmi les étudiantes, 14 (35 %) étaient lycéennes et 26 (65 %) étudiaient à l'université. Cet échantillon paraît représentatif des utilisatrices de CO françaises en termes d'âge et proche selon leur CSP dans la catégorie d'âge des utilisatrices de CO [1]. L'absence d'agricultrice s'explique par le fait de leur faible nombre : 0,4 % des femmes françaises [10]. Parmi les participantes, 87 (60,8 %) ont déclaré être non-fumeuses et 56 (39,2 %) fumeuses.

## Contraception en cours

La COC concernait 117 (81,8 %) participantes. Parmi elles, 95 utilisaient un conditionnement de 21 comprimés par plaquette et 22 des plaquettes de 28 comprimés. Les deux principales COC utilisées (53,84 %) contenaient 20 µg d'œstrogènes ; dix-huit femmes utilisaient une association éthinylestradiol/levonorgestrel triphasique, 15 une monophasique, 6 une CO contenant de l'acétate de cyprotérone, 4 une CO contenant de la drospirénone ou norgestimate, 4 participantes n'ont pas précisé le nom de leur CO. Pour les CCP, le désogestrel, générique ou pas, concernait 25 (17,5 %) participantes.

Le motif d'utilisation de la CO était principalement la contraception, sa durée d'utilisation supérieure à un an

• **Tableau 1.** Catégories socio-professionnelles.

Catégories socioprofessionnelles	n (%)
Employées	41 (28,67 %)
Étudiantes	40 (27,97 %)
Sans activité	31 (21,68 %)
Cadres	15 (10,49 %)
Artisans, commerçantes	6 (4,2 %)
Ouvrières	5 (3,5 %)
Professions intermédiaires	5 (3,5 %)
Agricultrices	0 (0 %)
Total	143 (100 %)

dans 80 % des cas dont la moitié l'utilisait depuis au moins quatre ans.

## Professionnels de santé assurant le suivi contraceptif

Le médecin généraliste assurait le suivi pour 67 % des participantes, puis à parts égales les gynécologues et les sages-femmes (30 %), sachant que plusieurs réponses étaient possibles.

## Interruption volontaire de grossesse

Parmi les participantes, 19 (13,3 %) ont déclaré au moins une IVG ; 11 ont estimé que la grossesse était en lien avec une absence de contraception et 8 du fait d'un oubli au moment du rapport sexuel.

## Oublis

La moitié des participantes avait un moyen de rappel. Il s'agissait dans la quasi-totalité des cas d'une alarme sur le téléphone portable. Cependant, une grande majorité (74,8 %) a déclaré oublier leur pilule contre 25,2 % qui ne l'oubliaient jamais. Parmi celles qui déclaraient des oublis, 76,6 % l'oubliaient au maximum une fois et 23,4 % plus d'une fois par plaquette.

## Information en cas d'oubli

Pour connaître la conduite à tenir en cas d'oubli, un peu plus de la moitié des participantes s'informent à l'aide de la notice du médicament. Le prescripteur et le pharmacien viennent ensuite (40 %) puis Internet et l'entourage (25 %) ; 15 % ne s'informent pas et 8,4 % utilisent un document remis par le prescripteur.

– *Oubli inférieur à 12 heures* : la majorité a répondu qu'il fallait prendre la CO immédiatement et que dans ce cas, leur contraception évitait une grossesse ([tableau 2](#)).

– *Oubli supérieur à 12 heures* : environ la moitié a répondu qu'il fallait prendre la CO immédiatement, et un peu plus de 10 % estimaient que leur contraception restait efficace. Alors que 57 % n'ont pas répondu ou ne savaient pas ([tableau 2](#)).

– *Conduite en cas d'oubli* : en cas d'oubli supérieur à 12 heures et de rapport sexuel considéré à risque de grossesse, environ 60 % des participantes pensaient ne courir aucun risque de grossesse ou ne le savaient pas et 40 % savaient qu'elles devraient utiliser la CO post-coïtale. Environ 70 % des participantes savaient qu'il fallait une couverture mécanique supplémentaire pour les rapports suivant un oubli de plus de 12 heures. La conduite à tenir en cas d'oubli durant la dernière semaine de la prise des comprimés actifs de la plaquette n'était pas connue de 80 % des participantes utilisant une COC.

• **Tableau 2.** Conduite à tenir en cas d'oubli.

Conduite à tenir en cas d'oubli	< 12 heures	> 12 heures
Prendre la pilule oubliée immédiatement	n (%)	n (%)
Oui	112 (78,87)	69 (48,59)
Non	19 (13,38)	52 (36,62)
Ne sait pas	11 (7,75)	20 (14,08)
NA	0	1 (0,7)
Total	42 (100)	142 (100)
Si oui, la protection reste efficace contre une grossesse	n (%)	n (%)
Oui	75 (52,81)	15 (10,56)
Non	28 (19,71)	48 (33,80)
Ne sait pas	7 (4,92)	6 (8,7)
NA	32 (22,53)	73 (51,40)
Total	142 (100)	142 (100)

NA = absence de réponse.

– *En cas d'oublis successifs* : un peu plus de la moitié savaient qu'il fallait utiliser une CO post-coïtale après un rapport sexuel.

Selon le score d'évaluation des connaissances, deux tiers des participantes manquaient d'information et près d'un tiers disposaient de connaissances suffisantes. Seules 3/142 participantes ont donné des réponses justes à l'ensemble des questions du critère de jugement principal. Les trois utilisaient une CCP.

## Sources d'information sur les effets indésirables

Plusieurs réponses étant possibles, environ 63 % avaient reçu des informations du prescripteur, 40 % s'informent à l'aide de la notice du médicament et près d'un tiers auprès de leur entourage. Suivaient Internet (25 %), le pharmacien (18 %), l'école (10 %) et les magazines et brochures (7 %). À noter, 13 % des participantes n'ont eu aucune information sur les EI possibles.

## Tolérance

La CO était bien supportée par 97 participantes (67,8 %) alors que les EI ont été responsables de l'arrêt ou du changement de CO pour 44 (30,8 %).

Dans la liste d'EI proposée, ont été retenus par environ deux tiers des participantes la prise de poids, les METV, les migraines, les arthralgies, les troubles de la fertilité par 30 à 50 % et les autres EI par moins d'un tiers. Le cancer de l'ovaire a été retenu par 10 %, celui du sein par environ 20 % comme l'IDM, l'AVC, les troubles du moral, les mastodynies et les nausées.

Dans cette liste, les diarrhées retenues par 60 % et les douleurs articulaires par 50 % sont très peu fréquentes selon les données de la littérature. Elles ont été incluses

volontairement par les auteurs pour ne pas proposer que des EI documentés.

## Connaissances liées à la nulliparité et au niveau social

L'âge étant corrélé à la parité, cette dernière a été retenue pour l'analyse. À parité, situation familiale, antécédents d'IVG et durée de prise de CO égaux, les cadres ont 7,72 fois plus de chances d'avoir des connaissances à propos de leur CO que les employées/ouvrières, avec un OR ajusté à 7,72 (IC 95 %, 2,1-32,47, p = 0,003), mais avec un intervalle de confiance très large. De la même façon, à autres facteurs égaux, les femmes n'ayant pas d'enfant ont presque 4 fois plus de chances d'avoir des connaissances que les femmes ayant au moins un enfant (OR ajusté à 3,84 ; 1,5-10,85, p = 0,007).

## Discussion

Cette étude montre que deux tiers des participantes manquent d'information et près d'un tiers disposent de connaissances sur l'oubli de CO. En cas d'oubli inférieur à 12 heures, le rattrapage est majoritairement acquis. Si l'oubli est supérieur à 12 h, la moitié sait qu'il faut prendre le comprimé oublié, mais 10 % d'entre elles pensent que leur CO reste efficace. Environ 50 % savent qu'il faut prendre la CO le plus tôt possible, mais 60 % pensent ne pas courir de risque de grossesse en cas de rapport sexuel, 40 % savent qu'elles devraient utiliser la CO post-coïtale. La réponse à apporter en cas d'oubli durant la dernière semaine de prise des comprimés actifs de la plaquette n'est pas connue de 80 % des participantes utilisant une COC.

La moitié des participantes utilisent une alarme du téléphone portable pour éviter l'oubli. Elles s'informent

généralement auprès du prescripteur et avec la notice.

Une grande majorité des participantes tolérait bien la CO. Les EI possibles sont connus dans une proportion variable, la prise de poids est la plus déclarée. Les EI ont été responsables dans 30,8 % des cas d'un arrêt ou d'un changement de CO.

## Oublis

Le taux d'oublis des participantes ne diffère pas de l'ensemble des Françaises utilisant la CO puisque la proportion d'oublis est équivalente à celle décrite dans le rapport de l'IGAS de 2009 [12]. Néanmoins dans l'échantillon étudié, 40 % déclarent un oubli d'au moins un comprimé par plaquette, soit près du double de celui rapporté dans le rapport IGAS et l'étude COCON [13]. Les oublis multiples concernaient 17,5 % des participantes, avec 4,2 % oubliant au moins trois comprimés par plaquette. Alors que l'OMS considère qu'il y a un risque de grossesse avec la COC à partir de trois oublis consécutifs [8-10].

Dans une étude, un peu plus de 25 % des femmes avaient changé leur type de CO par peur d'oubli (passage aux plaquettes à 28 comprimés) ou du fait d'un EI [14]. Le fardeau du traitement et la crainte de l'oubli ont été retrouvés par Duquesne dans les blogs qu'il a étudiés [9].

## Information

La notice du médicament représente la principale source d'information en cas d'oubli, proportion proche de l'étude CORALIANCE [15], même si elle paraît encore complexe pour certaines femmes. Les professionnels de santé, prescripteur et pharmacien, apportaient des informations en cas d'oubli.

Certains auteurs ont relevé que la remise d'une fiche avec consignes écrites concernant la conduite à tenir en cas d'oubli semble améliorer les connaissances des femmes [16]. La carte de Santé Publique France au format portefeuille paraît adaptée : facile d'utilisation, claire et concise. Selon la HAS, elle présente l'intérêt d'être facilement accessible et fournie par le prescripteur.

Dans l'étude de Marquet, 30 % des patientes recevaient un document écrit sur le rattrapage en cas d'oubli qui était lu dans 85 % des cas [17] ; dans l'étude de Caussé, 37 % des patientes recevaient une brochure et 72 % de celles qui n'en ont pas bénéficié auraient souhaité pouvoir en disposer [14].

Toutefois, l'homogénéisation des recommandations de la HAS, de l'OMS et des notices de médicaments devrait être effectuée [8-11]. Le site de Santé Publique France « Choisir sa contraception » peut aussi être une aide. Internet, source d'accès pour un quart des participantes, peut être un moyen d'information habituel, sous réserve d'un référencement adéquat et fiable.

## Place des professionnels

Les professionnels de santé occupent une place non négligeable parmi les vecteurs d'information dans cette étude. Il conviendrait qu'ils maîtrisent parfaitement les consignes en cas d'oubli. Cependant, une étude révèle qu'environ 8 à 11 % des médecins français la maîtriseraient mal, notamment la mesure la plus méconnue des participantes : l'oubli lors des 7 derniers jours de comprimés actifs qui nécessite un enchaînement des plaquettes sans arrêt ou sans prise des 7 comprimés inactifs [17-19]. Pour Bouskine, les médecins généralistes connaissent mal les contraceptions d'urgence [20]. L'accessibilité pour tous les internes de médecine générale à une formation en gynécologie, stage hospitalier, stages chez des gynécologues ou des généralistes ayant une activité notable en gynécologie pourrait y contribuer ainsi que l'enseignement initial.

La réévaluation régulière des connaissances des femmes sur la conduite à tenir en cas d'oubli devrait être effectuée régulièrement et faire l'objet, comme la HAS le recommande, de la délivrance d'un document écrit tel que la carte distribuée gratuitement par Santé Publique France, d'autant que les femmes appartiennent à une CSP de niveau plus faible comme le montre cette étude. L'illettrisme ne doit pas être un obstacle si des informations fiables sont délivrées oralement. Les femmes, déjà mères, paraissent devoir être plus régulièrement réinformées.

Pour ce qui concerne la méthode de rattrapage par la contraception post-coïtale, sa prescription systématique sans délivrance lors de la prescription de CO de longue durée permettrait aux prescripteurs et aux pharmaciens d'en parler plus régulièrement, selon les recommandations de la HAS [11, 21].

Par ailleurs, l'utilisation du DIU en post-coïtal mériterait d'être plus connue des femmes et des professionnels encore parfois réticents.

## Effets indésirables

La survenue d'EI ne concerne pas toutes les femmes dans les mêmes proportions, ce qui peut expliquer les résultats variés obtenus. Dans différentes études, les femmes ont déclaré des EI responsables d'arrêts contraceptifs. Dans cette étude, 67 % des participantes semblent satisfaites de leur CO, ce qui peut expliquer que les EI paraissent moins connus [7, 18]. Par ailleurs, les diarrhées et douleurs articulaires très peu documentées dans les notices, non retrouvées dans la revue de littérature de Duquesne, ont été fréquemment sélectionnées dans cette étude. Ce qui peut aller dans le sens d'un EI présumé jamais vécu. Toutefois, la compliance peut être dépendante des EI ressentis et du fardeau du traitement comme l'a montré Duquesne [7].

## Force et limite

Cette étude permet de comprendre les failles dans l'information délivrée sur l'oubli de CO pouvant être à



### Pour la pratique

- L'harmonisation des recommandations en cas d'oubli, une meilleure connaissance et diffusion de celles-ci par les soignants, une réévaluation régulière des acquis des utilisatrices et de la tolérance, pourraient favoriser une meilleure procédure de rattrapage en cas d'oubli.
- L'utilisation d'outils simples et clairs comme la carte établie par Santé Publique France ou de son site internet dédié à la contraception peuvent aider les utilisatrices.
- Une meilleure information et la prescription systématique sans délivrance d'une contraception post-coïtale peuvent aussi y contribuer.

l'origine de grossesses non désirées. Notre échantillon est représentatif de la population française utilisatrice de CO en termes d'âge, et s'en rapproche pour les CSP [3, 12]. Le caractère multicentrique favorise la diversité de l'échan-

tillon qui paraît de taille satisfaisante pour ce type d'étude.

Plusieurs biais sont toutefois présents : exclusions des femmes anciennement utilisatrices de CO, participantes volontaires favorisant un biais de désirabilité sociale et biais d'attrition avec exclusion de 64 questionnaires en pré-analyse.

Le critère de jugement principal établi par l'enquêteur peut être critiquable : score non validé, où une seule recommandation mal connue peut entraîner une grossesse non désirée.

~**Remerciements** à Robin Chaux qui a participé à l'analyse statistique.

~**Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

### RÉFÉRENCES

- Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 8 p. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf>. [consultée le 05/05/2019].
- Plu-Bureau G. Évolution et nouvelles approches en contraception. *Rev Prat* 2018 ; 68 (4) : 381-401.
- Institut National de la Statistique et des Études Économiques. La situation démographique en 2015, Tableau 65 – Évolution du nombre des interruptions volontaires de grossesse par groupe d'âges de la femme - Séries depuis 1990. INSEE, 2017. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2851519?sommaire=2851587#titre-bloc-20>. [consultée le 05/05/2019].
- Keltani K, Letrilliart L. Bénéfices et risques des différentes méthodes contraceptives. Une revue de la littérature. *Exercer* 2017 ; 135 : 310-8.
- Vilain A. Direction de la recherche des études de l'évaluation et de la statistique. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. *Études et Résultats* 2018 ; 1081 : 1-6. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1081.pdf> [consultée le 05/05/2019].
- Lamboley-Jouhanny A. Facteurs conduisant les femmes à une interruption volontaire de grossesse et vécu de la prise en charge. [Thèse de médecine générale]. Université de Saint-Étienne ; 2018.
- Duquesne C. Effets indésirables de la contraception hormonale orale de longue durée, Netnographie versus revue de la littérature. [Thèse de médecine générale]. Université de Saint-Étienne ; 2018.
- Organisation Mondiale de la Santé. Contraception d'urgence. OMS, 2018. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>. [consultée le 05/05/2019].
- Organisation Mondiale de la Santé. Département de Santé et recherche génésiques Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives, troisième édition. OMS, 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259677/9789242565409-fre.pdf?sequence=1>. [consultée le 05/05/2019].
- Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Population selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle en 2018, données annuelles de 2014 à 2018. INSEE. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381478>. [consultée le 05/05/2019].
- Haute Autorité de Santé. Contraception de l'homme et de la femme. Avril 2013, mise à jour octobre 2017. [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). [consultée le 05/05/2019].
- Inspection Générale des Affaires Sociales. Prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence. Rapport IGAS. 2009. <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049.pdf>. [consultée le 05/05/2019].
- Moreau C, Bouyer J, Gilbert F, COCON group, Bajos N. Social demographic and situational characteristics associated with inconsistent use of oral contraceptives: evidence from France. *Perspect Sex Reprod Health* 2006 ; 38 : 190-6.
- Caussé C. Connaissances et perception de la contraception orale : enquête auprès de 200 jeunes femmes en Midi-Pyrénées. [Thèse de pharmacie]. Tours ; 2015.
- Aubeny E, Buhler M, Colau JC, Vicaute E, Zadikian M, Childs M. Oral contraception : patterns of non-compliance. The Coraliance study. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2002 ; 7 (3) : 155-61.
- Zapata L, Steenland MW, Brahm D, Marchbanks PA, Curtis KM. Patient understanding of oral contraceptive pill instruction ns related to missed pills: a systematic review. *Contraception* 2013 ; 87 (5) : 674-84.
- Marquet D. Contraception orale et observance : que retiennent les patientes des consultations ? [Thèse de médecine générale]. Lyon ; 2014.
- Bertin-Stevou V, Bouquet E, Cailliez E, Tanguy M, Fanello S. Le médecin généraliste et l'oubli de pilule. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2010 ; 39 (3) : 208-17.
- Arciniaga S. Causes d'échec de la contraception orale et connaissance des femmes quant au maniement de leur pilule contraceptive : enquête menée au CPEF du CHU Antoine Béclère à Clamart dans les Hauts-de-Seine, [Thèse de médecine générale]. Paris ; 2014.
- Bouskine L. Revue systématique de la littérature : Les connaissances des médecins généralistes et leur attitude à l'égard de la contraception d'urgence Recherche de freins à la prescription. [Thèse de médecine générale]. Université de Poitiers ; 2017.
- Collectif. Le conseil pharmaceutique en contraception orale d'urgence. *Rev Prescrire* 1999 ; 19 (199) : 645.