



HAL
open science

Connaissances de l'utilisation de la contraception orale chez des femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG) sous contraception orale lors de la survenue de leur grossesse : état des lieux réalisé au centre d'orthogénie du CHU de Grenoble

Gwenaëlle Martel

► To cite this version:

Gwenaëlle Martel. Connaissances de l'utilisation de la contraception orale chez des femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG) sous contraception orale lors de la survenue de leur grossesse : état des lieux réalisé au centre d'orthogénie du CHU de Grenoble. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01560917

HAL Id: dumas-01560917

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01560917>

Submitted on 12 Jul 2017

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.

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

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

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE
DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Connaissances de l'utilisation de la contraception orale
chez des femmes en demande d'interruption volontaire de
grossesse (IVG) sous contraception orale lors de la
survenue de leur grossesse : Etat des lieux réalisé au centre
d'orthogénie du CHU de Grenoble.**

*Knowledge about oral contraception amongst women requesting abortion
who were taking oral contraception when they became pregnant*

Mémoire soutenu le 23 juin 2017

Par : Martel Gwenaëlle

[Données à caractère personnel]

En vue de l'obtention du diplôme de sage-femme

2017

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE
DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Connaissances de l'utilisation de la contraception orale
chez des femmes en demande d'interruption volontaire de
grossesse (IVG) sous contraception orale lors de la
survenue de leur grossesse : Etat des lieux réalisé au centre
d'orthogénie du CHU de Grenoble.**

***Knowledge about oral contraception amongst women requesting abortion
who were taking oral contraception when they became pregnant***

Mémoire soutenu le 23 juin 2017

Par : Martel Gwenaëlle

[Données à caractère personnel]

En vue de l'obtention du diplôme de sage-femme

2017

Résumé

But : Chaque année, 50 000 IVG sont réalisées chez des femmes sous contraception orale lors de la survenue de leur grossesse. Ce travail est une évaluation des connaissances des femmes en demande d'IVG et sous contraception orale lors de la survenue de leur grossesse sur l'utilisation de la contraception orale.

Matériels et méthodes : Une étude descriptive et analytique a été menée au centre d'orthogénie de l'Hôpital Couple-Enfant (HCE). Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'un questionnaire anonyme.

Résultats : Concernant l'utilisation du CO, les informations les plus méconnues étaient l'intervalle de temps possible durant lequel le comprimé pouvait être pris sans induire un oubli et le fait que certains médicaments pouvaient rendre le CO inefficace. Concernant la reconnaissance des situations où la contraception orale est inefficace, les informations les plus méconnues étaient que des troubles digestifs (vomissements et diarrhées) survenant dans les 4 heures suivant la prise du comprimé étaient similaires à un oubli de contraception orale. Concernant la CAT en cas d'oubli, les informations les plus méconnues étaient la nécessité de ne pas attendre l'intervalle de 7 jours entre deux plaquettes ou d'enchaîner directement avec les comprimés actifs de la plaquette suivante lorsqu'un oubli survenait sur les 7 derniers comprimés actifs d'un COEP et les périodes durant lesquelles les RS sont à risque de grossesse.

Conclusion : Il a été observé une insuffisance des connaissances de la contraception orale à tous les niveaux : de l'utilisation à la reconnaissance et la prise en charge d'un oubli de contraception orale.

Mots clés : Contraception orale, interruption volontaire de grossesse, oubli de contraceptif oral.

Summary :

Objectives: Every years, 50 000 women using contraceptive pill choose to abort. This study is an assessment of the knowledge about oral contraception amongst women requesting abortion who were taking oral contraception when they became pregnant.

Materials and methods: A descriptive and analytical study was undertaken at the orthogenic center of the Hôpital-Couple-Enfant (HCE). The data was collected thanks to an anonymous questionnaire.

Results: About the use of contraceptive pill, the information the less known was:

- The time lapse during which the pill can be taken without resulting in an oversight;
- The fact that some drugs could inactivate the pill's effects.

About the acknowledgment of the situations at risk that could result in a pregnancy, the less known information was that some digestive disorders (emesis and diarrhoea) happening in the 4 hours after taking the pill should be considered as an oversight.

About the right conduct to adopt when they forgot a pill, the less known information was:

- The importance of not waiting the usual timelapse of seven days between the 2 packs but to start a new pack when the last active pill is taken if the pill oversight happens for one of the 7 last pills of a pack of oestro-progestative contraception ;
- The time period during which the sexual act could result in a pregnancy if there is a pill oversight.

Conclusion: We observed a deficiency in the knowledge about oral contraception at each level: use, acknowledgement of situations at risk and the right conduct to adopt when forgetting a pill.

Keywords: Oral contraception, abortion, pill oversight

Remerciements

Je remercie les membres du Jury :

Mme Claudine MARTIN, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, présidente du jury ;

Mme le Pr Pascale HOFFMANN-CUCUZ, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier à l'HCE du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Co-Présidente du Jury ;

Mme Marie-Cécile MOULINIER, Sage-Femme, docteur en psychologie clinique, Membre Invité du Jury ;

Mme le Dr Marie SICOT, Médecin au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, Directrice de ce mémoire ;

Mme Nadine VASSORT, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, co-Directrice de ce mémoire ;

Je remercie plus particulièrement :

Mme le Dr Marie SICOT, Médecin au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, Directrice de ce mémoire ;

Pour le temps et l'aide précieuse accordés à l'élaboration de ce mémoire et à sa relecture ;

Mme Nadine VASSORT, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, co-Directrice de ce mémoire ;

Pour ses nombreux conseils, son soutien et sa disponibilité durant l'élaboration de ce mémoire ;

Les professionnels du service d'orthogénie du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, médecins et secrétaires ;

Pour leur collaboration dans la distribution des questionnaires ;

Mme Oriane LEVESY,

Pour l'idée de cette étude et pour m'avoir permis de travailler à partir son questionnaire ;

M. William GUITTON,

Pour le partage de ses connaissances dans l'analyse statistique des données et la relecture de ce mémoire.

Je remercie à titre personnel :

Ma famille, Killian, Malaurie, Timmy, Christopher et mes parents ;

Pour leur soutien et leur réconfort durant ces années d'études ;

A mes amies de promotion ;

Pour leur amitié et leurs précieux conseils ;

A William ;

Pour sa patience et son aide.

Table des matières

1	Introduction.....	2
2	Population et méthode	4
2.1	Type d'étude.....	4
2.2	Population	4
2.3	Recueil des données.....	4
2.4	Critères de jugement.....	6
2.5	Méthode statistique	6
3	Résultats.....	7
3.1	Population	7
3.2	Résultats	9
1.	Connaissance de l'utilisation de la pilule	9
2.	Reconnaissance des situations où la contraception orale est inefficace	11
3.	Prise en charge de l'oubli	13
4	Discussion.....	18
4.1	Limites et biais.....	18
4.2	Discussion des résultats	20
1.	Résultats généraux	20
2.	Connaissances quant à l'utilisation de leur CO	21
3.	Reconnaissance de l'oubli de contraception orale	22
4.	Conduite à tenir.....	23
5	Conclusion	25

6	Bibliographie	28
7	Annexes.....	30
7.1	Annexe 1 : Conduite à tenir en cas d'oubli ou de décalage de la prise d'une pilule, ANAES 2004.....	30
7.2	Annexe 2 : Questionnaire de l'étude.....	31
7.3	Annexe 3 : Tableau de la reconnaissance des situations à risque de grossesse en cas d'oubli d'un comprimé	35

Abréviation

CAT : Conduite A Tenir

CO : Contraceptif Oral

COEP : Contraceptif Orale EstroProgestatif

COP : Contraceptif Oral Progestatif

CU : Contraception d'Urgence

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

RS : Rapport Sexuel

1 INTRODUCTION

La contraception est un moyen permettant d'éviter une grossesse lors d'un rapport sexuel (RS). L'OMS définit la contraception comme l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter.

La contraception orale est un contraceptif hormonal féminin disponible sous forme de comprimés à prise quotidienne. Il en existe deux types : les contraceptifs oraux estroprogestatifs (COEP) et les contraceptifs oraux progestatifs (COP).

Les COEP sont composés de deux hormones de synthèse, progestérone et œstrogène, qui agissent à plusieurs niveaux : elles bloquent l'ovulation en inhibant le développement des ovocytes dans les ovaires ; elles modifient la muqueuse utérine en la rendant plus fine, empêchant la nidation d'un œuf ; elles modifient la glaire en la rendant plus épaisse, empêchant les spermatozoïdes de franchir le col de l'utérus.

Les COP ne sont composés que de progestérone de synthèse, qui agit à deux niveaux : elle modifie l'épaisseur de la muqueuse utérine, la rendant plus fine et elle épaissit la glaire cervicale.

Au final, le rôle des COEP et des COP est commun, ils évitent la survenue d'une grossesse.

La contraception orale est la méthode contraceptive la plus utilisée : 55,5% des femmes en âge de procréer déclarant utiliser une méthode contraceptive y ont recours¹.

Bien que son efficacité scientifique soit prouvée, avec un indice de Pearl à 0,3 pour les COEP et les COP², elle doit être employée de manière optimale afin d'être efficace³. Telle qu'utilisée couramment, le taux d'échec de contraception orale est estimé entre 6 et 8%⁴, principalement dû à une mauvaise compliance⁵ et une mauvaise gestion des oublis⁶. Il résulte donc de ce taux d'échec un nombre élevé de grossesses non désirées, entraînant pour certaines des demandes d'IVG.

En France, le nombre de grossesses donnant lieu à une interruption volontaire de grossesse (IVG) est stable depuis les 10 dernières années, avec plus de 200 000 IVG par an⁷. Près d'un quart concernent des femmes sous contraception orale lors de la survenue de la grossesse⁸.

Nous nous intéresserons aux raisons d'un tel écart entre taux d'échec théorique et taux d'échec en pratique de la contraception orale. L'objectif principal de notre étude est d'évaluer les connaissances des femmes quant à l'utilisation de leur contraceptif oral (CO). Les objectifs secondaires sont d'évaluer leur capacité à reconnaître les situations où leur contraception orale est inefficace et leurs connaissances dans la prise en charge de ces situations. Notre hypothèse est qu'il existe un manque de connaissances en matière de contraception orale, permettant ainsi de réfléchir à des améliorations quant à l'optimisation de l'information de l'utilisation de la contraception orale lorsqu'elle est prescrite à des femmes en âge de procréer.

2 POPULATION ET METHODE

2.1 TYPE D'ETUDE

Ce travail est le résultat d'une étude de type descriptive et analytique, menée au centre d'orthogénie de l'Hôpital Couple-Enfant (HCE), dépendant du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble-Alpes (CHUGA), à Grenoble (38).

2.2 POPULATION

La population était composée de femmes se présentant au centre d'orthogénie durant deux périodes : entre le 1^{er} juillet 2015 et le 31 octobre 2015 et entre le 28 juillet 2016 et le 20 décembre 2016. Toutes les femmes se présentant au centre d'orthogénie pour un entretien pré-IVG pendant la période d'étude ont été évaluées pour éligibilité. Ont été considérées éligibles les femmes majeures utilisant une contraception orale comme méthode contraceptive lors de la survenue de leur grossesse. Ont été exclues les femmes refusant de participer à l'étude, ne pouvant lire/écrire en français, les femmes sous tutelles ou sous curatelles, les questionnaires incomplets (ont été considérés incomplets les questionnaires ayant moins de 80% de réponses).

2.3 RECUEIL DES DONNEES

Le recueil des données s'est fait par la distribution anonyme d'un questionnaire standardisé, sur les périodes du 1^{er} juillet 2015 au 31 octobre 2015 et du 28 juillet 2016 au 20 décembre 2016. Les questionnaires distribués comprenaient 32 questions réparties de la façon suivante :

- une question ouverte où les femmes indiquaient le nom de leur CO,
- huit questions concernant la connaissance quant à l'utilisation optimale de la contraception estroprogestative ou progestative. Toutes étaient des questions à choix multiples. Les femmes

étaient interrogées sur la nécessité d'une prise journalière des comprimés au cours d'une plaquette, le délai d'attente entre deux plaquettes de CO, la nécessité de prendre leurs comprimés à heure régulière, l'intervalle possible durant lequel le comprimé peut être pris ainsi que sur la possibilité que la prise de traitement concomitant à leur CO puisse en altérer son efficacité.

- onze questions concernant leurs connaissances quant à la reconnaissance d'une situation où la contraception orale est inefficace. Toutes étaient des questions à choix multiples. Les femmes étaient interrogées sur différentes situations qui pouvaient induire ou non un oubli de CO : l'oubli de prise d'un comprimé, le dépassement de l'intervalle possible, les épisodes de vomissements ou diarrhées, la prise au cours ou non d'un repas, la prise d'alcool.
- neuf questions concernant la connaissance de la prise en charge à effectuer lors d'un oubli. Toutes étaient des questions à choix multiples. Les femmes étaient interrogées sur leur capacité à reconnaître un risque de grossesse, la contraception d'urgence (CU), l'utilisation d'une seconde méthode contraceptive ainsi que sur la conduite à tenir (CAT) de leur CO suivant un oubli (prise immédiate du comprimé oublié, délai d'attente entre deux plaquettes). Une question leur permettait de juger leurs connaissances sur la CAT en cas d'oubli.
- trois questions permettant d'obtenir des informations personnelles sur la personne répondant au questionnaire : une question ouverte où les femmes indiquaient leur âge et 2 questions à choix multiples où elles indiquaient leur plus haut niveau de diplôme ainsi que leur catégorie socio-professionnelle.

Les questionnaires ont été distribués par les médecins que les femmes rencontraient lors de leur entretien pré-IVG. Aucune aide extérieure ne leur a été donnée lorsqu'elles le remplissaient. Une fois rempli, elles le remettaient aux secrétaires du service d'orthogénie. Cinquante-quatre questionnaires ont ainsi été récupérés, cinquante-deux ont été analysés pour l'étude.

2.4 CRITERES DE JUGEMENT

Le critère de jugement principal était le pourcentage de réponses justes aux questions concernant la connaissance de l'utilisation de la contraception orale.

Les critères de jugement secondaires étaient le pourcentage de réponses justes aux questions concernant la reconnaissance de l'oubli de contraception orale et la prise en charge à effectuer lors de l'oubli.

2.5 METHODE STATISTIQUE

Les données de l'étude ont été saisies de façon anonyme et leur traitement a été analysé avec le logiciel Statview.

Les variables ont été décrites en effectifs et en pourcentages.

3 RESULTATS

3.1 POPULATION

Notre enquête a porté sur 52 femmes qui se sont présentées au centre d'orthogénie de l'Hôpital Couple-Enfant du Centre Hospitalier Universitaire de l'Université Grenoble-Alpes (CHUGA) pour un entretien pré-IVG durant la période de l'étude, c'est-à-dire entre le 1er juillet 2015 et le 31 octobre 2015 et entre le 28 juillet 2016 et le 20 décembre 2016. Nous avons choisi de réaliser notre étude sur deux périodes afin d'augmenter la puissance de celle-ci. Le questionnaire n'a subi aucune modification entre 2015 et 2016. Les diagrammes d'inclusion en Figure 1 présentent la sélection de la population d'étude.

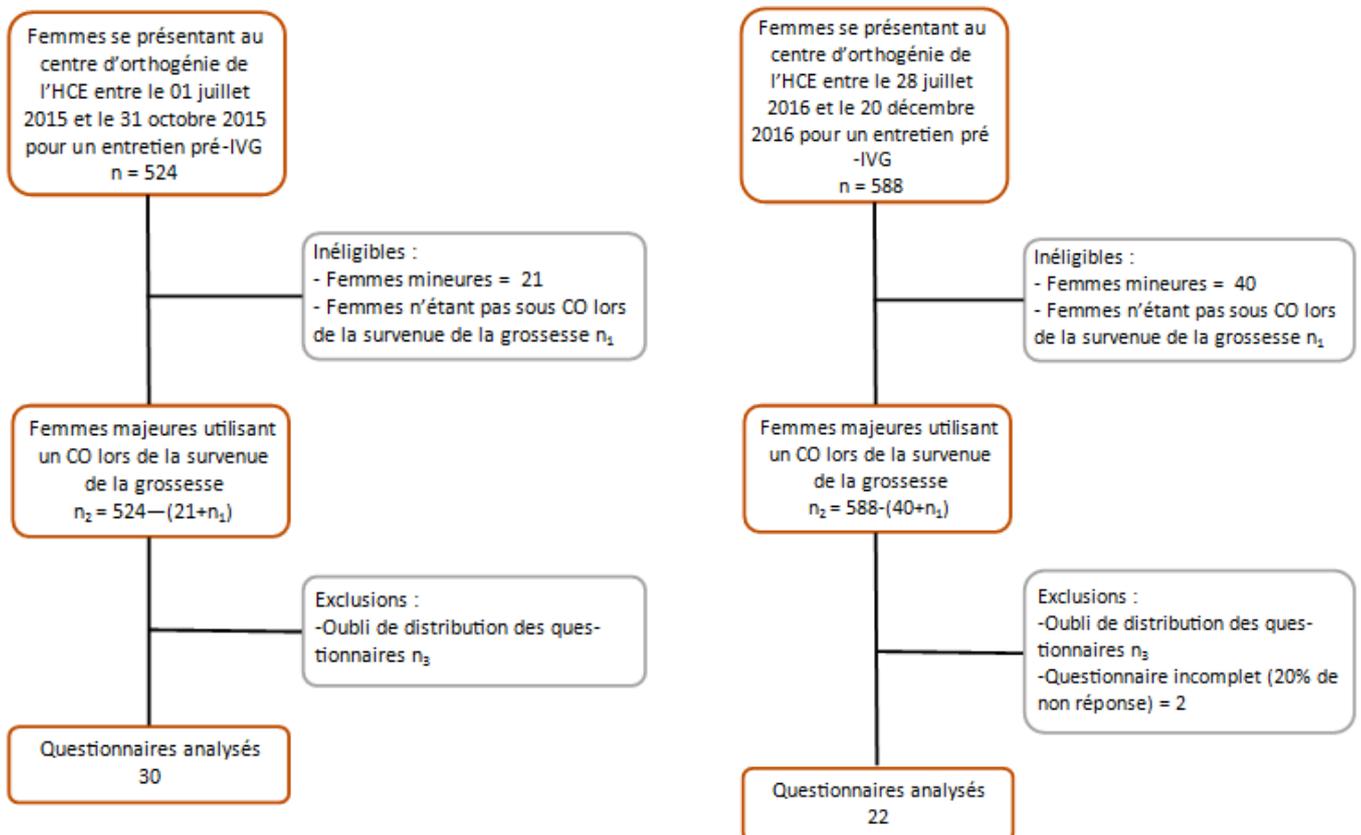


Figure 1: diagrammes d'inclusion (Flow-Chart) des périodes de 2015 et 2016

Le tableau I présente les caractéristiques générales de la population étudiée. L'âge des femmes variait entre 19 et 42 ans, avec une moyenne à 26,5 ans et une médiane à 25 ans.

Paramètres	Échantillon n = 52
Âge, n (%)	
- 18-24 ans	24 (46)
- 25-34 ans	24 (46)
- ≥ 35 ans	4 (8)
Plus haut niveau de diplôme, n (%)	
- Aucun	4 (8)
- Brevet des collèges	1 (2)
- CAP	4 (8)
- BEP	3 (6)
- Baccalauréat	12 (23)
- Baccalauréat +2	10 (19)
- > baccalauréat + 2	18 (35)
Catégorie socio-professionnelle, n (%)	
- Agriculteur exploitant	0 (0)
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise	3 (6)
- Cadre	2 (4)
- Profession intermédiaire	7 (13)
- Employé	34 (65)
- Ouvrier	0 (0)
- Retraité	0 (0)
- Sans activité professionnelle	6 (12)
Type de contraception orale, n (%)	
- Progestative	9 (17)
- Estroprogestative	41 (79)
- N'a pas répondu	2 (4)

Tableau I : Caractéristiques générales de la population

3.2 RESULTATS

1. Connaissance de l'utilisation de la pilule

Les femmes ont été interrogées sur leurs connaissances concernant l'utilisation de leur contraception orale, les résultats sont présentés dans le tableau II. Deux femmes n'avaient pas répondu à la question où elles devaient indiquer le nom de leur CO, il n'a donc pas été possible d'analyser leur réponse concernant le délai avant de débiter la plaquette suivante.

Connaissance de l'utilisation de la pilule		Échantillon n=52		
Prise journalière sans interruption, n (%)				
- Vrai	44 (85)			
- Faux	7 (13)			
- Ne sait pas	1 (2)			
Délai avant de débiter la plaquette suivante		COP n= 9	COEP₂₁* n= 36	COEP₂₈* n= 5
- Pas de délai	13 (27)	7 (78)	2 (6)	4 (80)
- Sept jours	38 (73)	2 (22)	33 (92)	1 (20)
- Dix jours	0	0	0	0
- Lors du prochain RS	0	0	0	0
- Ne sait pas	1 (2)	0	1 (3)	0
Prise à heure régulière, n (%)				
- Vrai	48 (92)			
- Faux	3 (6)			
- Ne sait pas	1 (2)			
Intervalle à ne pas dépasser, n (%)		CO** n=51	Microval, n=1	
- Pas d'intervalle	3 (6)	3 (6)		
- Trois heures	8 (15)	7 (13)	1 (100)	
- Six heures	7 (13)	7 (13)		
- Douze heures	20 (38)	20 (38)		
- Vingt-quatre heures	4 (8)	4 (8)		
- Ne sait pas	10 (20)	11 (20)		
Des médicaments peuvent rendre la CO inefficace, n (%)				
- Vrai	18 (35)			
- Faux	8 (15)			
- Ne sait pas	26 (50)			

* COEP₂₁: Les plaquettes de COEP contiennent 21 comprimés _ COEP₂₈: Les plaquettes de COEP comprennent des comprimés placebo

**Toutes les contraceptions orales sauf Microval

Tableau II : connaissances sur la prise en charge de l'oubli d'un comprimé

Nous observons que 85% des femmes interrogées savaient qu'il ne fallait pas interrompre la prise de pilule au cours de la plaquette.

Concernant le délai d'attente entre la fin d'une plaquette de CO et le début de la plaquette suivante, les réponses ont été analysées en fonction des différents types de CO car les CAT sont différentes :

- Lorsque le contraceptif est un COP, les plaquettes doivent être enchaînées. Soixante-dix-huit pourcents des femmes sous COP ont indiqué que la plaquette suivante devait être débutée immédiatement après la prise du dernier comprimé.
- Lorsque les plaquettes de COEP sont composées de 21 comprimés, un arrêt de 7 jours entre les deux plaquettes est à réaliser. Quatre-vingt-douze pourcents des femmes sous COEP à 21 comprimés ont indiqué que la plaquette suivante devait être débutée 7 jours après la prise du dernier comprimé. Nous avons néanmoins considéré que les femmes sous COEP à 21 comprimés répondant que la plaquette suivante devait être débutée immédiatement après la prise du dernier comprimé n'était pas une réponse fausse car cette pratique est tout à fait possible. Ainsi, 97% des femmes sous COEP à 21 comprimés ont indiqué que la plaquette suivante devait être débutée immédiatement ou 7 jours après la prise du dernier comprimé.
- Lorsque les plaquettes de COEP sont composées de 28 comprimés, elles contiennent alors 21 ou 24 comprimés actifs et 7 ou 4 comprimés placebo, les plaquettes doivent être enchaînées sans interruptions. Quatre-vingt pourcents des femmes sous COEP à 28 comprimés ont indiqué que la plaquette suivante devait être débutée immédiatement après la prise du dernier comprimé.

Quatre-vingt-douze pourcents des femmes ont répondu juste à la question concernant le délai d'attente avant la reprise d'une nouvelle plaquette.

Concernant la régularité et l'intervalle possible par rapport à l'heure de prise, nous observons que 92% des femmes savaient que la pilule devait être prise à heure régulière.

Trente-huit pourcents des femmes sous contraception orale autre que Microval savaient que la pilule devait être prise sans dépasser un intervalle de 12 heures par rapport à l'heure de prise habituelle et la femme sous la contraception orale Microval savait que la pilule devait être prise sans dépasser un intervalle de 3 heures par rapport à l'heure de prise habituelle. Néanmoins, le fait de répondre un délai inférieur à celui attendu n'entraîne pas des situations à risque de grossesse.

Ainsi, 70% des femmes savaient ou sous-estimaient l'intervalle durant lequel le comprimé de CO peut être pris sans qu'il n'induisse un oubli de pilule.

Concernant la prise de traitements combinée à la prise d'un CO, 35% des femmes savaient que certains médicaments pouvaient rendre la pilule inefficace.

2. Reconnaissance des situations où la contraception orale est inefficace

Les femmes ont été interrogées sur leur capacité à reconnaître les situations où leur contraception orale n'est plus efficace. Les résultats sont présentés dans le tableau III.

Reconnaissance des situations où le CO est inefficace	Echantillon (52)
CO inefficace si comprimé oublié un jour, n (%)	
- Vrai	32 (62)
- Faux	16 (31)
- Ne sait pas	4 (8)
CO inefficace si intervalle dépassé, n (%)	
- Vrai	30 (58)
- Faux	14 (27)
- Ne sait pas	8 (15)
CO inefficace en cas de consommation d'alcool concomitante, n (%)	
- Vrai	6 (12)
- Faux	27 (52)
- Ne sait pas	19 (37)
CO inefficace si vomissements dans les 3 heures, n (%)	
- Vrai	20 (38)
- Faux	12 (23)
- Ne sait pas	19 (37)
- N'a pas répondu	1 (2)
CO inefficace si diarrhées dans les 3 heures, n (%)	
- Vrai	8 (15)
- Faux	16 (31)
- Ne sait pas	28 (54)
CO inefficace si prise du CO lors d'un repas, n (%)	
- Vrai	0 (0)
- Faux	44 (85)
- Ne sait pas	8 (15)
CO inefficace si prise du CO en dehors d'un repas, n (%)	
- Vrai	3 (6)
- Faux	42 (81)
- Ne sait pas	7 (13)

Tableau III : Reconnaissance des situations où la contraception orale n'est plus efficace

Nous observons que 62% des femmes savaient qu'oublier de prendre un comprimé un jour rendait les effets de la contraception orale inefficace.

Cinquante-huit pourcents des femmes savaient que dépasser l'intervalle par rapport à l'heure de prise habituelle rendait les effets de la contraception orale inefficaces.

Cinquante-deux pourcents des femmes savaient que la consommation d'alcool au moment de la prise du CO ne rendait pas ses effets inefficaces.

Trente-huit pourcents des femmes savaient que la survenue d'un épisode vomitif dans les 3 heures suivant la prise du CO rendait ses effets inefficaces.

Quinze pourcents des femmes savaient que la survenue d'un épisode de diarrhée dans les 3 heures suivant la prise du CO rendait ses effets inefficaces.

Quatre-vingt-un pourcents des femmes savaient que l'efficacité de leur contraception orale ne dépendait pas de la prise du CO au cours ou en dehors d'un repas.

3. Prise en charge de l'oubli

La figure 2 présente les réponses des femmes qui ont été interrogées sur leur capacité à reconnaître des situations à risque de grossesse en cas d'oubli d'un comprimé.

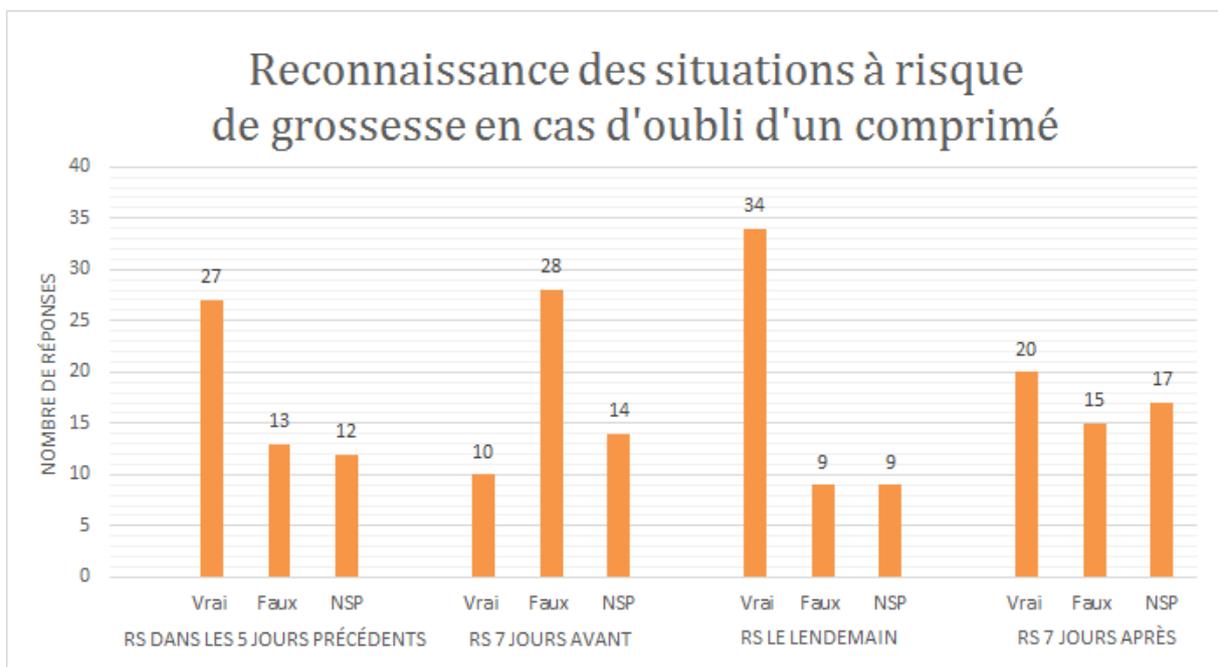


Figure 2 : Reconnaissance des situations à risque de grossesse en cas d'oubli d'un comprimé

Cinquante-deux pourcents des femmes savaient que lors de l'oubli d'un comprimé il y a un risque de grossesse s'il y a eu un RS dans les 5 jours qui précèdent l'oubli.

Trente-huit pourcents des femmes savaient qu'il y avait un risque de grossesse en cas de RS 7 jours suivant l'oubli.

Le tableau IV présente la connaissance des femmes sur la CAT en cas d'oubli d'un comprimé de CO. Deux femmes n'avaient pas répondu à la question où elles devaient indiquer le nom de leur CO, il n'a donc pas été possible d'analyser leur réponse concernant l'enchaînement ou non des plaquettes de CO en fonction de la semaine où le comprimé a été oublié.

Conduite à tenir en cas d'oubli	Échantillon n=52		
Prise immédiate du comprimé oublié, n (%)			
- Vrai	41 (79)		
- Faux	9 (17)		
- Ne sait pas	2 (4)		
Oubli d'un des 7 premiers comprimés de la plaquette, n (%)			
		COP n= 9	COEP n= 41
- Continuer comme d'habitude	36 (69)	6 (67)	28 (68)
- Continuer comme d'habitude et enchaîner avec la plaquette suivante	4 (8)	0	4 (10)
- Ne sait pas	12 (23)	3 (33)	9 (22)
Oubli d'un des 10 premiers comprimés de la plaquette, n (%)			
		COP n= 9	COEP n= 41
- Continuer comme d'habitude	32 (62)	5 (56)	25 (61)
- Continuer comme d'habitude et enchaîner avec la plaquette suivante	3 (6)	1 (11)	2 (5)
- Ne sait pas	17 (33)	3 (33)	14 (34)
Oubli d'un des 7 derniers comprimés de la plaquette, n (%)			
		COP n= 9	COEPn=41
- Continuer comme d'habitude	30 (58)	4 (44)	24 (59)
- Continuer comme d'habitude et enchaîner avec la plaquette suivante	7 (13)	1 (11)	6 (15)
- Ne sait pas	15 (29)	4 (44)	11 (27)
Prise de la CU en cas de RS dans les 5 jours précédents, n (%)			
- Vrai	23 (44)		
- Faux	18 (35)		
- Ne sait pas	11 (21)		

Prise de la CU dans tous les cas, n(%)	
- Vrai	32 (62)
- Faux	14 (27)
- Ne sait pas	6 (12)
Prise de la contraception d'urgence en cas de RS 7 jours avant, n(%)	
- Vrai	7 (13)
- Faux	30 (58)
- Ne sait pas	15 (29)
Autre méthode contraceptive en cas de RS, n (%)	
- Vrai pendant 3 jours	3 (6)
- Vrai pendant 7 jours	39 (75)
- Faux	7 (13)
- Ne sait pas	2 (4)
- N'a pas répondu	1 (2)

Tableau IV : prise en charge de l'oubli d'un comprimé

Soixante-dix-neuf pourcents des femmes savaient que le comprimé oublié doit être pris immédiatement.

Lors de l'oubli d'un comprimé, afin que la contraception orale reste efficace, il faut que la femme prenne 7 comprimés actifs dans les jours suivants l'oubli. Ainsi, lorsque le CO est une COEP et que l'oubli concerne un des 7 derniers comprimés de la plaquette, le délai entre les deux plaquettes ou la prise des comprimés placebo ne doit pas être réalisé, la femme doit enchaîner directement avec les comprimés actifs de la plaquette suivante. Si le CO est une COP, le CO doit continuer d'être pris comme d'habitude.

Ainsi, pour les femmes sous COP, les deux items ont été considérés comme justes.

Soixante-huit pourcents des femmes sous COEP savaient qu'en cas d'oubli d'un des 7 premiers comprimés de la plaquette, il fallait continuer à la prendre comme d'habitude.

Soixante-et-un pourcents des femmes savaient qu'en cas d'oubli d'un des 10 premiers comprimés de la plaquette, il fallait continuer à la prendre comme d'habitude.

Quinze pourcents des femmes savaient qu'en cas d'oubli d'un des 7 derniers comprimés de la plaquette, il fallait continuer à la prendre comme d'habitude et enchaîner avec les comprimés actifs de la plaquette suivante, sans réaliser l'intervalle de 7 jours entre les plaquettes ou sans prendre les comprimés placebo.

Concernant la CU, 44% des femmes savaient qu'en cas d'exposition à un risque de grossesse, une CU devait être prise en cas de RS dans les 5 jours précédents l'oubli.

Cinquante-huit pourcents des femmes savaient qu'il n'était pas utile de prendre une CU en cas de RS précédent l'oubli de 7 jours.

75% des femmes savaient qu'en cas d'oubli d'un comprimé de CO, une autre méthode contraceptive devra être utilisée en cas de RS et ce pendant 7 jours.

La figure 3 présente le propre jugement des femmes sur leurs connaissances concernant la CAT en cas d'oubli d'un comprimé.

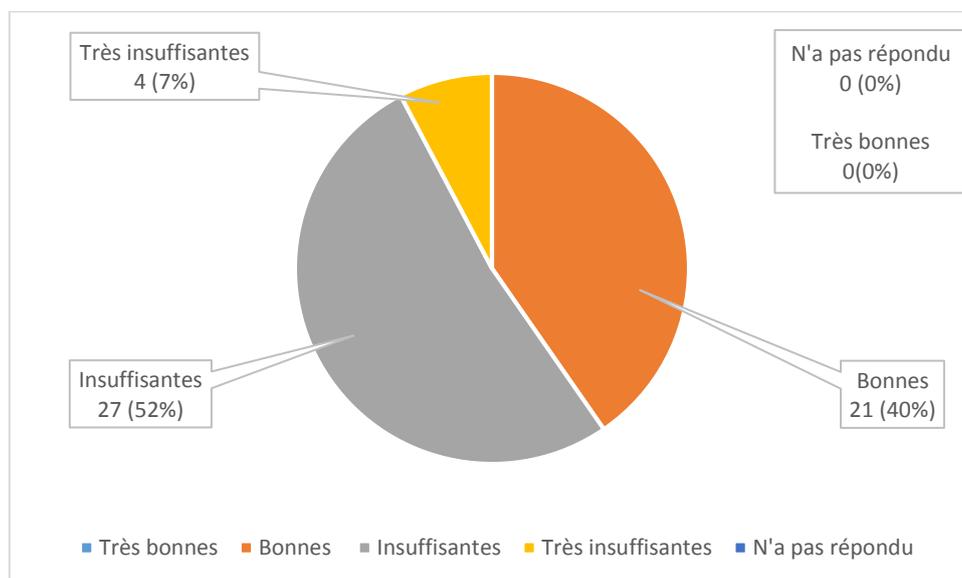


Figure 3 : Jugement de leurs connaissances sur la CAT en cas d'oubli de prise d'un comprimé du CO

La figure 4 présente les différents résultats des femmes sur la CAT en cas d'oubli. Huit questions étaient posées à ce sujet. Les femmes ont été séparées en deux catégories : celles qui jugeaient leurs connaissances bonnes et celles qui les jugeaient insuffisantes ou très insuffisantes sur la CAT en cas d'oubli.

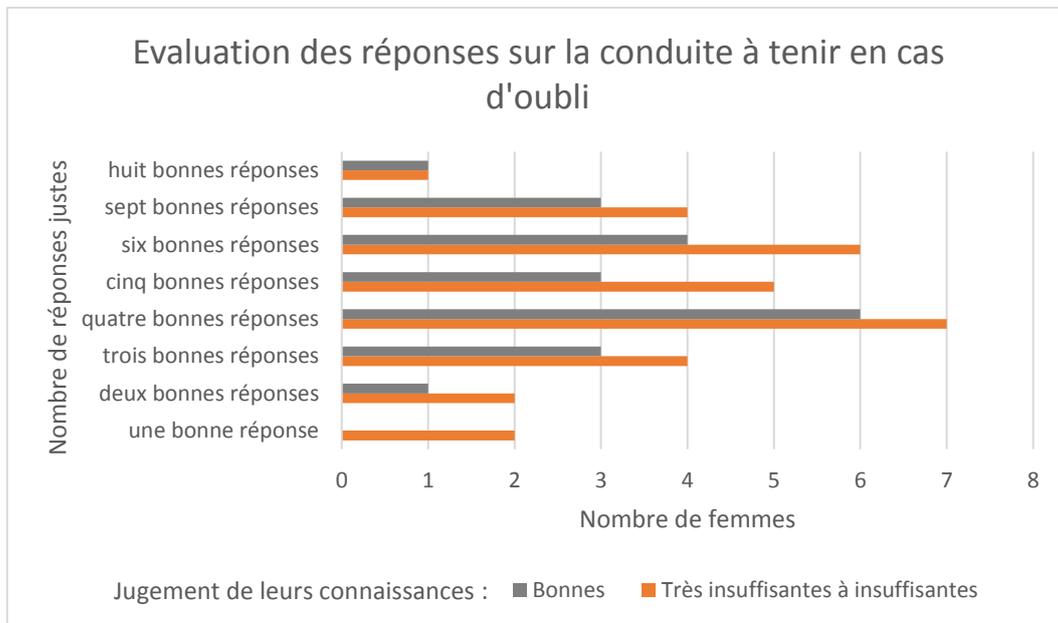


Figure 4 : évaluations des réponses sur la conduite à tenir en cas d'oubli : femmes jugeant leurs connaissances bonnes versus femmes jugeant leurs connaissances insuffisantes à très insuffisantes

Quarante pourcents des femmes jugeaient leurs connaissances quant à la prise en charge en cas d'oubli de CO bonnes, tandis que les autres femmes les jugeaient insuffisantes à très insuffisantes.

La moyenne de réponses justes sur la CAT en cas d'oubli pour les femmes jugeant leurs connaissances bonnes était de 61%, et on retrouvait une moyenne de 58% de réponses justes chez les femmes jugeant leurs connaissances insuffisantes à très insuffisantes.

4 DISCUSSION

4.1 Limites et biais

Les critères d'exclusion de cette étude ont engendré un biais de sélection :

Les femmes mineures ont été exclues de l'étude pour permettre une simplification des démarches. Aucune autorisation n'a été demandée à la CNIL. De plus, la participation de mineurs à une étude nécessite une autorisation du tuteur légal, or nous pouvons supposer que les jeunes femmes n'informent pas systématiquement leurs parents lorsqu'elles s'apprêtent à pratiquer une IVG.

Six pourcents des IVG sont réalisées par des mineures⁹ et, en 2010, 58,3% des 15-17 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant avaient recours à une contraception orale¹⁰. Nous pouvons supposer que si les femmes mineures avaient été incluses à l'étude, la prévalence aurait changé.

Le recueil de données ayant été réalisé par la distribution d'un questionnaire anonyme, les femmes non francophones ont été exclues de l'étude. Nous pouvons supposer que la barrière de la langue crée des défauts de compréhension lorsque le prescripteur distribue les informations sur la prise du CO.

La méthode de recueil des données, par questions à choix multiples, a probablement engendré un biais. Plutôt que de choisir l'item « je ne sais pas », il est possible que certaines femmes aient coché des réponses en espérant qu'elles soient justes. Ce choix de méthode a pour conséquence une perte d'information et de nuance. Néanmoins, cela facilitait le remplissage des questionnaires par les femmes et permettait un recueil et une analyse des réponses plus rapides, nous avons ainsi pu augmenter la puissance de notre étude. Pour limiter ce biais, lors de l'analyse des résultats, nous n'avons pas différencié les items où les femmes ne répondaient pas la réponse juste des items où elles cochaient « je ne sais pas ».

La méthode permettant le recueil des données est à l'origine d'un biais de recrutement. Les questionnaires étaient distribués par les médecins du service qui réalisaient l'entretien pré-IVG, des oublis de distribution ont été observés.

Une fois le questionnaire complété, la femme devait le remettre aux secrétaires du service. Il est donc possible que certains questionnaires aient été perdus.

Ceci explique donc pourquoi les valeurs de notre flow-chart sont incomplètes. Mis à part pour les mineures, nous ne connaissons pas les effectifs des femmes exclues. Ceux-ci auraient pu être récupérés par analyse des 1112 dossiers des femmes incluses dans l'étude, mais la charge de travail aurait été trop importante, d'autant que les dossiers de ce service ne sont pas informatisés.

Le questionnaire a été soumis à une phase de pré-test afin de s'assurer de la compréhension des questions par les femmes. Suite à ce pré-test, aucune modification n'a été apportée au questionnaire.

Il était composé de 2 feuilles recto-verso et il ne fallait pas plus de 10 minutes pour y répondre.

Le recueil des données a été réalisé à deux périodes différentes, en 2015 et 2016. Il aurait été intéressant de faire une analyse des 30 premiers questionnaires recueillis en 2015 afin d'affiner le questionnaire distribué en 2016 et ainsi mieux comprendre les informations que les femmes ne savaient pas. Néanmoins, ceci aurait entraîné un biais méthodologique lors de l'analyse des 52 questionnaires.

Nous avons privilégié l'anonymat et l'autonomie des femmes de façon à ne pas influencer leur participation à l'étude, ni leurs réponses. Nous pensions qu'elles y participeraient plus facilement si elles ne se sentaient pas jugées. Malgré cela, le taux de participation à l'étude fut décevant.

Onze centres permettent la réalisation d'IVG en Isère (38), 7 sont des établissements publics. D'après une étude de la DREES¹¹ réalisée en 2016, 89,6% des IVG pratiquées en 2014 étaient réalisées en établissement public. Notre étude a été réalisée uniquement au service d'orthogénie du CHU de

Grenoble. Néanmoins, en tenant compte des chiffres de la DREES, nous pouvons considérer que la population y consultant est semblable à la population générale.

4.2 Discussion des résultats

Le but de notre étude était de faire un état des lieux des connaissances des femmes sur leur contraception orale, afin de comprendre l'importante différence entre les indices de Pearl de la contraception orale, 0,3 en théorie et entre 6 et 8 tel qu'utilisé couramment¹². Nous avons choisi de réaliser notre étude auprès de femmes chez qui il y a eu un échec de contraception orale. Ces femmes étaient en demande d'IVG et leur grossesse était survenue malgré l'usage d'une contraception orale.

L'objectif principal était d'évaluer les connaissances des femmes sur l'utilisation de leur contraceptif oral. Les femmes interrogées étaient des femmes en demande d'IVG, leur grossesse ayant débutée alors qu'elles utilisaient une contraception orale. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer leurs capacités à reconnaître un oubli de CO et leurs connaissances sur la CAT à adopter lors d'un oubli de CO.

1. Résultats généraux

Le critère d'inclusion de notre étude était la réalisation d'un entretien pré-IVG. Nous avons donc comparé notre population à la population générale réalisant des IVG en France, même si la taille faible de notre population ne nous permettra pas d'extrapoler nos résultats à la population générale. L'âge médian des femmes de notre échantillon (25,5) se rapproche de l'âge médian des femmes ayant eu recours à une IVG en 2011 (26,5 ans) d'après l'étude INED menée en 2014⁹. Les moins de 24 ans sont les plus représentées dans notre étude, c'est également le cas dans le rapport publié par l'institut DREES en juin 2016¹³ où les femmes de 20 à 24 ans restent les plus concernées avec 27 IVG réalisées pour 1000 femmes contre 14.4 dans la population générale.

2. Connaissances quant à l'utilisation de leur CO

Prise de la contraception orale

Nous avons pu observer que les femmes connaissaient bien les modalités de prise de leur contraception orale. En effet, 85% savaient que leur CO devait être pris tous les jours à heure régulière et 92% connaissaient le délai d'attente entre 2 plaquettes. Les résultats concordent avec une étude menée en 2012 au centre d'orthogénie d'Evreux auprès de 117 patientes âgées de 17 ans à 43 ans consultant aux urgences gynécologiques⁵.

Intervalle entre deux plaquettes

Nous pouvons noter un défaut de connaissance de l'intervalle durant lequel la prise du CO est possible sans qu'elle n'entraîne un oubli. Seules 38% des femmes le connaissaient, 8% le surestimaient et 1 femme sur 5 a répondu qu'elle ne savait pas. Ces résultats concordent avec ceux de l'étude EPILULE¹⁴ menée en 2003 auprès de 2802 femmes, où 43% des femmes sous COEP interrogées connaissaient ce délai et 44% avaient répondu plus de 12h. Ce pourcentage reflète un important manque d'information sur ce sujet, bien que cette information soit essentielle à la prise du CO. La sous-estimation de ce risque entraîne peu de conséquences mise à part la contrainte de suivre à tort la CAT d'un oubli de contraception orale, mais la surestimation de cet intervalle est plus problématique, car sans le savoir la femme s'expose à un risque de grossesse.

Prise concomitante avec des médicaments

Seulement 35% des femmes savaient que certains médicaments peuvent rendre leur CO inactif. Ces médicaments sont des inducteurs enzymatiques, tels des antituberculeux ou antiépileptiques. La HAS recommande de rechercher, lors de toute consultation de contraception, un éventuel traitement concomitant à la prise de pilule¹⁵. Les risques d'échecs de contraception orale par interactions médicamenteuses doivent être abordés par le professionnel de santé de manière systématique. Nous pourrions supposer que le prescripteur du CO se soit informé des thérapeutiques consommées par la

patiente sans pour autant l'avoir informée de l'utilité de cette interrogation. Ce résultat pourrait donc s'expliquer par un défaut d'information du prescripteur à la patiente.

3. Reconnaissance de l'oubli de contraception orale

Oubli de prise/dépassement de l'intervalle

Nous observons que seules 6 femmes sur 10 savaient que l'oubli de prise d'un comprimé ou le dépassement de l'intervalle par rapport à l'heure de prise habituelle rendaient les effets de la contraception orale inefficaces. La conséquence d'une non-reconnaissance d'un oubli de comprimé est l'absence de réalisation des mesures limitant les risques de grossesse. Cela conforte l'étude GRECO auprès de 551 femmes enceintes dont la grossesse est survenue alors qu'elles prenaient une contraception orale, qui a montré que 60,8% des échecs étaient dus à des oublis de CO de plus de 12 heures¹⁶.

Troubles digestifs dans les 4 heures suivant la prise du comprimé de contraception orale

L'absorption du CO peut prendre jusqu'à 4 heures. Ainsi, en cas de troubles digestifs survenant dans les 4 heures suivant la prise du comprimé, qu'il s'agisse d'épisodes de vomissements ou de diarrhées, la femme doit considérer que sa contraception orale a été inefficace. Notre étude a montré une importante carence informative à ce sujet. En effet, seules 38% des femmes savaient que des vomissements suivant la prise de leur comprimé pouvaient la rendre inefficace et 15% savaient pour les épisodes de diarrhées. Ces résultats permettent de comprendre ceux de l'étude GRECO, qui a montré que 9,8% des grossesses survenant sous contraception orale sont attribuées à des vomissements et 6,9% à des diarrhées¹⁶. Il est donc très important d'informer les femmes, lors de la prescription et du renouvellement de CO, sur les possibilités d'un échec de leur contraception orale suite à des troubles digestifs.

4. Conduite à tenir

Prise du comprimé

Les plupart des femmes savaient qu'en cas d'oubli d'un comprimé de CO, il devait être pris immédiatement (79%). Néanmoins, une femme sur 5 ne le prend pas, et s'expose donc à un risque de grossesse en dépassant systématiquement l'intervalle possible durant lequel le comprimé de CO peut être pris.

Oubli de prise d'un comprimé et rapports sexuels

Nous observons que 52% des femmes savaient qu'un RS dans les 5 jours précédents l'oubli de prise du CO était à risque de grossesse mais 44% savaient qu'il faut prendre une CU dans ce cas. Seules 38% des femmes savaient qu'un RS était à risque de grossesse même 7 jours après l'oubli. Ce chiffre semble inquiétant car de nombreuses femmes s'exposeraient dans ce cas à des risques de grossesses. Il entre en contradiction avec le nombre important de femmes (75%) qui savaient qu'en cas d'oubli il faut utiliser une autre méthode contraceptive pendant 7 jours lors des RS. Une des explications à cette contradiction serait qu'il s'agissait d'une question à choix multiples, le choix d'item étant restreint, entraînant probablement un biais.

Oubli d'un des 7 derniers comprimés actifs

Seules 15% des femmes sous COEP savaient qu'en cas d'oubli d'un des 7 derniers comprimés actifs de la plaquette, il fallait dans ce cas enchaîner deux plaquettes afin que 7 comprimés actifs suivent l'oubli. Ces résultats concordent avec ceux d'une étude menée en 2014⁶ auprès de 130 femmes dans un centre de planification et d'éducation familiale. Cette étude a montré que seule une femme sur 5 savait qu'il fallait enchaîner les plaquettes lorsque l'oubli de COEP survenait au cours de la dernière semaine de la plaquette.

Jugement des connaissances sur la conduite à tenir en cas d'oubli

Nous avons constaté que de nombreuses femmes jugeaient leurs connaissances sur la CAT en cas d'oubli de prise d'un comprimé insuffisantes (52%) à très insuffisantes (7%). Il y avait donc un important sentiment de manque d'information de la part des femmes sur la CAT lors d'un oubli de CO. En comparant le taux de réponses correctes entre les femmes qui jugeaient leurs connaissances sur la CAT bonnes (40%) et celles qui les jugeait insuffisantes à très insuffisantes (60%), nous remarquons que l'écart était faible. Nous observons donc que les femmes n'arrivent pas évaluer leurs propres connaissances sur la CAT à réaliser lors de l'oubli d'un comprimé de CO.

5 CONCLUSION

Les résultats de notre étude montrent que les femmes consultant au centre d'orthogénie du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble savaient comment prendre leur contraceptif oral, c'est-à-dire tous les jours, à heure régulière et avec ou non un intervalle entre les plaquettes. Mais d'importantes lacunes ont été observées à différents niveaux :

- L'intervalle possible de prise du CO par rapport à l'heure habituelle ;
- L'inefficacité qui peut être engendrée par la prise concomitante du CO et de médicaments ;
- La reconnaissance des situations à risque de grossesse : l'absence ou le dépassement de l'intervalle possible de prise du CO et la survenue de troubles digestifs dans les 4 heures suivant la prise du CO qui rendent les effets de la contraception inefficace et entraînent donc des situations à risque de grossesse ;
- La prise en charge de l'oubli de CO : la reconnaissance des RS à risque lors d'un oubli, la prise d'une CU, et la nécessité de ne pas attendre l'intervalle de 7 jours entre deux plaquettes ou d'enchaîner directement avec les comprimés actifs de la plaquette suivante lorsqu'un oubli survient sur les 7 derniers comprimés actifs d'un COEP.

Notre étude ne nous permet pas de savoir si cela est dû à un défaut de transmission des informations par le prescripteur lors de la prescription du CO, ou un défaut de compréhension ou d'assimilation par la femme sous contraception orale.

La sage-femme a un rôle majeur dans l'information des femmes sur l'utilisation de leur contraception orale. Depuis juillet 2009 (loi HPST), l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la femme soit adressée à un médecin en cas de situation pathologique. Elle a donc le devoir, en plus de s'assurer que la contraception orale soit la méthode la plus adaptée à sa patiente et l'absence de contre-indications, d'informer toutes les femmes sous contraception orale sur les modalités

d'utilisation, la reconnaissance d'un oubli et la prise en charge d'un oubli. Elle doit également s'assurer de la compréhension et mémorisation de toutes ces informations par la femme.

Les conséquences de ce manque de connaissances entraînent un problème de santé publique car elles peuvent conduire à la pratique d'une IVG. La bonne connaissance de l'utilisation de la contraception orale, le repérage des situations à risque de grossesse et la CAT en cas d'oubli de CO permettrait de diminuer considérablement le nombre d'IVG chez des femmes sous contraception orale lors de la survenue de leur grossesse. Notre étude nous permet de soulever plusieurs perspectives qui limiteraient le nombre d'IVG. Celles-ci reposent principalement sur le professionnel de santé, par sa formation et par son contrôle de la bonne compréhension des informations qu'il délivre à sa patiente. Les professionnels de santé en charge de la délivrance et du suivi de la contraception, médecins généralistes, médecins gynécologues et sages-femmes, doivent être formés afin qu'ils sachent quelles informations délivrer aux patientes sur la contraception orale. Les prescripteurs doivent également être capables de contrôler la bonne compréhension de l'utilisation de la contraception orale, du repérage d'une situation à risque de grossesse et de la prise en charge de celui-ci, en faisant par exemple régulièrement (lors de la première prescription et des renouvellements) réviser la femme sur ses connaissances. Ces mesures nécessiteraient probablement de la part des professionnels d'étendre la durée des consultations. Pour permettre ceci, à partir du 1^{er} novembre 2017 apparaîtra une nouvelle cotation à 46 euros¹⁷, applicable lors de la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans. Actuellement, toute consultation, qu'il s'agisse d'une première prescription ou d'un suivi de contraception, est cotée à 25 euros.

La réduction du nombre d'IVG pratiquées aurait des avantages tant sur le plan économique, les IVG étant prises en charge à 100% par la sécurité sociale, que sur le plan psychologique. Elle permettrait de la qualité de vie pour les femmes : même si une méta-analyse réalisée en 2008¹⁸ montre que les effets psychologiques d'une IVG sur le long terme semblent neutres, des effets négatifs peuvent être

présents lorsqu'une femme pratique une IVG. Cela peut se traduire par exemple par de la colère, de la culpabilité ou de l'anxiété.

La diffusion de l'information sur la prise de la contraception orale est donc évidemment à poursuivre. Il est important que les femmes connaissent leur méthode de contraception, qu'elles sachent reconnaître et prendre en charge les situations à risque de grossesse, il en va de l'autonomie des femmes qu'elles connaissent leur méthode de contraception et sachent reconnaître et prendre en charge les situations à risque de grossesses.

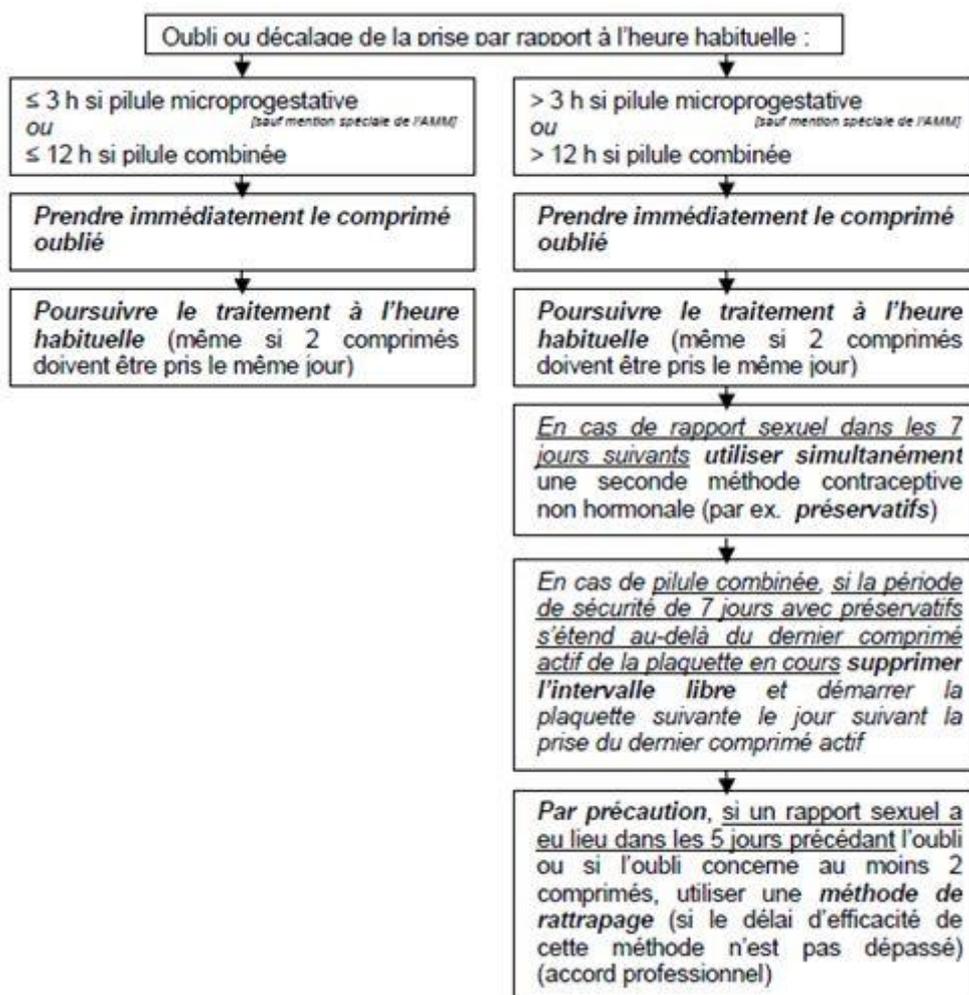
6 BIBLIOGRAPHIE

1. INPES. "CONTRACEPTION : Les Françaises Utilisent-Elles Un Contraceptif Adapté À Leur Mode de Vie ?". [Http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf](http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf), Octobre 2011.
2. Haute Autorité de Santé. "Efficacité Des Méthodes Contraceptives,". <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf>, Mai 2014.
3. Lindecker-Cournil V., Blanchard S., Laurence M., Boscher J., Hassoun D., and Le Goaziou M. "Contraception Chez L'homme et Chez La Femme.". Rapport d'élaboration, Mars 2013.
4. Joubert E., Legris C, and Thieuzard V. "Méthodes Contraceptives : Focus Sur Les Méthodes Les plus Efficaces Disponibles.". Haute Autorité de Santé, Mars 2013.
5. Garay, Emilie. "Évaluation des connaissances des patientes consultant dans le centre d'orthogénie d'Évreux sur les différentes méthodes contraceptives et leurs modes d'utilisation,". Avril 2012.
6. Arciniega, Stéphanie. « Causes d'échec de la contraception orale et connaissances des femmes quant au maniement de leur pilule contraceptive. ». Octobre 2014.
7. Bajos, Nathalie, Moreau C, Léridon H, and Ferrand M. "Pourquoi Le Nombre D'avortements N'A-t-il Pas Baissé En France Depuis 30 Ans ?". Populations et Sociétés, 2004.
8. Bajos, Nathalie, Henri Leridon, Hélène Goulard, Pascale Oustry, Nadine Job-Spira, and The COCON Group. "Contraception: From Accessibility to Efficiency." Human Reproduction, Mai 2003
9. Magali Mazuy, Laurent Toulemon, Elodie Baril. "Le Nombre d'IVG Est Stable, Mais Moins de Femmes Y Ont Recours." <https://www.ined.fr/fr/publications/conjoncture-demographique/le-nombre-ivg-est-stable-mais-moins-de-femmes-y-ont-recours/>, 2014.

10. Nathalie Bajos, Aline Bohet, Mireille Le Guen, Caroline Moreau et l'équipe Fécond. « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? », Population et Sociétés, n° 492, 2012.
11. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques. "Part Du Secteur Public Parmi Les IVG Réalisées En Établissement En 2014". 2016.
12. Philip D Darney MD, MSc, Leon Speroff MD. "Clinical Guide for Contraception". 2010.
13. Annick Vilain. "Les interruptions volontaires de grossesse en 2015", Études et Résultats, n°968, Drees, Juin 2016.
14. Renaud Ménière. "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 générale, 2004
15. HAS. "Fiche Mémo Contraception: Prescriptions et Conseils Aux Femmes."
http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/20152/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf, Juillet 2013
16. BARJOS P., GRAESSLIN O., COHEN D., et al. "Grossesse survenant sous contraception orale : les leçons de l'étude GRECO". Gynécologie obstétrique et fertilité, 34, p.120-126, 2006.
17. Syndicat MGFrance. "La Consultation À 46 Euros Chez Le Médecin Généraliste, C'est MG France."
<https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/1414-la-consultation-a-46-euros-chez-le-medecin-generaliste-c-est-mg-france>, Juin 2016
18. P.K. Coleman. "Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research". British Journal of Psychiatry, 199, 180-186, 2011.

7 ANNEXES

7.1 ANNEXE 1 : CONDUITE A TENIR EN CAS D'OUBLI OU DE DECALAGE DE LA PRISE D'UNE PILULE, ANAES 2004



Ce schéma ne prend pas en compte les CO au désogestrel (Cerazette, Optimizette, Antigone G...) pour lesquels un intervalle de 12 heures par rapport à l'heure de prise habituelle est possible sans entraîner un oubli.

Étudiante sage-femme 5ème Année à Grenoble

Mémoire Sage-Femme
Étude sur les connaissances des femmes sur l'utilisation de la pilule
contraceptive.
Questionnaire anonyme

Mémoire dirigé par le Docteur Marie Sicot, Médecin responsable du centre d'orthogénie du CHU de Grenoble.

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme, je réalise une étude pour étudier les connaissances sur l'utilisation de la pilule contraceptive chez les femmes en demande d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) au sein du CHU de Grenoble.

Cette étude permettra d'identifier les informations n'étant pas connues ou comprises parmi les utilisatrices de la pilule, afin d'améliorer les informations données par les professionnels de santé.

Merci pour le temps que vous prendrez à répondre à ce questionnaire.

Rappel sur les conditions pour participer à cette étude :

- **Vous n'avez jamais participé à cette étude et vous acceptez d'y participer (possibilité de participer une seule fois)**
- **Vous êtes majeure et n'êtes pas sous tutelle ou curatelle**
- **Vous maîtrisez la langue française**
- **Vous êtes en demande d'IVG et vous utilisez habituellement une contraception par pilule.**

Le remplissage de ce questionnaire prend environ 10 minutes. Il contient 32 questions courtes. Il n'y a qu'une seule réponse juste par question, merci de cocher la case correspondante à votre réponse.

1) Quel est le nom de votre pilule ?

2) Votre pilule doit être prise tous les jours sans interruption au cours de la plaquette.

Vrai Faux Ne sait pas

3) Vous devez commencer la plaquette suivante sans interruption avec la précédente plaquette.

Vrai Faux Ne sait pas

4) Vous devez commencer la plaquette suivante 7 jours après l'arrêt de la précédente plaquette.

Vrai Faux Ne sait pas

5) Vous devez commencer la plaquette suivante 10 jours après l'arrêt de la précédente plaquette.

Vrai Faux Ne sait pas

6) Vous devez commencer la plaquette suivante lors du prochain rapport.

Vrai Faux Ne sait pas

7) Votre pilule doit être prise à heure régulière.

Vrai Faux Ne sait pas

8) Votre pilule doit être prise sans dépasser un intervalle par rapport à l'heure de la prise habituelle.

Faux, il n'existe pas d'intervalle possible

Vrai, cet intervalle est de 3 heures

Vrai, cet intervalle est de 6 heures

Vrai, cet intervalle est de 12 heures

Vrai, cet intervalle est de 24 heures

Ne sait pas

9) Certains médicaments peuvent rendre la pilule inefficace :

Vrai Faux Ne sait pas

Concernant les questions 10 à 16 : Votre pilule est inefficace si :

10) vous avez oublié de prendre un comprimé un jour.

Vrai Faux Ne sait pas

11) vous avez pris le comprimé mais que vous avez dépassé l'intervalle par rapport à l'heure habituelle.

Vrai Faux Ne sait pas

12) vous avez consommé de l'alcool au moment de la prise du comprimé.

Vrai Faux Ne sait pas

13) vous avez vomi dans les 3 heures après avoir pris le comprimé.

Vrai Faux Ne sait pas

14) vous avez eu des diarrhées dans les 3 heures après avoir pris le comprimé.

Vrai Faux Ne sait pas

15) vous avez pris le comprimé au cours d'un repas.

Vrai Faux Ne sait pas

16) vous avez pris le comprimé en dehors d'un repas.

Vrai Faux Ne sait pas

Concernant les questions 17 à 20 : En cas d'oubli de votre pilule, vous êtes exposée à un risque de grossesse si :

17) vous avez eu un rapport sexuel dans les 5 jours précédents

Vrai Faux Ne sait pas

18) vous avez eu un rapport sexuel il y a plus de 7 jours

Vrai Faux Ne sait pas

19) vous avez un rapport sexuel le lendemain

Vrai Faux Ne sait pas

20) vous avez un rapport sexuel 7 jours après

Vrai Faux Ne sait pas

Concernant les questions 21 à 25 : En cas d'oubli d'un comprimé :

21) Il faut prendre immédiatement le comprimé oublié

Vrai Faux Ne sait pas

22) Vous oubliez un comprimé parmi les 7 premiers de la plaquette

Il faut continuer à prendre votre pilule comme d'habitude

Il faut continuer à prendre votre pilule comme d'habitude puis enchaîner directement avec les comprimés actifs de la plaquette suivante.

Ne sait pas

23) Vous oubliez un comprimé parmi les 10 premiers de la plaquette

Il faut continuer à prendre votre pilule comme d'habitude

Il faut continuer à prendre votre pilule comme d'habitude puis enchaîner directement avec les comprimés actifs de la plaquette suivante.

Ne sait pas

24) Vous oubliez un comprimé parmi les 7 derniers de la plaquette

Il faut continuer à prendre votre pilule comme d'habitude

Il faut continuer à prendre votre pilule comme d'habitude puis enchaîner directement avec les comprimés actifs de la plaquette suivante.

Ne sait pas

25) Comment jugez vous vos connaissances sur ce qu'il faut faire en cas d'oubli ?

Très bonnes Bonnes Insuffisante Très insuffisantes

Concernant les questions 26 à 29 : En cas d'exposition à un risque de grossesse :

26) Il faut prendre la pilule du lendemain dans tous les cas

- Vrai Faux Ne sait pas

27) Il faut prendre la pilule du lendemain si vous avez eu un rapport sexuel dans les 5 jours précédents

- Vrai Faux Ne sait pas

28) Il faut prendre la pilule du lendemain si vous avez eu un rapport sexuel 7 jours avant

- Vrai Faux Ne sait pas

29) En cas de rapport sexuel, il faudra utiliser un autre moyen de contraception :

- Non
 Oui, pendant 3 jours maximum
 Oui, pendant 7 jours

Questions personnelles

30) Quel est votre âge ? ans

31) Quel est votre plus haut diplôme obtenu ?

- Aucun
 Brevet des collèges (BEPC)
 CAP
 BEP
 Bac
 Bac+2
 > Bac+2

32) Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

- Agriculteurs exploitant
 Artisans, commerçant et chef d'entreprise
 Cadre
 Professions intermédiaire
 Employés
 Ouvriers
 Retraités
 Autres personnes sans activité professionnelle

Merci beaucoup pour votre participation et merci de déposer ce questionnaire au secrétariat. N'hésitez pas à vous adresser à un médecin si vous avez des questionnements sur l'utilisation de votre pilule.

7.3 ANNEXE 3 : TABLEAU DE LA RECONNAISSANCE DES SITUATIONS A RISQUE DE GROSSESSE EN CAS

D'OUBLI D'UN COMPRIME

Risque de grossesse en cas d'oubli si RS	Echantillon n=52
RS 5 jours précédent n(%)	
Vrai	27 (52)
Faux	13 (25)
NSP	12 (23)
RS supérieurs à 7 jours suivant n(%)	
Vrai	10 (19)
Faux	28 (54)
NSP	14 (27)
RS le lendemain n(%)	
Vrai	34
Faux	9
NSP	9
RS 7 jours après n(%)	
Vrai	20 (38)
Faux	15 (29)
NSP	17 (33)

Résumé

But : Chaque année, 50 000 IVG sont réalisées chez des femmes sous contraception orale lors de la survenue de leur grossesse. Ce travail est une évaluation des connaissances des femmes en demande d'IVG et sous contraception orale lors de la survenue de leur grossesse sur l'utilisation de la contraception orale.

Matériels et méthodes : Une étude descriptive et analytique a été menée au centre d'orthogénie de l'Hôpital Couple-Enfant (HCE). Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'un questionnaire anonyme.

Résultats : Concernant l'utilisation du CO, les informations les plus méconnues étaient l'intervalle de temps possible durant lequel le comprimé pouvait être pris sans induire un oubli et le fait que certains médicaments pouvaient rendre le CO inefficace. Concernant la reconnaissance des situations où la contraception orale est inefficace, les informations les plus méconnues étaient que des troubles digestifs (vomissements et diarrhées) survenant dans les 4 heures suivant la prise du comprimé étaient similaires à un oubli de CO. Concernant la CAT en cas d'oubli, les informations les plus méconnues étaient la nécessité de ne pas attendre l'intervalle de 7 jours entre deux plaquettes ou d'enchaîner directement avec les comprimés actifs de la plaquette suivante lorsqu'un oubli survenait sur les 7 derniers comprimés actifs d'un COEP et les périodes durant lesquelles les RS sont à risque de grossesse.

Conclusion : Il a été observé une insuffisance des connaissances de la contraception orale à tous les niveaux : de l'utilisation à la reconnaissance et la prise en charge d'un oubli de CO.

Mots clés : Contraception orale, interruption volontaire de grossesse, oubli de contraceptif oral.