



HAL
open science

État des lieux des connaissances des femmes à propos de leur contraception orale œstro-progestative

Marine Garrido

► **To cite this version:**

Marine Garrido. État des lieux des connaissances des femmes à propos de leur contraception orale œstro-progestative. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03227148

HAL Id: dumas-03227148

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03227148>

Submitted on 17 May 2021

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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES
DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

Marine Garrido

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

État des lieux des connaissances des femmes à propos de leur contraception orale œstro-progestative

Directeur de mémoire : Anne McKinlay

Soutenu le : 24 mars 2020

JURY

Sarah Louis, enseignante sage-femme, présidente du jury

Sophie Prudhomme, enseignante sage-femme

Fanny Revel, sage-femme libérale

Numéro national d'étudiant : 2506000272p

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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 expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

À ma directrice de mémoire Anne McKinlay pour son implication et sa persévérance lors de ce travail.

Aux sages-femmes qui ont participé à l'étude ainsi que toutes les patientes qui ont accepté de donner de leur temps pour faire avancer ce mémoire.

À l'ensemble de l'équipe pédagogique du département de maïeutique de l'UFR de Santé Simone Veil et plus particulièrement à Marie Bourdillon et Christine Etchemendigaray qui ont été d'un soutien précieux lors de ces années d'études.

À ma famille qui m'a permise de grandir et de m'épanouir tant dans ma vie personnelle que professionnelle: ma Maman, mon équilibre de tous les jours ; mes parents qui me donnent toutes les clés pour réaliser mes rêves ; ma sœur Emma ; mes grands-parents, qui m'apprennent tant par leur sagesse et leur courage ; mes beaux-parents, pour leur bienveillance et leurs bons conseils.

À Julien, de partager ma vie, mes joies, mes doutes mais surtout pour la tendresse et l'attention que tu me portes.

À Brigitte, à Diane, à Luana pour leur grande aide.

À mes amis et plus particulièrement à mes copines sages-femmes qui ont rendu ces années inoubliables.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES ANNEXES	IX
LEXIQUE	X
TITRE ET RESUME	XI
TITLE AND ABSTRACT	XII
INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE	2
1.1 État des lieux de la contraception en France	2
1.2 Modalités de prise de la contraception orale oestro-progestative (COEP)	3
1.3 Les sages-femmes et la contraception	7
2 MATERIEL ET METHODES	8
2.1 Objectifs et hypothèses	8

2.2	Type d'étude	9
2.3	Outils méthodologiques et déroulement de l'étude	9
2.4	Participants	10
2.5	Variables retenues	11
2.6	Thèmes abordés	12
2.7	Stratégie d'analyse	12
2.8	Considération éthique et réglementaire	13
3	RESULTATS	14
3.1	Description de la population d'étude : Partie 1 du questionnaire (Q1-Q6)	14
3.2	Principaux résultats	15
3.2.1	Auto notation des connaissances : Partie 2 du questionnaire (Q7)	15
3.2.2	Modalités d'utilisation : Partie 3 du questionnaire (Q8-Q17)	15
3.2.3	Connaissances sur la conduite à tenir en cas de mésusage : Partie 4 du questionnaire (Q18-Q23)	17
3.3	Résultats secondaires : partie 5 du questionnaire (Q24-Q26)	22
3.3.1	Origine des connaissances à propos de la contraception orale œstro-progestative	22
3.3.2	Connaissance de la carte « Que faire en cas d'oubli de pilule » de l'INPES (Q24-25)	23
3.3.3	Importance d'une information écrite (Q26)	23
4	DISCUSSION	24
4.1	Population d'étude	24
4.2	Résumé des principaux résultats	24
4.3	Discussion des résultats	27
4.3.1	Auto notation des connaissances	27
4.3.2	Connaissances à propos des modalités de prise de la contraception orale oestro-progestative	28
4.3.3	Connaissances concernant la conduite à tenir en cas de mésusage	30
4.3.4	Origine des connaissances à propos de la contraception orale	34
4.3.5	Importance d'une information écrite	35



4.3.6	Forces de l'étude	36
4.3.7	Limites et biais	37
4.3.8	Perspectives et implications	37
CONCLUSION		39
BIBLIOGRAPHIE		40
ANNEXES		45

Liste des tableaux

Tableau 1: Description de la population d'étude	14
Tableau 2: Résultats des connaissances sur le délai de prise de la contraception d'urgence.....	20

Liste des figures

Figure 1: Organigramme du déroulement de l'étude.....	10
Figure 2: Diagramme des flux.....	11
Figure 3: Réponses aux questions sur les connaissances à propos des modalités de prise de la contraception orale œstro-progestative.....	16
Figure 4: Réponses aux questions concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de contraception inférieur à 12 heures	17
Figure 5: Réponses aux questions concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de contraception supérieur à 12 heures.....	18
Figure 6: Résultats des connaissances des femmes à propos des différents moyens de contraception d'urgence.....	19
Figure 7: Pourcentage de citation des lieux d'accès à la contraception d'urgence ...	21
Figure 8: Pourcentage de citation de chaque acteur de la connaissance des femmes à propos de leur contraception orale.....	22

Liste des annexes

Annexe I : Lettre Sage-femme	45
Annexe II : Lettre patiente.....	46
Annexe III : Questionnaire.....	47
Annexe IV : Réponses aux questions sur les modalités d'utilisation de la pilule.....	57
Annexe V : Carte INPES.....	59
Annexe VI : Plaquette d'information.....	60

Lexique

COEP : Contraception Orale Oestro-Progestative

DIU : Dispositif intra utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoire

INPES : Institut National Pour Éducation à la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Titre et résumé

Objectifs : En France, 97% des femmes en âge de procréer et ne souhaitant pas de grossesse utilisent un moyen de contraception. Pourtant, on constate un nombre important de grossesses inopinées. Il semble donc pertinent d'évaluer les connaissances théoriques des femmes utilisatrices de contraception orale œstro-progestative (COEP) sur leur propre contraception et notamment sur l'attitude à adopter en cas de mauvaise prise contraceptive.

L'objectif principal de l'étude est d'effectuer un état des lieux des connaissances des femmes concernant, d'une part, les modalités de prise de leur COEP et, d'autre part, la conduite à tenir en cas de mésusage.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude quantitative basée sur des questionnaires. Ces derniers ont été distribués par 22 sages-femmes libérales et hospitalières des Yvelines et du Val d'Oise à 109 femmes lors de consultations de suivi gynécologique ou lors de consultations de contraception à des femmes sous contraception orale œstro-progestative depuis plus de 3 mois.

Résultats : Aucune patiente n'a répondu juste à l'ensemble des questions concernant les modalités de prise de la COEP. Concernant les mésusages de contraception, 25,7% des femmes proposaient une attitude adaptée en cas d'oubli inférieur à 12 heures et 19,3% en cas d'oubli supérieur à 12 heures. Une minorité connaissait les contraceptions d'urgence existantes, leurs modalités de prise et les lieux d'accès. En conclusion, la plupart des femmes participantes ne disposait pas d'une connaissance suffisante pour permettre une bonne utilisation de leur de pilule œstro-progestative. De plus, cette étude a montré que peu d'entre elles possédaient les connaissances adaptées pour faire face à un mésusage de leur contraception.

Mots-clés : pilule œstro-progestative, contraception, état des lieux, connaissances, mésusage

Title and abstract

Purpose: In France, 97% of the women in childbearing age and not willing to get pregnant use a means of contraception. However, a high number of unexpective pregnancies are reported. It is then relevant to evaluate the theoretical knowledge women using estroprogestogenic oral contraceptive have of their own contraception, particularly of the attitude to be adopted in the event of a misuse of contraceptive. The main objective of the study is, on one hand, to make an assessment of what women know regarding the way their OP oral contraceptive should be taken and, on the other hand, what to do in the event the contraceptive might be misused.

Materials and methods: It is a quantitative study based on questionnaires. The latter were handed out by 22 hospital and self-employed midwives working in the french department of les Yvelines and le Val d'Oise to 109 women either during consultations of gynecology or contraception to women who have been using estroprogestogenic oral contraceptive for over 3 months.

Results: No patient correctly answered all the questions dealing with the way the estroprogestogenic oral contraceptive should be taken. Regarding misuse of contraception, 25,7% of the women mentioned a correct attitude concerning missed pills inferior to 12 hours and 19,3% concerning missed pills superior to 12 hours. A minority knew about the existing emergency contraceptions, the way they were to be used and where to find them. In conclusion, most women who participated in the study did not have the sufficient knowledge to ensure a proper administration of their estroprogestogenic oral contraceptive treatment. Moreover, the study shows that few of them possessed adequate knowledge to handle the misusage of their contraceptive.

Key words: estroprogestogenic pill, contraception, assessment, knowledge, misusage.

Introduction

Cette étude est un état des lieux des connaissances des femmes à propos de la conduite à tenir lors de la prise de leur contraception orale œstro-progestative (COEP) et notamment de la conduite à tenir en cas de mésusage. Il s'agit d'une étude quantitative basée sur des questionnaires remplis par des femmes utilisatrices de cette contraception.

Dans une première partie, le contexte de ce travail sera exposé avec la question de recherche et ses hypothèses, puis en seconde partie on retrouvera l'explication en détail du déroulé de l'étude. La troisième partie exposera les résultats retrouvés et pour finir la quatrième et dernière partie contiendra la discussion des résultats avec les propositions d'outils pour améliorer les connaissances des femmes sur leur pilule.

1 Contexte

A l'apogée des trente glorieuses, la légalisation de la contraception par la loi Neuwirth en 1967 a été synonyme de libération des femmes.⁽¹⁾

1.1 État des lieux de la contraception en France

Selon l'enquête Fécond de 2013, la couverture contraceptive de la France est très importante. En effet, seulement 3% des femmes en âge de procréer et ne souhaitant pas de grossesse n'utilisent pas de contraception.⁽²⁾

Malgré le débat médiatique (à propos de la majoration des risques thromboemboliques lors de la prise de pilule contraceptive de 3^{ème} génération) qui a ébranlé l'image de la contraception orale œstro-progestative (COEP) en 2010, celle-ci reste le premier moyen de contraception dans notre pays. En effet, environ 41% des femmes en âge de procréer et ne souhaitant pas de grossesse utilisaient une contraception orale en 2013. ⁽²⁾

Cependant, malgré l'utilisation massive de la contraception et notamment de la contraception orale, un grand nombre de grossesses non prévues est recensé (environ 33% des grossesses) dont les deux tiers sont obtenues sous contraceptifs.⁽³⁾

Par ailleurs, ce constat peut s'expliquer par une mauvaise utilisation de la contraception orale.⁽⁴⁾ En effet, selon l'indice de Pearl, l'utilisation d'une contraception œstro-progestative orale en pratique courante aboutira à 9 grossesses par an sur 100 femmes contre 0,3 en pratique optimale.⁽⁵⁾

Le nombre de grossesses non désirées et donc le nombre important d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) en France (plus de 200 000 en 2017) serait probablement attribué davantage à une mauvaise utilisation de la contraception et principalement orale plutôt qu'à un problème d'accès à la contraception.^{(6) (7)}

En effet, selon l'étude Coraliance 2 de 2005, 92% des femmes interrogées annoncent avoir eu entre 1 et 5 oublis de prise contraceptive dans les 6 mois passés.⁽⁸⁾ De plus, selon une seconde enquête en 2008, sur les 196 femmes incluses dans l'étude, 54% de ces femmes ont eu au moins un oubli de pilule dans les 3 mois précédents : parmi elles seulement 7% ont eu un comportement en adéquation avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).^{(9) (10)}

1.2 Modalités de prise de la contraception orale oestro-progestative (COEP)

- Modalités d'utilisation

Il existe différentes COEP. La plupart contiennent 21 comprimés actifs puis impliquent 7 jours d'arrêt de comprimés avant la reprise de la prochaine plaquette. Pour d'autres, il s'agit d'une plaquette de 28 comprimés à prendre en continu dont 2, 4 ou 7 comprimés sont placebos.

Les comprimés doivent être pris à heure fixe avec un décalage maximal de 12 heures. Il est important de garder la même heure de prise pour permettre une bonne efficacité contraceptive mais en cas de décalage, deux comprimés peuvent être pris dans la même journée ou en même temps.

S'il survient des vomissements ou des diarrhées dans les 4 heures suivant la prise de la contraception, il convient de reprendre un comprimé pour éviter un défaut de contraception.⁽¹¹⁾

La COEP est à débiter le premier jour des règles pour une efficacité immédiate. Si la patiente ne souhaite pas attendre le premier jour de ses règles pour commencer sa contraception, elle peut utiliser la méthode «Quick Start» en commençant le premier comprimé de sa plaquette au cours du cycle et en utilisant des préservatifs pendant 7 jours suivant le début du traitement.

- Oubli de contraception inférieur à 12 heures

Lorsque l'oubli de contraception orale œstro-progestative est inférieur à 12 heures, il est nécessaire de prendre le comprimé oublié le plus rapidement possible (même si cela impose la prise de deux comprimés dans la même journée) et de prendre les suivants à l'heure habituelle.⁽¹²⁾

- Oubli de contraception supérieur à 12 heures

1) Prendre immédiatement le comprimé oublié (même si cela impose de prendre deux comprimés le même jour ou au même moment) puis les suivants à l'heure habituelle.

2) Si l'oubli concerne l'un des 7 derniers comprimés actifs de la plaquette il faut terminer sa plaquette puis supprimer la semaine d'arrêt ou les comprimés placebos pour enchaîner directement sur une nouvelle plaquette.

3) Si un rapport sexuel a eu lieu dans les 5 jours précédant l'oubli, utiliser le plus rapidement possible une contraception d'urgence.

4) Utiliser des préservatifs ou, en rattrapage, une contraception d'urgence, en cas de rapport sexuel dans les 7 jours après l'oubli.⁽¹²⁾

- Contraception d'urgence

La contraception d'urgence regroupe trois méthodes différentes.

Tout d'abord, il existe Norlevo® dite « pilule du lendemain ». Il s'agit d'un progestatif qui agit principalement en empêchant l'ovulation. Elle doit être utilisée le plus précocement possible, au maximum dans les 72 heures après un rapport sexuel à risque de grossesse.⁽¹³⁾

Il existe aussi Ellaone®, dite « pilule du surlendemain » qui est un modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone. Elle agit principalement en rendant la nidation difficile en contrant les effets de la progestérone. Elle doit être utilisée le plus rapidement possible et au maximum dans les 120 heures après un rapport sexuel à risque de grossesse. Néanmoins, plus la contraception d'urgence orale est prise précocement, plus elle est efficace. Elle conserve cependant une efficacité supérieure à 50% dans les 72 heures pour Norlevo® et dans les 120 heures pour EllaOne®.

Enfin, le dispositif intra utérin (DIU) est une contraception d'urgence qui agit en rendant l'endomètre impropre à la nidation et a un effet toxique sur les gamètes grâce au cuivre. Le DIU doit être posé au maximum dans les 120 heures après un rapport sexuel à risque de grossesse. L'efficacité reste identique quel que soit le moment de pose dans les 120 heures.

La contraception d'urgence orale peut être délivrée dans toutes les pharmacies, plannings familiaux ou auprès des infirmières scolaires et universitaires sans ordonnance. La délivrance est gratuite pour les mineurs et par ailleurs remboursée à 65% si elle est prescrite.

Certains professionnels de santé prennent le parti de prescrire une contraception d'urgence lors de toute prescription de contraception orale.

Selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2005 à propos de la délivrance de la contraception d'urgence anticipée à la femme : « on peut lui délivrer par avance (...) de sorte qu'elle puisse la prendre dès que possible après un rapport non protégé ». ⁽¹⁴⁾

Inversement, la Haute Autorité de Santé recommande une prescription anticipée de contraception d'urgence au cas par cas en fonction de la situation des femmes et de la difficulté pour la femme de se procurer une contraception d'urgence. ⁽¹⁵⁾

- Interactions médicamenteuses

Les inducteurs enzymatiques peuvent interagir avec la COEP et réduire son efficacité. Il s'agit de certains traitements antituberculeux, antiépileptique, ou les médicaments contre le virus de l'immunodéficience acquise. Le millepertuis, utilisé en phytothérapie pour traiter les dépressions légères, peut aussi réduire l'efficacité de la contraception orale et de la contraception d'urgence orale. ⁽⁹⁾

- Informations importantes à communiquer aux patientes

La contraception orale ne protège en aucun cas des infections sexuellement transmissibles et donc ne dispense pas de l'utilisation de préservatif.

Selon le décret n°2012-883 du 17 juillet 2012 le pharmacien peut au même titre qu'un infirmier renouveler l'ordonnance de contraception orale pour 6 mois si la prescription date de moins d'un an. ⁽¹⁷⁾

De nos jours, les outils d'informations et particulièrement internet sont très répandus au niveau de la population et notamment au niveau des jeunes. Il existe un site créé par le ministère de la Santé destiné aux femmes où les informations nécessaires à l'utilisation des contraceptions sont répertoriées (www.choisirsacontraception.fr). ⁽¹⁸⁾

En 2011, L'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) a mis en circulation une plaquette d'information au format carte de visite destinée aux femmes comme aide-mémoire « Que faire en cas d'oubli de pilule ? ». ⁽¹⁹⁾ Il s'agit d'un outil à disposition des médecins, pharmaciens et sages-femmes pour permettre une meilleure compréhension par les femmes des informations qui leur sont données.

1.3 Les sages-femmes et la contraception

Depuis la loi n°2009-879 de juillet 2009 HPST, la sage-femme peut effectuer des consultations de contraception et de suivi gynécologique. Néanmoins la sage-femme doit orienter sa patiente au médecin lors de la découverte d'une pathologie.

Depuis 2009, les sages-femmes peuvent prescrire tous les contraceptifs locaux et hormonaux. Auparavant, seuls les contraceptifs progestatifs par voie orale, injectable ou les implants ainsi que les contraceptifs œstro-progestatifs par voie orale, transdermique ou les anneaux vaginaux pouvaient être prescrits par les sages-femmes. ⁽²⁰⁾

Les sages-femmes, comme tous les professionnels médicaux, ont un devoir d'information (écrite et orale) auprès des patientes et notamment lors des consultations de contraception. Les femmes doivent être informées des différentes contraceptions possibles, et notamment de leurs modalités de prise, des effets secondaires, des risques, des signes devant amener à consulter ainsi que de toutes les informations nécessaires pour permettre un usage adapté de la contraception et une attitude adéquate en cas de mésusage. ⁽²¹⁾

2 Matériel et méthodes

2.1 Objectifs et hypothèses

Au regard du nombre élevé de grossesses inopinées et de la proportion de femmes sous COEP, il semblait important d'évaluer les connaissances théoriques des femmes utilisatrices de contraception orale œstro-progestative à propos de leur pilule et notamment à propos de l'attitude à adopter en cas de mauvaise prise contraceptive.

L'objectif principal de l'étude était d'effectuer un état des lieux des connaissances des femmes concernant les modalités de prise de leur COEP et la conduite à tenir en cas de mésusage.

Le second objectif était de déterminer les points méconnus des femmes en cas de connaissances erronées.

La question de recherche pour cette étude était :

Les femmes ont-elles une bonne connaissance concernant l'utilisation de leur contraception orale œstro-progestative ainsi qu'une bonne connaissance à propos de la conduite à tenir en cas de mésusage de leur contraception ?

Les hypothèses étaient les suivantes :

- Les femmes n'ont pas une connaissance adaptée à propos de la prise de leur contraception orale pour favoriser une bonne utilisation de celle-ci.
- Les femmes n'ont pas une connaissance adaptée à propos de la conduite à adopter en cas de mésusage de leur COEP.

2.2 Type d'étude

Ce mémoire était basé sur une étude quantitative réalisée à partir de questionnaires. Ces derniers contenaient des questions à choix multiples et des questions ouvertes et prenaient uniquement quelques minutes à compléter.

2.3 Outils méthodologiques et déroulement de l'étude

Nous avons contacté 53 sages-femmes libérales et hospitalières dans le département des Yvelines (78) et du Val d'Oise (95) effectuant des consultations de gynécologie. Parmi ces professionnels, 22 ont été intégrés à l'étude, dont 3 sages-femmes hospitalières.

Une information sur les objectifs du mémoire et le déroulement de l'étude leur a été donnée à l'oral puis à l'écrit via une lettre. (Annexe I)

Les professionnels ont ensuite reçu des enveloppes à donner à leurs patientes répondant aux critères d'inclusions et acceptant de participer anonymement à l'étude. Celles-ci contenaient une lettre d'explication (Annexe II) qui leur était destinée, ainsi que le questionnaire à remplir (Annexe III). Après la consultation, la patiente était invitée à répondre au questionnaire en salle d'attente puis à le remettre dans l'enveloppe et cacheter cette dernière pour respecter l'anonymat. Le tout était à déposer à l'endroit indiqué. Tous les questionnaires ont été récupérés secondairement.

2.4 Participants

Les questionnaires devaient être remplis par des femmes utilisant une contraception orale œstro-progestatif depuis plus de 3 mois au moment de l'étude et se présentant à une consultation pour un suivi gynécologique, un renouvellement ou un changement de contraception.

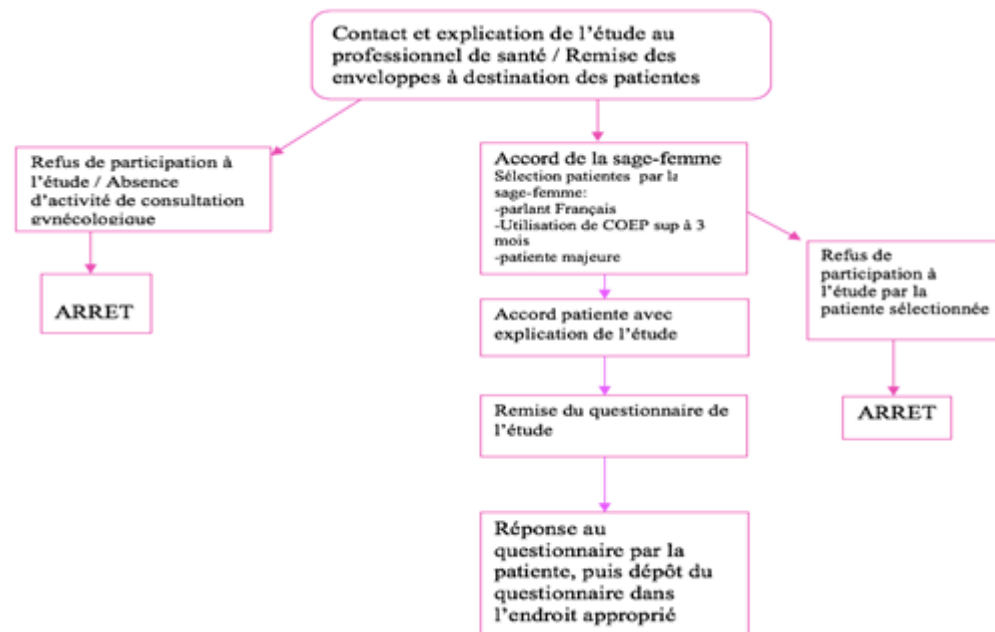
Critères d'inclusion des patientes à l'étude :

- Acceptation de l'étude
- Utilisation d'une COEP depuis plus de 3 mois au moment de l'étude

Critères d'exclusion des patientes à l'étude :

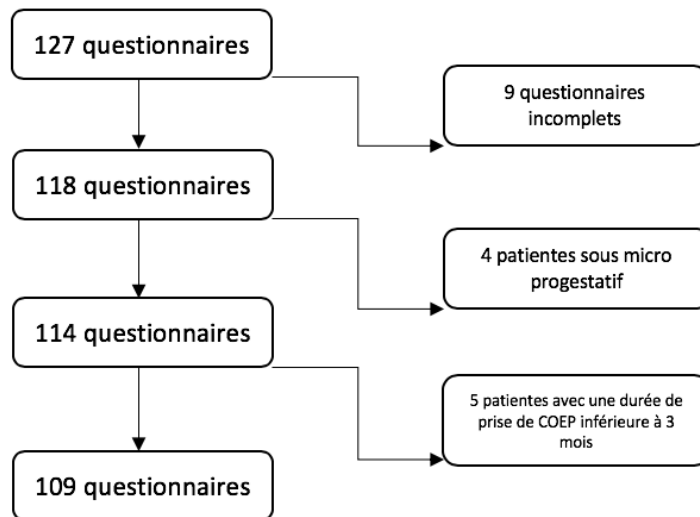
- Patiente mineure
- Ne parlant pas, ne comprenant pas ou n'écrivant pas le français

Figure 1: Organigramme du déroulement de l'étude



127 questionnaires ont été remplis et récupérés entre décembre 2018 et avril 2019. Parmi ceux-ci, seuls 109 questionnaires ont pu être exploités car ils respectaient les critères de l'étude et étaient complets.

Figure 2: Diagramme des flux



2.5 Variables retenues

Les variables retenues de cette étude étaient les suivantes :

- L'âge
- Le niveau d'étude
- La durée depuis laquelle la pilule œstro-progestative est utilisée
- Le mode d'exercice de la sage-femme consultée (hospitalière ou libérale)
- Le motif de la consultation

2.6 Thèmes abordés

Le questionnaire de cette étude (présent en annexe III) était divisé en cinq parties.

- La première partie s'intéressait aux éléments de description de la patiente répondant au questionnaire.
- La deuxième partie contenait une seule question d'auto notation des connaissances à propos de la pilule.
- La troisième partie était composée de questions de connaissances concernant les modalités de prise de la contraception orale et répondait donc à la première partie de la question de recherche.
- La quatrième partie abordait les connaissances sur la conduite à tenir en cas d'oubli de contraception et traitait donc la deuxième partie de la question de recherche.
- Enfin, la cinquième et dernière partie était une ouverture qui abordait l'origine des connaissances et l'utilité que pourrait avoir un outil d'information écrite à destination des patientes.

2.7 Stratégie d'analyse

Toutes les réponses aux questionnaires ont été retranscrites dans un tableau Excel. Les pourcentages ont été également calculés via ce logiciel.

Les questionnaires ont été analysés en cinq sous parties selon la trame présentée précédemment. Les réponses ont été analysées de manière descriptive et quantitative. Nous avons utilisé des tableaux et des figures de manière à rendre la lecture plus fluide et visuelle.

2.8 Considération éthique et réglementaire

Chaque patiente a donné son accord pour participer à l'étude. Ce consentement était révocable à tout moment.

Concernant les sages-femmes, pour celles exerçant en libéral, seul leur propre accord était nécessaire. Pour les sages-femmes hospitalières, leur autorisation ainsi que celle du chef de service étaient demandées.

Dans tous les cas, seuls les accords oraux étaient requis.

Aucune déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés n'était demandée car il ne s'agissait pas d'une étude sur des données sensibles, stigmatisantes ou identifiantes.

3 Résultats

3.1 Description de la population d'étude : Partie 1 du questionnaire (Q1-Q6)

Tableau 1: Description de la population d'étude

N=109

	Effectif observé	Pourcentage total observé (% , arrondis au dixième)
Age :	109	100
➤ 18-25 ans	47	43,1
➤ 26-30 ans	28	25,7
➤ 31-35 ans	20	18,3
➤ Plus de 35 ans	14	12,9
Niveau d'étude :	109	100
➤ Primaire	0	0
➤ Collège	1	0,9
➤ Lycée	18	16,5
➤ Bac+1/+2	37	34
➤ Bac+3 ou plus	53	48,6
Contraception prise depuis :	109	100
➤ 3-6 mois	13	12
➤ 6-12 mois	8	7,3
➤ 12-24 mois	8	7,3
➤ Plus de 24 mois	80	73,4
Sage-femme consultée :	109	100
➤ Libérale	90	82,6
➤ Hospitalière	19	17,4
Motif de consultation :	109	100
➤ Suivi de gynécologie	59	54,1
➤ Renouvellement de contraception	31	28,5
➤ Changement de contraception orale (COEP → COEP)	19	17,4
➤ Changement de contraception (COEP → autres moyen contraception)	0	0

3.2 Principaux résultats

3.2.1 Auto notation des connaissances : Partie 2 du questionnaire (Q7)

Pour débiter, il a été demandé aux patientes de noter les connaissances qu'elles pensaient avoir concernant l'utilisation de leur contraception et notamment leur conduite à tenir en cas d'oubli. La moyenne retrouvée était de 7,23, la médiane 8 et l'écart type 1,69.

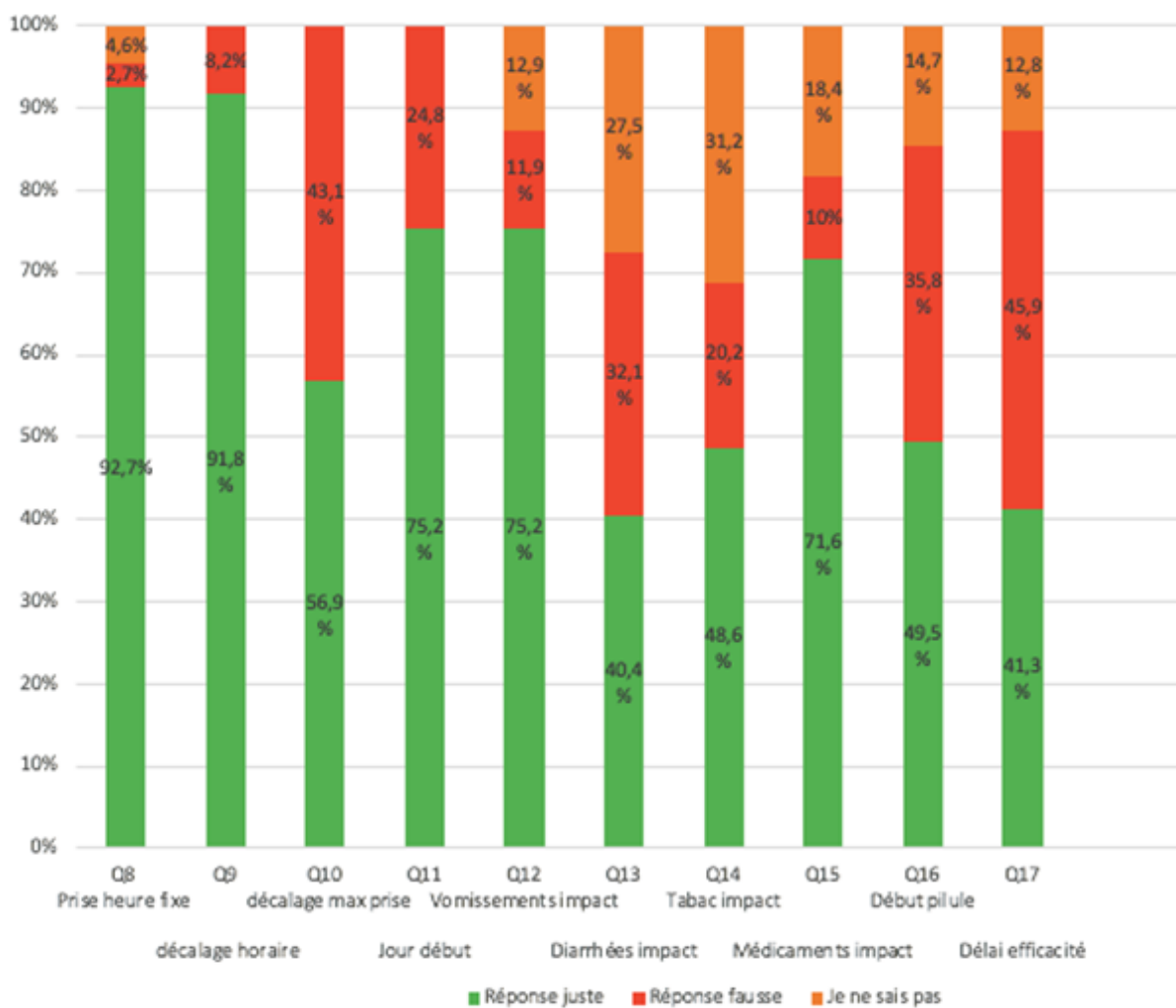
3.2.2 Modalités d'utilisation : Partie 3 du questionnaire (Q8-Q17)

Le questionnaire contenait 10 questions concernant les connaissances sur les modalités d'utilisation de la COEP dans des conditions idéales de prise.

Les résultats ont été résumés dans le graphique ci-après. Toutes les réponses erronées, quelles qu'elles soient, ont été attribuées « Fausses », toutes les réponses justes « Vraies » et les réponses « je ne sais pas » ont été attribuées « Je ne sais pas ».

Figure 3: Réponses aux questions sur les connaissances à propos des modalités de prise de la contraception orale œstro-progestative

N=109



Le détail des réponses de cette partie se trouve en annexe IV.

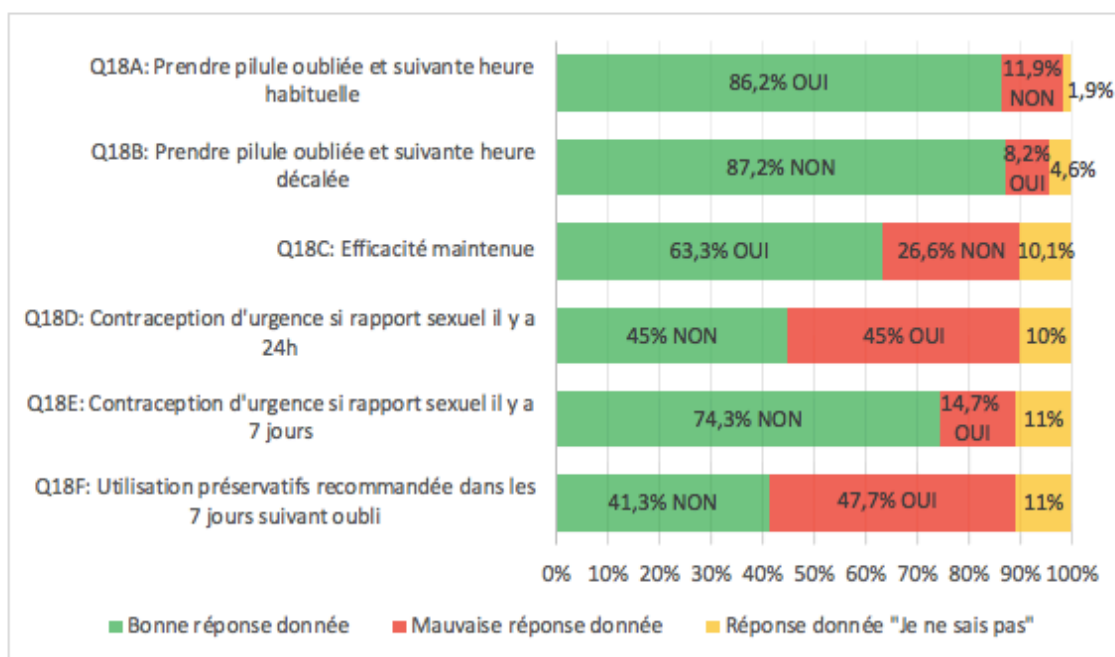
Suite à l'analyse des réponses, nous avons pu mettre en avant qu'aucune des 109 participantes n'a répondu juste à l'ensemble des questions de cette partie.

3.2.3 Connaissances sur la conduite à tenir en cas de mésusage : Partie 4 du questionnaire (Q18-Q23)

Les deux premières questions concernaient les connaissances à propos de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule inférieur ou supérieur à 12 heures. Les réponses ont été résumées dans les graphiques ci-après.

Figure 4: Réponses aux questions concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de contraception inférieur à 12 heures

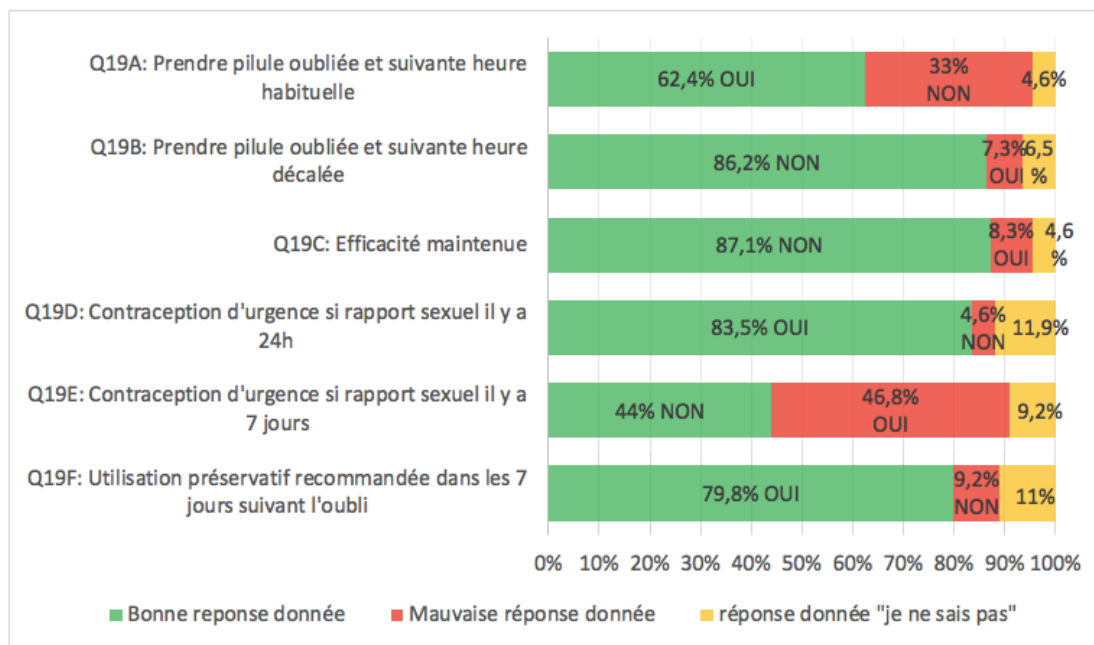
N=109



Suite à l'analyse des réponses nous avons pu montrer que 28 femmes sur les 109 soit 25,7% ont répondu juste à toutes les questions concernant les oublis de pilule inférieurs à 12 heures.

Figure 5: Réponses aux questions concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de contraception supérieur à 12 heures

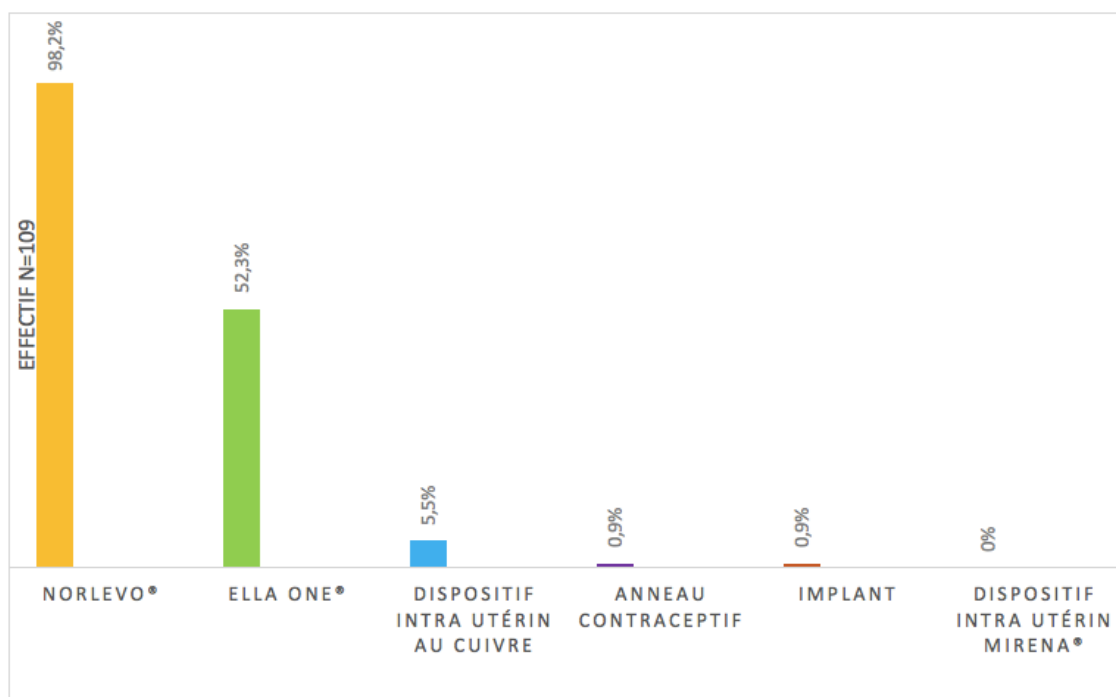
N=109



L'analyse des réponses à cette dernière question nous a montré que sur notre échantillon d'étude de 109 femmes, 21 soit 19,3% des participantes ont répondu juste à toutes les questions concernant les oublis de pilule supérieurs à 12 heures.

La troisième question de cette partie concernait les connaissances à propos des différentes contraceptions d'urgence. Le tableau ci-dessous résume le pourcentage de femmes qui connaissait chaque moyen de contraception d'urgence. Chaque patiente pouvait choisir une ou plusieurs réponses parmi une liste de choix de contraceptions et de contraceptions d'urgence. Les résultats ont été exposés dans le graphique ci-dessous et indiquent le pourcentage de femmes qui a coché chaque item.

Figure 6: Résultats des connaissances des femmes à propos des différents moyens de contraception d'urgence



Nous avons trouvé intéressant de rechercher combien de femmes avaient coché les trois moyens de contraception d'urgence existants. Sur les 109 participantes, 5 soit 4,6% ont coché l'ensemble des bonnes réponses.

Les deux questions suivantes concernaient le délai maximum recommandé de prise des contraceptions d'urgence Norlevo® et Ella One®.

Les résultats ont été regroupés dans le tableau ci-dessous. Les réponses écrites en vert sont les réponses justes.

Tableau 2: Résultats des connaissances sur le délai de prise de la contraception d'urgence.

	Effectif observé N=109	Pourcentage total observé (%, arrondis au dixième près)
Délai prise Norlevo® :	109	100
➤ 24 heures	62	56,9
➤ 48 heures	21	19,3
➤ 72 heures	23	21,1
➤ 120 heures	3	2,7
Délai prise EllaOne® :	109	100
➤ 24 heures	11	10
➤ 48 heures	58	53,2
➤ 72 heures	21	19,3
➤ 120 heures	19	17,5

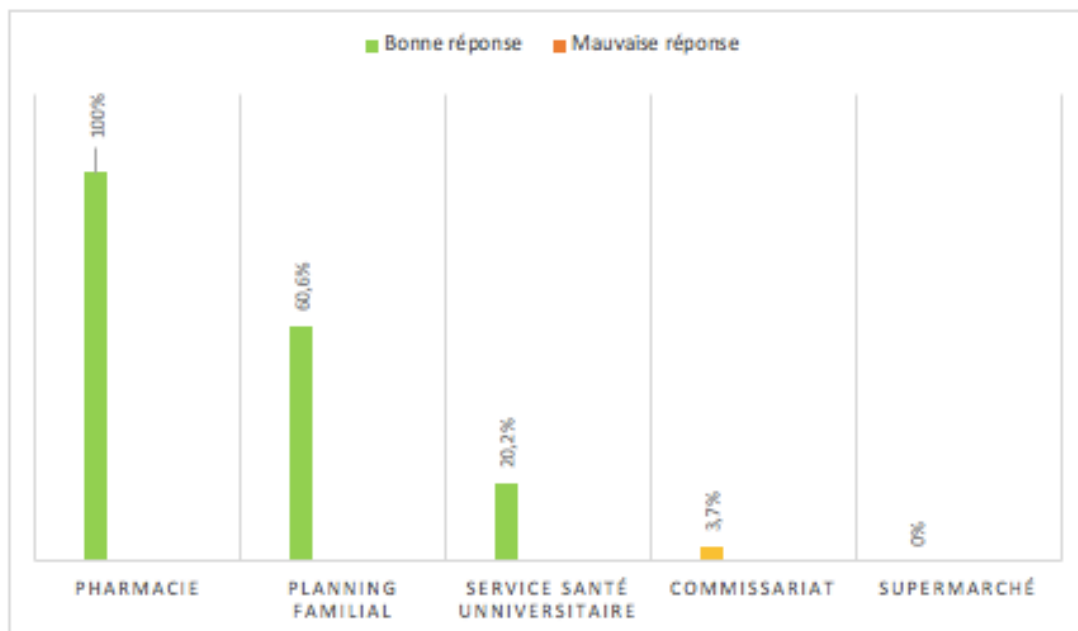
On peut relever que 56,9% des femmes ayant répondu au questionnaire ont indiqué « 24 heures » comme délai maximal de prise recommandé de Norlevo®, et 53,2% ont répondu « 48 heures » pour EllaOne®.

On peut aussi observer que 76,2% des femmes participantes pensaient que le délai maximal de prise de Norlevo® était de 24 ou 48h donc inférieur à la réalité. De même pour EllaOne®, 82,5% des patientes ont cité un délai maximal inférieur aux recommandations.

La dernière question de cette partie correspondait aux connaissances sur les lieux dans lesquels on peut obtenir la contraception d'urgence. Il s'agissait d'une question à choix multiples. Les colonnes en vert sont des bonnes réponses tandis que celles en orange sont des mauvaises.

Figure 7: Pourcentage de citation des lieux d'accès à la contraception d'urgence

N=109



Nous avons pu observer que 20,2% des femmes ayant répondu au questionnaire connaissaient les trois lieux d'accès à la contraception d'urgence et que 60,6% des participantes ont cité deux lieux d'accès : la pharmacie et le planning familial.

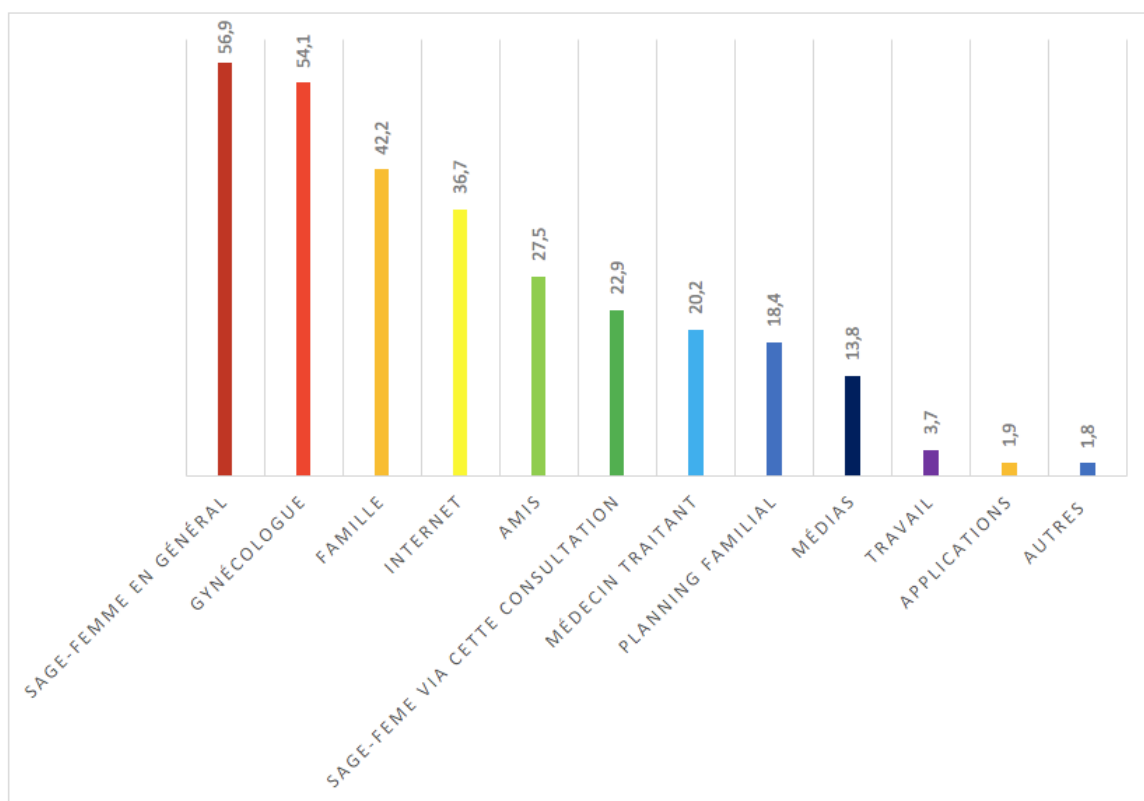
3.3 Résultats secondaires : partie 5 du questionnaire (Q24-Q26)

3.3.1 Origine des connaissances à propos de la contraception œstro-progestative

Dans cette dernière partie du questionnaire, nous avons premièrement cherché à déterminer la provenance des connaissances à propos de la contraception. Il a été demandé aux participantes de cocher dans une liste de choix les acteurs à l'origine de leurs connaissances sur la pilule contraceptive œstro-progestative. Les résultats ont été regroupés dans un histogramme, et ont été indiqués en pourcentage.

Figure 8: Pourcentage de citation de chaque acteur de la connaissance des femmes à propos de leur contraception orale

(Effectif=109)



Il a été montré ici que les connaissances des femmes à propos de leur contraception orale provenaient principalement des sages-femmes en général, des gynécologues, puis des familles et d'internet. On note également que 22,9% des patientes ont cité la sage-femme via la consultation qui venait d'avoir lieu. 1,8% des participantes ont répondu « autres » et mentionnaient « l'école ».

3.3.2 Connaissance de la carte « Que faire en cas d'oubli de pilule » de l'INPES (Q24-25)

Par la suite, nous avons voulu déterminer le pourcentage de femmes de l'étude connaissant la carte mémo « Que faire en cas d'oubli de pilule ? » (Annexe V). Sur 109 femmes, 24 connaissaient l'existence de cette carte soit 22% de notre population d'étude.

3.3.3 Importance d'une information écrite (Q26)

Enfin, pour la dernière question, nous avons demandé aux femmes si elles pensaient qu'une information écrite était importante pour une meilleure connaissance et utilisation de la pilule, et quelle était la raison de leur réponse. 90% des femmes de l'étude ont répondu trouver une information écrite importante. Elles étaient 67% à donner de l'importance à une information écrite dans le but d'éviter une grossesse inopinée et 15% ont indiqué son intérêt en tant que pense bête simplifié. De plus, 9,9% des femmes interrogées estimaient qu'une information écrite n'était pas nécessaire et aucune de ces personnes n'a justifié sa réponse. 0,1% de la population a répondu ne pas savoir.

4 Discussion

4.1 Population d'étude

Notre population d'étude comportait 109 femmes recrutées par l'intermédiaire de 22 sages-femmes libérales réparties dans tout le département des Yvelines et 3 sages-femmes hospitalières du Val d'Oise. Il s'agit d'une population avec des critères d'inclusion larges : en effet, ont été incluses dans cette étude toutes les femmes acceptant de participer à l'étude, de plus de 18 ans, ayant consulté une sage-femme pour un suivi gynécologique ou contraceptif, utilisant une COEP depuis plus de 3 mois et pour finir ayant répondu au questionnaire de manière complète.

Néanmoins, nous ne pouvons pas assimiler notre échantillon d'étude à la population générale de femmes de plus de 18 ans utilisant une COEP depuis plus de 3 mois : en effet, pour exemple, 48,6% des femmes de notre population possédaient un niveau d'étude supérieur à un bac+3 contre 31,3% de la population générale de femme en âge de procréer en 2015 selon l'INSEE. ⁽²²⁾

4.2 Résumé des principaux résultats

Cette partie vise à synthétiser les principaux résultats puis à répondre aux hypothèses.

Concernant la partie du questionnaire sur l'auto notation des connaissances, nous avons constaté que les patientes notaient en moyenne leurs connaissances à 7,23/10 avec une médiane à 8. À partir des résultats du questionnaire, nous avons pu donner une note à chaque patiente : la moyenne était de 6,2/10. Les résultats et le barème seront détaillés plus amplement dans la partie suivante.

Concernant les connaissances sur les modalités d'utilisation, on peut observer premièrement que plus de 90% des femmes interrogées connaissaient l'intérêt d'une prise à heure fixe et notamment en cas de décalage horaire pour garantir l'efficacité de leur pilule. Néanmoins, nous avons retrouvé que 43,1% de notre population d'étude ne savait pas indiquer le temps de décalage maximal de prise de la pilule permettant de conserver son efficacité. Nous avons pu aussi montrer que plus de 75% des femmes interrogées connaissaient l'impact des vomissements (dans les 4 heures suivant la prise) sur l'efficacité contraceptive. A contrario, les participantes de l'étude étaient 65% à ne pas connaître l'impact des diarrhées (dans les 4 heures suivant la prise) sur l'efficacité contraceptive. Il est important de noter que 58,7% des femmes ne connaissaient pas le temps nécessaire après la première prise pour que la pilule ait toute son efficacité lors d'un démarrage en « Quick Start ».

Suite à ces questions nous avons pu retrouver qu'aucune des 109 participantes n'a donné toutes les bonnes réponses sur la partie concernant les modalités de prise de la COEP. Nous pouvons ainsi conclure que malgré le fait que certains aspects de prise de la contraception orale soient connus par un grand nombre de patientes, les femmes interrogées ne maîtrisaient pas de manière complète les modalités de prise de leur contraception orale. Nous pouvons donc confirmer notre première hypothèse: les femmes participantes n'ont pas toutes les connaissances adaptées à propos de leur pilule oestro-progestative dans le but de favoriser une bonne utilisation.

Concernant les résultats à propos des connaissances en cas de mésusage, nous avons pu relever plusieurs résultats intéressants. Parmi ceux-ci, en additionnant toutes les réponses concernant les connaissances à propos de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, on observe que seulement 25,7% des femmes interrogées proposaient une attitude appropriée en cas d'oubli de pilule inférieur à 12 heures, et 19,3% en cas d'oubli supérieur à 12 heures.

Nous notons également que parmi les participantes, 98,2% connaissaient la contraception d'urgence Norlevo®, 52,3% la contraception d'urgence EllaOne® et à peine 5,5% le dispositif intra utérin au cuivre. 4,6% de notre panel d'étude avait coché les trois contraceptions d'urgence existantes. Concernant les délais de prise de la contraception d'urgence, on a retrouvé seulement 21,1% de bonnes réponses pour Norlevo® et 17,5% pour EllaOne®. A propos des lieux d'accès à la contraception d'urgence orale, on note que 100% des participantes ont coché la pharmacie, 60,6% uniquement la pharmacie et le planning familial et 20,2% du panel a cité les trois lieux d'accès.

Nous pouvons donc confirmer notre seconde hypothèse : un nombre important de femmes interrogées n'a pas les connaissances adaptées à propos de la conduite à adopter en cas de mésusage de leur contraception orale oestro-progestative.

4.3 Discussion des résultats

4.3.1 Auto notation des connaissances

Concernant la question sur la notation de leurs connaissances à propos de leur COEP, nous avons pu constater que 50% des patientes se donnaient une note supérieure ou égale à 8/10. La moyenne était de 7,23/10.

Avec les réponses aux questionnaires, nous avons pu donner une note à chaque participante en attribuant 1 point à chaque question ou chaque item ayant une réponse juste, le total des points étant de 30. Cette note a été par la suite ramenée sur 10. Nos calculs indiquaient que la moitié des patientes avait obtenu une note supérieure à 6,3/10 et que la moyenne était de 6,2/10.

On peut observer que la médiane estimée (8/10) et la médiane réelle (6,3/10) différaient de 1,7 points. Cette différence ne semble pas négligeable et pourrait aboutir à une perte de chance sur l'efficacité de la contraception lors d'une surestimation de ses propres connaissances. Ce constat nous montre l'importance de l'éducation continue à propos de la prise de contraceptif oral.

De plus, nous avons pu remarquer que la moyenne des notes obtenue était pour chaque catégorie d'âge de 6,2/10. On ne remarque donc pas de tendance particulière concernant les connaissances des femmes sur leur pilule en fonction de leur âge dans notre échantillon.

4.3.2 Connaissances à propos des modalités de prise de la contraception orale oestro-progestative

Premièrement, on a pu observer que plus de 90% des femmes de l'étude savaient que leur pilule devait être prise à heure fixe en étant vigilantes au décalage horaire. Nous pouvons dire que ce résultat est très bon néanmoins 7,3% des femmes interrogés ne savaient pas que leur pilule devait être prise à heure fixe ce qui reste un résultat important au vu du risque de grossesse que ce comportement pourrait engendrer.

De plus, 43,1% du panel ne connaissait pas le délai maximal de décalage de la COEP pour qu'elle garde son efficacité. 18,4% des femmes indiquaient « 24 heures » et 6,4% « 48 heures » de décalage autorisé, donc elles étaient 24,8% à surestimer ce délai. Il s'agit d'un résultat alarmant car un décalage de pilule supérieur à 12 heures peut engendrer une ovulation et donc aboutir à une grossesse inopinée. Inversement, 18,3% des femmes ont indiqué un délai inférieur à 12 heures. Elles ne sont donc pas dans une situation à risque de grossesse inopinée, néanmoins il s'agit tout de même d'une méconnaissance aboutissant à un mésusage. Dans une étude de 2018 de D.Boos, la même question concernant le délai maximum de décalage de prise de la COEP a été posée à un échantillon de 81 femmes. ⁽²³⁾ 34,57% ne connaissaient pas le délai maximum de 12 heures. Dans une seconde étude tirée d'une thèse en médecine générale de R.Menière de 2004, il a été retrouvé que parmi 2802 femmes consultant un médecin généraliste, 57% de femmes interrogées ne connaissaient pas le délai de 12 heures de décalage de la contraception. ⁽²⁴⁾ Nos résultats se situent entre ceux des deux études citées précédemment. Cette différence pourrait s'expliquer notamment par le recrutement (nos patientes ont toutes consulté des sages-femmes ce qui n'est pas le cas des deux autres études), mais également, par le nombre de patientes de l'étude ou bien par la formulation de la question. Néanmoins, ces trois résultats montrent que des informations primordiales, telles que le délai de décalage possible de la contraception, ne sont pas connues par toutes les patientes et donc qu'une information et une sensibilisation sont indispensables pour permettre aux femmes d'avoir une bonne protection contraceptive.

Nous pouvons noter que dans notre étude, 24,8% des patientes ont indiqué une réponse erronée à la question concernant le jour auquel elles devaient débiter la plaquette suivante si la plaquette actuelle avait été débiter un dimanche. 22% ont répondu « lundi » au lieu de « dimanche » soit huit jours de pause entre les plaquettes au lieu de sept, dans le cas d'une plaquette à 21 comprimés actifs et 7 jours de pause. Cette attitude est à risque de grossesse et nécessiterait un rappel de bonnes pratiques par les professionnels.

Concernant l'impact des troubles gastro-intestinaux (vomissements et diarrhées) sur l'efficacité de la pilule, on retrouve notamment que la majorité des participantes (59,6%) ne connaissaient pas les risques de diminution d'efficacité de leur contraception si des diarrhées arrivaient dans les 4 heures après la prise. Peu d'études abordent ce sujet des troubles gastro-intestinaux or il serait intéressant de savoir, parmi les femmes connaissant le risque de mauvaise efficacité contraceptive lors de vomissements ou diarrhées dans les 4 heures suivants la prise, combien connaissent la conduite à tenir pour maintenir une protection contraceptive. Dans le mémoire de AS. Chardon de 2014, sur 100 femmes interrogées, 16 ont déjà eu des vomissements dans les 4 heures suivant la prise. Sur ces 16 femmes, seulement 5 ont repris une pilule dans le but de maintenir l'efficacité contraceptive. ⁽²⁵⁾ On peut se demander pourquoi ce taux est si faible alors que le risque est bien présent. On pourrait supposer que la prise de la pilule de manière optimale étant fastidieuse et les durées des consultations généralement courtes, les informations jugées les plus courantes seraient transmises tandis que les événements ponctuels tels que possiblement les diarrhées seraient peut-être peu abordées ou peu retenues par les patientes.

Enfin, on peut également discuter du fait que seulement 41,3% des femmes interrogées étaient au courant qu'un délai de 7 jours après la première prise était nécessaire pour que la contraception soit efficace en cas de « Quick Start ». On peut supposer que ce résultat alarmant s'explique notamment par le fait que cette situation ne se retrouve que lors de la première prise qui, pour certaines patientes peut remonter à plusieurs mois ou années et donc peut avoir été oubliée par les

patientes (73,4% de notre panel prend une COEP depuis plus de 24 mois). De plus, le « Quick Start » est recommandé par la HAS⁽²⁶⁾ tandis que les notices de COEP ne mentionnent pas cette technique. Ainsi, le nombre de patientes ne connaissant pas cette méthode de démarrage de COEP peut être influencé par la non mention dans les notices de COEP du « Quick Start » et par la situation ponctuelle d'un début de contraception orale.⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾

Par ailleurs, 58,7% des femmes de l'étude ont cité une mauvaise réponse concernant la durée d'utilisation des préservatifs lors d'un début de pilule en cours de cycle. 39,4% des femmes de l'étude pensaient que le préservatif était nécessaire jusqu'aux prochaines règles et donc n'avaient pas un comportement à risque de mauvaise efficacité contraceptive néanmoins il s'agit d'une connaissance erronée à ce sujet.

4.3.3 Connaissances concernant la conduite à tenir en cas de mésusage

4.3.3.1 Oubli inférieur à 12 heures

Les réponses à cette question nous montrent que la majorité des patientes semblait au clair sur les recommandations concernant la poursuite de la plaquette en cours, en cas d'oubli de pilule inférieur à 12 heures. En effet, nous avons retrouvé que 86,2% des patientes savaient que dans cette situation il était recommandé de prendre immédiatement le comprimé oublié et les suivants à l'heure habituelle.

Cette même question nous montre également que l'utilisation de la contraception d'urgence est trop souvent inappropriée. En effet, 45% des patientes interrogées pensaient qu'il fallait utiliser une contraception d'urgence en cas de rapport sexuel dans les 24 heures précédant un oubli inférieur à 12 heures. De plus, 14,7% des patientes interrogées pensaient qu'il fallait utiliser une contraception d'urgence en cas de rapport sexuel dans les 7 jours précédant un oubli inférieur à 12 heures. Cette situation n'est pas à risque de grossesse inopinée néanmoins il s'agit d'un mésusage

impliquant une prise non justifiée de contraception d'urgence qui reste un médicament, pouvant avoir des effets indésirables associés. A propos de la nécessité d'utiliser ou non un préservatif après un oubli de pilule inférieur à 12 heures, les réponses des patientes étaient mitigées avec 47,7% de « oui » ce qui est une mauvaise réponse mais sans risque au niveau de l'efficacité contraceptive. Néanmoins on peut dire qu'une meilleure connaissance des situations à risque permettrait une utilisation correcte par les couples du préservatif. Ces réponses confirment la nécessité d'une information bien comprise par les patientes.

4.3.3.2 Oubli supérieur à 12 heures

A propos des questions concernant les oublis de pilule supérieurs à 12 heures, 87,1% des personnes interrogées savaient que l'efficacité contraceptive n'était pas maintenue dans ce cadre, ce qui est un bon résultat néanmoins non parfait.

Concernant la suite de cette question, un résultat nous a interpellées : il s'agit du fait que 37,6% de notre panel ignorait qu'en cas d'oubli de pilule supérieur à 12 heures il était recommandé de prendre le comprimé oublié et les suivants à l'heure habituelle. Il s'agit d'un chiffre considérable à grand risque de mauvaise efficacité contraceptive. Un nombre important de mauvaises réponses a également été retrouvé dans l'étude de D.Boos évoquée précédemment.⁽²³⁾ En effet, dans cette étude 22,48% des femmes interrogées ne savaient pas que la prise du comprimé oublié devait se faire immédiatement et 15,05% ignoraient qu'il fallait poursuivre la plaquette en cours. Les résultats de notre étude diffèrent des résultats de l'étude de D.Boos néanmoins les deux études montraient un nombre interpellant de personnes ayant de mauvaises connaissances.⁽²³⁾

L'importance d'une information complète se confirme dans notre étude en regroupant les résultats. En effet, nous avons souligné que seulement 19,3% de notre panel a répondu juste à l'ensemble des questions et peut donc faire face en théorie à un oubli de pilule supérieur à 12 heures. Un résultat alarmant a aussi été retrouvé dans la thèse de médecine générale de A.Pollet.⁽²⁸⁾ En effet, dans cette

étude, 325 femmes en visite chez un médecin généraliste et utilisant une pilule ont été interrogées via six questions à choix multiples à propos du délai de décalage de prise possible et de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule supérieur à 12 heures. Les questions concernaient la prise immédiate du comprimé oublié, la poursuite de la plaquette, la contraception d'urgence, l'utilisation ou non de préservatifs et la poursuite de la plaquette en cas d'oubli de l'un des 7 derniers comprimés actifs. Cette étude a montré que seulement 6,5% de la population d'étude avait les bonnes connaissances sur les oublis de pilule de plus de 12 heures. Dans le mémoire de D.Boos cité précédemment qui ne différencie pas les oublis inférieurs ou supérieurs à 12 heures, seulement 4,94% des femmes interrogées savaient faire face à un oubli de pilule.⁽²³⁾ Les résultats retrouvés dans notre étude sont meilleurs néanmoins ils semblent insuffisants pour permettre une attitude adaptée en cas d'oubli de la COEP. Nous nous sommes posées la question de savoir pourquoi nos résultats étaient supérieurs à ceux retrouvés dans les autres études. On pourrait supposer que le fait de remplir les questionnaires juste après une consultation de contraception ou de gynécologie peut influencer positivement sur la mémoire immédiate et donc sur les connaissances des femmes.

4.3.3.3 Contraception d'urgence

Pour compléter la partie sur les connaissances à propos des oublis de contraception, nous avons voulu savoir quelles contraceptions d'urgence les patientes connaissaient. Nous avons démontré que seulement 4,6% du panel citait les trois moyens de contraception d'urgence (Norlevo®, EllaOne®, DIU cuivre) tandis que 45,9% des femmes interrogées ont cité les deux contraceptions d'urgence orales (Norlevo® et EllaOne®). Dans notre étude, 5,5% des patientes ont cité le DIU au cuivre comme contraception d'urgence tandis que dans l'étude de M.Debort de 2017 il a été démontré que sur 82 femmes nullipares interrogées lors d'une consultation de médecine générale, seulement 17,86% connaissaient la possible utilisation du DIU au cuivre en tant que contraception d'urgence.⁽²⁹⁾ On pourrait supposer que le DIU est moins connu que les méthodes orales notamment car c'est

le seul qui est délivrée sur ordonnance et qui nécessite des rendez-vous pour la prescription et la pose. Néanmoins la méconnaissance du DIU au cuivre en tant que contraception d'urgence est dommageable car c'est le seul qui, une fois posé, peut aussi servir de contraception au long cours et n'implique pas de problème d'observance. De plus, il peut être utilisé jusqu'à 120 heures après un oubli de pilule au même titre que EllaOne®.

Nous souhaitons aussi nous questionner sur les connaissances à propos du délai maximal de prise de la contraception d'urgence. 21,1% des femmes interrogées ont répondu juste au délai maximal de prise de Norlevo®, mais 76,2% du panel indiquait un délai de prise inférieur à 72h. On retrouve que 56,9% des patientes ont répondu « 24 heures ». On peut fortement supposer qu'un grand nombre de femmes aurait indiqué ce délai pour Norlevo® en étant influencé par son appellation commune « pilule du lendemain » qui était également indiqué dans notre questionnaire. Ce schéma se répète avec EllaOne® : en effet, 17,5% du panel a indiqué la bonne réponse soit « 120 heures » tandis que 53,2% des participantes ont indiqué « 48 heures ». Ici aussi, nous pouvons supposer que l'appellation commune « pilule du surlendemain » influence probablement les convictions des patientes. Il serait important de limiter ces termes notamment de la part des soignants dans le but d'éviter une confusion qui pourrait être dommageable pour les patientes. En effet, cette sous-estimation du délai de prise de la contraception d'urgence peut poser problème car elle peut aboutir à une perte de chance lorsque la patiente pense que le délai est dépassé alors qu'en réalité il ne l'est pas.

Enfin, seulement 20,2% du panel a cité les trois lieux corrects d'accès à la contraception d'urgence parmi ceux proposés (pharmacie, planning familial et service santé universitaire). Néanmoins, 60,6% de la population d'étude a cité seulement la pharmacie et le planning familial. Ce résultat est intéressant car la plupart des patientes avait un âge compris entre 18 et 25 ans (43,1%) et possédait un bac +3 (48,6%) et a donc déjà eu probablement accès au service de santé universitaire. Un point positif que l'on peut mettre en avant est le fait que 100% des participantes ont

citée la pharmacie comme lieu d'accès à la contraception d'urgence or il s'agit du lieu le plus facile d'accès et le plus répandu.

4.3.4 Origine des connaissances à propos de la contraception orale

Dans cette partie, nous avons démontré que 56,9% des femmes interrogées indiquaient comme source de connaissance les sages-femmes en général, 54,1% les gynécologues. Dans le mémoire de D.Boos qui interroge 81 patientes consultant des sages-femmes mais aussi des médecins, avec une proportion de chaque professionnel non citée, les principales sources d'information indiquées étaient les gynécologues à 45%, les médecins généralistes à 40%, les sages-femmes à 8%, internet à 22% et la famille à 33%.⁽²³⁾ L'écart entre nos deux études pourrait être attribué aux populations différentes : dans notre étude, les participantes étaient des femmes consultant toutes une sage-femme tandis que dans la seconde étude il s'agissaient de femmes consultant des gynécologues ou des sages-femmes.

De plus, dans notre étude, seulement 22,9% des femmes interrogées ont cité la sage-femme de la consultation venant de se dérouler comme source d'informations à propos de la connaissance sur leur pilule. On peut supposer que ce résultat pourrait être dû au fait que la majorité du panel était venue pour une consultation de suivi gynécologique plutôt que pour une consultation de contraception. L'information à propos des modalités de prise de la pilule n'était peut-être pas aussi complète qu'en cas de consultation de contraception. Cela démontre l'importance de rappeler les modalités de prise de COEP et la conduite à tenir en cas de mésusage même lors de consultations ayant un autre motif que la contraception.

4.3.5 Importance d'une information écrite

Pour terminer cette discussion, nous allons revenir sur le fait que seulement 22% des femmes de notre étude connaissaient la carte mémo de l'INPES « Que faire en cas d'oubli de pilule » tandis que 90 % des femmes interrogées estimaient qu'une information écrite était importante pour permettre une meilleure connaissance. L'étude pilote du projet OPTIMEGE compare les connaissances des femmes à propos de leur pilule avant et après avoir passé 3 mois avec la carte de l'INPES « Que faire en cas d'oubli de pilule » et démontre l'importance d'une information écrite.⁽³⁰⁾ En effet, sur 158 femmes, 27,3% avaient une attitude conforme lors d'un oubli de pilule sans la carte de l'INPES contre 63,6% après 3 mois passés avec cette carte. L'information, qui est une part fondamentale du rôle des sages-femmes, et notamment l'information écrite, est donc primordiale pour améliorer les connaissances des femmes en termes de contraception orale oestro-progestative.

4.3.6 Forces de l'étude

Cette étude a notamment pour point positif le fait d'avoir un grand effectif : nous avons interrogé un nombre de femmes conséquent avec une large fourchette d'âge (de 18 ans à plus de 35 ans), de niveaux socio-économiques différents et prenant une contraception depuis une durée variable. Les critères d'inclusion peu strictes ont permis d'obtenir une population d'étude variée dans le but d'avoir un échantillon d'étude au plus proche de la population de femme prenant une contraception orale et consultant des sages-femmes. Le questionnaire de ce mémoire a été réalisé de manière la plus complète possible et analysé de manière anonyme.

De plus, en 2018 il a été retrouvé que 37% des femmes en âge de procréer utilisaient une contraception orale.⁽³¹⁾ Il s'agit donc d'un sujet de Santé Publique qui concerne une grande partie de la population de femmes française en âge de procréer.

Une autre force est le traitement d'un sujet de gynécologie, au cœur de notre métier de sages-femmes et vise à permettre une amélioration des pratiques professionnelles et notamment des informations données aux patientes.

Enfin, ce travail a été élaboré principalement grâce à la participation 22 sages-femmes. Ce nombre important est un atout pour ce mémoire. En effet, cela a permis une grande diversité au sein de la population de sages-femmes et donc une grande diversité de patientes.

4.3.7 Limites et biais

Les limites retrouvées dans l'étude peuvent être de plusieurs types et notamment un biais de sélection. En effet, toutes les patientes de l'étude ont répondu au questionnaire après avoir consulté une sage-femme, ce qui ne correspond pas à la population générale de femmes prenant une COEP.

On peut aussi décrire un biais d'étude car les différentes parties du questionnaire contenaient des questions à choix multiples ou des questions ouvertes pouvant influencer les participantes sur leurs réponses tandis que dans une situation réelle, elles pourraient avoir eu une mauvaise conduite à tenir.

De plus, on ne peut pas exclure que les patientes aient utilisé des ressources extérieures comme internet ou une tierce personne l'ayant accompagnée en consultation malgré la demande d'honnêteté dans le remplissage du questionnaire.

Enfin, il existe un biais de population. En effet, les patientes ont été interrogées dans un secteur géographique donné et limité pour des questions de faisabilité, bien que réparties sur plusieurs villes et consultant en ville ou en milieu hospitalier.

4.3.8 Perspectives et implications

Cette étude nous a permis de mettre en évidence des lacunes concernant les connaissances des femmes à la fois à propos de la prise de leur contraception orale oestro-progestative et de la conduite à tenir en cas de mésusage.

Les points de méconnaissance concernaient principalement :

- Le délai maximal de décalage de contraception permettant de maintenir son efficacité
- L'impact des troubles gastro-intestinaux à type de diarrhées sur l'efficacité de la contraception
- Le délai nécessaire pour que la pilule soit efficace après l'avoir débutée

- La prise ou non de la contraception d'urgence en fonction du délai depuis le dernier rapport sexuel en cas d'oubli de pilule
- L'utilisation ou non de préservatifs lors d'un oubli de pilule
- La connaissance du DIU en cuivre en tant que contraception d'urgence
- Les délais de prise des différentes contraceptions d'urgence
- L'accès à la contraception d'urgence dans les services de santé universitaire

L'un des objectifs de l'étude était de déterminer les points à améliorer concernant les connaissances des femmes à propos de leur contraception orale œstro-progestative. Suite à cela, nous avons cherché à savoir quels outils nous pourrions essayer de mettre en place pour aider à améliorer l'utilisation de la pilule et donc possiblement pour diminuer le nombre de grossesses inopinées.

Nous avons pu demander aux patientes ayant répondu à l'étude si une information écrite était importante pour elles. A 90% les patientes ont répondu favorablement et l'étude du projet OPTIMÈGE allant dans ce sens, nous avons donc mis en place une plaquette explicative ciblée (annexe VI) sur les points de connaissance à améliorer.⁽³⁰⁾

Suite à ce mémoire, nous envisageons d'envoyer cette plaquette à toutes les sages-femmes qui ont participé à l'étude.

Nous nous sommes finalement posées la question d'évaluer l'intérêt de cette carte d'information grâce à une étude du type OPTIMEGE.⁽³⁰⁾ Cette question intéressante pourrait donc faire l'objet d'un prochain mémoire. Si ces résultats démontraient l'intérêt de cette plaquette on pourrait se poser la question de la diffuser plus largement.

Conclusion

Dans notre étude, nous avons démontré qu'un grand nombre de femmes n'avait pas une utilisation adéquate de leur contraception orale œstro-progestative. En effet, aucune des 109 participantes n'a répondu juste à l'ensemble des questions concernant les modalités de prise de la COEP. De plus, une minorité des femmes savait faire face à un mésusage : 25,7% du panel proposait une attitude adaptée en cas d'oubli de pilule inférieur à 12 heures, 19,3% en cas d'oubli supérieur à 12 heures. Seulement 4,6% des femmes connaissaient l'ensemble des contraceptions d'urgence existantes et 20,2% savaient où se les procurer.

Les femmes de notre étude ont majoritairement déclaré que leurs connaissances provenaient le plus souvent des gynécologues et sages-femmes, ce qui montre l'importance qu'ont ces professionnels dans le cadre de l'information faites aux femmes.

En tant que sages-femmes avec un rôle grandissant dans l'amélioration de la santé des femmes, l'information auprès des patientes est un élément primordial au cœur de notre métier. Ce mémoire cherche à permettre une amélioration des pratiques professionnels dans ce domaine, pour favoriser notamment un usage adéquat de la contraception orale œstro-progestative.

Nous avons également pu démontrer le souhait des femmes d'avoir une information écrite à 90%, ce qui confirme l'impact positif déjà démontré d'une information écrite.

Pour toutes ces raisons, nous avons estimé important de fournir d'avantage d'outils aux professionnels de santé qui le souhaitent. Nous avons donc créé une carte d'explications simplifiée reprenant les modalités de prise de la contraception orale et la conduite à tenir en cas d'oubli, ciblée sur les lacunes que notre étude a mises en avant. Il pourrait être intéressant de l'évaluer en termes d'impact sur les connaissances à propos de la contraception orale œstro-progestative et éventuellement de la rendre plus accessible dans l'optique d'améliorer l'information des patientes.

Bibliographie

- 1) Assemblée nationale. 1967 la pilule devient légale. *Site de l'Assemblée Nationale*. (en ligne).
http://www.assembleenationale.fr/13/evenements/1967_legalisation_pilule/
(Consulté le 7 octobre 2017)
- 2) Bajos N, Rouzaud-Cornabas M et al. *La Crise de la pilule en France : Vers un nouveau modèle contraceptif ?* Population & sociétés INED 2014 ; n°511.
- 3) Haute Autorité de Santé. *États des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée*. Avril 2013 (En ligne)
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
(Consultée le 3 janvier 2018)
- 4) Institut national de prévention et d'éducation à la santé. *Les français utilisent-ils un contraceptif adapté à leur mode de vie ?* Dossier de presse, Octobre 2011 (En ligne)
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>
(Consultée le 8 janvier 2018)
- 5) Haute Autorités de Santé. *Efficacité des méthodes contraceptives*. 2013 (En ligne)
<https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201304/efficacite-methodes-contraceptives.pdf>
(Consulté le 8 octobre 2017)

- 6) Institut national d'étude démographique. Évolution du nombre d'avortement et des incidences annuels. Mise à jour en 2018. *Site de l'institut national d'étude démographique*. (En ligne)
<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
(Consulté le 20 janvier 2020)
- 7) Lelong N, Bajos N et Al. *Prise en charge des IVG en France, résultats de l'enquête Cocon*. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction 2005 ; n°34 : p.53-61
- 8) Aubény E, Buhlet M et al. *Etude Coraliance 2*. European Society of contraception. 2005.
- 9) Marie P, Champollion S et al. *Que font les patientes lorsqu'elles oublient leur pilule ?* Exercer, revue francophone de médecine générale 2008 ;n°80 :p.6-13.
- 10) Haute Autorité de Santé. *Fiche mémo contraception hormonale orale : Dispensation en officine*. Mise à jour juillet 2019. (En ligne)
https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201502/contraception_hormonale_maj_janv2015.pdf (consulté le 12 novembre 2018)
- 11) Collège National des gynécologues et obstétriciens Français. *La contraception : La pilule*. Site du Collège National des gynécologues et obstétriciens Français. (En ligne)
<http://www.cngof.fr/menu-la-contraception/301-la-pilule>
(Consulté le 1 janvier 2018)
- 12) Haute Autorité de Santé. *Contraception chez l'homme et chez la femme*. Mise à jour Octobre 2017 (En ligne)
https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201502/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf
(Consulté le 12 janvier 2018)

- 13) Haute Autorité de Santé. *Fiche mémo : Contraception d'urgence*. Mise à jour juillet 2019 (En ligne)
<https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf>
(Consulté le 11 janvier 2018)

- 14) Organisation Mondiale de la santé. *Sélection des recommandations pratiques relatives à l'utilisation des méthodes contraceptives*. 2005 (En ligne)
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43240/1/924256284X.pdf>
(Consulté le 16 janvier 2018)

- 15) Haute Autorité de Santé. *Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance*. Avril 2013 (En ligne)
https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201304/contraception_durgence_synthese_et_recommandations.pdf
(Consulté le 8 janvier 2018)

- 16) Agence National de Sécurité du Médicament et des produits de Santé. *Vous et vos contraceptifs oestro-progestatifs*. 2014 (En ligne)
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6f4404a0b4c229e62a692a8938a6431d.pdf
(Consulté le 8 janvier 2018)

- 17) Légifrance. Décret n°2012-883 du 17 juillet 2012 relatif à la dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux par le pharmacien. (En ligne)
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026200416&categorieLien=id>
(Consulté le 11 janvier 2018)

- 18) Ministère de la santé. Choisir sa contraception (En ligne)
<http://www.choisirsacontraception.fr>
(Consultée le 17 novembre 2018)
- 19) Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé. Ministère chargé de la santé « *Que faire en cas d'oubli de pilule ?* » (En ligne)
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1368.pdf>
(Consulté le 18 février 2018)
- 20) Code de la Santé Publique. Ordre des Sages-femmes .*Les compétences générales des sages-femmes*. 2015 (En ligne)
<http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/Compétences-générales-des-sages-femmes.pdf>
(Consultée le 17 janvier 2018)
- 21) Haute Autorité de santé. *Contraception : Prescriptions et conseils aux femmes*. Mise à jour en juillet 2019 (En ligne)
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf
(Consulté en 7 janvier 2020)
- 22) Institut National de la Statistique et des Études Économique. *Niveau d'éducation de la population*. 2015
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303492?sommaire=3353488>
(Consultée le 19 décembre 2019)
- 23) D.Boos, *Évaluation de la connaissance des femmes sous pilule de la contraception*. Mémoire en Maïeutique : Grenoble, 2018, 41p.
- 24) R.Menièrè, *De la connaissance du bon usage de la contraception : apport de l'étude nationale Epilule*. Thèse de médecine générale : Nancy, 2004, 73p.

- 25) AS. Chardon, *Les échecs de la contraception orale par interactions médicamenteuses et troubles digestifs*. Mémoire de Maïeutique : Nancy, 2014, 39p.
- 26) Haute Autorité de Santé, *Contraception hormonale orale : Dispensation en officine*. Mise à jour juillet 2019. (En ligne)
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_hormonale_maj_janv2015.pdf
(Consulté le 30 janvier 2020)
- 27) Ministère des Solidarités et de la Santé. Base des données publiques des médicaments. (En ligne)
<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichage>
(Consulté le 27 janvier 2020)
- 28) A.Pollet, *Oubli de pilule : Impact de la remise d'une information écrite sur la connaissance des femmes en médecine générale*. Thèse médecine générale : Paris, 2013, 74p.
- 29) M.Debort. *Connaissance des nullipares à propos du DIU au cuivre*. Mémoire maïeutique : Limoge, 2016,34p
- 30) E.Pignard. *Étude pilote du projet OPTIMEGE*. Thèse médecine générale : Grenoble, 2014, 83p.
- 31) IllicoMed. « *Contraception : Pourquoi les femmes délaissent la pilule* » in Institut d'étude d'Opinion et Marketing en France et à l'International 2018.
https://www.ifop.com/wpcontent/uploads/2018/09/115238_Rapport_Ifop_Illico_Med_25.09.2018.pdf
(Consulté le 20 janvier 2020)

Annexes

Annexe I: Lettre sage-femme

Mémoire de fin d'étude : Etat des lieux des connaissances des femmes à propos de la prise de leur contraception orale œstro- progestative (COEP)



Mesdames, Messieurs les sage -femmes,

Je me permets de vous solliciter pour mon mémoire de fin d'étude.
Ce travail cherche à déterminer si les connaissances des femmes sont optimales dans l'idée de favoriser une bonne attitude vis-à-vis de la prise de leur COEP et une conduite adaptée en cas de mésusage.

Le but est de déterminer les points à cibler pour améliorer l'information auprès des patientes concernant le bon usage de leur contraception orale.

Cette étude est quantitative basée sur des questionnaires papiers (Qcm et questions ouvertes).
Les réponses aux questionnaires **ne prendront que quelques minutes à vos patientes.**

Je vous serais reconnaissante si vous aviez la possibilité de faire remplir ce questionnaire au plus grand nombre de femmes concernées par les critères d'inclusion.

Critères d'inclusion :

- Patiente majeure
- Patiente ayant une bonne compréhension, écriture et lecture de la langue française
- Patiente utilisant une contraception orale œstro-progestative actuellement et depuis plus de 3 mois
- Patiente venant consulter pour un suivi gynécologique, un renouvellement ou changement de contraception (vers une contraception orale ou non)

Cette étude est anonyme et nécessite simplement l'accord oral de la patiente.

Merci de donner le questionnaire à vos patientes (qui entrent dans les critères d'inclusions), de leur faire remplir en salle d'attente et de leur demander de vous les rendre dans l'enveloppe blanche fermée.

Il est dans l'intérêt de l'étude que vous ne preniez pas connaissance des questionnaires avant de les donner aux patientes pour ne pas influencer les informations transmises lors de votre consultation.

Pour toute information concernant l'étude vous pouvez me joindre par mail :
esfmarine.memoire@gmail.com

Je vous remercie par avance pour votre soutien.

Marine Garrido

Annexe II: Lettre patiente

Etat des lieux des connaissances des femmes à propos de la prise de leur contraception orale « pilule » oestro-progestative.



Bonjour Madame,

Actuellement en dernière année d'école de sage-femme, j'effectue mon mémoire de fin d'étude sur **l'état des lieux des connaissances des femmes concernant la prise de leur pilule oestro-progestative.**

L'objectif principal de ce travail est de déterminer si les connaissances des femmes sont optimales dans l'idée de favoriser une prise adéquate de la contraception orale.

Le but est de déterminer les points à cibler pour améliorer l'information auprès des patientes concernant le bon usage de leur contraception orale.

Cette étude est anonyme et s'adresse aux femmes majeures qui utilisent une contraception orale oestro-progestative depuis plus de 3 mois. **(Si votre sage-femme vous a proposée de participer à l'étude c'est que votre pilule est œstro-progestative)**

Ce questionnaire est composé de questions à choix multiples et de questions ouvertes et ne prendra que quelques minutes à remplir.

Merci de le remplir en toute honnêteté (votre sage-femme n'aura pas connaissance de vos réponses) sans aide extérieure pour permettre une analyse fidèle de la situation. **Merci par avance de laisser le questionnaire à votre sage-femme après l'avoir rempli et remis dans l'enveloppe blanche.**

Pour toute information ou pour connaître le résultat de l'étude n'hésitez pas à me contacter par mail : esfmarine.memoire@gmail.com

En vous remerciant par avance du temps que vous m'avez accordé.

Marine Garrido



Annexe III: Questionnaire

Questionnaire : Connaissance des femmes à propos de l'utilisation de leur contraception orale « pilule » œstro-progestative.



Description

1) Dans quelle tranche d'âge vous trouvez-vous ?

- 18-25 ans
- 26-30 ans
- 31-35 ans
- Plus de 35 ans

2) Quel est votre niveau d'étude ?

- Primaire
- Collège
- Lycée
- Bac +1 ou +2
- Bac +3 ou plus

3) Quelle est votre contraception orale œstro-progestative à ce jour (avant votre consultation avec la sage-femme) ?

4) Depuis quand prenez-vous une contraception orale œstro-progestative ?

- 3-6 mois
- 6-12 mois
- 12-24 mois
- Plus de 24 mois

5) La sage-femme que vous venez de consulter est :

- Libérale
- Hospitalière

6) Pour quels motifs venez-vous consulter votre sage-femme aujourd'hui ?

- Suivi de gynécologie
- Renouvellement de votre pilule
- Changement de contraception orale (pilule oestro-progestative → pilule oestro-progestative)
- Changement de contraception (pilule oestro-progestative → autre moyen de contraception)

Connaissance

7) Quelle note donneriez-vous à vos connaissances à propos de l'utilisation de votre contraception et notamment en cas d'oubli de pilule ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Modalités d'utilisation

8) Selon vous, est-il recommandé pour éviter une grossesse de prendre son comprimé tous les jours à heure fixe ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

9) Si vous partez en voyage avec un décalage horaire et que vous prenez votre pilule à 20h en France d'habitude, selon vous à quelle heure devez-vous prendre votre pilule ?

- 20h heure locale du pays
- 20h heure de la France
- Cela n'a pas d'importance

10) Selon-vous, quel est le délai maximal pour que votre pilule garde son efficacité contraceptive en cas d'oubli ?

11) Si vous commencez par exemple votre plaquette de pilule un dimanche, selon vous quel jour devez-vous commencer la plaquette suivante ?

12) Selon vous, des vomissements dans les 4 heures suivant la prise de la contraception peuvent-ils avoir un impact sur l'efficacité de votre pilule ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

13) Selon vous, des diarrhées dans les 4 heures suivants la prise de la contraception peuvent-elles avoir un impact sur l'efficacité de votre pilule ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

14) Selon vous, la prise de tabac dans les 4 heures suivant la prise de la contraception peut-elle avoir un impact sur l'efficacité de votre pilule ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

15) Selon vous, certains traitements médicamenteux peuvent-ils interagir avec l'efficacité de la pilule ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas



16) Selon vous, devez-vous commencer votre pilule pour la toute première fois le premier jour des règles pour qu'elle soit efficace d'emblée ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

17) Selon vous, si vous commencez pour la toute première fois votre contraception en cours de cycle combien de temps devez-vous utiliser un préservatif pour une efficacité contraceptive ?

- Pas d'utilisation conseillée de préservatif
- 3 jours
- 7 jours
- Jusqu'aux prochaines règles
- Je ne sais pas

Conduite à tenir en cas d'oubli

18) Selon vous, si vous constatez un oubli de pilule **inférieur à 12 heures**.

	Oui	Non	Je ne sais pas
Il est recommandé de prendre immédiatement le comprimé oublié et les suivants à l'heure habituelle			
Il est recommandé de prendre immédiatement le comprimé oublié et donc de décaler l'heure des comprimés suivants			
L'efficacité contraceptive est maintenue			
Il est recommandé d'avoir recours à la contraception d'urgence pour éviter une grossesse si vous avez eu un rapport sexuel sans préservatif il y a 24 heures			
Il est recommandé d'avoir recours à la contraception d'urgence pour éviter une grossesse si vous avez eu un rapport sexuel sans préservatif il y a 7 jours			
Il est recommandé d'utiliser un préservatif pendant 7 jours suivant l'oubli pour éviter une grossesse			

19) Selon vous, si vous constatez un oubli de pilule **supérieur à 12 heures**.

	Oui	Non	Je ne sais pas
Il est recommandé de prendre immédiatement le comprimé oublié et les suivants à l'heure habituelle			
Il est recommandé de prendre immédiatement le comprimé oublié et donc de décaler l'heure des comprimés suivants			
L'efficacité contraceptive est maintenue			
Il est recommandé d'avoir recours à la contraception d'urgence pour éviter une grossesse si vous avez eu un rapport sexuel sans préservatif il y a 24 heures			
Il est recommandé d'avoir recours à la contraception d'urgence pour éviter une grossesse si vous avez eu un rapport sexuel sans préservatif il y a 7 jours			
Il est recommandé d'utiliser un préservatif pendant 7 jours suivant l'oubli pour éviter une grossesse			

20) Selon vous, parmi les méthodes suivantes laquelle/lesquelles peut/peuvent servir de contraception d'urgence ?

- La pilule du lendemain « Norlevo »
- La pilule du surlendemain « EllaOne »
- Le dispositif intra utérin « stérilet au cuivre »
- Le dispositif intra utérin « stérilet Miréna »
- L'implant contraceptif
- L'anneau contraceptif

21) Selon vous quel est le délai maximal recommandé pour la prise de la « pilule du lendemain Norlevo » ?

- 24h (1 jour)
- 48h (2 jours)
- 72h (3 jours)
- 120h (5 jours)

22) Selon vous quel est le délai maximal recommandé pour la prise de la « pilule du surlendemain Ella One » ?

- 24h (1 jour)
- 48h (2 jours)
- 72h (3 jours)
- 120h (5 jours)

23) Savez-vous dans quel(s) endroit(s) est-il possible d'avoir accès à la contraception d'urgence ?

- Pharmacie
- Commissariat
- Plannings familiaux
- Au supermarché
- Service de santé universitaire

Origine des connaissances

24) Vous diriez que vos connaissances en termes de contraception proviennent de (plusieurs réponses sont possibles) :

- Sage-femme en général
- Sage-femme via la consultation qui vient de se dérouler
- Médecin traitant
- Gynécologue
- Internet
- Famille
- Amis
- Travail
- Planning familial
- Média (Tv, radio, publicité.)
- Applications de téléphone
- Autres : précisez

25) Connaissez-vous la carte mémo de l'INPES « Que faire en cas d'oubli de pilule ? »

- Oui
- Non

Que faire en cas d'oubli de pilule ?
Il faut réagir vite.

Nom de votre pilule :

Votre plaquette contient des comprimés inactifs : oui non nombre

(derniers comprimés de la plaquette) : non

Délai au-delà duquel il existe un risque de grossesse : 3 h 12 h

Si le décalage est inférieur au délai ci-dessus, prenez immédiatement le comprimé oublié (2 comprimés peuvent être pris le même jour), puis les comprimés suivants à l'heure habituelle. Il n'y aura pas de risque de grossesse.

* Recommandations de la HAS. La notice de votre pilule peut donner des indications différentes. En cas de doute ou d'incompréhension, demandez conseil à un professionnel de santé.

413 889 110

Si vous avez dépassé le délai indiqué sur la carte
Pour retrouver une contraception efficace, il faut au moins 7 jours de comprimés actifs en continu après l'oubli.

- 1 Prenez immédiatement le dernier des comprimés oubliés et poursuivez la plaquette à l'heure habituelle.
- 2 Utilisez des préservatifs pendant 7 jours.
- 3 Si l'oubli concerne 1 des 7 derniers comprimés actifs, poursuivez la plaquette jusqu'à la fin des comprimés actifs, puis enchaînez avec la plaquette suivante (sans jour d'interruption ou sans prise de comprimé inactif).

En cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli, prenez la contraception d'urgence.

Pour plus d'information ou pour être aidée, rendez-vous chez votre pharmacien, dans un centre de planification ou sur www.choisirsacontraception.fr

26) Pensez-vous qu'une information écrite est importante pour une meilleure connaissance et utilisation de la contraception orale et pourquoi ?


Annexe IV : Réponses aux questions modalités utilisation pilule

	Effectif observé (n=109)	Pourcentage (%)
<p>Q8 : Selon vous, est-il recommandé pour éviter une grossesse de prendre son comprimé tous les jours à heure fixe ?</p> <p>a) Oui b) Non c) Je ne sais pas</p>	<p>101 3 5</p>	<p>92,7 2,7 4,6</p>
<p>Q9 : Si vous partez en voyage avec un décalage horaire et que vous prenez votre pilule à 20h en France d'habitude, selon vous à quelle heure devez- vous prendre votre pilule ?</p> <p>a) 20h, heure locale du pays b) 20h, heure de la France c) Cela n'a pas d'importance</p>	<p>100 4 5</p>	<p>91,8 3,7 4,5</p>
<p>Q10 : Selon-vous, quel est le délai maximal pour que votre pilule garde son efficacité contraceptive en cas d'oubli ? (Question ouverte, en heures)</p> <p>a) 0 b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 f) 6 g) 8 h) 10 i) 12 j) 24 k) 48</p>	<p>1 1 1 1 2 8 3 3 62 20 7</p>	<p>0,9 0,9 0,9 0,9 1,8 7,3 2,8 2,8 56,9 18,4 6,4</p>
<p>Q11 : Si vous commencez par exemple votre plaquette de pilule un dimanche, selon vous quel jour devez-vous commencer la plaquette suivante ? (Question ouverte)</p> <p>a) Dimanche b) Lundi c) Samedi d) Jeudi e) Vendredi</p>	<p>82 24 1 1 1</p>	<p>75,2 22,1 0,9 0,9 0,9</p>

	Effectif observé (n=109)	Pourcentage (%)
Q12: Selon vous, des vomissements dans les 4 heures suivant la prise de la contraception peuvent-ils avoir un impact sur l'efficacité de votre pilule ?		
a) Oui	82	75,2
b) Non	13	11,9
c) Je ne sais pas	14	12,9
Q13: Selon vous, des diarrhées dans les 4 heures suivants la prise de la contraception peuvent-elles avoir un impact sur l'efficacité de votre pilule ?		
d) Oui	44	40,4
e) Non	35	32,1
f) Je ne sais pas	50	27,5
Q14: Selon vous, la prise de tabac dans les 4 heures suivant la prise de la contraception peut-elle avoir un impact sur l'efficacité de votre pilule ?		
a) Oui	22	20,2
b) Non	53	48,6
c) Je ne sais pas	34	31,2
Q15 : Selon vous, certains traitements médicamenteux peuvent-ils interagir avec l'efficacité de la pilule ?		
a) Oui	78	71,6
b) Non	11	10
c) Je ne sais pas	20	18,4
Q16 : Selon vous, devez-vous commencer votre pilule pour la toute première fois le premier jour des règles pour qu'elle soit efficace d'emblée ?		
a) Oui	54	49,5
b) Non	39	35,8
c) Je ne sais pas	16	14,7
Q17 : Selon vous, si vous commencez pour la toute première fois votre contraception en cours de cycle combien de temps devez-vous utiliser un préservatif pour une efficacité contraceptive ?		
a) Pas d'utilisation conseillée de préservatif	2	1,9
b) 3 jours	5	4,6
c) 7 jours	45	41,3
d) Jusqu'aux prochaines règles	43	39,4
e) Je ne sais pas	14	12,8

Annexe V : Carte INPES

Que faire en cas d'oubli de pilule' ?
Il faut réagir vite.



Nom de votre pilule :

Votre plaquette contient des comprimés inactifs oui non nombre

(derniers comprimés de la plaquette) :

Délai au-delà duquel il existe un risque de grossesse : 3 h 12 h

Si le décalage est inférieur au délai ci-dessus, prenez immédiatement le comprimé oublié (2 comprimés peuvent être pris le même jour), puis les comprimés suivants à l'heure habituelle. Il n'y aura pas de risque de grossesse.

* Recommandations de la HAS. La notice de votre pilule peut donner des indications différentes. En cas de doute ou d'incertitude, consultez conseil à un professionnel de santé.

403 889 114

Si vous avez dépassé le délai indiqué sur la carte
Pour retrouver une contraception efficace,
il faut au moins 7 jours de comprimés actifs en continu après l'oubli.

- 1 Prenez immédiatement le dernier des comprimés oubliés et poursuivez la plaquette à l'heure habituelle.
- 2 Utilisez des préservatifs pendant 7 jours.
- 3 Si l'oubli concerne 1 des 7 derniers comprimés actifs, poursuivez la plaquette jusqu'à la fin des comprimés actifs, puis enchaînez avec la plaquette suivante (sans jour d'interruption ou sans prise de comprimé inactif).

En cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli, 
prenez la contraception d'urgence.

Pour plus d'information ou pour être aidée, rendez-vous chez votre pharmacien, dans un centre de planification ou sur www.choisirsacontraception.fr

Annexe VI : Plaquette d'information


MÉMO PILULE

Nom de la pilule :

Nombre de jours de pause de contraception entre 2
plaquettes :


Nombre de placebo:.....

Jour de début de plaquette :

 Prise à heure fixe

Efficacité maintenue jusqu'à 12h après un oubli de pilule.

→ 7j nécessaires pour une efficacité contraceptive en cas de « quick start »

 **Oubli supérieur à 12H = Risque de grossesse donc
prendre pilule oubliée immédiatement + suivantes heure
habituelle.**



Oubli pilule supérieur à 12h

Si rapport sexuel :

Dans les 5 jours précédents → **contraception d'urgence**

Dans les 7 jours suivants → **Préservatifs**



Si oubli dernière semaine plaquette (hors placebos)
ne pas faire de pause, enchaîner plaquette suivante.



Vomissements/diarrhées dans les 4 heures après
prise = reprendre un comprimé immédiatement.



Oubli inférieur à 12H = Prendre pilule oubliée
immédiatement + suivantes heure habituelle

→ Pas de risque majoré de grossesse

→ Pas de préservatifs nécessaires pour éviter grossesse
non prévue

→ Pas de contraception d'urgence nécessaire



Attention interactions médicamenteuses et
décalage horaire.



Contraception d'urgence : Disponible sans ordonnance
à la pharmacie, infirmerie scolaire et service santé universitaire

Norlevo® → **72h** après oubli

EllaOne® → **120h** après oubli

DIU cuivre → **120h** après oubli



Informations : www.choisirsacontraception.fr
Numéro information (anonyme et gratuit) : 0 800 08 11 11



Consulter rapidement si douleurs aux mollets,
difficultés respiratoires, troubles cognitifs ou moteurs.