



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE MAÏEUTIQUE LYON SUD – CHARLES MERIEUX
FORMATION SAGE-FEMME – Site de LYON

**CONNAISSANCE DE LA CONDUITE À TENIR EN CAS D'OUBLI DE
PILULE CHEZ LES FEMMES EN POST-PARTUM**

Étude réalisée auprès de 30 femmes à la maternité de l'Hôpital Femme Mère Enfant (69)

Mémoire présenté par Aurélie LOPEZ

Née le 20 Avril 1992

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Promotion 2015

REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord remercier le Docteur Séverine Oriol pour s'être rendue disponible. Merci de vos conseils avisés et de vos remarques pertinentes qui m'ont permis d'ouvrir mon champ de réflexion. Vous avez été une aide précieuse pour la réalisation de ce mémoire.

Je remercie également Madame Grangié en sa qualité d'enseignant guidant. Le soutien dont vous m'avez témoigné durant les coups durs m'a permis de garder le courage nécessaire devant l'ampleur de la tâche. Merci pour votre disponibilité à toute épreuve.

Un grand merci à ma promotion, cette grande famille qui a su se serrer les coudes pendant ces quatre années d'études. J'espère vous avoir apporté autant que m'avez donné. Bravo à toutes, nous pouvons être fières de nous.

Parce qu'elles le méritent, je me dois de citer mes plus précieux piliers durant mes études : Sarah, Sandra, Laurène, Coralie, Charline-Chelier, Sandra, Maryline ; mais aussi et toujours à l'épreuve du temps Dalèle, Océane, Jonathan, Mehdi, Florian, Fabien, Thomas, Guillaume.

Bien évidemment, un grand merci à ma famille, pour son soutien et sa présence dans les bons moments comme dans les épreuves. Je ne vous dirais jamais assez merci.

Et enfin, à Karim, pour sa présence, son soutien sans faille, et sa patience durant ces longues périodes de stress.

GLOSSAIRE

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. PROBLEMATIQUE	2
1.1. EPIDEMIOLOGIE DE LA CONTRACEPTION EN RHONE ALPES ET EN FRANCE	2
1.2. CONTRACEPTION EN POST-PARTUM	3
1.2.1. LES METHODES HORMONALES.....	3
1.2.2. LES DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU)	4
1.2.3. LES METHODES BARRIERES	4
1.2.4. LES METHODES D'OBSERVATION DU CYCLE.....	4
1.3. OUBLI DE PILULE	5
1.3.1. EPIDEMIOLOGIE DE L'OUBLI	5
1.3.2. CONSEQUENCES DE L'OUBLI – ECHECS DE CONTRACEPTION.....	5
1.3.3. RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	6
1.3.4. RECOMMANDATION DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS).....	6
1.4. CONTRACEPTION D'URGENCE	7
1.4.1. DISPOSITIF INTRA-UTERIN AU CUIVRE	8
1.4.2. NORLEVO® - LEVONORGESTREL PER OS, DOSE UNIQUE DE 1,5 MG	8
1.4.3. ELLA ONE® - ULIPRISTAL ACETATE PER OS, DOSE UNIQUE DE 30 MG.....	8
1.5. LES ENJEUX DE LA PRESCRIPTION D'UNE CONTRACEPTION ORALE EN POST-PARTUM	8
2. ETUDE	9
2.1. PROTOCOLE	9
2.1.1. OBJECTIFS ET HYPOTHESES.....	9
2.1.2. METHODE	9
2.1.3. CRITERES DE JUGEMENT	10
2.2. PRESENTATION DES RESULTATS	10
2.2.1. ANALYSE UNIVARIEE	10
2.2.2. ANALYSE MULTIVARIEE	17
3. ANALYSE ET DISCUSSION	20
3.1. ETUDE	20
3.1.1. POINTS FORTS DE L'ETUDE	20
3.1.2. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE	20
3.2. ANALYSE DES RESULTATS	21
3.2.1. CONTRACEPTION ET POST-PARTUM.....	21
3.2.2. LES CONNAISSANCES DES FEMMES CONCERNANT LEUR CONTRACEPTION.....	22
3.2.3. CONTRACEPTION D'URGENCE	26
3.2.4. SATISFACTION ET SUGGESTIONS DES FEMMES INTERROGEEES	28

3.3. DISCUSSION	28
3.3.1. VERS UNE INFORMATION SIMPLIFIEE ?	28
3.3.2. LA MEDICALISATION DE LA CONTRACEPTION	28
3.3.3. CAPACITES D'ACQUISITION EN POST-PARTUM	29
3.3.4. LES LIMITES DE LA PREVENTION	29
3.3.5. MISE A DISPOSITION A L'AVANCE DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE	30
3.3.6. VERS UN NOUVEAU MODELE CONTRACEPTIF ?	31
CONCLUSION	33
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	34

Introduction

La pilule est le moyen de contraception privilégié des Françaises. Elles sont 45% à y avoir recours, tous âges confondus. (1) Le but de la contraception étant principalement d'éviter une grossesse non prévue, il convient pour chaque utilisatrice d'en maîtriser son utilisation. Plusieurs études ont mis en évidence les lacunes de connaissance du bon usage de la pilule par leurs usagères, ce qui peut mener à un échec de contraception, et donc à des grossesses non prévues.

Nous nous sommes intéressés à la période du post-partum, lors de laquelle un moyen de contraception est bien souvent initié après plusieurs mois d'arrêt. Parfois même, c'est un moment où la contraception est abordée pour la première fois dans la vie d'une femme.

Nous avons cherché à évaluer la connaissance des femmes à propos de la contraception orale qui leur avait été prescrite durant leur séjour en maternité.

Connaissent-elles le bon usage de leur pilule ? Savent-elles définir un oubli à risque de grossesse ? Quels sont leurs acquis en matière de contraception d'urgence ? Ce sont autant de questions auxquelles nous nous sommes efforcés de trouver des réponses.

Nous avons évalué avec ces femmes l'information dont elles ont bénéficié lors de leur prescription au cours de leur séjour en maternité, afin d'en mesurer l'impact et de préciser le rôle des prescripteurs durant cette période de changements. Notre étude nous a permis d'analyser quels facteurs influençaient le niveau de connaissance des femmes à propos de leur contraception.

Dans un premier temps, nous exposerons les enjeux et le contexte de la contraception et de la contraception d'urgence. Ensuite, nous présenterons notre étude et ses résultats, que nous analyserons dans une dernière partie.

1. Problématique

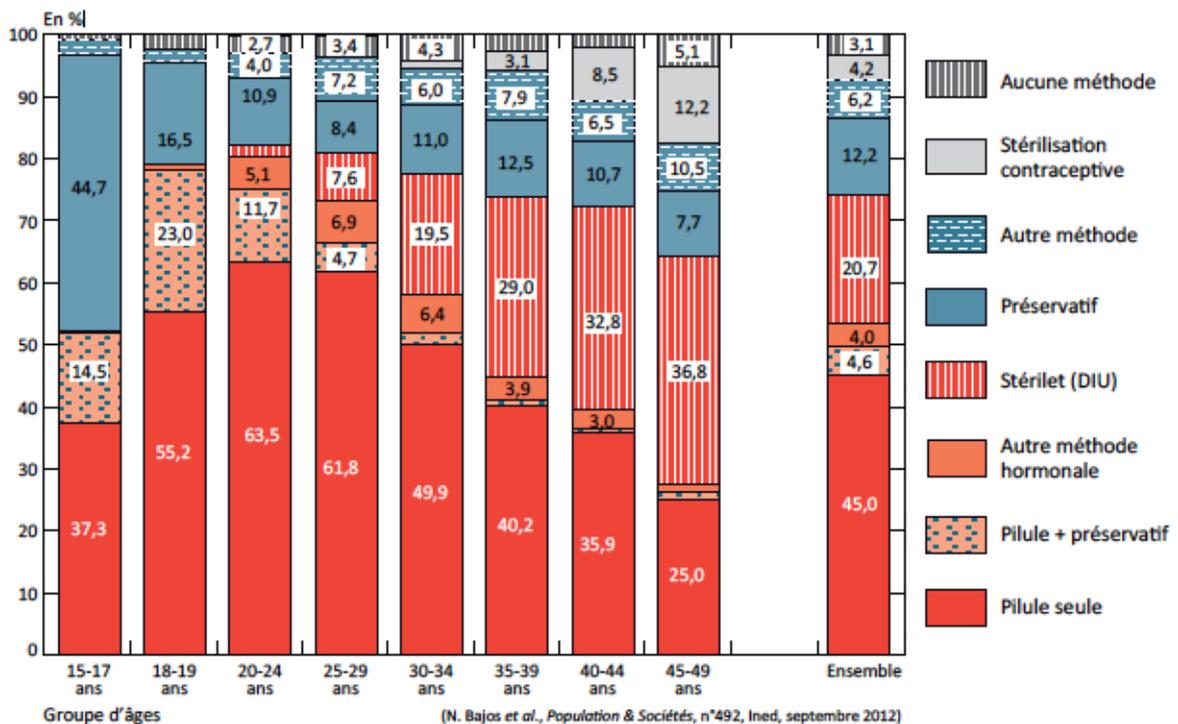
1.1. Epidémiologie de la contraception en Rhône Alpes et en France

D'après l'enquête Fécond menée en 2010 par l'INSERM et l'INED, 96,4% des femmes de 15 à 49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels avec des hommes et ne voulant pas d'enfant, ont recours à une méthode contraceptive. (1)

La norme contraceptive française diffère peu depuis les années 90.

Avec l'irruption de l'épidémie du SIDA, les campagnes de promotion du préservatif ont fortement contribué à la diffusion du modèle actuel : toute relation sexuelle se doit de débiter avec le préservatif, auquel succède la pilule dès que la relation se stabilise et que la vie sexuelle est supposée régulière, avant de passer au stérilet dès que le nombre d'enfants souhaités est atteint. (2)

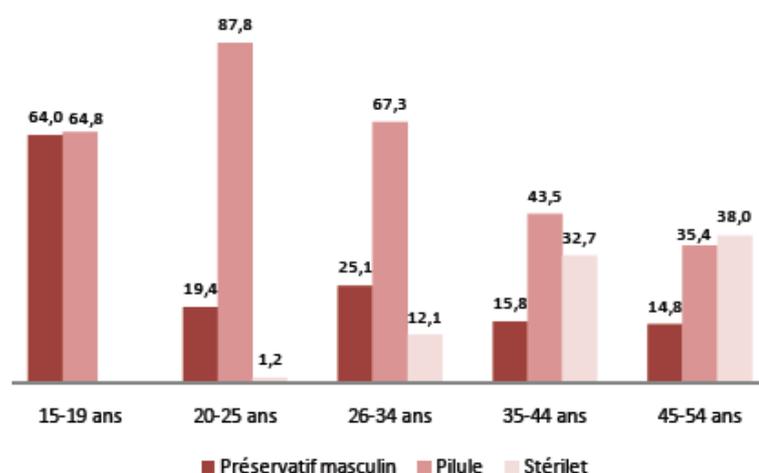
En 2010, la pilule est la méthode la plus utilisée tous âges confondus. Seules les femmes de 45-49 ans lui préfèrent le dispositif intra-utérin. Cette dernière méthode est utilisée en moyenne par 21 % des femmes. (3)



Méthodes de contraception utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes (Enquête Fécond, INSERM - INED)

En Rhône-Alpes, la tendance ne diffère pas du modèle national. On remarque la part plus importante de l'utilisation de la pilule chez les 20-25 ans (87,8% contre 75,2%).

Les Rhônalpines de 15 à 25 ans sont un peu plus nombreuses à utiliser un moyen de contraception que les Françaises du même âge (88% vs 85%). En revanche, chez les 45-54 ans, elles sont moins nombreuses (60%) que l'ensemble des Françaises (70%) à utiliser un moyen de contraception. Ces données sont issues de l'Observatoire Régional de la Santé, exploitant les données du Baromètre Santé 2010 de l'INPES. (4)



Part (en %) des principaux moyens utilisés pour éviter une grossesse selon l'âge (Baromètre Santé 2010 INPES – Exploitation ORS Rhône Alpes)

1.2. Contraception en post-partum

Selon les recommandations de la HAS (5), différentes méthodes contraceptives peuvent être proposées en post-partum, en fonction bien entendu des facteurs de risque et contre-indications que présente la patiente, de ses souhaits, et selon si elle allaite ou non. Chaque méthode peut être instaurée à des moments différents du post-partum.

1.2.1. Les méthodes hormonales

Les oestroprogestatifs sont contre-indiqués pendant l'allaitement, ils peuvent être prescrits chez les femmes non-allaitantes à partir du 42^{ème} jour du post-partum. Les progestatifs sont compatibles avec l'allaitement et peuvent être instaurés au 21^{ème} jour du post-partum.

1.2.2. Les dispositifs intra-utérins (DIU)

Au cuivre ou au lévonorgestrel, ils peuvent être proposés indépendamment de l'allaitement. La HAS recommande d'envisager la pose d'un DIU à partir de la 4^{ème} semaine de post-partum. Néanmoins, elle signale qu'il est possible de poser un DIU au cuivre dans les 48 heures suivant l'accouchement selon les recommandations de l'OMS (6), mais que cette pratique est peu courante en France.

1.2.3. Les méthodes barrières

Les préservatifs sont utilisables dès la reprise des rapports sexuels, sans limitation de délai. Les diaphragmes, capes et spermicides ne sont utilisables qu'à partir de la sixième semaine de post-partum.

1.2.4. Les méthodes d'observation du cycle

Ces méthodes peuvent être mises en place dès le retour à des cycles réguliers ; hormis la méthode de l'aménorrhée lactationnelle ou méthode MAMA, qui permet à la femme de bénéficier dès l'accouchement de l'effet contraceptif de l'allaitement selon des règles strictes, et ce jusqu'au 6^{ème} mois de l'allaitement.

A la sortie de la maternité, une majorité de femmes reçoit la prescription d'une contraception progestative orale. Etant entendu que la fertilité peut se rétablir dès la 3^{ème} semaine après l'accouchement, c'est en effet la méthode que l'on peut mettre en place le plus rapidement, et la plus efficace comparée aux méthodes barrières et aux méthodes d'auto-observation. La méthode de l'aménorrhée lactationnelle présente quant à elle une bonne efficacité, sous réserve de suivre strictement ses règles d'usage. Nous pouvons comparer l'efficacité des méthodes contraceptives grâce à l'indice de Pearl, correspondant au nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant une contraception donnée durant un an.

Les indices de Pearl en utilisation courante sont de 8 pour la contraception orale (7), entre 0.45 et 2.45 pour la méthode MAMA (8), et de 15 pour le préservatif (7).

Une étude effectuée en 2010 au Centre Hospitalier de Nantes auprès de 600 patientes montre que la méthode de contraception la plus prescrite à la sortie de maternité est la pilule progestative (63,5%), puis le préservatif (14,5%), l'implant (6%), et enfin les oestroprogestatifs oraux (3,8%). (9) Dans 8% des cas, aucune contraception n'était souhaitée. Cette étude ne contient pas de données concernant la méthode MAMA.

1.3. Oubli de pilule

1.3.1. Epidémiologie de l'oubli

Selon une enquête de l'INPES, une femme sur cinq utilisatrices d'une contraception hormonale orale oublie sa pilule au moins une fois par mois. L'oubli concerne même 66% des utilisatrices au moins une fois par an. (10)

Selon une étude auprès de 7541 femmes ayant bénéficié d'une IVG en France en 2007, 27% des interrogées utilisaient une contraception hormonale lors de la découverte de leur grossesse. Parmi elles, 91% déclarent un oubli de pilule. (11)

L'oubli étant possible et fréquent, il apparaît important que les utilisatrices d'une pilule contraceptive soient informées de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, afin de pouvoir éviter une grossesse non prévue, ou en tout cas, de choisir d'agir ou non en toute connaissance de cause.

1.3.2. Conséquences de l'oubli – Echecs de contraception

Selon l'enquête Fecond (2010), 96,4% des femmes et des couples hétérosexuels choisissent de planifier le moment de survenue d'une grossesse par l'utilisation d'une méthode contraceptive. (1) Dans le cas d'une contraception hormonale orale, une conduite inadaptée en cas d'oubli peut aboutir à une grossesse, qualifiée de « non prévue ». Environ deux fois sur trois ces grossesses non prévues mènent à une interruption volontaire de grossesse.

Divers facteurs, propres à chacun, interviennent dans le choix de la poursuite ou non d'une grossesse non prévue : la question du désir d'enfant, l'existence et la stabilité d'un couple conjugal, le contexte de vie de la femme ou du couple à ce moment donné, et bien d'autres critères.

Aussi, certaines femmes, conscientes du risque de grossesse auquel elles sont exposées suite à un oubli, choisissent de ne pas agir par choix, superstition, déni ou ambivalence face à un désir de grossesse. (2)

De plus, il convient de relativiser l'effet communément supposé néfaste d'un recours à l'IVG chez ces femmes faisant face à une grossesse non prévue et non désirée. Nathalie Bajos estime que « le recours à l'IVG fait bel et bien partie du parcours contraceptif et de l'histoire personnelle des femmes ». (2) Une étude a par ailleurs mis en évidence l'absence de conséquences psychologiques à long terme, chez les femmes ayant eu recours à l'IVG.(12)

En ce qui concerne la période du post-partum, hors de toutes considérations physiologiques, nous pouvons supposer qu'une femme en demande d'un moyen de

contraception après son accouchement souhaite éviter une grossesse rapprochée. Les conséquences d'un échec de contraception durant cette période ne sont pas connues.

1.3.3. Recommandations de la Haute Autorité de Santé

Si l'oubli de la pilule est constaté avant les 12 heures qui suivent l'heure habituelle de la prise (ou 3 heures pour la spécialité levonorgestrel 0,030mg), l'utilisatrice doit prendre le comprimé oublié de suite, et continuer la prise du contraceptif comme d'habitude. La situation n'est alors pas à risque de grossesse.

Un oubli de pilule est considéré comme à risque de grossesse dès lors que le retard à la prise dépasse 12 heures, ou 3 heures pour la spécialité levonorgestrel 0,030mg.

Si l'oubli dépasse 12 heures (ou 3 heures pour la spécialité levonorgestrel 0,030mg), la patiente doit prendre le comprimé oublié dès que l'oubli est constaté, même si cela implique de prendre deux comprimés en même temps. Il faut continuer la prise à l'heure habituelle sans interrompre la plaquette en cours. Si l'oubli intervient lors de la troisième semaine de prise, la patiente doit finir la prise de comprimés actifs, et débiter une nouvelle plaquette. Elle ne doit pas prendre les sept comprimés inactifs, ou suivre l'intervalle libre de sept jours. Les éventuels rapports sexuels suivant l'oubli doivent être protégés par un préservatif pendant 7 jours. Si un rapport sexuel non protégé a eu lieu dans les 5 jours précédant l'oubli, il y a un risque de grossesse, et la patiente doit avoir recours à la contraception d'urgence.

Enfin, si l'oubli concerne un comprimé inactif, la patiente doit jeter ce comprimé et continuer la prise de comprimés comme à son habitude.

Toutes ces recommandations sont résumées dans un document au format d'une carte de visite, intitulé « Que faire en cas d'oubli de pilule ? », distribué par l'INPES (Annexe I).

1.3.4. Recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

L'OMS différencie les pilules dont la posologie est de 30 à 35 µg d'éthinylestradiol à celles contenant 20 µg ou moins d'éthinylestradiol.

Pour l'OMS, l'oubli est à considérer comme potentiellement à risque de grossesse si le retard à la prise atteint 24h. Les recommandations prennent en compte le nombre de comprimé(s) oublié(s) et la période du cycle durant laquelle intervient l'oubli.

Si l'oubli concerne une ou deux pilules consécutives (une seule pour les posologies de 20 µg ou moins d'éthinylestradiol), ou si la reprise d'une nouvelle plaquette est retardée de un ou deux jours (un jour pour les posologies de 20 µg ou moins d'éthinylestradiol), le ou les comprimés oubliés doivent être pris dès que possible, la patiente doit continuer la prise

de comprimés comme à son habitude. Les rapports sexuels non protégés précédant et suivant l'oubli ne sont pas à risque de grossesse selon l'OMS.

Si l'oubli concerne trois pilules consécutives (deux ou plus pour les posologies de 20 µg ou moins d'éthinylestradiol), ou si la reprise d'une nouvelle plaquette est retardée de trois jours ou plus (deux jours ou plus pour les posologies de 20 µg ou moins d'éthinylestradiol), un des comprimés oubliés doit être pris dès que possible, la patiente doit continuer la prise de comprimés comme à son habitude. Les éventuels rapports sexuels suivant l'oubli doivent être protégés par un préservatif pendant 7 jours. Si l'oubli intervient lors de la troisième semaine de prise, la patiente doit finir la prise de comprimés actifs, et débiter une nouvelle plaquette. Elle ne doit pas prendre les sept comprimés inactifs (ou suivre l'intervalle libre de sept jours). Si l'oubli a lieu durant la première semaine et qu'il y a eu un rapport sexuel non protégé, elle doit avoir recours à la contraception d'urgence (aucune précision n'est faite sur la période pendant laquelle les rapports sexuels doivent être considérés à risque). Enfin, si l'oubli concerne un comprimé inactif, la patiente doit jeter ce comprimé et continuer la prise de comprimés comme à son habitude. (6,7)

Contraception estroprogestative	France	OMS
Oubli	> 12 h	≥ 24 h
Recours à la contraception de rattrapage	Si RS dans les 5 jours précédant oubli OU oubli > 2 cp	Si oubli dans la 1 ^{re} semaine
Posologie en EE	Non	Oui
Nombre de comprimés oubliés	≥ 1	1 cp la première semaine ≥ 2 ou 3 cp les semaines 2 et 3
CAT	Autre méthode contraceptive (préservatif) pdt 7 jours	Autre méthode contraceptive (préservatif) pdt 7 jours

RS : rapport sexuel.

Synthèse des recommandations de l'HAS et de l'OMS (13)

1.4. Contraception d'urgence

La contraception d'urgence désigne les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse non prévue après un rapport non ou mal protégé. (14) Dans certains cas, le recours à la contraception d'urgence peut donc s'avérer nécessaire après un oubli de pilule.

1.4.1. Dispositif intra-utérin au cuivre

La pose d'un DIU comme moyen de contraception d'urgence est efficace si elle est effectuée « jusqu'à 5 jours après un rapport sexuel non ou mal protégé. » (14)

1.4.2. Norlevo® - Levonorgestrel per os, dose unique de 1,5 mg

La prise du progestatif est indiquée dans un délai « de 72 heures (3 jours) après un rapport sexuel non ou mal protégé (indication de l'AMM) mais de préférence dans les 12 h après le rapport, à n'importe quelle période du cycle menstruel sauf en cas de retard des règles. » (14) Il est disponible en officine, sans ordonnance, gratuitement pour les mineures.

1.4.3. Ella One® - Ulipristal acétate per os, dose unique de 30 mg

Ce médicament est efficace « jusqu'à 120 heures (5 jours) après un rapport sexuel non ou mal protégé, à n'importe quelle période du cycle menstruel, sauf en cas de retard des règles. » (14) Il est disponible en officine, uniquement sur ordonnance, et remboursé à 65%.

1.5. Les enjeux de la prescription d'une contraception orale en post-partum

Etant donnée la large proportion d'utilisatrices de pilule contraceptive en France, les femmes se voyant prescrire une contraception hormonale orale en post-partum ont bien souvent déjà utilisé une pilule contraceptive. Plusieurs études montrent que les usagères méconnaissent globalement les règles d'oubli de leur propre contraception, et ce indépendamment de leur âge, du nombre d'années d'utilisation ou de toute autre caractéristique. (15,16)

Le post-partum est bien souvent une période où l'on instaure une méthode de contraception, principalement une contraception hormonale par voie orale. Ainsi, le séjour en maternité semblerait une période privilégiée pour rappeler ces règles d'oubli, voire même les aborder peut être pour la première fois, à un moment où la fécondité est par ailleurs maximale. Ces femmes ont traversé auparavant une période d'environ un an sans moyen de contraception, et n'ont parfois jamais utilisé de pilule contraceptive. Ainsi, idéalement, en quittant la maternité avec une prescription d'une contraception orale, elles devraient être informées du bon usage de leur traitement, ou, si elles ne reçoivent pas d'information à ce propos, la maîtriser. Il nous a alors paru intéressant d'évaluer la connaissance qu'ont les femmes à propos des règles d'oubli de la pilule qui leur a été prescrite pendant leur séjour en maternité.

2. Etude

2.1. Protocole

2.1.1. Objectifs et hypothèses

Notre étude comporte deux objectifs principaux :

- L'évaluation des connaissances des femmes pour une utilisation adéquate de leur contraception orale hormonale en post-partum, et notamment leur connaissance de la conduite à tenir en cas d'oubli.
- L'évaluation des connaissances des femmes pour l'utilisation de la contraception d'urgence lorsqu'elles utilisent une contraception orale hormonale.

Nous pouvons aussi identifier trois objectifs secondaires :

- L'évaluation de l'impact de l'information orale reçue en post-partum durant le séjour en maternité sur les connaissances des femmes à propos de leur contraception.
- L'évaluation de l'impact d'une utilisation passée d'une contraception orale hormonale sur les connaissances des femmes à propos de leur contraception.
- L'évaluation de l'impact du sentiment de satisfaction à l'égard de l'information reçue durant leur séjour en maternité sur les connaissances des femmes à propos de leur contraception.

Nous avons émis deux hypothèses :

- La conduite à tenir en cas d'oubli de la pilule n'est pas connue dans son intégralité au moment de la sortie de la maternité.
- Les modalités d'usage de la contraception d'urgence, dans le cadre d'une prise de contraception orale hormonale, ne sont également que partiellement acquises.

2.1.2. Méthode

Nous avons réalisé une étude prospective transversale descriptive, qui s'est déroulée du 23 octobre 2014 au 20 novembre 2014, dans la maternité de l'Hôpital Femme Mère Enfant à Bron (69).

Les patientes ayant été incluses dans l'étude sont celles ayant reçu la prescription d'une contraception hormonale par voie orale.

Lors de la période de l'étude, nous avons rencontré les patientes ayant déjà reçu leurs conseils de sortie de maternité et la prescription de leur contraception orale. Cette information était obtenue grâce à la collaboration des sages-femmes du service. Après avoir informé chaque patiente des modalités de l'étude et obtenu leur accord, un questionnaire

leur était soumis (Annexe II). Nous avons opté pour la méthode du questionnaire semi-dirigé. Ainsi, chaque question était posée à la patiente sans qu'elle ne puisse voir les différents choix possibles, afin ne pas influencer ses réponses. Nous avons pu inclure 30 patientes pendant la durée de l'étude.

Le questionnaire a été créé pour cette étude, ce n'est donc pas un outil validé et reconnu. Il est composé de 21 questions, s'articulant autour de différents thèmes tels que des renseignements socio-démographiques (questions 1 à 3), la prescription de la contraception actuelle (questions 5 à 8 et 19 à 21), les règles d'oubli (questions 9 à 11), la contraception d'urgence (questions 12 à 17), la satisfaction des patientes concernant la prescription (questions 20 et 21).

Après avoir terminé le questionnaire, une information individuelle était donnée à chaque patiente. Nous avons repris avec elles leurs réponses, et corrigé celles qui étaient erronées. Nous avons répondu à leurs questions concernant l'utilisation de leur contraception. Enfin, chaque patiente a reçu la carte de l'INPES reprenant toute la conduite à tenir en cas d'oubli (Annexe I).

2.1.3. Critères de jugement

Ont été considérées comme connaissant les règles d'oubli de la pilule les patientes répondant correctement aux questions 10 et 11. Les réponses attendues étaient les suivantes :

- Risque de grossesse si l'oubli dépasse 12 heures (Q.10)
- Prise du comprimé oublié immédiatement lors de la découverte de l'oubli (Q.11 a)
- Prise d'au moins 7 comprimés actifs après l'oubli (Q.11 b)
- Protection des rapports sexuels suivants les 7 jours après l'oubli (Q.11 c)
- Risque de grossesse en cas de rapports sexuels non protégés jusqu'à 5 jours avant l'oubli (Q.11 d)

2.2. Présentation des résultats

2.2.1. Analyse univariée

- Caractéristiques de la population

36 patientes ont été sollicitées pour la réalisation de cette étude, 6 ont refusé.

La moyenne d'âge des interrogées était de 28 ans, la plus jeune ayant 20 ans et la plus âgée 41 ans. Quatre femmes étaient sans emploi, 2 étaient étudiantes, 24 étaient employées.

- Contraception

Concernant le passé contraceptif, 26 femmes avaient déjà utilisé une pilule contraceptive et 4 n'en avaient jamais prise. Le nombre d'années d'utilisation moyen était de 7,5 ans, avec des extrêmes allant de 1 à 18 ans.

Pour 23 patientes, la sage-femme de garde en maternité avait réalisé la prescription de la contraception, et c'était l'interne de garde pour les 7 patientes restantes.

29 patientes ont reçu une prescription de desogestrel 0,075mg (Cérazette®), et une patiente du levonorgestrel 0,03 mg (Microval®). 6 patientes ne connaissaient pas la spécialité prescrite, la réponse était alors obtenue après vérification sur leur ordonnance.

La date de début du traitement annoncée par les patientes atteignait la moyenne de 17 jours. Une patiente a affirmé devoir commencer son traitement au troisième jour de son post-partum, et une commencerait au 45^{ème} jour. Quatre patientes ne savaient pas quand débiter leur traitement.

Douze patientes confirmaient avoir reçu de la part de leur prescripteur une information sur la conduite à tenir en cas d'oubli, contre 18 affirmant n'avoir pas été informées. Parmi ces dernières, nous pouvions compter les 7 patientes dont le prescripteur était un interne.

Néanmoins, 21 patientes pensaient savoir quoi faire en cas d'oubli d'un comprimé de leur traitement.

- Règles d'oubli

Afin d'analyser les résultats des questions à propos des règles d'oubli, nous avons déterminé quatre groupes de connaissances.

- *Connaissance n°1 : Définition de l'oubli*

La moitié des patientes ont donné le délai correct pour lequel il existerait potentiellement un risque de grossesse en cas d'oubli. Sept personnes ont répondu moins de 12 heures, 5 ont répondu 24 heures et 3 ne savaient pas répondre. La moyenne du délai exprimé par les patientes était de 12,73 heures (en excluant le délai -exact- de 3 heures annoncé par la patiente ayant reçu une prescription de levonorgestrel).

- *Connaissance n°2 : Procédure approximative en cas d'oubli*

Le score conduite à tenir et risque prend en compte les réponses données aux questions

11 a. à 11 d. Un point est attribué par bonne réponse. Ce score reflète la connaissance théorique de la conduite à tenir en cas d'oubli, ainsi que les risques potentiels de grossesse, sans prendre en compte la connaissance des délais.

Tableau I : Résultats du score conduite à tenir et risque

Score	0	1	2	3	4
Effectifs	1	1	5	14	9

La moyenne de ce score était de 2,97.

Ainsi, 9 patientes sur 30 ont affirmé prendre le comprimé oublié dès la constatation de l'oubli, continuer la prise de leur traitement, et protéger les rapports sexuels suivants avec un préservatif ; elles étaient aussi conscientes du risque de grossesse en cas de rapports non protégés avant l'oubli.

- *Connaissance n°3 : Procédure exacte en cas d'oubli*

Nous avons ensuite créé un score de connaissance exacte des règles d'oubli, traduisant les réponses aux sept items concernant l'oubli, soit les questions 10 et 11 a. b. c. d. ainsi que les délais demandés. Un point était attribué par bonne réponse. Ainsi, les patientes ayant alors obtenu un score de 7 connaissaient parfaitement les règles d'oubli.

La question concernant le temps durant lequel il faudrait continuer la prise de comprimés actifs a été neutralisée pour la réalisation de ce score. En effet, les spécialités prescrites aux patientes participant à l'étude sont à prendre en continu, sans interruption. Cette question n'a de sens que si le schéma de prise comportait un temps de latence, comme la plupart des spécialités oestro-progestatives. Ainsi, les patientes répondant qu'elles continuaient la prise de comprimés actifs en cas d'oubli étaient considérées comme ayant le comportement adéquat.

Tableau II : Résultats du score de connaissance exacte des règles d'oubli

Score	0	1	2	3	4	5	6	7
Effectifs	1	1	4	7	10	4	3	0

La moyenne du score de connaissance exacte était de 3,6. Aucune patiente ne connaissait les règles d'oubli de façon exacte et exhaustive.

Le risque de grossesse en cas de rapport non protégé dans les 5 jours avant l'oubli semble méconnu : 17 patientes pensaient qu'il y aurait un risque, et aucune d'entre elles n'a été en mesure d'énoncer la durée de ce risque. De plus, parmi ces 17 patientes, 9 pensaient que la durée de la période à risque était inférieure à 5 jours, 5 surestimaient cette période à plus de 5 jours, et 3 ne se prononçaient pas.

- *Connaissance n°4 : Procédure efficace en cas d'oubli*

Enfin, nous avons créé le score de connaissance élargie des règles d'oubli. Il est similaire au score de connaissance exacte, mais les points sont attribués si le délai énoncé par la patiente est plus long que celui attendu. Ainsi, si une patiente avait répondu qu'il y aurait un risque de grossesse en cas de rapport datant de plus de cinq jours, ou qu'elle utiliserait des préservatifs pendant plus de sept jours après l'oubli, les points lui étaient attribués car la patiente resterait efficace face au risque potentiel de grossesse.

Tableau III : Résultats du score de connaissance élargie des règles d'oubli

Score	0	1	2	3	4	5	6	7
Effectifs	1	1	4	3	12	5	2	2

La moyenne de ce score était de 3,9.

Deux patientes ont donc donné une conduite à tenir efficace face à un oubli de pilule. Ces dernières considéraient que la durée pendant laquelle il existerait un risque de grossesse avant l'oubli serait égale à sept jours ; et une protégerait ses rapports suivant l'oubli pour une durée de dix jours.

- Contraception d'urgence

En plaçant les patientes dans l'hypothèse de l'existence de rapports non protégés avant l'oubli, 15 ont affirmé qu'elles devraient avoir recours à une contraception d'urgence. Treize ne pensaient pas en avoir besoin, et deux ne se prononçaient pas. Parmi les femmes répondant qu'elles auraient recours à cette méthode, une a estimé qu'elle l'utiliserait si les rapports avaient eu lieu jusqu'à 5 jours avant l'oubli, dix femmes ont donné un délai inférieur à 5 jours, deux ont proposé un délai supérieur à 5 jours et deux ne savaient pas répondre.

En moyenne, les patientes estimaient devoir prendre une contraception d'urgence si leur dernier rapport non protégé avant l'oubli datait de 2 jours et demi.

La patiente ayant donné le délai exact avait par ailleurs répondu que la durée du risque de grossesse en cas de rapport non protégé avant l'oubli était de 30 jours (question 11 d.).

Nous avons ensuite posé la même question, mais cette fois-ci avec l'hypothèse de rapports non protégés après l'oubli. Vingt femmes pensaient alors qu'elles devraient avoir recours à la contraception d'urgence, 8 répondaient que non, et 2 ne se prononçaient pas.

Ces femmes auraient recours à cette méthode si leur rapport après l'oubli avait lieu dans un délai de 7 jours pour 2 d'entre elles, moins de 7 jours pour 12 autres, plus de 7 jours pour 2 d'entre elles, jusqu'à la fin de sa plaquette pour une seule, et jusqu'à son prochain cycle pour une dernière, deux ne se prononçant pas.

La moyenne des délais annoncés était de 95 heures, soit environ 4 jours.

Il a été ensuite demandé si les patientes connaissaient le nom d'une contraception d'urgence. Aucune d'entre elles n'a pu citer une des spécialités disponibles.

La question 14 évaluait les connaissances des femmes sur la procédure d'utilisation de la contraception d'urgence hormonale. Elle les interrogeait sur le temps maximum qu'elles avaient pour prendre une contraception d'urgence en cas d'oubli. Nous pouvons diviser les réponses en trois catégories :

- *Connaissance exacte des conditions d'utilisation*

Les patientes répondant qu'elles avaient 72 heures (délai d'efficacité de Norlevo®) après le rapport sexuel non protégé pour avoir recours à la contraception d'urgence sont considérées comme ayant une connaissance exacte de ses conditions d'utilisation. En effet, aucune des personnes interrogées n'a proposé un délai supérieur à 72 heures, bien que l'efficacité d'EllaOne® perdure jusqu'à 120 heures après le rapport. Deux patientes ont répondu correctement à la question.

- *Connaissance approximative des conditions d'utilisation*

11 personnes ont proposé des délais d'utilisation inférieurs à 72 heures après le rapport non protégé. On peut considérer que ces femmes ont une connaissance approximative des conditions d'utilisation de la contraception d'urgence, puisque ces délais restent efficaces. La moyenne des délais proposés atteignait 28 heures.

- *Connaissance inexacte des conditions d'utilisation*

Les 17 femmes ayant répondu que le délai était à considérer à partir de l'oubli, ou n'ayant fourni aucune réponse à la question ont été considérées comme ayant une connaissance inexacte de l'utilisation de la contraception d'urgence.

Les questions 15 à 17 concernaient le dispositif d'accès à la contraception d'urgence.

Tableau IV : Réponses à la question 15 « Où pouvez-vous vous procurer la contraception d'urgence ? »

Lieux	Pharmacie	Planning	Prescripteur	Urgences
Effectifs	29	13	6	4

Tableau V : Réponses à la question 16 « Avez-vous besoin d'une prescription médicale ? »

Prescription	OUI	NON	Ne sait pas
Effectifs	5	22	3

Tableau VI : Réponses à la question 17 « La contraception d'urgence est-elle payante ? »

Payante	OUI	NON	NON pour les mineures	Ne sait pas
Effectifs	25	4	6	1

- Les personnes ressources

Il a été demandé aux femmes à la question 18 de citer spontanément leurs personnes ressources concernant leur contraception, ou bien leur moyen privilégié d'obtenir des réponses à leurs éventuelles questions.

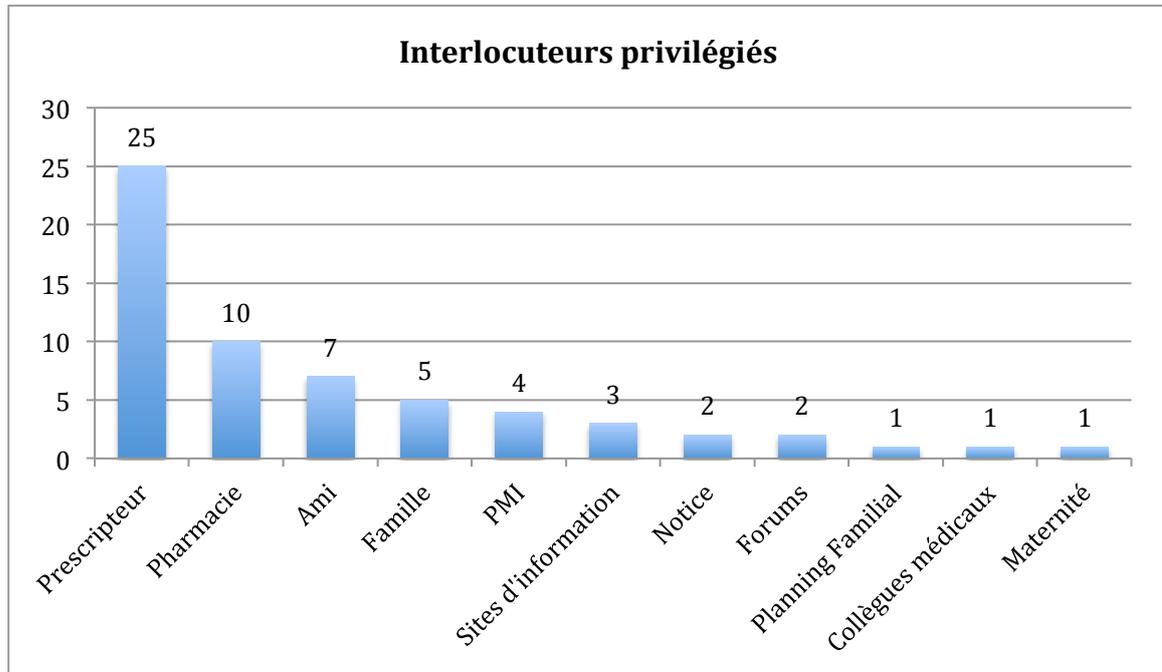


Figure 1 : Interlocuteurs privilégiés pour leur contraception cités par les interrogées

- Identification d'une ressource écrite

A la question « Vous a-t-on fourni un document rappelant la conduite à tenir en cas d'oubli ? », 20 patientes ont répondu non, et 10 ont répondu qu'elles avaient reçu un document du service. La procédure à l'Hôpital Femme Mère Enfant est la même pour toutes les patientes quittant le service de la maternité. Différents documents leur sont remis, indépendamment du fait qu'elles aient reçu une prescription d'un contraceptif. Parmi ces documents figure un paragraphe informant les patientes de la conduite à tenir en cas d'oubli (Annexe III). Lorsqu'une patiente répondait non à la question 19, il lui était demandé de nous montrer les documents qu'on lui avait remis. De fait, toutes les patientes avaient bien reçu ce document, mais la majorité ne le savait pas.

- Circonstances de prescription et satisfaction des patientes

Concernant la qualité et les circonstances de l'information donnée, 11 patientes ont trouvé que leur prescripteur n'avait pas pris assez de temps, ou qu'elles n'avaient pas pu

poser de question. Pour l'une d'entre elles, l'information n'avait pas été délivrée, suite selon elle à un quiproquo entre les soignants, son séjour ayant été prolongé plusieurs fois. Une patiente a signalé que l'information lui avait été délivrée lors de soins pour son nouveau-né, dans la pouponnière du service. Globalement, les femmes ont trouvé que l'information à propos de la contraception était donnée au bon moment pendant leur séjour, la veille ou le jour du départ. Dix patientes ont tenu à souligner qu'elles avaient apprécié le dialogue engagé avec leur prescripteur.

Les patientes avaient la possibilité d'évaluer la qualité de l'information reçue à propos de leur contraception, sous la forme d'une note de satisfaction. La note de 4 correspondait à « très satisfaisante », jusqu'à la note de 1 pour « pas du tout satisfaisante ». La note moyenne de satisfaction est de 2,7.

2.2.2. Analyse multivariée

Etudions maintenant l'influence des facteurs analysés sur les différents résultats obtenus. Nous avons utilisé le test de Student pour comparer statistiquement les moyennes des scores des groupes créés selon les différents paramètres correspondant à nos objectifs secondaires d'évaluation.

- Information délivrée

Parmi les 26 femmes ayant déjà pris une contraception orale avant cette prescription, 15 n'ont pas bénéficié d'une information sur la conduite à tenir en cas d'oubli lors de leur séjour en maternité, mais 20 d'entre elles pensaient savoir quoi faire en cas d'oubli.

Pour les 4 femmes n'ayant jamais pris de contraception auparavant, une d'entre elles a reçu une information sur la conduite à tenir en cas d'oubli, et une autre pensait savoir quoi faire dans ce cas là (bien qu'elle n'ait pas reçu d'information à ce propos).

Douze femmes ont reçu une information sur la conduite à tenir en cas d'oubli, et elles étaient 9 à penser savoir quoi faire si elles se trouvaient dans cette situation. Parmi les 18 femmes n'ayant pas reçu cette information, douze pensaient tout de même savoir quoi faire en cas d'oubli.

L'influence de l'information délivrée sur les 4 scores de connaissances des règles d'oubli a pu aussi être étudiée.

Tableau VII : Moyenne des scores de connaissance des règles d'oubli en fonction de l'information délivrée

	Effectifs	Connaissance n°2 Procédure approximative /4	Connaissance n°3 Procédure exacte /7	Connaissance n°4 Procédure efficace /7
Information délivrée	12	3,17	3,92	4,33
Information non délivrée	18	2,83	3,39	3,61
		p=0,34	p=0,32	p=0,24

Parmi les 18 femmes n'ayant pas reçu d'information sur l'oubli, la moitié valide la connaissance n°1, c'est à dire la définition de l'oubli. Celles ayant reçu une information sont 5/12 dans ce cas. La comparaison statistique par le test de Student ne démontre pas de différence significative entre les deux populations pour les connaissances n°2,3 et 4 ($p>0,05$).

- Passé contraceptif

Nous pouvons aussi étudier l'influence du passé contraceptif sur ces différents scores.

Tableau VIII : Moyenne des scores de connaissance des règles d'oubli en fonction du passé contraceptif des femmes

	Effectifs	Connaissance n°2 : Procédure approximative /4	Connaissance n°3 : Procédure exacte /7	Connaissance n°4 : Procédure efficace /7
Femmes ayant déjà utilisé une contraception orale	26	3,15	3,89	4,19
Femmes n'ayant jamais utilisé de contraception orale	4	1,75	1,75	2
		p=0,10	p=0,03	p=0,06

Aucune des 4 femmes n'ayant jamais utilisé de pilule n'a été en mesure de donner une définition exacte de l'oubli, contre 14 femmes sur les 26 ayant été utilisatrices. Nous pouvons affirmer l'impact de l'existence d'un passé contraceptif sur la connaissance de la procédure exacte à suivre en cas d'oubli ($p<0,05$).

- Niveau de satisfaction

Nous avons essayé de déterminer si le niveau de satisfaction des patientes à propos de l'information reçue durant leur séjour, concernant leur contraception, influait sur les scores de connaissance.

Tableau IX : Moyenne des scores de connaissance des règles d'oubli en fonction du niveau de satisfaction vis à vis de l'information reçue

	Effectifs	Connaissance n°2 : Procédure approximative /4	Connaissance n°3 : Procédure exacte /7	Connaissance n°4 : Procédure efficace /7
Population satisfaite : Note de 3 à 4	18	3,22	3,94	4,39
Population non satisfaite : Note de 1 à 2	12	2,58	3,08	3,17
		p=0,08	p=0,108	p=0,035

Parmi les femmes globalement satisfaites, la moitié connaissait la définition de l'oubli, contre 5 sur 12 chez les femmes globalement non satisfaites de l'information reçue. Il apparaît que les femmes satisfaites de l'information apportée ont statistiquement un meilleur score pour la connaissance n°4 ($p < 0,05$).

Si l'on s'intéresse à la population satisfaite de l'information reçue, nous remarquons la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule n'a pas été abordée chez 11 femmes sur 18. Les patientes non satisfaites étaient 5 à avoir reçu cette information.

3. Analyse et discussion

3.1. Etude

3.1.1. Points forts de l'étude

Le principal atout de l'étude réside dans son implication concrète auprès des patientes interrogées. Le questionnaire n'a pas été simplement déposé aux femmes, il leur a été soumis de vive voix, nous permettant ainsi de reformuler en cas d'incompréhension, et d'éviter de suggérer des réponses en fonction des propositions.

Cette méthode nous a ainsi permis de reprendre les connaissances erronées quand c'était le cas, de compléter celles qui le nécessitaient, et de confirmer les connaissances acquises.

Nous avons aussi pu répondre aux questions suscitées par ce questionnaire. Cela aura permis à certaines de ces femmes d'entamer une réflexion quant à l'utilisation de leur contraception, nous avons d'ailleurs parfois partagé des discussions très intéressantes sur la façon dont les femmes envisageaient les conséquences d'un oubli de pilule à risque de grossesse.

Nous avons aussi pu recueillir leur avis sur la façon dont la contraception était abordée en post-partum. Certaines ont pu nous soumettre quelques suggestions à ce propos.

Enfin, l'entretien se clôturait par la remise de la carte sur l'oubli de pilule de l'INPES (Annexe I), qui était personnalisée avec le nom de leur pilule et le schéma de prise. Les règles d'oubli étaient rappelées une dernière fois aux patientes à cette occasion.

Puisque nous intervenions très rapidement après la prescription du contraceptif, cela nous a permis de supprimer un biais de mémorisation quant à l'information reçue.

3.1.2. Limites et biais de l'étude

La population étant composée de 30 patientes, la puissance de l'étude est très faible. Nous avons rencontré de nombreuses difficultés pour la mise en place de cette étude, son design et la population cible ont dû être modifiés tardivement. De ce fait, le temps imparti à la réalisation des questionnaires a été très réduit. Cette étude aurait mérité d'être menée durant plusieurs mois, afin d'obtenir une population plus importante. Cela nous aurait peut être permis une puissance statistique plus conséquente, et donc une analyse plus fine des critères de jugement.

De plus, la configuration de l'étude était très chronophage. En effet, il nous était impossible de prévoir le nombre de patientes que nous pourrions interroger lors de chaque déplacement dans le service. Il a fallu s'adapter aux contraintes des différents soignants et des femmes, l'organisation de chacun variant individuellement (visites, conseils de sortie

donnés la veille ou le jour du départ, soins en cours, ...). Ainsi, il n'était pas rare de n'obtenir que deux à trois questionnaires par demi-journée d'étude.

Du fait de son caractère unicentrique, l'étude comporte un biais de sélection. Il aurait fallu réaliser ces questionnaires dans différents centres pour pouvoir tirer de plus larges conclusions quant aux résultats obtenus.

Le questionnaire étant semi-directif, il existe aussi un biais de classement. Nous avons eu à cœur de rester le plus neutre possible et d'énoncer les questions de la même façon pour chaque patiente afin de ne pas orienter les réponses et de pouvoir affirmer le caractère reproductible de l'étude.

Aussi, nous n'avons pas cité le dispositif intra-utérin comme moyen de contraception d'urgence. Néanmoins, aucune des patientes interrogées ne l'a proposé comme réponse spontanée à la question 13 concernant les contraceptions d'urgences connues.

3.2. Analyse des résultats

3.2.1. Contraception et post-partum

La sage-femme apparaît comme l'interlocuteur principal des femmes en post-partum. Elles ont réalisé dans cette étude 23 interventions au sujet de la contraception. De plus, nous avons remarqué qu'aucun des internes ayant prescrit une pilule contraceptive n'avait abordé les règles d'oubli avec les patientes.

Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées pour expliquer ce fait : le temps alloué à la contraception dans la formation initiale des médecins leur permet-il d'acquérir l'ensemble des informations à délivrer aux femmes en prévention ? Ou bien le temps de consultation laissé aux internes avant la sortie du service est-il suffisant pour leur permettre d'aborder les informations concernant la contraception ? Enfin, nous ne pouvons exclure que ces résultats soient le fruit du hasard, du fait de nos effectifs réduits.

Il est donc possible que les sages-femmes soient plus à même de délivrer les informations aux femmes concernant la contraception avant leur retour à la maison.

La spécialité prescrite en grande majorité est le desogestrel 0,075mg. Plusieurs facteurs peuvent intervenir dans ce choix : le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) en cas d'oubli (décalage acceptable de 12h par rapport à l'heure de prise habituelle), plus favorable que le RCP du lévonorgestrel (décalage acceptable de 3h par rapport à l'heure de prise habituelle) ; un indice de Pearl théorique estimé à 0,4 pour le desogestrel 0,075mg supérieur à celui du levonorgestrel estimé à 1,6 (17), le remboursement à 65% par la CPAM d'une spécialité à base de desogestrel 0,075mg depuis 2014. Nous précisons que la sélection des patientes était indépendante de la prescription reçue pour la contraception, et

que le desogestrel 0,075mg ne représente pas le seul moyen de contraception proposé durant le séjour en maternité.

La date moyenne à laquelle les patientes déclaraient commencer leur traitement était de 17 jours, ce qui semble assez proche des recommandations de la HAS conseillant un début de traitement au 21^{ème} jour du post-partum. (5) Les dates de début de traitement annoncées allant du 3^{ème} jour au 45^{ème} jour, on peut supposer soit que l'information délivrée par les prescripteurs n'a pas été intégrée, tant ces délais sont éloignés des recommandations concernant une reprise précoce, soit qu'aucune information à ce sujet n'ait été délivrée au moment de la prescription pour certaines d'entre elles. Ces hypothèses concernent principalement les dates de reprise très précoces et les 4 femmes qui ne savaient pas la date à laquelle elles débuteraient la prise du traitement. Il apparaît donc primordial pour les professionnels de santé de s'assurer d'avoir bien indiqué la date de début du traitement sur chaque ordonnance.

Néanmoins, cette procédure ne conviendra pas aux femmes qui envisagent une date de reprise de contraception très éloignée de l'accouchement, en relai par exemple de la méthode de l'aménorrhée lactationnelle, ou tout simplement à la reprise des rapports sexuels. Il pourrait donc être important que les patientes comprennent la physiologie du cycle féminin et le risque de grossesse inhérent à la période du post-partum pour savoir elle-même quand redémarrer leur pilule de façon efficace, mais cela nécessiterait un temps pédagogique supplémentaire

3.2.2. Les connaissances des femmes concernant leur contraception

Nous avons pu étudier la connaissance des personnes interrogées concernant la contraception orale hormonale dont elles venaient de recevoir une prescription.

La connaissance n°1 concerne la définition de l'oubli. Seule la moitié des interrogées a su donner un délai d'oubli correct.

Les résultats de la connaissance n°2 nous montrent que moins d'un tiers des femmes interrogées savent en théorie tout ce qu'il faudrait faire en cas d'oubli, et quels en sont les risques.

La connaissance n°3 évaluait la connaissance exacte de la conduite à tenir en cas d'oubli. Il apparaît qu'aucune patiente n'a pu énoncer les règles d'oubli de la pilule. Le point le plus méconnu semble être le risque de grossesse en cas de rapport sexuel non protégé précédant l'oubli.

Finalement, puisqu'aucune des patientes n'a validé la connaissance n°3, il paraissait intéressant de savoir si certaines d'entre elles restaient tout de même efficaces en cas

d'oubli, par exemple en surestimant les périodes à risque, grâce à la connaissance n°4. Effectivement, uniquement deux patientes étaient dans ce cas.

Il nous est difficile d'interpréter les moyennes des scores de connaissance. Par exemple, la moyenne de 3,6/7 pour le score de connaissance exacte de la conduite à tenir en cas d'oubli nous indique que les patientes connaissent en moyenne la moitié de la procédure. Cela ne nous semble pas pour autant satisfaisant, puisque chaque item desdites « règles d'oubli » est capital. Un seul manquement à la conduite à tenir placerait la patiente dans une situation à risque de grossesse.

Notre hypothèse selon laquelle la conduite à tenir en cas d'oubli d'un comprimé de la pilule contraceptive n'était pas connue dans son intégralité au moment de la sortie de maternité semble donc validée. Seulement deux patientes ont pu proposer une conduite à tenir efficace en cas d'oubli.

Cette méconnaissance se retrouve dans différentes études menées en France ces dernières années, qui évaluaient la connaissance des utilisatrices de pilule à propos de l'usage de leur contraception. (15,16,18,19) Les utilisatrices de pilule semblent méconnaître les bonnes pratiques d'usage de leur contraception, et le taux de personnes interrogées connaissant les recommandations officielles de la HAS à propos de l'oubli reste toujours très bas. De plus, ces mêmes études montrent elles aussi que le point le plus méconnu reste le risque de grossesse en cas de rapport dans les cinq jours précédant l'oubli, et ce même chez les prescripteurs. (20)

Les objectifs secondaires visaient à analyser l'influence de différents facteurs sur cette connaissance.

- Influence de l'information délivrée

Nous remarquons que moins de la moitié des patientes a reçu une information sur la conduite à tenir en cas d'oubli, et une seule des patientes n'ayant jamais utilisé de contraception orale a reçu une information à ce propos.

Les tests statistiques ne montrent pas de différence significative sur les scores de connaissance, selon que la patiente a reçu une information sur la conduite à tenir en cas d'oubli ou non. Nous remarquons que les moyennes des scores de connaissance sont plus élevées lorsqu'une information a été délivrée, néanmoins, nous ne pouvons pas affirmer l'impact de l'information.

Ce résultat est surprenant, il était aisé de supposer l'impact positif de l'information délivrée. La faible puissance de l'étude pourrait être l'explication principale de ce résultat, et il serait intéressant d'étudier l'impact de l'information sur une plus grande population.

La période durant laquelle la contraception est abordée à la maternité n'est peut être pas propice à l'acquisition de connaissances, et il conviendrait alors de relativiser l'importance du discours à ce moment là.

Il semblerait qu'une information médicale renouvelée régulièrement par les différents acteurs de la prescription du contraceptif améliorerait le niveau de connaissance des utilisatrices.(16)

Cela met en évidence l'enjeu de la visite post-natale, à l'occasion de laquelle le sujet de la contraception devrait être abordé. C'est souvent à ce moment là que s'opère un nouveau changement de mode de contraception, et le renouvellement de l'information sur le bon usage des méthodes apparaît alors primordial.

- Influence du passé contraceptif

L'analyse des résultats montre qu'il existe une différence significative du niveau de connaissance n°3, selon le passé contraceptif des utilisatrices. Ainsi, les femmes ayant déjà suivi un traitement contraceptif oral hormonal sont plus compétentes quant à l'utilisation adéquate et exacte de leur pilule lors de leur départ de la maternité. Il apparaît très clairement que les moyennes des différents scores de connaissance sont bien plus élevées chez ces femmes là en général. Nous n'avons pu rencontrer que 4 femmes n'ayant jamais utilisé de contraception orale hormonale, de plus, seulement une seule parmi elles aurait reçu une information sur la conduite à tenir en cas d'oubli ; ces résultats sont donc à nuancer.

De ce constat, nous pouvons imaginer que ces patientes ayant déjà expérimenté la prise d'un contraceptif oral auraient acquis ces connaissances par l'expérience (modèle behavioriste) (21) ou que la répétition de l'information ait joué son rôle dans l'assimilation des informations.

Sur les questions d'apprentissage, des données nous apprennent que l'information scolaire (modèle transmissif) a moins d'impact que l'échange de savoir entre pairs (modèle socio-constructiviste). (21) Aussi, cela pourrait être une piste pour utiliser des modèles d'apprentissage, comme par exemple des groupes de partage en post-partum dans lesquels les femmes échangeraient sur leur expérience vis à vis de la contraception ou d'autres sujets. Les supports visuels comme des plaquettes de pilule factices sont aussi de bons outils pour la mise en situation.

Il convient de diversifier l'apprentissage, en tenant compte des sensibilités différentes de chacun pour l'acquisition d'information.

- Influence du niveau de satisfaction

Au vu des différences de moyennes de ces scores, nous pouvons suggérer que l'évaluation subjective des femmes sur la qualité de l'information dont elles ont bénéficié reflète bien leurs acquisitions. Une femme peu satisfaite de l'information qu'elle a reçue semblerait moins bien connaître la conduite à tenir en cas d'oubli.

Ainsi, les femmes satisfaites ont des connaissances adéquates et efficaces en cas d'oubli, qu'elles aient reçu ou non de l'information. On peut supposer qu'elles n'étaient pas en demande d'informations, ou que le prescripteur n'a pas jugé nécessaire d'y avoir recours.

Ainsi, ce ne serait pas l'occurrence de l'information qui serait déterminante mais plutôt l'existence d'un passé contraceptif, et l'évaluation subjective de la patiente vis à vis de la consultation. On ne peut affirmer la signification d'un avis positif. On suppose que la satisfaction comprend à minima l'association entre une femme qui sait et qui n'a pas reçu d'information et l'association entre une femme qui estime avoir besoin d'information et qui en a reçu. Ceci implique soit la répétition du hasard où un prescripteur qui n'informe pas rencontre une femme qui sait et inversement (la faible puissance de l'étude ne permet pas d'exclure cette hypothèse), soit une attitude centrée sur la patiente de la part du prescripteur qui informe en fonction de ce que la patiente exprime comme besoin.

Il est ressorti de l'analyse de l'étude que deux tiers des patientes ne savaient pas qu'elles avaient reçu un document rappelant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. Cette lacune d'information paraît préjudiciable, certaines patientes ayant même déclaré qu'elles auraient apprécié recevoir un support écrit rappelant le bon usage face à l'oubli.

En fait, lors du retour à domicile, les patientes reçoivent une quantité conséquente de documents, les concernant elles et leurs enfants. Cela conduirait à un paradoxe : le flot d'informations et de documents délivré aurait l'effet inverse de celui escompté, et des patientes se retrouveraient dans l'incapacité cognitive ou temporelle de prendre connaissance et d'assimiler l'intégralité des savoirs distribués.

On peut identifier différents profils chez les patientes connaissant l'existence de cette ressource écrite : les patientes informées de sa délivrance, les patientes ayant un « profil scolaire », qui auraient lu tous les documents lui ayant été remis.

Pourtant, une étude réalisée en 2012 dans la région de Nantes a mis en évidence que les femmes ayant en leur possession un document écrit rappelant la conduite à tenir en cas d'oubli avaient un meilleur niveau de connaissance en regard de leur contraception. Peut-être faudrait-il simplement indiquer aux patientes où retrouver toutes les informations dont elles ont besoin, au moment où on leur remet ces documents.

De plus, le document sur lequel figure la conduite à tenir en cas d'oubli comporte diverses autres informations concernant l'hygiène, le retour de couches, la rééducation, le poids, etc., et il se présente sous le format A4 (Annexe III). Les patientes nous ont indiqué apprécier le format ludique et pratique de la carte de visite du document INPES qui leur était remis en fin d'entretien. Nous pouvons supposer qu'une feuille aurait plus vite tendance à se perdre qu'une carte glissée dans un portefeuille ou rangée avec la plaquette de leur pilule.

Nous avons également remarqué que plusieurs patientes citaient comme repère la date de début de leur prochain cycle, pour s'assurer par exemple qu'elles ne seraient pas enceintes, ou pour arrêter la protection de leurs rapports. Ce repère existerait en effet pour les patientes utilisatrices d'une pilule oestro-progestative classique, avec un intervalle libre où apparaissent des métrorragies de privation. Avec le traitement progestatif, les patientes sont souvent en aménorrhée complète, ou en tout cas, il n'y a pas de période régulière à laquelle apparaîtraient des métrorragies. Il nous semble important d'informer les femmes des différences entre le traitement oestro-progestatif et le traitement progestatif, et notamment de ses effets sur la visibilité d'un cycle qui n'existe pas en réalité, afin de ne pas générer de l'angoisse.

3.2.3. Contraception d'urgence

Nous avons vu que le risque de grossesse en cas de rapport non protégé dans les cinq jours avant l'oubli semblait méconnu. Par conséquent, seule la moitié des patientes interrogées aurait recours à la contraception d'urgence hormonale dans cette situation. Une seule d'entre elles a pu proposer le délai de 5 jours pour lequel elle estimait qu'elle pouvait encore prétendre à la contraception d'urgence. La plupart des autres pensaient que la contraception d'urgence n'était efficace que pour des délais inférieurs 5 jours, avec une moyenne de deux jours et demi. Ainsi, elles se placent en situation à risque potentiel de grossesse par ignorance des conditions d'utilisation de la contraception d'urgence.

En revanche, si les patientes sont placées dans une situation de rapport non protégé après l'oubli, elles sont plus nombreuses à déclarer qu'elles utiliseraient la contraception d'urgence, mais la moyenne des délais annoncés reste inférieure à sept jours.

- Spécialités connues

Il ressort des questionnaires qu'aucune des interrogées ne connaissait le nom d'une des deux spécialités disponibles sur le marché Français. Cela ne nous paraît pas tellement préjudiciable pour les femmes, puisque elles peuvent se procurer ce traitement uniquement dans des lieux où les interlocuteurs sauront leur fournir la spécialité adaptée à leur situation.

Ceci renvoie à la mission d'information et d'éducation des pharmaciens, que nous aborderons plus loin.

- Connaissance des conditions d'utilisation

Seules deux patientes ont pu expliquer correctement les conditions d'utilisation de la contraception d'urgence, et onze personnes ont été considérées comme ayant une connaissance approximative de ces conditions. Les délais d'efficacité estimés par les patientes étant bien plus courts que le délai théorique de 5 jours. Il apparaît ici clairement qu'il existe une « perte de chance » pour les patientes, par défaut d'information. Aucune ne savait que le délai d'efficacité de la contraception d'urgence dépassait 3 jours.

Ainsi des patientes ayant une connaissance correcte de l'utilisation de leur contraception et conscientes d'un risque de grossesse potentielle du fait d'un rapport sexuel non protégé antérieur à leur oubli, ne savent pas qu'il existe une spécialité adaptée à leur situation, et n'entreprendraient aucune démarche pour réduire leur risque.

Ce constat nous montre donc l'importance d'aborder avec les femmes le fait qu'il existe une contraception d'urgence couvrant toute la période à risque de grossesse en cas de rapport antérieur à leur oubli.

- Connaissance du dispositif d'accès

A la vue des résultats nous pouvons affirmer que le dispositif d'accès à la contraception d'urgence est connu des patientes interrogées. Les patientes connaissent les lieux et les conditions de délivrance du traitement, sans ordonnance (la délivrance sans prescription concernait uniquement la spécialité à base de levonorgestrel au moment de l'étude), et gratuite pour les mineures.

Les réponses des patientes rejoignent le constat évoqué plus haut : la spécialité à base d'ulipristal acétate (EllaOne®) semble méconnue, puisque seulement cinq personnes pensaient qu'elles avaient besoin d'une ordonnance pour se voir délivrer une contraception d'urgence.

Le 7 Janvier 2015, la Commission Européenne a par ailleurs rendu publique la décision de placer la spécialité EllaOne® en vente libre, c'est dire sans nécessité de prescription. Cette décision devrait être mise en application le 15 Avril 2015 en France. (22)

Ce deuxième choix de pilule d'urgence sans prescription en France élargira le dispositif d'accès à la contraception d'urgence, mais accentuera la difficulté des prescripteurs (déjà repérée chez les pharmaciens) à délivrer une information claire, sachant que les dernières recommandations de la HAS datent de 2004 et ne prennent en compte ni l'ulipristal acétate, ni les recommandations de l'OMS.

3.2.4. Satisfaction et suggestions des femmes interrogées

Malgré un niveau de satisfaction plutôt bon, un tiers des femmes ont trouvé que la durée de consultation dédiée à la contraception était trop courte. Certaines n'avaient pas pu ou pas osé poser des questions, ce qui pose la question de la disponibilité réelle ou exprimée (verbalement ou non) des prescripteurs. Le moment durant lequel sont abordés les sujets inhérents à la contraception semble bien choisi pendant le séjour, bien qu'il n'y ait pas de grand choix pour faire autrement, la durée de ce dernier dépassant rarement quatre jours.

Il semble de toute façon nécessaire d'aborder le sujet de la contraception avant la sortie de maternité.

3.3. Discussion

3.3.1. Vers une information simplifiée ?

De cette globale lacune d'information chez les patientes, nous pouvons proposer une information dite minimale. Les patientes semblent avoir du mal à mémoriser toute la conduite à tenir en cas d'oubli, et l'information à délivrer lors d'une prescription de contraception est déjà très conséquente. Aussi, pourquoi ne pas privilégier une information simplifiée, mais suffisante face à un oubli ?

L'information minimale à savoir serait alors la simple définition de l'oubli, autrement dit, le délai au delà duquel les patientes seraient potentiellement à risque de grossesse. Il conviendrait de former les patientes à identifier le risque primaire de grossesse, afin de pouvoir agir en conséquence. L'association de cette simple information avec un moyen de retrouver rapidement la totalité de la conduite à tenir en cas d'oubli serait alors suffisante. Un document remis aux patientes, comme la carte de l'INPES (Annexe I), ou le document de service de la maternité, ou bien encore le renvoi vers la notice d'utilisation de leur pilule ou vers un site officiel d'information tel que www.choisirsacontraception.com permettrait alors à la patiente de savoir quoi faire rapidement.

3.3.2. La médicalisation de la contraception

Vingt-cinq patientes sur 30 ont spontanément cité un prescripteur comme l'interlocuteur privilégié pour toute question concernant leur contraception. Différents acteurs étaient proposés par les patientes : leur gynécologue, leur sage-femme, leur médecin traitant, en proportions similaires. Depuis la loi Neuwirth légalisant la contraception en 1967, celle-ci s'est largement médicalisée, plaçant de fait les prescripteurs en première ligne auprès des couples, mais surtout des femmes, pour la question de la contraception. (23)

Dix personnes ont également cité leur pharmacien. Nous pouvons le définir comme un professionnel de proximité, peut être plus facilement accessible pour répondre à une question qu'un médecin ou une sage-femme. Cela correspond aux missions des pharmaciens définies par le Code de santé publique à l'article R. 4235-2 : le pharmacien « doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale. »(24)

3.3.3. Capacités d'acquisition en post-partum

Certaines patientes ont exprimé le fait qu'elles se sentaient difficilement concernées par la question de la contraception à ce moment là, et l'on peut aisément comprendre que de nombreuses femmes ne sont pas encore dans une temporalité où leur fécondité redeviendrait un sujet d'actualité, si peu de temps après leur accouchement et après de longs mois sans devoir s'en soucier.

Les soignants interrogent les femmes lors d'une période de bouleversements physiques, psychiques, et sociaux. Elles sont invitées à exprimer leurs désirs en matière de contraception, à faire des choix dans un moment de surcharge cognitive. En effet, le post-partum est une période d'acquisition : de nombreuses informations sont délivrées aux mères, les concernant elles et leurs enfants, et il leur faut apprendre à gérer un nouveau mode de vie et organiser leur retour à domicile. La mémorisation d'informations en post-partum immédiat relève peut-être de priorisation n'incluant pas la contraception.

3.3.4. Les limites de la prévention

Une étude réalisée en France en 2001 auprès de 73 femmes ayant été en situation de grossesse non prévue a montré que « peu de ces grossesses auraient pu être évitées par la seule amélioration de l'information ». (2)

Le prescripteur, en guidant la femme dans son choix de contraception et en l'informant du bon usage de celle-ci, joue un rôle préventif envers des grossesses non prévues. Cependant, « il apparaît finalement que les échecs de contraception sont loin d'être tous évitables, sans oublier que certains sont finalement bienvenus ». (2)

L'analyse des auteurs de cette étude propose différentes interventions publiques à mettre en œuvre pour favoriser la prévention des échecs de contraception :

Améliorer le contexte de prescription de la contraception : le choix de la méthode de contraception doit revenir à la femme ou au couple. Puisque la contraception s'est médicalisée, chacun devrait bénéficier d'une information complète de la part du prescripteur sur tous les modes de contraception disponibles, dans le cadre d'une relation centrée.

Cela « permettrait aux femmes et aux hommes de s'approprier leurs choix contraceptifs pour qu'ils soient véritablement adaptés à leur contexte de vie. » (2)

Produire des normes sociales en matière de sexualité conduisant les femmes à pouvoir se sentir légitimement autorisées à avoir une vie sexuelle. Les auteurs expliquent notamment que subsiste aujourd'hui l'idée que le plaisir sexuel masculin doit prévaloir, ce qui conduit à des pratiques contraceptives parfois peu efficaces, notamment en ce qui concerne le recours au préservatif. Plus globalement, ils dénoncent l'inégalité subsistante dans les rapports sociaux entre hommes et femmes. Le niveau d'intervention requis dépasse la simple politique de prévention des IVG.

Si les normes sociales régissant les rapports entre les sexes ne sauraient être modifiées par des mesures publiques d'ordre sanitaires, en revanche, toutes les mesures législatives et sociales améliorant la place des femmes dans la société, parce qu'elles contribuent à changer le regard social sur leur statut, peuvent favoriser à terme, tout autant qu'elles les accompagnent, des modifications des normes et des pratiques dans le domaine de la sexualité. (2)

3.3.5. Mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence

Dans un rapport évaluant l'efficacité de la prévention des grossesses non désirées en France, l'Inspection Générale des Affaires Sociales recommande d'encourager la prescription et la délivrance de la contraception d'urgence à l'avance. En effet, la large diffusion de la contraception d'urgence depuis 2000, avec un dispositif d'accès sans ordonnance et facilité pour les mineures, n'a pas contribué à la baisse du taux d'IVG.

Il apparaît que le niveau d'utilisation de la contraception d'urgence est sans commune mesure avec l'importance des expositions à un risque de grossesse non désirée, dans un ordre de grandeur de 1 à 20. (25)

Cela signifie que pour 20 rapports à risque, 1 seul bénéficie d'une action de rattrapage par la contraception d'urgence. En 2006, le nombre de rapports à risque de grossesse est estimé à 24 millions, pour 1,2 millions de boîtes de Norlevo® vendues.

Ce rapport estime qu'il faudrait anticiper l'urgence, puisque l'efficacité de la contraception d'urgence est fortement corrélée à sa rapidité d'administration. (25)

La Haute Autorité de Santé a évalué la légitimité de cette recommandation. (26) Pour cette analyse, elle se base sur une revue de la littérature réalisée par la Cochrane, ayant évalué l'impact de la mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence sur l'incidence des grossesses, des infections sexuellement transmissibles et sur les comportements sexuels et ceux en matière de contraception. (27) Cette revue de la littérature met en évidence que la mise à disposition anticipée de la contraception d'urgence n'a pas d'impact sur l'incidence

des grossesses. Elle n'aurait donc pas d'impact positif. Néanmoins, elle ne modifie pas le comportement des patientes vis à vis de l'usage de leur contraception régulière et de leur comportement sexuel. Il n'y a pas non plus d'impact sur l'incidence des IST. L'absence d'effet positif s'expliquerait par plusieurs hypothèses selon les auteurs :

D'une part les femmes pourraient, malgré sa disponibilité, ne pas utiliser la contraception d'urgence après un rapport non protégé parce qu'elles ne seraient pas conscientes de leur risque de devenir enceintes ou par crainte d'effets secondaires.

D'autres part, les femmes qui sont le moins à risque de devenir enceintes pourraient être celles qui sont le plus susceptibles d'utiliser la contraception d'urgence. (27)

Nous retrouvons là encore la problématique des échecs de contraception, faisant appel à de nombreux paramètres que la prévention ne parvient pas encore à modifier.

3.3.6. Vers un nouveau modèle contraceptif ?

Selon l'Inspection Générale des Affaires Sociales, « le modèle français de contraception, caractérisé par un très fort taux de diffusion des méthodes médicales, ne présente pas l'efficacité qu'on pourrait en attendre. » (25) Les campagnes de promotion de la contraception ne parviennent pas à réduire le taux d'IVG. (28) La pilule reste le moyen de contraception le plus répandu en France, mais le modèle contraceptif français tend à se modifier ces dernières années.

Un vaste débat concernant les pilules contraceptives a marqué la fin de l'année 2012. Ce dernier portait sur le risque thromboembolique plus élevé pour les utilisatrices de pilules de 3^{ème} génération, en comparaison avec celles de 2^{ème} génération. Bien que les risques thromboemboliques soient connus des prescripteurs, les spécialités de 3^{ème} génération étaient largement prescrites, parfois même en primo-prescription. La HAS a par la suite publié de nouvelles recommandations, conseillant les pilules de 2^{ème} génération comme prescription de première intention. (29) Le ministère de la Santé a décidé de ne plus rembourser les spécialités de 3^{ème} génération. (30)

L'enquête FECOND a cherché à évaluer l'impact de ce débat médiatique sur les pratiques contraceptives des Français :

Le débat médiatique de fin 2012 – début 2013 sur les pilules n'a pas entraîné de désaffection vis-à-vis de la contraception mais le recours à la contraception orale a diminué, passant de 50 % en 2010 à 41 % en 2013. Une partie des femmes ayant opté pour d'autres méthodes, notamment le stérilet (pour les plus diplômées), le préservatif ou des méthodes dites naturelles (pour les plus précaires). (31)

Il émerge de ces modifications du recours aux méthodes contraceptives une inégalité sociale : les personnes plus aisées optent aujourd'hui plus pour une méthode contraceptive très efficace, tandis que les moins aisées s'approprient des méthodes à l'efficacité variable. Il est encore trop tôt pour observer l'impact de ce changement sur le taux de grossesses non prévues et d'interruptions volontaires de grossesse.

Suite à cette remise en question, il apparaîtrait que l'image de la pilule se détériore. (31) Les femmes sont de plus en plus nombreuses à refuser les méthodes contraceptives à base d'hormones. Cette problématique pourrait entraîner une modification des habitudes de prescription en post-partum.

Conclusion

Au terme de notre enquête, nous pouvons émettre un constat : la conduite à tenir dans le cas d'un oubli de pilule est globalement méconnue des patientes ayant reçu la prescription d'une contraception orale hormonale en post-partum. Aucune des trente femmes interrogées ne connaissait la procédure exacte, et seules deux patientes proposaient une conduite à tenir efficace, bien qu'excessive, en regard du risque de grossesse.

Les conditions d'utilisation de la contraception d'urgence sont elles aussi peu connues. Deux femmes ont su citer les conditions exactes de son utilisation, et onze autres les citaient avec des délais néanmoins plus courts que ceux recommandés en pratique. De plus, la spécialité EllaOne®, avec un délai d'efficacité allant jusqu'à 5 jours après le rapport sexuel non protégé, n'a pas encore gagné la connaissance du public. Nous parlerons de perte de chance pour les utilisatrices conscientes d'un risque de grossesse mais ne sachant pas qu'il existe un moyen d'agir face à ce risque. En revanche, le dispositif d'accès à la contraception d'urgence est plutôt bien maîtrisé par les femmes.

Notre étude met en évidence l'influence du passé contraceptif sur le niveau de connaissance des femmes à propos de l'usage de leur contraception, plus que l'information délivrée lors de la prescription en post-partum. De plus, il est possible que les patientes ayant bénéficié d'une attitude centrée envers elles de la part de leur prescripteur présenteraient de meilleures acquisitions.

Il nous paraît judicieux de diversifier les outils d'acquisition à partir des données existantes, afin d'améliorer l'apprentissage de chacune.

Le post-partum étant une période chargée sur le plan émotionnel et cognitif, nous suggérons de réduire l'information au minimum efficace, puisque l'impact de celle-ci ne semble pas significatif. Une patiente ayant acquis la simple définition de l'oubli et ayant à sa disposition le moyen de retrouver rapidement la conduite à tenir en cas d'oubli serait alors suffisamment informée pour gérer l'usage de sa contraception jusqu'à sa prochaine consultation gynécologique.

Il est important de garder à l'esprit que l'information concernant la contraception est un des moyens de lutter contre les échecs contraceptifs, mais que la seule amélioration de cette information ne suffira pas à lutter contre ce phénomène. De nombreux facteurs entrent en compte dans les échecs de contraception, sur lesquels le corps médical n'a pas toujours un rôle à jouer.

Références bibliographiques

- (1) Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, L'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Popul Soc.* sept 2012;(492).
- (2) Bajos N. De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues. Paris: Inserm; 2002.
- (3) Contraception : les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Institut National de Prévention et d'Education pour le Santé; oct 2011.
- (4) Observatoire Régional de la Santé. Baromètre Santé 2010 : Données régionales Rhône-Alpes [Internet]. sept 2014. Disponible sur: <http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Barometre2010.pdf>
- (5) Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo - Contraception chez la femme en post-partum [Internet]. juil 2013. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-postpartum.pdf>
- (6) World Health Organization, Reproductive Health and Research, Family and Community Health. Selected practice recommendations for contraceptive use - 2008 update. Geneva: World Health Organization, Reproductive Health and Research, Family and Community Health; 2008.
- (7) World Health Organization, Reproductive Health and Research, Family and Community Health. Selected practice recommendations for contraceptive use. Geneva: World Health Organization, Reproductive Health and Research, Family and Community Health; 2005.
- (8) Van der Wijden C, Kleijnen J, Van den Berk T. Lactational amenorrhea for family planning. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD001329.
- (9) Blangis F, Lopes P, Branger B, Garnier P, Philippe H-J, Ploteau S. La contraception du post-partum : à propos de 600 patientes dont 129 revues à la consultation post-natale. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* sept 2013;41(9):499-504.
- (10) INPES, BVA. Les Français et la contraception [Internet]. mar 2007. Disponible sur: http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf
- (11) Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception.* oct 2010;82(4):337-44.
- (12) Howie FL, Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. Medical abortion or vacuum aspiration? Two year follow up of a patient preference trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* juill 1997;104(7):829-33.

- (13) Jamin C, André G, Audebert A, Christin-Maître S, Elia D, Harvey T, et al. Oublis de la contraception hormonale : réflexions sur leur prise en charge en pratique quotidienne. *Gynecol Obstet Fertil.* nov 2011;39(11):644-55.
- (14) Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo - Contraception d'urgence [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf>
- (15) Bégué A. Connaissance des règles d'oubli de la pilule chez l'adolescente [mémoire]. Lyon : Université Claude Bernad Lyon 1; 2013.
- (16) Lamande T. L'information détenue par les patientes leur permet-elle de gérer correctement un oubli de pilule? [thèse]. Nantes : Université de Nantes; 2013.
- (17) Agence Nationale du Médicament. Résumé des caractéristiques du produit Antigone 75 microgrammes, comprimé pelliculé [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0225222.htm>
- (18) Ferré G. Évaluation des connaissances concernant leur contraception, de femmes utilisatrices d'estroprogestatifs oraux combinés [thèse]. Lyon : Université Claude Bernad Lyon 1; 2005.
- (19) Marie P, Champollion S, Ourabah S. Que font les patientes lorsqu'elles oublient leur pilule ? *Exercer.* 2008;19(80):13-6.
- (20) Bertin-Steunou V, Bouquet é., Cailliez é., Tanguy M, Fanello S. Le médecin généraliste et l'oubli de pilule. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* mai 2010;39(3):208-17.
- (21) Depover C, Lièvre BD, Quintin J-J, Decamps S, Porco F, Floquet C. Les modèles d'enseignement et d'apprentissage [Internet]. Unité de Technologie de l'Education, Université de Mons-Hainaut; 2006. Disponible sur: <http://ute3.umh.ac.be/uticef/master/2006/m341/>
- (22) HRA Pharma. Historic decision from the European Commission grants 120 million women direct access to ellaOne® emergency contraceptive across the European Union. [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.hra-pharma.com/userfiles/file/CP/European_commission_release-ENG.pdf
- (23) Leridon H, Oustry P, Bajos N, L'équipe COCON. La médicalisation croissante de la contraception en France. *Popul Soc.* juil 2002;(381).
- (24) Code de la Santé Publique, article R. 4235-2. (version du 8 août 2004)
- (25) Inspection générale des affaires sociales. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence [Internet]. oct 2009. Report No.: RM2009-104A. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049/0000.pdf>

- (26) Haute Autorité de Santé. Note de cadrage - Mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence [Internet]. nov 2011. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/note_cadrage_cu_vf.pdf
- (27) Polis CB, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper CC, Grimes DA. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention (full review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(2):CD005497.
- (28) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les interruptions volontaires de grossesse en 2012. *Etudes Résultats.* juin 2014;(884).
- (29) Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo - Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) [Internet]. juil 2013. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf
- (30) Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Pilules de 3ème génération [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/communiqués,2322/archives-courantes-des-communiqués,2467/annee-2013,2994/pilules-de-3eme-generation,15495.html>
- (31) Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, L'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif? *Popul Soc.* mai 2014;(511).

ANNEXE I

Que faire en cas d'oubli de pilule ? Document de l'INPES au format carte de visite

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



Nom de votre pilule :

Votre plaquette contient des comprimés inactifs oui 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.

413 899 11C

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 II

Questionnaire ayant servi à l'étude

Questionnaire patiente N°

Date :

1. Quel âge avez-vous ? ____ ans
2. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ? _____
3. A quelle date avez vous accouché ? _____ (J)
4. Avant cette grossesse, avez-vous déjà pris une pilule contraceptive ?
 OUI NON Nombre d'années d'utilisation : _____
5. Connaissez-vous le nom de la pilule contraceptive que l'on vous a prescrite ? _____
6. Qui vous a prescrit cette pilule contraceptive ?
 Gynécologue-Obstétricien Interne Sage-femme
7. Quand allez-vous commencer la prise de ce traitement ? _____ Ne sais pas
8. La conduite à tenir en cas d'oubli de votre pilule a t'elle été abordée lors de cette prescription ?
 OUI NON
9. Pensez-vous savoir ce qu'il faut faire en cas d'oubli d'un comprimé ?
 OUI NON
10. Au delà de quel délai d'oubli pensez-vous qu'il existe un risque de grossesse ?
_____ Heures Ne sais pas
11. Que feriez-vous en cas d'oubli dépassant ce délai ?
 - a. Prendre le comprimé oublié tout de suite :
 OUI NON Ne sais pas
 - b. Continuer la prise de comprimés actifs :
 OUI NON Ne sais pas
Pendant combien de temps après oubli : _____
 - c. Protection des rapports sexuels suivants avec un préservatif :
 OUI NON Ne sais pas
Durée minimum de la protection : _____
 - d. Risque de grossesse en cas de rapport non protégé avant l'oubli :
 OUI NON Ne sais pas
Durée de la période à risque : _____
12. Pensez-vous devoir prendre une contraception d'urgence :
 - a. Si vous avez eu des rapports non protégés avant l'oubli :
 OUI NON Ne sais pas
Si oui, jusqu'à combien de temps avant l'oubli : _____

b. Si vous avez des rapports non protégés après l'oubli :

OUI NON Ne sais pas

Si oui, jusqu'à combien de temps après l'oubli : _____

13. Connaissez-vous le nom d'une contraception d'urgence ?

Norlevo EllaOne Ne sais pas

14. De combien de temps disposez-vous pour prendre cette contraception d'urgence en cas d'oubli ?

Si pas de spécialité connue : _____ Après l'oubli Après le rapport NP

Norlevo : _____ Après l'oubli Après le rapport NP

EllaOne : _____ Après l'oubli Après le rapport NP

15. Où pouvez-vous vous procurer cette contraception d'urgence ?

Pharmacie Planning Prescripteur Autre : _____

16. Avez-vous besoin d'une prescription médicale ?

Si pas de spécialité connue : OUI NON Ne sais pas

Norlevo : OUI NON Ne sais pas

EllaOne : OUI NON Ne sais pas

17. Est-elle payante ?

Si pas de spécialité connue : OUI NON NON si < 18 ans

Ne sais pas

Norlevo : OUI NON NON si < 18 ans

Ne sais pas

EllaOne : OUI NON NON si < 18 ans

Ne sais pas

18. Si vous aviez des questions relatives à l'utilisation de votre pilule, à qui vous adresseriez-vous ?

Pharmacie Planning Prescripteur Famille

Amie Sites d'information sur internet Forum sur internet

Autre : _____

19. Vous a-t-on fourni un document rappelant la CAT en cas d'oubli ?

OUI NON Type : _____

20. A quel moment et dans quelles circonstances vous a-t-on délivré les informations relatives à votre contraception ?

21. Pensez-vous que l'information à propos de l'utilisation de votre contraception, que vous avez reçue lors de cette consultation, était satisfaisante ? Avez-vous des suggestions ?

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas du tout satisfaisante

ANNEXE III

Document de service de la maternité de l'Hôpital Femme Mère Enfant concernant le retour à domicile

AIDE MEMOIRE POUR LE RETOUR A LA MAISON

Ce petit aide-mémoire, a été réalisé par l'équipe soignante des suites de naissances de l'HFME, pour vous faciliter le retour à la maison (tel : 04 27 85 51 79 ou 04 27 85 51 72)

- **Le moral, la fatigue**

Votre corps a subi beaucoup de transformations et l'adaptation au rythme du bébé demande de l'énergie et de l'attention. Vous pouvez ressentir une fatigue importante, n'hésitez pas à vous allonger pendant les siestes de votre bébé et à solliciter l'aide de votre conjoint / la famille pour prendre le relais.

Il est fréquent d'avoir envie de pleurer et d'être découragée dans cette nouvelle vie de parents. Ne restez pas avec vos questions, osez en parler à votre sage-femme, à la puéricultrice de secteur ou votre médecin traitant.

- **L'hygiène**

Vous pouvez prendre des douches. Pour limiter le risque d'infection utérine, ne prenez pas de bain, ne mettez pas de tampon, n'allez pas à la piscine pendant 1 mois.

En cas de déchirure périnéale ou épisiotomie, poursuivez les soins intimes jusqu'à la cicatrisation 1 à 2 fois par jour avec un savon à pH neutre. Les fils sont résorbables et disparaissent au cours du premier mois.

- **Le retour de couches**

Les saignements durent de 3 à 6 semaines. Ils peuvent être irréguliers, changer d'apparence et devenir marron, glaireux. Il est fréquent d'observer, vers 3 semaines une reprise des saignements de sang rouge, moins abondant que des règles (petit retour de couche).

Par la suite, le retour de couche proprement dit (reprise des règles) s'effectue dans les 6 à 8 semaines qui suivent l'accouchement.

Si vous allaitez, ce retour de couche peut-être retardé de plusieurs mois.

- **La contraception**

La reprise des rapports sexuels est possible dès que vous vous sentez prête. Une nouvelle grossesse peut survenir rapidement après un accouchement, même si le retour de couches n'a pas eu lieu. Il est recommandé d'attendre au moins 6 mois après votre accouchement pour débiter une nouvelle grossesse.

Comme moyen de contraception, vous pouvez utiliser des préservatifs jusqu'à votre visite post natale ou prendre une pilule micro progestative.

Concernant la pilule micro-progestative :

Débutez là 10 jours après l'accouchement. Elle se prend en continu, 28 jours/ 28, sans interruption entre les plaquettes et à heure fixe.

En cas d'oubli :

- *si l'oubli est inférieur à 12h : prenez le comprimé oublié et poursuivez la prise comme d'habitude.*
- *Si l'oubli est supérieur à 12h : prenez le comprimé oublié, poursuivez la prise de votre contraceptif et utilisez des préservatifs pendant une semaine .Si vous avez eu des rapports dans les 5 jours précédents, prenez la pilule du lendemain.*

- **La visite post-natale**

Elle doit être réalisée 6 à 8 semaines après l'accouchement auprès de votre sage-femme libérale, gynécologue en ville ou médecin traitant. Cette consultation permet d'assurer votre suivi gynécologique, d'envisager une contraception à long terme et de prescrire une rééducation périnéale, abdominale et /ou lombaire

- **La rééducation périnéale, abdominale, lombaire.**

Votre périnée a été très sollicité au cours de la grossesse par la prise de poids. La rééducation périnéale est recommandée et sera débutée 2 mois après l'accouchement environ. Elle peut être réalisée par votre sage-femme libérale ou un kinésithérapeute. La reprise d'une activité sportive ne peut avoir lieu qu'une fois la rééducation périnéale terminée, sauf pour la marche et la gymnastique douce.

- **Le poids**

Pas de panique, les kilos disparaîtront au fil des semaines. Il vaut mieux privilégier une alimentation équilibrée et variée à un régime trop sévère.

- **La famille**

La venue d'un nouvel enfant modifie vos rapports avec votre conjoint, vos enfants et votre famille. La participation du papa aux soins du bébé et son aide vous seront précieuses. Ses gestes et approche de l'enfant seront différents des vôtres mais tout aussi bénéfiques et importants.

Vos aînés peuvent avoir besoin de temps pour accepter l'arrivée du bébé. Leur comportement peut être modifié temporairement, c'est fréquent. Il est difficile de partager ses parents. Vous pouvez leur faire découvrir leur petit frère ou sœur en les faisant participer aux soins.

- **Les vaccins**

Afin de protéger la santé de votre nouveau-né vérifiez rapidement votre statut vaccinal et celui de votre conjoint et faites-vous vacciner, si besoin, contre la coqueluche la varicelle et la rubéole.

VOUS DEVEZ CONSULTER EN URGENCE :

- Si vous avez de la fièvre (>38°)
- Si vous avez des pertes de sang supérieures à des règles ou si elles sont malodorantes
- Si vous avez des douleurs abdominales intenses
- Si votre cicatrice au niveau du périnée est de plus en plus douloureuse
- Si vous avez un sein rouge et douloureux
- Si vous avez une douleur importante dans un mollet

Auteur : Aurélie Lopez	Diplôme d'Etat de Sage-Femme, Lyon 2015
Titre : Connaissance de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule chez les femmes en post-partum	
<p>Résumé</p> <p><u>Objectifs :</u> Evaluer les connaissances des femmes pour une utilisation adéquate de leur contraception orale hormonale en post-partum, ainsi que leurs connaissances pour l'utilisation de la contraception d'urgence, à l'Hôpital Femme Mère Enfant de Bron (69).</p> <p><u>Matériel et méthode :</u> Etude prospective transversale descriptive, incluant 30 femmes en post-partum séjournant à l'Hôpital Femme Enfant de Bron (69), interrogées par le biais d'un questionnaire semi-dirigé entre le 23 Octobre et le 20 Novembre 2014.</p> <p><u>Résultats :</u> Aucune des trente femmes interrogées ne connaissait la procédure exacte à suivre en cas d'oubli de pilule. Deux femmes ont su citer les conditions exactes d'utilisation de la contraception d'urgence, tandis que 11 femmes les citaient avec des délais d'utilisation plus courts que ceux recommandés. Notre étude met en évidence l'influence du passé contraceptif sur le niveau de connaissance des femmes à propos de l'usage de leur contraception ($p < 0,05$).</p> <p><u>Conclusion :</u> La conduite à tenir en cas d'oubli de pilule est globalement méconnue chez les femmes en post-partum, ce qui ne diffère pas des données de la littérature concernant la population générale. Les conditions d'utilisation de la contraception d'urgence sont partiellement acquises, ce qui contribue à une évidente perte de chance pour les femmes de pouvoir éviter une grossesse non prévue.</p>	
Mots clés : Oubli, Contraception orale, Contraception d'urgence, Post-partum	

Title : Do women in postpartum know the required actions in case of missed pill ?
<p>Abstract</p> <p><u>Objective :</u> To evaluate women's knowledge for an adequate use of their hormonal oral contraception in postpartum, and their knowledge for the use of emergency contraception, in Femme Mère Enfant hospital, in Bron, France.</p> <p><u>Methodology :</u> Descriptive cross-sectional forward-looking survey, including 30 women in postpartum during their hospitalization in Femme Mère Enfant hospital, in Bron, France. These women were questioned through a semi-managed questionnaire between October 23rd and November 20th, 2014</p> <p><u>Results :</u> None of the 30 surveyed knew the exact behaviour to be followed in case of missed pill. Two women knew the exact emergency contraception terms of use, whereas 11 women answered shorter deadlines than those recommended. Our study highlights the influence of contraceptive past on the women knowledge level about the use of their contraception ($p < 0,05$).</p> <p><u>Conclusion :</u> The actions to be taken in case of missing pill are underestimated by postpartum women, as shown in the literature among general population. Moreover, the emergency contraception terms of use are partially acquired. This leads these women to an obvious loss of chance to be able to avoid an unplanned pregnancy.</p>
Key words : Missed pill, Oral contraception, Emergency contraception, Postpartum