



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ de MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Évaluation des connaissances des patientes de 18 à 50 ans sur la
conduite à tenir en cas d'oubli de leur contraception orale dans le
Nord-Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 14 Décembre 2023 à 18h
au Pôle Formation
par Emilie PIELA PLEE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Assesseur :

Madame le Docteur Judith OLLIVON

Directrices de thèse :

Madame le Docteur Marion LEVECQ-FARSY et

Madame le Docteur Clotilde DURAND-CHEVAL

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LEXIQUE:

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

MTEV : Maladie Thrombo Embolique Veineuse

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

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

COC : Contraceptif Oral Combiné

LH : Luteinizing Hormone

FSH : Follicle Stimulating Hormone

GnRh : Gonadotropin Releasing hormone

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IC : Intervalle de Confiance

HAS : Haute Autorité de Santé

DIU : Dispositif Intra Utérin

NIR : Numéro d'Inscription au Répertoire (numéro de sécurité sociale)

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

OR : Odds Ratio

SOMMAIRE

INTRODUCTION

1. Historique :	1
2. Épidémiologie :	2
3. Généralités sur la pilule contraceptive :	3
3.1. La pilule oestroprogestative ou contraceptif oral combiné (COC) :	3
3.2. La pilule progestative :	4
3.3. Physiopathologie de la pilule / Mécanisme d'action :	4
3.4. Modalités de prise :	5
3.5. Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule / pilule inefficace :	6
3.6. Efficacité :	7
4. Contraception d'urgence :	8
4.1. Généralités :	8
4.2. Types de contraception d'urgence :	9
4.3. Accessibilité de la contraception d'urgence :	10
4.4. Efficacité de la contraception d'urgence :	10
5. Autres moyens de contraception :	11
6. Le rôle du médecin généraliste dans la contraception :	12

MATERIELS ET METHODES

1. Objectif principal :	14
2. Objectif secondaire :	14
3. Type d'étude :	14
4. Population étudiée :	14
5. Critères d'inclusion :	15
6. Critères de non-inclusion :	15
7. Éthique :	15
8. Recrutement :	15
9. Données recueillies :	17
10. Critères de jugement :	18

RESULTATS

1. Description de la population étudiée :	20
1.1. Age :	20
1.2. Catégorie socio professionnelle :	21
1.3. Délai d'utilisation de la pilule contraceptive :	21
1.4. Pilule utilisée :	22
1.5. L'oubli de pilule dans l'échantillon :	22
1.6. Le recours à la contraception d'urgence et la reconnaissance des facteurs participant à l'inefficacité de la pilule contraceptive dans la population :	22
2. Les connaissances des patientes de l'échantillon :	23
2.1. La connaissance du délai pour considérer un comprimé de la pilule contraceptive comme oublié :	23
2.1.1. Pour MICROVAL® :	23
2.1.2. Pour les pilules oestroprogestatives et progestatives :	24
2.1.3. Pour les pilules ZOELY®, YAZ®, SLINDA® :	24
2.2. Les connaissances de la conduite à tenir en cas d'oubli d'un comprimé tout en étant dans le délai de protection toléré :	24
2.3. Les connaissances en cas d'oubli la dernière semaine de la plaquette :	24
2.4. En cas de rapport(s) sexuel(s) dans les 5 jours précédents un oubli :	25
2.5. A propos du score de connaissance :	25
2.5.1. Pour les pilules oestroprogestatives et SLINDA® :	25
2.5.2. Pour les pilules microprogestatives :	26
3. Le rôle du médecin généraliste dans le renouvellement de la pilule contraceptive :	26
3.1. Prescription de la pilule :	26
3.2. Renouvellement de la pilule :	27
3.3. L'information délivrée par le médecin généraliste :	27
4. Analyses bivariées :	27
4.1. Lien entre l'âge des patientes et le score obtenu :	28
4.2. Lien entre le temps d'utilisation de la pilule et le score obtenu :	28
4.3. Différence entre les scores obtenus par les patientes sous pilules oestroprogestatives et par celles sous pilules microprogestatives :	28
4.4. Lien entre le prescripteur initial de la pilule et le score obtenu :	29

DISCUSSION

1. Force de l'étude :	30
2. Faiblesse de l'étude :	31
3. Résultats de l'étude menée :	32
3.1. concernant le recours à la pilule contraceptive :	32
3.2. Les pistes pour lutter contre les oublis :	33
3.3. Le recours à la contraception d'urgence :	34
3.4. En cas d'oubli, ce que les patientes font :	36
3.5. A propos des médecins généralistes :	37

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

1. Historique :

La première pilule contraceptive fait son apparition en 1956 aux États Unis grâce aux recherches de l'équipe de Grégory Pincus qui s'associe au professeur de gynécologie John Rock. Initialement, elle est uniquement progestative puis oestroprogestative (Enovid) en 1960.

L'objectif de la méthode était de bloquer l'ovulation par des doses importantes de progestérone.

La première commercialisation se fait en Allemagne Fédérale dès 1956 avant même l'autorisation de vente, qui date de 1960, aux États Unis.

En France, la loi Neuwirth du 28 Décembre 1967 légalise la contraception. (1) Avant cette date, les Françaises ont recours à des méthodes diverses pour contrôler les naissances : abstinence, méthode Ogino, contrôle des températures, coït interrompu, avortement clandestin dans des conditions précaires...

Progressivement les doses d'hormones vont être réduites pour une meilleure tolérance à moindre coût.

Après une banalisation de ce médicament à la fin du XX^e siècle, désormais utilisé pour soigner l'acné ou traiter le syndrome pré menstruel, le risque vasculaire (AVC, MTEV) des pilules de nouvelle génération est mis en évidence et fait scandale.

2. Épidémiologie :

La contraception orale est le moyen contraceptif le plus utilisé en France avec un taux d'utilisation estimé à 36,5 % en 2016 selon le Baromètre santé de Santé publique France. (1)

Ces chiffres sont superposables à ceux issus des études FECOND de 2010 et 2013. Par conséquent, malgré la « crise de la pilule » de 2012, qui a mis en évidence le risque thrombo embolique des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations et a conduit au déremboursement de ces pilules, ce taux d'utilisation reste stable. (2)

La fréquence maximale d'utilisation de la pilule contraceptive concerne la jeune fille entre 15 et 19 ans (60,4 %) et celle de 20 à 24 ans (59,5 %). (1)

L'étude COCON de 2003 montre que 23 % des femmes sous pilule ont oublié de la prendre au moins un jour au cours de leur dernier mois d'utilisation. Environ un tiers des femmes n'avaient alors pas pris de mesures particulières en cas d'oubli alors qu'un accès libre à la contraception d'urgence est disponible en pharmacie. (3) S'agit-il d'un manque de connaissance de la notion d'oubli de pilule chez les patientes ? D'une méconnaissance de la contraception d'urgence ?

En 2022, le nombre d'IVG était de 234 400 avec une élévation par rapport à 2019 (232 000 IVG enregistrées), 2020 et 2021 (217 000 IVG). (4) Ce nombre était en constante augmentation depuis les années 90. (5)

Les Hauts de France se situent en haut de la liste avec environ 18 000 IVG pratiquées chaque année selon les chiffres de la DREES. (6) (7)

La fréquence de recours à l'IVG concerne surtout la catégorie des 20 - 29 ans. Elle est notamment liée à la démocratisation de cette méthode : accès de plus en plus facile, accès possible aux mineurs...

Actuellement, 6 grossesses non prévues sur 10 se terminent par une IVG (contre 4 sur 10 en 1975). Par ailleurs, en 2009, un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales révèle que 72 % des IVG sont réalisées chez des femmes sous contraception et dans 42 % des cas cette contraception consistait en une méthode médicale jugée en théorie très efficace. (8)

3. Généralités sur la pilule contraceptive :

3.1. La pilule oestroprogestative ou contraceptif oral combiné (COC) :

Elle contient deux hormones : un œstrogène et un progestatif. Il en existe une multitude qui se distinguent par :

3.1.1. Le type d'œstrogène :

L'œstrogène le plus utilisé est l'éthinylestradiol. Son dosage est variable selon la pilule entre 15 microgrammes et 40 microgrammes. Les COC sont dits minidosés (< 40 microgrammes d'œstrogène) afin de limiter la majoration du risque cardio vasculaire. L'éthinylestradiol explique les effets indésirables fréquents (prise de poids, nausées, migraines et céphalées, mastodynies...). Un œstrogène naturellement présent chez la femme : l'estradiol, est utilisé dans de plus récentes pilules (ZOELY®). D'autres utilisent de l'estérol ou estradiol valérate (QLAIRA®), œstrogène naturellement produit par le fœtus pendant la grossesse. (9)

3.1.2. Le type de progestatif :

On peut définir 4 générations selon le type de progestatif contenu. Les pilules de 2^{ème} génération ont une efficacité comparable aux générations suivantes pour un risque thrombo embolique veineux moindre, justifiant leur prescription en première intention.

La présence d'un progestatif dans ces COC permet de limiter les effets indésirables liés à la présence d'un œstrogène. (10)

3.1.3. Les dosages hormonaux :

On peut définir des pilules monophasique, biphasique ou triphasique selon la variabilité des dosages hormonaux des comprimés pris. Permettant de mieux contrôler les cycles, de diminuer les saignements irréguliers et les aménorrhées. (11)

3.2. La pilule progestative :

La plupart des pilules progestatives sont des pilules continues (aucune pause entre les plaquettes), la délivrance hormonale est constante (aucun placebo) et à faible dose. Elles utilisent le lévonorgestrel ou désogestrel.

Une pilule commercialisée depuis 2020 contient un progestatif de 4^{ème} génération seul, la drospirénone (SLINDA®). A l'inverse des autres pilules progestatives, elle présente 4 comprimés placebo. (7)

3.3. Physiopathologie de la pilule / Mécanisme d'action :

Plusieurs mécanismes interviennent de façon à obtenir un effet contraceptif.

3.3.1. Au niveau central / axe gonadotrope :

La délivrance de petites doses d'hormones stoppe la production de GnRh hypothalamique et donc les LH et FSH libérées au niveau hypophysaire, ce qui inhibe la croissance folliculaire et limite la possibilité d'une ovulation.

Les œstrogènes agissent surtout sur la FSH, donc sur l'effet anti folliculaire.

La progestérone a surtout un rôle anti gonadotrope et inhibe le pic de LH (à l'origine de l'ovulation).

3.3.2. Au niveau périphérique :

La glaire cervicale est moins abondante et plus épaisse, ce qui la rend hostile à la progression des spermatozoïdes. On constate aussi une atrophie endométriale, ce qui rend la muqueuse moins propice au processus de nidation et ainsi limite la possibilité d'implantation d'un ovocyte fécondé. Une modification de la motilité des villosités tubaires est aussi évoquée. Ces modifications sont surtout liées aux effets du progestatif présent. Cet effet sur la glaire cervicale est le mécanisme principal à l'origine d'une action contraceptive surtout pour les pilules contenant du lévonorgestrel. (12)

3.4. Modalités de prise :

- **Les COC** doivent être pris à heure fixe chaque jour pendant 21 jours pour les plaquettes contenant 21 comprimés puis attendre 7 jours avant de recommencer une nouvelle plaquette. Certains conditionnements présentent 28 comprimés (la plaquette contient alors des comprimés placebo sans hormone). Les comprimés doivent être pris tous les jours sans pause. Le retard de prise ne doit pas dépasser

12h pour ces pilules. Selon le VIDAL, 3 pilules tolèrent 24h d'oubli : éthinylestradiol 0,02 mg / drospirénone 3 mg (YAZ[®], PHIZOE[®]) et nomégestrol acétate 2,5 mg / estradiol 1,5 mg (ZOELY[®]).

- **Les pilules progestatives** doivent être prises à heure fixe également tous les jours, en continu sans aucun arrêt.

Pour lévonorgestrel 0,03 mg (MICROVAL[®]), le retard de prise ne doit pas dépasser 3h.

Les pilules contenant du désogestrel 0,075 mg (CERAZETTE[®] et génériques) ainsi que la drospirénone 4 mg (SLINDA[®]), tolèrent 12h d'oubli.

3.5. Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule / pilule inefficace :

Si le *décalage de prise est inférieur au délai indiqué* sur la plaquette :

Le comprimé oublié doit être pris immédiatement, le comprimé suivant est pris à l'heure habituelle.

Si le *décalage de prise est supérieur au délai indiqué* sur la plaquette :

On définit alors un oubli de pilule. Le dernier comprimé oublié doit être pris immédiatement, même si deux comprimés doivent être pris le même jour. Les comprimés suivants doivent être pris à l'heure habituelle. Pendant les 7 jours suivant l'oubli, une contraception non hormonale doit être utilisée (préservatif, diaphragme, spermicides).

Si l'oubli se fait lors de la 3^{ème} semaine de prise, il faut alors continuer la plaquette en cours, supprimer la pause de 7 jours ou la prise des comprimés placebo et enchaîner avec la plaquette suivante.

En cas de rapports sexuels dans les 5 jours précédents un oubli de pilule :

Il existe un risque de grossesse non désirée, une contraception d'urgence doit donc être envisagée.

En cas de vomissement ou de diarrhée abondante, l'attitude à adopter et la conduite à tenir sont les mêmes qu'en cas d'oubli de pilule.

En cas de doute sur une éventuelle grossesse, un test de grossesse peut être réalisé 3 semaines après le rapport sexuel à risque.(13) (14)

3.6. Efficacité :

La pilule constitue un moyen de contraception parmi les plus fiables et efficaces.

L'efficacité d'une méthode contraceptive est évaluée par l'indice de Pearl qui représente le nombre de femmes sur 100 ayant été enceintes dans l'année en utilisant une méthode contraceptive donnée.

Pour les pilules oestroprogestatives et progestatives cet indice est à 0,3 % en théorie donc considérées comme très efficaces par l'OMS. Dans les conditions réelles d'utilisation ce taux est autour de 8 %.

En comparaison, pour le préservatif masculin, l'indice de Pearl théorique est égal à 2% mais à 15 % en pratique. (15)

Cette différence d'efficacité théorique versus pratique peut s'expliquer : mauvaise utilisation, erreurs, oublis de prise, diarrhées, vomissements, traitements associés...

Une revue de littérature montre que l'incidence d'une ovulation pour une pilule oestroprogestative contenant 30 à 35 microgrammes d'éthinylestradiol est de 2 % [95% intervalle de confiance (IC) 1.1 - 3.3], pour celles contenant 15 à 20 microgrammes d'éthinylestradiol : 1,1% (95% IC 0,60 - 2,0), 1,25% (95% IC 0.03 - 6.8) sous CERAZETTE® ou pilule contenant 75 microgrammes de désogestrel, 4,6 % avec une pilule oestroprogestative multiphasique et enfin 42,6 % (95% IC 33,4 - 52,2) avec les pilules progestatives seules utilisant le lévonorgestrel (l'action étant surtout périphérique). (16)

4. Contraception d'urgence :

4.1. Généralités :

Selon la HAS, 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 », elle ne doit pas être utilisée de façon régulière. (17)

Les recommandations relatives à la contraception d'urgence publiées en 2013 par la HAS évoquent qu'en 2010, près d'une femme sur quatre en âge de procréer avait déjà utilisé une pilule contraceptive d'urgence au cours de sa vie. (18)

L'étude Baromètre santé en 2016 révèle que la majorité des patientes connaissent la contraception d'urgence, son caractère gratuit et où se la procurer.(1) Le souci est surtout que seul 1% des moins de 30 ans connaît le délai maximum de recours à la contraception d'urgence après un rapport sexuel à risque. (19)

Au décours de ces résultats, des campagnes de prévention du ministère des solidarités et santé publique France ont vu le jour et ont été diffusées sur les réseaux sociaux pour sensibiliser cette tranche d'âge de population féminine sur le bon usage de la contraception et de la contraception d'urgence. (20)

4.2. Types de contraception d'urgence :

3 types de contraception d'urgence sont disponibles : l'ulipristal acétate 30 mg (Ellaone[®]), le lévonorgestrel (Norlevo[®]) et le dispositif intra utérin (DIU) au cuivre.

- *Ulipristal acétate 30 mg :*

C'est un modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone.

Il peut être efficace jusqu'à 5 jours après un rapport sexuel à risque de grossesse non désirée.

- *Lévonorgestrel 1,5 mg :*

Il s'agit d'un progestatif de synthèse de la classe des 19-nortestostérone.

Il peut être efficace jusqu'à 3 jours après un rapport sexuel mal ou pas protégé.

Ces 2 pilules d'urgence agissent en décalant d'au moins 5 jours l'ovulation ou en l'inhibant, or les spermatozoïdes perdent leur pouvoir de fécondation au-delà de 5 jours réduisant donc la possibilité d'une fécondation. (21)

- *DIU au cuivre :*

Selon la HAS, il existe un effet cytotoxique du cuivre sur les gamètes empêchant la fécondation ainsi qu'une inflammation locale de l'endomètre limitant la

possibilité d'une implantation d'un ovocyte fécondé dans l'utérus. Mise en place dans les 5 jours suivant un rapport sexuel mal ou non protégé. (17)

4.3. Accessibilité de la contraception d'urgence :

Depuis le 1er janvier 2023, la délivrance est gratuite, sans avance de frais et sans prescription pour les mineures et pour les majeures sur présentation de la carte vitale (ou d'une attestation de droits) ou de la carte de l'Aide médicale d'État. La pilule d'urgence peut aussi être délivrée par les centres de planification et d'éducation familiale, les infirmeries scolaires mais aussi les services universitaires et inter universitaires de médecine préventive d'aide à la promotion de la santé. (22)

A noter que le DIU nécessite la prescription par un médecin ou une sage-femme pour une délivrance et remboursement à 60 %. De même, un recours à ces professionnels pour la pose est indispensable. Il est donc moins fréquemment utilisé en France que dans d'autres pays. (23)

4.4. Efficacité de la contraception d'urgence :

L'efficacité du Lévonorgestrel 1,5 mg varie entre 58 et 95 % selon le délai écoulé entre le rapport sexuel et la prise du comprimé. Pour l'ulipristal acétate 30 mg, l'efficacité varie entre 73 et 85 %. (21)

Dans une étude publiée en 2012, on observe après une prise d'ulipristal acétate 30 mg un taux de grossesse de 2,1 % (IC à 95 %, 1,4 - 3,1 %). L'efficacité de cette contraception d'urgence a été étudiée pour des prises comprises allant de 48h à 120h après un rapport sexuel à risque de grossesse non désirée et ne constatait pas de baisse d'efficacité selon le temps écoulé.

Pour le lévonorgestrel 1,5 mg, après une prise unique, le taux de grossesse observé est de 1,5 % (20 femmes sur 1356 ayant pris cette contraception d'urgence). (24)

Dans un article publié dans le Lancet, comparant l'ulipristal acétate 30 mg avec le lévonorgestrel 1,5 mg, une méta analyse réalisée retrouve 22 (1,4 %) grossesses sur 1617 femmes ayant eu recours à l'ulipristal acétate 30 mg au décours d'un rapport sexuel à risque de grossesse non désirée dans les 72h précédentes contre 35 (2,2 %) grossesses sur 1625 chez les patientes ayant utilisé le lévonorgestrel 1,5 mg (OR 0,58, 0,33 - 0,99 ; p = 0,046). (25)

5. Autres moyens de contraception :

L'objectif est de proposer aux patientes une contraception « adaptée à leur situation clinique et personnelle » (13) afin de garantir une observance optimale et ainsi réduire le risque de survenue de grossesse non désirée. Par exemple on peut citer :

- Les DIU au cuivre ou au lévonorgestrel. La durée d'efficacité contraceptive varie entre 3 et 6 ans. Les tailles sont variables pour s'adapter aux cavités utérines.
- La contraception progestative sous cutanée (NEXPLANON®), dont l'efficacité est de 3 ans.
- Le patch contraceptif œstroprogestatif (EVRA®).
- L'anneau contraceptif oestroprogestatif (NUVARING®).
- Le contraceptif progestatif injectable (DEPO PROVERA®) qui agit pendant 3 mois.

- La contraception non hormonale, que sont les préservatifs masculins et féminins, les spermicides, les diaphragmes, la cape cervicale et les méthodes qualifiées de « naturelles » (Courbe des températures, calcul des jours d'ovulation, retrait...).
- Les méthodes de stérilisation ou « contraception définitive » féminine : notamment la ligature des trompes, l'hystérectomie ou ovariectomie dont le but premier est thérapeutique mais à l'origine d'une stérilité secondaire.
- Les méthodes de stérilisation masculine, à savoir la vasectomie.
Même si ces actes ne sont pas destinés à être réversibles, dans certains cas, une reperméabilisation peut se faire.

6. Le rôle du médecin généraliste dans la contraception :

La contraception a longtemps été considérée comme relevant de la compétence des gynécologues.

La démographie médicale explique que, de plus en plus, le rôle du généraliste devient central dans la question de la contraception. En effet, on constate une diminution du nombre de gynécologues et une répartition inégale sur le territoire rendant difficile l'accès à un spécialiste.

En 1999, 40% des généralistes prenaient en charge la contraception féminine contre 60% des gynécologues. Ce chiffre est susceptible d'évoluer au vu de la féminisation de la médecine générale. (26) Ce phénomène explique que le domaine de la contraception est de plus en plus souvent abordé et traité par le généraliste et plus facilement accepté par les patientes.

Témoin du rôle important du généraliste dans la contraception chez la jeune femme, une cotation spécifique « CCP », qui correspond à la « première consultation de contraception et prévention en santé sexuelle » chez les jeunes femmes jusqu'à 25 ans inclus, existe depuis le 1^{er} janvier 2022 et pour les jeunes hommes depuis le 1^{er} avril 2022.

Cette consultation est prise en charge à 100% par l'assurance maladie et peut être appliquée par les généralistes, les gynécologues et les pédiatres.

La consultation peut être anonymisée selon le souhait de la ou le patient.e. mineur.e. en créant un NIR spécifique. Ainsi, la consultation et la délivrance de la contraception n'apparaissent pas sur le relevé de remboursement de l'Assurance Maladie. (27) (28)

L'information délivrée par les médecins généralistes est-elle suffisante ? La question de la bonne pratique de la contraception lors des consultations des renouvellements est-elle suffisamment abordée ? Reste-t-il des progrès à faire ?

MATERIEL ET METHODE

1. Objectif principal :

Évaluer l'état des connaissances et le comportement des patientes sous pilule contraceptive en cas d'oubli de cette dernière dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais.

2. Objectif secondaire :

Évaluation de la qualité et de la pertinence de l'information en médecine générale sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule contraceptive.

3. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, transversale de type quantitative.

4. Population étudiée :

La population éligible concernait les femmes âgées de 18 à 50 ans, utilisant une pilule orale comme moyen de contraception et se rendant dans une pharmacie du Nord-Pas-de-Calais pour la renouveler.

5. Critères d'inclusion :

Être une femme, avoir entre 18 et 50 ans, être francophone, prendre une pilule contraceptive oestroprogestative ou progestative seule, accepter de répondre au questionnaire qui est délivré lors du passage en pharmacie, habiter dans le Nord-Pas-de-Calais.

6. Critères de non-inclusion :

Refus de participer à l'étude, impossibilité de répondre aux questions (barrière linguistique, pathologies neurologique ou psychiatrique invalidantes, protection par la loi).

7. Éthique :

Le questionnaire et la méthodologie ont été présentés devant la CRD2M. Une déclaration simplifiée de l'étude a été effectuée auprès de la CNIL (Commission Nationale d'Informatique et des Libertés) et conforme à la RGPD. L'étude n'était pas interventionnelle et donc ne nécessitait pas l'avis du comité de protection des personnes.

8. Recrutement :

Pour éviter les biais de sélection, nous nous sommes focalisées sur les pharmacies, passage obligatoire pour l'obtention de son traitement, lieu d'information et de confiance des patientes.

Il s'agissait ainsi de sélectionner les pharmacies référencées du Nord et du Pas-de-Calais, à partir de l'annuaire des pharmacies accessible par internet.

Un classement des pharmacies par canton a été effectué, puis un tirage au sort pour chaque canton a été réalisé via le logiciel Numbers.

39 pharmacies pour le Pas-de-Calais et 41 pharmacies pour le Nord ont donc été retenues.

Chaque pharmacie a été contactée par voie téléphonique pour accord de principe dans le but de diffuser les questionnaires au sein de l'officine.

15 flyers ont été distribués dans chaque pharmacie.

Le flyer se présentait comme suit :

Mesdames, vous avez entre 18 et 50 ans, vous prenez la pilule ?

Vous pouvez participer à ma thèse en répondant à ce questionnaire anonyme concernant l'oubli de pilule !

En scannant le QR code suivant ou en vous rendant sur :

<https://sphinx.univ-catholille.fr/v4/s/g9nnnj>

Merci d'avance pour votre participation!

Emilie PIELA PLEE

FACULTÉ LIBRE DE
MÉDECINE
Université Catholique de Lille

Université
de Lille

Les patientes en possession de ce dernier pouvaient alors accéder au questionnaire en ligne soit en flashant le QR code avec leur téléphone portable soit en tapant directement l'adresse du site.

9. Données recueillies :

Par questionnaire, anonyme, disponible sur le logiciel sphinx, et distribué via les pharmacies aux patientes ciblées par l'étude.

Le questionnaire a été établi selon les recommandations de la HAS sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule (mises à jour en Juillet 2019). Les données du VIDAL ont été utilisées pour les modalités de prise, la définition d'oubli, le recours à une contraception complémentaire en cas d'oubli et de rapports sexuels à risque de grossesse non désirée, pour chaque pilule.

Il comprenait plusieurs parties :

- La **première** sur les données socio professionnelles des patientes, pour garantir une représentativité de l'échantillon étudié, ainsi que des données générales de prise de pilule.
- Une **seconde** portant sur l'information délivrée en médecine générale lors des consultations pour renouvellement de contraception.
- Une **dernière** concernant l'évaluation des connaissances des patientes en cas d'oubli de leur pilule.

La diffusion du questionnaire a débuté fin mars 2023. Il était prévu d'arrêter la distribution après 3 mois de collecte de données (soit une boîte de pilule

contraceptive) ou dès 369 réponses obtenues (nombre défini pour une précision à 5% sur un critère de jugement principal pré évalué à 60% avec un risque de première espèce fixé à 5%).

Un flyer était distribué aux patientes entre 18 et 50 ans lors de leur passage en pharmacie pour renouveler leur pilule contraceptive.

Il s'agissait d'un questionnaire rapide avec un type de réponses surtout binaires oui/non.

10. Critères de jugement :

Il s'agissait du pourcentage de réponses correctes au questionnaire, déterminé selon le type de pilule, concernant la conduite à adopter en cas d'oubli. (microprogestatives, MICROVAL[®], oestroprogestatives continues : 7 jours de placebo / 7 jours de pause / 4 jours de pause, QLAIIRA[®], SEASONIQUE[®])

Un point = une bonne réponse.

Un score a donc été établi pour chaque catégorie de pilule :

- Micro progestatives (dont MICROVAL[®]) : score sur 11.
- Oestroprogestatives continues avec 7 jours de placebo, 7 jours de pause ou 4 jours de pause, QLAIIRA[®], SEASONIQUE[®], SLINDA[®] : score sur 16.

Nous avons déterminé les questions nous paraissant les plus pertinentes pour étudier les connaissances des patientes.

Il s'agissait des questions numéros (annexe 1) :

- Pour les pilules microprogestatives : 16, 17, 18, 24, 26, 29, 30, 31, 41, 47 et 48

- Pour les pilules oestroprogestatives : 16, 17, 18, 24, 27 ou 28, 29, 30, 31, 32/33/34 ou 35/36/37 ou 38/39/40, 41, 43, 44, 45, 46

Les questions portaient sur :

- La connaissance du délai de protection conféré par leur pilule,
- L'attitude des patientes en cas d'oubli de la pilule en étant dans le délai de protection et celle en étant en dehors du délai,
- Les facteurs d'inefficacité de leur pilule (troubles digestifs),
- La contraception d'urgence (exemple : l'obligation d'avoir une ordonnance pour se procurer la pilule d'urgence, nom des contraceptifs d'urgence et délai de recours),
- L'attitude qu'elles adopteraient en cas de rapport sexuel à risque de grossesse non désirée.

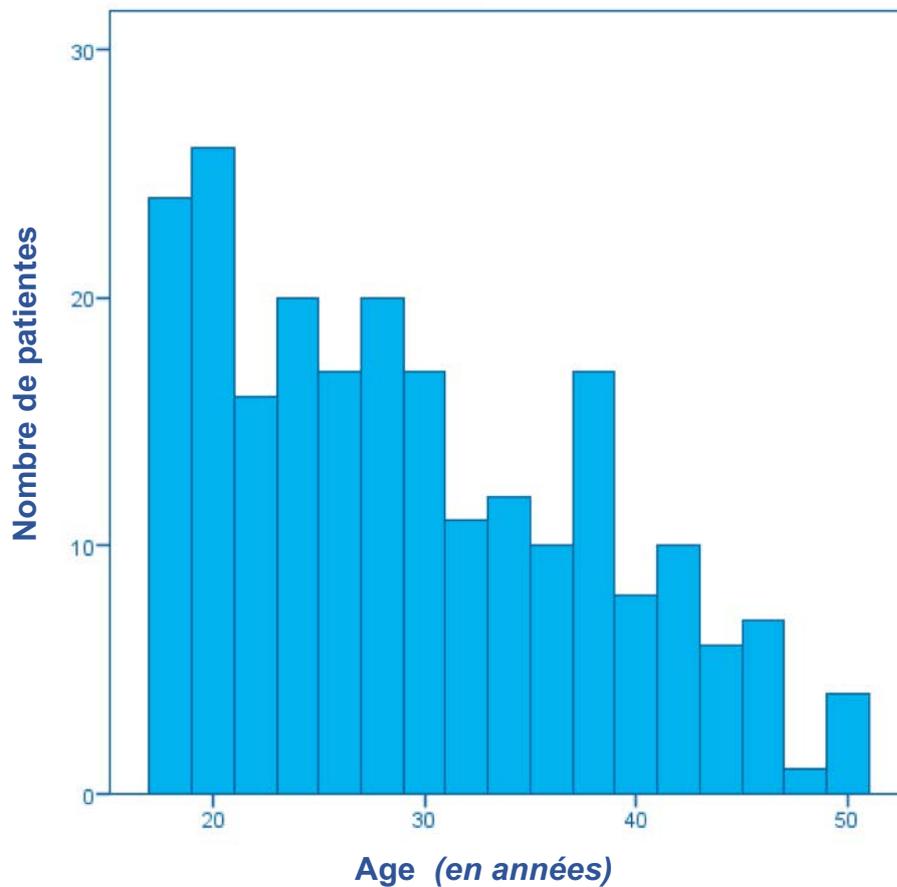
RESULTATS

1. Description de la population étudiée :

1.1. Age :

226 femmes ont répondu au questionnaire. Toutes ont déclaré avoir entre 18 et 50 ans, l'âge moyen était de 28 ans +/- 8 ans. La médiane était de 27 ans.

Figure 1 : Histogramme de la répartition des patientes de l'échantillon en fonction de l'âge



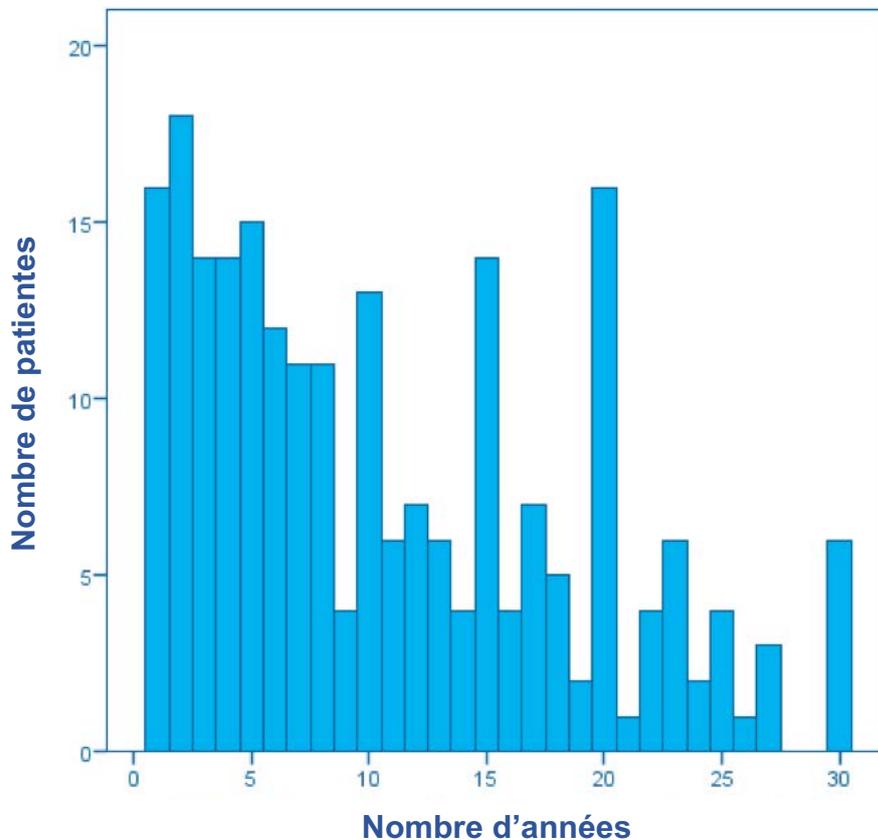
1.2. Catégorie socio professionnelle :

Les catégories ont été établies selon celles de l'INSEE (Annexe 2). Les plus représentées étaient les employées (41,2 %) et les étudiantes (26,5 %).

1.3. Délai d'utilisation de la pilule contraceptive :

Le délai moyen d'utilisation de la pilule était de 10,7 ans. Avec un minimum d'utilisation de 1 an et un maximum de prise de pilule contraceptive de 30 ans. La médiane était de 9 ans.

Figure 2 : Histogramme de la répartition des patientes selon le nombre d'années d'utilisation de la pilule contraceptive



1.4. Pilule utilisée :

66,9 % des patientes interrogées utilisaient une pilule contraceptive oestro progestative. Aucune patiente dans l'échantillon ne prenait les pilules QLAIRA® ou SEASONIQUE®.

1.5. L'oubli de pilule dans l'échantillon :

L'oubli de pilule est fréquent dans notre échantillon puisque 87,6 % des patientes ont déclaré avoir déjà oublié au moins un comprimé.

Dans notre étude, seulement 39,8 % des patientes utilisaient un moyen de rappel afin d'éviter un oubli de pilule. Majoritairement (84,4 % des personnes interrogées) il s'agissait d'un rappel téléphonique.

1.6. Le recours à la contraception d'urgence et la reconnaissance des facteurs participant à l'inefficacité de la pilule contraceptive dans la population :

64,2 % des patientes interrogées identifient les vomissements, mais seulement un tiers (34,1 %) identifient la diarrhée comme des facteurs de risque d'inefficacité de leur pilule.

Dans la population étudiée moins d'une personne sur deux (42,9 %) avait déjà utilisé un moyen de contraception d'urgence.

La grande majorité des femmes connaissent le caractère facilement accessible à la contraception d'urgence. En effet seules 6,6% d'entre elles pensaient qu'il était nécessaire d'avoir une ordonnance.

18,6 % connaissaient acétate ulipristal 30mg (EllaOne[®]), et parmi elles 40,5 % avaient en tête le délai maximal pour utiliser cette contraception d'urgence.

32,3 % connaissaient lévonorgestrel 1,5mg (Norlevo[®]), et parmi elles 38,4 % connaissaient également le délai maximal d'utilisation de cette pilule d'urgence.

Pour 92 % des patientes, le DIU au cuivre n'était pas un moyen de contraception d'urgence. Sur les 8 % connaissant ce moyen de contraception d'urgence 50 % des femmes avaient en tête le délai de 5 jours pour la pose.

2. Les connaissances des patientes de l'échantillon :

88,9 % d'entre elles pensent connaître la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.

La notice d'utilisation comprise dans la boîte de la pilule est pour 61,9% des patientes la principale source d'information sur la conduite à tenir en cas d'oubli.

43,4 % des patientes se renseignent surtout auprès de leur médecin généraliste.

2.1. La connaissance du délai pour considérer un comprimé de la pilule contraceptive comme oublié :

2.1.1. Pour lévonorgestrel 0,03mg (MICROVAL[®]) :

20% des patientes interrogées connaissaient le délai de 3h au-delà duquel il existe un risque de grossesse non désiré. 80% des utilisatrices sur estimaient ce délai toléré.

2.1.2. Pour les pilules oestroprogestatives et progestatives :

Presque une patiente sur deux (47,9 %) citait un délai toléré de 12h avant de considérer un oubli de pilule. Une patiente sur trois (34%) surestimait ce laps de temps.

2.1.3. Pour les pilules ZOELY[®], YAZ[®], SLINDA[®] :

16,7% des patientes connaissaient le délai de 24h entre deux comprimés sans risque de grossesse. 83,3% sous-estimaient ce délai en citant 12h.

2.2. Les connaissances de la conduite à tenir en cas d'oubli d'un comprimé tout en étant dans le délai de protection toléré :

Toutes pilules confondues, 24,3 % des patientes ignoraient qu'il fallait prendre le comprimé oublié immédiatement après avoir constaté un retard de prise. D'ailleurs 18,6 % jetaient le comprimé oublié.

Pour 85,4 % des patientes, le comprimé suivant devait être pris à l'heure habituelle.

2.3. Les connaissances en cas d'oubli la dernière semaine de la plaquette :

Pour toutes les pilules dont le schéma de prise inclut plusieurs comprimés placebo ou une pause entre les comprimés actifs :

59,7 % des patientes de l'échantillon auraient pris le dernier comprimé oublié.

77,3 % d'entre elles auraient fait la pause habituelle ou auraient pris les comprimés placebo sans enchaîner directement avec la plaquette suivante.

2.4. En cas de rapport(s) sexuel(s) dans les 5 jours précédents un oubli :

Pour une patiente sur trois (31 %), le.s rapport.s précédant un oubli de pilule ne pouvaient pas être à l'origine d'une grossesse non désirée.

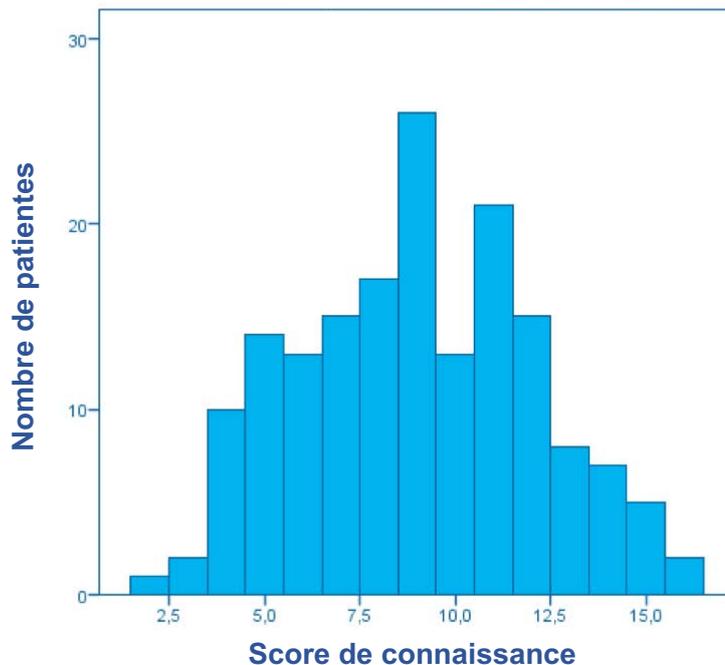
Dans ce cas de figure, une femme sur deux (54,4 %) aurait envisagé un moyen contraceptif d'urgence.

2.5. A propos du score de connaissance :

2.5.1. Pour les pilules oestroprogestatives et SLINDA® :

Le score était sur 16. La moyenne était de 9. En sachant que la note minimale était de 2 et la maximale de 16/16.

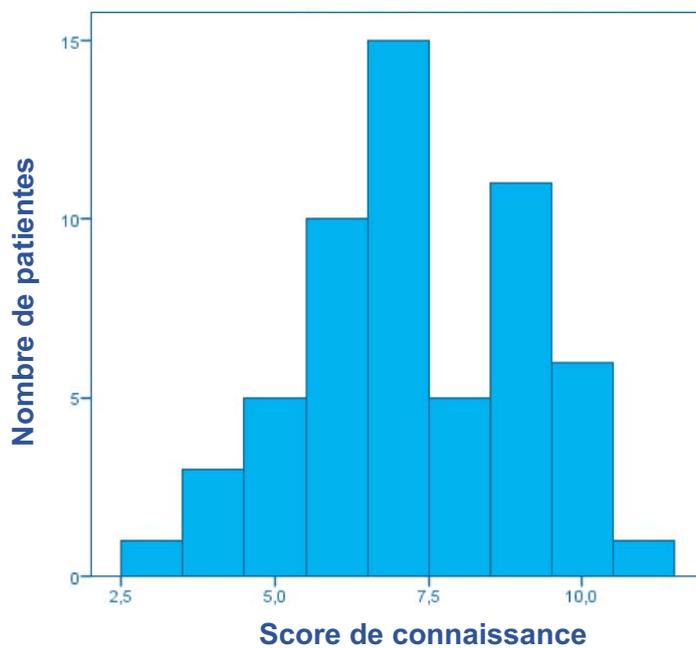
Figure 3 : histogramme du score de connaissance pour les pilules oestroprogestatives et SLINDA®



2.5.2. Pour les pilules microprogestatives :

Le score était sur 11. La moyenne était de 7,28. Le score le plus bas était de 3, le maximal de 11.

Figure 4 : histogramme du score de connaissance pour les pilules micro progestatives



3. Le rôle du médecin généraliste dans le renouvellement de la pilule contraceptive :

3.1. Prescription de la pilule :

Pour la majorité des patientes, la prescription initiale de la pilule s'est faite par le médecin généraliste (58 %). Dans 35,8 % des cas, la prescription initiale a été

effectuée par un gynécologue. Pour 4 et 2,2 % des patientes, l'introduction de la pilule a été réalisée respectivement par une sage-femme et le centre de planification familiale.

3.2. Renouvellement de la pilule :

Le renouvellement de la pilule contraceptive est effectué en grande majorité (65,5 % des patientes) par le médecin généraliste. Le gynécologue réalise dans 25,2 % des cas le renouvellement. La sage-femme pour 8,8 % des patientes, le centre de planification familiale intervient dans 0,4 % des renouvellements de pilule.

3.3. L'information délivrée par le médecin généraliste :

Pour 78,4 % des patientes, la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule n'est jamais rappelée par le généraliste lors des consultations.

Pour 86,5 % des femmes interrogées, le médecin traitant n'évoque jamais les situations dans lesquelles la pilule s'avère être inefficace.

La contraception d'urgence n'est évoquée qu'au cours de 25,6 % des consultations en médecine générale dont le motif est le renouvellement de la pilule contraceptive.

4. Analyses bivariées :

Nous nous sommes posé la question de l'existence de lien entre le score obtenu par les patientes et certains paramètres, notamment :

- L'âge
- Le temps écoulé depuis le début de prise de pilule

- Le prescripteur initial de la pilule contraceptive

Nous avons aussi cherché si les patientes utilisatrices d'une pilule progestative ou d'une pilule oestroprogestative avaient des scores significativement différents.

4.1. Lien entre l'âge des patientes et le score obtenu :

L'hypothèse étant que plus l'âge des patientes interrogées était avancé, meilleur était leur score de connaissance concernant l'attitude à adopter lors d'un oubli de pilule.

Une ANOVA a été effectuée. L'analyse ne retrouvait pas de différence significative.

4.2. Lien entre le temps d'utilisation de la pilule et le score obtenu :

L'hypothèse était ici que le score de connaissance était plus élevé si la prise de pilule était ancienne. Aucune différence significative n'a été mise en évidence.

4.3. Différence entre les scores obtenus par les patientes sous pilules oestroprogestatives et par celles sous pilules microprogestatives (Annexe 3) :

Les moyennes obtenues étaient de 11,75 pour les pilules oestroprogestatives et 11,92 pour les microprogestatives.

Un test T de Student pour comparer les moyennes a été réalisé et n'a pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes de pilules.

4.4. Lien entre le prescripteur initial de la pilule et le score obtenu (Annexe 3) :

Les deux principaux prescripteurs initiaux dans notre étude étaient le médecin généraliste (131 patientes) et le gynécologue (81 patientes).

Pour le gynécologue en tant que prescripteur initial, le score moyen obtenu par les patientes était de 12,32 (95% IC 11,53 – 13,11).

Pour le médecin généraliste ce score était de 11,30 (95% IC 10,62 – 11,99).

Un test T de Student a été réalisé pour comparer ces deux moyennes, aucune différence significative n'a été trouvée $p = 0,059$.

DISCUSSION

1. Force de l'étude :

La distribution du questionnaire via les pharmacies ainsi que la sélection de ces dernières dans le Nord et le Pas-de-Calais permettait d'obtenir un panel plus large de patientes interrogeables. Par ailleurs, la sélection aléatoire des pharmacies parmi les différents cantons du Nord et du Pas-de-Calais limitait les biais de sélection et permettait de retrouver une certaine diversité des patientes interrogées.

L'âge d'inclusion des patientes dans l'étude était large, ce qui permettait d'avoir un meilleur reflet du comportement de toutes les patientes et d'identifier éventuellement une catégorie d'âge la plus exposée aux erreurs dans la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.

Contrairement à d'autres thèses, bien qu'aucune réponse n'ait été enregistrée, les pilules QLIRA® et SEASONIQUE® dont les modalités de prise sont très spécifiques ont été incluses. Il aurait pu être intéressant d'avoir un retour sur ces pilules pour lesquelles la spécificité de la conduite à tenir en cas d'oubli peut générer de nombreuses erreurs et de fait des grossesses non désirées. Leur prescription est sûrement limitée et peu privilégiée par les médecins à cause de cette complexité d'utilisation, ce qui peut aussi expliquer la raison pour laquelle aucune patiente les utilisant n'ait été interrogée.

Les patientes devaient obligatoirement répondre à la question avant de pouvoir passer à la suivante, ce qui a limité le biais lié à l'absence de réponse et limité la perte d'information.

A la fin du questionnaire, pour permettre aux patientes de l'échantillon de refaire le point sur leurs connaissances, des liens permettant l'accès à des recommandations de conduite à tenir selon le type de pilule étaient proposés.

2. Faiblesse de l'étude :

La patiente pouvait chercher des informations sur internet ou auprès du pharmacien lors de sa participation au questionnaire et ainsi choisir les réponses correctes.

Le nombre de patientes obtenu, inférieur au nombre prédit (226 réponses pour un nombre estimé à 396) ; ceci peut s'expliquer par le fait qu'actuellement de nombreuses sollicitations pour des enquêtes de tout genre existent, le manque de temps et d'envie peuvent limiter le nombre de répondants. Un temps de diffusion plus long aurait pu réduire ce biais.

Les jeunes filles mineures sont les principales utilisatrices de pilules contraceptives (1). Elles sont d'autant plus à même d'oublier leur pilule, de se tromper dans la conduite à tenir, de ne pas se renseigner sur le comportement à adopter si cette situation arrive, car la prise est parfois cachée à l'entourage. Cependant elles étaient exclues de l'étude menée.

Un autre biais de sélection pouvait être généré car les répondantes pouvaient surtout être des patientes se sentant concernées et soucieuses de l'efficacité de leur contraception.

Ce même biais pouvait être généré par la non-possession d'un téléphone ou d'un ordinateur par les patientes, puisque le questionnaire était accessible en ligne.

Les réponses de type binaire ou des propositions préétablies, faites pour simplifier l'interprétation, pouvaient orienter les réponses des patientes interrogées en permettant un raisonnement par élimination, créant un biais d'information.

3. Résultats de l'étude menée :

3.1. concernant le recours à la pilule contraceptive :

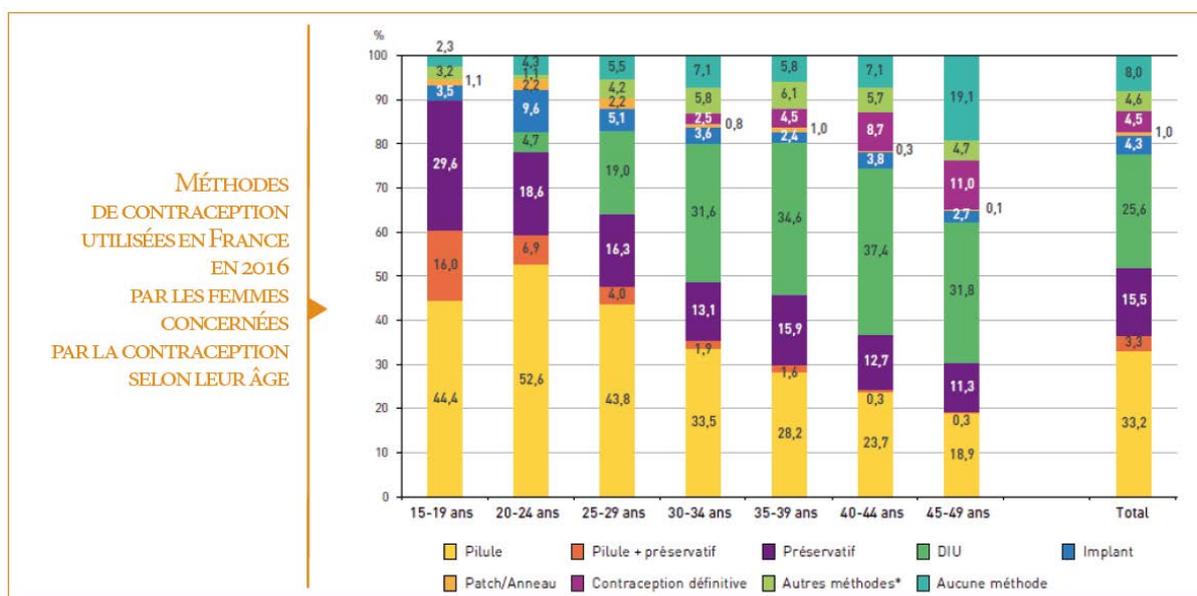
Dans notre échantillon, nous avons pu constater que globalement, le nombre de réponses obtenues diminuait en fonction de l'âge.

Les patientes plus âgées choisissent une contraception plus durable (DIU, Implant, ligature de trompes...) ou sans hormone (préservatifs...).

Ce résultat concorde avec celui de l'étude FECOND réalisée en 2010 par l'INSERM et l'INED, qui montrait que le recours à la pilule baissait progressivement jusqu'à 49 ans.

Les âges d'utilisation maximale de la pilule dans notre étude concordaient avec les données du Baromètre Santé 2016, soit entre 15 et 24 ans.

Figure 5 : méthodes de contraception utilisées selon l'âge des patientes
Source : Baromètre Santé 2016



3.2. Les pistes pour lutter contre les oublis :

Une des principales causes de survenue de grossesse non désirée est l'oubli de pilule. Dans notre étude, 87,6 % des patientes déclarent l'avoir déjà oubliée. Cependant, nous avons pu constater que 60 % des patientes interrogées n'utilisaient aucun moyen de rappel pour éviter un oubli.

Les nouvelles technologies pourraient apporter une aide précieuse pour pallier ces oublis : application dédiée, alarme à heure fixe.

En effet, dans une étude randomisée et publiée en 2020, 1304 jeunes femmes entre 18 et 20 ans ont été recrutées afin d'évaluer l'impact d'une application mobile créée pour informer les patientes sur la contraception et ainsi prévenir les grossesses non

désirées. Le bénéfice évalué après 6 semaines d'utilisation était estimé prometteur. (29)

La pilule peut facilement être oubliée, ainsi les contraceptifs de longue durée d'action (DIU, implant sous cutané...) peuvent constituer une alternative efficace. Cependant ces méthodes sont peu choisies par des patientes jeunes alors qu'elles sont les plus concernées.

Dans une étude réalisée au Danemark, les auteurs ont remarqué que les connaissances des patientes sur la contraception pouvaient être améliorées grâce à l'utilisation d'applications dédiées. Celles-ci étaient décrites comme efficaces dans l'orientation du choix des patientes vers une contraception de longue durée d'action permettant de limiter les oublis de pilule. (30)

3.3. Le recours à la contraception d'urgence :

La facilité de recours à la pilule d'urgence semble bien intégrée avec 93 % des patientes au courant de la possibilité d'obtenir une pilule d'urgence sans ordonnance. Ce résultat est en adéquation avec le Baromètre Santé de 2016.

Il se rapproche aussi d'une étude publiée en 2021, portant sur les connaissances des adolescentes de 14 à 21 ans concernant la pilule d'urgence. Dans cette population, 80,2 % des patientes interrogées avaient entendu parler de ce médicament. Bien que ce pourcentage soit élevé, une petite proportion des adolescentes ayant des relations sexuelles l'avait déjà utilisé (25,6%). (31)

Malgré la fréquence importante d'oubli de comprimé(s) dans notre enquête, le recours à la contraception d'urgence ne concernait qu'un peu plus d'une patiente interrogée sur 2. Approfondir ce point et savoir pourquoi le recours à la contraception d'urgence n'a pas été systématique aurait pu être intéressant.

S'agissait-il d'un manque de connaissance, d'une peur, d'une appréhension ?

Notre résultat se rapproche de celui obtenu à l'issue d'une étude transversale réalisée chez des femmes en post IVG ; 52% déclaraient avoir déjà utilisé une contraception d'urgence alors que la plupart des patientes interrogées connaissaient ce médicament. (32)

Une réticence à la prise de la pilule d'urgence est évoquée dans le Baromètre Santé. On constate que 73,3% des jeunes interrogés estimaient la contraception d'urgence comme efficace pour éviter une grossesse non désirée. Cependant, 54,3% jugeaient cette dernière comme risquée pour la santé. (33)

Par ailleurs, on note que dans notre échantillon la plupart des patientes ne connaissaient ni l'ulipristal acétate 30 mg ni le lévonorgestrel 1,5 mg ; pour répondre au délai de recours à ces pilules d'urgences, les patientes devaient connaître le nom de ces dernières. Il aurait pu être intéressant de poser une question générale sans la soumettre à la condition de connaissance du nom de la pilule d'urgence.

D'autant plus que dans le Baromètre Santé, la plupart des patientes (39,2%) évoquaient le délai de 24h pour prendre une pilule d'urgence, influencées par le terme « pilule du lendemain ». Le délai maximal de 120h était cité par seulement 1% des femmes interrogées. (33)

3.4. En cas d'oubli, ce que les patientes font :

On constate dans notre étude que les délais de protection offerts par toutes les pilules confondues ne sont connus que pour 1 patiente sur 2 environ.

Une réserve est à émettre pour lévonorgestrel 0,03 mg (MICROVAL[®]). Le délai de protection est largement surestimé par les patientes, cependant ces chiffres sont à interpréter avec réserve, car peu de patientes sous lévonorgestrel 0,03 mg (MICROVAL[®]) ont été interrogées.

La conduite à tenir en cas d'oubli d'un comprimé en étant dans le délai de protection est globalement bien connue. Elle est moins maîtrisée lors d'un oubli la dernière semaine de la plaquette d'une pilule oestroprogestative, tout en dépassant le délai de protection. En effet, la plupart des patientes font comme à leur habitude, la pause ou prennent les placebo. Ce comportement peut être à risque de grossesse non désirée et peut constituer un point sur lequel les sensibiliser.

La plupart connaissent aussi le risque de grossesse non désirée en cas de rapport sexuel précédent un oubli de pilule ; cependant comme nous l'avons vu, elles n'ont pas recours systématiquement à une pilule d'urgence.

Pour la plupart des patientes, le recours à un moyen de contraception local supplémentaire aurait été utilisé pour les rapports sexuels suivants un oubli de pilule.

Dans notre étude nous avons donc établi un score de connaissance qui s'appuyait sur des points essentiels à connaître, lorsque la pilule est choisie comme moyen de contraception.

Dans la littérature, nous n'avons pas trouvé d'étude établissant un score de connaissance permettant de comparer nos résultats.

Cependant, les chiffres obtenus nous donnent un reflet sur l'état global des connaissances des patientes sous pilule.

Les scores obtenus par les patientes montrent qu'un peu plus de la moitié des réponses aux questions déterminantes est correcte. Seulement 3 patientes ont obtenu la totalité des réponses justes.

Or, 88,9% des patientes interrogées déclarent connaître la conduite à tenir en cas d'oubli de leur pilule.

Il existe donc une différence entre ce que pensent savoir les patientes et ce qu'elles connaissent vraiment sur l'attitude à adopter face à un oubli de leur pilule.

Ces scores peuvent paraître insuffisants, d'autant que toute « erreur » dans le comportement adopté lors d'un oubli, peut être à l'origine d'une grossesse non désirée.

Il peut exister aussi un décalage entre ce que les patientes déclarent en théorie, si la situation se présentait, et ce qu'elles font réellement.

3.5. A propos des médecins généralistes :

Comme le révèle notre étude, le médecin généraliste est le principal prescripteur initial, mais aussi lors du renouvellement de la pilule. Il est la 2^e source

d'informations vers laquelle les patientes se tournent si elles ont un doute sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.

Cependant, il existe une inadéquation entre ces chiffres et l'information délivrée lors des consultations, avec un très faible niveau d'information lors des consultations (rappel sur la conduite à tenir en cas d'oubli, dans quelles situations la pilule peut s'avérer inefficace, proposer/évoquer une pilule d'urgence).

Ceci peut s'expliquer ; la pilule est souvent demandée « en plus » lors d'une consultation pour un autre motif (consultation pour un enfant, une pathologie aiguë), ce qui limite le libre champ à des explications plus poussées ou à quelques questions rapides posées à la patiente, pour s'assurer que les connaissances sont à jour.

Une thèse réalisée en Juillet 2021 en Aquitaine met bien en évidence que la question de la pilule est le plus souvent abordée en fin de consultation et lors d'une consultation pour un autre motif. (34)

Bien que les généralistes soient formés à la prescription, au renouvellement de la pilule et à la délivrance d'une information claire sur le sujet, à la suite de notre enquête cela semble peu fait en pratique (du point de vue des patientes).

Malgré ce manque d'information déclaré, une thèse réalisée en 2019 dans les Hauts de France et interrogeant les médecins généralistes, montre une différence significative dans leur pratique, depuis l'apparition de la cotation spécifique CCP, et

donc la revalorisation de la consultation dédiée à la première prescription de contraception. (35)

La conclusion d'une étude réalisée en 2019, évaluant l'impact de notre mode de vie actuel sur la prise quotidienne de la pilule contraceptive, met en évidence que le stress est néfaste et favorise l'oubli. De même que le rythme de vie limite la prise à heure fixe des comprimés (39% des patientes de l'étude l'admettaient). (36)

Cette remarque sur notre façon de vivre constitue un point sur lequel les médecins peuvent insister en consultation et doivent sensibiliser les patientes. Ils doivent ainsi considérer le mode de vie des femmes (par exemple le travail posté, un emploi du temps surchargé) pour leur proposer un moyen contraceptif adapté limitant le risque d'oubli.

Puisque les résultats entre le ressenti des patientes et celui des généralistes est différent, il paraîtrait intéressant de rechercher des freins actuels à une information suffisante du point de vue du généraliste, leur ressenti lors des consultations pendant lesquelles est abordé le sujet de la contraception.

Interroger plus spécifiquement les femmes sur la façon dont elles abordent le sujet de la contraception lors de leurs consultations médicales paraîtrait judicieux afin de pouvoir expliquer leur impression de manque d'information.

3.6. A propos des analyses bivariées :

La comparaison des moyennes obtenues pour le médecin généraliste versus le gynécologue en tant que prescripteur initial ne retrouvait pas de différence

significative à peu de chose près. Une différence significative aurait éventuellement pu être mise en évidence avec un échantillon un peu plus grand. Cette différence de moyenne peut s'expliquer par le fait que le gynécologue passe peut-être plus de temps lors d'une prescription initiale de pilule pour des explications ou ne dédie sa consultation qu'à ce motif, ce qui n'est peut-être pas toujours le cas en médecine générale.

CONCLUSION

La pilule contraceptive reste le premier moyen de contraception utilisé en France hexagonale.

Les recommandations de la HAS concernant la conduite à tenir en cas d'oubli et le recours à la contraception d'urgence sont claires et ont été revues en 2019.

Pour lutter contre ces grossesses non désirées, des campagnes de prévention du ministère des solidarités et Santé publique France ont vu le jour et ont été diffusées sur les réseaux sociaux pour sensibiliser la tranche d'âge de population féminine principalement concernée par les IVG (les 20-29 ans) sur le bon usage de la contraception et de la contraception d'urgence.

Il paraissait intéressant d'étudier les connaissances des patientes dans le Nord et le Pas-de-Calais puisque le taux d'IVG y reste important. Les conséquences de cet acte ne sont pas anodines et peuvent être traumatisantes pour les patientes concernées.

Comme l'a confirmé notre étude, l'oubli de pilule est fréquent, la conduite que les patientes déclarent adopter dans ce cas paraît fragile sur certains points. Cependant elles pensent que leurs connaissances sont complètes sur le sujet. Notre mode de vie actuel, propice aux oublis de pilule, justifie qu'insister sur la mise en place d'un moyen de rappel paraît nécessaire, voire privilégier d'autres moyens de contraception dits de longue durée.

Le but de cette étude était d'évaluer les connaissances des patientes au vu des nombreuses campagnes, de la large diffusion des informations via les réseaux

sociaux, pour lutter contre les erreurs d'attitude devant un oubli d'une contraception per os.

Une bonne connaissance de la conduite à tenir dans cette situation est fondamentale mais reste insuffisante, malgré toutes les campagnes entreprises : seul 1% des patientes ici interrogées répondent juste à toutes les questions.

Le rôle du médecin généraliste est majeur dans la contraception.

Les généralistes ont été d'autant plus impliqués depuis l'instauration d'une consultation dédiée, avec la cotation spécifique CCP. Cependant, notre étude montre que l'information délivrée lors des consultations de ville est largement insuffisante du point de vue des patientes. D'autres travaux montrent que depuis quelques années les généralistes sont sensibles à une information plus poussée et complète.

Il pourrait être intéressant d'interroger les généralistes sur les limites, les freins et la recherche d'explications à ce faible taux de communication ainsi que sur le déroulé de la consultation au cours de laquelle est formulée une demande de renouvellement de pilule.

BIBLIOGRAPHIE

1. Baromètre santé 2016 Contraception [Internet]. [cité 3 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2016-contraception-quatre-ans-apres-la-crise-de-la-pilule-les-evolutions-se-poursuivent>
2. 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 Sociétés. 2014;511(5):1-4.
3. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. Hum Reprod Oxf Engl. mai 2003;18(5):994-9.
4. Le nombre des interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 17 nov 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/le-nombre-des-interruptions-volontaires-de>
5. Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 2 juill 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-une-legere-baisse-du-taux>
6. Contraception et IVG [Internet]. 2023 [cité 16 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/contraception-et-ivg-1>
7. France 3 Hauts-de-France [Internet]. [cité 13 déc 2021]. IVG : les Hauts-de-France parmi les régions où l'on pratique le plus d'avortements. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/ivg-hauts-france-parmi-regions-on-pratique-plus-avortements-1549454.html>
8. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? :4.
9. La contraception orale ou « pilule » - VIDAL [Internet]. [cité 13 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/contraception-feminine/contraception-comprimes-pilule.html>
10. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2023 [cité 13 juin 2023]. Pilules de 3e et 4e générations (contraceptifs oraux combinés). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/pilules-de-3e-et-4e-generations-contraceptifs-oraux-combines>
11. Prescrire, article en une, Contraceptifs estroprogestatifs oraux : faire un tri, juillet 2009 [Internet]. [cité 13 juin 2023]. Disponible sur:

<https://www.prescrire.org/docu/archive/aLaUne/dossierContraceptifsOraux.php>

12. Pilules micro dosées progestatives : le desogestrel confirme sa supériorité [Internet]. REVUE GENESIS. 2018 [cité 10 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/pilules-micro-dosees-progestatives-le-desogestrel-confirme-sa-superiorite/>
13. Haute Autorité de santé. 2013;249.
14. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 16 mai 2022]. Contraception hormonale orale : dispensation en officine. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1720982/fr/contraception-hormonale-orale-dispensation-en-officine
15. Efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. [cité 20 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/arts/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>
16. Ovulation incidence with oral contraceptives: a literature review | BMJ Sexual & Reproductive Health [Internet]. [cité 10 juill 2023]. Disponible sur: <https://srh.bmj.com/content/34/4/237.long>
17. Eric D. Contraception d'urgence. 2013;
18. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 13 juill 2023]. Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1543129/fr/contraception-d-urgence-prescription-et-delivrance-a-l-avance
19. Contraception d'urgence : les délais méconnus par les jeunes, une campagne d'information pour y remédier [Internet]. [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2019/contraception-d-urgence-les-delais-meconnus-par-les-jeunes-une-campagne-d-information-pour-y-remedier>
20. Être bien informé pour préserver sa santé sexuelle, un enjeu de santé publique [Internet]. [cité 17 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/etre-bien-informe-pour-preserver-sa-sante-sexuelle-un-enjeu-de-sante-publique>
21. La pilule du lendemain - VIDAL [Internet]. [cité 14 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/contraception-feminine/pilule-lendemain.html>
22. Contraception d'urgence hormonale gratuite [Internet]. [cité 14 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/arts/assure/sante/themes/contraception-urgence/contraception-urgence-gratuite>
23. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 18 sept 2023]. Contraception d'urgence. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1754842/fr/contraception-d-urgence
24. Richardson AR, Maltz FN. Ulipristal acetate: review of the efficacy and safety of a newly approved agent for emergency contraception. Clin Ther. janv 2012;34(1):24-36.

25. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis - PubMed [Internet]. [cité 17 juill 2023]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20116841/>
26. 104000049.pdf [Internet]. [cité 3 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000049.pdf>
27. Contraception [Internet]. [cité 30 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/arts/medecin/exercice-liberal/regles-de-prescription-et-formalites/medicaments-et-dispositifs/contraception>
28. Première consultation de contraception, de prévention en santé sexuelle (CCP) - OMNIPrat [Internet]. [cité 18 juill 2023]. Disponible sur: <https://omniprat.org/fiches-pratiques/gynecologie/premiere-consultation-de-contraception-de-prevention-en-sante-sexuelle-ccp/>
29. Manlove J, Cook E, Whitfield B, Johnson M, Martínez-García G, Garrido M. Short-Term Impacts of Pulse: An App-Based Teen Pregnancy Prevention Program for Black and Latinx Women. *J Adolesc Health*. 1 févr 2020;66(2):224-32.
30. Ugeskriftet.dk [Internet]. 2023 [cité 30 oct 2023]. Brug og udvikling af præventionsapps. Disponible sur: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/brug-og-udvikling-af-praeventionsapps>
31. Williams BN, Jauk VC, Szychowski JM, Arbuckle JL. Adolescent emergency contraception usage, knowledge, and perception. *Contraception*. 1 mai 2021;103(5):361-6.
32. Rivet D, Robinson H, Sydora BC, Ross S. Contraception Use and Attitudes Among Women Seeking Pregnancy Termination: Descriptive Cross-Sectional Survey. *J Obstet Gynaecol Can*. 1 févr 2021;43(2):197-203.e2.
33. SPF. Baromètre de Santé publique France 2016. Contraception. La contraception d'urgence : des délais de prise toujours sous-estimés [Internet]. [cité 8 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-de-sante-publique-france-2016.-contraception.-la-contraception-d-urgence-des-delais-de-prise-toujours-sous-estimes>
34. Ausset L. Consultation de suivi de contraception en médecine générale: pratiques et contenu de l'interrogatoire des médecins généralistes en Aquitaine.
35. Alexandre C. La cotation « “consultation de contraception et de prévention” »: utilisation et impact chez les médecins généralistes des Hauts-de-France.
36. Millennials and contraception: why do they forget? An international survey exploring the impact of lifestyles and stress levels on adherence to a daily contraceptive regimen [Internet]. [cité 8 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/13625187.2018.1563065?needAccess=true>

ANNEXE 1 :

Madame,

Je suis médecin généraliste et je réalise une thèse concernant vos connaissances (en tant que patiente) sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule contraceptive.

L'objectif est de déterminer si votre attitude après un oubli de pilule vous permet d'éviter la survenue d'une grossesse non désirée.

Les femmes de 18 à 50 ans prenant une pilule sont concernées par cette étude. Si vous avez en votre possession un flyer, c'est que vous en faites partie !

Dans ce cadre, je vous remercie de bien vouloir consacrer quelques minutes de votre temps pour répondre au questionnaire ci joint. Celui-ci est totalement anonyme et ne sera utilisé que pour ce travail de thèse.

Emilie PIELA PLEE

1. VOUS :

1. Quel âge avez-vous ?

2. Dans quelle catégorie socio professionnelle êtes-vous ?

Agriculteurs exploitants
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise Cadres et professions intellectuelles supérieures
Professions intermédiaires
Employés
Ouvriers
Inactifs ayant déjà travaillé
Personnes n'ayant jamais travaillé
Etudiants, lycéens

3. Depuis combien de temps environ (en années) prenez-vous une pilule contraceptive ?
(si vous prenez la pilule depuis moins d'un an, mettez le curseur sur "1", depuis plus de 30ans, mettez le curseur sur "30")

4. Qui vous a prescrit la pilule la première fois ?

Un gynécologue
Un médecin généraliste
Une sage-femme
Un professionnel au sein d'un centre de planification familiale

5. Qui renouvelle votre pilule contraceptive ?

Le gynécologue
Le médecin généraliste
La sage-femme
Un professionnel au sein d'un centre de planification familiale

6. Utilisez-vous un moyen de rappel pour ne pas oublier votre pilule ?

oui non

7. Lequel ?

rappel téléphonique application
mon compagnon me prévient autre, préciser

autre, préciser : ↓

8. Avez-vous déjà oublié un ou plusieurs comprimé(s) de votre pilule ?

Oui Non

9. Avez-vous déjà utilisé un moyen de contraception d'urgence ?

oui non

2. INFORMATIONS SUR LA CONTRACEPTION :

10. Pensez-vous connaître la conduite à tenir en cas d'oubli de votre pilule ?

oui non

11. Concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, où vous informez vous ? (plusieurs réponses possibles)

votre médecin généraliste
votre gynécologue
un professionnel dans un centre de planification familiale votre pharmacien
une sage-femme

un membre de votre famille
un(e) ami(e)
internet (forum, réseaux sociaux, sites spécialisés...)
la notice d'utilisation dans votre boîte de pilule
je ne me suis jamais renseignée

12. Votre médecin vous rappelle-t-il, lors de vos consultations pour renouvellement de votre contraception :

13. la conduite à tenir en cas d'oubli : Non jamais/ Oui, parfois/ Oui, souvent/ A chaque renouvellement

14. les situations dans lesquelles votre pilule est inefficace : Non jamais/ Oui, parfois/ Oui, souvent/ A chaque renouvellement

15. Vous parle-t-il de la contraception d'urgence (ou pilule du lendemain) : Non jamais/ Oui, parfois/ Oui, souvent/ A chaque renouvellement

3. VOS CONNAISSANCES :

(Attention, plusieurs propositions peuvent être exactes dans certaines questions)

16. En cas de vomissement dans les 4h suivant la prise de la pilule, existe-t-il un risque de grossesse ?

Oui Non

17. En cas de diarrhée dans les 4h suivant la prise de la pilule, existe-t-il un risque de grossesse ?

Oui Non

18. Le dispositif intra-utérin au cuivre (ou stérilet) peut-il être utilisé comme une contraception d'urgence en cas de rapport sexuel à risque de grossesse non désirée ?

Oui Non

19. Quel est le délai maximal pour mettre en place ce dispositif intra utérin au cuivre (ou stérilet) ?

1 jour / 3 jours / 5 jours / 7 jours

20. Connaissez-vous Ellaone® (acétate d'ulipristal) ?

Oui Non

21. Quel est le délai maximal pour prendre cette contraception d'urgence (ou "pilule du lendemain") ?

24h / 72h / 5 jours / 7 jours

22. Connaissez-vous NorLevo® 1,5mg (lévonorgestrel) ?

Oui Non

23. Quel est le délai maximal pour prendre cette contraception d'urgence (ou "pilule du lendemain") ?

24h / 72h / 5 jours / 7 jours

24. Une ordonnance est indispensable pour obtenir une pilule du lendemain :

Vrai Faux

25. Quelle est votre pilule ?

26. A partir de combien d'heure(s) un oubli de pilule vous expose-t-il à un risque de grossesse ? (question pour MICROVAL)

Dès 1h / Dès 3h / Dès 6h / Dès 12h

27. A partir de combien d'heure(s) un oubli de pilule vous expose-t-il à un risque de grossesse ? (question pour ZOELY, PHIZOE, YAZ)

Dès 1h / Dès 6h / Dès 12h / Dès 24h

28. A partir de combien d'heure(s) un oubli de pilule vous expose-t-il à un risque de grossesse?

Dès 1h / Dès 3h / Dès 12h / Dès 24h

29. En cas d'oubli de pilule, si vous pensez encore être dans le délai de protection, que faites-vous ?

29. Vous prenez le comprimé oublié immédiatement : Oui / Non
30. Vous jetez le comprimé oublié : Oui / Non
31. Vous prenez le comprimé suivant à votre heure habituelle : Oui / Non

C'est la troisième semaine sur votre plaquette : en cas d'oubli d'un comprimé en pensant dépasser le délai de protection, que faites-vous ?

32. Vous prenez le dernier comprimé oublié : Oui / Non
33. Vous finissez la plaquette en cours et commencez la plaquette suivante sans prendre les 7 comprimés de couleur différente : Oui / Non
34. Vous finissez la plaquette en cours et vous prenez comme d'habitude les 7 comprimés de couleur différente : Oui / Non

C'est la troisième semaine sur votre plaquette : en cas d'oubli d'un comprimé en pensant dépasser le délai de protection, que faites-vous ?

35. Vous prenez le dernier comprimé oublié : Oui / Non
36. Vous finissez la plaquette en cours et vous commencez la plaquette suivante sans la prise des 4 comprimés de couleur différente : Oui / Non
37. Vous finissez la plaquette en cours et comme d'habitude vous prenez les 4 comprimés de couleur différente : Oui / Non

C'est la troisième semaine sur votre plaquette : en cas d'oubli d'un comprimé en pensant dépasser le délai de protection, que faites-vous ?

38. Vous prenez le dernier comprimé oublié : Oui / Non
39. Vous finissez la plaquette en cours et commencez la plaquette suivante sans faire la pause habituelle de 7 jours : Oui / Non
40. Vous finissez la plaquette en cours et faites la pause de 7 jours : Oui / Non

41. En cas de rapport dans les 5 jours précédents un oubli de pilule, et en ayant dépassé le délai de protection :

Ce rapport peut-il être à risque de grossesse ? Envisagez-vous une contraception d'urgence ? Oui / Non

42. Dans les situations ci-dessous, utiliseriez-vous un moyen de contraception locale supplémentaire (préservatif, spermicide, diaphragme...) pour les rapports sexuels suivants ?

43. Oubli d'un comprimé la première semaine : Oui / Non

44. Oubli de plusieurs comprimés au cours de la deuxième semaine : Oui / Non

45. Oubli de plusieurs comprimés au cours de la troisième semaine : Oui / Non

46. Pendant combien de jours ?

1 jour / 3 jours / 5 jours / 7 jours

47. En cas d'oubli d'un comprimé de votre plaquette en pensant dépasser le délai de protection, utiliseriez-vous un moyen de contraception locale supplémentaire (préservatif, spermicide, diaphragme...) pour les rapports sexuels suivants ?

Oui Non

48. Pendant combien de jour(s) ?

1 jour / 3 jours / 5 jours / 7 jours

POUR QLAIRA :

En cas d'oubli d'un comprimé entre le 1er et le 17e jour, en pensant être en dehors du délai de protection, que faites-vous ?

49. Vous prenez le comprimé oublié immédiatement Vous jetez le comprimé oublié : Oui / Non

50. Vous prenez le comprimé suivant à l'heure habituelle : Oui / Non

51. En cas d'oubli d'un comprimé entre le 18e et le 24e jour, en pensant être en dehors du délai de protection, que faites-vous ?

Vous jetez le comprimé oublié et vous continuez la prise des comprimés à l'heure habituelle
Vous jetez la plaquette en cours et vous en débutez une nouvelle immédiatement en commençant par le premier comprimé
Vous prenez le comprimé oublié immédiatement et vous continuez la prise des comprimés à l'heure habituelle

En cas d'oubli d'un comprimé entre le 25e et le 26e jour, en pensant être en dehors du délai de protection, que faites-vous ?

52. Vous prenez le comprimé oublié immédiatement : Oui / Non

53. Vous jetez le comprimé oublié : Oui / Non

54. Vous continuez les comprimés de votre plaquette à l'heure habituelle : Oui / Non

55. Au cours des 24 premiers jours de prise de votre pilule, en cas d'oubli d'un comprimé en pensant être en dehors du délai de protection, utiliseriez-vous des

préservatifs pour les rapports suivants ?

Oui / Non

56. Pendant combien de jours ?

1 jour / 5 jours / 7 jours / 9 jours

POUR SEASONIQUE :

57. Au cours des 12 premières semaines, en cas d'oubli d'un seul comprimé et en pensant être en dehors du délai de protection, que faites-vous ?

Vous prenez le comprimé oublié immédiatement

Vous continuez les autres comprimés à l'heure habituelle

Vous ne prenez pas le comprimé oublié et vous continuez la prise de vos comprimés à l'heure habituelle

58. Au cours de la 12e semaine de prise, en cas d'oubli de plusieurs comprimés et en pensant être en dehors du délai de protection, que faites-vous ?

Vous arrêtez les comprimés roses, et prenez les comprimés blancs moins le nombre de comprimés roses oubliés

Vous jetez les comprimés roses oubliés, vous continuez votre prise habituelle

Vous continuez vos comprimés à l'heure habituelle et prenez ceux oubliés en fin de plaquette

Dans les situations ci-dessous, utiliseriez-vous un moyen de contraception locale supplémentaire (préservatif, spermicide, diaphragme...) pour les rapports sexuels suivants ?

59. Oubli d'un comprimé rose la première semaine, en étant au delà du délai de protection : Oui / Non

60. Oubli de plusieurs comprimés roses de la 2e à la 12e semaine de votre plaquette : Oui / Non

61. Pendant combien de jours ?

1 jour / 3 jours / 5 jours / 7 jours

ANNEXE 2 :

Catégorie socioprofessionnelle en %	2018
	Ensemble
Agriculteurs exploitants	0,8
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	3,4
Cadres, professions intellectuelles supérieures	9,6
Professions intermédiaires	13,8
Employés	15,3
Ouvriers	11,8
Inactifs ayant déjà travaillé	32,5
Personnes n'ayant jamais travaillé	12,6
Total	100,0
Note : les chômeurs sont classés dans leur ancienne catégorie socioprofessionnelle.	
Champ : France hors Mayotte, population des ménages, personnes de 15 ans ou plus.	
<i>Source : Insee, enquêtes Emploi 2018</i>	

ANNEXE 3 :

Analyses bivariées :

Tableau des scores obtenus (sur 20) par les patientes selon le prescripteur initial de leur pilule :

Médecin Prescripteur	Nombre de patientes	Score moyen
Médecin généraliste	131	11,3 (+ / - 3,96)
Gynécologue	81	12,3 (+ / - 3,55)

Toutes pilules confondues (score global sur 20)

Tableau des scores obtenus par les patientes selon le type de pilule utilisée :

Type de pilule	Nombre de patientes	Score moyen
Pilule oestro progestative	151	11,75 (+ / - 3,76)
Pilule microprogestative	75	11,92 (+ / - 4,06)

Score sur 20

AUTEURE : Nom : PIELA PLEE

Prénom : Emilie

Date de soutenance : Jeudi 14 Décembre 2023

Titre de la thèse : Évaluation des connaissances des patientes de 18 à 50 ans sur la conduite à tenir en cas d'oubli de leur contraception orale dans le Nord-Pas-de-Calais

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : DES Médecine générale

Mots-clés : contraception, oubli de pilule, médecine générale

Résumé :

Contexte. La contraception orale est le moyen contraceptif le plus utilisé en France et parmi les plus fiables. En 2022, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse atteint un chiffre record avec 234 000 IVG. Le Nord-Pas-de-Calais est particulièrement concerné. L'oubli de pilule est un événement fréquent. La bonne connaissance de la conduite à tenir est fondamentale pour éviter toute grossesse non désirée voire une IVG souvent traumatisante pour la femme.

Objectif. Étudier les connaissances des patientes concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule contraceptive dans la région Nord-Pas-de-Calais.

Méthode. Distribution dans les pharmacies du Nord et du Pas-de-Calais tirées au sort, d'un flyer. Une pharmacie par canton a été sélectionnée, soit au total 39 pharmacies dans le Pas-de-Calais et 41 pharmacies dans le Nord. Un QR code et une adresse internet permettaient l'accès à un questionnaire disponible sur le logiciel sphinx. Les patientes entre 18 et 50 ans étaient éligibles à condition qu'elles soient utilisatrices d'une pilule contraceptive. Recueil des données et diffusion du questionnaire pendant 3 mois à partir de fin mars 2023. Un score de connaissance a ensuite été établi, sur 16 pour les pilules oestroprogestatives et sur 11 pour les pilules microprogestatives.

Résultats. 226 femmes ont pu être interrogées pendant l'étude. L'âge moyen était de 28 ans. 88,9% des patientes pensent connaître la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. Pour les pilules oestroprogestatives le score moyen était de 9/16. Une seule personne a obtenu la note de 16/16. Pour les pilules microprogestatives, le score moyen obtenu était de 7,2/11. Une seule patiente a répondu juste à toutes les questions. Au total, moins d'1% des patientes interrogées ne commettaient aucune erreur dans la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.

Conclusion. Notre étude montre que l'état des connaissances des femmes sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule est insuffisant. Le médecin généraliste a un rôle majeur dans l'initiation et le renouvellement de la contraception. Cependant notre étude met aussi en évidence que l'information délivrée au cours des consultations est souvent jugée insuffisante du point de vue des patientes.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Asseseurs : Madame le Docteur Judith OLLIVON

Directrices de thèse : Madame le Docteur Marion LEVECQ FARSY

et Madame le Docteur Clotilde DURAND CHEVAL

