HAL
open science

La prise en charge de l'oubli de pilule contraceptive par les médecins généralistes de l'Oise

Angélique Fortuné

To cite this version:

Angélique Fortuné. La prise en charge de l'oubli de pilule contraceptive par les médecins généralistes de l'Oise. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02109144

HAL Id: dumas-02109144

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02109144v1

Submitted on 24 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

U N I V E R S I T É D E P I C A R D I E – J U L E S V E R N E
F A C U L T É D E M É D E C I N E D ' A M I E N S

ANNÉE 2018 N° 2018 – 138

LA PRISE EN CHARGE DE L'OUBLI DE PILULE CONTRACEPTIVE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE L'OISE

THÈSE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 5 OCTOBRE 2018

PAR

ANGÉLIQUE FORTUNÉ

Président du Jury :	Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT
Jury :	Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD Monsieur le Professeur Charles SABBAGH Madame le Docteur Rosalie CABRY-GOUBET Monsieur le Docteur Youssef BENNIS
Directeur :	Madame le Docteur Marie-Pierre HASSENFORDER-COQUIN

À mon maître et Président de jury,

Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Gynécologie obstétrique)

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse,

À mon maître,

Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques)

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

À mon maître,

Monsieur le Professeur Charles SABBAGH

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Chirurgie digestive)
Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

À mon maître,

Madame le Docteur Rosalie CABRY-GOUBET

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Histologie, Embryologie et Cytogénétique
Médecine et Biologie de la Reproduction, Cytogénétique et CECOS de Picardie
CHU Amiens Picardie, Centre de Biologie Humaine
Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

À mon maître,

Monsieur le Docteur Youssef BENNIS

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Pharmacologie clinique
Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

À ma juge et Directrice de thèse,

Madame le Docteur Marie-Pierre HASSENFORDER-COQUIN

Docteur Spécialiste en Médecine Générale

Tu me fais l'honneur de diriger ce travail et de le juger,

REMERCIEMENTS

À ma *Maman* pour son éternel soutien et son incroyable patience

À *Florian* et *Romain* pour leur aide incomparable, leur générosité et leur grande disponibilité

À *Michel* et *François* pour leurs encouragements

À *Caroline* et *Marie-Paule* pour leur gentillesse et leur disponibilité

À *mes amis* et aux *femmes de cœur* pour leur présence et leur soutien

Aux *équipes médicales et paramédicales* qui m'ont appris mon métier et m'ont accompagné et encouragé toutes ces années dans mon exercice professionnel

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS 11

1 INTRODUCTION 12

2 MATÉRIEL ET MÉTHODES 13

2.1 CONTEXTE DE L'ÉTUDE 13

2.2 TYPE D'ÉTUDE – OBJECTIFS ET CRITÈRES DE JUGEMENT 14
2.2.1 TYPE DE L'ÉTUDE ET OBJECTIFS 14
2.2.2 CRITÈRES DE JUGEMENT 14

2.3 POPULATION – MODE DE RECRUTEMENT 15

2.4 QUESTIONNAIRE – RECUEIL ET ANALYSE DES DONNÉES 15

3 RÉSULTATS 16

3.1 POPULATION ÉTUDIÉE ET ACTIVITÉ EXERCÉE EN LIEN AVEC LA GYNÉCOLOGIE 16
3.1.1 POPULATION ÉTUDIÉE 16
3.1.2 ACTIVITE COMPLEMENTAIRE 18
3.1.3 FORMATION REÇUE EN GYNÉCOLOGIE 18
3.1.4 ACTIVITÉ EXERCÉE EN LIEN AVEC LA GYNÉCOLOGIE 19
3.1.4.1 PART DE LA GYNÉCOLOGIE DANS L'ACTIVITÉ GLOBALE 19
3.1.4.2 MÉTHODES CONTRACEPTIVES PRESCRITES 21
3.1.4.3 GESTES PRATIQUES EFFECTUÉS 22

3.2 GESTION DE L'OUBLI DE PILULE EN MÉDECINE GÉNÉRALE 23
3.2.1 GESTION DE L'OUBLI 23
3.2.1.1 OUBLI DE PILULE DE MOINS DE 12 HEURES 23
3.2.1.2 OUBLI DE PILULE DE PLUS DE 12 HEURES 24
3.2.2 PRÉVENTION DE L'OUBLI 25
3.2.2.1 PRÉVENTION PRIMAIRE 25
3.2.2.2 PRÉVENTION SECONDAIRE 29
3.2.2.3 SITUATIONS PARTICULIÈRES 30
3.2.3 CONTRACEPTION D'URGENCE 31
3.2.3.1 DISPOSITIF PRESCRIT ET CONTEXTE DE PRESCRIPTION 31
3.2.3.2 ÉDUCATION DE LA PATIENTE AU SUJET DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE 33

4 DISCUSSION 34

4.1 AVANTAGES ET LIMITES DE LA MÉTHODE 34
4.1.1 RÉSULTAT PRINCIPAL 34
4.1.2 FORCES ET LIMITES 34
4.1.2.1 FORCES DE L'ÉTUDE 34
4.1.2.2 PRINCIPAUX BIAIS 35

4.2 LA GYNÉCOLOGIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE 36
4.2.1 PART DE LA GYNÉCOLOGIE DANS L'ACTIVITÉ GLOBALE DU MÉDECIN TRAITANT 36
4.2.2 PRESCRIPTION CONTRACEPTIVE 37
4.2.3 GESTES TECHNIQUES 37
4.2.4 FORMATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN GYNÉCOLOGIE MÉDICALE 38

4.3 L'OUBLI DE PILULE EN MÉDECINE GÉNÉRALE 39
4.3.1 MÉDECIN GÉNÉRALISTE : DÉPISTAGE ET PRÉVENTION 39
4.3.1.1 PRÉVENTION PRIMAIRE 39
4.3.1.2 PRÉVENTION SECONDAIRE 40
4.3.2 GESTION DE L'OUBLI DE PILULE EN MÉDECINE GÉNÉRALE 41
4.3.2.1 GESTION DE L'OUBLI 41
4.3.2.2 TROUBLES DIGESTIFS ET VOYAGE 42
4.3.2.3 CONTRACEPTION D'URGENCE 43

4.4 GYNÉCOLOGIE MÉDICALE, BESOIN EN FORMATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES 44
4.4.1 SYNTHÈSE 44
4.4.2 BESOIN EN FORMATION 44
4.4.2.1 FORMATION INITIALE 44
4.4.2.2 FORMATION CONTINUE 45

5 CONCLUSION 46

LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 47

GRAPHES, TABLEAUX ET FIGURES 50

GRAPHES 50

TABLEAUX 50

FIGURES 50

ANNEXES 51
ANNEXE 1 - RECOMMANDATIONS DE L'ANAES 2004 51
ANNEXE 2 – LE QUESTIONNAIRE 52
ANNEXE 3 – MODÈLE BERCER DE L'OMS 54

RÉSUMÉ 55

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CU	Contraception d'urgence
DES	Diplôme d'études spécialisées
DIU	Dispositif intra-utérin
DIU GO	Diplôme inter - universitaire de gynécologie obstétrique
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EPU	Enseignement post - universitaire
FMC	Formation médicale continue
HAS	Haute Autorité de Santé
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INED	Institut national d'études démographiques
INPES	Institut national prévention éducation santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
OP	Œstroprogestative
OR2S	Observatoire régional santé et social
PMI	Protection maternelle et infantile
VIH	Virus immunodéficience humaine

1 INTRODUCTION

D'après l'étude de l'équipe COCON (1), une grossesse sur trois n'était pas prévue et évoluait en interruption volontaire de grossesse (IVG) dans les deux tiers des cas. 21% des grossesses non prévues survenaient sous pilule, suite à un oubli de pilule dans 60% des cas (1,2).

En 2016, la pilule restait la méthode contraceptive la plus utilisée en France, essentiellement par les femmes de moins de 25 ans (3–5). La pilule est classée parmi les méthodes les plus efficaces en utilisation optimale mais ne l'est plus en pratique courante (6–8). Le problème d'observance des patientes a un réel retentissement sur l'efficacité contraceptive.

Les oublis de pilule sont fréquents et difficilement évitables chez les utilisatrices. Entre 21 et 54% des femmes oublient au moins un comprimé dans les trois mois (5,9–11). D'après le rapport de l'Inspection Générale de la Santé (IGAS), l'estimation du nombre de rapports sexuels à risque liés à un oubli de pilule était d'environ 22 millions en une année (12). Les causes de ses oublis ne sont pas spécifiques (aucune raison, une sortie, un voyage) (9,10).

Les femmes s'estiment être bien informées sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule (9,13–16). Or, leurs connaissances sont limitées du fait du manque d'information sur la contraception et notamment sur la conduite à tenir en cas d'oubli (9,10,15,17,18). Les femmes sous-estiment le risque de grossesse. Leur attitude en cas d'oubli est rarement en accord avec les recommandations de l'ANAES, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (9,16,19).

La contraception d'urgence (CU) est sous-utilisée et méconnue ou bien sujette aux idées reçues et fausses croyances des patientes (15). Cependant, une femme sur dix y avait eu recours dans sa vie (4,13,15). Les principales circonstances étaient une erreur d'utilisation de la contraception régulière, dont un tiers suite à un oubli de pilule (13,17). Le recours à la CU témoigne donc des difficultés de gestion quotidienne de la pratique contraceptive des femmes (20).

Le médecin généraliste est un acteur important dans la santé des femmes et tout particulièrement dans leur contraception. Aussi, comment les médecins généralistes gèrent-ils l'oubli de pilule contraceptive de leurs patientes en pratique courante ?

L'objectif principal de cette étude était de préciser la manière dont les médecins généralistes de l'Oise géraient l'oubli de pilule contraceptive.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Selon le bilan démographique 2017 de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), au 1er janvier 2018, la France comptait environ 67.2 millions d'habitants dont 32.5 millions d'hommes et 34.6 millions de femmes dont 42% des femmes ayant entre 15 et 49 ans (21).

La population des Hauts-de-France représentait 6 millions d'habitants et était la 2ème région la plus jeune de France (âge moyen : 39.3 ans). L'Oise comptait environ 830 000 habitants alors que la Somme et l'Aisne en comptaient chacun un peu moins de 600 000 (21). A l'horizon 2050, l'Oise comptera un peu moins de 900 000 habitants d'après les estimations. L'Oise est un territoire contrasté, essentiellement semi-rural. Le Sud de l'Oise est très urbanisé et les territoires dits ruraux sont situés au Nord-est, limitrophes avec la Somme (21).

D'après l'Atlas de la démographie médicale en France (22), au 1er janvier 2017, la région Hauts-de-France comptait 7 691 médecins généralistes (838 dans l'Oise), 118 gynécologues médicaux (5 dans l'Oise) et 86 gynécologues médicaux et obstétriciens (12 dans l'Oise).

Le paradoxe français résulte entre la diffusion et l'utilisation massive de méthodes contraceptives médicales et le **taux élevé de grossesses non prévues et d'IVG** (4).

D'après la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), en 2016, 211 900 IVG étaient répertoriées en France (dont 197 800 en France Métropolitaine) et 17 552 dans la région des Hauts-de-France. Ce taux restait donc stable depuis 2000, avec une prédominance persistante chez les femmes de 20-24 ans (23).

D'après le Baromètre santé Oise 2010, Sexualité et contraception auprès des 15-34 ans, **82.7% utilisaient une contraception** (75.7% pilule, 21.2% préservatif et 12.2% dispositif intra-utérin), 21.2% disaient avoir utilisé « la pilule du lendemain » (ou contraception d'urgence orale) dont 16.4% une seule fois et 4.8% plusieurs fois. 8.3% avaient déclaré avoir eu une IVG (4).

Aussi, se pose la question des **informations transmises** par les médecins généralistes à leurs patientes en pratique courante.

2.2 TYPE D'ÉTUDE – OBJECTIFS ET CRITÈRES DE JUGEMENT

2.2.1 TYPE DE L'ÉTUDE ET OBJECTIFS

Il s'agit d'une étude rétrospective, épidémiologique, descriptive à type d'**enquête de pratique**.

L'objectif principal était de préciser la **manière dont les médecins généralistes de l'Oise géraient l'oubli de pilule** auprès de leurs patientes.

Les objectifs secondaires étaient :

- Identifier des **caractéristiques des praticiens** influant sur la manière de gérer l'oubli ;
- Préciser les recommandations des médecins généralistes dans des **contextes particuliers** (troubles digestifs, voyage à l'étranger) ;
- Préciser les informations apportées par les médecins généralistes au sujet de la **contraception d'urgence** à leurs patientes.

2.2.2 CRITÈRES DE JUGEMENT

Le critère de jugement principal était : les **conseils donnés et la prévention apportée** à la patiente en cas d'oubli de pilule (de plus ou moins douze heures).

Critères de jugement secondaires :

- La population étudiée, la formation reçue en gynécologie, la proportion de la gynécologie dans l'activité globale du praticien.
- Les conseils donnés en cas de troubles digestifs ou de voyage à l'étranger.
- L'éducation sur la contraception d'urgence et les modalités de prescription.

2.3 POPULATION – MODE DE RECRUTEMENT

La population étudiée était les **médecins généralistes en activité**, exerçant en libéral dans l'**Oise**. Etaient exclus de l'étude : les médecins généralistes à la retraite et les médecins exerçant une activité différente de la médecine générale. Parmi eux, **350 médecins généralistes** ont été sélectionnés par tirage au sort pour répondre à un questionnaire anonyme. Aucune relance n'a été réalisée.

2.4 QUESTIONNAIRE – RECUEIL ET ANALYSE DES DONNÉES

Élaboration du questionnaire :

Le questionnaire a été constitué à partir des **recommandations de l'ANAES 2004** sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule (*Annexe 1*) et celles de la Haute Autorité de Santé (HAS) 2013 (6). Il comprenait des questions fermées (à choix unique et multiple) et deux questions ouvertes. Il a été structuré en cinq parties (*Annexe 2*) :

- Le **profil des médecins** généralistes interrogés ;
- L'**activité de gynécologie** en libéral ;
- La **gestion de l'oubli** de pilule ;
- La **prévention de l'oubli** de pilule ;
- La **contraception d'urgence**.

Recueil et analyse des données :

Les réponses ont été recueillies entre le 2 mai et le 15 juin 2018. Toutes les données des questionnaires ont été collectées et analysées.

L'analyse descriptive des données recueillies a été réalisée dans un premier temps. Chaque item du questionnaire a été analysé. Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage, et les variables quantitatives en moyenne ± dérivation standard. Les résultats ont été soumis à des tests de cohérence pour corriger les données aberrantes.

Les tests du Chi-2, test t Student et Fisher ont été utilisés selon les cas. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel R. La significativité statistique a été retenue pour des valeurs de $p \leq 0,05$.

3 RÉSULTATS

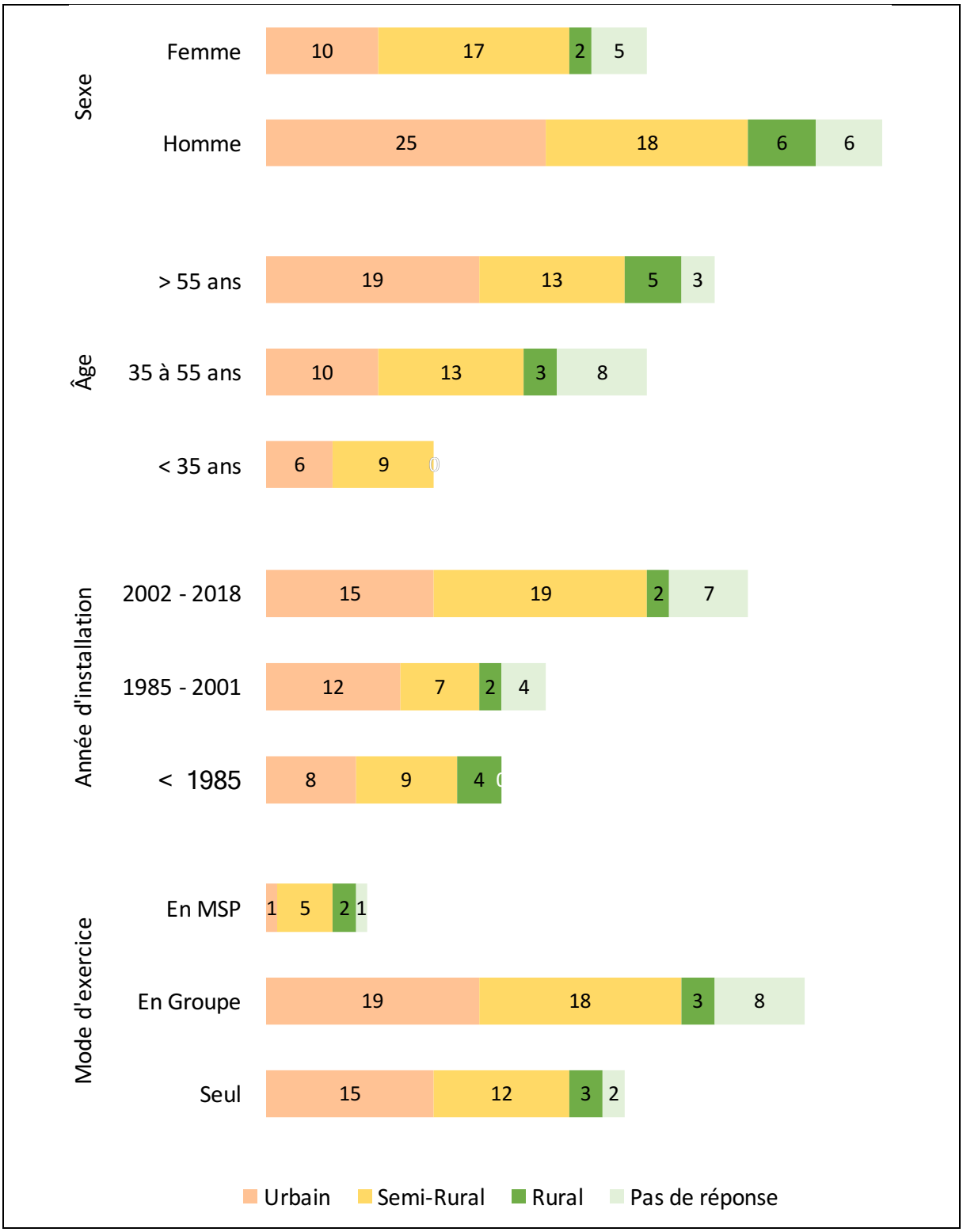
3.1 POPULATION ÉTUDIÉE ET ACTIVITÉ EXERCÉE EN LIEN AVEC LA GYNÉCOLOGIE

3.1.1 POPULATION ÉTUDIÉE

Quatre-vingt-neuf médecins généralistes ont répondu au questionnaire dont une **majorité d'hommes** (n = 55 / 89 soit 62%). Parmi eux, une majorité exerçait en zone urbaine (n = 25 / 55 soit 45%). La moitié des femmes exerçait en zone semi-rurale (n = 17 / 34 soit 50%). Il n'existait pas de différence significative entre les sexes concernant le lieu d'exercice (urbain, semi-rural et rural) : $p = 0,14$ (*Graphe 1*).

Environ **la moitié des praticiens avait moins de 55 ans** (< 35 ans : n = 15 / 89 soit 17% et 35 à 55 ans : n = 34 / 89 soit 38%) et s'était installée après 2001 (n = 43 / 89 soit 48%). Aucune association significative n'était démontrée entre l'âge ou l'année d'installation et le lieu d'exercice : respectivement $p = 0,55$ et $p = 0,40$ (*Graphe 1*).

La plupart exerçait en **groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire** (MSP) : respectivement n = 48 / 89 soit 54% et n = 9 / 89 soit 10%. Cette caractéristique n'était pas associée de manière significative avec le lieu d'exercice : $p = 0,9$ (*Graphe 1*).



Graphe 1 - Caractéristiques de la population étudiée

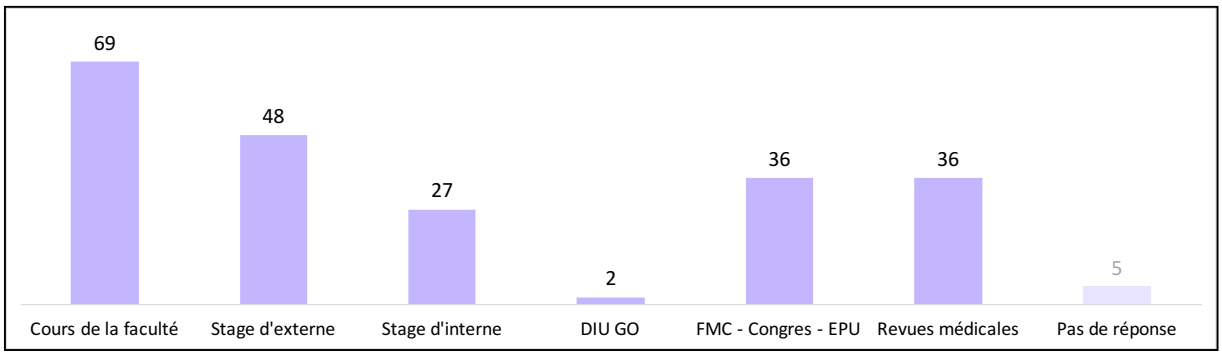
3.1.2 ACTIVITE COMPLEMENTAIRE

La **majorité n'avait pas d'activité complémentaire** en dehors de la médecine générale (n = 62 / 82 soit 76%).

Pour ceux ayant déclaré une activité complémentaire, celle-ci n'était pas en lien avec la gynécologie. Seulement, un médecin exerçait dans un service de protection maternelle et infantile (PMI) et un autre réalisait des interruptions volontaires de grossesse.

3.1.3 FORMATION REÇUE EN GYNÉCOLOGIE

La quasi-totalité des médecins a déclaré avoir reçu une formation en gynécologie (n = 84 / 89 soit 94%). Parmi les répondants, la majorité avait suivi des cours à la faculté (n = 69 / 84 soit 82%) et la moitié avait effectué un stage pendant l'externat : n = 48 / 84 soit 57% (*Graphe 2*).



Graphe 2 - Formation(s) en gynécologie déclarée(s) par les praticiens

3.1.4 ACTIVITÉ EXERCÉE EN LIEN AVEC LA GYNÉCOLOGIE

3.1.4.1 PART DE LA GYNÉCOLOGIE DANS L'ACTIVITÉ GLOBALE

Les praticiens interrogés réalisaient, en moyenne, 119 ± 45 consultations de médecine générale par semaine dont **6 ± 5 de gynécologie** (soit, environ, 5% de leur activité globale).

Les ***femmes*** déclaraient faire moins de consultations de médecine générale par semaine (102 ± 50 versus 130 ± 69 chez les hommes) alors que le nombre de consultations de gynécologie était comparable : 7 ± 5 chez les femmes et 6 ± 5 chez les hommes. Cette différence était non-significative (*Graphe 3*).

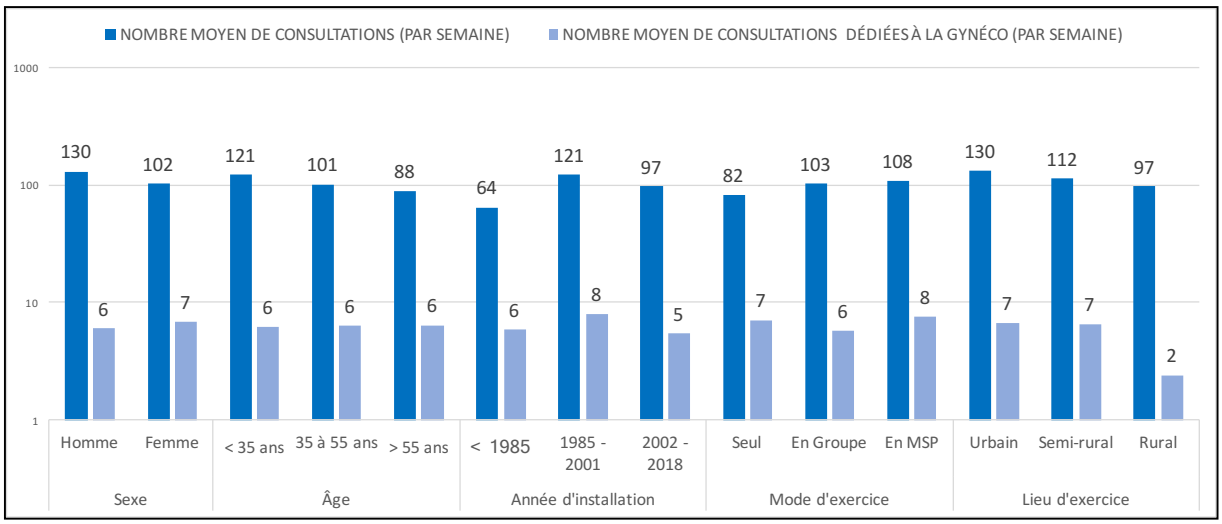
Les ***praticiens de plus de 55 ans*** réalisaient un nombre inférieur de consultations de médecine générale par semaine (88 ± 69 contre 121 ± 61 pour les moins de 35 ans et 101 ± 56 pour les 35 – 55 ans) mais effectuaient un nombre de consultations de gynécologie semblable (6 ± 6 contre 6 ± 5 et 6 ± 5). Cette différence était non-significative (*Graphe 3*).

Une tendance similaire avait été constatée (*Graphe 3*) :

- Pour les ***praticiens installés avant 1985*** : 64 ± 62 et 6 ± 5 (121 ± 58 et 8 ± 6 pour ceux installés entre 1985 et 2001 ; 97 ± 59 et 5 ± 4 pour ceux installés après 2001). Cette différence était non-significative.
- Pour ceux ***exerçant seuls*** : 82 ± 74 et 7 ± 6 (103 ± 56 et 6 ± 5 pour ceux exerçant en groupe ; 108 ± 47 et 8 ± 6 pour ceux exerçant en MSP).

Les médecins installés en milieu rural déclaraient faire moins de consultations de médecine générale par semaine (97 ± 64 versus 130 ± 66 et 112 ± 56) et réalisaient moins de consultations de gynécologie (2 ± 2 versus 7 ± 6) (*Graphe 3*).

Malgré une activité globale inférieure, les **femmes**, les médecins de **plus de 55 ans**, ceux exerçant **seuls** ou installés **avant 1985** avaient proportionnellement une **activité de gynécologie plus importante** par rapport aux autres (respectivement 7% pour les femmes et les médecins de plus de 55 ans et 9% pour ceux exerçant seuls ou installés avant 1985).



Graphe 3 - Nombre de consultations en lien avec la gynécologie

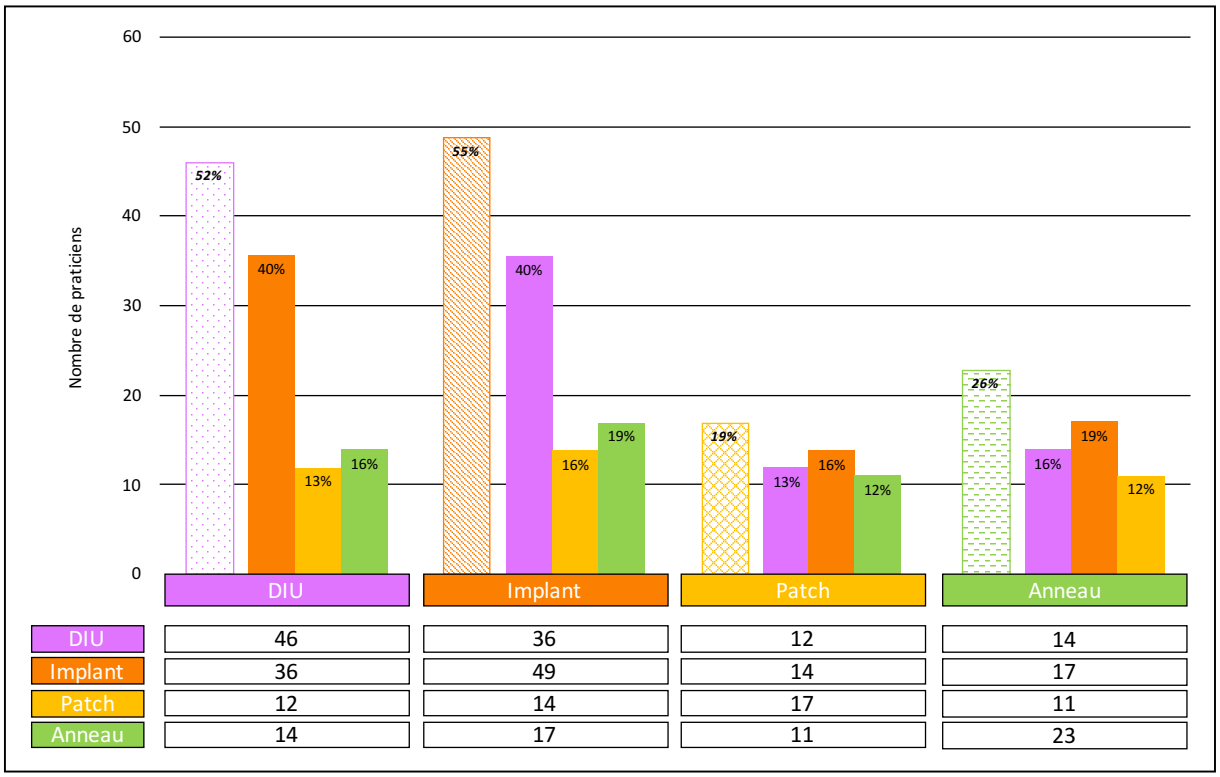
3.1.4.2 MÉTHODES CONTRACEPTIVES PRESCRITES

En moyenne, les médecins prescrivaient **3 ± 1 méthodes contraceptives** ; il n'est pas retrouvé d'association significative avec le sexe ou l'âge des praticiens : respectivement $p = 0,34$ et $p = 0,41$.

Tous les médecins interrogés prescrivaient la pilule : n = 89 / 89 soit 100%. Plus de la moitié prescrivait **l'implant et le dispositif intra-utérin** (DIU), respectivement : n = 49 / 89 soit 55% et n = 46 / 89 soit 52%. Moins d'un quart prescrivait l'anneau vaginal ou le patch, respectivement : n = 23 / 89 soit 26% et n = 17 / 89 soit 19% (*Graphe 4*).

Des associations de prescriptions avaient été mises en évidence (*Graphe 4*) :

- 40% des médecins prescrivaient la pilule, le DIU et l'implant ;
- 19% des médecins prescrivaient la pilule, l'implant et l'anneau vaginal ;
- 16% des médecins prescrivaient la pilule, l'implant et le patch.

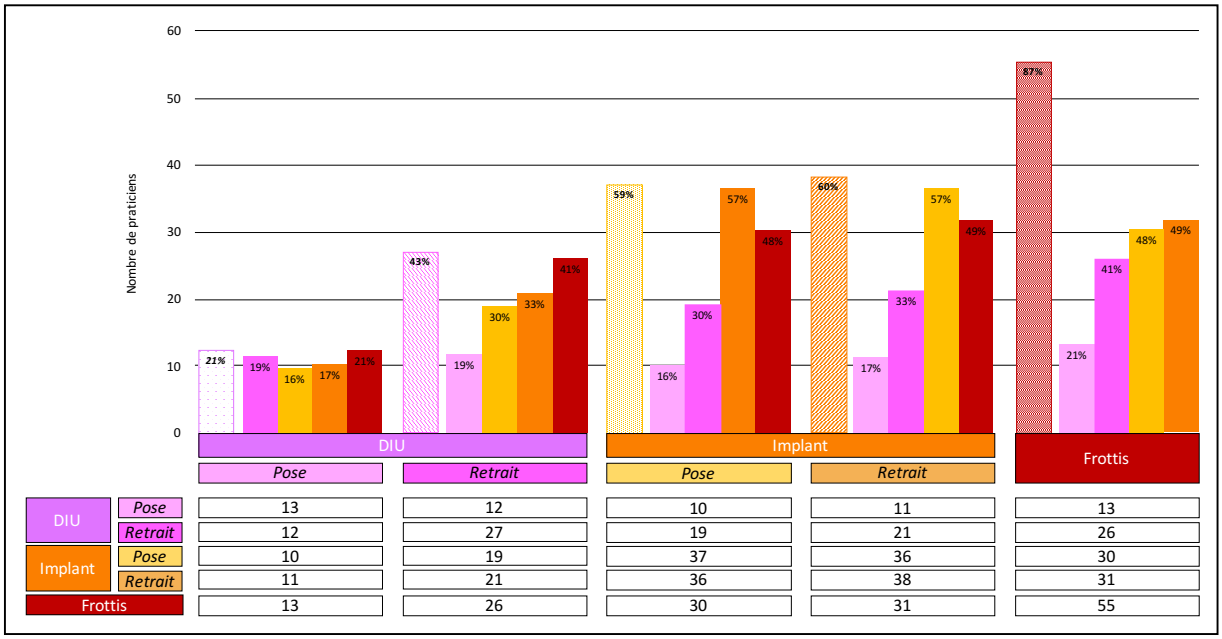


Graphe 4 - Méthodes contraceptives prescrites

3.1.4.3 GESTES PRATIQUES EFFECTUÉS

Parmi les praticiens déclarant effectuer des gestes de gynécologie (n = 63 / 89 soit 71%) dans leur pratique courante (*Graphe 5*) :

- Ils effectuaient en moyenne **3 ± 1 gestes techniques** parmi la pose ou le retrait du DIU, la pose ou le retrait de l'implant et la réalisation du frottis cervico-utérin.
- Le **frottis était le geste le plus souvent réalisé** (n = 55 / 63 soit 87%). Il était majoritairement associé à tous les autres gestes techniques. Environ la moitié des praticiens réalisant ce geste, faisait également la pose et le retrait de l'implant (respectivement : n = 30 / 63 soit 48% et n = 31 / 63 soit 49%).
- La **pose et le retrait de l'implant** étaient effectuées par deux tiers des médecins (respectivement : n = 37 / 89 soit 63% et n = 38 / 63 soit 60%), généralement de manière associée pour plus de la moitié (n = 36 / 63 soit 57%).
- Le retrait du DIU était effectué par moins de la moitié des médecins (n = 27 / 63 soit 43%) dont 41% en association avec le frottis (n = 26 / 63). La pose du DIU était le geste le moins réalisé (n = 13 / 63 soit 21%).



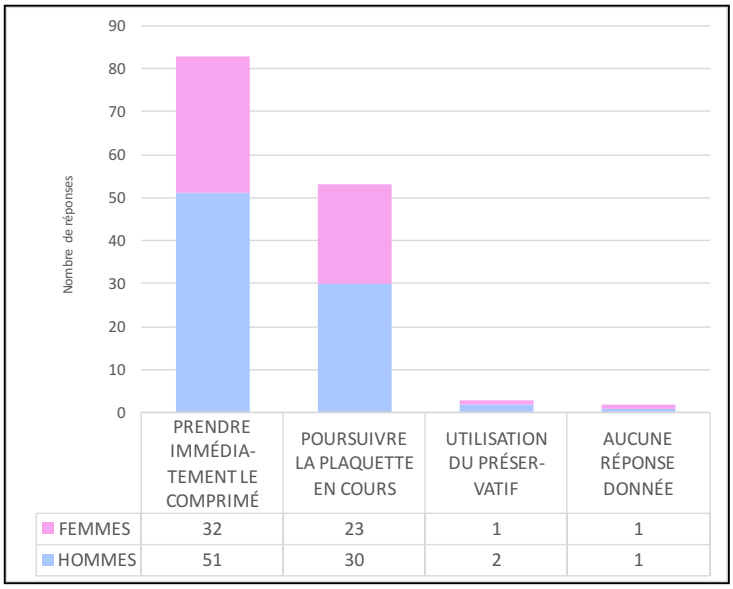
Graphe 5 - Gestes pratiques effectués

3.2 GESTION DE L'OUBLI DE PILULE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

3.2.1 GESTION DE L'OUBLI

3.2.1.1 OUBLI DE PILULE DE MOINS DE 12 HEURES

La plupart des répondants recommandait de **prendre immédiatement le comprimé oublié** (n = 83 / 87 soit 95%). Environ deux tiers des médecins recommandaient de poursuivre la plaquette en cours (n = 53 / 87 soit 61%). Plus de la moitié était des hommes : n = 51 / 83 soit 61% et n = 30 / 53 soit 57% (*Graphe 6*).



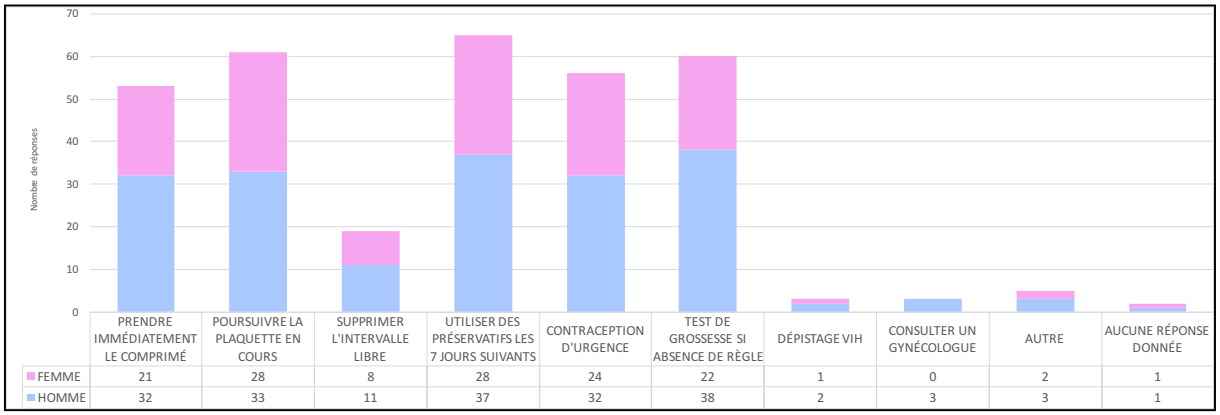
Graphe 6 - Gestion de l'oubli de moins de 12 heures

3.2.1.2 OUBLI DE PILULE DE PLUS DE 12 HEURES

Cinq conseils étaient principalement préconisés (*Graphe 7*) :

- Le plus cité était l'utilisation de **préservatifs** pendant les 7 jours suivant l'oubli (n = 65 / 87 soit 75%).
- La **poursuite de la plaquette** en cours (n = 61 / 87 soit 70%).
- Le **test de grossesse** en cas d'aménorrhée ou de retard de règles dans les 3 semaines (n = 60 / 87 soit 69%)
- La **contraception d'urgence** en cas de rapport(s) sexuel(s) non protégé(s) dans les 5 jours précédant l'oubli (n = 56 / 87 soit 64%).
- La **prise immédiate du comprimé oublié** (n = 53 / 87 soit 61%).

La suppression de l'intervalle libre entre 2 plaquettes avec enchaînement d'une nouvelle plaquette était le moins préconisé (n = 19 / 87 soit 22%).



	PRENDRE IMMÉDIATEMENT LE COMPRIMÉ	POURSUIVRE LA PLAQUETTE EN COURS	SUPPRIMER L'INTERVALLE LIBRE	UTILISER DES PRÉSERVATIFS LES 7 JOURS SUIVANTS	CONTRACEPTION D'URGENCE	TEST DE GROSSESSE SI ABSENCE DE RÈGLE	DÉPISTAGE VIH	CONSULTER UN GYNÉCOLOGUE	AUTRE	AUCUNE RÉPONSE DONNÉE
FEMME	21	28	8	28	24	22	1	0	2	1
HOMME	32	33	11	37	32	38	2	3	3	1

Graphe 7 - Gestion de l'oubli de plus de 12 heures

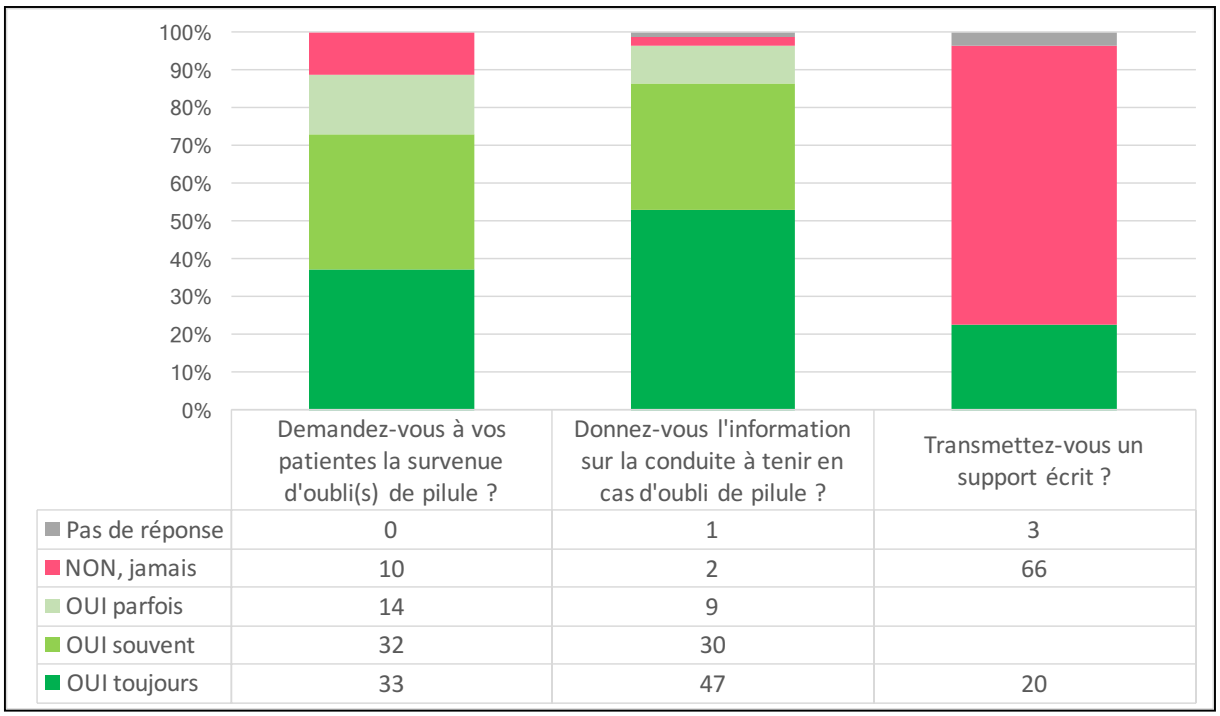
3.2.2 PRÉVENTION DE L'OUBLI

3.2.2.1 PRÉVENTION PRIMAIRE

3.2.2.1.1 RECHERCHE DE L'OUBLI

La majorité des praticiens recherchait la survenue d'oubli(s) de pilule chez leurs patientes (n = 79 / 89 soit 89%) dont **82% le faisaient régulièrement** (n = 65 / 79). La quasi-totalité transmettait l'information sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule (n = 86 / 88 soit 97%) dont 90% le faisaient régulièrement (n = 77 / 86).

Plus des trois quarts ne transmettaient pas de support écrit sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule : n = 66 / 86 soit 77% (*Graphe 8*).



	Demandez-vous à vos patientes la survenue d'oubli(s) de pilule ?	Donnez-vous l'information sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule ?	Transmettez-vous un support écrit ?
Pas de réponse	0	1	3
NON, jamais	10	2	66
OUI parfois	14	9	
OUI souvent	32	30	
OUI toujours	33	47	20

Graphe 8 - Prévention primaire de l'oubli

Plus des trois quarts des répondants se renseignaient sur la survenue d'oubli(s) de pilule lors du renouvellement : n = 62 / 80 soit 78% (*Tableau 1*).

	Nb de réponses	
Lors du renouvellement de pilule	**62**	**78%**
A chaque consultation	**10**	**13%**

A la demande	1
Anomalie de cycle	1
Dysménorrhée	1
En cas de traitement contre-indiqué si grossesse	1
En primo prescription	1
IVG	2
Motif gynécologique	1
Motif gynécologique ou douleur abdominale	1
Retard de règles, douleur abdominale	1
Retard de règles, problème gynécologique	1
Si douleur pelvienne	1
Si saignement gynécologique	1
Si symptômes de grossesse	1
Spottings, nausées, aménorrhée	1
Urgences	1

Pas de réponse	8

Exclusion de données	1

Tableau 1 - Recherche de l'oubli de pilule par le praticien

3.2.2.1.2 INFORMATION SUR LA CONDUITE A TENIR SI OUBLI

La majorité des répondants transmettait l'information sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule lors de la prescription initiale (n = 73 / 86 soit 85%) et plus de la moitié lors du renouvellement : n = 50 / 86 soit 58% (*Tableau 2*).

Lors de la prescription initiale	73	85%
Lors du renouvellement de pilule	50	58%
A chaque consultation	4	5%

IVG	1
Jeune fille vaccinée	1
Si oubli	2
Si patiente inobservante avec oubli	1
Si patiente intéressée	1

Pas de réponse	3

Tableau 2 - Informations apportées sur la conduite à tenir en cas d'oubli

Les trois quarts délivraient cette information de façon spontanée : n = 60 / 78 soit 77% (*Tableau 3*).

Spontanément	60
Spontanément et à la demande de la patiente	11
Seulement à la demande de la patiente	7

Pas de réponse	11

Tableau 3 - Manière dont l'information sur l'oubli de pilule est transmise

3.2.2.1.3 MOYENS ENTREPRIS POUR PREVENIR L'OUBLI

La quasi-totalité des médecins donnait des conseils à leurs patientes pour prévenir un oubli de pilule (n = 81 / 89 soit 91%). Environ trois quarts conseillaient de mettre une alarme de téléphone pour rappeler la prise (n = 63 / 81 soit 77%). Plus de la moitié recommandait d'associer la prise de prise à un geste quotidien : n = 48/81 soit 59% (*Tableau 4*).

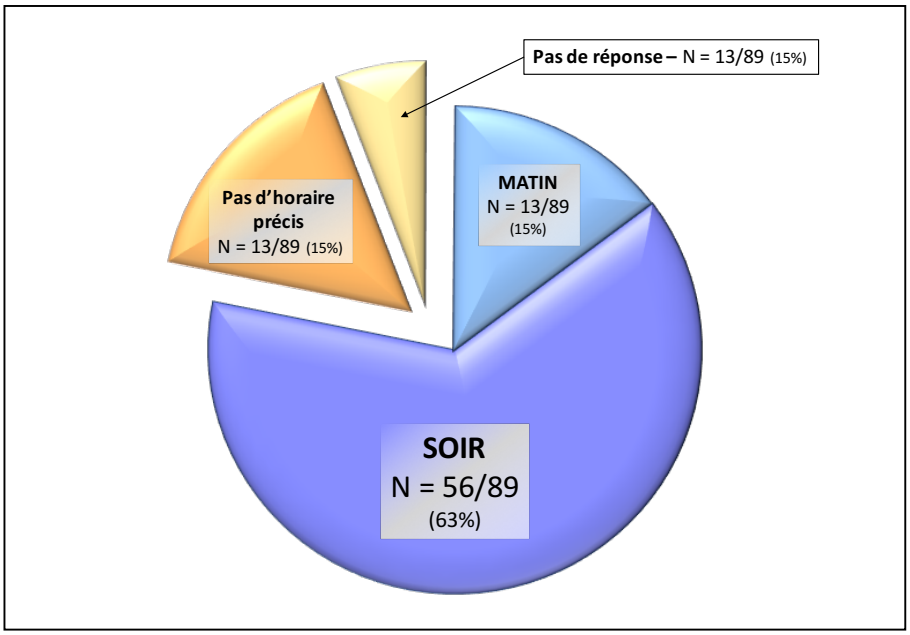
Alarme de téléphone	63
Application mobile	36
Site internet	4
Geste quotidien associé à la prise de pilule	48

Brossage de dents	1
Pilule en évidence sur table de chevet	1
Rituel	1
Toujours avoir sa pilule avec soi dans son sac	1

Pas de réponse	8

Tableau 4 - Moyens préconisés par les praticiens pour prévenir l'oubli

Environ deux tiers des praticiens recommandaient la prise de la pilule le soir (n = 56 / 89 soit 63%). 15% ne recommandaient pas d'horaire précis : n = 13 / 89 (*Graphe 9*).

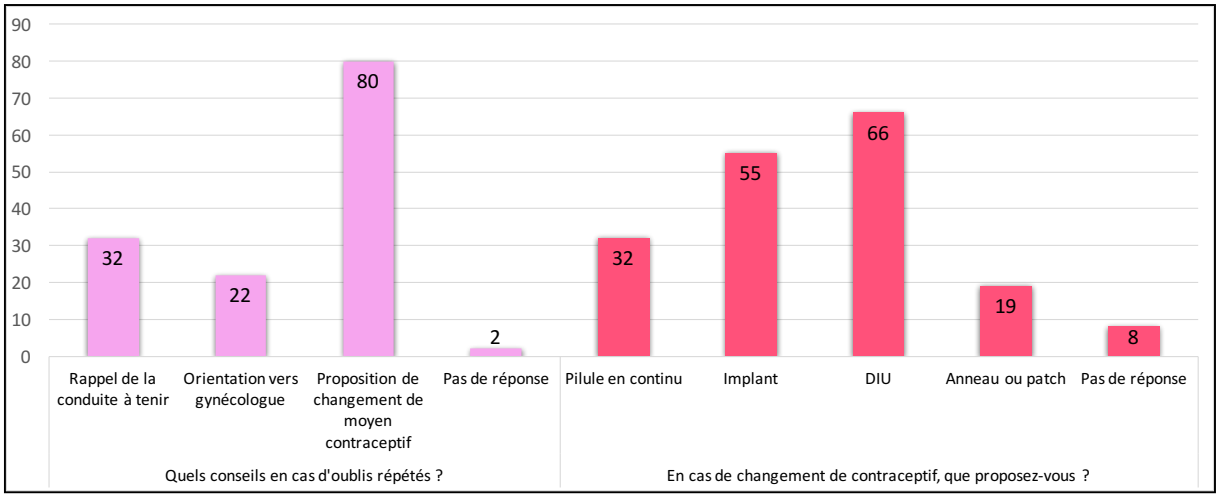


Graphe 9 - Horaire préconisé par les praticiens

3.2.2.2 PRÉVENTION SECONDAIRE

La majorité proposait de **changer de contraceptif** (n = 80 / 87 soit 92%). Environ un tiers rappelait la conduite à tenir (n = 32 / 87 soit 37%) et un quart orientait vers un gynécologue : n = 22 / 87 soit 25% (*Graphe 10*).

Lorsqu'ils proposaient de changer de moyen de contraceptif, la majorité proposait le DIU en alternative (n = 66 / 81 soit 81%) et plus des deux tiers proposaient l'implant : n = 55 / 81 soit 68% (*Graphe 10*).



Graphe 10 - Prévention secondaire de l'oubli

3.2.2.3 SITUATIONS PARTICULIÈRES

La majorité donnait des conseils à leurs patientes **en cas de vomissements et/ou diarrhées** suite à la prise de pilule (n = 67 / 89 soit 75%). Environ deux tiers conseillaient de reprendre un comprimé (n = 43 / 67 soit 64%) dont la moitié sans précision et une minorité dans les 4 heures, respectivement : n = 23 / 43 soit 53% et n = 7 / 43 soit 16% (*Tableau 5*).

Environ un tiers conseillait d'utiliser des préservatifs (n = 21 / 67 soit 31%) dont plus du tiers sans précision et pendant 7 jours, respectivement : n = 9 / 21 soit 43% et n = 8 / 21 soit 38% (*Tableau 5*).

Utiliser le préservatif	Sans précision	9
	Pendant 7 jours	8
	Jusqu'à la fin de la plaquette	2
	Jusqu'aux nouvelles règles	2
Reprendre un nouveau comprimé	OUI, sans précision	23
	OUI, si moins d'une 1 heure	6
	OUI, si moins de 2 heures	3
	OUI, si moins de 3 heures	2
	OUI, si moins de 4 heures	7
	OUI, si moins de 12 heures	1
	OUI, dès l'arrêt des symptômes	1
	NON	1
Ne pas changer ses habitudes	Ne pas changer les habitudes si diarrhées	5
	Poursuivre la plaquette habituellement	6
Autre	Béta-HCG si aménorrhée ou retard de règles	3
	Enchaîner sur une nouvelle plaquette	1
	Prendre la contraception d'urgence si rapport sexuel non protégé	2
	Prendre le même comprimé mais sur une 2ème plaquette	2
	Aller sur internet	1
	Prendre rendez-vous en consultation pour changer de pilule	1
	Conseil autre	3
Exclusion de données		8
Pas de réponse		14

Tableau 5 - Conseils en cas de vomissements et/ou diarrhées

Environ trois quarts donnaient des conseils à leurs patientes en cas de voyage à l'étranger (n = 66 / 89 soit 74%). Parmi les répondants (*Tableau 6*) :

- En fonction du décalage horaire, un quart recommandait de rester à l'heure française (n = 17 / 66 soit 26%).
- 17% recommandaient de ne pas oublier d'emmener sa pilule (n = 11 / 66).
- 9% (n = 6 / 66) conseillaient d'enchaîner 2 plaquettes de pilule sans interruption mais aussi d'utiliser des préservatifs (n = 6 / 66).

ADAPTER SES HABITUDES, ANTICIPER LES COMPLICATIONS	Emmener une 2ème plaquette	2
	Garder sa pilule avec soi (sac à main, …)	3
	Ne pas changer ses habitudes	5
	Ne pas oublier d'emmener sa pilule / contraception	11
	Prendre l'ordonnance de pilule	5
	Prévoir une contraception d'urgence	1
CHANGER DE MODALITÉ DE CONTRACEPTION	Enchaîner 2 plaquettes sans interruption	6
	Si séjour prolongé ou fréquent, proposer un autre moyen contraceptif (DIU ou implant)	2
	Utiliser des préservatifs	6
DÉCALAGE HORAIRE	Décalage horaire : rester à l'heure française ou ne pas changer ses habitudes	17
	Décalage horaire : se mettre à l'heure locale	5
Pas de réponse		13
Exclusion de données		10

Tableau 6 - Conseils en cas de voyage à l'étranger

3.2.3 CONTRACEPTION D'URGENCE

3.2.3.1 DISPOSITIF PRESCRIT ET CONTEXTE DE PRESCRIPTION

La majorité des praticiens prescrivait la pilule au **Lévonorgestrel (Norlevo®)** (n = 73 / 89 soit 82%) dont les deux tiers étaient des hommes : n = 46 / 73 soit 63%. Environ un quart prescrivait l'Ulipristal acétate (Ellaone®) : n = 21 / 89 soit 24% (*Tableau 7*).

	Pilule Norlevo®	Pilule Ellaone®	DIU au cuivre
H	46	11	2
F	27	10	0

Tableau 7 - Dispositif prescrit pour la contraception d'urgence

La majorité prescrivait la CU à la demande de la patiente (n = 70 / 84 soit 83%).

La moitié le faisait de manière anticipée (n = 41 / 84 soit 49%). Parmi eux, 27% le faisait lors d'une prescription initiale de pilule et 20% lors d'un renouvellement de pilule, respectivement : n = 11 / 41 et n = 8 / 41.

23% le faisait auprès des femmes sous méthodes barrières (préservatifs, diaphragme, cape cervicale) ou n'ayant pas de contraception : n = 9 / 41 (*Figure 1*).

Les répondants étaient essentiellement des hommes (*Figure 1*) :

- A la demande : n = 44 / 70 soit 63%
- Et en prescription anticipée : n = 28 / 41 soit 68%.

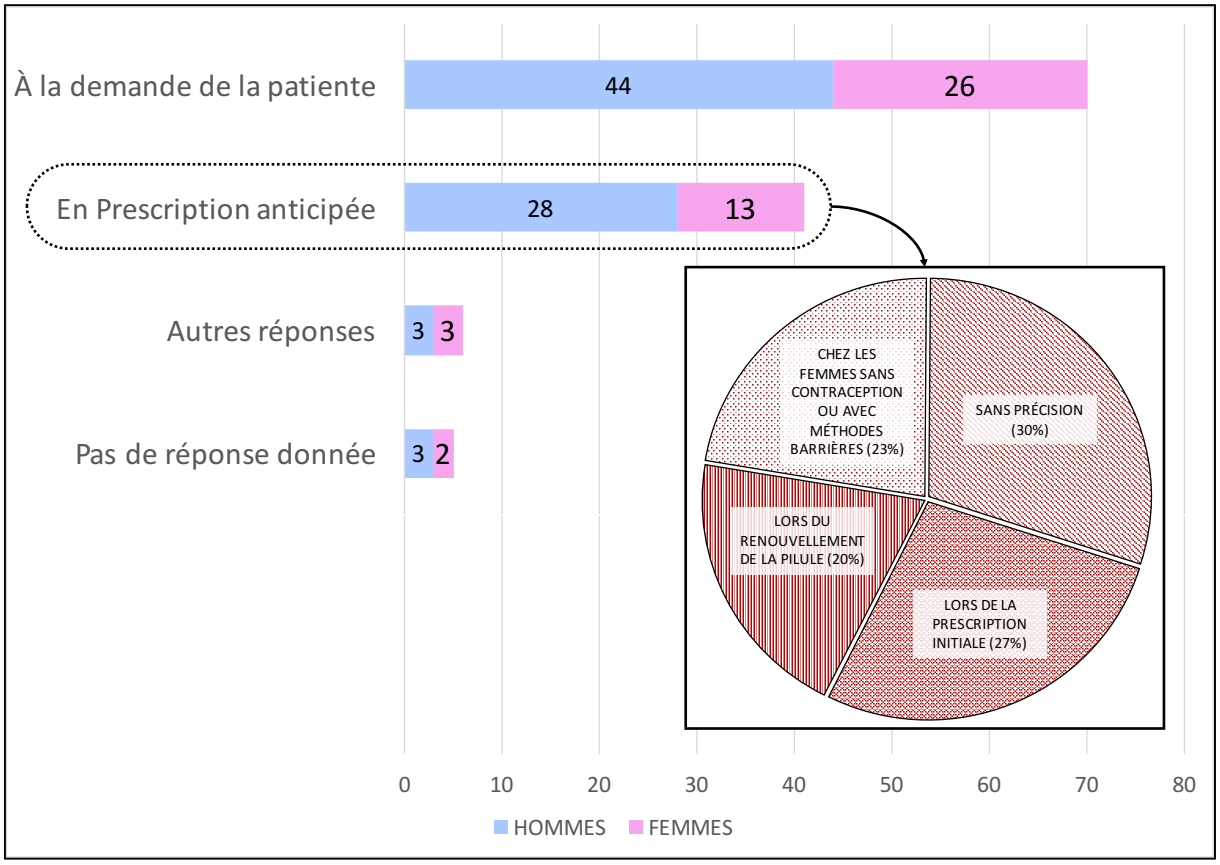


Figure 1 - Contexte de prescription de la contraception d'urgence

3.2.3.2 ÉDUCATION DE LA PATIENTE AU SUJET DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE

La quasi-totalité transmettait des informations sur la contraception d'urgence (n = 81 / 89 soit 91%). Le délai de prise était l'information la plus transmise (n = 66 / 81 soit 81%). Le risque d'échec était le moins communiqué : n = 43 / 81 soit 53% (*Figure 2*).

Parmi les praticiens femmes transmettant des informations sur la CU, la quasi-totalité précisait le délai de prise (n = 29 / 32 soit 91%) alors que les hommes précisaient les modalités de prise (n = 38 / 49 soit 78%) puis le délai : n = 37 / 49 soit 76% (*Figure 2*).

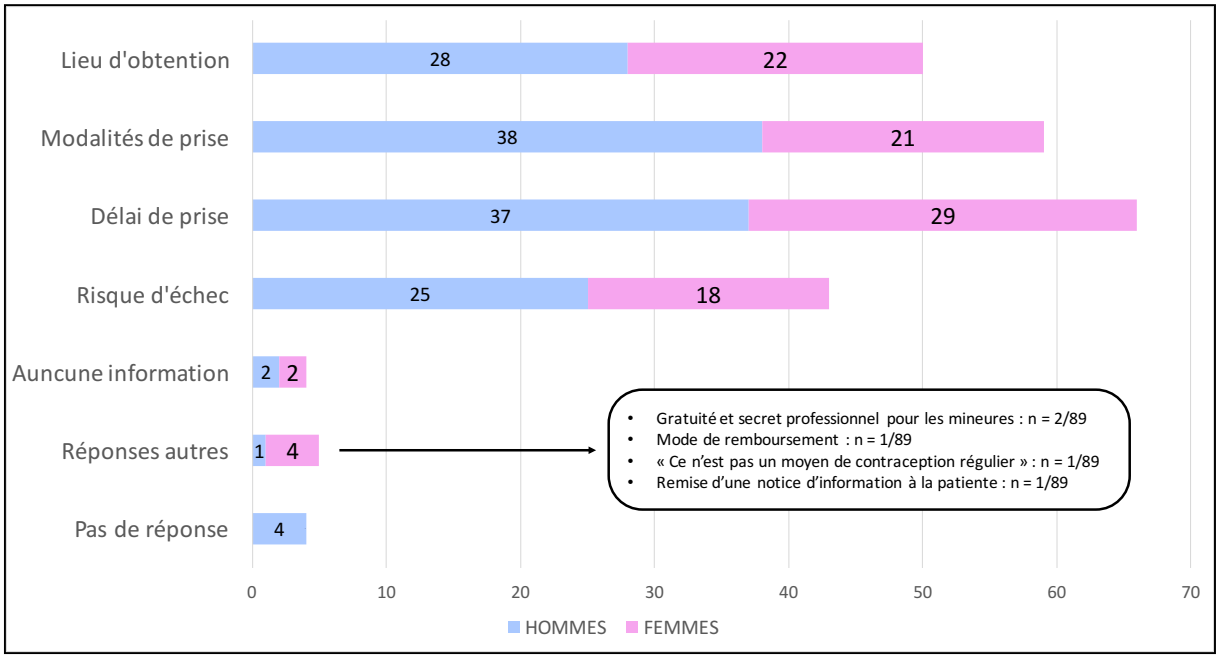


Figure 2 - Informations transmises sur la contraception d'urgence

4 DISCUSSION

4.1 AVANTAGES ET LIMITES DE LA MÉTHODE

4.1.1 RÉSULTAT PRINCIPAL

La quasi-totalité des répondants recommandait de prendre immédiatement le comprimé oublié (n = 83 / 87 soit 95%) en cas d'oubli de moins de 12 heures. L'utilisation d'un préservatif pendant 7 jours était recommandée par trois-quarts des praticiens interrogés en cas d'oubli supérieur à 12 heures : n = 65 / 87 soit 75%.

4.1.2 FORCES ET LIMITES

4.1.2.1 FORCES DE L'ÉTUDE

Le thème de la contraception est régulièrement choisi comme sujet de thèse. La plupart de celles qui portent sur l'oubli de pilule interroge régulièrement les patientes sur leur ressenti, leurs connaissances, leur attitude ou les possibilités d'améliorer leur observance (9–11). Peu d'études étudient spécifiquement la prise en charge de l'oubli de pilule **par le médecin généraliste** faisant l'originalité de ce sujet qui n'avait pas été traité auparavant en Picardie.

De même les **situations à risque d'oubli** (troubles digestifs et voyage à l'étranger) ou l'**éducation autour de la contraception d'urgence** sont des thématiques peu retrouvées dans la littérature.

Enfin, notre travail a exploité les questions ouvertes de manière quantitative. Toutes ces informations ont été répertoriées apportant de nombreuses pistes d'analyse.

4.1.2.2 PRINCIPAUX BIAIS

Manque de puissance :

Notre étude a un faible taux de participation (25.4%) donc **n'est pas représentative** de la pratique départementale ou nationale. Ce manque de puissance explique, par ailleurs, l'**absence de significativité des résultats**.

Plusieurs biais sont relevés :

- **Biais de sélection** : les médecins qui ont répondu avaient probablement un intérêt pour le sujet et pratiquaient régulièrement la gynécologie.
- **Biais déclaratif** de par la méthodologie par auto-questionnaire : les propositions présentées ont pu influencer les réponses des praticiens (*Annexe 2*).
- **Biais de mesure** : certaines propositions peuvent avoir été mal comprises du fait de leur formulation générant un biais d'interprétation. Cela a pu limiter le nombre de réponses notamment sur les questions ouvertes comme les troubles digestifs et le voyage à l'étranger (*0)* ou la contraception d'urgence (*0*).
- **Exclusion de données** : Certaines données ont dû être exclues (illisibles ou hors sujet).

Limites relevées quant à l'élaboration du questionnaire (*Annexe 2*) :

- **Structure du questionnaire** : le questionnaire a pu être perçu comme « trop long » par certains répondants (il comportait 25 questions).
- **Contenu du questionnaire** :
    - Notre étude recherchait la gestion par les médecins généralistes de l'oubli de pilule contraceptive. Les questions portaient sur les conseils donnés aux patientes mais ne demandaient pas directement la conduite à tenir des praticiens dans une telle situation. De même, le questionnaire n'était pas centré sur les connaissances des médecins généralistes mais sur leurs pratiques.

Dans notre étude, les réponses données par les médecins (oubli de plus de douze heures) n'ont pas été comparées item par item avec les recommandations de l'ANAES 2004.

4.2 LA GYNÉCOLOGIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

4.2.1 PART DE LA GYNÉCOLOGIE DANS L'ACTIVITÉ GLOBALE DU MÉDECIN TRAITANT

La Médecine Générale reste la spécialité la plus représentée en ambulatoire sur le territoire français notamment dans l'Oise (22,24). L'accessibilité au médecin traitant dans le département permet de répondre à des problèmes de santé courants notamment ceux en lien avec la gynécologie.

Dans notre étude, l'activité de gynécologie représentait **5% de l'activité globale des généralistes** avec 6 actes hebdomadaires en moyenne. Ces données correspondent aux données de la littérature dans laquelle on retrouve :

- Que la majorité de l'activité de gynécologie des médecins généralistes était inférieure à 10% (25,26) ;
- Que les médecins généralistes réalisaient en moyenne trois actes de gynécologie par patiente et par an, dont l'essentiel autour de la contraception : 35% (27).

La contraception, notamment orale, tient une place importante au sein de l'activité de gynécologie des médecins généralistes dans notre étude (*3.1.4.2*) et dans la littérature (28).

4.2.2 PRESCRIPTION CONTRACEPTIVE

L'ensemble de ces éléments suppose que la contraception tient donc une place importante au sein de l'activité gynécologique des médecins généralistes. Dans notre étude, tous les médecins prescrivaient la pilule et la moitié prescrivait l'implant ou le DIU. Peu de médecins prescrivaient l'anneau vaginal ou le patch (*0*).

La contraception orale, méthode la plus utilisée par les praticiens interrogés dans notre étude, reste une particularité française. En effet, on retrouve dans la littérature que :

- Plus de 7 femmes sur 10 utilisaient une contraception médicalisée (3) ;
- La pilule était la méthode la plus utilisée : 36.5% (suivi du DIU avec 25.6% puis du préservatif) (3).
- Alors qu'à l'échelle mondiale elle est au troisième rang des méthodes contraceptives, après la stérilisation et le DIU (29).

Le DIU, l'implant et les nouveaux contraceptifs sont des moyens moins prescrits selon les données de notre étude (*3.1.4.2*) et celles retrouvées dans la littérature (3,5,26,30–33).

4.2.3 GESTES TECHNIQUES

Outre la prescription de pilule, les praticiens de notre étude réalisent des gestes techniques de gynécologie dont le frottis et la pose – retrait de l'implant (*3.1.4.3*). Ces données sont concordantes avec d'autres travaux (32,34). La pose du DIU est le geste le moins pratiqué par les médecins généralistes, dans notre étude (*3.1.4.3*) comme dans d'autres travaux (35).

Ces éléments suggèrent que l'activité de gynécologie est une partie intégrante de la pratique du médecin généraliste notamment par la réalisation de gestes techniques. Cependant, ces actes ne sont pas réalisés par tous les praticiens, dans notre étude comme dans la littérature : certains travaux mettent en avant le manque de formation initiale et/ou la présence d'un gynécologue à proximité et/ou un manque de temps (26,36,37).

4.2.4 FORMATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN GYNÉCOLOGIE MÉDICALE

Le manque de formation initiale est une notion retrouvée dans d'autres travaux. Concernant notre étude, la plupart des praticiens déclaraient avoir reçu une formation initiale en gynécologie (*3.1.3*) :

- Cours à la faculté : 82% ;
- Stages au cours de l'externat : 57% ;
- Stages au cours de l'internat : 32%.

En revanche, seulement la moitié déclarait avoir eu recours à des formations continues (*3.1.3*). Une des hypothèses pour préciser ce point pourrait être le manque de temps évoqué précédemment (*4.2.3*).

Les perspectives liées à la formation des médecins généralistes seront discutées au point *4.4*.

4.3 L'OUBLI DE PILULE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

En 2002, la World Organization of National Colleges, academies academic Associations of general practitioners (WONCA) a défini les compétences de la médecine générale (38). Le médecin généraliste a un rôle dans le dépistage et la prévention notamment dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

4.3.1 MÉDECIN GÉNÉRALISTE : DÉPISTAGE ET PRÉVENTION

4.3.1.1 PRÉVENTION PRIMAIRE

La plupart des praticiens de l'étude fait de la prévention primaire en matière d'oubli de pilule (*3.2.2.1*). Mais, **les moyens entrepris et le moment choisi sont hétérogènes** malgré l'existence de références dans ce domaine.

Par exemple, environ un quart déclare transmettre un **support écrit** pour appuyer son propos (23%) alors que ce point est conseillé et décrit dans la littérature (6,19).

Les médecins interrogés recommandaient surtout l'utilisation d'une alarme de téléphone (77%) puis l'association de la prise de pilule à un geste quotidien (59%). L'horaire du soir était le plus conseillé : 63% (*3.2.2.1*). Les préconisations de la HAS sont de réévaluer l'adéquation de la méthode choisie à chaque renouvellement de prescription par l'utilisation de méthodes variées mais ne préconise aucun moyen particulier (39).

Aussi, travailler sur un **document de synthèse** clair tant au plan des moyens entrepris que du moment ou de la méthode choisi permettrait d'homogénéiser la prévention primaire de l'oubli de pilule en médecine générale.

4.3.1.2 PRÉVENTION SECONDAIRE

Dans notre étude, les médecins proposaient un changement de méthode contraceptive, de type longue durée d'action, en cas d'oublis répétés (*3.2.2.2*). Leurs réponses concordent avec les propositions de l'ANAES (19).

Cette dernière propose également, en cas de difficulté d'observance, des méthodes continues telles que le DIU ou autres : implant, patch ou anneau vaginal (19). En dehors du DIU, ces éléments sont moins retrouvés dans les réponses apportées par les praticiens de notre étude (*3.2.2.2*).

De la même manière travailler sur un **document de synthèse** clair sur ce point permettrait d'homogénéiser la prévention secondaire de l'oubli de pilule en médecine générale.

4.3.2 GESTION DE L'OUBLI DE PILULE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

4.3.2.1 GESTION DE L'OUBLI

En cas d'oubli de pilule de plus de douze heures, les réponses étaient variables. Les cinq principaux items des recommandations de l'ANAES (19) étaient **majoritairement cités mais partiellement et de manière hétérogène** :

- L'utilisation de préservatifs pendant les 7 jours suivants l'oubli (n = 65 / 87 soit 75%).
- La poursuite de la plaquette en cours (n = 61 / 87 soit 70%).
- La contraception d'urgence en cas de rapport(s) sexuel(s) non protégé(s) dans les 5 jours précédant l'oubli (n = 56 / 87 soit 64%).
- La prise immédiate du comprimé oublié (n = 53 / 87 soit 61%)
- La suppression de l'intervalle libre (n = 19 / 87 soit 22%).

Cependant, en cas d'oubli de plus de douze heures, la notice de la pilule ou le médecin généraliste sont décrits comme les principales sources d'informations des patientes (11,18). Le médecin traitant apparaît, donc, comme **premier recours des patientes dans la gestion de l'oubli de pilule**. Il apparaît donc nécessaire d'améliorer ce point notamment par une formation spécifique (*4.4)*.

4.3.2.2 TROUBLES DIGESTIFS ET VOYAGE

La conduite à tenir lors de la survenue de troubles digestifs chez la patiente sous pilule est décrite dans la littéature:

- Dans les **recommandations de l'ANAES** (19) :
  - Les troubles digestifs (vomissements ou diarrhées) dans les quatre heures suivant la prise d'une pilule œstroprogestative sont considérés comme un oubli de moins de douze heures car il existe un risque d'inefficacité transitoire. La prise d'un nouveau comprimé est requise.
  - En cas de persistance de ces troubles sur plusieurs jours, utilisation d'une méthode contraceptive supplémentaire mécanique (préservatifs, spermicides) jusqu'à la prise d'une nouvelle plaquette en cas de rapports sexuels.
  - Ces conseils sont cités par les praticiens dans notre étude (*3.2.2.3*)
- Par la **HAS** (6), qui est moins précise :
  - Une diminution d'efficacité en cas de troubles digestifs ou d'association à certains médicaments est uniquement évoquée.
  - En cas de recours à la contraception d'urgence orale, la reprise d'un comprimé n'était préconisée qu'en cas de vomissements dans les trois heures ou de fortes diarrhées.
- Et d'autres travaux (40).

En cas de voyage à l'étranger, peu de conseils étaient préconisés par les répondants de notre questionnaire. La démarche quant au décalage horaire était évoquée (3.2.2.3).

- L'ANAES précisait l'attitude en cas de changement de fuseaux horaires (19) :
  - Si voyage vers l'Est (décalage inférieur à 12h), prise de la pilule œstroprogestative (OP) à une heure locale identique à celle en France (cela équivaut à un simple raccourcissement de l'intervalle entre la dernière prise en Métropole et la 1ère prise sur place).
  - Si voyage vers l'Ouest (décalage inférieur à 12h), pour la pilule OP :
    - Soit conserver un même intervalle de prise de 24h, en prenant en compte le décalage horaire
    - Soit décaler la prise et adopter une prise à une heure locale identique à celle de France sans dépasser plus de 36h entre la dernière prise en Métropole et la 1ère prise sur place

- La HAS recommandait, en plus, une prescription anticipée de contraception d'urgence aux femmes voyageant à l'étranger (6).

Aussi, des références sont disponibles mais ne précisent pas les mêmes points. Ce constat pourrait, potentiellement, expliquer les réponses hétérogènes observées dans notre étude.

Le médecin traitant est, de nouveau, le premier recours des patientes sous pilule présentant des troubles digestifs ou partant en voyage à l'étranger. Il est donc nécessaire d'améliorer ce point.

Une des perspectives d'amélioration serait de proposer aux praticiens un document de synthèse clair reprenant les éléments clés à préciser à la patiente dans ce contexte. Par ailleurs, la formation (initiale et/ou continue) permettrait, également dans ces situations, d'homogénéiser les pratiques (*4.4*).

4.3.2.3 CONTRACEPTION D'URGENCE

La contraception d'urgence est un des éléments de la prise en charge des patientes en situation d'oubli de pilule. Elle bénéficie de recommandations de l'HAS (39) :

- La prescription anticipée est recommandée dans des situations particulières (au cas par cas) telles que chez les femmes ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence ou bien chez celles utilisant le préservatif ou d'autres méthodes contraceptives moins efficaces.
- La prescription en situation d'urgence est, elle, formalisée en cas de rapport non ou mal protégé.

Il existe donc une certaine dichotomie entre la prévention (au cas par cas) et la thérapeutique en contexte aigu (formalisé) expliquant potentiellement les résultats objectivés dans notre étude (*3.2.3.1*).

Le médecin généraliste a la particularité d'envisager la prévention et la thérapeutique au cours d'une même consultation. Il s'agit, donc, d'envisager l'oubli de pilule depuis la formation initiale jusqu'à la pratique au cabinet du médecin traitant comme un continuum entre la prévention et la prescription mais aussi entre la contraception régulière et la contraception d'urgence.

4.4 GYNÉCOLOGIE MÉDICALE, BESOIN EN FORMATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

4.4.1 SYNTHÈSE

Malgré un manque de puissance, l'étude permet de préciser la manière dont les médecins généralistes prennent en charge l'oubli de pilule dans l'Oise. La gynécologie médicale est une activité actuelle de la médecine générale dans laquelle la contraception a une place importante et ce malgré une formation initiale peu conséquente.

Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'oubli de pilule apparaît primordial notamment dans le cadre de la prévention primaire et secondaire mais aussi dans sa prise en charge globale. Pour autant, dans l'étude comme dans la littérature, sa gestion est hétérogène. Des recommandations existent mais sont appliquées partiellement.

Aussi, apporter une formation spécifique complémentaire en gynécologie médicale aux praticiens permettrait d'améliorer les pratiques professionnelles quant à la gestion de l'oubli de pilule par le médecin généraliste.

4.4.2 BESOIN EN FORMATION

4.4.2.1 FORMATION INITIALE

La formation initiale des médecins généralistes intègre l'enseignement de la gynécologie dès le deuxième cycle des études médicales.

Cette formation pourrait être complétée :

- Tant au plan théorique :
    - Proposer l'enseignement des situations courantes de médecine générale, notamment la gestion de la pilule et de son oubli, dès le second cycle ;
    - Définir des objectifs pédagogiques spécifiques à la gynécologie médicale dans le DES de Médecine Générale ;
    - Proposer des enseignements spécifiques sur les recommandations disponibles en gynécologie médicale notamment sur les moyens de contraception (dont la pilule et la contraception d'urgence).

- Qu'au plan pratique :
    - Proposer des études de cas, simulations centrées sur la prise en charge des patientes sous pilule (prévention, prescription, gestion de la contraception d'urgence et des situations particulières).
    - Favoriser l'enseignement gestuel, déjà existant dans le cadre de la formation initiale, en insistant sur la pose ou le retrait du DIU.
    - Élargir les terrains de stage : stages de gynécologie médicale, flécher au moment des choix de stage les maîtres de stage pratiquant des gestes de gynécologie.

4.4.2.2 FORMATION CONTINUE

Plusieurs composantes sont déjà développées : EPU, congrès, diplômes universitaires. Intégrer les gynécologues médicaux dans ces formations permettrait de favoriser le lien avec les médecins généralistes dans le cadre de réseaux de soins notamment dans les régions rurales.

5 CONCLUSION

En France, la pilule reste la méthode contraceptive la plus utilisée par les femmes en âge de procréer. Les oublis de pilule sont fréquents et difficilement évitables. Le médecin généraliste est un des principaux prescripteurs de pilule. Il est un acteur central dans la santé des femmes et leur contraception grâce à une approche globale et des soins continus centrés sur l'individu dans toutes ses dimensions. Ainsi le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans la prévention des grossesses non prévues. La connaissance de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et des stratégies de rattrapage fait partie intégrante de la prise en charge contraceptive des femmes.

Notre travail a montré que tous les médecins généralistes de l'Oise prescrivaient la pilule à leurs patientes et avaient une activité de gynécologie. Peu fréquente et variable selon les praticiens, cette dernière est, pour autant, incontournable et tend à se développer.

Les médecins généralistes prévenaient leurs patientes d'un oubli de pilule en recherchant leur survenue et en les informant sur la conduite à tenir en cas d'oubli. Cependant, ils transmettaient peu de supports écrits. Les conseils donnés en cas d'oubli de plus de 12h étaient variés et inhomogènes. La contraception d'urgence était surtout prescrite à la demande de la patiente et peu de manière anticipée.

En cas d'oublis répétés, les praticiens proposaient un changement de contraceptif, par une méthode de longue durée d'action.

Aucune différence significative n'a pu être démontrée quant à la gestion de l'oubli de pilule du fait du manque de puissance de notre étude.

Un manque de formation peut être évoqué. Il est donc nécessaire de renforcer les connaissances du médecin généraliste afin d'améliorer sa pratique et de répondre au mieux à ses besoins et aux demandes des patientes. Plusieurs possibilités d'amélioration peuvent être envisagées.

LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N. Contraception: from accessibility to efficiency. Hum Reprod. 2003 ; 18(5) : 994-9.

2. Barjot P, Graesslin O, Cohen D, Vaillant P, Clerson P, Hoffet M. Grossesses survenant sous contraception orale : les leçons de l'étude GRECO. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2006 ; 34(2) : 120-6.

3. Rahib D, Le Guen M. Baromètre santé 2016 : Contraception. INPES (2017).

4. Beck F, Richard J-B. Analyses du Baromètre santé. INPES (2010).

5. Gall B, Jouannic É. Les français et la contraception. INPES (2007).

6. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. HAS (2013).

7. Moreau C, Trussell J, Rodriguez G, Bajos N, Bouyer J. Contraceptive failure rates in France: results from a population-based survey. Hum Reprod. 2007 ; 22(9) : 2422-7.

8. Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodríguez G, Trussell J. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. Hum Reprod. 2009 ; 24(6) : 1387-92.

9. Abdallah W. Que font les femmes dans la Somme quand elles oublient de prendre leur pilule? [Thèse]. Amiens : Université de Picardie - Jules Verne ; 2013.

10. Marie P, Champollion S, Ourabah R. Que font les patientes lorsqu'elles oublient leur pilule? Exercer. 2008 ; 80 : 13-6.

11. Grisard M, Duhamel S, Duisit L, Pétrègne F. Que font réellement les utilisatrices de contraception orale en cas d'oubli? Médecine. 2015 ; 11(6) : 281-4.

12. Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence. [Rapport] IGAS (2009) ; RM : 2009 - 104A.

13. Lydié N, Léon C. Contraception, pilule du lendemain et interruption volontaire de grossesse. Baromètre Santé. INPES (2005).

14. Moreau C, Lydié N, Warszawski J, Bajos N. Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. Baromètre Santé. INPES (2005).

15. Contraception : que savent les français ? [Dossier de presse]. INPES (2007).

16. Pignard E. Étude pilote du projet OPTIMEGE, Oubli de Pilule et outil d'Information en médecine générale, concernant l'intérêt de la carte INPES intitulée : "Que faire en cas d'oubli de pilule ?'' [Thèse]. Grenoble: Université Joseph Fourier ; 2014.

17. Meniere R. De la connaissance du bon usage de la contraception : apport de l'étude nationale Epilule 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale [Thèse]. Nancy : Université Henri Poincaré ; 2004.

18. Lamandé T. L'information détenue par les patientes leur permet-elle de gérer correctement un oubli de pilule? [Thèse]. Nantes : Université de Nantes (2013).

19. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. ANAES, AFSSAPS, INPES (2004).

20. Contraception : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? INPES (2011).

21. Papon S, Beaumel C. Bilan démographique 2017. Plus de 67 millions d'habitants en France au 1er janvier 2018. INSEE (2018).

22. Le Breton-Lerouvillois G, Legmann M, Kahn-Bensaude I, Romestaing P. Situation au 1er janvier 2017. Atlas Démographie Médicale. CNOM (2017).

23. Vilain A. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. DREES (2017)

24. Cartographie interactive du Collège national de l'ordre des médecins [Internet]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/

25. Moreau S. Niveau de connaissances d'un groupe de médecins généralistes au sujet de la contraception d'urgence et étude d'une corrélation avec leurs représentants [Thèse]. Poitiers : Université de Poitiers (2018).

26. Dias S. Etat des lieux de la pratique gynécologie par les médecins généralistes d'Ile de France. [Thèse]. Paris : Université Paris-Diderot (2010).

27. Cohen J, Madelanat P, Levy-Toledano R. Gynécologie et santé des femmes, quel avenir en France ? État des lieux et perspectives en 2020. Éditions Eska (2000).

28. SFMG. Observatoire de la Médecine Générale - Classement des 50 résultats de consultation les plus fréquents par actes pour l'année 2009. SFMG (2010).

29. Le Guen M, Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L. 50 ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. INED (2017).

30. Arbouys S. Implant contraceptif hormonal : opinions et analyse des pratiques de médecins généralistes en Sarthe, Maine et Loire et Mayenne [Thèse]. Angers : Université d'Angers (2015).

31. Dupuis A. Évaluation de la prescription de première contraception par le médecin généraliste picard [Thèse]. Amiens : Université de Picardie - Jules Vernes (2016).

32. Péran A. État des lieux des pratiques des médecins généralistes libéraux concernant l'implant contraceptif [Thèse]. Rouen : Université de Rouen (2016).

33. Galichon C. La prescription et le suivi de la contraception : difficultés rencontrées par le médecin généraliste [Thèse]. Paris : Université Paris-Descartes (2014).

34. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie: une étude quantitative [Thèse]. Grenoble : Université Grenoble-Alpes (2017).

35. Guillaume C-E. Évaluation des compétences cliniques et techniques en gynécologie médicale acquises au cours du DES de médecine générale: enquête auprès des nouveaux médecins généralistes issus des promotions 2012 et 2013 de l'Université de Bordeaux [Thèse]. Bordeaux : Université de Bordeaux (2018).

36. Grandcolin S, Du Breuillac J, Birault F, Gomes J, Chapuis A-L. Connaissances et savoir-faire déclarés des internes de médecine générale en matière de contraception: une étude menée en subdivision d'internat de Poitou-Charentes (France). Pédagogie Médicale. 2014 ; 15(1) : 53-60.

37. Lagneau A. Les consultations de gynécologie obstétrique menées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes et les Alpes de Haute-Provence: analyse des pratiques. [Thèse]. Nice : Université de Nice Sophia Antipolis (2016).

38. Allen DJ, Heyrman PJ. La définiation européene de la médecine générale - médecine de famille) WONCA Europe (2002).

39. HAS. Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance (2013).

40. Raccah-Tebeka B, Plu-Bureau G. La contraception en pratique: de la situation clinique à la prescription. Elsevier Masson ; 2013.

41. Bidet P. Pratique des gestes et techniques de gynécologie par les jeunes médecins généralistes issus du DES de médecine générale de Créteil. [Thèse]. Créteil : Université de Paris-Est, Creteil (2013)

42. Gautier A, Berra N. Baromètre santé médecins généralistes 2009. INPES (2011).

43. Arrêté du 21 Avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces dipômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. [Acte Juridique] JORF (2017).

44. Département universitaire de médecine générale d'Amiens. Le DES de Médecine Générale à Amiens [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.dumga.fr/le-des-de-medecine-generale-a-amiens.html

GRAPHES, TABLEAUX ET FIGURES

GRAPHES

Graphe 1 - Caractéristiques de la population étudiée 17
Graphe 2 - Formation(s) en gynécologie déclarée(s) par les praticiens..... 18
Graphe 3 - Nombre de consultations en lien avec la gynécologie..... 20
Graphe 4 - Méthodes contraceptives prescrites 21
Graphe 5 - Gestes pratiques effectués..... 22
Graphe 6 - Gestion de l'oubli de moins de 12 heures 23
Graphe 7 - Gestion de l'oubli de plus de 12 heures 24
Graphe 8 - Prévention primaire de l'oubli..... 25
Graphe 9 - Horaire préconisé par les praticiens..... 28
Graphe 10 - Prévention secondaire de l'oubli 29

TABLEAUX

Tableau 1 - Recherche de l'oubli de pilule par le praticien..... 26
Tableau 2 - Informations apportées sur la conduite à tenir en cas d'oubli..... 27
Tableau 3 - Manière dont l'information sur l'oubli de pilule est transmise..... 27
Tableau 4 - Moyens préconisés par les praticiens pour prévenir l'oubli..... 28
Tableau 5 - Conseils en cas de vomissements et/ou diarrhées..... 30
Tableau 6 - Conseils en cas de voyage à l'étranger..... 31
Tableau 7 - Dispositif prescrit pour la contraception d'urgence 31

FIGURES

Figure 1 - Contexte de prescription de la contraception d'urgence..... 32
Figure 2 - Informations transmises sur la contraception d'urgence 33

ANNEXES

ANNEXE 1 - RECOMMANDATIONS DE L'ANAES

Oubli ou décalage de la prise par rapport à l'heure habituelle :

≤ 3 h si pilule microprogestative *[sauf mention spéciale de l'AMM]*
ou
≤ 12 h si pilule combinée

Prendre immédiatement le comprimé oublié

Poursuivre le traitement à l'heure habituelle (même si 2 comprimés doivent être pris le même jour)

> 3 h si pilule microprogestative *[sauf mention spéciale de l'AMM]*
ou
> 12 h si pilule combinée

Prendre immédiatement le comprimé oublié

Poursuivre le traitement à l'heure habituelle (même si 2 comprimés doivent être pris le même jour)

En cas de rapport sexuel dans les 7 jours suivants ***utiliser simultanément*** une seconde méthode contraceptive non hormonale (par ex. ***préservatifs***)

En cas de pilule combinée, si la période de sécurité de 7 jours avec préservatifs s'étend au-delà du dernier comprimé actif de la plaquette en cours ***supprimer l'intervalle libre*** *et démarrer la plaquette suivante le jour suivant la prise du dernier comprimé actif*

Par précaution, si un rapport sexuel a eu lieu dans les 5 jours précédant l'oubli ou si l'oubli concerne au moins 2 comprimés, utiliser une ***méthode de rattrapage*** (si le délai d'efficacité de cette méthode n'est pas dépassé) (accord professionnel)

Schéma 1. Conduite à tenir en cas d'oubli ou de décalage de la prise d'une pilule

ANNEXE 2 – LE QUESTIONNAIRE

Questionnaire de thèse

La prise en charge de l'oubli de pilule contraceptive par les médecins généralistes de l'Oise

1. Sexe : ☐ Femme ☐ Homme 2. Lieu d'exercice : ☐ Urbain ☐ Semi rural ☐ Rural

3. Age : ☐ < 35 ☐ 35-55 ☐ > 55

4. Année d'installation : ☐ < 1985 ☐ 1985-2001 ☐ 2002-2018

5. Mode d'exercice : ☐ Seul ☐ En groupe ☐ En MSP

6. Activité complémentaire : ☐ Non Oui : ☐ PMI ☐ CPEF (planification) ☐ Autre : _____

7. Formation en gynécologie :

☐ Cours de la faculté ☐ Stage d'externe ☐ Stage d'interne

☐ DIU Gynéco-obstétrique ☐ FMC – Congrès – EPU ☐ Revues médicales

8. Sur les deux dernières semaines :

Nbre de consultations en lien avec la gynécologie :_____

Nbre de consultations totales : _____

9. Quels moyens contraceptifs prescrivez-vous ?

☐ Pilule ☐ DIU ☐ Implant ☐ Patch ☐ Anneau

10. Quels gestes pratiques de gynécologie effectuez-vous ?

☐ Aucun ☐ Frottis ☐ Pose de DIU ☐ Retrait DIU ☐ Pose d'implant ☐ Retrait Implant

La gestion de l'oubli de pilule

11. Demandez-vous à vos patientes la survenue d'oubli(s) de pilule ? ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

☐ Lors du renouvellement de pilule ☐ A chaque consultation ☐ Autre : _____

12. Donnez-vous l'information sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule ?
☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

Dans quelles circonstances :

☐ Prescription initiale ☐ Renouvellement ☐ A chaque consultation ☐ Autre : _____

De quelle façon : ☐ Spontanément ☐ A la demande de la patiente

13. Transmettez-vous un support écrit ? ☐ Oui ☐ Non

14. Quels conseils donnez-vous pour anticiper l'oubli ?

☐ Alarme de téléphone ☐ Application mobile ☐ Site internet

☐ Geste quotidien associé à la prise de pilule ☐ Autre : _____

15. Suggérez-vous un horaire de prise ?

☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir

16. Quels conseils donnez-vous en cas de vomissements et/ou diarrhée après la prise ?

_____

_____

17. Quels conseils donnez-vous en cas de voyage à l'étranger ?

_____

_____

18. Quels conseils donnez-vous lors d'un oubli de pilule oestro-progestative **de moins de 12 heures** ?

☐ Prendre immédiatement le comprimé oublié ☐ Poursuivre la plaquette en cours

☐ Autre : _____

19. Quels conseils donnez-vous lors d'un oubli de pilule oestro-progestative **de plus de 12 heures** ?

☐ Prise immédiate du comprimé oublié

☐ Poursuite de la plaquette en cours

☐ Suppression de l'intervalle libre entre 2 plaquettes (ou saut des comprimés inactifs si pilule en continu) et enchaîner avec une nouvelle plaquette si l'oubli concerne un des 7 derniers comprimés de la plaquette

☐ Utilisation de préservatifs dans les 7 jours suivants

☐ Prise d'une contraception d'urgence si rapport sexuel non protégé dans les 5 jours précédents

☐ Test de grossesse si retard ou absence de règles dans les 3 semaines

☐ Dépistage VIH

☐ Consultation Gynécologue

☐ Autre : _____

20. Dans quels contextes prescrivez-vous la contraception d'urgence ?

☐ A la demande de la patiente ☐ En prescription anticipée ☐ Autre : _____

21. Dans le cadre d'une prescription anticipée, à quelle occasion est-elle réalisée ?

☐ Lors de la prescription initiale de pilule ☐ Lors du renouvellement

☐ Chez les femmes sans contraception ou avec méthodes barrières

22. Quelles informations transmettez-vous sur la contraception d'urgence ?

☐ Aucune ☐ Lieu d'obtention ☐ Modalités de prise

☐ Délai de prise ☐ Risque d'échec ☐ Autre : _____

23. Quels moyens de contraception d'urgence prescrivez-vous ?

☐ Pilule Norlevo® ☐ Pilule Ellaone® ☐ DIU au cuivre

24. Quels conseils donnez-vous en cas d'oublis répétés ?

☐ Rappel de la conduite à tenir ☐ Orientation vers le gynécologue

☐ Proposition de changement de contraceptif

25. En cas de changement de contraceptif, que proposez-vous :

☐ Pilule en continu ☐ Implant ☐ DIU ☐ Anneau ou patch

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

ANNEXE 3 – MODÈLE BERCER DE L'OMS

Bienvenue En pratique, en dehors de l'accueil en lui-même de la consultante et de la présentation du soignant, la première phase vise essentiellement à favoriser une relation d'équivalence et à rassurer la consultante. Le soignant l'assure de la confidentialité des entretiens et présente le rôle, les objectifs et le déroulement possibles de la ou des consultations.

Entretien La phase d'entretien se veut interactive. Elle a pour objectif prioritaire le recueil d'informations sur la femme, son état de santé, ses besoins propres et ses éventuels problèmes. Elle donne lieu à un « entretien » et à un examen clinique. Au cours de cet entretien, le soignant explore en complément de la clinique le contexte de vie de la consultante, son expérience en matière de contraception, sa vision des choses. Cette phase est propice au développement d'un diagnostic éducatif.

Renseignement La phase de renseignement est également individualisée, elle vise à la délivrance par le soignant d'une information hiérarchisée et sur mesure, compréhensible et adaptée au rythme et aux connaissances de la consultante. Il est essentiel que le soignant s'assure de la compréhension de l'information qu'il aura fournie. Celle-ci concerne en particulier les méthodes qui intéressent la consultante ou qu'elle préfère (leurs bénéfices, leurs CI, les risques graves, même exceptionnels, leur intérêt, leurs inconvénients, leurs coûts). Le soignant l'informe des options et alternatives qu'il juge adaptées à sa situation personnelle. Il est possible de fournir un document écrit en complément de l'information orale.

Choix Le soignant souligne que la décision finale appartient à la consultante seule. Pour l'aider à la décision, son attention et sa réflexion peuvent être attirées sur des projets personnels, sa situation de famille, ses préférences et les préférences éventuelles de son partenaire, les bénéfices et les risques des différentes méthodes, les conséquences de son choix. Le soignant s'attache également à faire réfléchir la femme sur la possibilité qu'elle a, compte tenu de sa trajectoire personnelle, de respecter la méthode. Il s'assure au final de son plein accord et de l'absence de réticences vis-à-vis de la méthode choisie.

Explication La phase d'explication est orientée sur l'explication de la méthode et de son emploi et vise, s'il y a lieu, à l'établissement d'une prise en routine (par ex. des conseils sur la prise à heure régulière d'une pilule, le soir après un repas). En pratique, elle comprend si possible une démonstration de son usage et peut avantageusement même donner lieu à un apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même. Le soignant renseigne la consultante sur les possibilités de rattrapage en cas de problème et lui indique où et dans quelles conditions elle peut se procurer ces différentes méthodes. Sont enfin abordées les raisons médicales qui peuvent justifier son retour ainsi que la programmation et la planification de la consultation suivante.

Retour Les consultations de suivi sont l'occasion de réévaluer la méthode et de vérifier qu'elle est adaptée à la personne (au besoin de corriger son emploi) et que celle-ci en est satisfaite. Ces consultations sont également l'opportunité de compléter la contraception ou éventuellement de changer de méthode si la méthode choisie se révèle inadaptée (en raison par ex. d'effets indésirables) ou insuffisante (en raison par ex. d'une exposition aux IST). Le cas échéant sont notamment abordés les points qui n'auront pu être évoqués lors de la ou des précédentes consultations. Le soignant s'intéresse également aux questions que se pose la consultante et s'attache à résoudre les problèmes, cliniques ou d'emploi, qu'elle a pu rencontrer dans l'intervalle des 2 consultations. Il prend en compte les modifications de sa trajectoire individuelle et sociale. L'entretien se termine par la programmation et la planification de la consultation suivante.

RÉSUMÉ

La prise en charge de l'oubli de pilule contraceptive par les Médecins Généralistes de l'Oise

Introduction : La pilule est restée la méthode contraceptive la plus utilisée en France malgré des oublis fréquents. L'attitude des femmes en cas d'oubli n'était pas adaptée alors qu'elles s'estimaient bien informées sur la conduite à tenir. Les grossesses non prévues étaient essentiellement secondaires à une erreur de contraception. Le médecin généraliste a toujours tenu une place importante dans la santé des femmes notamment en matière de contraception.

Objectif : Préciser la manière dont les médecins généralistes géraient l'oubli de pilule.

Matériel et méthodes : Etude quantitative, descriptive par auto-questionnaire de mai à juin 2018 auprès de 350 médecins généralistes de l'Oise, sélectionnés par tirage au sort.

Résultats : 89 médecins ont répondu. Tous prescrivaient la pilule.
L'ensemble des médecins interrogeait sur la survenue d'oubli et informait sur la conduite à tenir en cas d'oubli (surtout en prescription initiale).
En cas d'oubli de plus de 12h, les réponses étaient disparates. Peu de médecins informaient leurs patientes de la suppression de l'intervalle libre entre 2 plaquettes.
En cas d'oublis répétés, beaucoup proposaient un changement de contraceptif.
Peu de conseils étaient donnés en cas de troubles digestifs ou de voyage à l'étranger.
La contraception d'urgence était peu prescrite de manière anticipée.

Discussion : Les Recommandations de l'ANAES 2004 en cas d'oubli étaient appliquées mais de façon inhomogène. La prévention de l'oubli de pilule était une priorité.

Conclusion : La gestion de l'oubli de pilule était fréquente mais hétérogène parmi les médecins généralistes. Il serait nécessaire de renforcer leur formation en gynécologie.

Mots clés : contraceptif oral, échecs contraceptifs, médecine générale, grossesses non prévues, prévention.

ABSTRACT

The management of the forgetfulness of contraceptive pill by the General Practitioners of the Oise

Introduction: The pill has remained the most used contraceptive method in France despite frequent forgetfulness. The attitude of the women in case of forgetfulness was not adapted when they considered themselves well informed on the behavior to hold. Unplanned pregnancies were mainly secondary to contraceptive error. The general practitioner always maintened an important place in the health of women especially in terms of contraception.

Objective: To specify how GPs manage forgetfulness of pills.

Material and methods: Quantitative, descriptive study by self-questionnaire from May to June 2018 among 350 general practitioners of the Oise, selected by drawing lots.

Results: 89 doctors responded. All prescribed the pill.
Almost all questioned the occurrence of forgetfulness and informed on the behavior to take in case of forgetting (especially in initial prescription).
In case of forgetfulness of more or less of 12h, the answers were disparate and little informed of the suppression of the free interval between 2 platelets.
In case of repeated oversights, many proposed a change of contraceptive.
They gave little advice in case of digestive disorders or travel abroad.
Emergency contraception was poorly prescribed in advance.

Discussion: The ANAES 2004 recommendations for forgetting were applied but in an inhomogeneous way. Prevention of pill forgetting was a priority.

Conclusion: The management of pill forgetting was frequent but heterogeneous among general practitioners. It was necessary to strengthen their training in gynecology.

Key words: oral contraceptives, contraceptive failures, general practice, unplanned pregnancies, prevention