

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
**SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement le : **13 septembre 2016**

Par **Stéphanie LACROIX-AUDION**

**«Le recueil d'informations réalisé par les médecins généralistes lors de la consultation pour une première prescription de contraception (hors post-partum et post-IVG) est-il en accord avec les recommandations de l'HAS de mars 2013 ? »**

**Directeur de Thèse : Docteur Odile BOURGEOIS**

**Jury :**

<b>Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC</b>	<b>Président</b>
<b>Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur Serge ANE</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur Anne FREYENS</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur Odile BOURGEOIS</b>	<b>Assesseur</b>

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
**SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement le : **13 septembre 2016**

Par **Stéphanie LACROIX-AUDION**

**«Le recueil d'informations réalisé par les médecins généralistes lors de la consultation pour une première prescription de contraception (hors post-partum et post-IVG) est-il en accord avec les recommandations de l'HAS de mars 2013 ? »**

**Directeur de Thèse : Docteur Odile BOURGEOIS**

**Jury :**

<b>Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC</b>	<b>Président</b>
<b>Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur Serge ANE</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur Anne FREYENS</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur Odile BOURGEOIS</b>	<b>Assesseur</b>

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2015**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYASSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

**Professeurs Émérites**

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUDA Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie	<b>P.U.</b>	
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		

**P.U. - P.H.**  
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

**P.U. - P.H.**  
2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique	M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Toxicologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme MAZEREUEW Juliette	Dermatologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
Mme HANAIRE Héliène (C.E)	Endocrinologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROSTAING Lionel (C.E).	Néphrologie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale  
Pr VIDAL Marc  
Pr STILLMUNKES André  
Professeur Associé en O.R.L.  
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	M. GASQ David	Physiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	Mme LEOBON Céline	Cytologie et histologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoît	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB Janie	Biochimie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement	M. BISMUTH Serge	<b>M.C.U.</b> Médecine Générale
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire	Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry  
Dr ABITTEBOUL Yves  
Dr CHICOULAA Bruno  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel  
Dr BOYER Pierre  
Dr ANE Serge

## **REMERCIEMENTS**

### **A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC**

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous prie de croire à l'expression de mes plus sincères remerciements.

### **A Madame le Docteur Odile BOURGEOIS**

Vous m'avez transmis votre amour pour la médecine générale avec votre écoute et votre bienveillance. Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de diriger mon travail de thèse. Merci pour votre aide et vos précieux conseils.

### **A Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail avec votre expérience en soins primaires et en gynécologie. Veuillez accepter l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

### **A Madame le Docteur Anne FREYENS**

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse avec votre regard de femme habituée de la gynécologie. Veuillez accepter l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

### **A Monsieur le Docteur Serge ANE**

Vous me faites l'honneur de juger mon travail avec votre expertise en éducation thérapeutique. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

### **Aux médecins qui ont participé à cette étude**

Veuillez accepter l'expression de mes plus sincères remerciements pour le temps que vous avez consacré à répondre à mon questionnaire et la pertinence de vos réponses. Cette thèse n'aurait pas pu être menée à bien sans votre concours.

Aux Docteurs Thierry VOISIN et Sophie PEIFFER et à toute l'équipe de l'UCC à Casselardit, vous m'avez énormément apporté pour mon premier semestre d'internat.

Aux Docteurs Jean-Jacques BOUCHE et Jean-Marc CASTADERE pour m'avoir transmis votre amour de la médecine générale. Vos grandes qualités de cliniciens et pédagogues m'ont guidé durant mon apprentissage de la médecine générale.

Au Docteur Marie-Josée RENAUDIE. Vous m'avez transmis votre passion pour la gynécologie. Votre écoute et votre grande rigueur m'ont fait progresser.

A l'équipe de la PMI et du CPEF du Gers qui m'a accompagnée dans mon apprentissage de deux versants de la médecine qui me sont chers : la santé de la femme et de l'enfant.

Aux Docteurs Serge HUET, Chérif HERZI, Michel SABATIER et à l'équipe du cabinet de Saint Béat. J'ai passé à vos côtés l'un de mes semestres d'internat les plus riches. Vos qualités humaines d'écoute et d'empathie ont été précieuses.

Aux Docteurs Marylène PAGES, Laurence BAYONNE et Nadège GUYON. Vous êtes une formidable équipe de médecins généralistes très consciencieuses et à l'écoute de leurs patients. J'ai adoré travailler à vos côtés pendant ces quelques mois.

A ma famille bien entendu.

D'abord à mes parents. Merci de votre soutien tout au long de ces longues années d'études, aux valeurs de travail et d'humanisme que vous avez su me transmettre. Je vous dédie ce travail. Et merci papa pour le coup de main pour les stats !

A mes frères et sœurs. Vous avez toujours su être à mes côtés et m'avez soutenue dans mes projets. Malgré la distance vous gardez une place si particulière dans mon cœur ! Merci d'avoir toujours été là pour moi. A toi « Marmotton » qui je pense me connais mieux que personne, que cette incroyable complicité gémellaire que nous partageons perdure malgré nos trajectoires de vie. A vos conjoints et à vos enfants que j'adore !

A ma belle-famille qui avez su m'adopter telle que je suis. Merci de m'avoir si facilement intégrée dans la famille. Merci pour votre soutien.

A mes amis, vous êtes ma seconde famille.

A toi Sophie, rencontrée sur les bancs de la fac en P1. Comment résumer 10 ans d'amitié en quelques lignes ? Tu es une amie formidable, toujours présente et à l'écoute. Merci pour cela. Nos quelques semaines de colloc à Montréal resteront inoubliables pantoute !

PS : j'espère que tu auras pensé à apporter « Bibouche » pour la soutenance.

A toi Anne-So, tu as été un véritable « coup de foudre d'amitié » rencontrée sur un télésiège... tu es une belle personne, pétillante, pleine de vie et toujours disponible pour ses amis. PS : je suis sûre qu'ils manquent de néphrologues à Toulouse...

A ma Steph, fidèle amie rencontrée autours d'un verre de Ricard... Que de bons moments partagés ensemble ! Et ce défi dans lequel tu m'as embarquée... merci ! Et merci à Yves de te rendre heureuse.

Violaine et Olivier, vous êtes des gens formidables, intelligents et généreux. Et maintenant que nous sommes presque voisins...

A mes anciens co-internes, entre galères et fous-rires, que de bons souvenirs !

A mes amis de la promo angevine : Irène, Anaïs, Camille, Willou, Claire, Chloé, ... les ECN nous ont séparés mais vous gardez une place bien particulière dans mon cœur.

A toi Maryse, grande amie depuis la sixième (place au fond à côté du radiateur). Nous nous voyons vraiment trop peu. Ma porte te restera toujours grande ouverte.

A toi Julien, mon fils. Tes petits coups de pieds ont rythmé ma recherche bibliographique ! Tu es ma plus grande fierté.

Et bien sûr à toi Eric, mon mari. Tu as su prendre soin de moi durant toutes ces années. Merci pour ton amour, ton soutien, ton optimisme et ton humour qui égaye nos journées ! Et à tous nos beaux projets à venir !

## LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD : antécédents

AIT : Accident Ischémique Transitoire

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BERCER : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour

DIU : Dispositif Intra-Utérin

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

FMC : Formation Médicale Continue

GND : Grossesse Non désirée

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : HyperTension Artérielle

IDM : Infarctus Du Myocarde

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

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

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LARC : Long Active Reversible Contraception

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TVP : Thrombose Veineuse Profonde

URPS : Union Régionale des Professionnels de la Santé

## Table des matières

REMERCIEMENTS.....	7
LISTE DES ABREVIATIONS .....	10
INTRODUCTION .....	13
MATERIEL ET METHODES .....	20
A. Type d'étude et objectif principal .....	20
B. Méthodologie .....	20
1) Questionnaire .....	20
2) Recueil des données .....	21
3) Analyses statistiques .....	21
RESULTATS.....	22
A. La population de l'étude.....	22
1) Caractéristiques de la population.....	22
2) Les pratiques en gynécologie .....	23
B. Recueil d'informations réalisé par les médecins.....	27
1) Antécédents médicaux personnels .....	27
2) Antécédents familiaux.....	28
3) Antécédents d'IST ou de GND .....	28
4) Connaissances de la patiente .....	29
5) Mode de vie .....	30
6) Sexualité .....	30
7) Justifications données .....	31
C. Eventuelles alternatives proposées à la contraception orale .....	32
1) DIU (cuivre ou progestérone).....	33
2) Implant contraceptif.....	34
3) Préservatif.....	35
4) Anneau vaginal .....	36
5) Patch.....	37
6) Méthodes naturelles .....	38
D. Eléments déterminants dans le choix d'une première contraception.....	39
1) Analyse en fonction du critère de jugement.....	39
2) Analyse en fonction de la méthode contraceptive .....	39
DISCUSSION .....	42
A. Discussion autour des résultats.....	42
B. Limites.....	45
C. Pistes d'amélioration.....	46

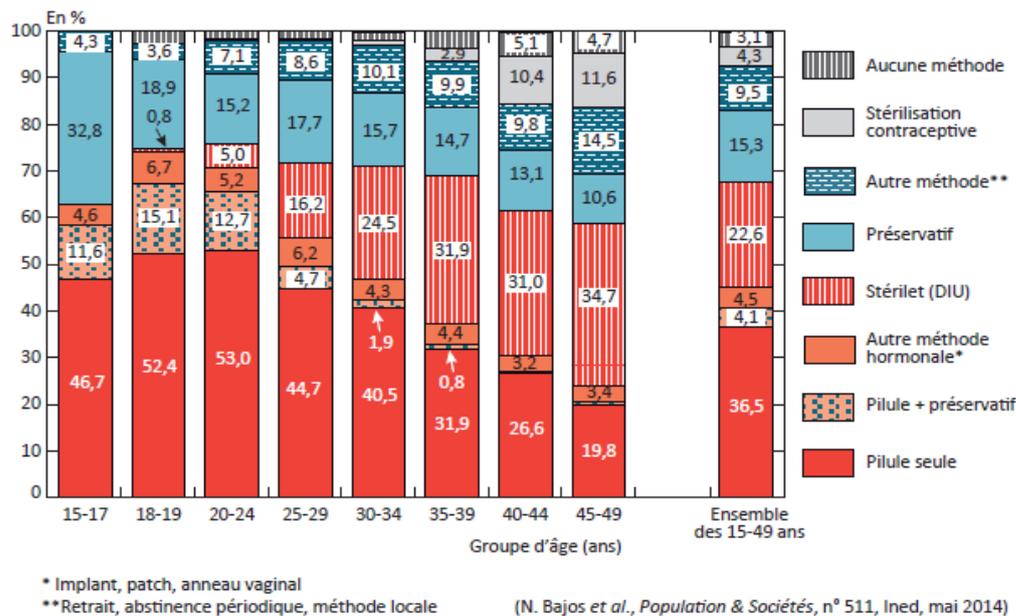
CONCLUSION .....	47
BIBLIOGRAPHIE .....	49
ANNEXES.....	52
Annexe 1 : HAS, Contraception : prescription et conseils aux femmes, 2013 .....	52
Annexe 2 : HAS, Aider la personne à choisir une contraception adaptée, 2014.....	56
Annexe 3 : Questionnaire .....	59
Annexe 4 : Description de la population des médecins généralistes .....	67
1) Age et sexe, données issues du Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2015 (30) 67	
2) Nombre moyen d'actes quotidiens selon le Baromètre Santé des Médecins Généralistes en 2009 (données nationales) (28) .....	67
Annexe 5 : Modèle BERGER de l'OMS (32) .....	68
Annexe 6 : HAS, Leviers concernant le choix de la contraception la mieux adaptée à chacun (23). .....	71
TABLE DES FIGURES .....	73
RESUME .....	74
ABSTRACT .....	75

## INTRODUCTION

Selon les études, entre 10 et 30% des femmes bénéficient d'un suivi gynécologique effectué par un médecin généraliste **(1-4)**. En raison de la féminisation de la profession médicale et de la diminution du nombre de gynécologues médicaux, il est légitime de penser que cette proportion va s'accroître. Aussi, notre place est majeure en matière de contraception puisque 37.9% des consultations de contraceptions sont effectuées par un généraliste (contre 61.4% pour le gynécologue) **(1)** et que les généralistes sont à l'origine de l'initiation de 45% des contraceptions orales **(4)**. De plus, dans l'étude « Les français et la contraception » menée par l'INPES en 2007, à la question « à qui devrait s'adresser une personne qui aurait besoin d'un conseil sur la contraception ? », le médecin généraliste est cité le plus souvent et à la question « en quelle source d'information avez-vous le plus confiance pour obtenir des informations sur la contraception ? », le généraliste est encore spontanément cité en premier **(5)**, ce qui témoigne du crédit qui lui est porté par les patients en matière de contraception.

Par ailleurs, il existe un paradoxe en France à savoir que le taux de recours et de diffusion de la contraception est l'un des plus élevés d'Europe mais le taux d'IVG reste globalement stable à un niveau élevé (environs 230 000 IVG / an soit environs 15.6 IVG pour 1000 femmes) **(6)** et serait même en légère augmentation dernièrement (+4.7% entre 2012 et 2013 **(7)**). Ainsi, environs 30 % des grossesses seraient non prévues (et même une sur deux chez les 15-24 ans) dont les 2/3 surviennent sous contraception et dont 21% sous pilule **(8)**. Les échecs contraceptifs sont donc nombreux et reflètent une inadéquation des méthodes et pratiques contraceptives.

Aussi, la contraception orale occupe une place prépondérante parmi les contraceptifs utilisés, notamment chez les femmes jeunes (56% pour l'ensemble des tranches d'âge et 83.4% des contraceptifs en France en 2010 chez les 20-24 ans) **(9)** même si le recours à la contraception orale est en léger recul depuis quelques années, notamment depuis le débat médiatique sur les pilules de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération fin 2012 (50% des contraceptifs en 2014) **(10)**. **(Figure 1)**



Source : Enquête Fécond (2013), Inserm-Ined.  
 Champ : femmes de 15-49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant (soit 75 % de l'ensemble des femmes de 15-49 ans).

**FIGURE 1: METHODES DE CONTRACEPTION UTILISEES EN FRANCE EN 2013 SELON L'AGE DES FEMMES (ENQUETE FECOND, 2013)**

Or, bien que l'efficacité théorique de la pilule soit excellente, dans la pratique quotidienne son efficacité est moindre. On observe ainsi environ 8% de grossesses lors de la première année d'utilisation de la pilule en pratique courante contre 1% en utilisation optimale (11). Cette différence s'explique en majeure partie par des difficultés d'observance. Ainsi, dans l'étude GRECO menée en 2006 qui s'intéressait aux grossesses survenant sous contraception orale en France, l'oubli de pilule représentait 60.8% des échecs et 80.1% des facteurs favorisant identifiés pouvant expliquer l'échec de la contraception orale (12). De plus, 21% des femmes sous pilule déclarent oublier au moins un comprimé par plaquette et ce taux s'élève même à 27% chez les 21-30 ans (5) (Figure 2). Une autre étude menée dans 3 départements français a montré que 92% des femmes interrogées sous contraception orale avaient oublié de prendre leur pilule entre 1 et 5 fois au cours des 6 mois précédents (13).

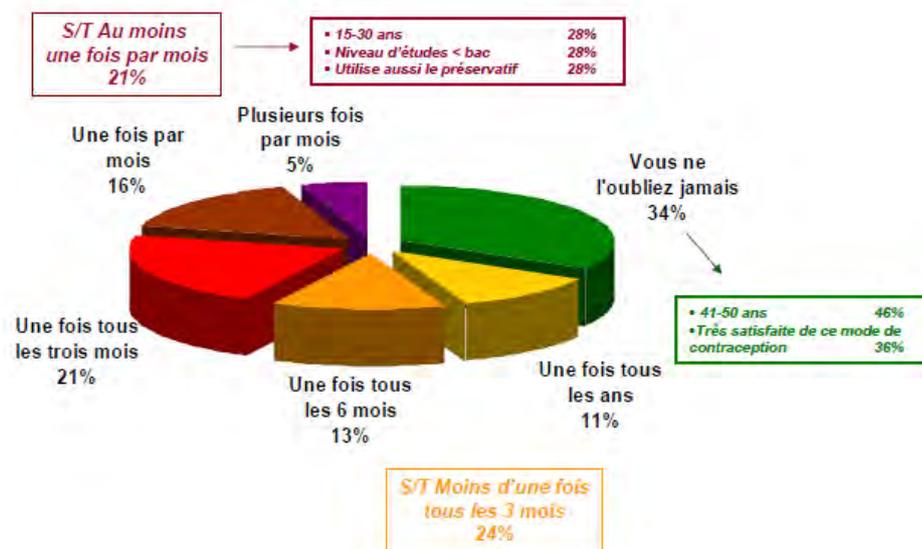
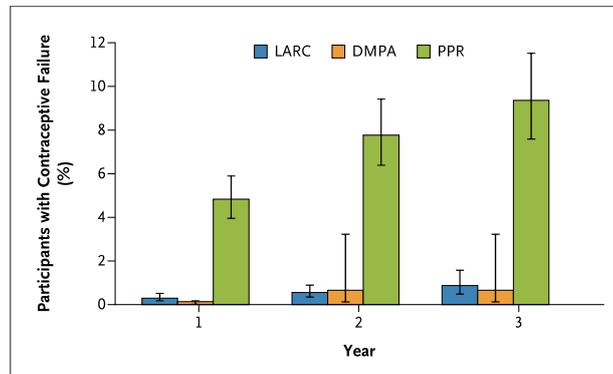


FIGURE 2 : « EN CE QUI VOUS CONCERNE, DIRIEZ-VOUS QU'IL VOUS ARRIVE D'OUBLIER VOTRE PILULE PENDANT UN JOUR OU PLUS ? » (SOURCE : INPES, LES FRANÇAIS ET LA CONTRACEPTION, 2007).

En outre, environ 20 000 IVG/an en France seraient liées à un oubli de pilule (11) et l'oubli de pilule est invoqué dans 30.1% des cas de recours à la contraception d'urgence (14). En 2003, 20.9% des grossesses non désirées ont eu lieu chez des femmes qui étaient sous pilule et 23,1 % des femmes qui ont eu une IVG en France prenaient la pilule (11).

Par ailleurs, il existe des alternatives à la pilule qui contournent ce problème d'observance. Une étude publiée dans le *New-England Journal of Medicine* en 2012 démontre que le taux d'échec (grossesse non désirée) est de 4.8% la première année d'utilisation pour les pilules, patch et anneaux alors qu'il n'est que de 0.3% pour les DIU (Dispositif Intra-Utérin) ou implants, encore appelés les « Long Acting Reversible Contraception » (LARC) (Figure 3). De plus, le risque d'échec contraceptif serait 20 fois supérieur pour les utilisatrices de pilule, anneau ou patch par rapport aux utilisatrices de LARC (15).

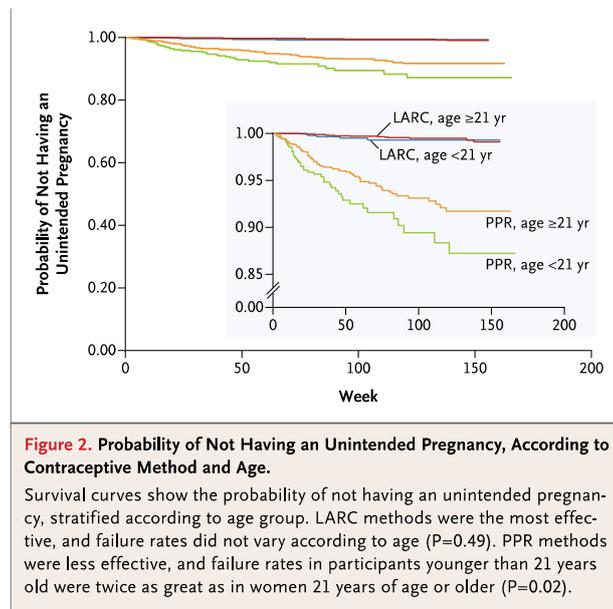


**Figure 1. Cumulative Percentage of Participants Who Had a Contraceptive Failure at 1, 2, or 3 Years, According to Contraceptive Method.**

Bars depict the cumulative percentage of participants who had a contraceptive failure with long-acting reversible contraception (LARC), depot medroxyprogesterone acetate (DMPA), or pill, patch, or ring (PPR) at 1, 2, or 3 years. Participants using PPR had significantly more unintended pregnancies than those using LARC ( $P < 0.001$ ) or DMPA ( $P < 0.001$ ).

**FIGURE 3 : POURCENTAGE CUMULE DE PARTICIPANTES QUI CONNAISSAIENT UN ECHEC CONTRACEPTIF A UN, DEUX OU TROIS ANS, EN FONCTION DE LA METHODE CONTRACEPTIVE. (SOURCE : WINNER B, ET AL. EFFECTIVENESS OF LONG-ACTING REVERSIBLE CONTRACEPTION. NEJM, 2012).**

De plus, selon cette même étude, le risque d’avoir une grossesse non désirée est 2 fois plus élevé parmi les patientes de moins de 21 ans sous pilule, patch ou anneau par rapport aux patientes plus âgées alors que ce taux ne varie pas en fonction de l’âge pour le groupe sous LARC (**Figure 4**).



**FIGURE 4 : PROBABILITE DE NE PAS AVOIR DE GROSSESSE NON DESIREE, EN FONCTION DE LA METHODE CONTRACEPTIVE ET DE L'AGE. (SOURCE: WINNER B, ET AL. EFFECTIVENESS OF LONG-ACTING REVERSIBLE CONTRACEPTION. NEJM, 2012).**

Par ailleurs, bien que le recours à la contraception d'urgence soit en augmentation ces dernières années, le taux d'IVG n'a pas diminué pour autant. Il apparaît que la contraception d'urgence est globalement méconnue du grand public (seulement 5% des personnes interrogées connaissent le délai d'efficacité de la pilule du lendemain, 35% pensent que la pilule du lendemain ne concerne que les moins de 25 ans selon l'INPES en 2007) (5). Parmi les femmes exposées à un risque de grossesse non prévue, la majorité (63%) explique ne pas avoir eu recours à la contraception d'urgence car le risque de grossesse n'était pas perçu et 20% n'y avait même pas pensé (12).

Nous sommes finalement devant ce que les chercheurs en sociologie de la contraception appellent « un modèle contraceptif figé » à savoir un recours important au préservatif en début de vie sexuelle puis l'utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise puis le recours au DIU quand les couples ont eu les enfants qu'ils désiraient. Face à ce constat, de nombreuses campagnes ont été menées afin de sensibiliser à la fois la population mais aussi les professionnels de santé sur la variété des contraceptifs existants et des situations personnelles (« la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit », « la contraception qui vous convient existe », « certaines femmes pensent à leur

pilule quoi qu'il arrive. Si vous avez tendance à l'oublier, il y a d'autres contraceptifs plus adaptés », ...).

Une revue systématique de la littérature menée par l'HAS en 2004 démontre que les femmes pour qui le choix d'une méthode contraceptive est libre et éclairé sont plus susceptibles d'utiliser cette méthode avec une meilleure observance au long cours **(16)**. De même, plus les femmes sont impliquées dans le choix de leur contraception, plus elles en sont satisfaites et moins elles connaissent d'échec **(17)**.

Face à ces constats, l'HAS a publié des recommandations à l'attention des professionnels de santé. Tout d'abord en 2004, dans « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » l'HAS décrit les différentes méthodes contraceptives disponibles (dont la contraception d'urgence) ainsi que leurs modalités d'utilisation et précise la conduite à tenir dans certaines situations particulières. Plus récemment en 2013, l'HAS a publié une série de fiches mémo qui mettent l'accent sur la diversité des méthodes disponibles et l'importance d'un choix éclairé pour la patiente. L'HAS insiste sur l'intérêt d'une consultation dédiée à l'instauration d'une contraception qui doit permettre « un choix personnalisé après une information éclairée ». Elle a pour objectifs, par un recueil d'informations, d'évaluer les attentes, les besoins, les connaissances et les habitudes de vie de la patiente et de fournir une information individualisée sur les différentes méthodes disponibles, afin d'aboutir éventuellement à la prescription de la méthode contraceptive choisie par la patiente, la plus adaptée et acceptable pour elle. Les experts proposent ainsi une trame de consultation composée d'un entretien « dont le champ est large, tant au plan médical qu'au plan du vécu de la femme », d'un examen clinique et éventuellement biologique visant à rechercher des contre-indications et à faire de la prévention, puis d'une phase d'informations sur les méthodes existantes et la façon d'utiliser la méthode choisie. Par ailleurs, l'HAS recommande un suivi qui vise à évaluer « l'adéquation de la méthode choisie, son observance, sa tolérance, et la satisfaction de la femme » **(18)** . Les recommandations sont disponibles en **Annexe 1 et 2**.

Dans ce contexte, mon travail consiste à évaluer les pratiques d'un échantillon de médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées concernant le recueil d'informations lors d'une première demande contraceptive. Les données recueillies seront ensuite comparées aux recommandations de l'HAS de mars 2013.

## **MATERIEL ET METHODES**

### ***A. Type d'étude et objectif principal***

Il s'agit d'une enquête d'évaluation de pratiques réalisée auprès de médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées.

L'objectif principal est de dresser un état des lieux des pratiques des médecins généralistes de la région concernant le recueil d'informations lors d'une première prescription contraceptive. Les situations particulières du post-IVG et du post-partum ont été exclues.

### ***B. Méthodologie***

Un questionnaire anonyme a été adressé par mail auprès de l'ensemble des médecins généralistes inscrits sur les listes de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de Midi-Pyrénées disposant d'une adresse mail.

Il s'agit d'un questionnaire à réaliser en ligne à l'aide de l'outil « Google Forms ». Les médecins ont reçu de la part de l'URPS un mail expliquant les objectifs de ce travail de recherche et étaient invités à suivre le lien internet vers ce questionnaire.

Le sujet de thèse a été validé par la Commission des Thèses du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse en mars 2015, puis le questionnaire a été validé par la Commissions Recherche et Thèse de l'URPS Midi Pyrénées en juillet 2015. Le questionnaire a été revu avant son envoi avec le statisticien et informaticien de l'URPS, Monsieur AMATULLI.

#### **1) Questionnaire**

La première partie renseigne sur le médecin remplissant le questionnaire afin de définir l'échantillon de la population étudié (sexe, âge, nombre moyen de consultations de gynécologie, pose ou non de DIU...).

Puis, la deuxième partie concerne les éléments recherchés lors d'une première consultation pour une contraception.

Enfin, lors de la troisième partie, les médecins sont interrogés sur leurs pratiques en cas de difficultés suspectées avec la contraception orale et sur les éléments qui leur semblent déterminants dans le choix d'une première contraception.

Il s'agit de questions fermées mais les médecins sont invités à justifier certaines réponses.

Le questionnaire est disponible en **Annexe 3**.

## **2) Recueil des données**

Le questionnaire a été envoyé par mail le 21 juillet 2015, puis le recueil de données a été clôturé le 13 septembre 2015 après envoi d'une relance le 1<sup>er</sup> septembre 2015.

## **3) Analyses statistiques**

Les résultats ont été intégrés puis analysés grâce au logiciel Microsoft Excel®. L'analyse des variables est qualitative.

Pour chaque item, des analyses en sous-groupes en fonction des critères : sexe, âge, nombre moyen de consultations de gynécologie par semaine et nombre moyen de consultations par semaine ont été effectuées afin de déterminer si certains de ces critères étaient statistiquement discriminants, au risque alpha à 5 % à l'aide du test d'indépendance du Khi2.

## RESULTATS

Le lien vers le questionnaire a été envoyé par mail aux 2 300 médecins généralistes inscrits sur les listes de l'URPS de la région Midi-Pyrénées. 206 réponses ont été obtenues mais 2 questionnaires ont été exclus car incomplets (sur ces deux questionnaires seules les deux premières réponses ont été obtenues). Ainsi, 204 questionnaires ont pu être exploités, soit un taux de réponse de 8,9%.

Des données épidémiologiques concernant les médecins généralistes de la région Midi Pyrénées sont données en **Annexe 4** afin de comparer l'échantillon de cette étude à la population régionale.

### ***A. La population de l'étude***

#### **1) Caractéristiques de la population**

92 hommes et 112 femmes ont répondu au questionnaire soit une répartition de 45 % d'hommes et 55 % de femmes.

L'âge moyen de la population est de 46,4 ans avec la répartition selon la tranche d'âge représentée sur la **figure 5**.

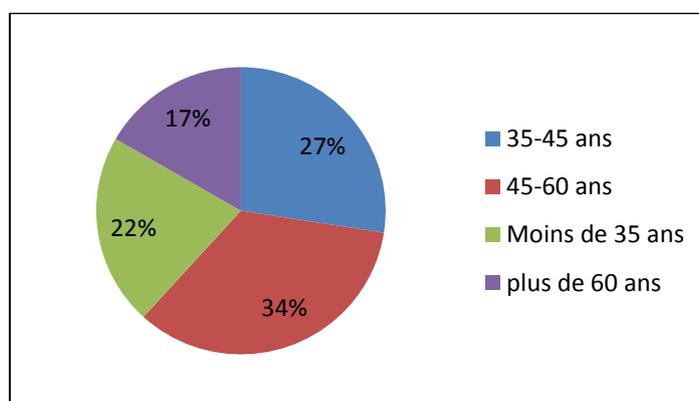


FIGURE 5 : REPARTITION PAR TRANCHES D'AGE DE LA POPULATION DE L'ETUDE

86,3 % des médecins interrogés font entre 50 et 150 consultations (tous motifs confondus) par semaine, 4,9 % en font moins de 50 par semaine et 8,8 % en font plus de 150 par semaine. Les hommes interrogés réalisent statistiquement plus de consultations par semaine que les femmes. De même, l'âge est un facteur discriminant, les médecins

plus âgés (plus de 45 ans) effectuant d'avantage de consultations que les plus jeunes. (Figure 6).

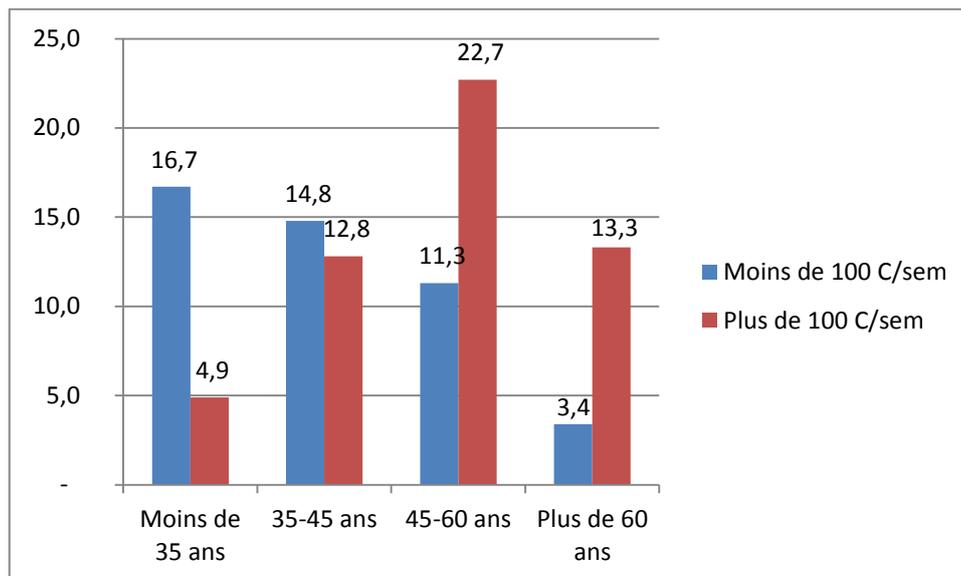


FIGURE 6 : REPARTITION DE LA POPULATION SELON SI ELLE EFFECTUE PLUS OU MOINS DE 100 CONSULTATIONS TOUT MOTIF PAR SEMAINE, EN FONCTION DE L'AGE DU PRATICIEN, (DONNEES EN POURCENTAGE DES REpondANTS)

## 2) Les pratiques en gynécologie

### a. Consultations de gynécologie

Environ la moitié (46,8 %) des médecins interrogés effectuent entre 4 et 10 consultations de gynécologie par semaine, 38,0 % des médecins en font moins de 3 par semaine (Figure 7).

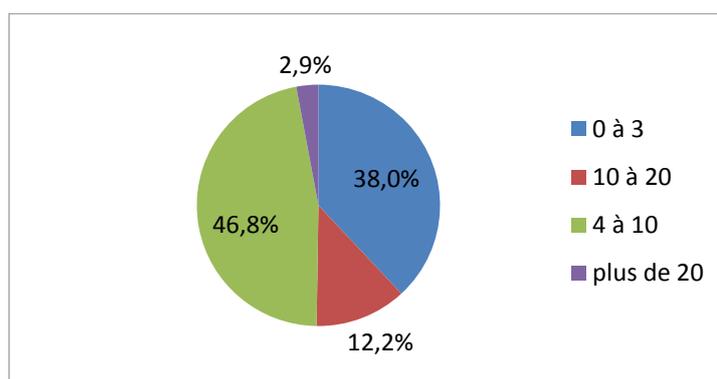


FIGURE 7: NOMBRE DE CONSULTATIONS DE GYNECOLOGIE EFFECTUEES PAR SEMAINE PAR LA POPULATION DE L'ETUDE

Les femmes médecin font statistiquement plus de consultations de gynécologie que les hommes. Par exemple 68,8 % des femmes déclarent faire entre 4 et 20 consultations de gynécologie par semaine contre 47,8 % des hommes. En revanche l'âge du praticien n'apparaît pas être un facteur influençant le nombre de consultations de gynécologie.

Par ailleurs, le nombre de consultations de gynécologie est plus élevé chez les médecins ayant une « plus grosse activité » globale. **(Figure 8)**. Par exemple, 70,0 % des médecins qui font moins de 50 consultations par semaine déclarent effectuer moins de 3 consultations de gynécologie par semaine contre 31,9 % des 100-150 consultations/semaine et 22,2 % de ceux qui font plus de 150 consultations/sem.

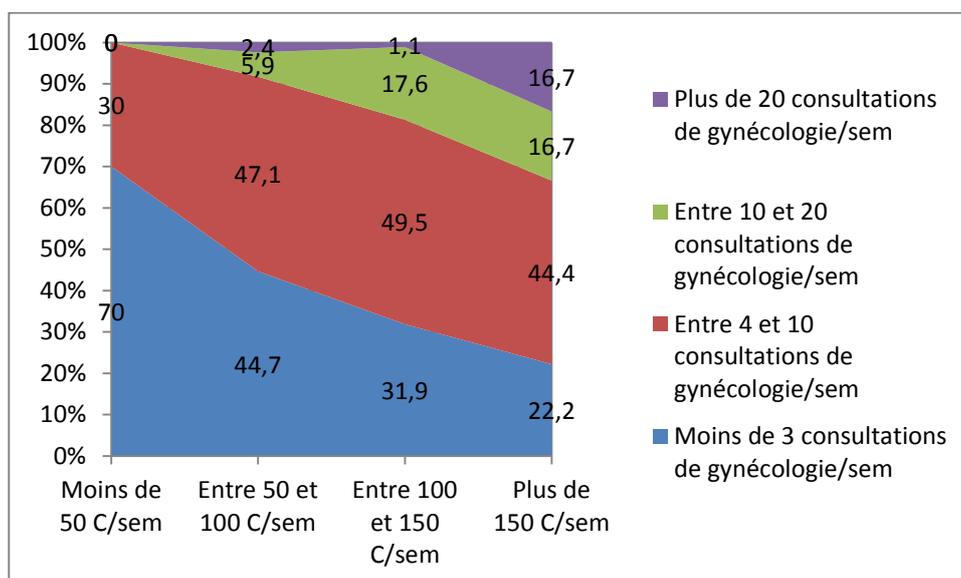


FIGURE 8: POURCENTAGE DE CONSULTATIONS DE GYNECOLOGIE EFFECTUEES EN FONCTION DE L'ACTIVITE GLOBALE DU PROFESSIONNEL

### b. Consultation dédiée à l'instauration d'une contraception

82,4 % des médecins interrogés déclarent effectuer systématiquement une consultation dédiée pour l'initiation d'une contraception. Les femmes y consacrent plus souvent que les hommes une consultation (93,8 % contre 68,5 % des hommes). En revanche, ni l'âge du médecin, ni son activité globale ni son niveau d'activité en gynécologie n'étaient statistiquement discriminants.

Si le médecin interrogé ne réalisait pas systématiquement une consultation dédiée, il était amené à justifier sa réponse en commentaire libre. Les raisons invoquées sont les

suivantes (sachant que n correspond au nombre de personnes ayant donné cette justification, converti ensuite en pourcentage des justifications données):

- demande formulée au décours d'une autre consultation / un motif parmi d'autres : n=17 soit 43,6 % des justifications données
- « urgence » de la situation avec éventuellement nécessité d'une nouvelle consultation ultérieure : n=6 soit 15,4 % des justifications
- manque de temps : n=2 soit 5,1 % des justifications
- réponses données par moins de 5% des répondants : « c'est une consultation de médecine générale comme une autre » (n=2) / inutile (n=1) / « parce que je suis généraliste » (n=1) / « je ne me sens pas concerné par cette demande » (n=1) / médecin pas à l'aise avec le sujet (n=1) / « la prescription d'une contraception est contraire à la déontologie médicale » (n=1)
- pas de justifications données : n=7

### **c. Pose de DIU**

De plus, 25,5 % des praticiens déclarent poser des DIU avec des taux comparables en fonction du sexe du médecin. Les jeunes médecins et les plus de 60 ans posent plus souvent des DIU que les 35-60 ans (respectivement 27,9 % et 38,2 % contre 20,2 % pour les 35-60 ans). Aussi, les médecins avec une activité plus importante en gynécologie posent d'avantage de DIU que les autres (36,5 % pour le groupe des « plus de 4 consultations de gynécologie/semaine » contre 7,7 % pour les autres). L'activité globale du médecin n'était pas un facteur discriminant.

Les raisons invoquées par les médecins qui ne posent pas de DIU sont les suivantes :

- absence de formation ou formation insuffisante ou manque de pratique : n=96 soit 49,7 % des réponses données
- pas assez de demandes de la part des patientes : n=14 soit 7,2 % des justifications
- réponses données par moins de 5% des médecins : contraintes matérielles (cabinet peu adapté, manque de place, manque de matériel) (n=10) dont un médecin qui justifiait « absence d'échographe » / geste trop « stressant » (n=9) / risque médico-légal ou assurance trop chère (n=8) / j'adresse à un confrère ou à une sage-femme (n=8) / manque de temps (n=8) / pas de matériel de réanimation

au cabinet, pas d'oxygène (n=7) / les femmes s'adressent spontanément aux gynécologues, aux sages-femmes ou aux femmes médecins pour cela (n=7) / crainte des complications (n=4) / problème éthique (n=2) / pas intéressé (n=2) / souhaiterait se former (n=1)

- pas de justifications données : n=15

#### d. Pose d'implant contraceptif

43,3 % des médecins interrogés posent des implants contraceptifs, autant pour les hommes que pour les femmes médecins. Les médecins plus jeunes posent d'avantage d'implants que les plus âgés (**Figure 9**), et il en est de même pour les médecins qui font plus de consultations de gynécologie (28,2 % de ceux qui font moins de 3 consultations de gynécologie/semaine posent des implants contre 52,8 % pour les autres). L'activité globale du praticien n'était pas un facteur discriminant.

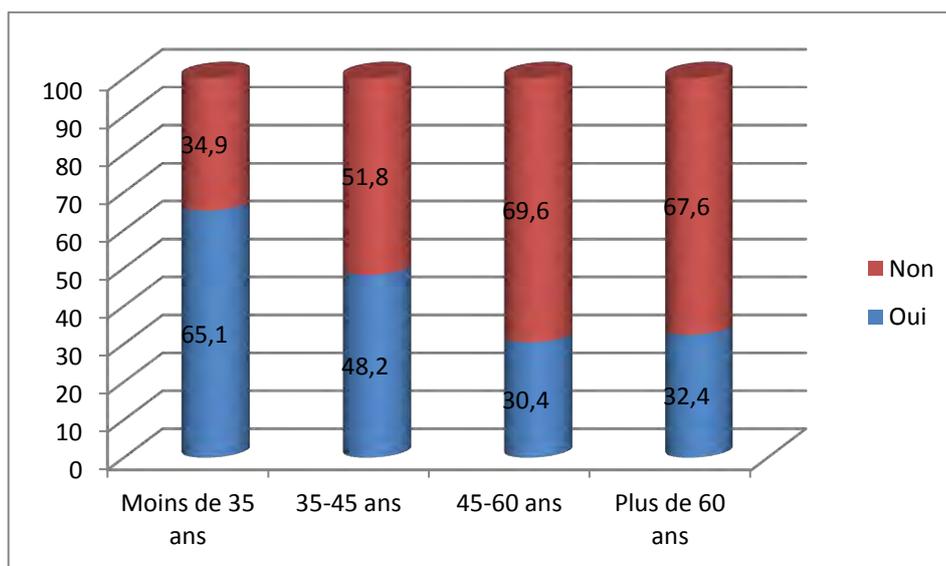


FIGURE 9: REPONSE A LA QUESTION « POSEZ-VOUS DES IMPLANTS CONTRACEPTIFS ? », EN FONCTION DE L'ÂGE DU MEDECIN. DONNEES EXPRIMEES EN POURCENTAGE DES REPONDANTS.

Les raisons invoquées par les médecins qui ne posent pas d'implant sont les suivantes :

- absence de formation ou formation insuffisante ou manque de pratique : n=69 soit 50,4 % des réponses

- pas assez de demandes : n=16 soit 11,7 %
- difficultés prévisibles au retrait : n=8 soit 5,8 %
- réponses données par moins de 5% des médecins : j'adresse vers un confrère ou une sage-femme (n=6) / les femmes s'adressent spontanément aux gynécologues, aux sages-femmes ou aux médecins femmes pour cela (n=5) / crainte des effets indésirables (n=5) / manque de temps (n=4) / pas intéressé (n=3) / souhaiterait se former (n=3) / risque médico-légal ou assurance trop chère (n=3)
- pas de justification donnée : n= 14

## ***B. Recueil d'informations réalisé par les médecins***

Dans la suite du questionnaire, les médecins étaient amenés à exprimer si lors d'une première consultation contraceptive ils recherchaient lors de l'entretien certains éléments en répondant par: « oui toujours », « oui le plus souvent », « parfois » ou « jamais ».

### **1) Antécédents médicaux personnels**

Recherchez-vous..?	ATCD thromboembolique veineux (TVP, EP) ou ATCD thromboembolique artériel (IDM, AVC, AIT, angor	ATCD personnel de cancer: sein, endomètre, colon, ovaire	ATCD de migraines (avec ou sans aura)	Facteurs de risques cardio-vasculaires (HTA, diabète, dyslipidémie)	ATCD de maladie hépatique ou pancréatique	Tabagisme
OUI toujours	90,6%	90,6%	90,5%	90,6%	90,3%	90,5%
OUI le plus souvent	6,9%	6,9%	7,0%	6,9%	7,2%	7,0%
PARFOIS	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,6%	2,5%
JAMAIS	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Total général</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

FIGURE 10: RECHERCHE DES ANTECEDENTS PERSONNELS LORS D'UNE PREMIERE CONSULTATION CONTRACEPTIVE

90,5 % des médecins interrogés déclarent systématiquement rechercher les antécédents médicaux de leur patiente lors d'une première prescription contraceptive. Aucun médecin ne déclare jamais les rechercher.

L'attitude des praticiens n'était pas statistiquement différente en fonction de leur sexe, de leur âge, de leur activité de gynécologie ni de leur activité globale.

## 2) Antécédents familiaux

Recherchez-vous...	ATCD familiaux de maladie thromboembolique avant 50 ans (TVP/EP/IDM/AVC) ou d'anomalie de la coagulation	ATCD familiaux de cancer : sein, endomètre, colon, ovaire	ATCD familiaux de dyslipidémie, diabète, HTA sévère
OUI toujours	77,2%	76,8%	77,4%
OUI le plus souvent	16,3%	16,7%	16,1%
PARFOIS	5,4%	5,6%	5,5%
JAMAIS	1,0%	1,0%	1,0%
<b>Total général</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

FIGURE 11: RECHERCHE DES ANTECEDENTS FAMILIAUX LORS D'UNE PREMIERE CONSULTATION CONTRACEPTIVE.

77,1 % des médecins recherchent systématiquement les antécédents familiaux de cancer, pathologie cardio-vasculaire ou anomalie de la coagulation.

L'attitude des praticiens n'était pas statistiquement différente en fonction de leur sexe, de leur âge, de leur activité de gynécologie ni de leur activité globale.

## 3) Antécédents d'IST ou de GND

Recherchez-vous...	ATCD personnel d'IST	ATCD personnel de grossesse non désirée ou d'IVG
OUI toujours	20,9%	21,1%
OUI le plus souvent	35,6%	35,8%
PARFOIS	30,4%	30,5%
JAMAIS	13,1%	12,6%
<b>Total général</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

FIGURE 12: RECHERCHE DES ANTECEDENTS D'INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE OU DE GROSSESSE NON DESIREE LORS D'UNE PREMIERE CONSULTATION CONTRACEPTIVE

Les médecins interrogés semblent avoir des attitudes similaires concernant la recherche d'antécédent personnel d'IST ou de GND. 21,0 % d'entre eux les recherchent systématiquement et 12,8 % ne les recherchent jamais. Pour 30,4 % des médecins interrogés cela dépend de la situation.

L'attitude était similaire en fonction de tous les paramètres étudiés sauf l'âge. Ainsi, les médecins plus âgés semblent d'avantage rechercher les antécédents d'IST ou de GND chez leurs patientes. Par exemple, alors que seulement 4,9 % des moins de 35 ans recherchent systématiquement des antécédents d'IST ou de GND, 38,7 % des plus de 60 ans déclarent toujours les rechercher. (*figure 13*).

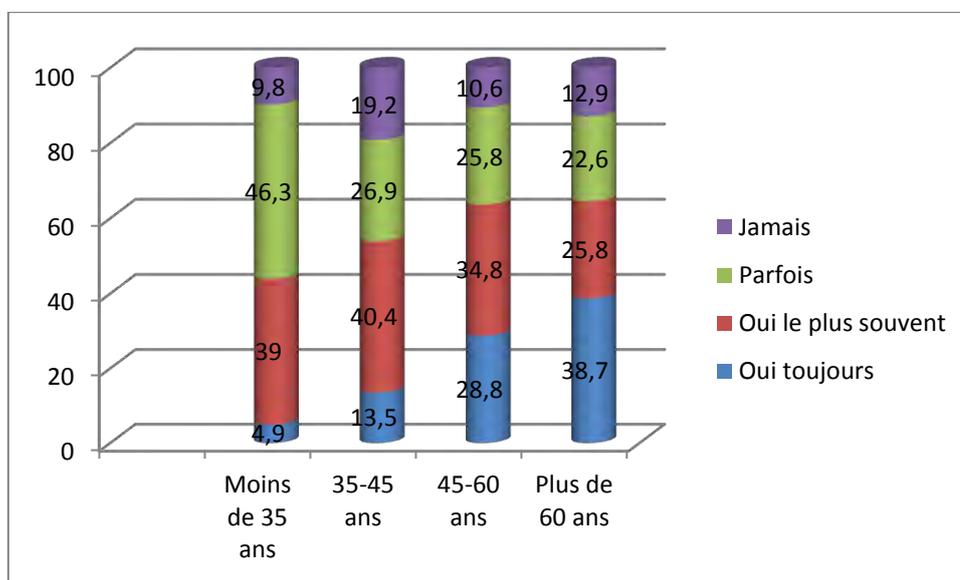


FIGURE 13: RECHERCHE LORS DE L'ENTRETIEN DES ANTECEDENTS PERSONNELS D'IST OU DE GROSSESSE NON DESIREE, EN FONCTION DE L'AGE DU MEDECIN. DONNEES EXPRIMEES EN POURCENTAGE DE CHAQUE TRANCHE D'AGE

#### 4) Connaissances de la patiente

Dans cette partie du questionnaire les médecins ont exprimé s'ils évaluaient ou non les connaissances de leurs patientes dans les domaines suivants : méthodes contraceptives disponibles et mode d'action, modalités d'utilisation de ces méthodes, effets indésirables et risques possibles de ces méthodes et différence entre contraception et IST. Ces quatre items ont été regroupés car les résultats étaient similaires et sont donnés dans la *figure 14*. Environ la moitié des médecins (48,0 %) déclare systématiquement évaluer les connaissances de leur patiente lors d'une première consultation contraceptive.

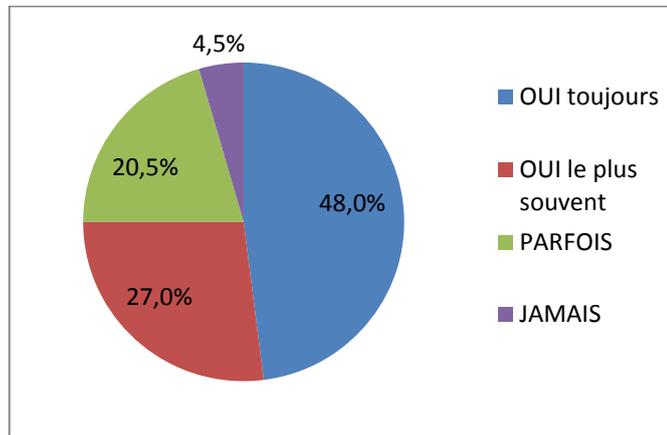


FIGURE 14: REPONSES A LA QUESTION « INTERROGEZ-VOUS LES PATIENTES SUR LES DIFFERENTES METHODES CONTRACEPTIVES CONNUES ET LEUR MODE D'ACTION ? »

Il n'y a pas de différence statistiquement significative en fonction des critères « sexe », « âge », « nombre de consultations de gynécologie par semaine » et « nombre de consultations par semaine ».

### 5) Mode de vie

Cette partie du questionnaire concerne les éléments « profession ou études en cours », « travail comportant des horaires de nuit ou décalés ? » et « situation familiale ». Les résultats sont comparables pour les trois questions. 41 % ont répondu « oui toujours », 28 % « oui le plus souvent », 21 % « parfois » et 10 % « jamais ».

L'attitude était similaire en fonction du sexe, de l'âge, de l'activité de gynécologie et de l'activité globale du médecin.

### 6) Sexualité

Les médecins ont répondu s'ils évaluaient avec leur patiente : comment se passe sa vie sexuelle et le nombre de ses partenaires, ce que pense le/les partenaire(s) de la contraception, leur désir de grossesse sous-jacent. Les résultats sont identiques pour les trois questions. **(figure 15)**. 15% déclarent recueillir ces éléments « toujours », 44% « parfois » et 19% « jamais ».

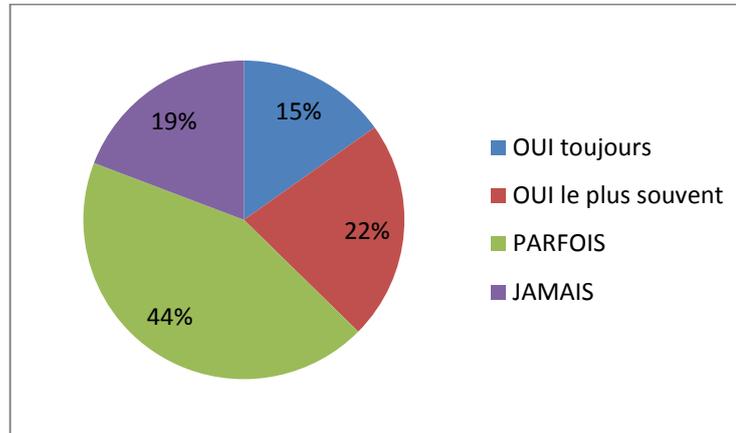


FIGURE 15: REPONSES A LA QUESTION : « DEMANDEZ-VOUS A LA PATIENTE COMMENT SE PASSE SA VIE SEXUELLE ET LE NOMBRE DE SES PARTENAIRE(S) ? »

L'attitude était similaire en fonction du sexe, de l'âge, de l'activité de gynécologie et de l'activité globale du médecin.

## 7) Justifications données

Si le médecin interrogé déclarait ne pas rechercher systématiquement certains éléments lors de son entretien, il pouvait justifier sa réponse en commentaires libres. Les justifications énoncées sont les suivantes :

- place du médecin traitant qui connaît le dossier médical et le contexte socio-familial, n=33 soit 19,2 % des réponses données
- inutile : n=30 soit 17,4 % des réponses
- je n'y pense pas, n=29 soit 16,9 % des réponses
- par manque de temps, n=21 soit 12,2 % des réponses
- par discrétion ou pudeur, n=19 soit 11,0 % des réponses
- le recueil d'informations sera complété dans une consultation ultérieure, n=12 soit 7,0 % des réponses
- j'informe plutôt que j'évalue les connaissances de la patiente : n=12 soit 7,0 % des réponses
- réponses données par moins de 5% des médecins : la contraception ne regarde pas le(s) partenaire(s), c'est une démarche personnelle (n=4) / difficultés car souvent la femme consulte seule et non en couple (n=3) / cela dépend du contexte et de l'âge (n=3) / gêné par la présence éventuelle du parent (n=2)

### C. Eventuelles alternatives proposées à la contraception orale

Cette partie du questionnaire évalue les pratiques des médecins dans le cas où ils suspectent des difficultés à prévoir dans la gestion de la contraception orale de leur patiente. Pour chaque méthode contraceptive énoncée le médecin répondait s'il la proposait « toujours », « le plus souvent », « parfois » ou « jamais » comme alternative à la pilule. Puis il était amené à justifier ses pratiques en commentaires libres. Les justifications ont ensuite été classées en « avantages » et « inconvénients ».

Le DIU et l'implant sont toujours proposés comme alternative à la pilule par respectivement 47,3 et 36,5% des médecins interrogés, devant le préservatif (28,5 %), l'anneau vaginal (22,3 %), le patch (17,8 %) et enfin les méthodes naturelles (1,0 %). L'ensemble des résultats est disponible dans la **figure 16**.

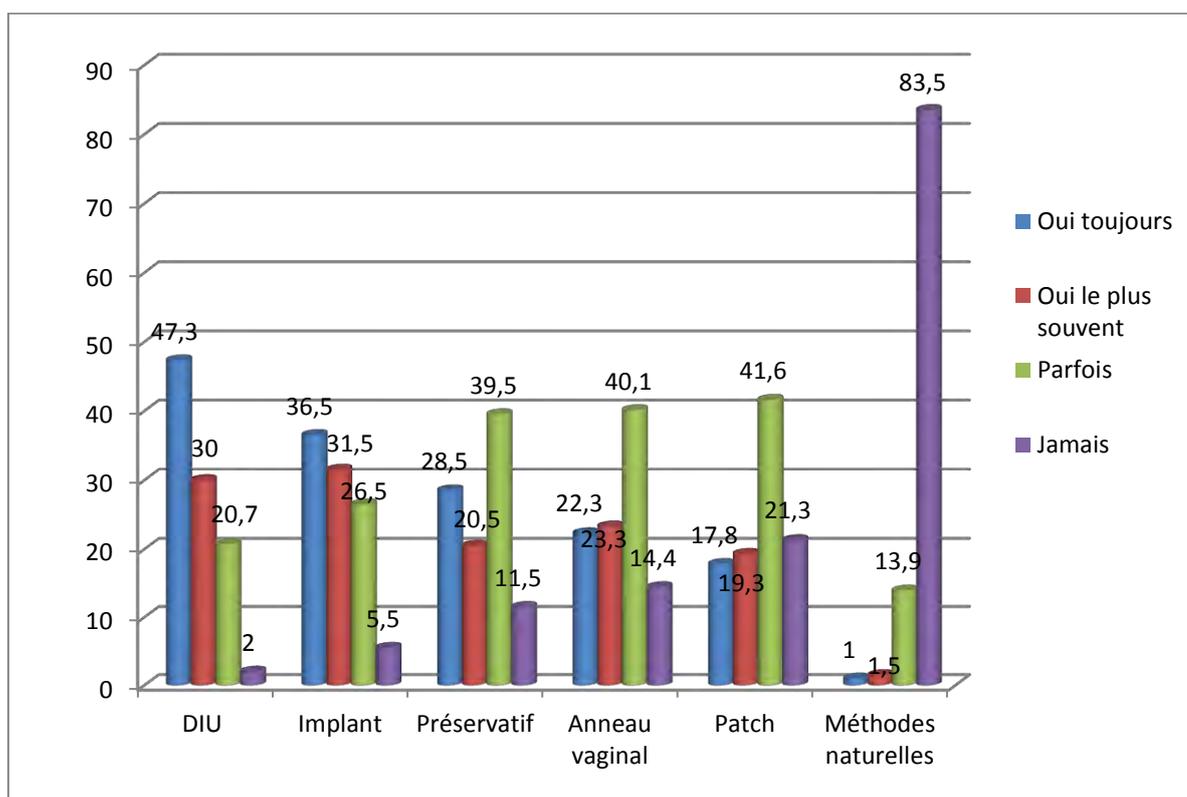


FIGURE 16: ALTERNATIVES PROPOSEES A LA CONTRACEPTION ORALE. DONNEES EXPRIMEES EN POURCENTAGE POUR CHAQUE METHODE

## 1) DIU (cuivre ou progestérone)

### a. Résultats

47,3 % des médecins recommandent toujours le DIU en alternative à la contraception orale, 30,0 % le recommandent le plus souvent, 20,7 % parfois et 2,0 % ne le proposent jamais.

L'âge était le seul critère qui influence significativement la pratique des médecins. Ainsi, 65,1 % des moins de 35 ans propose systématiquement le DIU et aucun dit ne jamais le proposer contre respectivement 29,4 % et 2,9 % des plus de 60 ans.

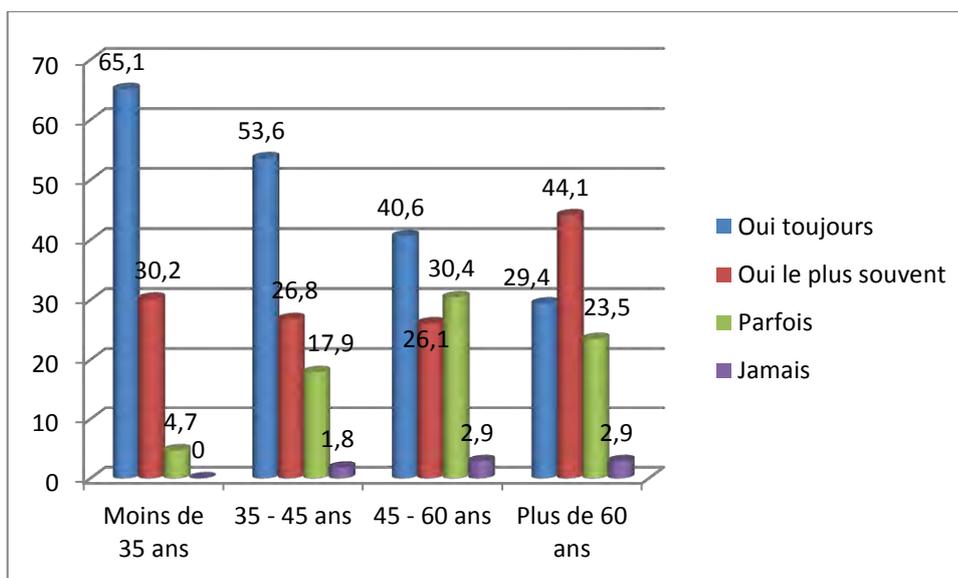


FIGURE 17: REPONSES A LA QUESTION : « PROPOSEZ-VOUS LE DIU COMME ALTERNATIVE A LA CONTRACEPTION ORALE ? » DONNEES EXPRIMEES EN POURCENTAGE, EN FONCTION DE L'AGE DES MEDECINS INTERROGES.

### b. Justifications

Avantages du DIU :

- Pas de problème d'observance : n=7 soit 21,9 % des réponses données
- Simplicité, peu contraignant : n=6 soit 18,8 % des réponses
- Très efficace : n=4 soit 12,5 % des réponses
- Pas d'hormones dans le DIU au cuivre : n= 3 soit 9,4 % des réponses
- DIU progestatif bénéfique si règles douloureuses ou abondantes : n=2 soit 6,3 % des réponses

- Moins de contre-indications et d'effets indésirables que la pilule : n=2 soit 6,3 % des réponses
- Longue durée d'efficacité : n=2 soit 6,3 % des réponses

Inconvénients du DIU :

- réticences chez la nullipare : n=4 soit 12,5 % des réponses
- Il faut être à l'aise avec son corps : n=2 soit 6,3 % des réponses

## 2) Implant contraceptif

### a. Résultats

L'implant contraceptif est toujours recommandé comme alternative à la contraception orale par 36,5% des médecins interrogés, « le plus souvent » par 31,5 %, « parfois » par 26,5 % et « jamais » par 5,5 %.

L'âge est le seul facteur étudié qui apparaît être discriminant. Par exemple, l'implant est « toujours » proposé par 55,8 % des moins de 35 ans contre 21,2 % des plus de 60 ans. L'implant n'est « jamais » proposé par aucun des moins de 35 ans, 1,8 % des 35-45 ans, 9,0 % des 45-60 ans et 12,1 % des plus de 60 ans.

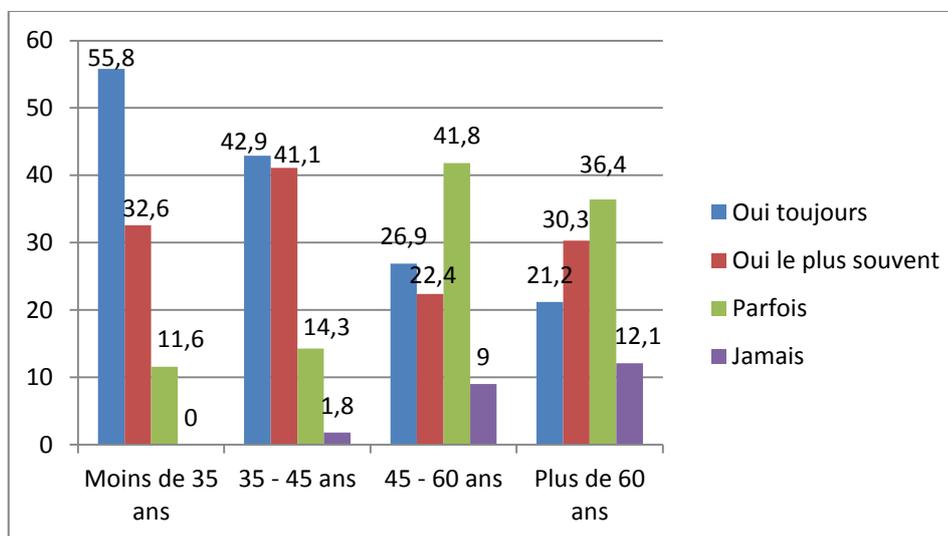


FIGURE 18: REPONSES A LA QUESTION : « PROPOSEZ-VOUS L'IMPLANT COMME ALTERNATIVE A LA CONTRACEPTION ORALE ? ». DONNEES EN FONCTION DE L'AGE DU MEDECIN EXPRIMEES EN POURCENTAGE.

## **b. Justifications**

Avantages de l'implant :

- pas de problème d'observance : n=5 soit 21,7 % des réponses données
- facilité d'utilisation : n=3 soit 13,0 % des réponses
- moins de contre-indications que les œstre-progestatifs : n=3 soit 13,0 % des réponses
- longue durée d'efficacité : n=2 soit 8,7 % des réponses
- réponses données par moins de 5% des médecins: méthode très efficace (n=1) / moins contraignant que la pilule (n=1)

Inconvénients :

- effets indésirables fréquents : n=4 soit 17,4 % des réponses
- difficile à retirer : n=2 soit 8,7 % des réponses
- réponses données par moins de 5% des médecins : « mauvaise image » (n=1) / « je ne connais pas suffisamment bien l'implant pour pouvoir le prescrire » (n=1)

## **3) Préservatif**

### **a. Résultats**

Le préservatif est « parfois » proposé par 39,5 % des médecins, « toujours » 28,5 %, « le plus souvent » par 20,5 %, et « jamais » par 11,5 % de la population étudiée.

Ni le sexe du médecin, son âge, son activité en gynécologie ou son activité globale ne sont discriminants.

### **b. Justifications**

Avantage :

- protection aussi contre les IST : n=8 soit 21,1 % des réponses données

Inconvénients :

- pas assez efficace : n=21 soit 55,2 % des réponses
- contraignant : n=5 soit 13,2 % des réponses
- doit toujours être associé à un autre contraceptif : n=2 soit 5,3 % des réponses

- réponses données par moins de 5% des médecins: trop voyant (n=1) / recommandé uniquement pendant 7 jours en cas d'oubli de pilule (n=1)

#### 4) Anneau vaginal

##### a. Résultats

17,8 % des médecins interrogés déclarent proposer systématiquement l'anneau comme alternative à la pilule, 19,3 % le proposent « le plus souvent », 41,6 % le proposent « parfois » et 21,3 % ne le proposent « jamais ».

L'attitude face à l'anneau diffère statistiquement en fonction du sexe du médecin. Ainsi, 23,4 % des femmes le proposent toujours contre 10,1 % des hommes et 11,2 % déclarent ne jamais le proposer contre 33,7 % des hommes.

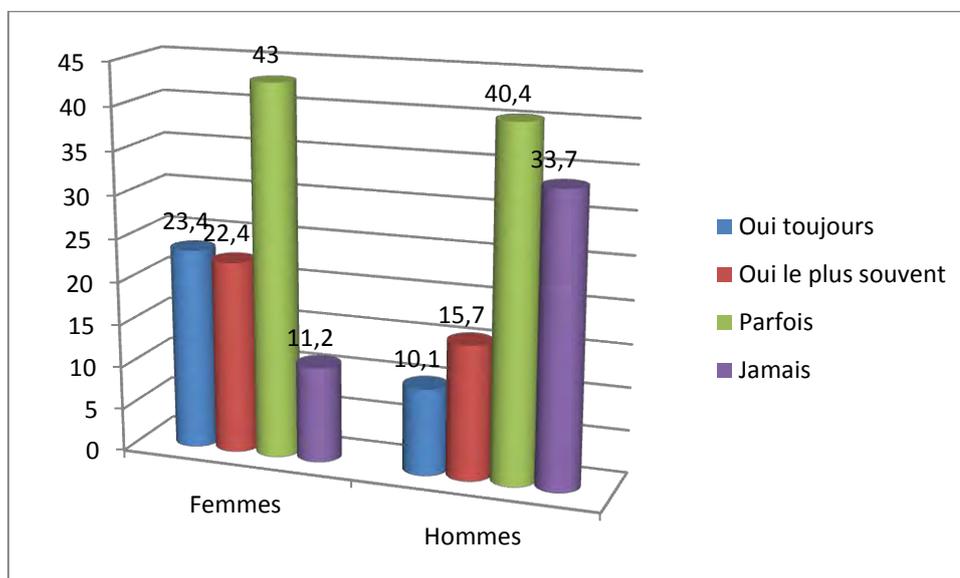


FIGURE 19: REPONSES A LA QUESTION : « PROPOSEZ-VOUS L'ANNEAU COMME ALTERNATIVE A LA CONTRACEPTION ORALE ? ». DONNEES EN FONCTION DU SEXE DU MEDECIN, EXPRIMEES EN POURCENTAGE.

##### b. Justifications

Avantages :

- Moins de difficultés d'observance : n=2 soit 4,9 % des réponses données
- Facilité d'utilisation : n=2 soit 4,9 % des réponses
- Moins contraignant que la pilule : n=1

Inconvénients :

- Coût / absence de remboursement : n=19 soit 46,3 % des réponses
- progestatif de 3<sup>ème</sup> génération : n=8 soit 19,5 % des réponses
- il faut être à l'aise avec son corps : n=3 soit 7,3 % des réponses
- réponses données par moins de 5% des médecins: pas assez efficace (n=2) / méthode mal connue par le médecin (n=2) / peu pratique (n=1) / pas de demandes de la part des patientes (n=1).

## 5) Patch

### a. Résultats

40,1 % des médecins interrogés déclarent proposer le patch comme alternative à la pilule « parfois », 23,3 % le font « le plus souvent », 22,3 % « toujours » et 14,4 % ne le proposent « jamais ».

Les pratiques sont différentes en fonction du sexe du praticien. Par exemple, 31,5 % des femmes déclarent toujours proposer le patch contre 10,0 % des hommes, 6,3 % des femmes ne le proposent jamais contre 24,2 % des hommes.

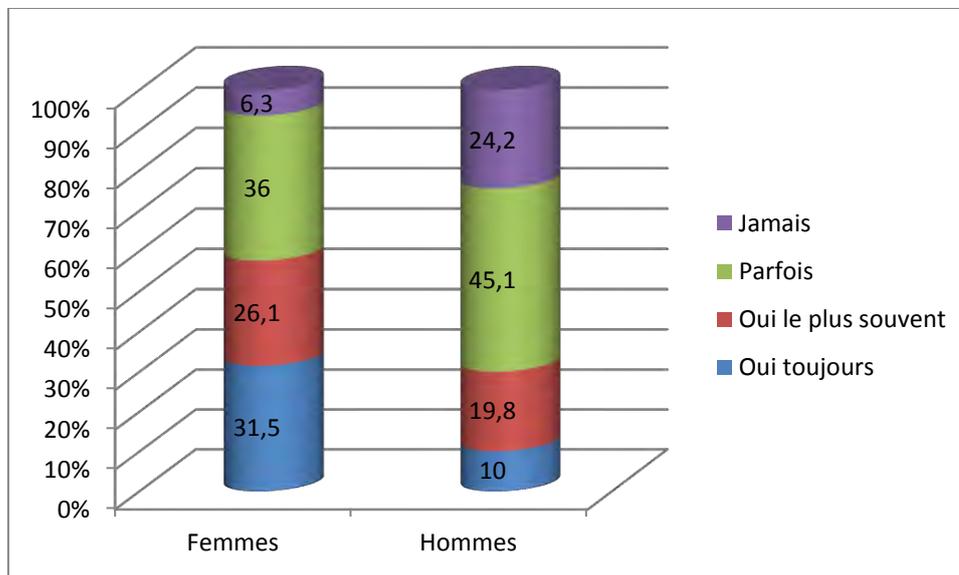


FIGURE 20: REPONSES A LA QUESTION : « PROPOSEZ-VOUS LE PATCH COMME ALTERNATIVE A LA CONTRACEPTION ORALE ? » DONNEES EN FONCTION DU SEXE DU MEDECIN, EXPRIMEES EN POURCENTAGE

## **b. Justifications**

Avantages :

- moins de difficultés d'observance (n=1), facilité d'utilisation (n=1), moins contraignant que la pilule (n=1)

Inconvénients :

- coût/absence de remboursement : n=19 soit 44,2 % des réponses
- progestatif de 3<sup>ème</sup> génération : n=8 soit 18,6 % des réponses
- pas assez efficace : n=3 soit 7,0 % des réponses
- manque de tenue : n=3 soit 7,0 % des réponses
- méthode mal connue par le médecin : n=3 soit 7,0 % des réponses
- difficultés d'observance : n=2 soit 4,6 % des réponses
- réponses données par moins de 5% des médecins : pas pratique (n=1) / pas demandé par les patientes (n=1).

## **6) Méthodes naturelles**

### **a. Résultats**

Parmi les médecins interrogés, 1,0 % déclarent toujours proposer les méthodes naturelles, 1,5 % « le plus souvent », 13,9 % « parfois » et 83,5 % ne les proposent « jamais ».

Les pratiques sont similaires dans les différents groupes étudiés.

### **b. Justifications**

Avantage :

- proposé si une grossesse serait acceptée par le couple : n=3 soit 6,5 % des réponses données

Inconvénient :

- pas assez efficace : n=43 soit 93,5 % des réponses

## ***D. Eléments déterminants dans le choix d'une première contraception***

Dans cette dernière partie, les médecins interrogés ont sélectionné pour chaque méthode contraceptive les 3 éléments parmi une liste donnée qui leurs semblent déterminants dans le choix d'une méthode plutôt que d'une autre.

### **1) Analyse en fonction du critère de jugement**

Toutes méthodes confondues, les critères qui ont été cités le plus souvent par le panel de médecins comme déterminant dans le choix d'une méthode contraceptive sont d'abord la présence ou non de contre-indications médicales (18,1 % des réponses) puis la compréhension de la méthode (16,3 %), les difficultés prévisibles d'observance (14,7 %) et l'âge (12,1 %). Les autres éléments ont été cités par moins de 10 % des médecins.

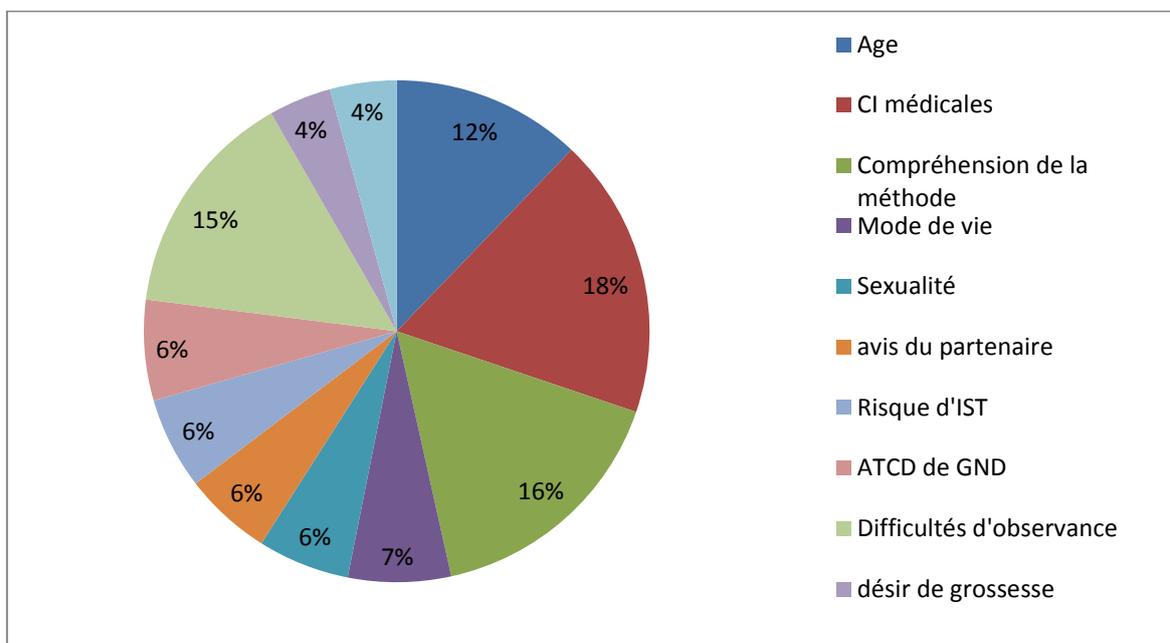


FIGURE 21: ELEMENTS DETERMINANTS DANS LE CHOIX D'UNE METHODE CONTRACEPTIVE, TOUTES METHODES CONFONDUES

### **2) Analyse en fonction de la méthode contraceptive**

#### **a. Contraception orale**

La compréhension de la méthode est l'élément déterminant dans le choix de la contraception orale qui a été cité le plus souvent (par 22,7 % des médecins) devant la

présence ou non de contre-indications médicales (22,4 %) et l'âge de la patiente (18,2 %). Le mode de vie n'a été cité que par 3,9 % des médecins interrogés et les antécédents de grossesse non désirée par 6,3 %.

### **b. Dispositif Intra-Utérin**

En ce qui concerne le choix du DIU, c'est la présence ou non de contre-indications médicales qui a été citée le plus souvent par 26,4 % des médecins, puis les difficultés prévisibles d'observance (17,9 %) et l'âge de la patiente (11,9 %). Un antécédent de grossesse non-désirée était déterminant pour 9,9 % des médecins et le risque d'IST l'était pour 8,1 %.

### **c. Préservatif**

Les réponses sont très différentes pour le préservatif. Ici, c'est l'avis du partenaire qui est retrouvé le plus souvent (20,9 %), puis le risque d'IST (18,6 %) et la sexualité (18,2 %). L'âge est évoqué par 6,9 % des médecins, la présence de contre-indications médicales par 11,0 %.

### **d. Implant**

Des difficultés prévisibles d'observance constituent l'élément le plus souvent exprimé par les médecins pour le choix d'un implant (23,4 %). Arrivent ensuite la présence ou non de contre-indications médicales (18,2 %), et l'antécédent de grossesse non désirée (13,6 %). Le mode de vie est cité par 10,8 % des médecins interrogés et l'âge de la patiente par 9,6 %.

### **e. Patch**

Concernant le patch, c'est la compréhension de la méthode qui est citée le plus souvent (22,7 %), des difficultés d'observance prévisibles (19,4 %) et la présence ou non de contre-indications médicales (16,7 %). 11,8 % des médecins interrogés ont cité l'âge, 10,6 % ont cité le mode de vie.

## **f. Anneau vaginal**

Les données sont assez similaires à celles du patch. La compréhension de la méthode est l'élément cité le plus souvent (24,0 %) puis viennent les difficultés à prévoir d'observance (17,0 %) et la présence ou non de contre-indications médicales (15,9 %). 12,4 % des médecins ont cité l'âge, 9,6 % ont cité le mode de vie et 3,7 % ont cité l'avis du partenaire.

## **g. Méthodes naturelles**

Les éléments cités le plus souvent sont : la compréhension de la méthode (18,0 %), l'âge (15,9 %), la présence ou non de contre-indications médicales (14,9 %), un désir de grossesse sous-jacent (12,2 %).

## DISCUSSION

### A. Discussion autour des résultats

Les chercheurs en sociologie de la contraception parlent de « modèle contraceptif » : le fait selon lequel les couples s'orientent au début de leur vie sexuelle préférentiellement vers le préservatif puis vers la pilule dès que les rapports se régularisent et enfin vers le DIU quand ils ont eu les enfants désirés. Si la pilule est largement majoritaire chez les plus jeunes, c'est aussi probablement car cette méthode est largement connue (99 % des personnes interrogées la connaissaient en 2007 **(5)**) et donc aussi spontanément demandée par les patientes. A l'inverse, seulement 44 % des personnes connaissaient l'implant (et 23 % sa durée d'efficacité), 44 % connaissaient l'anneau et 48 % le patch en 2007 **(5)**.

Le modèle contraceptif français est fortement centré sur la pilule, surtout chez les jeunes puisque la pilule représente 83,4 % des contraceptifs utilisés chez les 20-24 ans **(9)**. Ce modèle tend cependant à s'assouplir depuis quelques années. Ainsi, « symbole de libération dans les années soixante, la prise quotidienne de la pilule tend aujourd'hui à être perçue comme une contrainte par une génération de femmes qui l'ont toujours connue » **(19)**. De plus, près d'une femme sur cinq déclare avoir changé de contraception depuis le débat médiatique sur les pilules de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération de 2012-2013 **(10)**. La pilule est en léger recul depuis 10 ans : elle représentait 50 % des contraceptifs en 2000 contre 41 % en 2013 avec notamment un recul sur les 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> générations **(8)**. Les femmes ont adopté d'autres méthodes dont le DIU (+1.9 points), le préservatif (+3.2 points) ou les méthodes naturelles (+3.4 points) **(8)**.

Or, les études montrent que les femmes qui choisissent librement leur contraception en seront plus satisfaites et auront une meilleure observance. Les recommandations des experts sont donc d'évoluer vers une contraception personnalisée, adaptée aux besoins et aux souhaits et la patiente.

En ce sens, les experts de l'HAS recommandent une consultation dédiée à l'instauration d'une contraception qui se veut interactive, permettant les échanges « sans préjugé, tabou ou jugement, en tenant compte de son mode de vie et de sa sexualité »

(20) afin d'obtenir un choix éclairé. En effet, les aides à la décision du patient ont fait preuve de leur efficacité pour proposer aux patients des soins correspondant mieux à leurs valeurs et leur permettre d'acquiescer une plus juste perception du risque qu'ils encourent (21). Dans son rapport sur les stratégies d'aide au choix en contraception, l'HAS insiste sur la place de l'éducation thérapeutique. L'aide au choix peut s'inscrire dans une approche éducative (partenariat pédagogique centré sur la personne et visant à promouvoir sa santé en la rendant autonome de sa propre prise en charge) ou une démarche de counseling (c'est le patient qui, guidé par le professionnel de santé, prend les décisions) avec une efficacité démontrée en matière de contraception (22). Ainsi, la démarche de counseling est aujourd'hui recommandée par l'HAS qui propose une trame de consultation sur le modèle BERCER de l'OMS. « BERCER » est un acronyme : B pour « Bienvenue », E pour « Entretien », R pour « Renseignement », C pour « Choix », E pour « Explication » et R pour « Retour ». **Annexe 5.**

Le panel de médecins interrogé exprime très majoritairement (82,4 %) effectuer systématiquement une consultation dédiée à l'instauration d'une contraception.

Un quart des médecins déclare poser des DIU, mettant en avant son efficacité, sa facilité d'utilisation et moins de contraintes d'observance pour les patientes. Le manque de formation à la pose et donc le fait de ne pas poser de DIU est souvent cité comme un frein au fait de le conseiller. La formation initiale en gynécologie des médecins généralistes était jusqu'à ces dernières années limitée et surtout axée sur la théorie et non la pratique. La formation des nouveaux internes en médecine générale comporte dorénavant un module obligatoire de gynécologie. Au Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse par exemple, cette formation comprend des cours théoriques mais aussi une initiation aux gestes tels que la réalisation de frottis cervicaux-utérins, la pose de DIU ou d'implant. Elle est complétée par un stage obligatoire en gynécologie d'une durée de 6 mois, en milieu hospitalier ou en libéral. Ceci pourrait être une explication au fait que les jeunes médecins de notre panel posent plus de DIU et d'implants que les médecins plus âgés.

12,5 % des médecins interrogés sont réticents à proposer un DIU chez la nullipare, comme déjà décrit dans de nombreux travaux **(23–25)** alors même que les données de la littérature prouvent qu'il n'y a aucune contre-indication **(26)**.

L'implant n'est posé que par moins de la moitié des médecins interrogés. Le manque de formation à ce geste est évoqué ainsi qu'une crainte des effets indésirables ou encore des difficultés supposées lors de son retrait. Les jeunes médecins posent d'avantage d'implants. Les médecins le proposent plus facilement en cas de difficultés d'observance présumées, de contre-indications aux œstro-progestatifs ou après une grossesse non-désirée.

L'attitude est assez similaire pour l'anneau et le patch qui sont systématiquement proposés par environ 20 % des médecins uniquement (plus les femmes que les hommes). Le coût et l'absence de remboursement et la présence d'un progestatif de 3<sup>ème</sup> génération sont souvent mis en avant pour justifier cette faible utilisation. Les avantages cités sont d'être jugés comme moins contraignant que la pilule et faciles d'utilisation.

Le préservatif est d'avantage perçu comme une méthode de protection des IST, complémentaire à une autre méthode contraceptive, ceci allant dans le sens des recommandations **(20)**. Les éléments qui semblent déterminants pour le choix du préservatif sont l'avis du partenaire, la prévention des IST et la sexualité.

Les méthodes naturelles ne sont pas proposées, à moins qu'une éventuelle grossesse ne soit acceptée par le couple, comme recommandé par l'HAS.

Globalement, l'existence ou non de contre-indications médicales reste l'élément prépondérant dans le choix d'une contraception. Dans ce sens, les antécédents médicaux personnels sont presque toujours recherchés. Néanmoins, l'existence de migraines est moins recherchée alors que, contrairement à ce qui a été exprimé à plusieurs reprises dans les questionnaires, quand accompagnées d'aura, elles constituent une contre-indication absolue aux œstro-progestatifs **(27)**. La recherche d'antécédents d'IST ou de grossesse non désirée et l'abord de la sexualité sont loin d'être systématiques, le médecin craignant de paraître « trop intrusif », « par pudeur » ou « que ce soit mal vécu ». Ces réticences, déjà décrites dans la littérature **(28)** sont cependant moins présentes chez les médecins plus âgés. Par exemple, dans le Baromètre de Santé des médecins généralistes,

la prévention liée à la vie affective et sexuelle est celle que les médecins généralistes considèrent comme faisant le moins partie de leur rôle **(28)**. Encore tabou, les études suggèrent pourtant que nous devrions nous enquérir de ces informations pour aider la femme à choisir sa contraception, et éventuellement dépister des problèmes de violences ou de contraintes dans la sexualité **(18,20,23)**.

Seulement la moitié des médecins interrogés déclare systématiquement évaluer les connaissances de la patiente en matière de contraception (physiologie, méthodes disponibles et mécanisme d'action, effets indésirables, risque d'IST, ...) alors que cela est recommandé **(29)**. Certains évoquent le manque de temps, d'autres estiment qu'il s'agit d'une consultation informative et non d'une discussion, d'autre encore estiment que la femme consulte en sachant à l'avance quelle contraception elle souhaite et que la discussion est donc inutile.

## **B. Limites**

Ce travail présente des limites.

D'abord, la population étudiée est plus jeune que la population des médecins généralistes de la région en 2015 (46,4 ans versus 54 ans) et plus féminine aussi (54,9 % de femmes versus 37 %) **(30)**. L'échantillon n'est donc pas représentatif de la population des médecins généralistes de la région Midi Pyrénées. Cependant, il correspond au profil actuel des généralistes ayant une activité importante en gynécologie : les femmes plutôt jeunes **(11)**. Les médecins ayant répondu à notre enquête ont aussi globalement une activité importante en gynécologie et sont donc globalement plus habitués à effectuer des consultations contraceptives, ce qui constitue un second biais pour l'interprétation des résultats.

Ensuite, ce travail de recherche a réalisé un état des lieux à l'aide d'un questionnaire. Il s'agit de données déclaratives. Les réponses sont donc à interpréter en tant que telles.

Enfin, il nous est apparu à l'analyse des résultats que certaines questions auraient pu être formulées différemment pour en faciliter l'exploitation.

## C. Pistes d'amélioration

Face aux limites de la contraception en France et notamment le nombre toujours élevé d'IVG, les institutions proposent plusieurs leviers d'action comme par exemple le fait de développer la formation initiale et continue des professionnels de santé concernés par la prescription de contraception, de faciliter l'information du grand public sur les contraceptifs disponibles ou encore de « rendre effectif le libre choix contraceptif » **(23)**. (Contenu détaillé en **annexe 6**). Ainsi, les organismes de formation médicale continue proposent, par exemple dans la région Midi Pyrénées, des ateliers de formation aux gestes pratiques en gynécologie et formations théoriques de format « DPC ». Des ateliers pratiques de réalisation de frottis cervico-vaginaux, de poses d'implants ou de DIU sont même réalisés au Congrès de Médecine Générale depuis 2 ans, rencontrant un vif succès.

Aussi, l'IGAS propose afin de rendre la contraception plus efficace de développer la place des méthodes moins sujettes aux problèmes d'observance, de promouvoir les méthodes de contraception de longue durée d'action réversibles et notamment le DIU **(11)**.

Une proposition intéressante émise par le Centre d'Analyses Stratégiques du Ministère consiste en la création d'un bilan première contraception, gratuit pour les jeunes de 15 à 18 ans pour leur permettre de pouvoir choisir librement leur première contraception **(31)**. Les objectifs de ce bilan seraient aussi de sensibiliser les jeunes hommes à la contraception et aux IST, de promouvoir les LARC. Ce bilan pourrait faire l'objet d'une rémunération spécifique comme recommandé par l'IGAS **(11)** et réclamée par les professionnels qui souhaiteraient faire reconnaître la spécificité de cette consultation et le temps nécessaire à sa bonne réalisation.

## CONCLUSION

L'objectif de ce travail de thèse est d'évaluer l'adéquation entre les pratiques des médecins généralistes lors de l'entretien pour une première consultation contraceptive et les recommandations de l'HAS de mars 2013.

Comme recommandé, la majorité des médecins y dédie spécifiquement une consultation. Cependant, alors que les antécédents personnels et familiaux sont largement recherchés, le mode de vie, les attentes et les connaissances de la patiente le sont peu. De même, les antécédents d'IST et de grossesse non-désirée ainsi que la sexualité sont peu explorés, jugés comme « inapproprié » ou « trop intrusif », contrairement aux recommandations.

Peu de médecins interrogés déclarent poser des DIU, évoquant leur manque de formation à ce geste technique ou sont réticents à le proposer chez une nullipare. La moitié des médecins pose des implants contraceptifs, craignant des difficultés techniques à la pose et surtout au retrait et des effets indésirables.

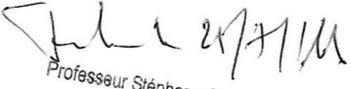
Les éléments qui apparaissent déterminants dans la proposition d'une méthode contraceptive sont la présence ou non de contre-indications médicales, la compréhension de la méthode, des difficultés d'observance prévisibles ou non.

L'anneau et le patch sont globalement peu proposés. Les freins énoncés à leur diffusion sont leur coût conséquent et l'absence de remboursement ainsi que sa composition à base de progestatif de troisième génération.

Ainsi donc les recommandations de l'HAS sont plutôt suivies par les médecins de cette étude. En revanche, comme souvent retrouvé dans la littérature, les LARC sont peu prescrits. Cependant, une meilleure formation initiale en gynécologie des internes en médecine générale semble déjà porter ses fruits car les jeunes médecins prescrivent

d'avantages de LARC que les plus âgés. De même, de plus en plus de sessions de formation médicale continue se développent autour du thème de la contraception.

La consultation dédiée à l'instauration d'une contraception est ambitieuse. Elle nécessite probablement une meilleure formation initiale et continue en matière de planification familiale des professionnels de santé et la reconnaissance de son statut spécifique semble nécessaire. Elle requière des connaissances théoriques mais aussi des qualités d'écoute, sans préjugés ni tabou, afin de permettre à la femme de trouver la contraception qui lui convient.

  
Professeur Stéphane OUSTRIC  
Médecine Générale  
59, rue de la Providence  
31500 TOULOUSE  
31 1 08225 9 - 0600227063

## BIBLIOGRAPHIE

1. Collège nationale des Gynécologies et Obstétriciens Français. La prise en charge gynécologique des femmes françaises. [Internet]. cngof.asso.fr. [cité 15 sept 2014]. Disponible sur: [http://www.cngof.asso.fr/d\\_cohen/coA\\_06.htm](http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm)
2. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Compte-rendu de l'audition des gynécologues médicaux du 2 février 2011. 2011.
3. Delannoy-Eglinger A. A propos du suivi gynécologique: médecin généraliste ou spécialiste ? : étude du parcours de soins et de l'activité des médecins généralistes en gynécologie [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2009.
4. COGNEAU J. Etude Epilule. 2003.
5. INPES. LES FRANCAIS ET LA CONTRACEPTION. 2007.
6. DREES. Les IVG en 2013. 2015.
7. Ministère des affaires sociales et de la santé, ARS. Interruption volontaire de grossesse. 2012.
8. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2003;18(5):994-9.
9. Nathalie Bajos\*, Aline Bohet\*, Mireille Le Guen\*, Caroline Moreau\* et l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? 2012;(492).
10. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, al et. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Popul Sociétés*. 2014;(511):1-4.
11. Claire AUBIN, Danièle JOURDAIN MENNINGER, membres de l'IGAS. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. 2009;
12. 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.
13. ORS. Prévention des grossesses non désirées dans trois départements : Rhône, Seine-Saint-Denis, Somme. 2004;
14. INPES. Baromètre santé 2005: attitudes et comportements de santé. 2007.
15. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. *N Engl J Med*. 2012;366(21):1998-2007.

16. ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. 2004.
17. Hassoun D, Job-Spira N, Bouyer J, Leridon H, Oustry P, Bajos N. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. *Population*. 2004;59(3):479-502.
18. HAS. Fiche Mémo Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. 2013.
19. C. AUBIN, JOURDAIN MENNINGER membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. 2009. Report No.: RM2009-112P.
20. HAS. Aider la personne à choisir une contraception adaptée. 2014.
21. HAS. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée. 2013.
22. Cowley. « Well, maybe I'll try the pill for just a few months... »: Brief motivational and narrative-based interventions to encourage contraceptive use among adolescents at high risk for early childbearing. *Fam Syst Health J Collab Fam Healthc*. 2002;20:183-204.
23. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013.
24. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N, FECOND group. IUD use in France: women's and physician's perspectives. *Contraception*. 2014;89(1):9-16.
25. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Teboul M, Bajos N, FECOND Working Group. Trends and determinants of use of long-acting reversible contraception use among young women in France: results from three national surveys conducted between 2000 and 2010. *Fertil Steril*. 2013;100(2):451-8.
26. Berenson AB, Tan A, Hirth JM, Wilkinson GS. Complications and continuation of intrauterine device use among commercially insured teenagers. *Obstet Gynecol*. mai 2013;121(5):951-8.
27. HAS. Fiche mémo Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire. 2013.
28. INPES. Baromètre Santé des Médecins Généralistes 2009. 2011.
29. INPES. Mise en oeuvre de la politique sur la contraception Lancement de la campagne de communication. 2013 mai.
30. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale en région Midi-Pyrénées, situation en 2015. 2015.

31. Centre d'Analyse Stratégique, cabinet du Premier Ministre. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception? Une comparaison internationale. 2011. Report No.: 226.
32. INPES, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Contraception: les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? 2011.



# Fiche Mémo

## Contraception : prescriptions et conseils aux femmes

Mars 2013

Cette fiche mémo, fondée sur les recommandations les plus récentes, fait partie d'un ensemble de fiches mémo concernant la contraception et complète plusieurs documents sur ce thème produits par la HAS<sup>1</sup>. Elle est un outil pour le professionnel de santé afin de mieux aider les femmes à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux à une période donnée de leur vie.

1. Document de synthèse sur les méthodes contraceptives et état des lieux sur les pratiques contraceptives, sur les freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée et sur les modalités de prescription et de dispensation des méthodes contraceptives.

### Un choix personnalisé après une information éclairée

- La méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie par et avec elle, en fonction de sa réalité quotidienne et des éventuelles contre-indications. La méthode choisie peut évoluer au fil de la vie et des situations rencontrées par la femme et/ou le couple<sup>2</sup>.
- L'implication du partenaire dans le choix de la contraception peut avoir des conséquences positives sur l'observance et l'acceptation de la méthode.

2. Dans ces conditions, un algorithme décisionnel simple et pratique n'est pas envisageable.

### Une consultation dédiée

- Une femme qui consulte pour une première demande contraceptive doit bénéficier d'une consultation uniquement dédiée à ce motif, quel que soit son âge. En cas d'impossibilité (en cas d'urgence par exemple), programmer à court terme une consultation entièrement dédiée.

## Une consultation essentielle dans la démarche d'aide au choix

- C'est une consultation d'écoute, d'échange et de dialogue, qui doit respecter intimité et confidentialité.
- La consultation doit permettre<sup>3</sup> :
  - d'évaluer les attentes et besoins de la personne, ses connaissances et ses habitudes de vie ;
  - de fournir une information individualisée, claire et hiérarchisée sur les méthodes contraceptives disponibles (y compris la stérilisation) et adaptées à la personne demandeuse et s'assurer de la compréhension de ces informations ;
  - de conseiller et/ou prescrire la méthode choisie par la personne, la plus adaptée et acceptable pour elle en fonction de ses préférences, de son état de santé, du rapport bénéfices/risques des différentes méthodes, et de la possibilité pour elle d'adhérer à la méthode en fonction de sa situation et de ses habitudes de vie.

3. Démarche éducative de type Bercher. Rinehart W, Rudy S, Drennan M. Gather *guide to counselling*. *Popul Rep J* 1998;(48):1-31.

## Un entretien dont le champ est large tant au plan médical qu'au plan du vécu de la femme

- Le recueil d'information recouvre un large champ :
  - âge, profession, habitudes de vie (**tabac**, pratiques sexuelles [risque infectieux]), méthodes de contraception utilisées jusque-là, date des dernières règles, allaitement en cours ;
  - nombre d'enfants, antécédents de fausses couches et d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) ;
  - antécédents familiaux chez les apparentés au premier degré (parents, frères et sœurs ou enfants) d'accidents thromboemboliques veineux ou artériels (âge de survenue et si possible circonstances de survenue), hypertension artérielle (HTA), diabète, dyslipidémie ;
  - antécédents personnels :
    - d'accidents thromboemboliques veineux ou artériels, HTA, diabète, dyslipidémie, migraine avec ou sans aura,
    - autres antécédents médicaux (cardiovasculaires et neurologiques), chirurgicaux ou gynéco-obstétricaux (notamment infections sexuellement transmissibles [IST], grossesses extra-utérines [GEU], cancers, pathologie ou chirurgie utérine, trophoblastique ou vaginale) ;
  - traitements en cours (anticiper de possibles interactions médicamenteuses).

## Un examen clinique et biologique visant à rechercher des contre-indications mais visant également à faire de la prévention

- L'examen clinique comprend : examen général, poids, taille, indice de masse corporelle (IMC), tension artérielle (TA).
- L'examen gynécologique peut être expliqué et programmé pour une consultation ultérieure, notamment lorsqu'il s'agit d'une adolescente.
- L'examen des seins et l'examen gynécologique (avec frottis du col utérin à partir de 25 ans) visent à dépister des cancers ou des lésions précancéreuses.

... / ...

## Un examen clinique et biologique visant à rechercher des contre-indications mais visant également à faire de la prévention (suite et fin)

- Le bilan biologique lors de la prescription d'une contraception hormonale estroprogestative (pilule, patch, anneau) :
  - comporte un dosage du cholestérol total, des triglycérides et une glycémie à jeun :
    - est à renouveler tous les 5 ans en cas de bilan normal et en l'absence de faits cliniques ou familiaux nouveaux,
    - chez une personne sans antécédent personnel ni familial de maladie métabolique ou thromboembolique, qui ne fume pas et dont l'examen clinique est normal, peut être réalisé 3 à 6 mois après la prescription,
    - en cas d'antécédent familial de dyslipidémie, doit être réalisé avant le début de toute contraception estroprogestative et 3 à 6 mois après ;
  - peut comporter un bilan d'hémostase (dosages d'antithrombine, protéine C, protéine S, résistance à la protéine C activée ou recherche de la mutation du facteur V de Leiden et de la mutation de la prothrombine ou facteur II G20210A) : à discuter après avis spécialisé en cas d'antécédent personnel ou familial de maladie thromboembolique (survenue chez un apparenté au premier degré avant l'âge de 50-60 ans).
- Avant la pose d'un dispositif intra-utérin, en présence de facteur de risque infectieux (notamment certaines IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge < 25 ans, partenaires multiples), rechercher une infection à *C trachomatis* et *N gonorrhoeae*.

## Des informations à donner à la femme sur les méthodes existantes et sur la façon d'utiliser la méthode choisie

### Informez sur

- Les méthodes contraceptives :
  - mécanisme d'action et mode d'emploi : quand démarrer la contraception choisie, comment se prend la pilule choisie et trouver avec la femme l'horaire le mieux adapté, que faire en cas d'oubli, comment s'utilise le patch ou l'anneau vaginal, comment et quand se fait la pose d'un dispositif intra-utérin ou d'un implant, comment s'utilisent les différentes méthodes barrières,
  - efficacité (optimale et en utilisation courante<sup>\*)</sup>, contre-indications, avantages, risques et effets indésirables possibles, procédure pour l'instauration et l'arrêt (ou le retrait), coût, remboursement et reste à charge, etc. ;
- Les possibilités d'aide au sevrage en cas de tabagisme ;
- La possibilité de contacter un professionnel (médecin, pharmacien, sage-femme, infirmière, conseillère conjugale et familiale) en cas de doute sur les modalités d'utilisation de sa contraception ;
- Les différentes possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé (contraception d'urgence), leur efficacité et les conditions d'accès ;
- Les symptômes en termes simples évoquant une possible complication (en fonction de la méthode choisie) et qui doivent conduire à consulter un médecin ou une sage-femme ;
- La nécessité de signaler à tout médecin la prise d'une contraception hormonale en cas de traitement intercurrent (risque d'interaction médicamenteuse), d'intervention chirurgicale, d'immobilisation prolongée et de longs voyages en avion ;
- La nécessité d'anticiper ses renouvellements d'ordonnance pour ne pas interrompre son traitement contraceptif ;
- Les IST/sida, la prévention par les préservatifs (masculin et féminin).

\* L'efficacité est habituellement décrite en indice de Pearl qui correspond au rapport du nombre de grossesses sur le nombre total de cycles observés pour l'ensemble des femmes étudiées rapportés à 1 an. Le résultat est exprimé en grossesses pour 100 femmes par an. Les données d'efficacité concernant une méthode contraceptive distinguent l'efficacité optimale qui correspond à celle obtenue dans les essais thérapeutiques et l'efficacité en utilisation courante.

## Un suivi visant à évaluer adéquation de la méthode choisie, observance, tolérance et satisfaction de la femme

- Évaluer l'adéquation de la méthode contraceptive et la satisfaction de la femme : en cas d'insatisfaction ou d'intolérance, rappeler les autres méthodes de contraception et proposer d'y réfléchir.
- Prendre en compte les modifications de situation personnelle, médicale, affective et sociale qui pourraient modifier l'adéquation de la méthode.
- Évaluer l'observance : fréquence et circonstances des oublis, trouver avec la femme l'horaire le mieux adapté pour éviter un oubli, réévaluer ses connaissances et réitérer les conseils sur la conduite à tenir en cas d'oubli<sup>6</sup> et sur la contraception d'urgence (à utiliser le plus rapidement possible après le rapport à risque).
- À chaque renouvellement de prescription, réévaluer les risques en fonction de la méthode choisie.
- Refaire une information sur les possibilités de sevrage en cas de tabagisme.
- Chez les femmes utilisant une contraception estroprogestative de 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> génération, le surrisque thromboembolique veineux ne justifie pas un arrêt brutal de cette contraception jusque-là bien supportée. À l'issue de la prescription en cours, le prescripteur envisagera avec la femme une autre méthode contraceptive plus appropriée pour elle (autre contraceptif hormonal, dispositif intra-utérin, etc.).
- La littérature fait état d'une possible augmentation du risque thromboembolique veineux et artériel en fonction des doses d'éthinylestradiol contenues dans les contraceptifs estroprogestatifs.
- Le suivi médical comporte :
  - un interrogatoire sur les problèmes de santé survenus depuis la dernière consultation et sur la prise de médicaments ;
  - un examen clinique : poids, taille, IMC, TA, examen des seins et gynécologique si besoin ;
  - un frottis cervico-utérin : 2 frottis à 1 an d'intervalle puis tous les 3 ans à partir de 25 ans (si frottis normaux) ;
  - des examens biologiques : cholestérol total, triglycérides et glycémie à jeun tous les 5 ans si contraception estroprogestative (pilule, anneau ou patch).
- Rappeler les principes de protection contre les infections sexuellement transmissibles et le sida (intérêt du préservatif, possibilité d'un dépistage du VIH, notamment à l'occasion du bilan sanguin de surveillance).
- Programmer la consultation suivante : première consultation à 3 mois puis généralement une consultation par an si la femme va bien, plus souvent et autant que nécessaire en cas de difficultés rencontrées avec sa contraception ou de symptômes évoquant une complication.

6. Voir carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? ».

Téléchargeable gratuitement sur le site de l'Inpes – [www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1368.pdf](http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1368.pdf).



## En savoir plus

### Sources Internet

- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : [www.ansm.sante.fr](http://www.ansm.sante.fr)
- Association fil-santé jeunes : [www.filsantejeunes.com](http://www.filsantejeunes.com)
- Association française pour la contraception : [www.contraceptions.org](http://www.contraceptions.org)
- Choisir sa contraception : [www.choisirsacontraception.fr](http://www.choisirsacontraception.fr)
- Haute Autorité de Santé : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- Institut National de prévention et d'éducation pour la santé : [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)



[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX  
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00

## Annexe 2 : HAS, Aider la personne à choisir une contraception adaptée, 2014.

### Aider la personne à choisir une contraception adaptée



#### Les étapes pour échanger et partager la décision avec la personne qui consulte

- Accueillir la personne – Savoir deviner, écouter, en parler
- Clarifier la décision à prendre avec elle
  - S'enquérir de son souhait et échanger autour de ce qui est important du point de vue de la personne
  - S'assurer que la personne connaît les moyens de contraception compatibles avec son état de santé ; personnaliser et compléter l'information si nécessaire
  - Décider avec la personne du moyen contraceptif le plus adapté à sa situation
  - Expliquer et vérifier la compréhension de la personne concernant les modalités d'utilisation de la contraception choisie et le suivi médical, le cas échéant

Des témoignages de femmes et d'hommes autour de la contraception sont également consultables en ligne :



#### Accueillir la personne – Savoir deviner, écouter, en parler

- Mettre à disposition des supports d'information concernant la diversité des moyens de contraception<sup>1</sup>.
- Si la personne le demande, accepter en consultation un accompagnant et informer qu'il y aura un temps où la personne venant consulter sera seule avec le professionnel de santé.
- Considérer la demande de contraception de la personne, sans préjugé, tabou ou jugement, en tenant compte de son mode de vie et de sa sexualité.
- Amorcer le dialogue et inviter à parler librement, en rassurant sur le caractère confidentiel de la consultation.
- Savoir repérer les demandes implicites et élargir l'information sans se restreindre d'emblée à la demande explicite, ni écarter cette dernière sans explication.
- En cas de traitements prescrits pour d'autres raisons, évoquer spontanément les conséquences sur la contraception et notamment sur la possibilité ou non de bénéficier d'une contraception d'urgence.
- Lorsque l'utilisation de préservatifs est nécessaire du fait d'une infection sexuellement transmissible, évoquer la possibilité d'un moyen contraceptif complémentaire.

1. Voir par ex. les brochures Inpes « Choisir sa contraception » - [Brochure métropole](#) ou [DOM-TOM](#)



## Clarifier

la décision à prendre par la personne

Quelle est la décision à prendre pour la personne ?

Est-ce une décision urgente ?

- Recourir ou non à un contraceptif d'urgence.
- **Décider** si la contraception souhaitée par la personne est adaptée à sa situation et à son état de santé.
- **Choisir** une contraception entre les différentes options disponibles.
- **Arrêter ou changer** de contraception, pour raison médicale ou personnelle.
- Être conseillée **sans décision immédiate** à prendre au cours de la consultation, la personne souhaitant s'informer avant une décision ultérieure.

Clarifier la décision nécessite également un **temps de discussion** permettant de comprendre de part et d'autre les raisons pour lesquelles il est nécessaire de prendre cette décision (rapport non protégé, contraception qui ne convient pas parfaitement, apparition d'une contre-indication médicale, envie de changer, etc.).

Certaines décisions sont difficiles à prendre, aussi bien par le professionnel que par la personne, les repérer peut vous aider à échanger avec elle.



## Échanger

autour de ce qui est important du point de vue de la personne

La discussion avec la personne vise à :

- **lui permettre de vous faire part :**
  - de ses souhaits, de ses attentes, des objectifs **recherchés** : garder la même contraception ou en changer ; avoir une contraception d'emblée efficace ou pouvoir attendre ; n'avoir aucun risque d'être enceinte ou accepter de prendre un certain risque ; envisager une grossesse dans un délai plus ou moins long ou ne (plus) jamais avoir d'enfants ; avoir des règles à dates fixes ou ne plus en avoir ; ne plus avoir de maux de tête, de règles douloureuses, etc.,
  - de ses préférences vis-à-vis des caractéristiques des différents moyens de contraception : coût ou remboursement, discrétion, modalités d'utilisation (prise quotidienne ou non, maîtrise complète ou non de la personne sur la mise en place et l'arrêt de la contraception, application intime acceptée ou non), mode d'action respectant ou non le cycle de la femme, conséquences sur la santé ou l'environnement, impact sur le désir sexuel, etc.,
  - de son contexte et de son mode de vie : expériences de contraception antérieures, positives ou négatives, besoin d'une contraception ponctuelle ou régulière, sexualité non reconnue socialement ou imposée, etc.,
  - de ses représentations, croyances, peurs autour de **la contraception**. Valoriser sa recherche d'information ; rectifier et/ou compléter les informations ;
- **vous permettre d'évaluer avec elle**
  - ce qui peut avoir des conséquences sur l'efficacité de sa contraception ou sa santé (tabac, alcool, antécédents médicaux ou chirurgicaux, partenaires multiples, etc.).



## S'assurer

que la personne connaît les moyens de contraception compatibles avec sa santé

personnaliser et compléter l'information si nécessaire

Lorsque la personne demande un moyen de contraception particulier, il est possible que cette demande corresponde à la seule contraception qu'elle connaisse. Il est donc important de lui demander sur quels critères elle a fait son choix.

S'il s'agit d'un choix par défaut, lui proposer une information complémentaire sur les autres moyens de contraception compatibles avec son état de santé et correspondant à ses préférences.

Les éléments jugés utiles par les personnes pour faire un choix éclairé sont :

- les effets des différents moyens de contraception sur leur physiologie et des différents modes d'action contraceptifs ;

- leur efficacité, en fonction de leur utilisation en pratique courante correspondant à leur mode de vie (l'indice de Pearl théorique est inutile) et les risques pour la santé, notamment lors de contraception œstroprogestative ;
- les modalités précises et les contraintes d'utilisation lorsque la contraception est mise en œuvre par la personne ou son partenaire (préservatif, pilule, diaphragme, méthodes naturelles, etc.) ;
- les modalités de mise en place et de retrait des moyens nécessitant un acte médical (dispositif intra-utérin, implant, etc.) ;
- leur coût.





## Décider avec la personne du moyen contraceptif le plus adapté à sa situation

La méthode contraceptive doit être adaptée à chaque personne et **choisie par et avec elle**, en fonction de sa réalité quotidienne et des éventuelles contre-indications. La méthode choisie peut évoluer au fil de la vie et des situations rencontrées par la femme et/ou l'homme.

L'implication du partenaire dans le choix de la contraception peut avoir des conséquences positives sur l'observance et l'acceptation de la méthode.



## Expliquer Et vérifier

la compréhension de la personne concernant les modalités d'utilisation de la contraception choisie et le suivi médical, le cas échéant

Lorsque le choix est établi, il est important d'explorer et de compléter les connaissances de la personne sur la méthode contraceptive retenue, son utilisation et le suivi médical éventuel.

S'il s'agit du renouvellement d'une contraception déjà utilisée, il peut être utile de vérifier les connaissances sur son utilisation.

↳ **Si la méthode choisie est nouvelle**, il peut être utile de demander à la personne de reformuler ce qu'elle a compris de l'information transmise concernant les éléments suivants :

- contraception d'urgence, ainsi que le délai possible d'utilisation de cette dernière ;
- quand démarrer, utiliser, arrêter/retirer la contraception choisie ;
- comment concrètement utiliser la contraception (mise en place d'un anneau, quel comprimé prendre le premier jour, qui doit utiliser le contraceptif, etc.) ;
- à partir de quand le moyen de contraception devient efficace ;

- que faire en cas d'oubli de pilule ou de contraceptif, en cas d'utilisation défectueuse (décollement d'un patch, préservatif qui craque, etc.), en cas de rapport non protégé, en cas d'échec (grossesse) ;
- à qui s'adresser en cas de doute ou de symptômes pouvant évoquer une complication.

↳ **S'assurer que la personne a compris la nécessité :**

- d'anticiper ses renouvellements d'ordonnance pour ne pas interrompre son traitement contraceptif, notamment en cas de séjour à l'étranger ;
- de signaler à tout médecin la prise d'une contraception hormonale en cas de traitement intercurrent (risque d'interaction médicamenteuse), d'intervention chirurgicale, d'immobilisation prolongée et de longs voyages en avion ;
- de l'utilisation complémentaire de préservatifs (masculins et féminins) pour la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST/sida).



## En savoir plus

### HAS

↳ **Contraception** : [fiches mémo destinées aux professionnels de santé – focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles](#) – Dispensation en officine : [fiches mémo](#)

↳ **Patient et professionnels de santé** : [décider ensemble](#)

↳ [Rapport d'élaboration de cette aide à la décision](#)

**HAS/ANSM** : [Vous et vos contraceptifs œstroprogestatifs](#)

**ANSM** : [Document d'aide à la prescription - Contraceptifs hormonaux combinés](#)

**Inpes** : [Entre nous](#) – Outils destinés aux professionnels de santé exerçant auprès d'adolescents.

[Comment aider une femme à choisir sa contraception](#)

**Site** [Choisir sa contraception](#) – Institut national de prévention et d'éducation pour la santé



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

### **Annexe 3 : Questionnaire**

Pour mieux vous connaître

Etes-vous ?

- un homme
- une femme

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- Moins de 35 ans
- 35-45 ans
- 45-60 ans
- plus de 60 ans

Combien de consultations de gynécologie effectuez-vous en moyenne par semaine ?

- 0 à 3
- 4 à 10
- 10 à 20
- plus de 20

Combien de consultations (tous motifs confondus) effectuez-vous en moyenne par semaine?

- Moins de 50 consultations par semaine
- Entre 50 et 100 consultations par semaine
- Entre 100 et 150 consultations par semaine
- Plus de 150 consultations par semaine

Effectuez-vous systématiquement une consultation dédiée à l'instauration d'une contraception?

- oui
- non

Si non, pourquoi?

.....  
.....  
.....

Posez-vous des DIU ?

oui

non

Si non, pourquoi?

.....

.....

.....

Posez-vous des implants contraceptifs ?

oui

non

Si non, pourquoi?

.....

.....

.....

Le recueil d'informations

Que recherchez-vous lors de l'entretien avec une femme pour une première demande contraceptive, hors post-partum et post-IVG ?

	OUI toujours	OUI le plus souvent	PARFOIS	JAMAIS
ATCD thromboembolique veineux (TVP, EP) ou ATCD thromboembolique artériel (IDM, AVC, AIT, angor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ATCD personnel de cancer: sein, endomètre, colon, ovaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ATCD de migraines (avec ou sans aura)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ATCD de maladie hépatique ou pancréatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facteurs de risques cardio-vasculaires (HTA, diabète, dyslipidémie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabagisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	OUI toujours	OUI le plus souvent	PARFOIS	JAMAIS
ATCD familiaux de maladie thromboembolique avant 50 ans (TVP/EP/IDM/AVC) ou d'anomalie de la coagulation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ATCD familiaux de cancer : sein, endomètre, colon, ovaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ATCD familiaux de dyslipidémie, diabète, HTA sévère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ATCD personnel d'IST	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ATCD personnel de grossesse non désirée ou d'IVG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interrogez-vous la patiente sur les méthodes contraceptives disponibles connues et leurs modes d'action ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interrogez-vous la patiente sur leurs modalités d'utilisation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interrogez-vous la patiente sur les effets indésirables et risques possibles ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interrogez-vous la patiente sur la différence entre contraception et IST ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demandez-vous à la patiente quelle est sa profession ou études en cours ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demandez-vous à la patiente si elle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	OUI toujours	OUI le plus souvent	PARFOIS	JAMAIS
effectue un travail comprenant des horaires décalés ou de nuit?				
Demandez-vous à la patiente comment se passe sa vie sexuelle et le nombre de ses partenaires ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demandez-vous à la patiente quelle est sa situation familiale et son entourage ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demandez-vous à la patiente ce que pense son partenaire de la contraception?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recherchez-vous un désir de grossesse sous-jacent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous ne recherchez pas systématiquement certains éléments, pourriez-vous expliquer pourquoi?

.....  
 .....  
 .....

### Les alternatives à la contraception orale

Si vous suspectez des difficultés prévisibles dans la gestion quotidienne de la contraception orale, proposez-vous une/des alternative(s) et si oui la/lesquelle(s) et sur quels arguments ?

	OUI toujours	OUI le plus souvent	PARFOIS	JAMAIS
DIU (cuivre ou progestatif)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implant contraceptif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Préservatif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	OUI toujours	OUI le plus souvent	PARFOIS	JAMAIS
(masculin ou féminin)				
Patch contraceptif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anneau vaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Méthodes naturelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**POURQUOI?**

.....

.....

.....

**Principaux éléments motivant votre prescription**

En fin de comptes, quels éléments vous apparaissent déterminants dans le choix d'une première méthode contraceptive ?

Merci de sélectionner les 3 principaux éléments qui vous permettent de trancher entre une méthode plutôt qu'une autre

**Pour la contraception orale**

- Age
- Présence de contre-indications médicales
- Compréhension de la méthode par la patiente (mode d'action, efficacité, effets indésirable, ...)
- Mode de vie (profession, horaires de travail, situation familiale, ...)
- Sexualité, nombre de partenaires
- Avis du/des partenaire(s) concernant la contraception
- Risque d'IST (antécédent d'IST, pratiques à risques, ...)
- Antécédent de grossesse non désirée
- Difficultés d'observance prévisibles
- Désir de grossesse sous-jacent
- autre

**Pour le DIU (cuivre et progestérone)**

- Age
- Présence de contre-indications médicales

- Compréhension de la méthode par la patiente (mode d'action, efficacité, effets indésirable, ...)
- Mode de vie (profession, horaires de travail, situation familiale, ...)
- Sexualité, nombre de partenaires
- Avis du/des partenaire(s) concernant la contraception
- Risque d'IST (antécédent d'IST, pratiques à risques, ...)
- Antécédent de grossesse non désirée
- Difficultés d'observance prévisibles
- Désir de grossesse sous-jacent
- autre

#### Pour le préservatif

- Age
- Présence de contre-indications médicales
- Compréhension de la méthode par la patiente (mode d'action, efficacité, effets indésirable, ...)
- Mode de vie (profession, horaires de travail, situation familiale, ...)
- Sexualité, nombre de partenaires
- Avis du/des partenaire(s) concernant la contraception
- Risque d'IST (antécédent d'IST, pratiques à risques, ...)
- Antécédent de grossesse non désirée
- Difficultés d'observance prévisibles
- Désir de grossesse sous-jacent
- autre

#### Pour l'implant contraceptif

- Age
- Présence de contre-indications médicales
- Compréhension de la méthode par la patiente (mode d'action, efficacité, effets indésirable, ...)
- Mode de vie (profession, horaires de travail, situation familiale, ...)
- Sexualité, nombre de partenaires
- Avis du/des partenaire(s) concernant la contraception
- Risque d'IST (antécédent d'IST, pratiques à risques, ...)

- Antécédent de grossesse non désirée
- Difficultés d'observance prévisibles
- Désir de grossesse sous-jacent
- autre

#### Pour le patch

- Age
- Présence de contre-indications médicales
- Compréhension de la méthode par la patiente (mode d'action, efficacité, effets indésirable, ...)
- Mode de vie (profession, horaires de travail, situation familiale, ...)
- Sexualité, nombre de partenaires
- Avis du/des partenaire(s) concernant la contraception
- Risque d'IST (antécédent d'IST, pratiques à risques, ...)
- Antécédent de grossesse non désirée
- Difficultés d'observance prévisibles
- Désir de grossesse sous-jacent
- autre

#### Pour l'anneau vaginal

- Age
- Présence de contre-indications médicales
- Compréhension de la méthode par la patiente (mode d'action, efficacité, effets indésirable, ...)
- Mode de vie (profession, horaires de travail, situation familiale, ...)
- Sexualité, nombre de partenaires
- Avis du/des partenaire(s) concernant la contraception
- Risque d'IST (antécédent d'IST, pratiques à risques, ...)
- Antécédent de grossesse non désirée
- Difficultés d'observance prévisibles
- Désir de grossesse sous-jacent
- autre

#### Pour les méthodes naturelles

- Age

- Présence de contre-indications médicales
- Compréhension de la méthode par la patiente (mode d'action, efficacité, effets indésirable, ...)
- Mode de vie (profession, horaires de travail, situation familiale, ...)
- Sexualité, nombre de partenaires
- Avis du/des partenaire(s) concernant la contraception
- Risque d'IST (antécédent d'IST, pratiques à risques, ...)
- Antécédent de grossesse non désirée
- Difficultés d'observance prévisibles
- Désir de grossesse sous-jacent
- autre

Impression générale et commentaires libres

.....

.....

.....

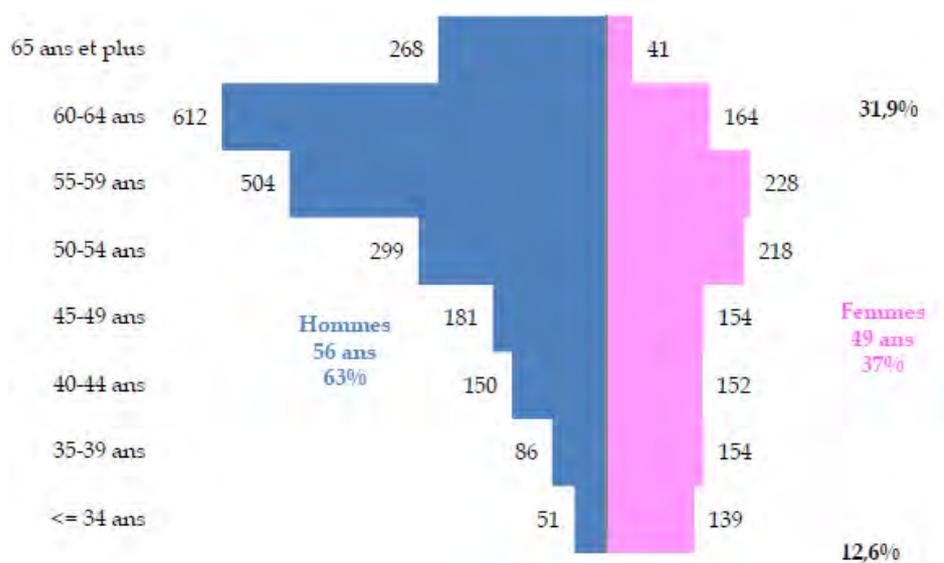
.....

## Annexe 4 : Description de la population des médecins généralistes

### 1) Age et sexe, données issues du Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2015 (30)

La région Midi-Pyrénées comprend 3401 médecins généralistes libéraux.

L'âge moyen est de 52 ans, 63 % des médecins sont des hommes. La répartition est la suivante :



32 % des médecins généralistes libéraux et mixtes sont âgés de plus de 60 ans et 13% sont âgés de moins de 40 ans.

Parmi les moins de 40 ans, 68 % des médecins sont des femmes.

La répartition dans les bassins de santé est très variable dans la région. En moyenne, on compte 9,2 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants, 51 % des bassins de santé sont caractérisés par une densité faible.

### 2) Nombre moyen d'actes quotidiens selon le Baromètre Santé des Médecins Généralistes en 2009 (données nationales) (28)

Le nombre moyen d'actes quotidiens est de 24,9. Les hommes en déclarent plus que les femmes (25,5 vs 22,5 ;  $p < 0.01$ ).

## ***Annexe 5 : Modèle BERGER de l'OMS (32)***

Le modèle « BERGER » de l'OMS propose un déroulement de la consultation et du suivi en 6 étapes : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour.

### **Bienvenue**

En pratique, en dehors de l'accueil 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'information 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 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 contre-indications, les risques graves mêmes exceptionnels, leurs intérêts, 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 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'assure au final de son plein accord et de l'absence de réticences sur la méthode choisie.

### **Explication**

La phase d'enseignement est orientée sur l'explication de la méthode contraceptive et de son emploi et vise, s'il y a lieu, à l'établissement d'une prise en routine (par exemple 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 que la celle-ci est adaptée à la personne (au besoin de corriger son emploi) et qu'elle en est satisfaite. Ces consultations sont également l'opportunité de compléter la contraception ou éventuellement de changer de méthode si celle choisie se révèle inadaptée (en raison par exemple d'effets indésirables) ou insuffisante (en raison par exemple 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.

De manière générale, s'engager dans une démarche individuelle d'aide au choix implique pour le médecin (ou pour le soignant menant une consultation portant sur la contraception) :

- de réfléchir, au préalable, à la signification individuelle et sociale du geste que représente la prescription (ou l'assentiment au choix) d'une méthode contraceptive

- de se questionner, au préalable, sur son propre positionnement vis-à-vis de la contraception et des différentes méthodes existantes, ainsi que sur le rôle qui lui est dévolu dans la relation avec la femme et le couple ;

- de prendre le temps d'analyser précisément avec la femme (et/ou le couple) sa situation (médicale mais aussi sociale, son appartenance culturelle, ses représentations, ses peurs et ses envies...) avant d'envisager avec elle une ou des méthodes contraceptives

- de l'informer sur les choix possibles ;

- de lui permettre de choisir la méthode qu'elle estime comme la plus adaptée ;

- de la former à l'utilisation de la méthode choisie ;

- enfin, de réévaluer périodiquement cette option avec la femme et/ou le couple.

## Annexe 6 : HAS, Leviers concernant le choix de la contraception la mieux adaptée à chacun (23).

### Leviers concernant le choix de la contraception la mieux adaptée à chacun

À l'issue de l'analyse, des leviers généraux d'action concernant le choix de la contraception la mieux adaptée ont été identifiés. Les préconisations des rapports publics sur le sujet sont également présentées ainsi que des pistes complémentaires proposées par les relecteurs.

#### Leviers généraux

- Développer et adapter la formation initiale et continue des professionnels de santé concernés par la contraception, de façon indépendante de l'industrie pharmaceutique.
- Promouvoir l'information des professionnels de santé sur la contraception par le biais des délégués de l'Assurance maladie et au moyen de sites Internet *ad hoc*.
- Évaluer l'intérêt d'une modification des modalités de rémunération des professionnels de santé.
- Faciliter l'information du grand public sur les différents moyens contraceptifs disponibles au moyen d'une plate-forme d'information unique.
- Exercer une vigilance accrue sur la qualité de l'information sur les différents moyens contraceptifs délivrée par les industriels aux professionnels de santé et au grand public.

#### Mieux préparer les praticiens à leur rôle en matière de contraception

##### À moyen terme

- Développer la place accordée aux questions de contraception dans la formation théorique et pratique des futurs médecins (rapport IGAS 2009).
- Développer les formations initiales des gynécologues-obstétriciens, des médecins généralistes et des sages-femmes par (rapport Poletti 2011) :
  - l'inscription au sein de l'unité d'enseignement commune « Santé, société, humanité » d'une introduction générale à l'histoire et au droit de la contraception et de l'orthogénie ;
  - un enseignement plus approfondi de la contraception, de la gynécologie médicale et de l'orthogénie au cours des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles des études médicales (pour les spécialisations en gynécologie, en gynécologie-obstétrique et en médecine générale) et au cours des études de sages-femmes ;
  - l'organisation de stages dans des CPEF et des centres d'orthogénie ;
  - une mise en commun et une communication des bonnes pratiques de certains pôles hospitaliers universitaires et de certaines écoles de sages-femmes dans le domaine de l'information que leurs étudiants peuvent délivrer aux adolescents.
- Encourager le développement d'actions de développement professionnel continu axées sur la contraception (rapport IGAS 2009), voire en faire une priorité nationale.

#### Développer la fonction de conseil en matière de contraception

##### À court terme

- À l'occasion de la délivrance d'une contraception d'urgence, charger les pharmaciens de remettre aux femmes de moins de 25 ans un guide présentant l'ensemble des moyens contraceptifs et contenant un coupon pour un rendez-vous chez un médecin agréé (rapport CAS 2011).

##### À moyen terme

- Reconnaître financièrement la spécificité d'une consultation médicale à visée contraceptive (rapport IGAS 2009).



## Garantir l'accès à une information de qualité sur la diversité et l'utilisation des moyens contraceptifs disponibles

### À court/moyen terme

- Promouvoir les méthodes de contraception réversible de longue durée, et en particulier le DIU (rapport IGAS 2009).
- Présenter la stérilisation parmi les moyens de contraception (rapport IGAS 2009).
- Mettre à disposition du grand public des supports sur les problèmes concrets de gestion de la contraception (rapport IGAS 2009).
- Insister sur la sensibilisation des jeunes hommes et associer la prévention des IST et l'information sur la contraception en promouvant la double protection, notamment dans les campagnes d'information (rapport CAS 2011).
- Rendre effectif le libre choix contraceptif en développant une information sur l'ensemble des modes de contraception, y compris ceux qui sont encore peu connus en France (rapport CAS 2011).

L'Inpes a développé certains outils de gestion de la contraception (carte oubli de pilule) et de communication (choisir sa contraception).



## TABLE DES FIGURES

FIGURE 1: METHODES DE CONTRACEPTION UTILISEES EN FRANCE EN 2013 SELON L'AGE DES FEMMES (ENQUETE FECOND, 2013).....	14
FIGURE 2 : « EN CE QUI VOUS CONCERNE, DIRIEZ-VOUS QU'IL VOUS ARRIVE D'OUBLIER VOTRE PILULE PENDANT UN JOUR OU PLUS ? » (SOURCE : INPES, LES FRANÇAIS ET LA CONTRACEPTION, 2007). .....	15
FIGURE 3 : POURCENTAGE CUMULE DE PARTICIPANTES QUI CONNAISSAIENT UN ECHEC CONTRACEPTIF A UN, DEUX OU TROIS ANS, EN FONCTION DE LA METHODE CONTRACEPTIVE... 16	16
FIGURE 4 : PROBABILITE DE NE PAS AVOIR DE GROSSESSE NON DESIREE, EN FONCTION DE LA METHODE CONTRACEPTIVE ET DE L'AGE. (SOURCE: WINNER B, ET AL. EFFECTIVENESS OF LONG-ACTING REVERSIBLE CONTRACEPTION. NEJM, 2012)......	17
FIGURE 5 : REPARTITION PAR TRANCHES D'AGE DE LA POPULATION DE L'ETUDE .....	22
FIGURE 6 : REPARTITION DE LA POPULATION SELON SI ELLE EFFECTUE PLUS OU MOINS DE 100 CONSULTATIONS TOUT MOTIF PAR SEMAINE, EN FONCTION DE L'AGE DU PRATICIEN, (DONNEES EN POURCENTAGE DES REpondANTS) .....	23
FIGURE 7: NOMBRE DE CONSULTATIONS DE GYNECOLOGIE EFFECTUEES PAR SEMAINE PAR LA POPULATION DE L'ETUDE .....	23
FIGURE 8: POURCENTAGE DE CONSULTATIONS DE GYNECOLOGIE EFFECTUEES EN FONCTION DE L'ACTIVITE GLOBALE DU PROFESSIONNEL.....	24
FIGURE 9: REPONSE A LA QUESTION « POSEZ-VOUS DES IMPLANTS CONTRACEPTIFS ? », EN FONCTION DE L'AGE DU MEDECIN. DONNEES EXPRIMEES EN POURCENTAGE DES REpondANTS.....	26
FIGURE 10: RECHERCHE DES ANTECEDENTS PERSONNELS LORS D'UNE PREMIERE CONSULTATION CONTRACEPTIVE .....	27
FIGURE 11: RECHERCHE DES ANTECEDENTS FAMILIAUX LORS D'UNE PREMIERE CONSULTATION CONTRACEPTIVE .....	28
FIGURE 12: RECHERCHE DES ANTECEDENTS D'INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE OU DE GROSSESSE NON DESIREE LORS D'UNE PREMIERE CONSULTATION CONTRACEPTIVE.....	28
FIGURE 13: RECHERCHE LORS DE L'ENTRETIEN DES ANTECEDENTS PERSONNELS D'IST OU DE GROSSESSE NON DESIREE, EN FONCTION DE L'AGE DU MEDECIN. DONNEES EXPRIMEES EN POURCENTAGE DE CHAQUE TRANCHE D'AGE .....	29
FIGURE 14: REPONSES A LA QUESTION « INTERROGEZ-VOUS LES PATIENTES SUR LES DIFFERENTES METHODES CONTRACEPTIVES CONNUES ET LEUR MODE D'ACTION ? ».....	30
FIGURE 15: REPONSES A LA QUESTION : « DEMANDEZ-VOUS A LA PATIENTE COMMENT SE PASSE SA VIE SEXUELLE ET LE NOMBRE DE SES PARTENAIRES ? » .....	31
FIGURE 16: ALTERNATIVES PROPOSEES A LA CONTRACEPTION ORALE. DONNEES.....	32
FIGURE 17: REPONSES A LA QUESTION : « PROPOSEZ-VOUS LE DIU COMME ALTERNATIVE A LA CONTRACEPTION ORALE ? » DONNEES EXPRIMEES EN POURCENTAGE, EN FONCTION DE L'AGE DES MEDECINS INTERROGES. ....	33
FIGURE 18: REPONSES A LA QUESTION : « PROPOSEZ-VOUS L'IMPLANT COMME ALTERNATIVE A LA CONTRACEPTION ORALE ? ». DONNEES EN FONCTION DE L'AGE DU MEDECIN EXPRIMEES EN POURCENTAGE. ....	34
FIGURE 19: REPONSES A LA QUESTION : « PROPOSEZ-VOUS L'ANNEAU COMME ALTERNATIVE A LA CONTRACEPTION ORALE ? ». DONNEES EN FONCTION DU SEXE DU MEDECIN, EXPRIMEES EN POURCENTAGE. ....	36
FIGURE 20: REPONSES A LA QUESTION : « PROPOSEZ-VOUS LE PATCH COMME ALTERNATIVE A LA CONTRACEPTION ORALE ? » DONNEES EN FONCTION DU SEXE DU MEDECIN, EXPRIMEES EN POURCENTAGE.....	37
FIGURE 21: ELEMENTS DETERMINANTS DANS LE CHOIX D'UNE METHODE CONTRACEPTIVE, TOUTES METHODES CONFONDUES.....	39

## ABSTRACT

### **Is information gathering done by general practitioners during a first contraceptive prescription consultation consistent with the HAS recommendations of March 2013?**

**OBJECTIVE:** Assess general practitioners practices in the Midi-Pyrénées region concerning information gathering process during a first contraceptive prescription (excluding post-partum and post-abortion situations) and compare with the HAS recommendations.

**WORK METHOD:** In July 2015, a questionnaire was sent by email to general practitioners based in the Midi-Pyrénées region who were registered on URPS lists.

**RESULTS:** 204 questionnaires have been analysed. The vast majority (82.4 %) of respondents conducts a dedicated consultation for a first contraceptive prescription. While personal and family backgrounds are widely sought, lifestyle, expectations and the knowledge of the patient are less investigated. Similarly, abortions and unwanted pregnancy backgrounds as well as sexuality are little explored, as finding this information is deemed "inappropriate" or "too intrusive". IUD is only inserted by a quarter of surveyed practitioners who largely regret their lack of training or suggest a reluctance to propose this method to a nulliparous patient. Half of physicians sets contraceptive implants, fearing technical difficulties during the insertion and especially during the removal of the device as well as adverse effects. Decisive elements determining the proposal of a contraceptive method are the presence or absence of medical contraindications, the understanding of the method, and the prevision of possible compliance difficulties.

**CONCLUSION:** While searching medical contraindications arises as the key element determining the choice of the method, contrary to the HAS recommendations, certain elements such as lifestyle, sexuality or patient expectations are little assessed. Prejudices persist against the IUD, the implant, the ring and the patch.

## RESUME

### **Le recueil d'informations réalisé par les médecins généralistes lors de la consultation pour une première prescription de contraception est-il en accord avec les recommandations de l'HAS de mars 2013 ?**

**OBJECTIF :** Evaluer les pratiques des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées concernant le recueil d'informations lors d'une première prescription contraceptive (hors post-partum et post-IVG) et comparer avec les recommandations de l'HAS.

**METHODE :** Un questionnaire a été adressé par mail aux médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées inscrits sur les listes de l'URPS en juillet 2015.

**RESULTATS :** 204 questionnaires ont été exploités. La grande majorité (82,4 %) des médecins interrogés effectue une consultation dédiée lors de l'instauration d'une contraception. Alors que les antécédents personnels et familiaux sont largement recherchés, le mode de vie, les attentes et les connaissances de la patiente le sont peu. De même, les antécédents d'IST et de grossesse non-désirée ainsi que la sexualité sont peu explorés, cette recherche d'informations étant jugée comme « inappropriée » ou « trop intrusive ». Le DIU n'est posé que par un quart des médecins interrogés qui regrettent leur manque de formation ou évoquent une réticence à le proposer chez une nullipare. La moitié des médecins pose des implants contraceptifs, craignant des difficultés techniques à la pose et surtout au retrait et des effets indésirables. Les éléments qui apparaissent déterminants dans la proposition d'une méthode contraceptive sont la présence ou non de contre-indications médicales, la compréhension de la méthode, des difficultés d'observance prévisibles ou non.

**CONCLUSION :** Alors que la recherche des contre-indications médicales est l'élément de choix prépondérant pour les médecins, contrairement aux recommandations de l'HAS certains éléments comme le mode de vie, la sexualité ou les attentes des patientes sont peu évalués. Des préjugés persistent sur le DIU, l'implant, l'anneau et le patch.