

Année 2021

2021-TOU3-1083

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
par

**MARTINOT Viviane**

Le 05 Octobre 2021

**Etat des lieux des connaissances des Médecins Généralistes en Midi-Pyrénées sur  
la contraception à proposer en première intention à la nullipare : la formation  
initiale influe-t-elle sur le conseil proactif du DIU/SIU ?**

Directeur de thèse : Dr Isabelle FRAY

### JURY :

**Monsieur le Professeur Pierre MESTHE**

**Président**

**Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC**

**Assesseur**

**Madame le Docteur Leïla LATROUS**

**Assesseur**

**Madame le Docteur Emilie FRANZIN**

**Assesseur**

**Madame le Docteur Isabelle FRAY**

**Assesseur**



**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2020**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul

Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

**Professeurs Emérites**

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur ARBUS Louis	Professeur SIMON Jacques
Professeur ARLET Philippe	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur BOUTAULT Franck	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur CHAMONTIN Bernard	
Professeur CHAP Hugues	
Professeur CONTÉ Jean	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur GRAND Alain	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur LAGARRIGUE Jacques	
Professeur LANG Thierry	
Professeur LAURENT Guy	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur MAGNAVAL Jean-François	
Professeur MANELFE Claude	
Professeur MASSIP Patrice	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur MOSCOVICI Jacques	
Professeur MURAT	
Professeur RISCHMANN Pascal	
Professeur RIVIERE Daniel	
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	

# FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

## P.U. - P.H.

### Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUDAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie

#### P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

#### Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

## P.U. - P.H.

### 2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

#### P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

#### Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

#### Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUDAUD Sandra

# FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

**133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex**

**Doyen : E. SERRANO**

## P.U. - P.H.

### Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURAS-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	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
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

**Professeur Associé de Médecine Générale**

M. STILLMUNKES André

## P.U. - P.H.

### 2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNEGAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

**P.U. Médecine générale**

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**Professeur Associé de Médecine Générale**

M. BOYER Pierre

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**  
**37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex**

**M.C.U. - P.H.**

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. Curot Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme FREYENS Anne  
M. CHICOULAA Bruno  
Mme PUECH Marielle

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL**  
**133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex**

**M.C.U. - P.H**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
M. ESCOURROU Emile

**M.C.A. Médecine Générale**

M. BIREBENT Jordan  
Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme LATROUS Leila

# REMERCIEMENTS

## **Au président du jury : Monsieur le Professeur Pierre MESTHE**

Je vous remercie pour l'intérêt porté à mon travail. Merci d'avoir accepté de présider ce jury de thèse. Veuillez recevoir ici le témoignage de ma reconnaissance, de ma considération et de mon profond respect. Je vous remercie pour votre investissement dans notre formation pendant toutes ces années.

## **Aux membres du jury**

### **A ma directrice de thèse : Madame le Docteur Isabelle FRAY**

Je te remercie d'avoir accepté de me guider dans ce travail. Merci pour tes conseils, ta disponibilité (à toute heure), ta patience et ta bonne humeur. Merci pour ton temps consacré à notre formation.

### **A Monsieur le Docteur Thierry Brillac**

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ma thèse. Recevez ici le témoignage de ma reconnaissance, de ma considération et de mon profond respect. Je vous remercie de votre investissement dans notre formation.

### **A Madame le Docteur Leïla Latrous**

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail, ainsi que de votre engagement dans l'enseignement aux internes de Médecine Générale. Veuillez croire en ma gratitude, et soyez assurée de mon profond respect.

### **A Madame le Docteur Emilie Franzin**

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Je te suis profondément reconnaissante de m'avoir enseigné la médecine avec pédagogie, patience, douceur et bonne humeur. Tu es une médecin exceptionnelle, humaine, rayonnante. Tu guides les internes perdus vers des horizons plus lumineux, moi y compris. Je m'estime heureuse d'avoir croisé ton chemin, et je te suis reconnaissante de tout ce que tu as pu m'apporter.

## **A tous mes maîtres de stage**

Merci pour votre soutien et votre patience, pour votre enseignement et votre écoute. Je vous remercie pour votre confiance.

## **Remerciements personnels**

### **A ma famille**

A mes parents, qui ont toujours cru en moi, qui m'ont soutenu toutes ces années, dans les hauts comme dans les bas. Vous avez toujours été là pour moi. Vous m'avez permis de devenir la personne et le médecin que je suis aujourd'hui.

A ma sœur, Katinka, à travers les joies et les peines, je serais toujours là pour toi, tu es toujours là pour moi, ma sœur préférée (normal, tu es la seule !) Tu as su rebondir face aux épreuves de la vie, et montrer le chemin aux autres quand ils manquaient de courage.

A FX, mon amour, merci d'avoir cru en moi et me m'avoir soutenu et supporté pendant tout ce travail. Je te suis très reconnaissante de toute ton aide pour ce travail. Merci d'être là pour moi au quotidien, de me faire rire, de me comprendre. Merci pour ta douceur et ta délicatesse.

### **A mes amis**

A Bastoune, mon plus vieil ami. Merci pour ton humour (si particulier), ton soutien. Je te remercie d'être toujours là, et de me supporter (ou bien c'est moi qui te supporte, je ne sais plus ?!)

A mes GlinGlins d'amour : Nolwenn, Clémence, Marie, Marie-Alice, Joanna, Eugénie :

Je suis heureuse que l'internat nous ait mises sur le même chemin. Merci de d'avoir été là toutes ces années, entre rire (beaucoup) et larmes (parfois). Je suis contente de vous avoir rencontré. La vie suit son chemin, nous avançons tous vers de nouveaux horizons, mais on ne se perd pas de vue : GlinsGlinsClic est opérationnel, officieusement le meilleur réseau de soutien et d'information entre copines-collègues !

A tous mes amis, de Toulouse et d'ailleurs, merci.

# TABLE DES MATIERES

<b>I. INTRODUCTION</b>	<b>7</b>
A. GENERALITES SUR LES DIU/SIU	7
1. <i>DIU au cuivre</i>	7
2. <i>SIU hormonal au lévonorgestrel</i>	7
3. <i>Indications</i>	8
B. LA CONTRACEPTION EN CHIFFRES	8
C. POURQUOI CES DIFFERENCES ?	9
<b>II. MATERIEL ET METHODES</b>	<b>11</b>
A. TYPE D'ETUDE	11
B. POPULATION ETUDIEE	11
C. RECUEIL DE DONNEES	11
D. ANALYSE STATISTIQUE	12
<b>III. RESULTATS</b>	<b>13</b>
A. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	13
B. REponses AU QUESTIONNAIRE	14
1. <i>Vignette 1 : première demande de contraception d'une patiente nullipare de 20 ans</i>	14
2. <i>Vignette 2 : demande de changement de contraception d'une patiente nullipare de 23 ans, auparavant sous contraception hormonale orale</i>	15
3. <i>Vignette 3 : demande de contraception post-IVG d'une patiente nullipare de 20 ans</i>	16
4. <i>Vignette 4 : demande de contraception d'une patiente nullipare de 39 ans, ayant des facteurs de risque thrombo-embolique (âge, tabagisme actif)</i>	17
5. <i>Dans quelles circonstances proposez-vous le DIU au cuivre ou le SIU hormonal ?</i>	19
C. ANALYSES STATISTIQUES COMPARATIVES	20
1. <i>DIU au cuivre</i>	21
a) <i>Vignette 1</i>	21

(1) Médecins ayant reçu une formation en gynécologie, versus aucune formation spécifique en gynécologie	21
(2) La formation initiale par stage spécifique sur la santé de la Femme (SFSE) pendant l'Internat	21
(a) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat sans aucune formation complémentaire, versus aucune formation spécifique	22
(b) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus aucune formation	22
(c) Comparatif entre Stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus formations complémentaires seules	23
b) Vignette 2	23
(1) Médecins ayant reçu une formation en gynécologie versus aucune formation spécifique en gynécologie	23
(2) La formation initiale par stage spécifique sur la santé de la Femme (SFSE) pendant l'Internat	24
(a) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat sans aucune formation complémentaire, versus aucune formation	24
(b) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus aucune formation	25
(c) Comparatif entre Stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus formations complémentaires seules	25
c) Vignette 3	26
(1) Médecins ayant reçu une formation en gynécologie versus aucune formation spécifique en gynécologie	26
(2) La formation initiale par stage spécifique SFSE pendant l'Internat	26
(a) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat sans aucune formation complémentaire, versus aucune formation	27
(b) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus aucune formation	27
(c) Comparatif entre Stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus formations complémentaires seules	28
d) Vignette 4	28

(1) Médecins ayant reçu une formation en gynécologie versus aucune formation spécifique en gynécologie	28
(2) La formation initiale par stage spécifique sur la santé de la Femme pendant l'Internat	29
(a) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat sans aucune formation complémentaire, versus aucune formation	29
(b) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus aucune formation	30
(c) Comparatif entre Stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus formations complémentaires seules	30
e) Comparatif à la question : « dans quelles circonstances proposez-vous le DIU au cuivre » ?	31
2. SIU hormonal	32
a) Vignette 1	32
(1) Médecins ayant reçu une formation en gynécologie versus aucune formation spécifique en gynécologie	32
(2) La formation initiale par stage spécifique sur la santé de la Femme (SFSE) pendant l'Internat	33
(a) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat sans aucune formation complémentaire, versus aucune formation	33
(b) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus aucune formation	34
(c) Comparatif entre Stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus formations complémentaires seules	34
b) Vignette 2	35
(1) Médecins ayant reçu une formation en gynécologie versus aucune formation spécifique en gynécologie	35
(2) La formation initiale par stage spécifique SFSE pendant l'Internat	35
(a) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat sans aucune formation complémentaire, versus aucune formation	36
(b) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus aucune formation	36

(c) Comparatif entre Stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus formations complémentaires seules	37
c) Vignette 3	37
(1) Médecins ayant reçu une formation en gynécologie versus aucune formation spécifique en gynécologie	37
(2) La formation initiale par stage spécifique SFSE pendant l'Internat	38
(a) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat sans aucune formation complémentaire, versus aucune formation	38
(b) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus aucune formation	39
(c) Comparatif entre Stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus formations complémentaires seules	39
d) Vignette 4	40
(1) Médecins ayant reçu une formation en gynécologie versus aucune formation spécifique en gynécologie	40
(2) La formation initiale par stage spécifique SFSE pendant l'Internat	40
(a) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat sans aucune formation complémentaire, versus aucune formation	41
(b) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus aucune formation	41
(c) Comparatif entre Stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus formations complémentaires seules	42
e) Comparatif à la question : « dans quelles circonstances proposez-vous le SIU hormonal » ?	42
<b>IV. DISCUSSION</b>	<b>45</b>
A. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	45
1. Forces	45
2. Limites	45
B. L'INFLUENCE DE LA FORMATION INITIALE SUR LA PROPOSITION DU DIU/SIU COMME MOYEN DE CONTRACEPTION A UNE PATIENTE NULLIPARE	46
C. ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LA CONTRACEPTION A PROPOSER EN PREMIERE INTENTION A UNE NULLIPARE	47

D. AMELIORER LES PRATIQUES CONTRACEPTIVES _____	48
1. <i>La formation initiale</i> _____	48
2. <i>La formation continue</i> _____	49
3. <i>A l'étranger</i> _____	52
<b>V. CONCLUSION</b> _____	<b>54</b>
<b>VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> _____	<b>55</b>
<b>VII. ANNEXES</b> _____	<b>61</b>
ANNEXE 1 : TABLEAU 1 : DISPOSITIFS INTRA-UTERINS AU CUIVRE _____	61
ANNEXE 2 : TABLEAU 2 : SYSTEMES INTRA-UTERINS AU LEVONORGESTREL _____	61
ANNEXE 3 : TABLEAU 3 : EFFICACITE COMPARATIVE DES PRINCIPALES METHODES _____	62
ANNEXE 4 : CONTRE-INDICATIONS AU DIU AU CUIVRE / SIU HORMONAL _____	62
ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE INITIAL DE TEST SUR 3 SUJETS _____	63
ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE VERSION FINALE _____	68
ANNEXE 7 : REPONSES A LA QUESTION : « AVEZ-VOUS DES FORMATIONS EN GYNECOLOGIE ? » : AUTRE _____	75

## Liste des abréviations utilisées :

ANDPC : Agence Nationale du Développement Professionnel Continu

ATCD : antécédent

DIU : Dispositif Intra-Utérin

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MIP : Maladie Inflammatoire Pelvienne

Mip'AGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants de la région Midi-Pyrénées

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QCM : Question à Choix Multiple

ReAGJIR : Regroupement Autonome des Jeunes Généralistes Installés et Remplaçants

SFSE : Santé de la Femme, Santé de l'Enfant

SIU : Système Intra-Utérin

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

# **I. Introduction**

## **A. Généralités sur les DIU/SIU**

Il existe 2 grandes familles de dispositifs intra-utérins (DIU) :

- Les dispositifs intra-utérins au cuivre (annexe 1)
- Les dispositifs intra-utérins hormonaux, également appelés systèmes intra-utérins (SIU), au lévonorgestrel (annexe 2)

L'efficacité d'une méthode contraceptive est mesurée par l'indice de Pearl, indice théorique égal au pourcentage de grossesses accidentelles sur un an d'utilisation optimale de la méthode de contraception. Une méthode contraceptive est jugée efficace par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) quand l'indice de Pearl est inférieur à 1 (1).

Le dispositif intra-utérin est une méthode de contraception particulièrement efficace : son efficacité théorique est de 0,2 pour celui au lévonorgestrel et de 0,6 pour le DIU au cuivre (annexe 3).

### **1. DIU au cuivre**

Le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre, anciennement appelé stérilet, est une méthode de contraception à longue durée d'action, réversible. Le DIU se compose d'un support en plastique avec 2 bras flexibles, autour duquel s'enroule un fil de cuivre. Le principal mode d'action de ce type de DIU est un effet cytotoxique du cuivre sur les spermatozoïdes. Il provoque également une inflammation locale de l'endomètre qui empêche l'implantation de l'ovocyte fécondé dans la cavité utérine.

### **2. SIU hormonal au lévonorgestrel**

Il existe actuellement 3 types de SIU au lévonorgestrel différents disponibles et remboursés en France : Mirena®, Jaydess® et Kyleena®.

L'effet contraceptif des SIU au lévonorgestrel repose essentiellement sur 2 mécanismes :

- Épaississement de la glaire cervicale, empêchant le passage cervical des spermatozoïdes
- Effet local du SIU sur l'endomètre et prévention de la prolifération de l'endomètre.

### 3. Indications

Selon la HAS, le DIU (au cuivre ou au lévonorgestrel) peut être proposés « aux femmes et aux adolescentes, quelles que soient la parité et la gestité » (2). La gestité est le nombre de grossesses d'une femme. La parité est le nombre d'accouchements après 20 semaines de grossesse.

Le DIU au cuivre est également indiqué comme moyen de contraception d'urgence s'il est posé dans les 5 jours après un rapport sexuel non protégé.

MIRENA® a une indication contraceptive, mais a également une indication dans le traitement des ménorragies fonctionnelles(3). JAYDESS® et KYLEENA® ont une indication uniquement contraceptive(4),(5).

Les contre-indications sont communes aux deux ; le SIU hormonal a en plus des contre-indications liées à la présence de l'hormone progestative (annexe 4)(1).

### B. La contraception en chiffres

Dans le monde, parmi les 1.9 milliards de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) en 2019, 1,1 milliards ont un besoin contraceptif : elles utilisent actuellement un moyen de contraception, ou elles souhaitent éviter une grossesse mais n'utilisent pas de moyen de contraception(6).

Parmi celles ayant un besoin contraceptif, la proportion de femmes utilisant un moyen de contraception moderne (autre que les méthodes dites « naturelles ») est de 76% en 2019.

La stérilisation féminine est le mode de contraception le plus fréquent à travers le monde : 11,5% des femmes en âge de procréer, soit 219 millions de femmes. Cette méthode est le premier mode de contraception en Asie du Sud (22,6%), en Amérique Latine et les Caraïbes (16,0%).

Le 2<sup>ème</sup> moyen de contraception dans le monde est le préservatif masculin (10,0% des femmes en âge de procréer). Il est le second moyen de contraception le plus fréquent en Asie de l'Est (23,6%), Amérique du Nord (11,0%), et en Europe (16,4%).

La contraception hormonale orale n'est que le 4<sup>ème</sup> mode contraception dans le monde (8% des femmes en âge de procréer, soit 151 millions de femmes), mais, il est prédominant dans certaines régions du monde. En Europe, il est le 1<sup>er</sup> moyen contraceptif (19,1%), ainsi

qu'en Océanie (16,9%), Afrique du Nord (15,1%), et Amérique du Nord (15,1%). En Amérique Latine et dans les Caraïbes ce moyen de contraception est le 2<sup>ème</sup>.

A noter que l'Afrique Sub-saharienne est la seule région du monde où les contraceptifs injectables sont le 1<sup>er</sup> mode de contraception (9,6% des femmes en âge de procréer).

Le recours à un DIU au cuivre ou hormonal n'arrive qu'en 3<sup>ème</sup> position comme mode de contraception dans le monde (159 millions de femmes, soit 8,4% des femmes en âge de procréer). Il est le 1<sup>er</sup> moyen contraceptif en Asie de l'Est (24,2% des femmes en âge de procréer).

On estime qu'en 2010, en France, 18,7% des femmes en âge de procréer utilisaient un DIU/SIU(7). Selon le Baromètre santé 2016, le moyen le plus utilisé par les femmes françaises ayant un besoin contraceptif est la contraception hormonale orale (33,2 %), suivie des DIU/SIU (25,6 %), des préservatifs masculins (15,5 %), de la stérilisation féminine (4,5%), et de l'implant (4,3 %). A noter que 3,3% utilisent un préservatif associé à la contraception orale(7).

En 2010, seules 1,3% des nullipares entre 15 et 49 ans ont eu recours au DIU/SIU(8). Même si cette proportion est en hausse, en 2016, 7,6 % des femmes nullipares entre 25 et 29 ans utilisent un DIU/SIU, tandis qu'elles sont 31,8 % chez les multipares. Cette tendance se retrouve dans toutes les tranches d'âge(7). Alors que, depuis 2004, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande le DIU/SIU comme moyen de contraception de première intention, y compris chez la nullipare(2).

### **C. Pourquoi ces différences ?**

On retrouve différents facteurs pouvant influencer la variabilité du taux d'utilisatrices de DIU/SIU : les politiques de santé publique, les types de praticiens autorisés à poser un DIU, l'environnement médico-légal, la disponibilité des formations pour les professionnels de santé, le coût et la distribution géographique des structures assurant les soins liés au DIU...(9)

Différentes thèses (10),(11),(12),(13),(14),(15),(16),(17), mémoires (18), ainsi que des travaux de la HAS (19) ont étudié les facteurs influençant le médecin dans ses propositions de contraception. L'âge du prescripteur, le sexe, et la formation jouent des rôles importants sur le conseil contraceptif donné par le praticien.

Les médecins peuvent avoir une perception erronée des effets secondaires, indications, ou des craintes non fondées qui limitent la proposition du DIU/SIU comme moyen de contraception à des patientes nullipares (20),(21). En effet, selon une enquête réalisée en 2011 sur un échantillon représentatif de médecins tirés au sort dans le répertoire ADELI, 69 % des gynécologues interrogés et 84 % des médecins généralistes estiment que le DIU/SIU n'est pas indiqué chez la nullipare(8).

La HAS a identifié dans son rapport « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée » un levier d'action important sur l'amélioration de la proposition du DIU/SIU à la patiente nullipare : la formation initiale et continue(19).

**L'objectif principal de cette thèse est d'évaluer si la formation, en particulier initiale, a un impact sur le conseil pro-actif du DIU/SIU chez la nullipare, par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées.**

L'objectif secondaire est de faire un état des lieux des connaissances des médecins généralistes en Midi-Pyrénées sur les moyens contraceptifs à proposer en première intention à une patiente nullipare.

## **II. Matériel et méthodes**

### **A. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive et transversale, réalisée par questionnaire standardisé, diffusé par mail via l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) et Mip'AGJIR (Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants de la région Midi-Pyrénées), adhérente de l'intersyndicale ReAGJIR (Regroupement Autonome des Jeunes Généralistes Installés et Remplaçants).

Cette étude a permis de répondre à la question de recherche : « les médecins ayant reçu une formation initiale, sous la forme d'un stage spécifique sur la santé de la Femme (SFSE) pendant leur Internat, proposeront-ils plus fréquemment le DIU au cuivre et le SIU hormonal comme moyen de contraception à une patiente nullipare que leurs confrères/sœurs n'ayant pas eu de formation initiale ? »

Le critère de jugement principal était le taux de médecins proposant un DIU au cuivre et/ou hormonal à une patiente nullipare.

### **B. Population étudiée**

L'étude a été menée auprès de 2449 médecins généralistes, thésés ou non, de l'ancienne région Midi-Pyrénées (l'Ariège, l'Aveyron, Haute-Garonne, le Gers, le Lot, les Hautes-Pyrénées, le Tarn et le Tarn-et-Garonne), installés, collaborateurs ou remplaçants, âgés de 25 à 85 ans, assurant ou non le suivi contraceptif et la pose de DIU/SIU.

Les critères d'exclusion étaient :

- Remplissage incomplet du questionnaire
- Réponses incompréhensibles.

### **C. Recueil de données**

Le questionnaire pour notre étude a été rédigé en 3 parties (annexe 6).

La première partie comprenait 9 questions relatives aux données socio-démographiques des médecins, ainsi qu'à leurs formations et pratiques en gynécologie :

- âge, sexe, année de fin d'Internat, faculté d'origine, mode et milieu d'exercice

- formation en gynécologie, suivi de patientes pour la contraception et pratique de la pose de DIU/SIU.

La seconde partie était composée de 4 vignettes cliniques différentes, destinées à recueillir les propositions de contraception que feraient les médecins aux patientes dans 4 situations cliniques courantes :

- une première demande de contraception chez la nullipare
- un changement de contraception chez la nullipare
- la contraception après une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) chez une nullipare
- la contraception après 35 ans, en cas de facteurs de risque thrombo-emboliques, chez une nullipare.

La dernière partie demandait aux participants d'identifier les situations pratiques dans lesquelles ils proposeraient un DIU au cuivre ou un SIU au lévonorgestrel, sous forme de QCM (Question à Choix Multiple).

Ce questionnaire a été testé sur un petit nombre de sujets (N=3), un mois avant sa diffusion (annexe 5). Cela a permis de corriger certaines incompréhensions et apporter des précisions dans l'énoncé des questions (annexe 6).

Le questionnaire a été diffusé par mail en septembre 2019 aux adhérents de l'association Mip'AGJIR, et diffusé par mail par l'URPS le 12/06/2020. Aucune relance n'a été faite. Les réponses ont été collectées entre septembre 2019 et octobre 2020 (13 mois).

## **D. Analyse statistique**

La saisie des questionnaires a été réalisée à l'aide du logiciel Google Forms©.

Les données ont ensuite été transférées de la plateforme Google Form© vers un tableau réalisé à l'aide du logiciel Microsoft® Excel® 365 pour Microsoft MSO.

Elles ont ensuite été prétraitées en machine learning(22) en utilisant la librairie Python sklearn.

L'analyse descriptive a été faite à partir du logiciel Microsoft® Excel® 365.

Les variables qualitatives ont été décrites sous forme d'effectifs et de pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites sous forme de moyenne et d'écart-type.

Les analyses statistiques comparatives ont été effectuées à l'aide du logiciel Microsoft® Excel® 365 et grâce au site BiostaTGV de l'INSERM.

### III. Résultats

#### A. Caractéristiques de la population étudiée

Le questionnaire a été diffusé entre septembre 2019 et octobre 2020 (13 mois), via l'URPS à 2412 médecins généralistes, dont 549 ont ouvert le mail et 160 ont cliqué sur le lien, ainsi que via Mip'AGJIR à 37 médecins généralistes remplaçants. Il n'a pas été possible de retracer le nombre de médecins ayant ouvert le mail et cliqué sur le lien pour ce dernier moyen de diffusion.

Nous avons obtenu 158 réponses à notre questionnaire dont 153 étaient exploitables et répondaient aux critères d'inclusion. Notre échantillon comprenait 39 hommes (25,5%) et 114 femmes (74,5%).

100,0% des questionnaires ont été remplis en ligne.

Les sujets avaient en moyenne 40,9 ans (écart-type 11,0 années), et étaient diplômés en moyenne depuis 2008 (écart-type 11,0 années).

74,2% (N=109) des sujets ont réalisé leur Internat à la faculté à Toulouse.

81,7% (N=125) des répondants étaient des médecins installés, 10,5% (N=16) des collaborateurs, et 7,8% (N=12) des médecins remplaçants.

34,6% (N=53) des médecins exerçaient en milieu urbain, 19,0% (N=29) en milieu rural, 44,4% (N=67) en milieu péri-urbain / semi-rural, et 2,6% (N=4) se déclaraient non concernés car remplaçants.

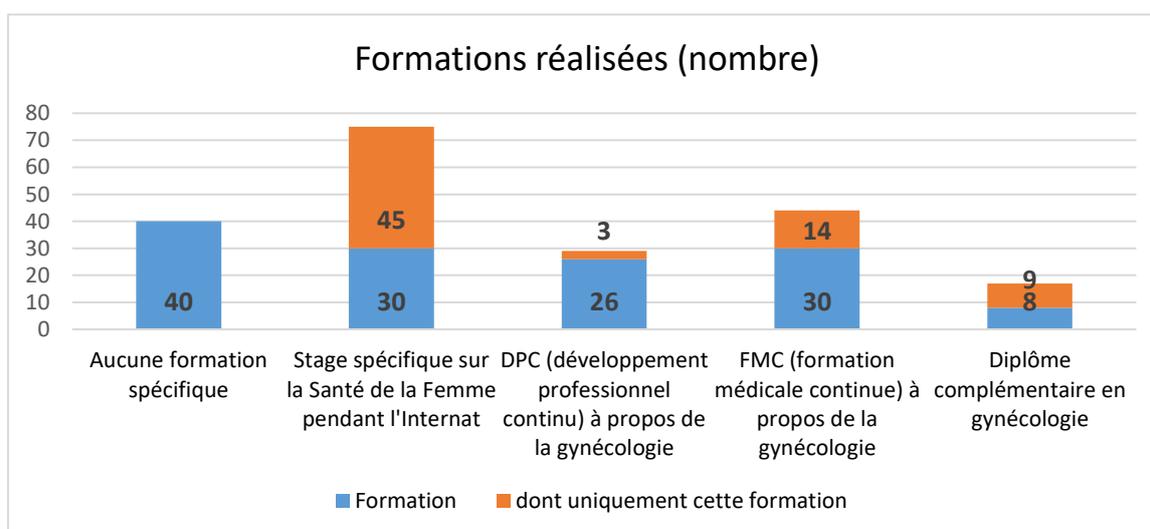


Figure 1 : formations réalisées par les participants à l'étude

26,1% des répondants déclaraient n'avoir aucune formation spécifique en gynécologie.

49,0% des sujets déclaraient avoir réalisé au moins un stage spécifique sur la santé de la Femme (SFSE) pendant leur internat, 19,0% au moins une formation de Développement Professionnel Continu (DPC) à propos de la gynécologie, 28,8% au moins une Formation Médicale Continue (FMC) en gynécologie, et 11,1% déclaraient avoir au moins un diplôme complémentaire en gynécologie. 5 sujets ont répondu « autre » : 3 réponses ont pu être réattribuées à l'une des autres propositions, 2 réponses ont dû être supprimées car incompréhensibles (annexe 7).

95,5% (N=146) des répondants assuraient le suivi contraceptif, et 30,1% (N=46) déclaraient poser des DIU/SIU.

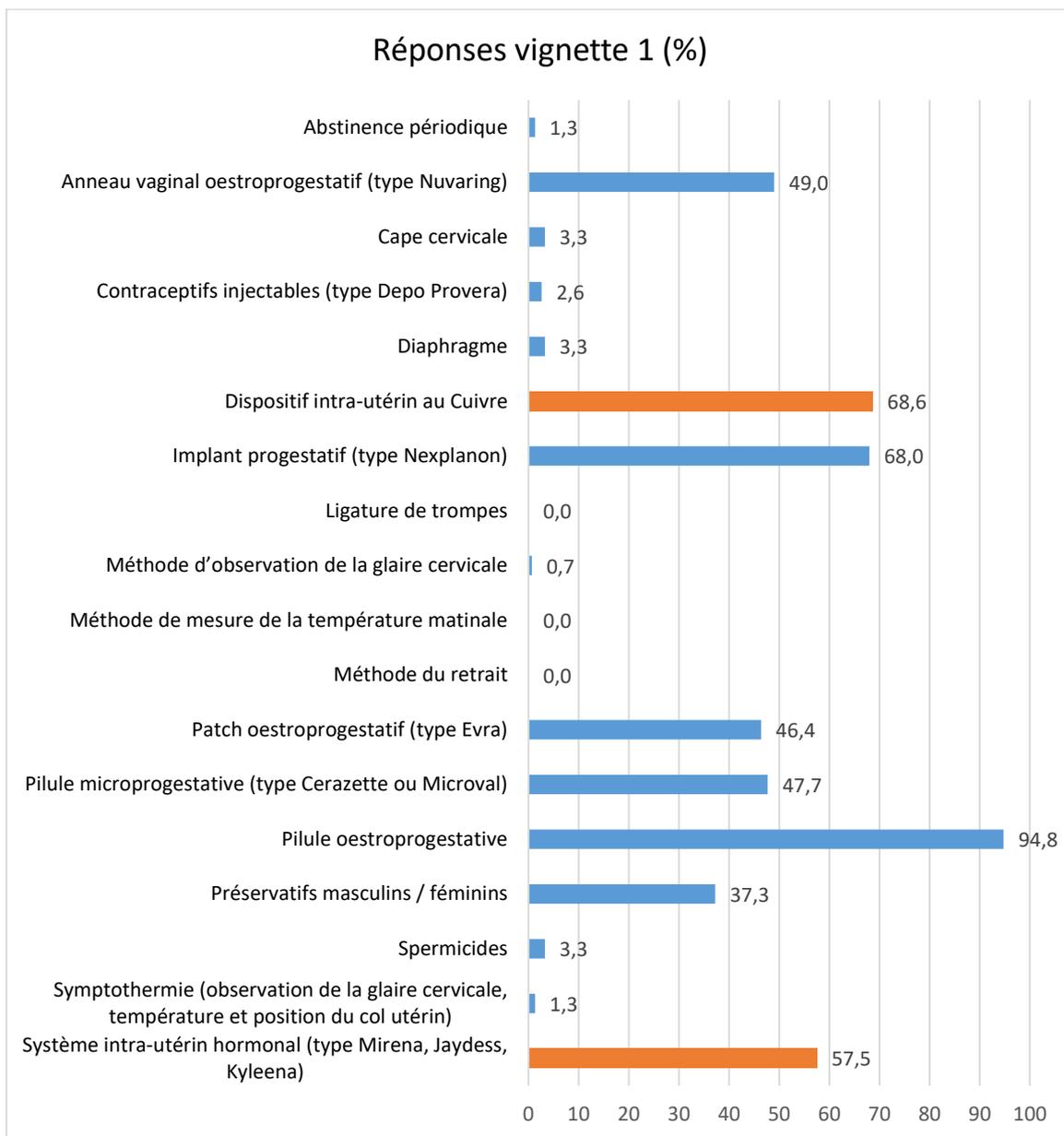
## **B. Réponses au questionnaire**

### **1. Vignette 1 : première demande de contraception d'une patiente nullipare de 20 ans.**

94,8% (N=145) des répondants proposaient la contraception oestroprogestative orale.

68,6% (N=105) des sujets proposaient un DIU au cuivre.

57,2% (N=88) des médecins proposaient un SIU hormonal.

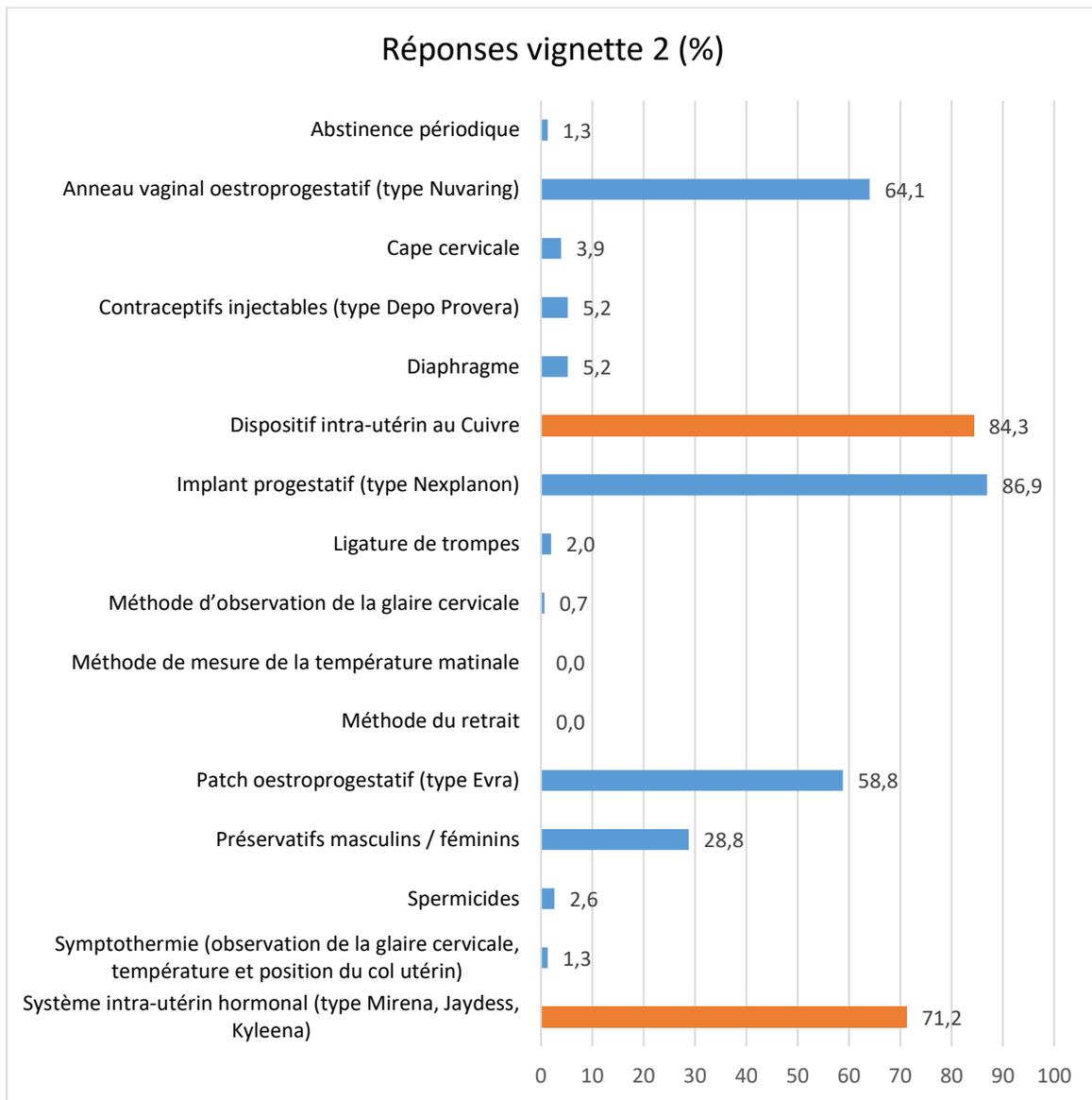


*Figure 2 : réponses à la vignette 1*

**2. Vignette 2 : demande de changement de contraception d'une patiente nullipare de 23 ans, auparavant sous contraception hormonale orale.**

86,9% (N=133) des répondants proposaient un implant progestatif.

84,3% (N=129) des médecins proposaient un DIU au cuivre dans ce cas, et 71,2% (N=109) le SIU hormonal.

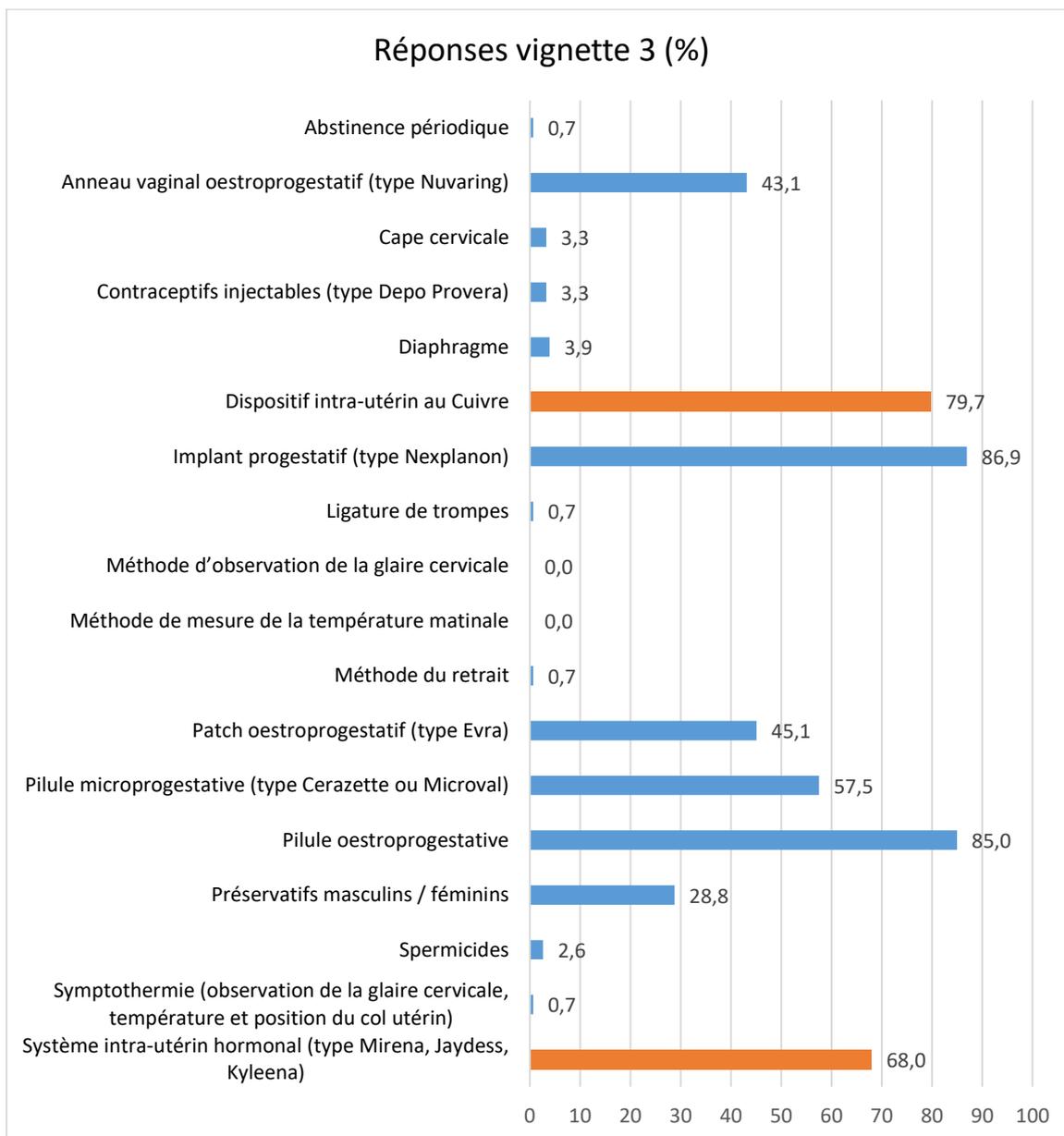


*Figure 3 : réponses à la vignette 2*

### **3. Vignette 3 : demande de contraception post-IVG d'une patiente nullipare de 20 ans.**

86,9% (N=133) proposaient l'implant progestatif, et 85,0% (N=130) la contraception oestroprogestative orale.

79,7% (N=122) des répondants proposaient le DIU au cuivre, et 68,0% (N=104) le SIU hormonal.



*Figure 4 : réponses à la vignette 3*

**4. Vignette 4 : demande de contraception d'une patiente nullipare de 39 ans, ayant des facteurs de risque thrombo-embolique (âge, tabagisme actif).**

91,5% (N=140) des médecins proposaient un DIU au cuivre, et 71,9% (N=110) un SIU hormonal.

90,2% (N=138) des sujets proposaient une contraception microprogestative orale.

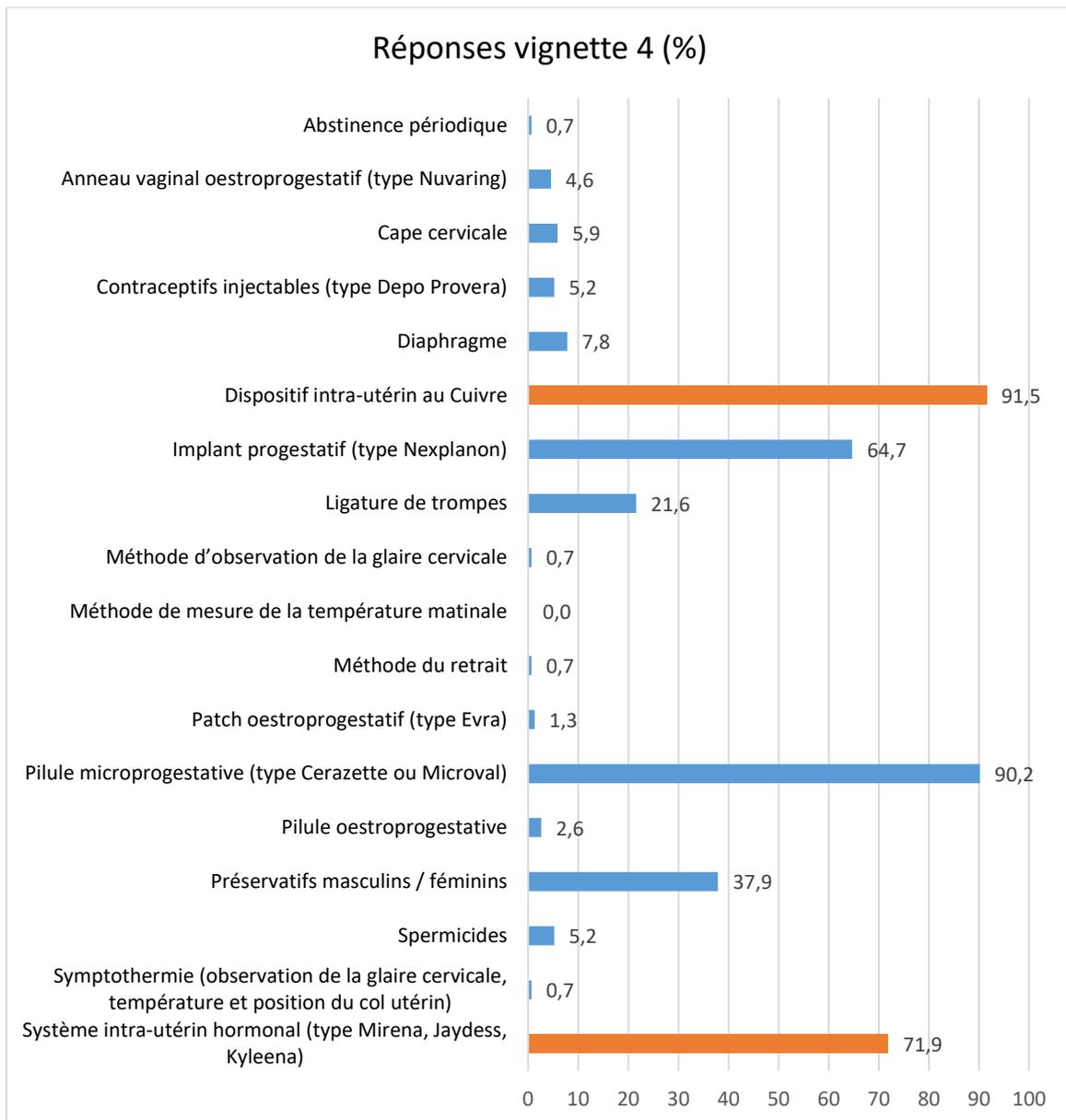


Figure 5 : réponses à la vignette 4

## 5. Dans quelles circonstances proposez-vous le DIU au cuivre ou le SIU hormonal ?

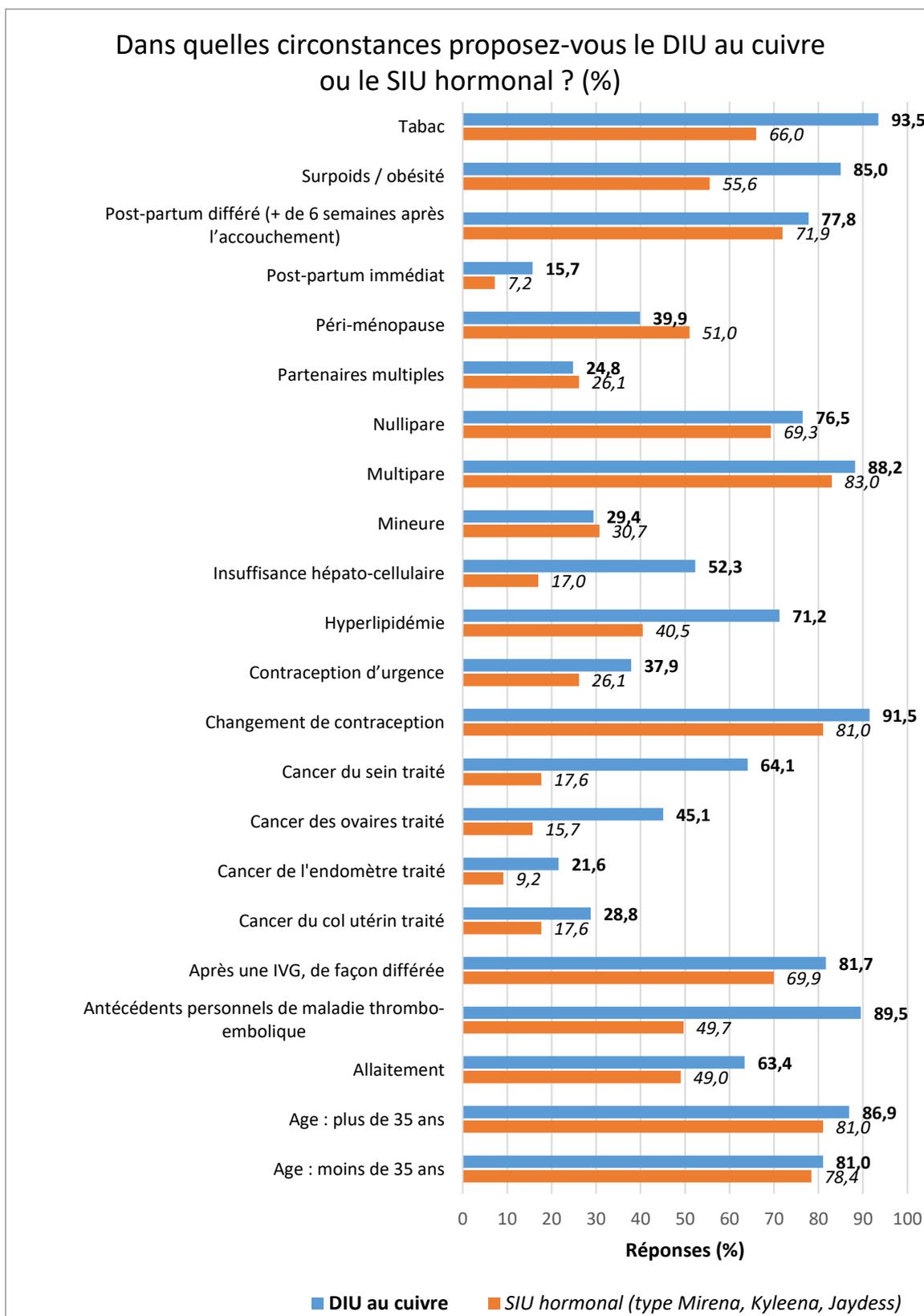


Figure 6 : réponses à la question « dans quelles circonstances proposez-vous le DIU/SIU ? »

A une nullipare, 76,5% (N=117) des médecins proposaient le DIU au cuivre, et 69,3% (N=106) un SIU hormonal.

Lors d'un changement de contraception, 91,5% (N=140) des répondants proposaient le DIU au cuivre, et 81,1% (N=124) le SIU hormonal.

Après une IVG, de façon différée, 81,7% (N=125) des sujets proposaient le DIU au cuivre, et 69,9% (N=107) le SIU hormonal.

A une mineure, 29,4% (N=45) proposaient le DIU au cuivre, 30,7% (N=47) le SIU hormonal.

En contexte de présence de facteurs de risque thrombo-emboliques :

- en cas de tabagisme : 93,5% (N=143) proposaient le DIU au cuivre, et 66,0% (N=101) le SIU hormonal

- en cas d'obésité ou de surpoids : 85,0% (N=130) proposaient le DIU au cuivre, et 55,6% (N=85) le SIU hormonal

- en cas d'hyperlipidémie : 71,2% (N=109) proposaient le DIU au cuivre, et 40,5% (N=62) le SIU hormonal

- en cas d'antécédent personnel de maladie thrombo-embolique : 89,5% (N=137) proposaient le DIU en cuivre, et 49,7% (N=76) le SIU hormonal

- pour les patientes de plus de 35 ans : 86,9% (N=133) proposaient le DIU au cuivre, et 81,1% (N=124) le SIU hormonal.

### **C. Analyses statistiques comparatives**

Afin de comparer les variables qualitatives entre les groupes de l'étude, un test du Chi 2 a été réalisé, ou un test exact de Fisher lorsque ce dernier n'était pas applicable (effectifs théoriques inférieurs à 5).

Le seuil alpha de signification retenu pour ces tests était de 0,05.

## 1. DIU au cuivre

### a) Vignette 1

(1) Médecins ayant reçu une formation en gynécologie, versus aucune formation spécifique en gynécologie :

Formation spécifique ?	DIU oui	DIU non	Total
Non	22	18	40
Oui	83	30	113
Total	105	48	153
<i>p-value</i>			<b>0,03</b>

Tableau 4

Nous avons trouvé une différence statistiquement significative sur le taux de proposition du DIU au cuivre dans le contexte d'une première demande de contraception chez une nullipare, entre les médecins ayant réalisé une formation quelle qu'elle soit (73,5%), versus ceux n'ayant aucune formation spécifique en gynécologie (55,0%) ( $p < 0,05$ ).

(2) La formation initiale par stage spécifique sur la santé de la Femme (SFSE) pendant l'Internat :

Formation	DIU oui	DIU non	Total
Aucune	22	18	40
Stage SFSE	57	18	75
Total	79	36	115
<i>p-value</i>			<b>0,02</b>

Tableau 5

Une différence statistiquement significative a été observée pour le taux de proposition du DIU au cuivre entre les sujets ayant réalisé au moins un stage spécifique SFSE pendant l'Internat (76,0%), versus les sujets n'ayant aucune formation spécifique à propos de la gynécologie (55,0%) ( $p < 0,05$ ).

(a) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat sans aucune formation complémentaire, versus aucune formation spécifique :

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Aucune formation</b>	22	18	<b>40</b>
<b>Stage SFSE seul</b>	32	13	<b>45</b>
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>31</b>	<b>85</b>
<b>p-value</b>			<b>0,12</b>

Tableau 6

Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre le taux de proposition du DIU au cuivre pour la vignette 1, entre les médecins n'ayant aucune formation spécifique (55,0%), versus les médecins ayant réalisé uniquement un stage SFSE pendant leur Internat, sans formations complémentaires (71,1%) ( $p > 0,05$ ).

(b) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus aucune formation :

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Aucune formation</b>	22	18	<b>40</b>
<b>Stage SFSE + autre</b>	25	5	<b>30</b>
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>23</b>	<b>70</b>
<b>p-value</b>			<b>0,01</b>

Tableau 7

Nous avons mis en évidence une différence statistiquement significative entre la proposition du DIU au cuivre par les médecins ayant réalisé un stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires (83,3%), versus les médecins n'ayant aucune formation spécifique à propos de la gynécologie (55,0%) ( $p < 0,05$ ).

(c) Comparatif entre Stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus formations complémentaires seules :

Formation	DIU oui	DIU non	Total
Formation, excepté stage SFSE	26	12	38
Stage SFSE + autre	25	5	30
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>17</b>	<b>68</b>
<i>p-value</i>			<b>0,16</b>

Tableau 8

Il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative sur la proposition du DIU au cuivre, entre les médecins ayant fait un stage spécifique SFSE pendant leur Internat associé à des formations complémentaires (83,9%), versus les médecins ayant une formation en gynécologie autre que le stage spécifique SFSE pendant l'Internat (68,4%) ( $p > 0,05$ ).

**b) Vignette 2**

(1) Médecins ayant reçu une formation en gynécologie versus aucune formation spécifique en gynécologie :

Formation ?	DIU oui	DIU non	Total
Non	29	11	40
Oui	100	13	113
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>24</b>	<b>153</b>
<i>p-value</i>			<b>0,02</b>

Tableau 9

Nous avons observé une différence statistiquement significative sur le taux de proposition du DIU au cuivre à une patiente nullipare demandant un changement de contraception, entre les médecins ayant réalisé une formation en gynécologie, quelle qu'elle soit (88,5%), versus ceux n'ayant aucune formation spécifique en gynécologie (72,5%) ( $p < 0,05$ ).

(2) La formation initiale par stage spécifique sur la santé de la Femme (SFSE) pendant l'Internat :

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Aucune</b>	29	11	<b>40</b>
<b>Stage SFSE</b>	67	8	<b>75</b>
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>19</b>	<b>115</b>
<b>p-value</b>			<b>0,02</b>

Tableau 10

Une différence statistiquement significative a été trouvée sur la proposition du DIU au cuivre entre les sujets ayant réalisé au moins un stage spécifique SFSE pendant l'Internat (89,3%), versus ceux n'ayant aucune formation spécifique (72,5%) ( $p < 0,05$ ).

(a) *Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat sans aucune formation complémentaire, versus aucune formation :*

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Aucune</b>	29	11	<b>40</b>
<b>Stage SFSE seul</b>	39	6	<b>45</b>
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>17</b>	<b>85</b>
<b>p-value</b>			<b>0,10</b>

Tableau 11

Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative sur le taux de proposition du DIU au cuivre entre les sujets ayant réalisé uniquement un stage spécifique SFSE pendant leur Internat sans formation complémentaire associée (86,7%), versus ceux n'ayant réalisé aucune formation spécifique en gynécologie (72,5%) ( $p > 0,05$ ).

(b) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus aucune formation :

<b>Formation ?</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Aucune</b>	29	11	<b>40</b>
<b>Stage SFSE + autre</b>	22	2	<b>24</b>
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>13</b>	<b>64</b>
<b>p-value</b>			<b>0,07</b>

Tableau 12

Il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative entre la proposition du DIU au cuivre par les médecins ayant fait un stage spécifique SFSE pendant leur Internat associé à des formations complémentaires (91,7%), versus ceux n'ayant aucune formation spécifique (72,5%) ( $p > 0,05$ ).

(c) Comparatif entre Stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus formations complémentaires seules :

<b>Formation ?</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Formation, excepté stage SFSE</b>	33	5	<b>38</b>
<b>Stage SFSE + autre</b>	39	6	<b>45</b>
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>11</b>	<b>83</b>
<b>p-value</b>			<b>0,98</b>

Tableau 13

Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre la proposition du DIU au cuivre par les médecins ayant réalisé des formations complémentaires associées à un stage spécifique SFSE pendant leur Internat (86,7%), versus les médecins ayant réalisé des formations complémentaires seules (86,8%) ( $p > 0,05$ ).

c) Vignette 3

(1) Médecins ayant reçu une formation en gynécologie versus aucune formation spécifique en gynécologie :

<b>Formation ?</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Non</b>	28	12	<b>40</b>
<b>Oui</b>	94	19	<b>113</b>
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>31</b>	<b>153</b>
<b>p-value</b>			<b>0,08</b>

Tableau 14

Il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative sur le taux de proposition du DIU au cuivre dans ce contexte de contraception post-IVG, entre les médecins ayant réalisé une formation, quelle qu'elle soit (83,2%), versus ceux n'ayant aucune formation spécifique à propos de la gynécologie (70,0%) ( $p > 0,05$ ).

(2) La formation initiale par stage spécifique SFSE pendant l'Internat :

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Aucune</b>	28	12	<b>40</b>
<b>Stage SFSE</b>	59	16	<b>75</b>
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>28</b>	<b>115</b>
<b>p-value</b>			<b>0,30</b>

Tableau 15

Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative sur le taux de proposition du DIU au cuivre entre les sujets ayant réalisé au moins un stage spécifique SFSE pendant leur Internat (78,7%), versus ceux n'ayant réalisé aucune formation spécifique en gynécologie (70,0%) ( $p > 0,05$ ).

(a) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat sans aucune formation complémentaire, versus aucune formation :

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Aucune</b>	28	12	<b>40</b>
<b>Stage SFSE seul</b>	32	13	<b>45</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>25</b>	<b>85</b>
<b>p-value</b>			<b>0,91</b>

Tableau 16

Aucune différence statistiquement significative n'a été observée sur le taux de proposition du DIU au cuivre, entre les sujets ayant réalisé uniquement un stage spécifique SFSE pendant leur Internat sans aucune formation complémentaire (71,1%), versus ceux n'ayant réalisé aucune formation spécifique en gynécologie (70,0%) ( $p > 0,05$ ).

(b) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus aucune formation :

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Aucune</b>	28	12	<b>40</b>
<b>Stage SFSE + autre</b>	27	3	<b>30</b>
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>15</b>	<b>70</b>
<b>p-value</b>			<b>0,04</b>

Tableau 17

Il a été retrouvé une différence statistiquement significative entre la proposition du DIU au cuivre par les médecins ayant fait un stage spécifique SFSE pendant leur Internat associé à des formations complémentaires (90,0%), versus ceux n'ayant aucune formation spécifique à propos de la gynécologie (70,0%) ( $p < 0,05$ ).

(c) Comparatif entre Stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus formations complémentaires seules :

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Formation, excepté stage SFSE</b>	35	3	<b>38</b>
<b>Stage SFSE + autre</b>	27	3	<b>30</b>
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>6</b>	<b>68</b>
<b>p-value</b>			<b>1</b>

Tableau 18

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre la proposition du DIU au cuivre par les médecins ayant réalisé des formations complémentaires associées à un stage spécifique SFSE pendant leur Internat (90,0%), versus ceux ayant réalisé des formations complémentaires seules sans stage spécifique SFSE pendant l'Internat (92,1%) ( $p > 0,05$ ).

d) Vignette 4

(1) Médecins ayant reçu une formation en gynécologie versus aucune formation spécifique en gynécologie :

<b>Formation ?</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Non</b>	35	5	<b>40</b>
<b>Oui</b>	105	8	<b>113</b>
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>13</b>	<b>153</b>
<b>p-value</b>			<b>0,33</b>

Tableau 19

Il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative sur le taux de proposition du DIU au cuivre dans ce contexte de contraception chez une patiente nullipare avec des facteurs de risque thrombo-embolique de 39 ans, entre les médecins ayant réalisé une formation, quelle qu'elle soit (92,9%), versus ceux n'ayant aucune formation spécifique à propos de la gynécologie (87,5%) ( $p > 0,05$ ).

(2) La formation initiale par stage spécifique sur la santé de la Femme pendant l'Internat :

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Aucune</b>	35	5	<b>40</b>
<b>Stage SFSE</b>	70	5	<b>75</b>
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>10</b>	<b>115</b>
<b>p-value</b>			<b>0,31</b>

Tableau 20

Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative sur le taux de proposition du DIU au cuivre entre les sujets ayant réalisé au moins un stage spécifique SFSE pendant leur Internat (93,3%), versus ceux n'ayant réalisé aucune formation spécifique en gynécologie (87,5%) ( $p>0,05$ ).

(a) *Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat sans aucune formation complémentaire, versus aucune formation :*

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Aucune</b>	35	5	<b>40</b>
<b>Stage SFSE seul</b>	40	5	<b>45</b>
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>10</b>	<b>85</b>
<b>p-value</b>			<b>1</b>

Tableau 21

Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative sur le taux de proposition du DIU au cuivre entre les sujets ayant réalisé uniquement un stage spécifique SFSE pendant leur Internat (88,9%), versus ceux n'ayant réalisé aucune formation spécifique en gynécologie (87,5%) ( $p>0,05$ ).

(b) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus aucune formation :

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Aucune</b>	35	5	<b>40</b>
<b>Stage SFSE + autre</b>	30	0	<b>30</b>
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>5</b>	<b>70</b>
<b>p-value</b>			<b>0,07</b>

Tableau 22

Il n'a pas été retrouvé une différence statistiquement significative entre la proposition du DIU au cuivre par les médecins ayant fait un stage spécifique SFSE pendant leur Internat associé à des formations complémentaires (100,0%), versus ceux n'ayant aucune formation spécifique (87,5%) ( $p > 0,05$ ).

(c) Comparatif entre Stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus formations complémentaires seules :

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Formation, excepté stage</b>	35	3	<b>38</b>
<b>Stage SFSE + autre</b>	30	0	<b>30</b>
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>3</b>	<b>68</b>
<b>p-value</b>			<b>0,25</b>

Tableau 23

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre la proposition du DIU au cuivre par les médecins ayant réalisé des formations complémentaires associées à un stage spécifique SFSE pendant leur Internat (100,0%), versus les médecins ayant réalisé des formations autres que le stage spécifique SFSE pendant l'Internat (92,1%) ( $p > 0,05$ ).

e) Comparatif à la question : « dans quelles circonstances proposez-vous le DIU au cuivre » ?

Les résultats présentés dans le tableau 24 concernaient la réponse « nullipare ».

<b>Formations ?</b>	<i>DIU oui</i>	<i>DIU non</i>	<i>Total</i>
<b>Non</b>	23	17	<b>40</b>
<b>Oui</b>	94	19	<b>113</b>
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>36</b>	<b>153</b>
<i>p-value</i>			<b>0,001</b>
<b>Aucune formation</b>	23	17	<b>40</b>
<b>Stage SFSE</b>	63	12	<b>75</b>
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>29</b>	<b>115</b>
<i>p-value</i>			<b>0,002</b>
<b>Aucune formation</b>	23	17	<b>40</b>
<b>Stage SFSE seul</b>	38	7	<b>45</b>
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>24</b>	<b>85</b>
<i>p-value</i>			<b>0,01</b>
<b>Aucune formation</b>	23	17	<b>40</b>
<b>Stage SFSE + autre</b>	25	5	<b>30</b>
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>22</b>	<b>70</b>
<i>p-value</i>			<b>0,02</b>
<b>Formation, excepté stage SFSE</b>	31	7	<b>38</b>
<b>Stage SFSE + autre</b>	25	5	<b>30</b>
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>12</b>	<b>68</b>
<i>p-value</i>			<b>0,85</b>

Tableau 24 : comparatif : « dans quelles circonstances proposez-vous le DIU au cuivre ? »

Nous avons trouvé une différence statistiquement significative sur la proposition du DIU au cuivre à la nullipare, entre les sujets ayant une formation en gynécologie, quelle qu'elle soit (83,2%), versus ceux n'ayant aucune formation (57,5%) ( $p < 0,01$ ).

Une différence statistiquement significative a été observée entre les sujets ayant réalisé au moins un stage SFSE pendant leur Internat (84,0%), versus les médecins n'ayant aucune formation en gynécologie (57,5%) ( $p < 0,01$ ).

Il existait une différence statistiquement significative entre les sujets ayant réalisé un stage spécifique SFSE pendant l'Internat sans formation complémentaire associée (84,2%), versus ceux n'ayant aucune formation en gynécologie (57,5%) ( $p < 0,05$ ).

Nous mettons en évidence une différence statistiquement significative entre les sujets ayant réalisé une formation complémentaire associée à un stage spécifique SFSE pendant l'Internat (83,3%), versus ceux n'ayant aucune formation (57,5%) ( $p < 0,05$ ).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les sujets ayant réalisé un stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires (83,3%), versus ceux ayant une formation complémentaire seule (81,6%) ( $p > 0,05$ ).

## 2. SIU hormonal

### a) Vignette 1

*(1) Médecins ayant reçu une formation en gynécologie versus aucune formation spécifique en gynécologie :*

<b>Formation ?</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Non</b>	15	25	<b>40</b>
<b>Oui</b>	73	40	<b>113</b>
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>65</b>	<b>153</b>
<b>p-value</b>			<b>0,003</b>

Tableau 25

Nous avons trouvé une différence statistiquement significative sur le taux de proposition du SIU hormonal dans ce contexte d'une première demande de contraception chez une nullipare, entre les médecins ayant réalisé une formation, quelle qu'elle soit (64,6%), versus ceux n'ayant aucune formation spécifique en gynécologie (37,5%) ( $p < 0,01$ ).

(2) La formation initiale par stage spécifique sur la santé de la Femme (SFSE) pendant l'Internat :

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Aucune</b>	15	25	<b>40</b>
<b>Stage SFSE</b>	49	26	<b>75</b>
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>51</b>	<b>115</b>
<b>p-value</b>			<b>0,004</b>

Tableau 26

Une différence statistiquement significative a été observé pour le taux de proposition du SIU hormonal entre les sujets ayant réalisé au moins un stage spécifique SFSE pendant l'Internat (65,3%), versus les sujets n'ayant aucune formation spécifique à propos de la gynécologie (37,5%) ( $p < 0,01$ ).

(a) *Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat sans aucune formation complémentaire, versus aucune formation :*

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Aucune</b>	15	25	<b>40</b>
<b>Stage SFSE seul</b>	25	20	<b>45</b>
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>45</b>	<b>85</b>
<b>p-value</b>			<b>0,10</b>

Tableau 27

On ne retrouvait pas de différence statistiquement significative entre le taux de proposition du SIU hormonal par les médecins ayant réalisé uniquement un stage SFSE pendant leur Internat, sans formation complémentaire associée (55,6%) versus les médecins n'ayant aucune formation spécifique en gynécologie (37,5%) ( $p > 0,05$ ).

(b) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus aucune formation :

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Aucune</b>	15	25	<b>40</b>
<b>Stage SFSE + autre</b>	24	6	<b>30</b>
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>31</b>	<b>70</b>
<b>p-value</b>			<b>0,0004</b>

Tableau 28

Il existait une différence statistiquement significative entre la proposition du SIU hormonal par les médecins ayant réalisé un stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires (80,0%), versus les médecins n'ayant aucune formation spécifique à propos de la gynécologie (37,5%) ( $p < 0,01$ ).

(c) Comparatif entre Stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus formations complémentaires seules :

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Formation, excepté stage SFSE</b>	24	14	<b>38</b>
<b>Stage SFSE + autre</b>	24	6	<b>30</b>
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>20</b>	<b>68</b>
<b>p-value</b>			<b>0,13</b>

Tableau 29

Il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative sur le taux de proposition du SIU hormonal, entre les médecins ayant fait un stage spécifique SFSE pendant leur Internat associé à des formations complémentaires (80,0%), versus les médecins ayant une formation complémentaire seule (63,2%) ( $p > 0,05$ ).

**b) Vignette 2**

(1) Médecins ayant reçu une formation en gynécologie versus aucune formation spécifique en gynécologie :

<b>Formation ?</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Non</b>	23	17	<b>40</b>
<b>Oui</b>	86	27	<b>113</b>
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>44</b>	<b>153</b>
<b>p-value</b>			<b>0,03</b>

Tableau 30

Nous avons trouvé une différence statistiquement significative de taux de proposition du SIU hormonal, dans ce contexte de demande de changement contraceptif, entre les médecins ayant réalisé une formation en gynécologie, quelle qu'elle soit (76,1%), versus les médecins n'ayant aucune formation spécifique (57,5%) ( $p < 0,05$ ).

(2) La formation initiale par stage spécifique SFSE pendant l'Internat :

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Aucune</b>	23	17	<b>40</b>
<b>Stage SFSE</b>	57	18	<b>75</b>
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>35</b>	<b>115</b>
<b>p-value</b>			<b>0,04</b>

Tableau 31

Il existait une différence statistiquement significative entre le taux de proposition du SIU hormonal chez les sujets ayant réalisé au moins un stage SFSE pendant leur Internat (76,0%), versus ceux n'ayant aucune formation spécifique (57,5%) ( $p < 0,05$ ).

(a) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat sans aucune formation complémentaire, versus aucune formation :

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Aucune</b>	23	17	<b>40</b>
<b>Stage SFSE seul</b>	32	13	<b>45</b>
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>30</b>	<b>85</b>
<b>p-value</b>			<b>0,19</b>

Tableau 32

Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative sur le taux de proposition du SIU hormonal entre les sujets ayant réalisé uniquement un stage spécifique SFSE pendant leur Internat sans formation complémentaire associée (71,1%), versus ceux n'ayant réalisé aucune formation spécifique en gynécologie (57,7%) ( $p > 0,05$ ).

(b) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus aucune formation :

<b>Formation ?</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Aucune</b>	23	17	<b>40</b>
<b>Stage SFSE + autre</b>	25	5	<b>30</b>
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>22</b>	<b>70</b>
<b>p-value</b>			<b>0,02</b>

Tableau 33

Il a été retrouvé une différence statistiquement significative entre le taux de proposition du SIU hormonal par les médecins ayant fait un stage spécifique SFSE pendant leur Internat associé à des formations complémentaires (83,3%), versus ceux n'ayant aucune formation spécifique en gynécologie (57,5%) ( $p < 0,05$ ).

(c) Comparatif entre Stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus formations complémentaires seules :

Formation	DIU oui	DIU non	Total
Formation, excepté stage SFSE	29	9	38
Stage SFSE + autre	25	5	30
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>14</b>	<b>68</b>
<i>p-value</i>			<b>0,48</b>

Tableau 34

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre la proposition du SIU hormonal par les médecins ayant réalisé des formations complémentaires associées à un stage spécifique SFSE pendant leur Internat (83,3%), versus les médecins ayant réalisé des formations complémentaires seules (76,3%) ( $p > 0,05$ ).

c) Vignette 3

(1) Médecins ayant reçu une formation en gynécologie versus aucune formation spécifique en gynécologie :

Formation ?	DIU oui	DIU non	Total
Non	22	18	40
Oui	82	31	113
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>49</b>	<b>153</b>
<i>p-value</i>			<b>0,04</b>

Tableau 35

Il a été retrouvé une différence statistiquement significative sur le taux de proposition du SIU hormonal dans ce contexte de contraception post-IVG, entre les médecins ayant réalisé une formation en gynécologie, quelle qu'elle soit (72,6%), versus ceux n'ayant aucune formation spécifique (55,0%) ( $p < 0,05$ ).

(2) La formation initiale par stage spécifique sur la Santé de la Femme (SFSE) pendant l'Internat :

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Aucune</b>	22	18	<b>40</b>
<b>Stage SFSE</b>	54	21	<b>75</b>
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>39</b>	<b>115</b>
<b>p-value</b>			<b>0,07</b>

Tableau 36

Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative sur le taux de proposition du SIU hormonal entre les sujets ayant réalisé au moins un stage spécifique SFSE pendant leur Internat (72,0%), versus ceux n'ayant réalisé aucune formation spécifique en gynécologie (55,0%) ( $p>0,05$ ).

(a) *Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat sans aucune formation complémentaire, versus aucune formation :*

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Aucune</b>	22	18	<b>40</b>
<b>Stage SFSE seul</b>	31	14	<b>45</b>
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>32</b>	<b>85</b>
<b>p-value</b>			<b>0,19</b>

Tableau 37

Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative sur le taux de proposition du SIU hormonal entre les sujets ayant réalisé uniquement un stage spécifique SFSE pendant leur Internat sans formation complémentaire associée (68,9%), versus ceux n'ayant réalisé aucune formation spécifique en gynécologie (55,0%) ( $p>0,05$ ).

(b) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus aucune formation :

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Aucune</b>	22	18	<b>40</b>
<b>Stage SFSE + autre</b>	23	7	<b>30</b>
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>25</b>	<b>70</b>
<b>p-value</b>			<b>0,06</b>

Tableau 38

Il n'a pas été retrouvé une différence statistiquement significative entre la proposition du SIU hormonal par les médecins ayant fait un stage spécifique SFSE pendant leur Internat associé à des formations complémentaires (76,7%), versus ceux n'ayant aucune formation spécifique à propos de la gynécologie (55,0%) ( $p > 0,05$ ).

(c) Comparatif entre Stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus formations complémentaires seules :

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Formation, excepté stage</b>	28	10	<b>38</b>
<b>Stage SFSE + autre</b>	23	7	<b>30</b>
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>17</b>	<b>68</b>
<b>p-value</b>			<b>0,78</b>

Tableau 39

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre la proposition du SIU hormonal par les médecins ayant réalisé des formations complémentaires associées à un stage spécifique SFSE pendant leur Internat (76,7%), versus les médecins ayant réalisé des formations complémentaires seules (73,7%) ( $p > 0,05$ ).

d) Vignette 4

(1) Médecins ayant reçu une formation en gynécologie versus aucune formation spécifique en gynécologie :

<b>Formation ?</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Non</b>	25	15	<b>40</b>
<b>Oui</b>	85	28	<b>113</b>
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>43</b>	<b>153</b>
<b>p-value</b>			<b>0,12</b>

Tableau 40

Il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative sur le taux de proposition du SIU hormonal dans ce contexte de contraception chez une patiente nullipare avec des facteurs de risque thrombo-embolique de 39 ans, entre les médecins ayant réalisé une formation en gynécologie, quelle qu'elle soit (75,2%), versus ceux n'ayant aucune formation spécifique à propos de la gynécologie (62,5%) ( $p > 0,05$ ).

(2) La formation initiale par stage spécifique SFSE pendant l'Internat :

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Aucune</b>	25	15	<b>40</b>
<b>Stage SFSE</b>	55	20	<b>75</b>
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>35</b>	<b>115</b>
<b>p-value</b>			<b>0,23</b>

Tableau 41

Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative sur le taux de proposition du SIU hormonal entre les sujets ayant réalisé au moins un stage spécifique SFSE pendant leur Internat (73,3%), versus ceux n'ayant réalisé aucune formation spécifique en gynécologie (62,5%) ( $p > 0,05$ ).

(a) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat sans aucune formation complémentaire, versus aucune formation :

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Aucune</b>	25	15	<b>40</b>
<b>Stage SFSE seul</b>	31	14	<b>45</b>
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>29</b>	<b>85</b>
<b>p-value</b>			<b>0,54</b>

Tableau 42

Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative sur le taux de proposition du SIU hormonal entre les sujets ayant réalisé uniquement un stage spécifique SFSE pendant leur Internat sans formation complémentaire associée (68,9%), versus ceux n'ayant réalisé aucune formation en gynécologie (62,5%) ( $p > 0,05$ ).

(b) Comparatif entre stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus aucune formation :

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Aucune</b>	25	15	<b>40</b>
<b>Stage SFSE + autre</b>	24	6	<b>30</b>
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>21</b>	<b>70</b>
<b>p-value</b>			<b>0,11</b>

Tableau 43

Il n'a pas été retrouvé une différence statistiquement significative entre le taux de proposition du SIU hormonal par les médecins ayant fait un stage spécifique SFSE pendant leur Internat associé à des formations complémentaires (80,0%), versus ceux n'ayant aucune formation spécifique en gynécologie (62,5%) ( $p > 0,05$ ).

(c) *Comparatif entre Stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus formations complémentaires seules :*

<b>Formation</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Formation, excepté stage</b>	30	8	<b>38</b>
<b>Stage SFSE + autre</b>	24	6	<b>30</b>
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>14</b>	<b>68</b>
<i>p-value</i>			<b>0,92</b>

*Tableau 44*

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre la proposition du SIU hormonal par les médecins ayant réalisé des formations complémentaires associées à un stage spécifique SFSE pendant leur Internat (80,0%), versus les médecins ayant réalisé des formations complémentaires seules (78,9%) ( $p > 0,05$ ).

e) *Comparatif à la question : « dans quelles circonstances proposez-vous le SIU hormonal » ?*

Les résultats présentés dans le tableau 45 concernaient la réponse « nullipare ».

<b>Formation ?</b>	<b>DIU oui</b>	<b>DIU non</b>	<b>Total</b>
<b>Oui</b>	85	28	<b>113</b>
<b>Non</b>	21	19	<b>40</b>
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>47</b>	<b>153</b>
<i>p-value</i>			<b>0,007</b>
<b>Aucune formation</b>	21	19	<b>40</b>
<b>Stage SFSE</b>	54	21	<b>75</b>
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>40</b>	<b>115</b>
<i>p-value</i>			<b>0,04</b>
<b>Aucune formation</b>	21	19	<b>40</b>
<b>Stage SFSE seul</b>	29	16	<b>45</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>35</b>	<b>85</b>
<i>p-value</i>			<b>0,26</b>
<b>Aucune formation</b>	21	19	<b>40</b>
<b>Stage SFSE + autre</b>	25	5	<b>30</b>
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>24</b>	<b>70</b>
<i>p-value</i>			<b>0,01</b>
<b>Formation, excepté stage SFSE</b>	31	7	<b>38</b>
<b>Stage SFSE + autre</b>	25	5	<b>30</b>
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>12</b>	<b>68</b>
<i>p-value</i>			<b>1</b>

Tableau 45 : comparatif : « dans quelles circonstances proposez-vous le SIU hormonal ? »

On trouvait une différence statistiquement significative sur la proposition du SIU hormonal à la nullipare, entre les sujets ayant une formation en gynécologie (75,2%), versus ceux n'ayant aucune formation spécifique (52,5%) ( $p < 0,01$ ).

On retrouvait une différence statistiquement significative entre les sujets ayant réalisé au moins un stage SFSE pendant leur Internat (72,0%), versus les médecins n'ayant aucune formation en gynécologie (52,5%) ( $p < 0,05$ ).

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les sujets ayant réalisé un stage spécifique SFSE pendant l'Internat sans formation complémentaire associée (64,4%), versus ceux n'ayant aucune formation en gynécologie (57,5%) ( $p>0,05$ ).

Nous mettons en évidence une différence statistiquement significative entre les sujets ayant réalisé une formation complémentaire associée à un stage spécifique SFSE pendant l'Internat (83,3%), versus ceux n'ayant aucune formation spécifique (52,5%) ( $p<0,05$ ).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les sujets ayant réalisé un stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires (83,3%), versus ceux ayant une formation complémentaire seule (81,6%) ( $p>0,05$ ).

## **IV. Discussion**

### **A. Forces et limites de l'étude**

#### **1. Forces**

La principale force de cette étude était la méthode employée : un questionnaire à l'aide de vignettes cliniques a permis d'analyser les réponses au plus proche de la réalité d'une consultation.

L'une de ses forces concernait le sujet de l'étude : il y avait peu d'études qui s'intéressaient au type de formation, notamment initiale, influençant la proposition contraceptive chez la nullipare. Elle a permis de répondre à notre objectif principal, ainsi que d'effectuer un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes de l'ancienne région Midi-Pyrénées à propos de la contraception chez la nullipare.

Les biais d'informations ont pu être minimisés par l'utilisation d'un questionnaire avec une grande majorité de questions fermées.

Le biais de mémorisation a été réduit grâce à l'utilisation de vignettes cliniques. L'utilisation d'une dernière question déclarative et non sous forme de vignette a permis de comparer les réponses données en pratique clinique, versus les réponses théoriques.

Notre questionnaire était anonyme ce qui peut laisser croire à une certaine sincérité dans les réponses des médecins.

Cette étude s'intéresse aussi aux médecins remplaçants de l'ancienne région Midi-Pyrénées, population qui n'est pas toujours incluse dans les études.

#### **2. Limites**

Notre étude manquait de puissance car le taux de réponse était de 6,5%.

Biais de sélection : la population répondant à l'étude ne reflète pas de la réalité de la démographie médicale régionale. En effet, en 2019, la moyenne d'âge des médecins généralistes dans l'ancienne région Midi-Pyrénées était de 52.7 années, et les femmes représentaient 42.9% des médecins généralistes dans la région(23).

De plus, les médecins reçoivent de nombreuses demandes de réponse à des questionnaires de thèse. Il est donc possible que les sujets ayant répondu à l'étude étaient d'avantage intéressés par la contraception.

Il a été tenté de limiter ce biais en réalisant un message d'introduction le plus attractif possible, afin d'obtenir des réponses de tous les médecins généralistes, qu'ils pratiquent le suivi gynécologique ou non.

Biais de recueil : du fait de la répétition des propositions de réponse, ou par manque de temps, certains médecins ont pu répondre trop rapidement au questionnaire. Par exemple un médecin n'a pas proposé le DIU au cuivre à la vignette 1 (nullipare) ou à la vignette 3 (post-IVG), mais à la question « dans quelles circonstances proposez-vous le DIU au cuivre ? », il/elle a sélectionné « nullipare », et « post-IVG ».

Biais cognitif : le terme « système intra-utérin » hormonal a pu être source de confusion chez certains sujets, peut-être plus habitués au terme « stérilet » ou « DIU hormonal ». Ce biais a pu être limité par les exemples de noms commerciaux donnés (« Mirena, Kyleena et Jaydess »).

## **B. L'influence de la formation initiale sur la proposition du DIU/SIU comme moyen de contraception à une patiente nullipare**

Notre étude a permis de répondre à notre objectif principal qui était d'évaluer si la formation, en particulier initiale, avait un impact sur le conseil pro-actif du DIU/SIU chez la nullipare par les médecins généralistes.

Nos résultats ont confirmé qu'une formation, quelle qu'elle soit, augmentait le taux de proposition du DIU au cuivre et du SIU hormonal comme méthodes de contraception chez une patiente nullipare, de façon statistiquement significative, dans les vignettes 1 et 2, ainsi que dans la vignette 3 pour le SIU hormonal uniquement. Aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée pour la vignette 4 dans les groupes analysés.

La formation initiale par Stage spécifique SFSE pendant l'Internat, à elle toute seule, n'améliorait pas l'offre de contraception par DIU/SIU à une patiente nullipare, dans aucune des 4 situations cliniques présentées. Ce n'est qu'associé à d'autres formations complémentaires, comme le DPC, la FMC ou encore un diplôme complémentaire en gynécologie, qu'elle révélait son impact.

En questionnement déclaratif, on retrouvait également une différence statistiquement significative sur la proposition du DIU au cuivre et du SIU hormonal à la nullipare, entre

les médecins formés et ceux n'ayant aucune formation spécifique en gynécologie. La formation initiale par stage spécifique SFSE pendant l'Internat avait un impact positif sur le taux auto-déclaré de proposition du DIU au cuivre à une nullipare, comparé aux sujets n'ayant aucune formation spécifique, que ce stage soit associé ou non à des formations complémentaires.

L'étude n'a pas montré de différence statistiquement significative entre la formation par stage spécifique SFSE pendant l'Internat associé à des formations complémentaires, versus les formations complémentaires seules (FMC, DPC, diplôme complémentaire en gynécologie), pour aucune des vignettes cliniques. Cependant l'effet individuel de chaque type de formation complémentaire n'a pas pu être étudié, par manque de données dans chaque catégorie. De plus, les médecins ont pu réaliser plusieurs types de formations complémentaires, rendant l'interprétation des résultats délicate.

### **C. Etat des lieux des connaissances des médecins généralistes concernant la contraception à proposer en première intention à une nullipare**

Bien que la HAS ait publié des recommandations encourageant l'utilisation du DIU et du SIU comme moyens de contraception de première intention chez la nullipare(1), dans cette étude, le taux de proposition du DIU au cuivre était de 69%, et 57% pour le SIU hormonal, à la vignette 1, correspondant à une première demande de contraception chez la nullipare.

Dans première vignette, plus de  $\frac{3}{4}$  des médecins formés à la gynécologie proposaient le DIU au cuivre à la nullipare, versus un peu plus de la moitié seulement chez les médecins n'ayant aucune formation. Pour le SIU hormonal, parmi les répondants non formés, moins de 4 sur 10 l'ont proposé à la nullipare.

Cela confirme donc l'aspect primordial de la formation, quel que soit son type.

Concernant la connaissance des contre-indications aux DIU/SIU, il est intéressant de noter que presque 30% des médecins proposeraient le DIU au cuivre en cas d'ATCD de cancer du col utérin (18% pour le SIU hormonal), et 16% en post-partum immédiat (7% pour le SIU hormonal) ; 18% des médecins proposaient le SIU hormonal en cas d'ATCD de cancer du sein.

Bien qu'indiqué également chez les adolescentes mineures selon la HAS(1), seulement 29% des médecins proposeraient un DIU au cuivre dans ce contexte (30% pour le SIU hormonal). Plus d'un tiers des médecins interrogés ne proposait pas le SIU hormonal en cas de tabagisme, alors qu'il peut être utilisé dans ce cas.

Seulement 45% des médecins proposaient le DIU au cuivre en cas d'ATCD de cancer des ovaires traités ; moins d'un médecin sur 2 proposait le SIU hormonal en cas d'ATCD de maladie thrombo-embolique, et un peu plus de la moitié en cas d'obésité, alors qu'il ne s'agit pas de contre-indications.

## **D. Améliorer les pratiques contraceptives**

Le médecin généraliste est défini par la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) comme le professionnel que les patients consultent en première ligne quelque soient leur âge, leur sexe et leur problème de santé(24).

Les pratiques de gynécologie constituent une part importante des missions du médecin généraliste : elles représentent 3 à 10% des actes réalisés(25),(26) dont 35 % concernent la contraception(27). Le nombre de gynécologues libéraux français est en baisse : - 46,1% entre 2000 et 2021 (28), renforçant le rôle des médecins généralistes dans ce domaine. En effet, en moyenne une femme consulte 3,6 fois par an un médecin généraliste pour un motif gynécologique, et cette fréquence augmente avec l'âge(27).

### **1. La formation initiale**

Comme le montre notre étude, la formation est essentielle pour améliorer le conseil contraceptif, que ce soit la formation initiale ainsi que la formation continue.

Dans ce but, le stage validant la gynécologie-obstétrique a été rendu obligatoire pour les internes de médecine générale en 2001(29).

Cependant, tous les internes ne bénéficient pas de ce stage, par manque d'offre, ou par la possibilité de réaliser, au choix, un stage sur Santé de la Femme ou bien de l'Enfant(29).

Pourtant, l'intérêt du stage spécifique à propos de la Santé de la Femme est reconnu, par les internes(30), les enseignants(31), et les médecins en exercice(32).

Outre la quantité de stages spécifiques sur la Santé de la Femme, la qualité est parfois à reprocher aussi. Ainsi, selon une étude de 2013, seuls 31,8 % des internes interrogés déclarent avoir déjà posé un dispositif intra-utérin(33). Par ailleurs, des travaux(34),(19), thèses(35),(14) ou mémoires(15) font état d'un manque de connaissances de certains Médecins Généralistes au sujet de la santé de la Femme, et plus particulièrement à propos de la contraception.

Auparavant, le stage santé de la Femme et de l'Enfant était réalisé uniquement en milieu hospitalier ; depuis 2010, ce stage peut être réalisé en ambulatoire. De nombreuses universités, dont l'Université de Médecine Toulouse III, propose des stages couplés Santé de la Femme et santé de l'Enfant, en milieu ambulatoire, et proposent des ateliers de simulation de pose et de retrait de DIU, dans un but d'améliorer la formation des futurs Médecins Généralistes. Malheureusement cette pratique n'est pas encore répandue dans toutes les facultés, où les internes de Médecine Générale continuent à devoir faire un choix entre un stage en Gynécologie ou en Pédiatrie, ou réalisant ces stages en milieu hospitalier.

Il semble donc nécessaire d'uniformiser la formation en Santé de la Femme sur le territoire national, conformément aux textes législatifs.

Dans certaines universités, y compris à Toulouse, il peut être proposé aux internes de Médecine Générale de réaliser des stages avec d'autres professionnels en Santé de la Femme, tels que les sage-femmes. Ce type de stage a montré l'intérêt dans la formation des internes de Médecine Générale dans le domaine de la gynécologie : elle leur permet notamment de se sentir plus à l'aide lors des consultations dans ce domaine(36).

Il serait intéressant de mesurer l'impact de ce type de stage sur l'amélioration du conseil contraceptif, en particulier chez la nullipare et la mineure.

## **2. La formation continue**

Comme le montrait notre étude, la formation, quelle qu'elle soit, permettait l'amélioration du conseil contraceptif à la nullipare.

La Formation Médicale Continue est inscrite au Code de Déontologie(37), et elle est obligatoire selon le Code de la Santé Publique(38) :

---

*« La formation médicale continue a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique.*

*La formation médicale continue constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral (...) ».*

---

Il peut se faire par DPC (développement professionnel continu)(39), lectures, groupes de pairs, diplômes inter-universitaires, capacités, congrès...

#### Développement Professionnel Continu (DPC) :

Le DPC est un dispositif de formation continue instauré par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009.

Il réunit deux méthodes de formation : la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles. L'organisation du DPC s'appuie sur l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC) et sur les professions, avec les Conseils Nationaux Professionnels(40).

À la suite de la publication du décret du 9 janvier 2019, l'organisation du DPC évolue. Les médecins doivent justifier de leur démarche de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de gestion des risques, tous les 3 ans. Une plateforme numérique devra être mise en place afin d'assurer la traçabilité de ces formations(41).

Les médecins bénéficient de 21 heures de formation prises en charge financièrement par l'ANDPC. Ces formations sont dispensées par des organismes de formation ou des structures agréées. Afin de répondre à l'obligation de formation continue, ces formations doivent respecter des critères de qualité(42).

Cependant les médecins restent libres du choix du thème de leurs actions de DPC. Ainsi, certains médecins ne choisiront peut-être pas de réaliser des formations de DPC à propos de la gynécologie, entraînant un manque de connaissances dans ce domaine.

### Diplômes complémentaires :

En complément de son Diplôme d'Etudes Spécialisé, le médecin généraliste peut réaliser des Diplômes Universitaires, Diplômes Inter-Universitaires, des Capacités ou d'autres formations universitaires de son choix. Les diplômes universitaires ou inter-universitaires se déroulent en général sur 1 ou 2 ans, et incluent souvent un stage pratique en plus de la formation théorique. Cependant les formations proposées ainsi que le contenu varient d'une Faculté à l'autre.

La Faculté de Médecine de Toulouse propose des diplômes en gynécologie ouverts aux médecins généralistes, par exemple le diplôme inter-universitaire « Formation complémentaire en gynécologie et obstétrique pour les médecins généralistes », ou encore « Gynécologie de l'enfant et de l'adolescente ».

### Autres types de FMC :

Il peut s'agir de lectures personnelles : livres, revues scientifiques, publications de la HAS ou de différents Collèges de spécialité, de formations lors de groupes de pairs, de discussions collégiales, ou encore des congrès spécifiques à la Médecine Générale, ou axés sur une pratique particulière (par exemple Infogyn, congrès s'adressant aux différents professionnels intervenant dans la Santé de la Femme).

En 2018, la HAS a publié ses travaux concernant la contraception, visant à améliorer le conseil contraceptif(2).

Ces travaux comprennent des fiches mémo courtes, correspondant à des situations pratiques quotidiennes de tous les médecins généralistes (par exemple : contraception de l'adolescente, en post-IVG, en post-partum, contraception d'urgence...).

La mise à jour continue de ses connaissances par la lecture des recommandations est essentielle dans la pratique de la médecine générale.

Il pourrait être intéressant d'étudier l'effet individuel des différentes formations complémentaires sur les pratiques professionnelles des médecins généralistes en matière de contraception.

### 3. A l'étranger

La France n'est pas un cas isolé. Dans divers pays occidentaux, le taux de proposition du DIU/SIU, en particulier chez la nullipare, est plus bas que celui des autres moyens de contraception(43),(44). Et ce malgré les recommandations de l'OMS, préconisant cette méthode fiable, sûre et efficace(45).

Une revue systématique de la littérature rapporte des causes semblables au manque de proposition du DIU/SIU aux patientes dans les pays où cette prescription est faible, notamment le manque de connaissances et de formation à cette méthode. Ceci est particulièrement vrai pour la nullipare et l'adolescente(20).

La formation des soignants, en particulier de premiers recours, améliore les pratiques, que ce soit par programmes de formation ou par publications de recommandations.

#### Formation initiale :

Au cours de leur formation initiale, à l'étranger, tous les praticiens de soins primaires n'auront pas une formation systématique à propos de la gynécologie, et plus particulièrement en matière de contraception.

En Europe, la formation des médecins généralistes n'est pas uniforme, que ce soit dans la durée ou dans le contenu des études. Les résidents en médecine générale en Espagne bénéficient d'un stage de 3 mois en gynécologie, obligatoire, au cours de leur cursus(46). En Angleterre, la formation en gynécologie, dont notamment la contraception, font partie des missions essentielles du généraliste(47), et les internes en médecine générale doivent valider des objectifs de formation dans ce domaine(48). Toutefois, il n'y a pas de stage spécifique en gynécologie obligatoire.

En Australie, la formation des médecins généralistes est différente selon le milieu de pratique (urbain et semi-rural, rural, ou lieux complètement isolés et travail avec les communautés aborigènes). Au vu de la pratique particulière dans ce pays, une formation en gynécologie et obstétrique sont fortement recommandées, notamment pour un exercice en milieu rural(49). Cependant il n'y a pas de stage obligatoire dans cette discipline, contrairement par exemple à la pédiatrie.

Aux Etats-Unis, les résidents en médecine générale ont une obligation de formation en gynécologie d'au moins 100 heures ou 1 mois ou 125 patientes(50).

### Formation continue :

A l'étranger comme en France, les médecins généralistes bénéficient de programmes de formation continue dans le but d'améliorer leurs pratiques.

Aux Etats-Unis, les médecins ont une obligation de formation continue tous les 2 ans, organisé par des organismes agréés, sous forme de réunions présentielle, en lecture de publications, en formations par Internet...

Ces formations ont démontré une amélioration des pratiques en matière de conseil contraceptif. La publication de recommandations américaines (US Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use) montre une amélioration de la perception de la sécurité d'utilisation du DIU chez l'adolescente, chez les praticiens inclus dans cette étude(51).

De même, des études sur les ateliers d'apprentissage de pose de DIU améliorent les connaissances pratiques et théoriques concernant ce moyen de contraception(46),(53).

Une étude randomisé américaine rapporte une amélioration des compétences, des connaissances et un accroissement du sentiment de compétence dans le domaine du conseil contraceptif, dans le groupe de médecins ayant bénéficié d'une formation de 4 heures à propos du DIU et de l'implant, versus groupe témoin, de façon statistiquement significative(54). Il serait enrichissant de réaliser d'autres études de ce type en France, pour voir l'impact des différentes actions de formation.

Des données similaires ont été trouvé en Australie, suite à la mise en place d'un programme de formation du Family Planning NSW pour les médecins de soins primaires(55). Cette étude montre les effets bénéfiques d'un atelier d'apprentissage de pose du DIU à des praticiens ne réalisant pas ce geste auparavant.

Toutes ces données sont concordantes sur ce point : la formation est essentielle pour améliorer l'offre contraceptive par les médecins de soins primaires.

## V. Conclusion

Avec la diminution du nombre de gynécologues libéraux, le médecin généraliste est amené de plus en plus souvent à réaliser des consultations de gynécologie, et gérer les demandes de contraception.

Bien que recommandé par la HAS depuis 2004, la proposition du DIU/SIU à une patiente nullipare n'est pas systématique lors d'une consultation de demande de contraception en médecine générale. Dans notre étude, environ  $\frac{3}{4}$  des médecins proposaient le DIU/SIU à une nullipare, et seulement un tiers déclaraient le proposer à une mineure.

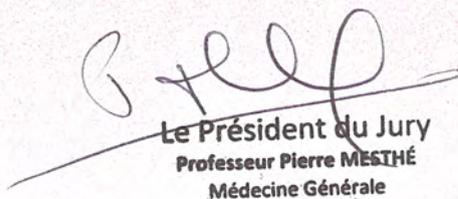
Notre étude montrait que la formation est essentielle pour améliorer le conseil contraceptif, et avait un effet statistiquement significatif sur le taux de proposition des DIU et SIU aux patientes nullipares, dans différents contextes.

La mise en place de stages spécifiques à propos de la Santé de la Femme pendant l'Internat répond à ce besoin de formation, mais cette étude a montré qu'il nécessitait d'être associé à une formation complémentaire pour avoir un effet significatif. Cet effet était d'autant plus marqué pour la proposition du SIU.

Une mise en place d'une formation systématique à propos de la contraception, et plus particulièrement les DIU/SIU, pour tous les médecins de premier recours, que ce soit en formation initiale ou en formation continue, paraît indispensable.

Il serait désirable de mesurer l'impact de ces actions de formation sur la pratique, notamment chez la nullipare et la mineure, en réalisant des études interventionnelles.

Vu  
Toulouse le 07/09/2021

  
Le Président du Jury  
Professeur Pierre MESTHÉ  
Médecine Générale

Toulouse, le 7 sept. 2021

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Purpan  
D. CARRIE



## **VI. Références bibliographiques**

1. HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2013 [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese\\_methodes\\_contraceptives\\_format2clics.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf)
2. HAS. Haute Autorité de Santé - Contraception - Travaux de la HAS [Internet]. 2018 [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2872512/fr/contraception-travaux-de-la-has](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2872512/fr/contraception-travaux-de-la-has)
3. Base de données publique des médicaments. Résumé des caractéristiques du produit - MIRENA 52 mg (20 microgrammes/24 heures), dispositif intra-utérin - Base de données publique des médicaments [Internet]. 2021 [cité 19 août 2021]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=66349230&typedoc=R>
4. Base de données publique des médicaments. Résumé des caractéristiques du produit - JAYDESS 13,5 mg, système de diffusion intra-utérin - Base de données publique des médicaments [Internet]. 2021 [cité 19 août 2021]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63905960&typedoc=R>
5. Base de données publique des médicaments. Résumé des caractéristiques du produit - KYLEENA 19,5 mg, système de diffusion intra-utérin - Base de données publique des médicaments [Internet]. 2021 [cité 19 août 2021]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63463104&typedoc=R>
6. United Nations. World Contraceptive Use 2019. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2019.
7. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Baromètre Santé 2016. 2017;8.
8. Bajos N, Le Guen M, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Popul Sociétés. sept 2012;(492):4.
9. Buhling KJ, Zite NB, Lotke P, Black K. Worldwide use of intrauterine contraception: a review. Contraception. 1 mars 2014;89(3):162-73.

10. Fontaine M. Prescription et pose de dispositifs intra-utérins chez les patientes nullipares : enquête sur les freins des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Poitiers; 2013.
11. Plan L. Le dispositif intra-utérin : améliorer le conseil contraceptif chez la femme nullipare : revue de littérature systématique [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2013 [cité 11 mars 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/263/>
12. Dubois D. Dispositif intra-utérin et nulliparité: Quelles représentations chez les médecins ? : enquête par questionnaire auprès des médecins généralistes et gynécologues du Doubs en 2012 : parallèle avec la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2012.
13. Moskalyk I. L'analyse des représentations des médecins généralistes d'Indre-et-Loire sur la prescription du dispositif intra-utérin chez les nullipares [Internet] [Thèse d'exercice]. Tours; 2017. Disponible sur: [http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2017\\_Medecine\\_MoskalykIgor.pdf](http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2017_Medecine_MoskalykIgor.pdf)
14. Colmas N, Battie C. Etat des lieux des connaissances des médecins généralistes sur la prescription de dispositif intra-utérin (DIU) chez les patientes nullipares [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]; 2017.
15. Voisin F. Réticences des patientes et des médecins généralistes vis-à-vis de l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les patientes nullipares: étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2015.
16. Manzo S. Les médecins généralistes haut-normands proposent-ils le dispositif intra-utérin à leurs patientes nullipares? [Internet] [Thèse d'exercice]. [Clermont-Ferrand]; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02014486/document>
17. Villoteau A. Nullipare et accès au dispositif intra-utérin (DIU) : évaluation des connaissances et des pratiques dans le département du Maine-et-Loire [Mémoire]. [Angers, France]; 2016.
18. Farinet S. Réticence des praticiens à la pose du dispositif intra-utérin au cuivre, chez les femmes nullipares : enquête chez les sages-femmes et médecins libéraux en Meurthe et Moselle. *Médecine Hum Pathol.* 2015;45.
19. HAS. Haute Autorité de Santé - État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. 2013 [cité 10 sept

- 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee)
20. Daniele MAS, Cleland J, Benova L, Ali M. Provider and lay perspectives on intra-uterine contraception: a global review. *Reprod Health*. 26 sept 2017;14(1):119.
  21. Buhling KJ, Hauck B, Dermout S, Ardaens K, Marions L. Understanding the barriers and myths limiting the use of intrauterine contraception in nulliparous women: results of a survey of European/Canadian healthcare providers. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. déc 2014;183:146-54.
  22. Pedregosa F, Varoquaux G, Gramfort A, Michel V, Thirion B, Grisel O, et al. Scikit-learn: Machine Learning in Python. *J Mach Learn Res*. 2011;12(85):2825-30.
  23. L'Assurance Maladie. Effectif de professionnels de santé libéraux par âge et sexe et par département en 2019 [Internet]. 01 juillet 2021 [cité 6 sept 2021]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/age-sexe-professionnels-sante-liberaux-departement-2019>
  24. WONCA. La définition Européenne de la Médecine Générale - Médecine de Famille [Internet]. 2002 p. 52. Disponible sur: [https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition\\_europeenne\\_de\\_la\\_medecine\\_generale\\_-\\_wonca\\_2002.pdf](https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf)
  25. Observatoire de la médecine générale. Top 25 / Les diagnostics les plus fréquent [Internet]. 2009 [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <http://omg.sfmng.org/content/donnees/top25.php>
  26. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2010 [cité 16 août 2021]. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3432\\_THESE-DIAS.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3432_THESE-DIAS.pdf)
  27. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. La prise en charge des femmes françaises [Internet]. 2000 [cité 16 août 2021]. Disponible sur: [http://www.cngof.asso.fr/d\\_cohen/coA\\_06.htm#haut](http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm#haut)
  28. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: [https://demographie.medecin.fr/#c=indicator&f=18&f2=18&i=qualif.1&i2=qualif\\_evol.var\\_qualif&s=2021&s2=2010\\_2021&view=map10](https://demographie.medecin.fr/#c=indicator&f=18&f2=18&i=qualif.1&i2=qualif_evol.var_qualif&s=2021&s2=2010_2021&view=map10)

29. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine [Internet]. oct 6, 2004. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article\\_lc/LEGIARTI000024679445/#LEGIARTI000022898596](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000024679445/#LEGIARTI000022898596)
30. Landry C. Formation des internes de médecine générale: Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale actuel [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2015.
31. Collège national des généralistes enseignants. Proposition du CNGE pour la nouvelle maquette du DES de médecine générale [Internet]. 2016 [cité 16 août 2021]. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/proposition\\_du\\_cnge\\_pour\\_la\\_nouvelle\\_maquette\\_du\\_d](https://www.cnge.fr/la_pedagogie/proposition_du_cnge_pour_la_nouvelle_maquette_du_d) /
32. Colchen M. Influence de l'absence d'un stage de gynécologie au cours du Diplôme d'études Spécialisées (DES) de médecine générale sur la pratique du médecin généraliste: étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de jeunes médecins installés en Picardie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2016.
33. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale [Internet]. 2013 [cité 16 août 2021]. Disponible sur: [https://www.isnar-  
img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf](https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf)
34. HAS. Contraception : aides pour une décision médicale partagée [Internet]. HAS; 2014 juill [cité 17 août 2021] p. 72. Disponible sur: [https://www.has-  
sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-08/rapport\\_elaboration.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-08/rapport_elaboration.pdf)
35. Allemoz J. La délivrance de l'information sur la contraception: état des lieux des pratiques des médecins généralistes à Marseille [Internet] [Thèse d'exercice]. [Marseille]: Faculté de Médecine de Marseille; 2020. Disponible sur: [https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-  
03049011/document](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03049011/document)
36. Bredontiot A. Évaluation de l'impact d'un stage auprès d'une sage-femme sur le ressenti des internes de Midi-Pyrénées lors d'une consultation en Santé de la Femme [Internet] [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France]: Paul Sabatier - Université Toulouse III; 2019 [cité 17 août 2021]. Disponible sur: [http://thesesante.ups-  
tlse.fr/2574/1/2019TOU31014.pdf](http://thesesante.ups-tlse.fr/2574/1/2019TOU31014.pdf)
37. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 11 - Développement professionnel continu [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 17

août 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-11-developpement-professionnel-continu>

38. Chapitre III : Développement professionnel continu (Articles L4133-1 à L4133-7) - Légifrance [Internet]. Code de la Santé Publique, Article L4133-1 juill 19, 2005. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000020897552/2009-07-23/>

39. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Décret n°2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé [Internet]. juill 8, 2016 p. 10. Disponible sur: [http://www.specialitesmedicales.org/offres/doc\\_inline\\_src/666/DE9cret%2BnB02016-942%2Bdu%2B8%2Bjuillet%2B2016.pdf](http://www.specialitesmedicales.org/offres/doc_inline_src/666/DE9cret%2BnB02016-942%2Bdu%2B8%2Bjuillet%2B2016.pdf)

40. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Se former tout au long de sa carrière [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 17 août 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/former-long-carriere>

41. Décret n° 2019-17 du 9 janvier 2019 relatif aux missions, à la composition et au fonctionnement des Conseils nationaux professionnels des professions de santé. 2019-17 janv 9, 2019.

42. HAS. Méthodes et modalités de DPC [Internet]. 2015 p. 4. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste\\_methodes\\_modalites\\_dpc\\_decembre\\_2012.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf)

43. Middleton AJ, Naish J, Singer N. General practitioners' views on the use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in young, nulligravid women, in London, UK. Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept. août 2011;16(4):311-8.

44. Murphy MK, Stoffel C, Nolan M, Haider S. Interdependent Barriers to Providing Adolescents with Long-Acting Reversible Contraception: Qualitative Insights from Providers. J Pediatr Adolesc Gynecol. oct 2016;29(5):436-42.

45. OMS. Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé; 2015 [cité 8 avr 2020] p. 210. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249591/9789242549157-fre.pdf>

46. Ministerio de Sanidad y Consumo. Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y

Comunitaria [Internet]. Sect. III. Otras disposiciones mai 3, 2005 p. 15182-225. Disponible sur: <https://www.boe.es/eli/es/o/2005/03/03/sco1198>

47. Royal College of General Practitioners. The RCGP Curriculum - Being a General Practitioner [Internet]. 2019 [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: [https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/gp-curriculum-2019-20210811\\_pdf-79017777.pdf](https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/gp-curriculum-2019-20210811_pdf-79017777.pdf)

48. Royal College of General Practitioners. The RCGP Curriculum : Professional & Clinical Modules [Internet]. 2016 [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: [https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/rcgp-curriculum-modules-jan2016\\_pdf-68839814.pdf](https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/rcgp-curriculum-modules-jan2016_pdf-68839814.pdf)

49. Australian Government - Department of Health. General practice training in Australia : the guide [Internet]. 2020 [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/02/general-practice-training-in-australia-the-guide.pdf>

50. Accreditation Council for Graduate Medical Education. ACGME Program Requirements for Graduate Medical Education in Family Medicine [Internet]. 2021 [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: [https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/120\\_FamilyMedicine\\_2021.pdf?ver=2021-06-22-162614-143](https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/120_FamilyMedicine_2021.pdf?ver=2021-06-22-162614-143)

51. Zapata LB, Morgan IA, Curtis KM, Folger SG, Whiteman MK. Changes in U.S. health care provider attitudes related to contraceptive safety before and after the release of National Guidance. *Contraception*. 29 juill 2019;100(5):413-9.

52. Field C, Benson LS, Stephenson-Famy A, Prager S. Intrauterine Device Training Workshop for Preclinical Medical Students. *MedEdPORTAL J Teach Learn Resour* [Internet]. 18 oct 2019 [cité 13 janv 2020];15. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6944262/>

53. Goldthwaite LM, Sheeder J, Teal SB, Tocce KM. Comfort With Skills and Knowledge After Immediate Postpartum Intrauterine Device Training. *Obstet Gynecol*. oct 2016;128:6S.

54. Thompson KMJ, Rocca CH, Stern L, Morfesis J, Goodman S, Steinauer J, et al. Training contraceptive providers to offer intrauterine devices and implants in contraceptive care: a cluster randomized trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;218(6):597.e1-597.e7.

55. Stewart M, Digiusto E, Bateson D, South R, Black KI. Outcomes of intrauterine device insertion training for doctors working in primary care. *Aust Fam Physician*. nov 2016;45(11):837-41.

## VII. Annexes

ANNEXE 1 : DISPOSITIFS INTRA-UTERINS AU CUIVRE REMBOURSABLES ET DISPONIBLES EN FRANCE AU 31 JANVIER 2013 (LISTE NON EXHAUSTIVE)(1) :

Surface de cuivre	Taille	Nom commercial
375 mm <sup>2</sup>	Standard	GYNELLE 375
	Standard / SL short	MONA LISA Cu375
	Standard / short	MULTILOAD Cu375
	Standard	ANCORA 375 Cu
380 mm <sup>2</sup>	Standard	MONA LISA CuT 380A QL
	Standard	MONAISA NT Cu380A
	Standard / short	NT 380
	Standard / short	TT 380
	Standard / short	UT 380
	Mini / normal / maxi	NOVAPLUS T380
	Standard	COPPER T380A
	Standard	SUGANT 380A Cu

ANNEXE 2 : SYSTEMES INTRA-UTERINS AU LEVONORGESTREL REMBOURSABLES DISPONIBLES EN FRANCE :

DCI	Dosage	Spécialité
Lévonorgestrel	52 mg (20 µg/24h)	MIRENA
Lévonorgestrel	13.5 mg	JAYDESS
Lévonorgestrel	19.5 mg	KYLEENA

ANNEXE 3 : EFFICACITE COMPARATIVE DES PRINCIPALES METHODES  
CONTRACEPTIVES SELON L'OMS 2011(45) (LISTE NON EXHAUSTIVE) :

Méthode	Indice de Pearl ou efficacité théorique	Efficacité pratique
Pilule oestroprogestative	<b>0.3</b>	8
Pilule progestative	<b>0.3</b>	8
Injectables mensuels	<b>0.05</b>	3
Injectables progestatifs	<b>0.3</b>	3
Patch oestroprogestatif	<b>0.3</b>	8
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	<b>0.2</b>	<b>0.2</b>
Anneau vaginal oestro-progestatif	<b>0.3</b>	8
Préservatifs féminins	5	21
Dispositif intra-utérin au cuivre	<b>0.6</b>	<b>0.8</b>
Préservatifs masculins	2	15
Spermicides	18	29
Diaphragme et spermicides	6	16
Cape cervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Implants	<b>0.05</b>	<b>0.05</b>
Vasectomie	<b>0.1</b>	<b>0.15</b>
Ligature des trompes	<b>0.5</b>	<b>0.5</b>

(En **gras** : méthodes considérées comme efficaces par l'OMS)

ANNEXE 4 : CONTRE-INDICATIONS AU DIU AU CUIVRE / SIU HORMONAL

Les contre-indications absolues à la pose d'un DIU au cuivre sont(1) :

- toute grossesse suspectée ou avérée
- infection puerpérale en post-partum
- en post-abortum : immédiatement après un avortement septique

- maladie inflammatoire pelvienne en cours
- cervicite purulente en cours, ou infection à chlamydia ou gonococcie en cours
- tuberculose génito-urinaire avérée
- saignements vaginaux inexpliqués (suspicion de pathologie grave)
- maladie trophoblastique gestationnelle maligne
- cancer du col utérin (traité ou non)
- cancer de l'endomètre non traité
- toute anomalie anatomique utérine congénitale ou acquise entraînant une déformation de la cavité utérine de telle sorte qu'il est impossible d'y insérer un DIU
- fibromes utérins avec déformation de la cavité utérine
- hypersensibilité au cuivre ou à l'un des composants du dispositif.

Les contre-indications au SIU hormonal sont les même que pour le DIU au cuivre, sauf :

- Tumeurs sensibles aux progestatifs, par exemple cancer du sein
- Affections hépatiques aiguës ou tumeur hépatique
- Hypersensibilité au lévonorgestrel ou l'un de ses composants.

Il n'est pas recommandé de poser un DIU/SIU :

- dans la période de post-partum comprise entre 48 heures et 4 semaines après un accouchement
- lorsque la femme a un risque accru d'infections sexuellement transmissibles.

## ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE INITIAL DE TEST SUR 3 SUJETS

### **Première partie : qui êtes-vous ?**

Quel âge avez-vous ? (en années)

Sélectionner

Quel est votre sexe ?

Homme

Femme

Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme de spécialiste en Médecine Générale ?

Sélectionner

Quelle est la Faculté où vous avez fait votre Internat ?

Quel est votre mode d'exercice ?

Médecin installé

Collaborateur(trice)

Médecin Remplaçant

Quel est votre milieu d'exercice ?

Rural

Semi-rural / péri-urbain

Urbain

Non concerné car remplaçant(e)

Avez-vous des formations en gynécologie ?

Stage spécifique sur la Santé de la femme pendant votre Internat

Diplôme complémentaire en gynécologie

DPC (développement professionnel continu) à propos de la gynécologie

FMC (formation médicale continue) en gynécologie

Aucune formation spécifique

Autre : .....[texte libre]

Assurez-vous le suivi contraceptif ?

Oui

Non

Posez-vous des dispositifs intra-utérins (DIU au cuivre) / systèmes intra-utérins (SIU type Mirena, Kyleena, Jaydess) ?

Oui

Non

## **Partie 2 : vignettes cliniques :**

### ***Vignette 1 :***

Mme A, 20 ans, G0P0, consulte pour une demande de première contraception.

Elle n'a pas d'ATCD particuliers, pas d'ATCD familiaux. Ménarche à 13 ans, règles régulières, peu douloureuses, peu abondantes.

1ers rapports sexuels vers l'âge de 17 ans. Elle utilise actuellement des préservatifs masculins.

Que lui proposez-vous comme méthode de contraception, indépendamment de la protection vis-à-vis des IST ? Propositions : (plusieurs choix possibles)

- Préservatifs masculins / féminins
- Pilule oestroprogestative
- Pilule microprogestative (type Cerazette ou Microval)
- Patch oestroprogestatif (type Evra)
- Anneau vaginal oestroprogestatif (type Nuvaring)
- Contraceptifs injectables
- Implant progestatif (Nexplanon)
- DIU au Cuivre
- SIU hormonal
- Cape cervicale
- Spermicides
- Diaphragme
- Ligature de trompes
- Méthode du retrait
- Abstinence périodique
- Méthode d'observation de la glaire cervicale
- Méthode de mesure de la température matinale
- Symptothermie (méthode qui associe les méthodes d'auto-observation (observation de la glaire cervicale, la méthode des températures et l'observation de la position du col de l'utérus) avec des méthodes d'abstinence périodique)

***Vignette 2 :***

Mme B, 23 ans, sous Optilova<sup>o</sup> (pilule oestroprogestative de 2ème génération à 20gamma) consulte car elle souhaite changer de méthode de contraception. G0P0, 1ers rapports sexuels vers 20 ans, pas d'ATCD personnels ni familiaux.

Que lui proposez-vous comme méthode de contraception, indépendamment de la protection vis-à-vis des IST ? Propositions : (plusieurs choix possibles)

- Préservatifs masculins / féminins
- Une autre pilule oestroprogestative
- Pilule microprogestative (type Cerazette ou Microval)
- Patch oestroprogestatif (type Evra)
- Anneau vaginal oestroprogestatif (type Nuvaring)
- Contraceptifs injectables

- Implant progestatif (Nexplanon)
- DIU au Cuivre
- SIU hormonal
- Cape cervicale
- Spermicides
- Diaphragme
- Ligature de trompes
- Méthode du retrait
- Abstinence périodique
- Méthode d'observation de la glaire cervicale
- Méthode de mesure de la température matinale
- Symptothermie (méthode qui associe les méthodes d'auto-observation (observation de la glaire cervicale, la méthode des températures et l'observation de la position du col de l'utérus) avec des méthodes d'abstinence périodique)

***Vignette 3 :***

Mme C, 18 ans, G0P0, pas de contraception, consulte après une IVG.

Que lui proposez-vous comme méthode de contraception, indépendamment de la protection vis-à-vis des IST ? Propositions : (plusieurs choix possibles)

- Préservatifs masculins / féminins
- Pilule oestroprogestative
- Pilule microprogestative (type Cerazette ou Microval)
- Patch oestroprogestatif (type Evra)
- Anneau vaginal oestroprogestatif (type Nuvaring)
- Contraceptifs injectables
- Implant progestatif (Nexplanon)
- DIU au Cuivre
- SIU hormonal
- Cape cervicale
- Spermicides
- Diaphragme
- Ligature de trompes
- Méthode du retrait
- Abstinence périodique
- Méthode d'observation de la glaire cervicale

- Méthode de mesure de la température matinale
- Symptothermie (méthode qui associe les méthodes d'auto-observation (observation de la glaire cervicale, la méthode des températures et l'observation de la position du col de l'utérus) avec des méthodes d'abstinence périodique)

***Vignette 4 :***

Mme D, 39 ans, consulte pour souhait de contraception. Actuellement elle n'a pas de contraception (divorce récent). Tabagisme actif à 15 cigarettes/jour. Pas d'autres ATCD personnels ni familiaux. Pas de surpoids.

Que lui proposez-vous comme méthode de contraception, indépendamment de la protection vis-à-vis des IST ? Propositions : (plusieurs choix possibles)

- Préservatifs masculins / féminins
- Pilule oestroprogestative
- Pilule microprogestative (type Cerazette ou Microval)
- Patch oestroprogestatif (type Evra)
- Anneau vaginal oestroprogestatif (type Nuvaring)
- Contraceptifs injectables
- Implant progestatif (Nexplanon)
- DIU au Cuivre
- SIU hormonal
- Cape cervicale
- Spermicides
- Diaphragme
- Ligature de trompes
- Méthode du retrait
- Abstinence périodique
- Méthode d'observation de la glaire cervicale
- Méthode de mesure de la température matinale
- Symptothermie (méthode qui associe les méthodes d'auto-observation (observation de la glaire cervicale, la méthode des températures et l'observation de la position du col de l'utérus) avec des méthodes d'abstinence périodique)

**Une dernière question :**

*Dans quelles circonstances proposez-vous le dispositif intra-utérin ? (même si vous ne pratiquez pas ce geste) (une ou plusieurs réponses possibles)*

- Age : moins de 35 ans
- Age : plus de 35 ans
- Allaitement
- Antécédents personnels de maladie thrombo-embolique
- Après une IVG, de façon différée
- Cancer du col utérin traité
- Cancer de l'endomètre traité
- Cancer des ovaires traité
- Cancer du sein traité
- Changement de contraception
- Contraception d'urgence
- Hyperlipidémie
- Insuffisance hépato-cellulaire
- Mineure
- Multipare
- Nullipare
- Partenaires multiples
- Péri-ménopause
- Post-partum immédiat
- Post-partum différé (+ de 6 semaines après l'accouchement)
- Surpoids / obésité
- Tabac

## ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE VERSION FINALE

### **Quels sont les moyens de contraception présentés à une patiente nullipare par les médecins généralistes ?**

L'objectif de ce questionnaire est d'évaluer les moyens de contraception présentés à une patiente nullipare par les médecins généralistes en Midi Pyrénées. En effet, pratique orientée gynécologie ou pas, vous avez déjà eu des demandes de contraception chez la jeune femme. Rapide, il vous prendra moins de 5 minutes pour répondre à quelques questions pour mieux vous connaître, et 4 petites vignettes cliniques.

En vous remerciant d'avance pour votre précieuse aide !

**Première partie : qui êtes-vous ?**

Quel âge avez-vous ? (en années)

Sélectionner

Quel est votre sexe ?

Homme

Femme

Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme de spécialiste en Médecine Générale ?

Sélectionner

Quelle est la Faculté où vous avez fait votre Internat ? [texte libre]

Quel est votre mode d'exercice ?

Médecin installé

Collaborateur(trice)

Médecin Remplaçant

Quel est votre milieu d'exercice ?

Rural

Semi-rural / péri-urbain

Urbain

Non concerné car remplaçant(e)

Avez-vous des formations en gynécologie ?

Stage spécifique sur la Santé de la femme pendant votre Internat

Diplôme complémentaire en gynécologie

DPC (développement professionnel continu) à propos de la gynécologie

FMC (formation médicale continue) en gynécologie

Aucune formation spécifique

Autre : ..... [texte libre]

Assurez-vous le suivi contraceptif ?

Oui

Non

Posez-vous des dispositifs intra-utérins (DIU au cuivre) / systèmes intra-utérins (SIU type Mirena, Kyleena, Jaydess) ?

Oui

Non

### **Deuxième partie : 4 situations cliniques**

Voici 4 petites vignettes cliniques pour mieux comprendre vos propositions en matière de contraception. Il n'y a qu'une seule question par vignette. Vous pouvez cocher une ou plusieurs propositions de réponse. Les propositions sont classées par ordre alphabétique.

#### **Vignette 1 :**

Mme A, 20 ans, consulte pour une demande de première contraception. Elle n'a pas d'antécédents particuliers, pas d'antécédents familiaux. Ménarche à 13 ans, règles régulières, peu douloureuses, peu abondantes. Pas d'enfants, 1ers rapports sexuels vers l'âge de 17 ans. Elle utilise actuellement des préservatifs masculins.

Que lui présentez-vous comme méthode(s) de contraception, indépendamment de la protection vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles ? (même si vous ne pratiquez pas certains gestes techniques) (une ou plusieurs réponses possibles)

Abstinence périodique

Anneau vaginal oestroprogestatif (type Nuvaring)

Cape cervicale

Contraceptifs injectables (type Depo Provera)

Diaphragme

Dispositif intra-utérin au Cuivre

Implant progestatif (type Nexplanon)

Ligature de trompes

Méthode du retrait

Méthode d'observation de la glaire cervicale

Méthode de mesure de la température matinale

Patch oestroprogestatif (type Evra)

Pilule microprogestative (type Cerazette ou Microval)

Pilule oestroprogestative

Préservatifs masculins / féminins

Symptothermie (observation de la glaire cervicale, température et position du col utérin)

Système intra-utérin hormonal (type Mirena, Jaydess, Kyleena)

Spermicides

**Vignette 2 :**

Mme B, 23 ans, sous Optilova<sup>o</sup> (pilule oestroprogestative de 2<sup>e</sup>me génération) consulte car elle souhaite changer de méthode de contraception. Pas d'enfants, 1ers rapports sexuels vers 20 ans, pas d'antécédents personnels ni familiaux.

Que lui présentez-vous ? (même si vous ne pratiquez pas certains gestes) (une ou plusieurs réponses possibles)

Abstinence périodique

Anneau vaginal oestroprogestatif (type Nuvaring)

Cape cervicale

Contraceptifs injectables (type Depo Provera)

Diaphragme

Dispositif intra-utérin au Cuivre

Implant progestatif (Nexplanon)

Ligature de trompes

Méthode du retrait

Méthode d'observation de la glaire cervicale

Méthode de mesure de la température matinale

Patch oestroprogestatif (type Evra)

Préservatifs masculins / féminins

Symptothermie (observation de la glaire cervicale, température et position du col utérin)

Système intra-utérin hormonal (type Mirena, Jaydess, Kyleena)

Spermicides

**Vignette 3 :**

Mme C, 20 ans, pas d'enfants, pas de contraception, consulte dans le cadre d'une demande d'IVG.

Quelle(s) méthode(s) de contraception présentez-vous en consultation après une IVG ? (même si vous ne pratiquez pas certains gestes techniques) (une ou plusieurs réponses possibles)

Abstinence périodique

Anneau vaginal oestroprogestatif (type Nuvaring)

Cape cervicale

Contraceptifs injectables (type Depo Provera)

Diaphragme

Dispositif intra-utérin au Cuivre

Implant progestatif (Nexplanon)

Ligature de trompes

Méthode du retrait

Méthode d'observation de la glaire cervicale

Méthode de mesure de la température matinale

Patch oestroprogestatif (type Evra)

Pilule microprogestative (type Cerazette ou Microval)

Pilule oestroprogestative

Préservatifs masculins / féminins

Symptothermie (observation de la glaire cervicale, température et position du col utérin)

Système intra-utérin hormonal (type Mirena, Jaydess, Kyleena)

Spermicides

**Vignette 4 :**

Mme D, 39 ans, pas d'enfants, consulte pour souhait de contraception. Actuellement elle n'a pas de contraception (divorce récent). Tabagisme actif à 15 cigarettes/jour. Pas d'autres antécédents personnels ni familiaux. Pas de surpoids.

Que lui présentez-vous ? (même si vous ne pratiquez pas certains gestes techniques) (une ou plusieurs réponses possibles)

Abstinence périodique

Anneau vaginal oestroprogestatif (type Nuvaring)

Cape cervicale

Contraceptifs injectables (type Depo Provera)

Diaphragme  
Dispositif intra-utérin au Cuivre  
Implant progestatif (Nexplanon)  
Ligature de trompes  
Méthode du retrait  
Méthode d'observation de la glaire cervicale  
Méthode de mesure de la température matinale  
Patch oestroprogestatif (type Evra)  
Pilule microprogestative (type Cerazette ou Microval)  
Pilule oestroprogestative  
Préservatifs masculins / féminins  
Symptothermie (observation de la glaire cervicale, température et position du col utérin)  
Système intra-utérin hormonal (type Mirena, Jaydess, Kyleena)  
Spermicides

**Une dernière question :**

*Dans quelles circonstances proposez-vous le dispositif intra-utérin au cuivre ? (même si vous ne pratiquez pas ce geste) (une ou plusieurs réponses possibles)*

Age : moins de 35 ans  
Age : plus de 35 ans  
Allaitement  
Antécédents personnels de maladie thrombo-embolique  
Après une IVG, de façon différée  
Cancer du col utérin traité  
Cancer de l'endomètre traité  
Cancer des ovaires traité  
Cancer du sein traité  
Changement de contraception  
Contraception d'urgence  
Hyperlipidémie  
Insuffisance hépato-cellulaire

Mineure  
Multipare  
Nullipare  
Partenaires multiples  
Péri-ménopause  
Post-partum immédiat  
Post-partum différé (+ de 6 semaines après l'accouchement)  
Surpoids / obésité  
Tabac

*Dans quelles circonstances proposez-vous le système intra-utérin hormonal (type Mirena, Jaydess, Kyleena) ? (même si vous ne pratiquez pas ce geste) (une ou plusieurs réponses possibles)*

Age : moins de 35 ans  
Age : plus de 35 ans  
Allaitement  
Antécédents personnels de maladie thrombo-embolique  
Après une IVG, de façon différée  
Cancer du col utérin traité  
Cancer de l'endomètre traité  
Cancer des ovaires traité  
Cancer du sein traité  
Changement de contraception  
Contraception d'urgence  
Hyperlipidémie  
Insuffisance hépato-cellulaire  
Mineure  
Multipare  
Nullipare  
Partenaires multiples  
Péri-ménopause  
Post-partum immédiat

Post-partum différé (+ de 6 semaines après l'accouchement)

Surpoids / obésité

Tabac

Merci pour votre participation !

Si vous souhaitez plus d'informations sur la contraception, voici un lien vers des fiches mémo de la HAS : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2872512/fr/contraception-travaux-de-la-has](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2872512/fr/contraception-travaux-de-la-has)

*Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette étude, merci de me laisser votre adresse mail.*

#### ANNEXE 7 : REPONSES A LA QUESTION : « AVEZ-VOUS DES FORMATIONS EN GYNECOLOGIE ? » : AUTRE :

Les réponses obtenues en texte libre à cette question étaient :

- « 9 » : exclus de l'étude car non compréhensible ;
- « gyneco-obstétrique » : exclus de l'étude car pas assez spécifique ;
- « lectures , groupe de pairs » : classé sous FMC ;
- « DU IVG et contraception » : classé sous diplôme complémentaire en gynécologie ;
- « Stage s'internat en service de gynecologie obstétrique » : classé sous stage spécifique à propos de la santé de la femme pendant l'internat.

**AUTEUR :** Viviane MARTINOT

**TITRE :** Etat des lieux des connaissances des Médecins Généralistes en Midi-Pyrénées sur la contraception à proposer en première intention à la nullipare : la formation initiale influe-t-elle sur le conseil proactif du DIU/SIU ?

**DIRECTEUR DE THÈSE :** Dr Isabelle FRAY

**LIEU ET DATE DE SOUTENANCE :** Faculté de Médecine Toulouse, le 05 octobre 2020

---

**Introduction :** En France, l'utilisation du Dispositif Intra-Utérin (DIU) chez les nullipares est plus faible que chez les multipares. Le médecin généraliste a un rôle principal dans le conseil contraceptif ; ses pratiques sont influencées par sa formation. L'objectif principal de cette étude est de déterminer si la formation initiale des médecins généralistes a un impact sur le conseil pro-actif du DIU à la nullipare.

**Matériel et méthodes :** étude quantitative observationnelle et descriptive par questionnaire. Envoi par mail aux médecins généralistes de l'ancienne région Midi-Pyrénées. Recueil des réponses entre septembre 2019 et octobre 2020.

**Résultats :** une formation initiale par stage en santé de la Femme pendant l'Internat, associé à une formation complémentaire, augmentait le taux de proposition du DIU à une patiente nullipare, de façon statistiquement significative. Une formation initiale seule n'améliorait pas le conseil contraceptif.

**Conclusion :** La formation continue en complément de la formation initiale est essentielle pour améliorer le conseil contraceptif.

---

*State of knowledge of General Practitioners in Midi-Pyrénées on first-line contraception for nulliparous women: does initial training influence proactive advice of IUD/IUS ?*

**Introduction:** In France, fewer nulliparous women use an Intra-Uterin Device (IUD) than multiparous women. General practitioners play an essential role in contraceptive counselling; their practices are influenced by training. The main objective of this study is to determine whether general practitioners' initial training has an impact on the proposition of an IUD to nulliparous patients.

**Patients and methods:** quantitative observational and descriptive study by questionnaire. Sent by mail to general practitioners in the former Midi-Pyrénées region. Responses were collected between September 2019 and October 2020.

**Results:** an initial training by women's health internship, associated to complementary training, increased the proposition rate of IUDs to nulliparous women, in a statistically significant way. Initial training alone did not improve contraceptive counselling.

**Conclusion:** Continuing professional training, in addition to initial training, is essential to improve contraceptive advice.

*Keywords: intrauterine device, initial training, contraception, nulliparous, primary care, general practitioner*

---

**Mots-clés :** Dispositif intra-utérin, formation initiale, contraception, nullipare, soins primaires, médecin généraliste

---

**Discipline administrative :** MÉDECINE GÉNÉRALE

---

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

**AUTEUR :** Viviane MARTINOT

**TITRE :** Etat des lieux des connaissances des Médecins Généralistes en Midi-Pyrénées sur la contraception à proposer en première intention à la nullipare : la formation initiale influe-t-elle sur le conseil proactif du DIU/SIU ?

**DIRECTEUR DE THÈSE :** Dr Isabelle FRAY

**LIEU ET DATE DE SOUTENANCE :** Faculté de Médecine Toulouse, le 05 octobre 2020

---

**Introduction :** En France, l'utilisation du Dispositif Intra-Utérin (DIU) chez les nullipares est plus faible que chez les multipares. Le médecin généraliste a un rôle principal dans le conseil contraceptif ; ses pratiques sont influencées par sa formation. L'objectif principal de cette étude est de déterminer si la formation initiale des médecins généralistes a un impact sur le conseil pro-actif du DIU à la nullipare.

**Matériel et méthodes :** étude quantitative observationnelle et descriptive par questionnaire. Envoi par mail aux médecins généralistes de l'ancienne région Midi-Pyrénées. Recueil des réponses entre septembre 2019 et octobre 2020.

**Résultats :** une formation initiale par stage en santé de la Femme pendant l'Internat, associé à une formation complémentaire, augmentait le taux de proposition du DIU à une patiente nullipare, de façon statistiquement significative. Une formation initiale seule n'améliorait pas le conseil contraceptif.

**Conclusion :** La formation continue en complément de la formation initiale est essentielle pour améliorer le conseil contraceptif.

---

*State of knowledge of General Practitioners in Midi-Pyrénées on first-line contraception for nulliparous women: does initial training influence proactive advice of IUD/IUS ?*

**Introduction:** In France, fewer nulliparous women use an Intra-Uterin Device (IUD) than multiparous women. General practitioners play an essential role in contraceptive counselling; their practices are influenced by training. The main objective of this study is to determine whether general practitioners' initial training has an impact on the proposition of an IUD to nulliparous patients.

**Patients and methods:** quantitative observational and descriptive study by questionnaire. Sent by mail to general practitioners in the former Midi-Pyrénées region. Responses were collected between September 2019 and October 2020.

**Results:** an initial training by women's health internship, associated to complementary training, increased the proposition rate of IUDs to nulliparous women, in a statistically significant way. Initial training alone did not improve contraceptive counselling.

**Conclusion:** Continuing professional training, in addition to initial training, is essential to improve contraceptive advice.

*Keywords: intrauterine device, initial training, contraception, nulliparous, primary care, general practitioner*

---

**Mots-clés :** Dispositif intra-utérin, formation initiale, contraception, nullipare, soins primaires, médecin généraliste

---

**Discipline administrative :** MÉDECINE GÉNÉRALE

---

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France