HAL
open science

Première consultation contraception en médecine générale : étude descriptive des pratiques professionnelles en Martinique

Marine Ouairy-Lhermelin

To cite this version:

Marine Ouairy-Lhermelin. Première consultation contraception en médecine générale : étude descriptive des pratiques professionnelles en Martinique. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-02472780

HAL Id: dumas-02472780

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02472780v1

Submitted on 10 Feb 2020

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

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

UNIVERSITE DES ANTILLES
2018

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD

N°2018ANTI0456

PREMIERE CONSULTATION CONTRACEPTION EN MEDECINE GENERALE : ÉTUDE DESCRIPTIVE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN MARTINIQUE

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD des Antilles
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 4 octobre 2018

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

Par OUAIRY-LHERMELIN Marine

Examinateurs de la thèse :

Monsieur le Professeur André CABIE	Président
Madame le Professeur Maryvonne DUEYMES	Membre
Monsieur le Professeur Rémi NEVIERE	Membre
Madame le Docteur Alice BILLARD	Membre
Madame le Docteur Catherine BONNIER	Membre (Directrice)

UNIVERSITE DES ANTILLES

****

****

FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

***

Président de l'Université : Eustase JANKY
Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Rémi NEVIERE	**Physiologie** CHU de MARTINIQUE Tel : 0696 19 44 99
Bruno HOEN	**Maladies Infectieuses** CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 15 45
Pascal BLANCHET	**Chirurgie Urologique** CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87
André-Pierre UZEL	**Chirurgie Orthopédique et Traumatologie** CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44
Pierre COUPPIE	**Dermatologie** CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83
Thierry DAVID	**Ophtalmologie** CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51
Suzy DUFLO	**ORL – Chirurgie Cervico-Faciale** CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 93 46 16
Eustase JANKY	**Gynécologie-Obstétrique** CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

Michel DE BANDT — **Rhumatologie**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES — **Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE — **Chirurgie Digestive**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 21 01
Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean-Louis ROUVILLAIN — **Chirurgie Orthopédique**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 28

Christian SAINTE-ROSE — **Neurochirurgie Pédiatrique**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0696 73 27 27

André CABIE — **Maladies Infectieuses**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 01

Philippe CABRE — **Neurologie**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 61

Raymond CESAIRE — **Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 24 11

Sébastien BREUREC — **Bactériologie & Vénérologie Hygiène Hospitalière**
.
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 96 89 12 80

Maryvonne DUEYMES-BODENES — **Immunologie**
CHU de CAYENNE
Tel : 05 96 55 24 24

Régis DUVAUFERRIER — **Radiologie et imagerie Médicale**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 21 84

Annie LANNUZEL — **Neurologie**
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 14 13

Louis JEHEL — **Psychiatrie Adulte**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 44

Mathieu NACHER **Epidémiologie**
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 93 50 24

Guillaume THIERY **Réanimation**
CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES
Tel : 05 90 89 17 74

Magalie DEMAR-PIERRE **Parasitologie et Infectiologue**
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 39 53 09

Vincent MOLINIE **Anatomie Cytologie Pathologique**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50

Philippe KADHEL **Gynécologie-Obstétrique**
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 0690 39 56 28

Jeannie HELENE-PELAGE **Médecine Générale**
Cabinet libéral au Gosier
Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

Medhi MEJDOUBI **Radiologie et Imagerie**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0696 38 05 20

Nicolas VENISSAC **Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0696 03 86 87

Félix DJOSSOU **Maladies Infectieuses et Tropicale**
CH de CAYENNE
Tel : 0694 20 84 20

Professeurs des Universités Associés

Karim FARID **Médecine Nucléaire**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 24 61

Harold MERLE **Ophtalmologie**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 57

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Christophe DELIGNY	**Gériatrie et biologie du vieillissement** CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 22 55
Jocelyn INAMO	**Cardiologie** CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38
Franciane GANE-TROPLENT	**Médecine générale** Cabinet libéral les Abymes Tel : 05 90 20 39 37
Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE	**Endocrinologie** CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 03
Marie-Laure LALANNE-MISTRIH	**Nutrition** CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 00
Maturin TABUE TEGUO	**Médecine interne :** **Gériatrie et biologie du vieillissement** CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 0690 30 85 04
Narcisse ELENGA	**Pédiatrie** CH de CAYENNE Tel : 05 94 97 80 48
Moana GELU-SIMEON	**Gastroentérologie** CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 0690 83 78 40 – Fax : 05 90 75 84 38
Véronique BACCINI	**Hématologie, Transfusion** CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 75 84 38
Franck MASSE	**Médecine Générale**

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

DARCHE Louis	**Chirurgie Générale et Viscérale** CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 21 01
LEFEVRE Benjamin	**Maladies Infectieuses** CHU de POINTE-A-PITRE Tel : 0690 51 52 47
VIRNOT Céline	**ORL** CHU de POINTE-A-PITRE Tel : 06 73 32 71 78
BONIFAY Timothée	**Médecin Générale** CH de CAYENNE Tel : 0690 99 99 11
DURTETTE Charlotte	**Médecine Interne** CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 22 55
RENARD Guillaume	**Chirurgie Orthopédique** CHU de MARTINIQUE Tel : 0696 26 27 33
GUERIN Meggie	**Parasitologie et Mycologie** CH de CAYENNE Tel : 06 70 86 88 91
SYLVESTRE Emmanuelle	**Maladies Infectieuse** CHU de MARTINIQUE Tel : 06 20 60 31 36
POUY Sébastien	**Cardiologie** CHU de MARTINIQUE Tel : 06 66 44 56 15
DEBBAGH Hassan	**Urologie** CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 22 71
HENNO Florent	**Anesthésiologie/Réanimation** CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 06 37 85 15 28
BANCEL Paul	**ORL** CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 93 46 16
MONFORT Astrid	**Cardiologie** CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 23 72

PARIS Eric	**Réanimation** CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 94 39 53 39
SAJIN Ana Maria	**Psychiatrie** CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 20 44
TRAMIER Ambre	**Gynécologie Obstétrique** CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 19 89
PIERRE-JUSTIN Aurélie	**Neurologie** CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 40
GALLI-DARCHE Paola	**Neurologie** CHU de MARTINIQUE
MOUREAUX Clément	**Urologie** CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel 05 90 89 13 95
CARPIN Jamila	**Médecine Générale** Cabinet du Dr GANE-TROPLENT Tel : 0690 72 12 04
PLACIDE Axiane	**Médecine Générale** CHU de MARTINIQUE Tel : 0690 30 75 19
NIEMETZKY Florence	**Médecine Générale** CH de CAYENNE Tel : 0694 16 15 31
BLAIZOT Romain	**Dermatologie** CH de CAYENNE Tel : 0694 08 74 46

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur CABIE,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie de votre aide pour la réalisation de mes statistiques. Soyez assuré de toute ma gratitude et de ma reconnaissance.

A Madame le Professeur DUEYMES,

Merci de votre présence en Martinique dans mon jury de thèse. Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de ma plus grande gratitude et mon profond respect.

A Monsieur le Professeur NEVIERE,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur BILLARD,

Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Les stages et les remplacements effectués à tes cotés ont été un réel plaisir. Tu m'as donné goût à la médecine générale. Merci pour ta patience, tes conseils (et pas seulement en médecine !), ta disponibilité et ta gentillesse tout au long de mon cursus en Martinique.

A Madame le Docteur BONNIER,

Je te remercie d'avoir dirigé ce travail, merci pour ton soutien, ta gentillesse et ta disponibilité. Sortant d'un premier travail complexe, tu m'as redonné la motivation pour celui-ci. Ton énergie et ta volonté à vouloir améliorer les choses sont pour moi un modèle.

A Valérie Gares,

Tu m'as fait profiter de ton expertise en statistiques . Sans ton aide, l'analyse statistique de ce travail aurait été moins rigoureuse. Je te remercie sincèrement pour ta disponibilité et ta patience, et j'ai hâte de te retrouver pour de prochaines courses.

A Cécile Emond,

Un grand merci de votre aide pour la traduction du résumé.

A mon mari, pour ton soutien depuis le début de mes études. Merci pour ta patience, ta bonne humeur quotidienne (ou presque !), tes blagues qui me font toujours autant rire, ton goût du voyage et ton amour des choses simples. Nous allons continuer cette aventure à trois, qu'elle soit toujours aussi belle !

A ma famille, mes parents, qui sont toujours présent pour nous, toujours de bons conseils sauf quand il s'agit de vivre loin d'eux. L'éloignement n'a pas été facile, mais ils nous ont retrouvé dans chacune de nos destinations pour notre plus grand plaisir. Merci pour tout.
A mes sœurs et beaux-frères, mes neveux et nièces, pour leur présence, leur soutien et leur amour. Que les petits cafés, les jeux et les étés à la mer durent encore longtemps !!

Aux Begettes de Bretagne que l'internat a envoyé aux quatre coins de la France, mais heureusement nous arrivons à nous retrouver régulièrement. Tout particulièrement à Ady, pour nos fous rires, nos footings, et nos soirées de boulot, que même l'éloignement n'a pas impacté notre amitié, bien au contraire ! Et à Chacha, vivement qu'on se retrouve toutes en Bretagne !!

Aux amis des Antilles, Clairette, Clacla, John, Poulet, Toto, Tristan, Alex, Léa, Lisa, Véro, Max, Chouchou, Micka, Sandra et Tom. En partant aux Antilles, on quittait nos familles mais nous en avons retrouvé une !

Sans oublier ma dédé, que l'envie de voyager a emmené jusqu'à Vancouver. Comme ma sœur, ON a partagé tellement d'aventures depuis le primaire, reviens vite que nos petits bouts fassent de même !

A Marie, à la cousine, aux copains de Fougères et Yvon, Viviane, Marie, Manu et Coco…

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION 12

II. MATERIEL ET METHODE 14

A. Type d'étude 14

B. Population étudiée 14

C. Recueil des données 14

D. Le questionnaire 15

E. Outils statistiques 15

III. RESULTATS 16

A. Profil des médecins interrogés 16

B. Les pratiques professionnelles 17

C. Informations délivrées à la patiente 18

D. Le suivi 18

IV. DISCUSSION 20

A. Le déroulement de la primo-consultation contraception en médecine générale en Martinique suivant le modèle BERCER. 20

B. La formation des médecins 23

C. Conclusion 23

V. ANNEXES 27

A. Annexe 1 : Questionnaire de thèse 27

B. Annexe 2 : Les stratégies contraceptives de la HAS 32

C. Annexe 3 : Disque de l'OMS pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale 34

D. Annexe 4 : Le modèle BERCER 36

E. Annexe 5 : Questionnement des femmes sortant de consultation avec leur médecin (forum « le Journal des femmes », 6.2 millions de lecteurs) 38

F. Annexe 6 : Proposition de modèle d'ordonnance 39

RESUME

Contexte : La santé affective et sexuelle est un élément fondamental du bien-être des personnes. La fécondité d'une femme correspond à presque 40 ans de sa vie. Le médecin généraliste est un acteur situé en première ligne dans la prescription des moyens de contraception. Une consultation globale structurée et actualisée est nécessaire pour une prise en charge optimale.

Objectif : Évaluer les pratiques professionnelles lors de cette primo-consultation contraception en cabinet de médecine générale en Martinique et recherche de l'impact de leur formation initiale et secondaire en gynécologie.

Méthode : étude descriptive observationnelle transversale par questionnaire en ligne auprès des 288 médecins généralistes libéraux de la Martinique de février à mai 2017. Le questionnaire était basé sur les recommandations de la HAS.

Résultats : 74 médecins ont répondu, soit un taux de réponse de 25%. Le modèle BERCER semble incontournable pour cette consultation. Il est peu connu par les médecins martiniquais tout comme les recommandations de la HAS, mais sont globalement appliqués. La démarche éducative est néanmoins peu réalisée, par manque de temps et de formation. Les médecins auraient préféré une formation plus approfondie et plus orientée sur la pratique permettant ainsi une proposition optimale du contraceptif et une meilleure information sur la conduite à tenir en cas d'échec (pilules, préservatifs ou méthodes naturelles).

Conclusion : La sexualité, au sens large, est un sujet tabou difficilement abordable auprès des patientes. Une formation personnelle complémentaire est aujourd'hui nécessaire pour mieux maitriser cette première consultation de contraception. Depuis quinze ans, de multiples études réalisées concluant à une carence de la formation théorique et pratique se succèdent. Il semble impératif d'ajouter au cursus médical, un stage en consultations de contraception et de proposer aux praticiens des outils simples pour acquérir les réflexes à la pratique au cabinet.

ABSTRACT

Context : Emotional and sexual health is a fundamental element in human health. Female fecundity spans about 40 years of her life. The family practice physician is the first in line to prescribe contraception methods. An inclusive, structured and updated consultation is necessary for optimal health care.

Objective : Evaluate professional practices during this first consultation – primo-consultation - in the Martinican family practices and research the impact of their initial and subsequent training in gynecology.

Method : Descriptive, observational and transversal study, of 288 family practice physicians, conducted via an online questionnaire, from February to May 2017. The questionnaire was based on HAS recommendations.

Results : 74 physicians replied, a 25% response rate. The BERCER model seems indispensable to the consultation. It is not well known of Martinican physicians, as are the HAS recommendations, but globally applied. Patient's education in prevention is very limited, for lack of time during consultation, and lack of training opportunities for physicians. Physicians would have preferred a more in-depth training oriented toward practical application. This is important for an optimal contraceptive method recommendation, and for better informative guidelines in case of failure of the contraceptive.

Conclusion : Sexuality, in the wider sense, is a taboo subject with female patients and difficult to bring up during a consultation. Physicians need additional individual training to master the first contraception consultation. For the past 15 years, multiple studies conclude to a lack of theoredical and practical training. It seems imperative to add a training in contraception consultation to the medical curriculum and suggest simple tools for physicians to acquire the necessary reflexes in their practice.

I. INTRODUCTION

La santé sexuelle et affective est un élément fondamental de la santé générale du bien-être d'une personne. Elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité et concerne tout le monde. Elle englobe le développement sexuel et la santé reproductive. Cette dernière implique que les personnes puissent avoir une sexualité satisfaisante en toute sécurité avec la capacité de décider de concevoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent [1,2]. La période de fécondité d'une femme correspond à presque 40 ans de sa vie et le médecin généraliste est un acteur en première ligne dans la prescription des moyens de contraceptions. En 2016, l'étude française Baromètre Santé montre que sept femmes sur dix âgées de 15 à 49 ans, sont concernées par la contraception [3]. Mais il persiste un nombre important d'échecs contraceptifs, avec environ une grossesse sur quatre non prévue [4]. Plus de six grossesses non planifiées sur dix surviennent chez des femmes sous contraception. Les principales raisons de cet échec sont un mésusage et une inadéquation entre la pratique sexuelle et la méthode utilisée [5].

En France, les femmes estiment majoritairement que leur santé et leurs pratiques sexuelles sont des critères impactant le choix contraceptif. Mais seulement un quart aborde le sujet de leur sexualité lors des consultations [6]. Selon le Baromètre Santé Généraliste en 2009, dans l'hexagone, les médecins classent la vie affective et sexuelle parmi les trois thèmes les plus difficiles à aborder avec la consommation d'alcool et de drogues [2]. La contraception est néanmoins au quinzième rang des motifs les plus fréquents de consultation en médecine générale, devant la toux et les vomissements [7].

Aux Antilles françaises, la jeune population est particulièrement exposée aux risques liés à la sexualité. En Martinique comme en Guadeloupe, en 2014, le taux de maternités précoces restait deux à trois fois supérieur à celui de la métropole, malgré une franche régression ces dernières années [8]. Les comportements à risque sont influencés par des facteurs individuels (estime de soi, croyances), environnementaux (parents, fréquentations), institutionnels, et socio-culturels (ethnie, médias, Internet). Dans ces départements, 75% des habitants accordent à la religion une place très importante. Mais les valeurs morales qu'elle véhicule influencent la sexualité en diminuant le recours au préservatif. [9] Paradoxalement, une hyper sexualisation est visible lors de danses explicites appelées « Bouyon gwada » pratiquées par les plus jeunes et également au moment du carnaval. Un rapport d'activité associatif datant de 2012 a été réalisé auprès des élèves allant de la quatrième à la terminale en Martinique. Chez les 15-17 ans ayant des rapports sexuels, près de neuf élèves sur dix déclaraient

s'être protégés contre les grossesses et les infections sexuellement transmissibles (IST) au cours d'une relation sexuelle [10].

La Haute Autorité de Santé (HAS), dans son état des lieux des pratiques contraceptives en avril 2013, a relevé des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée : sont cités une formation initiale et continue des médecins insuffisante notamment sur les questions de sexualité et contraception [11]. Un ensemble de fiches mémo sur la contraception a été élaboré, en juillet 2013, actualisé en 2015, d'après les recommandations nationales et de l'OMS les plus récentes. Il s'agit d'un outil destiné aux professionnels dont l'objectif est de *« proposer une contraception adaptée à chacun(e) en vue d'éviter les échecs et le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) »* [12–15]. Cependant, celles-ci ne sont pas enseignées lors du cursus universitaire et semblent insuffisamment utilisées par les professionnels de santé.
Depuis le 1er novembre 2017, la première consultation contraception des jeunes de 15 à 18 ans est reconnue, par l'union nationale des caisses d'assurance maladie, comme **« à fort enjeu de santé publique ».** Elle est définie comme une Consultation de Contraception et Prévention (CPP) au cours de laquelle le médecin échange sur les IST et sur les méthodes contraceptives. Qu'en est-il en Martinique ? La formation initiale est-elle suffisante ? De même pour la formation continue ? Les recommandations sont-elles connues et suivies ?

L'objectif principal de notre enquête est d'évaluer les pratiques professionnelles lors de cette primo-consultation contraception en cabinet de médecine générale en Martinique. Les objectifs secondaires sont l'autoévaluation de la formation initiale et continue en gynécologie, le lien entre la pratique et la formation ainsi que la comparaison aux résultats des précédentes études en hexagone menées depuis dix ans.

II. MATERIEL ET METHODE

A. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle, transversale, descriptive, auprès des médecins généralistes libéraux de Martinique.

B. Population étudiée

La population étudiée était l'ensemble des médecins généralistes libéraux exerçant en Martinique. Aucun critère d'exclusion n'était retenu.

C. Recueil des données

Les données ont été recueillies de février 2017 à mai 2017. Il s'agissait d'un questionnaire diffusé par internet via le logiciel de création de questionnaire en ligne Webquest. L'envoi s'est effectué par la mailing-list de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de la Martinique. Une première diffusion du questionnaire a été envoyée aux médecins suivie d'une relance un mois plus tard. Devant le peu de réponses obtenues malgré les deux relances de l'URML (environ 5%), un contact téléphonique a été effectué de manière exhaustive.

Cette mailing-list permettait d'atteindre l'ensemble des médecins généralistes de l'île (288 médecins généralistes libéraux), afin d'obtenir des résultats représentatifs. La diffusion par l'URML garantissait, de plus, l'anonymat et donc une meilleure objectivité des réponses.

L'URML de Martinique (URPS-ML depuis la loi HPST de 2009 mais dénomination URML conservée en Martinique) est une structure mise en place depuis 1994 en Martinique suite à la loi du 4 janvier 1993, dont l'objectif est d'améliorer le dialogue entre les médecins libéraux et les institutions. Elle regroupe tous les professionnels de santé exerçant une activité libérale, que cette activité soit exclusive (médecin installé, infirmière libérale…) ou qu'elle corresponde au secteur privé d'un médecin hospitalier. Les URML ont pour mission de contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional. L'URML de Martinique aide notamment les internes dans la réalisation de leur thèse par l'envoi de leurs questionnaires aux médecins libéraux [16].

Le choix de l'envoi par internet plutôt que par voie postale a été motivé par une facilité d'accès à la base de données de l'URML et par la rapidité d'obtention des réponses. D'autre part, il n'a pas été démontré un moindre taux de réponse par cette méthode [17].

D. Le questionnaire

Le questionnaire a été rédigé selon les dernières recommandations de la HAS (2015) et le modèle BERCER. (Annexe 2 et 4)

Il était composé de 4 parties (Annexe 1):

- Le profil des médecins (9 questions),
- Leurs pratiques professionnelles (9 questions),
- Les informations délivrées à la patiente (7 questions),
- Le suivi médical (6 questions).

Les trois dernières parties étaient réalisées sous la forme d'un cas clinique.

La majorité des questions étaient fermées afin d'avoir un maximum de reproductibilité et de puissance dans cette étude.

E. Outils statistiques

La base de données a été créée via le logiciel Excel. L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel R Studio.

Le test statistique du Chi-deux a été utilisé pour l'analyse descriptive de variables qualitatives bivariées. Si les conditions de Cochran n'étaient pas respectées, le test de Fisher a été utilisé. D'autre part afin d'étudier l'association entre les variables, les odds ratios ont été estimés en utilisant la régression logistique avec un intervalle de confiance à 95%. Le seuil de significativité statistique est $p<0.05$. Les résultats sont présentés sous forme d'effectifs et de pourcentages.

III. RESULTATS

Au premier janvier 2017, le tableau de l'ordre des médecins comptait 294 médecins libéraux inscrits (mais six se sont spécialisés et n'exercent plus la médecine générale). 284 d'entre eux ont été contactés par la mailing-list de l'URML et la totalité lors du contact téléphonique. 74 réponses ont été reçues du 9 février 2017 au 21 mai 2017, soit un taux de 25.7%.

A. Profil des médecins interrogés

Soixante et un pour cent des répondants étaient des femmes (45/74). Cinquante pour cent (37/74) exerçaient depuis dix ans et plus et 46% (34/74) ont été formés à l'Université des Antilles et de la Guyane (UAG). Le nombre d'année d'exercice était corrélé au sexe et à la faculté d'internat. En effet les praticiens qui avaient dix ans et plus d'exercice étaient principalement des hommes (OR 3.66 IC95[1.39-10.23] p=0.01) et formés pour la quasi-totalité dans l'hexagone (p<0.001).

La majorité (43/74, 58%) a reçu quatre heures et moins de formation initiale sur la contraception et ils sont 74% (55/74) à la juger comme « très insuffisante » ou « à améliorer » . Lorsque la formation initiale est inférieure à quatre heures, celle-ci est considérée par les médecins comme insuffisante pour leur pratique (tableau 1).

Tableau 1 : Nombre d'heures et avis sur la formation initiale à la contraception

	Nombre d'heures de formation			
Avis sur leur formation	0-4	4- >8	OR (IC95%)	p
Suffisante / Excellente	6 (8)	13 (18)	1	
Très insuffisante / A améliorer	37 (50)	18 (24)	**4.45 [1.51, 14.53]**	**0.009**

Cinquante-trois pourcent (n=39) l'ont complétée via des formations proposées par des organismes agréés (12/39), un DU de gynécologie-obstétrique (10/39), des lectures (9/39), des stages (8/39) ou un poste en PMI/AMIOF (7/39). L'actualisation des connaissances se faisait pour plus de la moitié (n=45) par des articles de revues, des publications ou encore des thèses. Internet (n=24) arrivait en deuxième source.

Tableau 2 : Étude de l'autoévaluation de leur formation initiale et de la réalisation d'une formation complémentaire sur la maîtrise du sujet.

	Maîtrise du sujet			
	Oui(%)	Non(%)	OR IC 95%	p
Avis sur leur formation				
Excellent – Suffisante	17(23)	2(3)	1	
Très insuffisante – A améliorer	28(38)	27(36)	8.2 (2.08 ; 54.86)	**0.008**
Formation complémentaire				
Non	16(22)	19(26)	1	
Oui	29(39)	10(13)	3.44 (1.32 ; 9.46)	**0.013**

Néanmoins, plus de la moitié des répondants (45/74, 61%) se sentaient à l'aise concernant la première consultation contraception en lien à une formation initiale jugée suffisante voir excellente ainsi qu'à la réalisation d'une formation complémentaire (tableau 2).

B. Les pratiques professionnelles

Le cas clinique de notre étude concernait la première consultation contraception d'une jeune femme de vingt ans, nullipare, en couple stable depuis un an. Moins de la moitié (32/74, 43%) des médecins dédiaient spécifiquement cette consultation à la contraception.

Ils interrogeaient à l'unanimité (73/74, 99%) leurs patientes sur les moyens de contraception qu'elles désiraient. Et presque autant (70/74, 95%) prenaient le temps d'expliquer les différents moyens disponibles. Seul un praticien sur trois (26/74, 35%) cherchait à cerner les connaissances de la patiente sur la physiologie féminine. Il s'agissait de ceux ayant reçu quatre heures ou plus de formation (OR 3.52 IC95[1.32-9.85] p=0.013) ou ayant réalisé une formation complémentaire (OR3.8 IC95[1.39-11.34] p=0.012). Les antécédents personnels (74/74, 100%), gynécologiques (69/74, 93%) et familiaux (67/74, 91%), les traitements en cours (69/74, 93%) et le tabagisme (73/74, 99%) étaient recherchés par la plupart des médecins. Mais, à peine la moitié (36/74, 49%) d'entre eux abordaient la question de la sexualité. La connaissance des fiches mémo de la HAS sensibilisait les praticiens sur ce sujet (OR3.07 IC95[1.19-8.25] p=0.022).

L'examen clinique était réalisé par 61% (45/74) des médecins interrogés, comprenant à l'unanimité (45/45, 100%) la mesure du poids et de la tension artérielle. La taille (38/45, 84%) et le calcul de l'IMC (36/45, 80%) étaient effectués dans plus de 80% des cas. L'examen gynécologique était volontiers différé (34/36,94%), de même que l'examen sénologique (17/36, 47%). Quatre-vingt-quinze pourcent (70/74) ne réalisaient pas de frottis cervico-vaginal (FCV) lors de la première consultation contraception. Néanmoins, les justifications ont été variées. Seuls 41% des médecins (29/70) ont répondu que c'était en lien avec l'âge (inférieur à 25 ans). Les autres motifs cités étaient le manque de temps, de formation, de matériel ou la présence d'une sage-femme ou d'un laboratoire à proximité. Quatorze pourcent (10/70) ont répondu « lors d'une consultation ultérieure » spécifiant qu'ils voulaient le réaliser en même temps que l'examen gynécologique afin de ne pas brusquer la patiente. Les femmes de notre échantillon sont plus sensibilisées aux recommandations de la réalisation du FCV (OR 0.25 IC95[0.06 ; 0.86] p=0.02).

Quatre-vingt-quatre pourcent (62/74) des médecins interrogés prescrivaient un bilan biologique, différé à 3-6 mois pour plus de la moitié (35/62, 56%) d'entre eux. Celui-ci comprenait un bilan lipidique (62/62, 100%) associé à une glycémie à jeun (61/62, 98%). Le bilan d'hémostase restait fréquemment prescrit (10/62, 16%) et 63% (39/62) ajoutaient un bilan d'IST.

C. Informations délivrées à la patiente

Soixante-dix-huit pourcent (58/74) des médecins expliquaient les différents moyens de contraception possibles avec leurs avantages et inconvénients. La suite des informations fournies était assez variée en fonction des praticiens (protection contre les IST, indice de Pearl, mode d'emploi, conduite à tenir en cas d'oubli, effets secondaires, désir de la patiente…). Seul un quart (19/74, 26%) utilisait un support : dessins sur feuilles blanches, sur internet…

Chez notre patiente, seuls la pilule œstro-progestative (POP) 1ère ou 2ème génération, la pilule progestative, la méthode mécanique ou le dispositif intra-utérin (DIU) en cuivre étaient recommandés en première intention. Les trois quart (57/74, 77%) des praticiens ont proposé les pilules 1ères ou 2ème génération. L'implant arrivait en deuxième position (23/74, 31%) suivi des DIU (16/74, 22%), en cuivre ou hormonaux. A peine un médecin sur cinq (14/74, 19%) proposait la pilule progestative seule. Les pilules 3èmes ou 4ème génération (15/74, 20%), l'anneau et le patch (14/74, 19%) restaient fortement prescrits. Les méthodes mécaniques étaient suggérées par un quart d'entre eux (19/74, 26%). La connaissance des fiches mémo de la HAS favorisait l'application des recommandations (OR 2.96 IC95[1.15-7.89] p=0.026). Dans la justification de la méthode choisie, ceux qui suivaient les fiches mémo ont cité la HAS mais aussi la facilité de prescription d'une POP 1ère ou 2ème génération. Les autres justifiaient leur décision par le choix de la patiente, leurs habitudes, la facilité de mise en place et de suivi, l'impact hormonal (notamment pour le choix du préservatif seul) ainsi que, selon eux, les recommandations.

Seul un tiers des praticiens (26/74, 35%) abordaient la contraception d'urgence et un quart (6/23 : 3 non réponses, 26%) d'entre eux la prescrivaient. Ceux qui ont reçu quatre heures ou plus de formation étaient plus sensibilisés à l'importance de ce sujet (OR 3.52 IC95[1.32-9.85] p=0.013).

L'utilité du préservatif était cité au cours de cette consultation par 81% (60/74) des médecins de même que les IST (62/74, 84%), ces deux items étant liés (OR 6.75 IC95[1.74-27.21] p=0.006). La majorité des médecins insistaient sur l'importance de la protection contre les IST.

Plus d'un tiers (29/74, 39%) ne parlaient pas du sevrage tabagique lors de cette consultation.

D. Le suivi

Les trois quarts (57/74, 77%) des médecins ont revu la patiente à trois mois. Quatorze pourcent (10/74) ont programmé la consultation suivante à six mois ou à un an et 9% (7/74) à un mois. Lors de cette consultation, ils recherchaient majoritairement (48/74, 65%) la tolérance et l'observance du contraceptif. Plus d'un tiers évaluaient les effets indésirables (28/74, 38%), lisaient le bilan biologique (24/74, 32%) et réalisaient un examen clinique (25/74, 34%) avec contrôle du poids et de la tension artérielle. Cinq pour cent (4/74) évaluaient la bonne compréhension et la satisfaction de la patiente.

Un médecin sur cinq prescrivait le bilan biologique à 3 mois puis tous les 5 ans (17/79 : 2 réponses pour 5, 23%). La majorité d'entre eux le demandait à un an (27/79, 36%) ou trois ans (15/79, 20%).

Plus de la moitié (43/74, 58%) ne connaissaient pas les fiches de la HAS et seulement 8% (6/74) le modèle BERCER. 91% (67/74) des médecins interrogés reconnaissaient un lien entre les explications fournies lors de la première consultation et les grossesses non désirées.

IV. DISCUSSION

Notre enquête, inédite en Martinique à notre connaissance, décrit la réalisation de la primo-consultation contraception en cabinet et l'autoévaluation de la formation en gynécologie. Néanmoins, il existe un biais de sélection des répondants concernant leur intérêt pour le sujet, confirmé lors de la relance téléphonique. De plus, un manque de puissance est constaté : le taux de réponse de 25% pour un questionnaire en ligne est acceptable, mais faible pour les calculs statistiques. Enfin, par manque de temps et d'excès de sollicitation, les médecins survolent les emails de l'URML, notre enquête n'a peut-être pas retenu leur attention.

Les praticiens répondant étaient majoritairement des femmes à l'inverse de la démographie médicale Martiniquaise. Un tiers a cinq ans ou moins d'exercice soit entre 30 et 35 ans contrairement à la réalité du terrain qui n'en compte que 9%. Comme de nombreux travaux l'expliquent, nous retrouvons un attrait plus marqué des femmes médecins pour la gynécologie et une bienveillance des généralistes récemment diplômés vis-à-vis des thésards[18,19]. Enfin, des praticiens de 20 ans d'exercice m'ont fait part de leur préférence pour les entretiens directs ce à quoi je n'ai pu répondre favorablement pour un maintien d'objectivité.

A. Le déroulement de la primo-consultation contraception en médecine générale en Martinique suivant le modèle BERCER.

Notre étude retrouve les tendances déjà décrites dans l'hexagone. La consultation spécifiquement dédiée à la contraception, étape « Bienvenue » du modèle BERCER, est peu appliquée. Moins de la moitié des praticiens s'y astreignent, résultat similaire dans l'étude de M. Macchi [20]. Le manque de temps nécessaire à la bonne réalisation de cette consultation est un facteur souvent cité. C'est pourquoi depuis octobre 2017, la sécurité sociale a créé la Consultation de Contraception et Prévention avec une cotation spécifique de 46 euros, prise en charge intégralement par l'assurance maladie. Elle est anonymisable à la demande (numéro d'inscription au répertoire (NIR) anonyme).

L'étape « Entretien » est bien appliquée avec une approche globale effectuée par la plupart des médecins. Cependant, on retrouve un défaut de démarche éducative concernant la sexualité et les connaissances de la physiologie féminine. Ce constat est également retrouvé dans l'étude de E.Parmentier-Fontaine [21]. Dans les départements français d'outre-mer, les principales sources d'informations sur la sexualité et la contraception sont en premier lieu le milieu scolaire puis l'entourage, essentiellement familial, et en troisième position les professionnels de santé. Or, la HAS reconnaît comme frein à la contraception la non reconnaissance sociale et parentale de la sexualité juvénile. En Martinique, 93.6% des femmes savent qu'elles peuvent être enceintes lors du premier rapport. Mais presque 10% pensent que se laver après le rapport sexuel diminue le risque de grossesse

et 80% que la méthode du retrait est une contraception efficace [22]. Ces idées reçues sont partagées dans l'hexagone dans l'enquête de l'INPES de 2007 [23]. Une bonne compréhension de la physiologie féminine permet d'améliorer les connaissances sur les risques de grossesses non désirées et optimise l'utilisation du contraceptif. De même, dans l'étude « Sexualité et choix du mode contraceptif », seules 28% des femmes avaient abordé leur sexualité avec leur généraliste lors de la consultation contraception. Or, l'évaluation de l'activité sexuelle et du risque infectieux qui en découle permet de proposer le contraceptif le mieux adapté aux patientes, idée partagée par les femmes elles-mêmes [6]. Dans l'étude d'A. Dupuis, seules 19% des consultations évaluaient la fréquence des rapports sexuels [24].

L'examen clinique est réalisé dans la plupart des cas selon les recommandations avec un examen gynécologique et sénologique différé. La majorité des praticiens ne réalise pas le FCV, résultats comparables pour A. Dupuis [24]. Cependant, moins de la moitié le justifiait pour l'âge de la patiente inférieur à 25 ans. Les autres le différaient en même temps que l'examen gynécologique ou orientaient la patiente vers une sage-femme ou un laboratoire, par praticité, manque de temps, de matériels ou de formation. L'enquête nationale de l'ISNAR de 2013 notait une carence de formation aux gestes techniques en particulier en gynécologie [25]. Ce constat était également retrouvé pour les formations complémentaires [26]. Les femmes de notre échantillon sont plus sensibilisées aux recommandations de la réalisation du FCV. Dans la thèse de G. Eurin, les médecins femmes réalisaient significativement plus souvent le frottis [27]. Ce constat est cité dans plusieurs travaux [18,26,28] qui retrouvaient d'une part une réticence des patientes vis-à-vis des hommes et d'autre part, une activité gynécologique plus importante des femmes médecins. Un bilan biologique comprenant un bilan lipidique et une glycémie à jeun est demandé par la plupart, mais différé pour plus de la moitié, constat identique pour A. Dupuis [24]. Le bilan d'IST est majoritairement demandé, mais le bilan d'hémostase, non recommandé, est encore prescrit par 16% d'entre eux.

L'étape « Renseignement » du modèle BERCER est réalisé par l'ensemble des médecins, mais pour trois quarts d'entre eux, elle se limite à l'explication des avantages et des inconvénients des différents moyens de contraception. Ce chiffre est comparable à ceux des études de G. Eurin et de A. Dupuis [24,27]. Il s'agissait d'une question ouverte, permettant théoriquement une meilleure objectivité. Or, le caractère trop vaste de la question et le biais d'interprétation des réponses n'ont pas permis le résultat escompté. Cependant, les réponses collectées évoquaient la contraception d'urgence, le prix, la présence ou non des règles sous contraception, l'observance et l'importance de reconsulter si besoin. D. Loquin en 2014 soulignait que les adolescentes souhaitaient avoir une information plus claire et plus complète par leur généraliste sur les IST et la conduite à tenir en cas d'oubli [29]. Le coût a également une importance à ne pas négliger ce que montrait aussi E.Parmentier-

Fontaine [21]. Dans notre étude, ils sont un quart à utiliser un support pour cette question. Comme suggéré dans le travail de D. Loquin, un support papier standardisé semble réalisable pour les praticiens énumérant l'ensemble des points à évoquer afin d'aboutir à un choix éclairé de la patiente.

A l'étape « Choix » du modèle BERCER, les réponses ont été similaires aux études réalisées dans l'hexagone. En première intention, les médecins proposent une pilule 1ère ou 2ème génération. Malgré la crise de la pilule en 2013, les 3ème et 4ème générations restent fortement prescrites. La pilule œstro-progestative est la méthode privilégiée des médecins généralistes, par habitude et du fait de son moindre coût (si remboursée), de sa bonne tolérance et de la facilité de prescription [30]. En effet les pilules micro progestatives, les dispositifs intra-utérins et l'implant restent nettement moins suggérés aux patientes. Le manque de formation aux gestes techniques, particulièrement la pose de l'implant et du DIU, est un frein à l'utilisation de ces derniers. A. Peran retrouvait que la moitié des médecins interrogés n'avaient pas été formés à la pose et au retrait de l'implant. C. Galichon notait que les prescriptions suivaient les habitudes et l'expérience du praticien, ce qui nuit à une bonne objectivité dans le choix proposé à la patiente [31]. Par ailleurs, la prescription de l'anneau semble limitée du fait de la maîtrise imparfaite de l'anatomie féminine chez cette jeune population. Les conditions d'utilisation du patch semblent peu compatibles avec le climat antillais. Enfin, les méthodes mécaniques (préservatifs) sont recommandées par un quart des praticiens.

A l'étape « Explication », seuls huit praticiens ont évoqué la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. Dans l'étude de T. Lamandé, 60% des femmes interrogées déclaraient n'avoir jamais reçu d'informations sur ce sujet [32]. Or, selon le baromètre santé DOM 2014, 30% des femmes sexuellement actives, déclaraient avoir déjà eu recours à la contraception d'urgence dont 8% dans l'année [33]. D'autres part, les risques liés aux IST et l'utilité du préservatif sont abordés par la plupart des médecins. Pour finir, la question du sevrage tabagique est abordée par 61% des médecins alors qu'ils sont 93% à proposer une pilule œstro-progestatif. Or, sous contraceptif oral, le décès toutes causes confondues est deux fois plus élevé chez les fumeuses de quinze cigarettes ou plus par jour, âgées de 25 à 39 ans, que chez les non-fumeuses [34]. Les généralistes prescrivant une POP de 1ère et 2ème génération sont plus sensibilisés à la question du sevrage tabagique (OR 6.75 IC95[1.7;45.36] p=0.017).

Pour finir, lors de l'étape « Retour », trois médecins sur quatre revoient leurs patientes à trois mois. Dans l'étude de C. Galichon, peu de consultantes viennent uniquement pour le suivi de la contraception, la demande de renouvellement s'effectuant en grande majorité en fin d'une consultation [31]. Dans notre étude, les réponses obtenues quant au contenu de cette consultation étaient majoritairement « la tolérance et l'observance ». La concision de cette réponse nous questionne : est-ce un désir de réponse synthétique ou une évaluation rapide de fin de consultation ? Enfin, seul un médecin sur huit demande un contrôle biologique sous œstro-progestatif tous les cinq

ans, les autres le prescrivent à un ou trois ans. Le suivi est pourtant bien codifié par la HAS. Mais six médecins sur dix ne connaissent pas ces fiches et plus de neuf sur dix ignorent le modèle BERCER. Or, la maîtrise de ces schémas facilite les questions liées à la sexualité (OR 3.02 IC95[1.06-9] p=0.03) et la prescription d'un choix contraceptif plus proche des recommandations (OR 2.96 IC95[1.15-7.89] p=0.026).

B. La formation des médecins

Quarante-six pourcent ont été formés à l'UAG. Statistiquement, cela correspond aux médecins de moins de dix ans d'exercice (p<0.001). Cela s'explique par l'histoire universitaire des Antilles : l'UAG est née en 1988, la première année de médecine verra le jour dix ans plus tard en 1998 en Martinique (depuis 2014, la Guyane s'est séparée des Antilles).

La formation initiale en contraception des praticiens est pour la majorité entre zéro et quatre heures. Or, notre analyse montre que lorsqu'elle est inférieure à quatre heures, les généralistes considèrent leurs connaissances comme insuffisantes (OR 4.45 IC95[1.51-14.53] p=0.009). Néanmoins, indépendamment du nombre d'heures de formation, trois médecins sur quatre trouvent son contenu inapproprié à la pratique. Ces résultats sont retrouvés dans de nombreux travaux [18,21,35]. Il existe une corrélation entre le niveau de satisfaction de la formation initiale et la maîtrise de la primo-consultation contraception (OR8.2 IC95[2.08-54.86] p= 0.008). Un médecin sur deux dit avoir complété ses connaissances par différentes sources et de ce fait maîtrise mieux cette consultation particulière (OR3.44 IC95[1.32-9.46] p=0.013).

C. Conclusion

La sexualité au sens large est un sujet tabou difficilement abordable auprès des patientes. La primo-consultation contraception est délicate et bien codifiée par les recommandations. Elle nécessite aujourd'hui, pour être maitrisée, une formation personnelle complémentaire. On note une prise de conscience du gouvernement, par la création d'un «service sanitaire » à destination de tous les étudiants en santé (module de trois mois, effectif à la rentrée 2018) portant sur l'acquisition de compétences en matière de prévention et d'informations notamment à la vie affective et sexuelle. Néanmoins, ce projet reste encore très vague quant aux moyens mis en œuvre. Depuis quinze ans, les études concluant à une carence de la formation théorique et pratique se succèdent. Il semble donc impératif d'ajouter au cursus médical des journées de stage en consultations de contraception et de proposer aux praticiens des outils simples et pratiques afin d'acquérir les réflexes à la pratique quotidienne en cabinet.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Santé Sexuelle. WHO [cité 2016 déc 18];Available from: http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/

2. Haut Conseil de la Santé Publique. Avis relatif à la santé sexuelle et reproductive. 2016 [cité 2016 déc 16]. Available from: http://www.urml-m.org/wp-content/uploads/2016/05/Sante_sexuelle_et_reproductive.pdf

3. Rahib D, Le Guen M, Lydié Nathalie. Baromètre santé 2016 : Contraception. Santé publique France; 2017 [cité 2018 févr 9]. Available from: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf

4. Jost S, Le Tohic A, Chis C, This P, Grosdemouge I, Panel P. Contraception des femmes françaises de 15 à 45 ans : enquête nationale sur un échantillon représentatif de 5963 femmes. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2014;42:415-21.

5. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, The COCON Group. Contraception : from accessibility to efficiency. 2003;18:994-9.

6. Duchêne-Paton A-M, Lopès P. Sexualité et choix du mode contraceptif. Sexologies 2015;24:69-81.

7. OMG. Classement des 50 résultats de consultation les plus fréquents par patients pour tous les patients pour l'année 2009. 2009 [cité 2017 mars 8]. Available from: http://omg.sfmg.org/content/donnees/top25.php?sid=cbbb5f0ec6d5a4de7f0e3503b8

8. INSEE. Couples et familles. INSEE; 2015 [cité 2016 juin 30]. Available from: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/COUFAM15.pdf

9. Halfen S, Lydie N. Les Habitants de Antilles et de la Guyane face au VIH:SIDA et à d'autres risques sexuels. ORS Ile de France et INPES; 2014 [cité 2018 mai 22]. Available from: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1577.pdf

10. Association ICAR. Théâtre de prévention : Retour sur une expérience inédite ou Bilan à cinq d'intervalle. 2018

11. HAS. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013 [cité 2016 déc 16]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf

12. HAS. Contraception chez l'adolescente : fiche mémo. 2018 [cité 2018 avr 23]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1emaj_contraception-ado-060215.pdf

13. HAS. Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). 2017 [cité 2018 avr 23]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf

14. HAS. Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse. 2017 [cité 2018avr23]. Available from : https://www.has-

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception-post-ivg-060215.pdf

15. HAS. Contraception chez la femme en post-partum. 2017 [cité 2018 avr 23]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj-contraception-post-partum-060215.pdf

16. URML. URML Martinique [cité 2017 févr 11]; Available from: http://www.urml-m.org/votre-urml/missions/

17. Kaplowitz MD, Hadlock TD, Levine R. A Comparison of Web and Mail Survey Response Rates. Public Opin Q 2004;68:94-101.

18. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie: une étude quantitative. 73p. Grenoble, 2017; Available from: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01517439

19. Brian L. Les médecins généralistes discutent-ils de sexualité avec les adolescents. 52p. Toulouse, 2012; Available from: http://thesesante.ups-tlse.fr/18/

20. Macchi M. Evaluation de l'application des recommandations de l'HAS de 2004 sur les « stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » par les prescripteurs. Etude rétrospective sur une population de patientes consultant au centre d'orthogénie de l'hôpital Robert Ballanger pour une demande d'IVG. 113p. Créteil, 2010 [cité 2018 avr 16];Available from: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/macchi_these_contraception.pdf

21. Parmentier-Fontaine E. Prescription initiale d'une contraception orale chez l'adolescente en médecine générale. 54p. Amiens, 2012 [cité 2016 déc 16];Available from: http://www.dumga.fr/_media/article-parmentier-fontaine-emilie.pdf

22. Observatoire régional de santé (Ile-de-France), Halfen S, Lydié N, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France). Les habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels. Paris: La Documentation française; 2014.

23. INPES. Contraception : que savent les français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux. 2007 [cité 2017 févr 4]. Available from: http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/07/dp070605.pdf

24. Dupuis A. Évaluation de la prescription de première contraception par le médecin généraliste picard. 88p. Amiens, 2016; Available from: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01370719

25. ISNAR-IMG. enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale. 2013 [cité 2018 avr 12]. Available from: https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf

26. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile de France. 139p. Paris 7, 2010 [cité 2017 mars 8]; Available from: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3432_THESE-DIAS.pdf

27. Eurin G. La première prescription de contraception en médecine générale. Caractéristiques de la consultation de primo prescription de contraception. Enquête auprès des médecins généralistes du Nord. 99p. Lille, 2012 [cité 2016 déc 16];Available from: http://www.theseimg.fr/1/node/78

28. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue des médecins généralistes et de patientes. Enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres. 116p. Poitiers 2013 [cité 2018 mai 30]; Available from: http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/62bd3a15-c39a-4613-ace3-54e608bfe46b

29. Loquin D. Consultation contraception : les attentes des adolescentes. Etude qualitative auprès de 14 adolescentes venant consulter au centre de planification et d'éducation familiale Flora Tristan d'Angers. 116p. Angers 2014 [cité 2016 déc 16]; Available from: http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20001735/2014MCEM1679/fichier/1679F.pdf

30. Garnier F, Bilgorajski C, Vallée J. Prise en charge de la première demande de contraception de l'adolescente par les médecins généraliste. exercer, La Revue Française de Médecine Générale 2014;111:12-9. Available from : https://www.exercer.fr/numero/111/page/12/

31. Galichon C. La prescription et le suivi de la contraception : difficultés rencontrées par le médecin généraliste. 72p, Paris Descartes 2014; Available from: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01141153

32. Lamande T. L'information détenue par les patientes leur permet-elle de gérer correctement un oubli de pilule? 98p. Nantes 2013 [cité 2018 mai 31]; Available from: http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=bb6dfdc4-3a0c-4058-a23f-ed6566884255

33. INPES. Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 - Martinique. 2014 [cité 2017 févr 4]. Available from: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1674.pdf

34. Vessey M, Painter R, Yeates D. Mortality in relation to oral contraceptive use and cigarette smoking. Lancet 2003;362:185-91.

35. Fleurat F-L. Evaluation des pratiques professionnelles lors de la prescription d'une contraception chez les médecins généralistes en Limousin en 2014. 142p. Limoges 2014 [cité 2016 déc 16]; Available from: http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-45315

36. Polis C, Schaffer K. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention. The cochrane collaboration; 2007 [cité 2017 janv 14]. Available from: http://downloads.frc.org/EF/EF13D29.pdf

37. OMS. communication brève relative à la sexualité. 2015 [cité 2018 févr 14]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204278/1/9789242549003_fre.pdf

38. HAS. Contraception chez l'homme et chez la femme . 2013 [cité 2018 févr 14]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf

39. Chung D, Ferro E, Lorenza L. Musy B, Narring F. Contraception et interruption de grossesse. Revue Médicale Suisse 2015;11:1744-1749 [cité 2017 avr 16]; Available from: https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-487/Contraception-et-interruption-de-grossesse

V. ANNEXES

A. Annexe 1 : Questionnaire de thèse

Première consultation contraception en médecine générale.

Bonjour Docteur, je m'appelle Marine OUAIRY, interne de médecine générale en 6ème semestre, inscrite à l'université des Antilles-Guyane. Bienvenue sur le site de mon questionnaire de thèse : la première consultation contraception en médecine générale. Pour répondre, il vous suffit de sélectionner les éléments vous concernant. Je vous précise que les données collectées seront entièrement anonymisées et ne seront utilisées à d'autres fins que mon travail de thèse.

D'avance merci et bon questionnaire.

(Les * en fin de questions signifient que la réponse est obligatoire)

Qui êtes-vous ? (9 questions)

1- Sexe ? * :

□ Féminin □ Masculin

2- Nombre d'années d'exercice ? *

□ 0-5 □ 5-10 □ 10-15 □ 15-20 □ >20

3- Faculté d'internat ? *

□ Hexagone □ Université des Antilles

4- Lieu d'exercice : *

□ Martinique □ Autres DOM □ Hexagone

5- Nombre d'heures de formation sur la contraception durant votre cursus ? *

□ 0-2h □ 2-4h □ 4-8h □ >8h

6- Que pensez-vous de votre formation initiale en matière en contraception ? *

□ Très insuffisante □ à améliorer □ suffisante □ excellente □ sans avis

7- Avez-vous complété votre formation initiale en gynécologie ? *

□ Oui □ Non

7b- Par quels moyens ? *(si Oui à la question 7)*

8- Par quels moyens actualisez-vous vos connaissances en matière de contraception?*

9- Vous sentez-vous à l'aise sur ce sujet ? *

□ Oui □ Non

Votre pratique lors d'une première consultation contraception chez une jeune femme de 20 ans, nullipare, en couple stable depuis 1 an: (9 questions)

10- Votre consultation de primo prescription contraception est-elle dédiée uniquement à ce motif ? *

□ Oui □ Non

11- Interrogez-vous la patiente sur le moyen de contraception qu'elle désire ? *

□ Oui □ Non

12- Expliquez-vous à la patiente l'ensemble des moyens contraceptifs disponibles?*

□ Oui □ Non

13- Evaluez-vous ses connaissances sur la physiologie reproductive féminine ? *

□ Oui □ Non

14- A l'entretien que lui demandez-vous ? *

□ Antécédents personnels □ Antécédents gynécologiques

□ Antécédents familiaux □ Traitements en cours □ Tabagisme

□ Conduites à risques □ Date des dernières règles □ Sexualité

15- Faites-vous obligatoirement un examen clinique ? *

□ Oui □ Non

15b- Que réalisez-vous ? *(si Oui à la question 15)*

□ Poids □ Taille □ IMC □ Mesure de la tension artérielle □ Examen gynécologique □ Examen sénologique

15c- Quel(s) examen(s) différez-vous ? *(si Oui à la question 15)*

□ Poids □ Taille □ IMC □ Mesure de la tension artérielle □ Examen gynécologique □ Examen sénologique

16- Réalisez-vous un frottis cervico-vaginal ? *

□ Oui □ Non

17- Pourquoi ? *

18- Chez une patiente sans antécédent, demandez-vous un bilan biologique ? *

□ Oui □ Non

18b- Sous quel délais ? *(si Oui à la question 18)*

□ Immédiat □ Différé à 3-6 mois

18c- Que comporte ce bilan ? *(si Oui à la question 18)*

□ Bilan lipidique □ Glycémie à jeun □ Bilan IST □ Bilan d'hémostase

Informations données à la patiente : (7 questions)

19- Concernant les moyens de contraception, que dites-vous à la patiente ? *

20- Vous aidez-vous d'un support papier ou numérique pour compléter votre explication ? *

□ Oui □ Non

20b- Le(s)quel(s) ? *(si Oui à la question 20)*

21- Chez cette jeune femme, sans antécédents avec un examen normal, que lui proposez-vous ? *

□ Pilule oestro-progestative 1ère ou 2ème génération □ Pilule oestro-progestative 3ème ou 4ème génération □ Pilule micro-progestative □ Anneau vaginal ou patch transdermique □ Implant □ Dispositif intra-utérin en cuivre □ Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel □ Méthodes mécaniques

21b- Pourquoi ?

22- Parlez-vous de contraception d'urgence initialement ? *

□ Oui □ Non

22b- Que lui dites-vous ? *(si Oui à la question 22)*

22c- La lui prescrivez-vous ? *(si Oui à la question 22)*

□ Oui □ Non

23- Abordez-vous le sujet des infections sexuellement transmissibles ? *

□ Oui □ Non

23b- Que lui dites-vous ? *(si Oui à la question 23)*

24- Parlez-vous de l'utilité du préservatif ? *

□ Oui □ Non

24b- Que lui dites-vous ? *(si Oui à la question 24)*

25- Si elle fume, parlez-vous des moyens de sevrage tabagique ? *

□ Oui □ Non

Suivi : Il a été décidé une prescription d'une pilule oestro-progestative 2ème génération : (6 questions)

26- Dans combien de temps programmez-vous le prochain rendez-vous ? *

□ 1 mois □ 3 mois □ 6 mois □ 1 ans

27- Lors de cette deuxième consultation, qu'évaluez-vous ? *

28- A quelle fréquence prescrivez-vous le bilan biologique précédemment cité ? *

□ Maintenant □ 3 mois □ 6 mois □ 1 an □ 3 ans □ 5 ans

29- Connaissez-vous les fiches mémo HAS ? *

□ Oui □ Non

30- Connaissez-vous le modèle BERCER ? *

□ Oui □ Non

31- Pour finir, pensez-vous que les explications fournies lors de la primo consultation contraception jouent un rôle dans la prévention des grossesses non désirées ? *

□ Oui □ Non

B. Annexe 2 : Les stratégies contraceptives de la HAS

Le choix de la méthode de contraception doit être adapté à chaque femme, à son quotidien et évolue au cours de sa vie. Lors de la première prescription, la consultation doit être uniquement dédiée à ce motif. Pour les adolescentes, le médecin les reçoit de préférence sans leurs parents, afin qu'elles puissent parler sans retenue et poser librement toutes leurs questions. La loi autorise les adolescentes à consulter et prendre une contraception sans l'accord de leurs parents [12].

Au cours de cette consultation, le professionnel doit évaluer les attentes de la patiente, son mode de vie et ses connaissances en matière de contraception. Il doit lui fournir une information claire sur les différentes solutions pouvant lui être proposées.

Lors de l'entretien, il recherche les antécédents familiaux, personnels et gynécologiques, les traitements en cours, l'âge, la profession, le mode de vie (y compris les conduites à risques et le tabac) ainsi que la date des dernières règles.

Un examen clinique est ensuite réalisé comprenant la mesure du poids, de la taille, de l'indice de masse corporelle (IMC), de la tension artérielle et l'examen sénologique. L'examen gynécologique peut être différé surtout s'il s'agit d'une adolescente. Le frottis du col utérin ne sera réalisé qu'à partir de l'âge de 25 ans.

A la suite de l'examen, le médecin présente les différentes méthodes contraceptives possibles. Il en explique le mécanisme et mode d'emploi, l'efficacité, les contre-indications, les effets indésirables, les coûts et les procédures d'instauration et d'arrêt. Il indique également la conduite à tenir en cas d'oubli. En revanche, la prescription anticipée d'une contraception d'urgence n'a pas montré d'intérêt en prévention d'une grossesse ou d'une IVG [36].
Si la personne fume, le praticien doit proposer une possibilité d'aide au sevrage.
Enfin, il rappelle l'importance du préservatif dans la prévention des IST.
Si le choix du contraceptif s'oriente vers une contraception hormonale œstro-progestative, un bilan sanguin est demandé. Celui-ci comporte le dosage du cholestérol total, des triglycérides et une glycémie à jeun.
Chez une patiente sans antécédent personnel ou familial de maladie métabolique ou thromboembolique, qui ne fume pas et dont l'examen clinique est normal, ce bilan peut être réalisé 3 à 6 mois après la prescription initiale. Dans le cas contraire, il doit être demandé avant le début de

la prise du contraceptif puis à nouveau 3 à 6 mois plus tard. Par la suite, il sera renouveler tous les 5 ans, en l'absence de fait clinique ou familiale nouveau et si le bilan initial est normal.
En cas d'antécédent personnel ou familial (au premier degré et avant 60 ans) de maladie thromboembolique, le praticien peut demander un bilan d'hémostase, après l'avis du spécialiste.
Si le choix s'oriente vers un DIU, un prélèvement vaginal est réalisé à la recherche de Chlamydia et Mycoplasme si la patiente à moins de 25 ans, a de multiples partenaires ou des antécédents d'IST.
La patiente sera ensuite revue trois mois plus tard pour une consultation de suivi. L'évaluation de l'adéquation de la méthode choisie avec la patiente et son mode de vie est ensuite abordée ainsi que l'observance et la recherche d'effets indésirables. Une réévaluation des connaissances, de la conduite à tenir en cas d'oubli et des principes de protection contre les IST sera faite.

Par la suite, le suivi gynécologique est recommandé annuellement.

Les méthodes contraceptives sont proposées d'après les fiches mémo de la HAS fondées sur les recommandations de l'OMS. En première intention, si la patiente ne présente pas d'antécédents notables ni de facteurs de risques thromboemboliques, il est préconisé une pilule oestro-progestative (POP) de première ou deuxième génération, une pilule progestative, un DIU en cuivre ou la méthode mécanique.

C. Annexe 3 : Disque de l'OMS pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale

Pour aider le médecin dans le choix des méthodes contraceptives proposées à la patiente, l'OMS, en 2015, a créé un disque d'aide à la prescription selon les critères de recevabilité médicale. Il recommande les méthodes de contraception sûres et efficaces en fonction des pathologies ou des caractéristiques cliniques des patientes. Pour cela, il suffit de faire correspondre les différentes solutions contraceptives avec la pathologie.

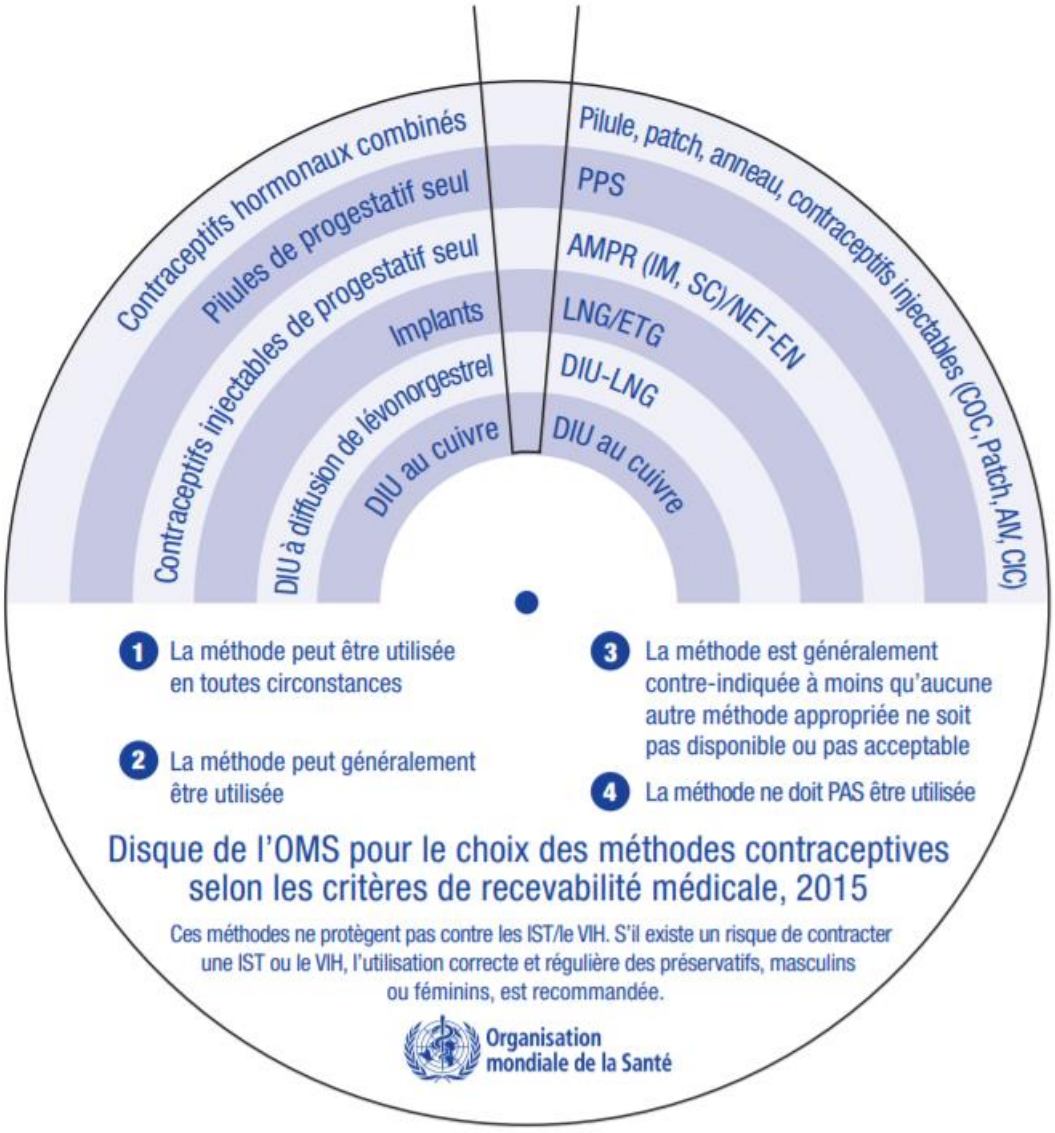
Les méthodes sont alors classées de 1 à 4 selon leurs critères de recevabilité :

1 : la méthode peut être utilisée en toutes circonstances.

2 : la méthode peut généralement être utilisée.

3 : la méthode est généralement contre-indiquée à moins qu'aucune autre méthode plus appropriée ne soit disponible ou acceptable.

4 : la méthode ne doit PAS être utilisée.



MÉDICAMENTS
Certain anti-convulsivants[J]
Rifampicine/ Rifabutine
Traitement ARV
VIH
Stade clinique de l'OMS 3 ou 4
INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
Gonorrhée, Chlamydia
Autre IST et vaginite
Risque accru d'IST
MIP[C]
Actuelle
INFECTION
Puerpérale et post-abortum
POSTPARTUM ET ALLAITEMENT AU SEIN
< 48 heures
De 48 heures à <4 semaines
De 4 semaines à <6 semaines
De 6 semaines à <6 mois
NULLIPARE
ADOLESCENTES
Premières règles à <18 ans
SAIGNEMENTS VAGINAUX
Inexpliquées
FIBROMES UTÉRINS
NÉOPLASIE CERVICALE
CANCER DU COL DE L'UTÉRUS
Avant traitement
CANCER DU SEIN
Actuel
Tumeur hépatique
HÉPATOPATHIES
Hépatite aiguë
Hépatite chronique
Antécédents
THROMBOSE VEINEUSE
Aiguë
Chirurgie lourde immobilisation prolongée
AVC
Cardiopathie ischémique
MALADIE CARDIOVASCULAIRE
Facteurs de risque multiples
140-159/90-99 ou sous contrôle
≥ 160/≥ 100
HYPERTENSION[O]
IMC ≥ 30kg/m²
OBÉSITÉ
Actuel
DIABÈTE[O]
< 35 ans
≥ 35 ans
TABAGISME
Non-fumeur/fumeuse
Migraine avec aura[S]
CÉPHALÉES

D. Annexe 4 : Le modèle BERCER

Il s'agit d'un modèle développé par l'OMS pour une approche de la patiente dans sa globalité sur le sujet de la contraception et la santé sexuelle. Il regroupe le counseling et la démarche éducative. L'objectif est d'aider la patiente dans le choix de sa contraception au cours d'une consultation dédiée.

En 2008, l'OMS a fait le constat que la communication en matière de sexualité était une question urgente. Alors que les patientes souhaitaient aborder la question de santé sexuelle, les prestataires de soins de santé ne possédaient ni la formation ni les connaissances nécessaires pour y répondre. Ce manque de formation adaptée fragilisait les compétences et la confiance des prestataires de soins de santé. Une série d'études a alors été réalisée sur l'intérêt de l'intégration du counseling en soins primaires.
Les résultats ont montré une amélioration des connaissances des patients en matière de santé sexuelle et de prévention des IST, entraînant une meilleure protection des rapports. On observe un maintien de ces résultats sur douze mois [37].

Le counseling est une démarche de conseil et d'accompagnement centrée sur la patiente qui exprime ses désirs, ses doutes et ses craintes.
La démarche éducative est un partenariat pédagogique entre le praticien et sa patiente, en laissant cette dernière autonome dans sa prise en charge.
Ces deux approches complémentaires ont pour objectif une démarche individualisée afin de favoriser l'aide au choix en matière de contraception. Elles permettent une meilleure connaissance et utilisation de la méthode utilisée [38].

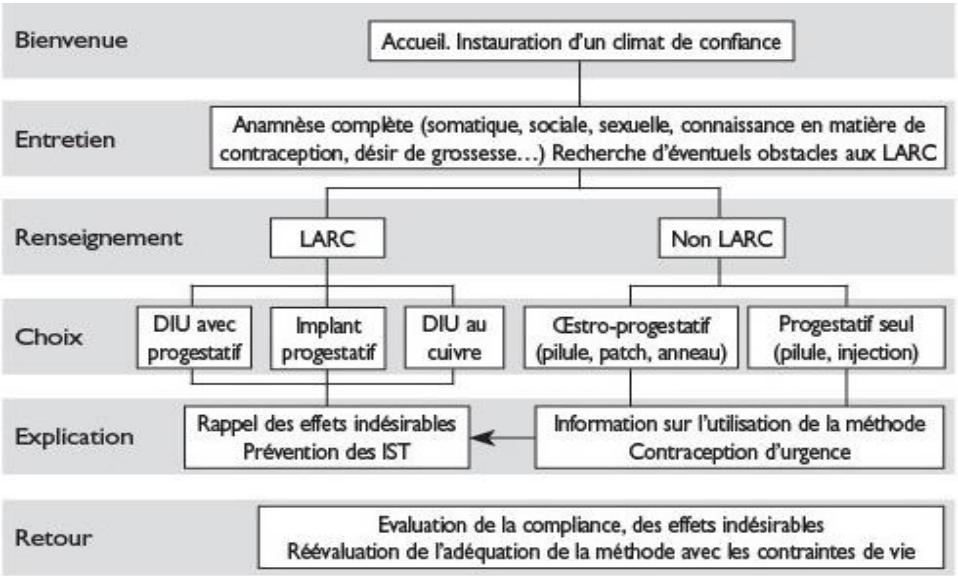
Le BERCER se compose de six étapes : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour.
Bienvenue : Le soignant se présente et lui explique le rôle, l'objectif, le déroulement de la consultation et son caractère confidentiel. Il s'agit de créer un climat de confiance permettant un libre échange sur la santé sexuelle.
Entretien : Le praticien évalue les besoins de la patiente. Il recueille des informations sur le motif de la consultation, les souhaits et les questionnements de celle-ci. Il s'agit d'élaborer un diagnostic éducatif partagé.
Renseignement : Le médecin donne des informations claires, hiérarchisées et adaptées sur les différentes méthodes. Il en détaille le mode d'emploi, l'efficacité en pratique courante, les contre-

indications, les avantages et inconvénients, les risques et le coût de chaque méthode. Il s'assure de la bonne compréhension de la patiente.

Choix : Il aide la patiente à sélectionner une des méthodes contraceptives en veillant à lui laisser le choix de la décision finale.

Explication : Il présente précisément la méthode choisie. Il détaille le mode d'emploi, les effets secondaires, le risque d'oubli lorsque qu'il existe et si besoin la possibilité de rattrapage avec la pilule du lendemain. Un rappel sur l'intérêt du préservatif dans la prévention contre les IST est nécessaire.

Retour : Le médecin revoit sa patiente à trois mois. Il vérifie l'adéquation de la méthode, son observance et sa tolérance. C'est un temps d'évaluation des éventuelles modifications médicales, personnelles ou sociales conduisant à réfléchir sur le choix de la méthode contraceptive.



Approche BERCER [39].

E. Annexe 5 : Questionnement des femmes sortant de consultation avec leur médecin (forum « le Journal des femmes », 6.2 millions de lecteurs)

« *il n'y a aucun risque qu'elle ne soit enceinte car le jour d'ovulation est le 14ème ».*

« Je prends Optilova tous les jours à 21h30, mais avec le changement d'heure j'ai pris la pilule une heure avant, est-ce que je dois acheter la pilule du lendemain ? »

« mon docteur m'a prescrit Ludeal gé, je l'ai prise le premier jour de mes règles mais je n'ai pas compris quand avoir un rapport non protégé… et je l'ai pris à 20h11 au lieu de 20h30… est ce qu'elle fait le même effet ? »

« mon médecin m'avait dit de prendre un comprimé le premier jour puis d'attendre une semaine et de continuer la plaquette après. J'ai l'impression que mon médecin s'est planté »

« pendant la semaine d'arrêt la contraception est-elle toujours effective ? j'ai lu des post ou ça disait que l'arrêt au moment des règles ne posait aucun risque mais si l'arrêt survient au milieu du cycle ? »

« tout à l'heure en voulant prendre ma pilule je me suis trompée de ligne et j'ai cru avoir oublié ma pilule durant 5 jours, par panique j'ai pris les 5 comprimés d'un coup, est-ce grave ? »

« quand on oublie sa pilule on n'est plus protégées pendant 12 jours minimum à la suite »

« la pilule du lendemain ça provoque le bazar dans ton corps et rend les rapports après sa prise deux fois plus à risque, bah oui ca repousse l'ovulation, donc les rapports après la prise ont deux fois plus de chance de tomber pile poil pendant l'ovulation … »

« se protéger de J1 jusqu'au troisième jour post-ovulation, je pense qu'en dehors de ce cadre une grossesse n'est pas possible ».

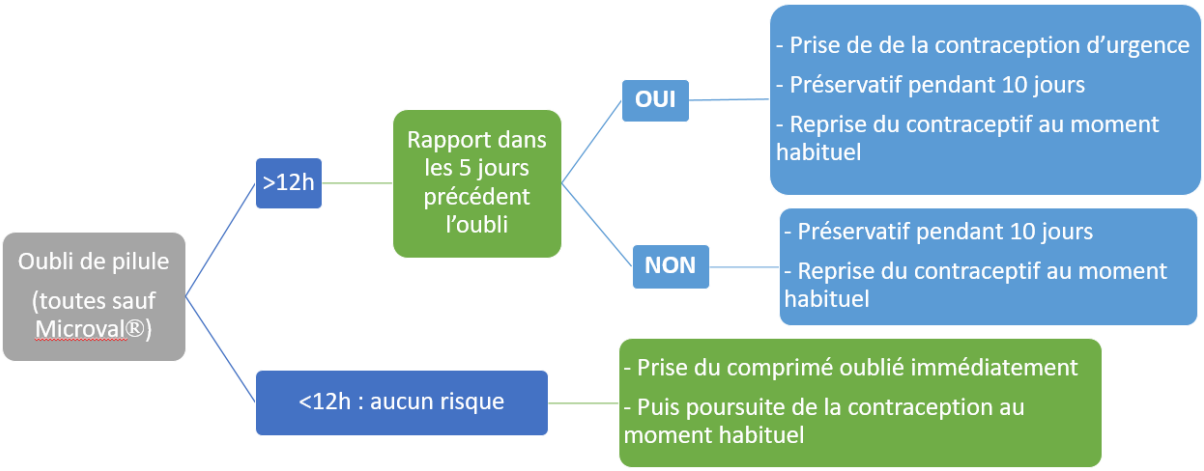
« je prends la pilule pour la première fois et je voudrais savoir s'il faut juste la prendre le premier jour des règles ou continuer pendant les règles pour la première fois ? »

« tu es protégée d'une grossesse dès le premier jour de la prise de ta pilule »

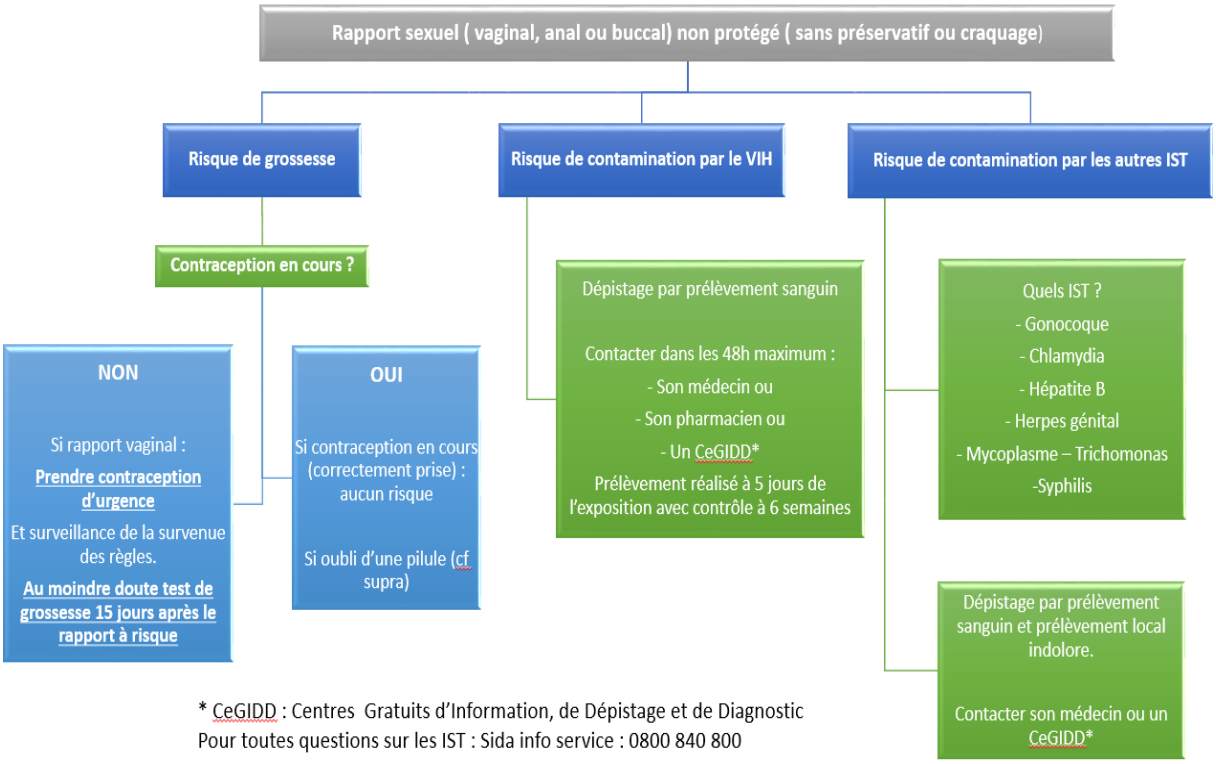
« je la prends (la pilule) vers 21h tous les jours, mais si j'ai un rapport sexuel dans l'après-midi dois-je changer l'heure de la prise et la prendre avant le rapport ? »

« Bonjour, j'ai oublié de prendre ma pilule pendant 2 jours dans la première semaine de la plaquette. Je viens de prendre les 3 comprimés en même temps (2 jours d'oubli + aujourd'hui) mais je pense que ce n'était pas la bonne solution »

F. Annexe 6 : Proposition de modèle d'ordonnance



La contraception d'urgence:
- Pour les mineures : gratuite en pharmacie SANS condition ou auprès de l'infirmière scolaire ou du centre de planification.
- Pour les majeures : en pharmacie remboursée sur ordonnance



* CeGIDD : Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
Pour toutes questions sur les IST : Sida info service : 0800 840 800

UFR SCIENCES MEDICALES HYACINTHE BASTARAUD

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux.
Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.
Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.
Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers. Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.
Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.
Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.
Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

NOM ET PRENOM : OUAIRY-LHERMELIN Marine

SUJET DE LA THESE : Première consultation contraception en médecine générale : étude descriptive des pratiques professionnelles en Martinique

THESE : Médecine Générale

ANNEE : 2018

NUMERO D'IDENTIFICATION :2018ANTI0456

MOTS CLEFS : Contraception, Première consultation, Formation, Médecine générale, Prévention, Martinique

---

Contexte : La santé affective et sexuelle est un élément fondamental de la santé des personnes. La fécondité d'une femme correspond à presque 40 ans de sa vie. Le médecin généraliste est un acteur situé en première ligne dans la prescription des moyens de contraception. Une consultation globale structurée et actualisée est nécessaire pour une prise en charge optimale.

Objectif : Évaluer les pratiques professionnelles lors de cette primo-consultation contraception en cabinet de médecine générale en Martinique et recherche de l'impact de leur formation initiale et secondaire en gynécologie.

Méthode : Étude descriptive observationnelle transversale par questionnaire en ligne auprès des 288 médecins généralistes libéraux de la Martinique de février à mai 2017. Le questionnaire était basé sur les recommandations de la HAS.

Résultats : 74 médecins ont répondu, soit un taux de réponse de 25%. Le modèle BERCER semble incontournable pour cette consultation. Il est peu connu par les médecins martiniquais tout comme les recommandations de la HAS, mais sont globalement appliqués. La démarche éducative est néanmoins peu réalisée, par manque de temps et de formation. Les médecins auraient préféré une formation plus approfondie et plus orientée sur la pratique permettant ainsi une proposition optimale du contraceptif et une meilleure information sur la conduite à tenir en cas d'échec (pilules, préservatifs ou méthodes naturelles).

Conclusion : La sexualité, au sens large, est un sujet tabou difficilement abordable auprès des patientes. Une formation personnelle complémentaire est aujourd'hui nécessaire pour mieux maitriser cette première consultation de contraception. Depuis quinze ans, de multiples études réalisées concluant à une carence de la formation théorique et pratique se succèdent. Il semble impératif d'ajouter au cursus médical, un stage en consultations de contraception et de proposer aux praticiens des outils simples pour acquérir les réflexes à la pratique au cabinet.

JURY :

Président : Pr CABIE André

Juges : Pr DUEYMES Maryvonne, Pr NEVIERE Rémi, Dr BILLARD Alice, Dr BONNIER Catherine

---