HAL open science

Médecins généralistes et confinement : pratique des médecins généralistes de l'Hérault durant le confinement du 17 mars 2020 au 11 mai 2020 lors des consultations liées à la contraception

Léna Artin

To cite this version:

Léna Artin. Médecins généralistes et confinement : pratique des médecins généralistes de l'Hérault durant le confinement du 17 mars 2020 au 11 mai 2020 lors des consultations liées à la contraception. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03271182

HAL Id: dumas-03271182

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03271182v1

Submitted on 25 Jun 2021

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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Léna ARTIN

Le 1er Juin 2021

"MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET CONFINEMENT : PRATIQUE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE L'HERAULT DURANT LE CONFINEMENT DU 17 MARS AU 11 MAI 2020 LORS DES CONSULTATIONS LIÉES À LA CONTRACEPTION"

Directeur de thèse : Docteur RACHEDI Nadia

JURY

Président : Professeur LAMBERT Philippe

Assesseurs : Docteur BOULLE Nathalie

Docteur SERAYET Philippe

Docteur RACHEDI Nadia

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Léna ARTIN

Le 1er Juin 2021

"MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET CONFINEMENT : PRATIQUE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE L'HERAULT DURANT LE CONFINEMENT DU 17 MARS AU 11 MAI 2020 LORS DES CONSULTATIONS LIÉES À LA CONTRACEPTION"

Directeur de thèse : Docteur RACHEDI Nadia

JURY

Président : Professeur LAMBERT Philippe

Assesseurs : Docteur BOULLE Nathalie

Docteur SERAYET Philippe

Docteur RACHEDI Nadia

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard
ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASENCIO Gérard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOURGEOIS Jean-Marie
BOUSQUET Jean
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CANAUD Bernard
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
COSTA Pierre
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DUBOIS Jean Bernard
DUJOLS Pierre
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GUILHOU Jean-Jacques
GUITER Pierre
HEDON berbard
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOURDAN Jacques
KLEIN Bernard
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LEROUX Jean-Louis
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARTY ANE Charles
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELISSIER Jacques
PETIT Pierre
POUGET Régis
PUJOL Henri
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
REBOUL Jean
RIEU Daniel
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SEGNARBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SOLASSOL Claude
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BONAFE Alain
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DAVY Jean-Marc
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GROLLEAU RAOUX Robert
GUERRIER Bernard
GUILLOT Bernard
JONQUET Olivuer
LANDAIS Paul
LARREY Dominique
LE QUELLEC Alain
MARES Pierre
MAUDELONDE Thierry
MAURY Michèle
MESSNER Patrick
MILLAT Bertrand
MONNIER Louis
MOURAD Georges
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
RIBSTEIN Jean
SCHVED Jean-François
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
UZIEL Alain
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1re classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENECéline	Immunologie

MCU-PH de 2éme classe

BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactérologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1re classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2ème classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick
AKKARI Mohamed
ALRIC Jérôme
AMEDRO Pascal
AMOUROUX Cyril
ANTOINE Valéry
ARQUIZAN Caroline
ATTALIN Vincent
AYRIGNAC Xavier
BADR Maliha
BAIS Céline
BARBAR Saber Davide
BASSET Didier
BATIFOL Dominique
BATTISTELLA Pascal
BAUCHET Luc
BENEZECH Jean-Pierre
BENNYS Karim
BERNARD Nathalie
BERTCHANSKY Ivan
BIBOULET Philippe
BIRON-ANDREANI Christine
BLANC Brigitte
BLANCHARD Sylvie
BLANCHET Catherine
BLATIERE Véronique
BOBBIA Xavier
BOGE Gudrun
BOURRAIN Jean Luc
BOUYABRINE Hassan
BRINGER-DEUTSCH Sophie
BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie
BRISOT Dominique
BRONER Jonathan
CADE Stéphane
CAIMMI Davide Paolo
CARR Julie
CARTIER César
CASPER Thierry
CASSINOTTO Christophe
CATHALA Philippe
CAZABAN Michel
CHARBIT Jonathan
CHEVALLIER Thierry
CHEVALLIER-MICHAUD Josyane
COLIN Olivier
CONSEIL Mathieu
CORBEAU Catherine
COROIAN Flavia-Oana
COUDRAY Sarah
CRANSAC Fréderic
CUNTZ Danielle
DARDALHON Brigitte
DAVID Aurore
DE BOUTRAY Marie
DE LA TRIBONNIÈRE Xavier
DEBIEN Blaise
DELPONT Marion
DENIS Hélène
DEVILLE de PERIERE Gilles
DJANIKIAN Flora
DONNADIEU-RIGOLE Hélène
FAIDHERBE Jacques
FATTON Brigitte
FAUCHERRE Vincent
FILLERON Anne
FITENI Frédéric
FOURNIER Philippe
GAILLARD Nicolas
GALMICHE Sophie
GENY Christian
GERONIMI Laetitia
GINIES Patrick
GRECO Frédéric
GUEDJ Anne Marie
GUYON Gaël
HENRY Vincent
JAMMET Patrick
JEDRYKA François
JREIGE Riad
KINNE Mélanie
LABARIAS Coralie
LACAMBRE Mathieu
LANG Philippe
LAZERGES Cyril
LE GUILLOU Cédric
LEGLISE Marie Suzanne
LOPEZ Régis
LUQUIENS Amandine
MANZANERA Cyril
MARGUERITTE Emmanuel
MARTIN Lucille
MATTATIA Laurent
MEROUEH Fadi
MEYER Pierre
MILESI Christophe

MORAU Estelle

MOSER Camille

MOUSTY Eve

MOUTERDE Gaël

PANSARD Nicole

PERNIN Vincent

PERRIGAULT Pierre François

PEYRON Pierre-Antoine

PICARD Eric

PICOT Marie Christine

PIERONI Laurence

POQUET Hélène

PUJOL Sarah-Lise

PUPIER Florence

QUANTIN Xavier

RAFFARD Laurence

RAPIDO Francesca

RIBRAULT Alice

RICHAUD-MOREL Brigitte

RIDOLFO Jérôme

RIPART Sylvie

RONGIERES Michel

ROULET Agnès

RUBENOVITCH Josh

SANTONI Fannie

SASSO Milène

SCHULDINER Sophie

SEGURET Fabienne

SENESSE Pierre

SKALLI El Medhi

SOLA Christelle

SOULLIER Camille

STOEBNER DELBARRE Anne

TEOT Luc

THIRION Marina

VACHIERY-LAHAYE Florence

VERNES Eric

VINCENT Laure

WAGNER Laurent

ZERKOWSKI Laetitia

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à ma directrice de thèse, Nadia RACHEDI. Je la remercie de m'avoir encadrée, orientée, aidée et conseillée, toujours avec bienveillance et réactivité.

Je remercie chaleureusement le professeur LAMBERT Philippe ainsi que les docteurs BOULLE Nathalie et SERAYET Philippe de m'avoir fait l'honneur d'accepter de faire partie du jury pour la soutenance de ce travail, et de m'avoir aidée lorsque j'en ai eu besoin.

J'adresse mes sincères remerciements à tous les professeurs et intervenants de l'Université de Montpellier-Nîmes, ainsi que toutes les personnes qui par leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques ont guidé mes réflexions durant mes recherches.

Je tiens également à remercier mes maîtres de stage, mes collègues, et les patients que j'ai rencontrés, pour leur confiance et tout ce qu'ils m'ont appris.

Enfin, je remercie mon compagnon, ma famille et mes amis qui ont toujours été là pour moi. Leur soutien inconditionnel et leurs encouragements ont été d'une grande aide.

À tous ces intervenants, je présente mes remerciements, mon respect et ma gratitude.

SOMMAIRE

Introduction **24**
I. La contraception 24
1. Définition de la contraception 24
2. Les différents moyens de contraception 25
3. Histoire de la contraception 27
4. Cadre légal et dates clés de la contraception en France 30
5. Démographie de la contraception aujourd'hui 32
6. Les médecins généralistes et la contraception 35
II. Contexte sanitaire en 2020 : pandémie de covid-19 et confinement 38
1. Pandémie de covid-19 38
2. Confinement 39
3. Confinement et médecine générale 39
4. Confinement et accès à la contraception 41
III. Problématique 42
1. Recommandations du CNGOF 42
2. Problématique et objectifs 42

Matériel et méthode **44**
I. Type d'étude 44
II. Population étudiée 44
III. Méthode de recueil 45
1. Questionnaire 45
2. Administration du questionnaire 46
3. Calcul du nombre de sujets nécessaires 46
IV. Analyse des données 47

Résultats **48**
I. Taux de réponse 48
II. Diagramme des flux : population d'étude retenue 49
III. Profil des individus 50
IV. Pratique générale durant les consultations liées à la contraception 51
1. Réalisation de téléconsultation 51
2. Report des consultations en présentiel en cas de symptômes de covid 52
V. Renouvellement ou suivi de contraception hormonale à distance 53
1. Réalisation d'un interrogatoire 53
2. Durée des prescriptions 54
VI. Renouvellement et suivi de LARC à distance 56
VII. Changement de moyen de contraception à distance 57
VIII. Initiation de contraception hormonale à distance 59
1. Réalisation d'un interrogatoire à la recherche de contre-indication 59
2. Demande d'un bilan biologique préalable 60
3. Demande d'un examen gynécologique en présentiel 62
4. Refus de prescription en l'absence de TA préalable 63

Discussion **64**
I. Discussion des résultats 64
1. Profil de la population d'étude 64
2. Résultats principaux 65
II. Comparaison à la littérature 66
1. Pratique de la téléconsultation 66
2. Écarts par rapport aux recommandations et réalités du terrain 66
III. Forces et faiblesses de l'étude 68
1. Biais inhérents à la méthodologie choisie 68
2. Biais liés aux répondants 68
3. Biais liés à l'enquêteur 69
4. Puissance statistique de l'étude 69
5. Forces de l'étude 70
IV. Perspectives de recherche 71
1. Vers une pérennisation de la téléconsultation ? 71
2. Habitudes de pratique lors des consultations liées à la contraception 71
3. Vécu des patientes 72

Bibliographie **73**

Annexes **77**
Annexe 1 : Recommandations du CNGOF 77
Annexe 2 : Questionnaire 81

Serment d'Hippocrate **83**

Résumé **85**

LISTES DES FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX

Liste des figures

Figure 1 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge 34

Figure 2 : Répartition des actes gynécologiques effectués par les gynécologues et les médecins généralistes 35

Figure 3 : Pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière au 1er Janvier 2020 36

Figure 4 : Fréquence des motifs de consultation dans les cabinets de médecine générale durant la période du premier confinement, par rapport à la fréquence habituelle. 40

Liste des graphiques

Graphique 1 : Diagramme des flux d'exclusion des individus en fonction de leurs réponses à la première partie du questionnaire 49

Graphique 2 : Fréquence des consultations à distance lors des consultations liées à la contraception parmi les répondants 51

Graphique 3 : Durée des prescriptions pour les renouvellements de contraception hormonale, par les médecins généralistes de l'Hérault durant le 1er confinement 54

Graphique 4 : Attitude des médecins généralistes en cas de demande de changement de moyen contraceptif, lors des consultations à distance 57

Graphique 5 : Réalisation d'un interrogatoire à la recherche de contre-indication avant initiation de contraception hormonale, par les médecins généralistes, durant le 1er confinement 59

Graphique 6 : Demande d'un bilan biologique préalable avant initiation de contraception hormonale, par les médecins généralistes, durant les consultations réalisées à distance pendant le 1er confinement 60

Graphique 7 : Proportion de répondants ayant organisé un examen clinique gynécologique préalable avant initiation de contraception hormonale 62

Graphique 8 : Refus de prescription initiale de contraceptif oestroprogestatif par les médecins généralistes en raison d'absence de mesure de la tension artérielle 63

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques des individus ayant répondu au questionnaire 50

Tableau 2 : Répartition des médecins ayant réalisé des renouvellements de contraception hormonale de 3 mois ou de 6 mois ou plus, en fonction de leurs caractéristiques démographiques 55

Tableau 3 : Caractéristiques des médecins ayant proposé de différer les demandes de changement de moyen contraceptif plus de 50% du temps ou non 58

Tableau 4 : Répartition des médecins généralistes en fonction de leurs pratiques vis à vis de la prescription de bilan biologique avant initiation de contraception hormonale 61

Liste des abréviations

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CITV : Comité International de Taxonomie Virale
CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
COC : Contraceptifs Oraux Combinés
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DIU : Dispositif Intra-Utérin
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
FDRCV : Facteurs de Risque Cardio-vasculaires
HAS : Haute Autorité de Santé
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INED : Institut National d'Études Démographiques
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
LARC : Long-Action Reversible Contraceptives (Contraceptions dites de longue durée d'action)
NSN : Nombre de Sujets Nécessaires
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
TA : Tension Artérielle

Introduction

I. La contraception

1. Définition de la contraception

La contraception est définie selon l'OMS comme "l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter".(1)
La contragestion désigne les méthodes qui visent à empêcher la nidation après le stade de conception de l'embryon, donc après la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde.

L'efficacité d'une mesure contraceptive se mesure grâce à l'indice de Pearl, qui correspond au pourcentage théorique de grossesses non planifiées survenant au cours d'un an d'utilisation optimale de la méthode.

2. Les différents moyens de contraception

Il existe de nombreux moyens de contraception, pouvant être classés de différentes façons (selon la voie d'administration, le mode d'action, la durée, l'efficacité…). Voici un bref récapitulatif des principaux moyens de contraception utilisés aujourd'hui (2,3) :

La contraception hormonale agit principalement en empêchant l'ovulation et/ou en augmentant la viscosité de la glaire cervicale. L'indice de Pearl moyen est de 0,3 pour une efficacité constatée de 7.

Oestroprogestative : Elle expose à un risque thromboembolique artériel et veineux.

- Les COC ou pilules oestroprogestatives : moyen contraceptif le plus utilisé en France aujourd'hui.
- Le patch.
- L'anneau vaginal.

Progestative :

- Le DIU hormonal : efficace pendant 3 à 5 ans selon les modèles.
- L'implant : efficace pendant 3 ans.
- L'injection intramusculaire : efficace durant 12 semaines.
- La contraception d'urgence : lévonorgestel ou acétate d'ulipristal.

La contraception mécanique consiste à faire barrière entre les spermatozoïdes et l'ovule.

- Les préservatifs masculin et féminin : protection également contre les IST avec un indice de Pearl de 2 pour le préservatif masculin et 5 pour le féminin.
- Le DIU au cuivre : indice de Pearl 0,6.
- Les spermicides : indice de Pearl 18.
- La cape cervicale et le diaphragme : indice de Pearl variable, de 6 pour le diaphragme associé aux spermicides, jusqu'à 26 pour la cape cervicale.

La contraception par stérilisation ou contraception définitive.

- La stérilisation féminine consiste à empêcher le passage de l'ovule dans les trompes de Fallope, une ligature des trompes est réalisée de façon chirurgicale.
- La vasectomie empêche le passage des spermatozoïdes des testicules vers le pénis par une section des canaux déférents, le sperme est alors infécond.

Les moyens d'espacement des naissances regroupés sous le terme de méthodes naturelles : il en existe de nombreuses (méthode du retrait, sympto-thermique, d'Ogino-Knaus…); elles restent marginales, avec une efficacité réelle plus faible que les autres moyens de contraception.

A ce jour la très grande majorité des méthodes contraceptives proposées et utilisées sont destinées aux femmes.(2)

3. Histoire de la contraception

Le souci d'éviter les naissances non désirées semble avoir existé de tout temps et dans toutes les populations, pour des raisons variées et évoluant en fonction des époques, de la religion, de la culture et des civilisations (prostitution, relations extra-maritales, inceste, préservation de la beauté, pauvreté…).(4)

L'histoire de la contraception commence il y a plus de 4000 ans, en Egypte ancienne. Diverses décoctions ou applications telles que des mélanges d'épines d'acacia, de dattes et de miel utilisés sur des « *tampons de fibres* » placés dans le vagin constituaient des méthodes de contraception bien décrites dans les papyrus.(5,6)
On retrouve également les premières traces d'ébauches de préservatifs, sous forme d'étuis péniens fabriqués à base de lin trempé dans de l'huile d'olive ou de boyaux d'animaux. Leur objectif est cependant incertain (possible utilisation décorative ou magique).(6)

Vers 1600 av JC, la méthode de pierres introduites profondément dans le vagin était employée en Mésopotamie.(7)

Durant l'Antiquité, on retrouve des écrits préconisant la pratique du retrait partiel ou de mouvements visant à expulser la semence (sauts, exercices physiques violents…), ainsi que l'application de produits astringents introduits par suppositoire ou par voie de pessaire. La méthode du retrait est déjà décrite.(4)

Les Romains utilisaient des vessies d'animaux pour se couvrir le pénis lors de rapports sexuels.
En cas d'échec, l'élimination du fœtus était réalisée à l'aide de suppositoires et de potions, ou par l'utilisation d'objets pointus visant à percer la barrière amniotique.(4,5)

Au IIème siècle après JC en Arménie, les femmes utilisaient une éponge imbibée de vinaigre appelée "*moukh*", introduite dans le vagin afin d'empêcher les spermatozoïdes d'atteindre l'utérus.(7)

Au Moyen-Âge en France, le retrait est toujours pratiqué ainsi que l'allaitement maternel tardif, la douche vaginale ou encore l'application de tampons d'ouate vaginaux imbibés de substances acides.(4,7)

Au XVIème siècle le premier spermicide est réalisé à base de lessive de potasse, et sera utilisé jusqu'au milieu du XXème siècle.
En 1564, Gabriele Fallope crée un fourreau en tissu, réalisé sur mesure, considéré comme le premier préservatif. Il s'avèrera cependant qu'il était prévu pour éviter la transmission des maladies vénériennes et devait être appliqué après la survenue des rapports.(7,9)

Au début du XVIIIème siècle, le préservatif en boyau de mouton appelé "condom" se développe en Europe, initialement à visée préventive contre les IST ; son efficacité contraceptive ne sera mise en évidence qu'à la fin du siècle.
Il sera remplacé par les préservatifs en caoutchouc puis en latex à partir de la fin du XIXème siècle, où de nouvelles techniques de contraception sont inventées : le diaphragme vaginal (1882), et le premier ovule contraceptif à base de beurre de cacao et de quinine (1885).(7,8)

Dans les années 1920, les premiers stérilets apparaissent en soie chirurgicale, puis en métaux (fer, puis cuivre à la fin des années 1960).(7)

En 1924 au Japon, le Docteur Ogino met au point la méthode naturelle basée sur le calcul de la période de fécondité, qui sera complétée par les travaux du Docteur Knaus sur la température permettant de repérer l'ovulation, devenant la méthode Ogino-Knaus.(7,10)

La première pilule contraceptive est mise au point en 1954 et sera commercialisée aux Etats-Unis à partir de 1960, puis en France à partir de 1967.

En 1988, la molécule RU 486, à visée contragestive, est mise sur le marché en France.

Durant la 2ème partie du XXème et jusqu'à nos jours, on assiste à un important développement et à une diversification de l'offre contraceptive : apparition du DIU hormonal, autorisation de la contraception définitive, nouvelles voies d'administration (implant, patch, anneau)...

En parallèle de cette diversification de l'offre, les lois ainsi que les recommandations évoluent, permettant une autorisation de moins en moins contraignante de ces différents moyens de contraception (autorisation de l'utilisation du DIU chez les femmes nullipares...), ainsi qu'un meilleur remboursement et une facilité d'accès notamment pour les personnes mineures.

4. Cadre légal et dates clés de la contraception en France

Malgré le recours à des moyens contraceptifs multiples depuis des millénaires, du fait de connaissances physiologiques médiocres ou erronées, ces méthodes étaient la plupart du temps vouées à l'échec.
Afin de réguler le nombre d'individus au sein d'une famille ou dans le cas de grossesses non désirées, le recours à l'avortement ou à l'infanticide étaient des pratiques courantes et répandues.(4,11)

En France, il faudra attendre le IXème siècle pour que l'infanticide soit considéré comme un homicide dans les lois saliques.(8)
Il reste cependant largement pratiqué jusqu'au début du XXème siècle.(12)

Durant le Moyen-Âge, du fait des bouleversements démographiques suite aux guerres, famines, épidémies et à l'importante mortalité infantile, on assiste à une lutte du clergé contre la contraception, l'avortement et l'infanticide.(13)

En 1810, le code Napoléon condamne l'avortement, défini comme un crime.(14)

Du fait d'une politique nataliste faisant suite à la Première Guerre Mondiale, la loi du 31 Juillet 1920 réprime la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle.(15)

En 1956, l'association "*La Maternité Heureuse*", qui deviendra en 1960 le «*Mouvement Français pour le Planning Familial*», est créée pour défendre le droit à l'éducation sexuelle, à la contraception et à l'avortement.(16)

En 1967, après plusieurs années de propositions de loi repoussées et des débats parlementaires extrêmement violents, la loi Neuwirth est adoptée. Elle abroge la loi du 31 Juillet 1920, et autorise le recours aux moyens contraceptifs, notamment oraux.(17)

La loi du 4 Décembre 1974 instaure la gratuité et l'anonymat de la contraception dans les centres de planification pour les mineures. Quelques mois plus tard, la loi dite loi

Veil du 17 Janvier 1975, autorise le recours à l'IVG jusqu'à 10 semaines de grossesse, qui sera remboursé par la Sécurité Sociale à partir de 1982.(18)

La loi du 13 Décembre 2000 relative à la contraception d'urgence autorise la délivrance des contraceptifs d'urgence sans ordonnance.(18)

La loi du 4 Juillet 2001 dépénalise l'IVG et rallonge son délai de 10 à 12 semaines de grossesse, supprime l'autorisation parentale pour les mineures qui bénéficient alors d'une prise en charge gratuite anonyme, autorise la stérilisation à visée contraceptive, et impose la délivrance d'une information et éducation à la sexualité dans les établissements scolaires.(7,18)

5. Démographie de la contraception aujourd'hui

L'importante évolution et le développement des moyens de contraception depuis la fin du XXème siècle, associés à l'évolution du cadre législatif et des remboursements, permettent un recours à la contraception à grande échelle, dans le monde entier, et de plus en plus important.

De nombreuses études montrent que la contraception diminue la mortalité maternelle, en évitant chaque année plusieurs centaines de milliers de décès maternels liés à des grossesses non programmées ou dangereuses. En effet, le recours à la contraception permet d'éviter les grossesses trop précoces ou trop tardives, et de réduire le risque lié à des grossesses trop rapprochées (prématurité, faible poids de naissance…). De plus elle permet d'éviter le recours aux avortements non médicalisés, responsables de 13% des décès maternels dans les pays en voie de développement.(19,20)

Selon l'Ined, en 2011 63% des femmes en âge de procréer mariées ou vivant maritalement utilisent un moyen de contraception, contre 55% en 1990.
Le recours à la contraception est cependant très inégal et varie en fonction des pays, la couverture contraceptive étant bien plus étendue dans les pays développés que dans les pays pauvres ou en voie de développement. Ainsi, le taux de recours à la contraception est de 4% au Sud-Soudan, contre 88% en Norvège. L'Afrique est le continent où le recours à la contraception est le moins répandu, avec une moyenne de moins d'une femme sur trois y ayant recours.(21)

En France, le taux de couverture contraceptive est élevé : d'après la dernière étude de l'INPES de 2016, la proportion de femmes ayant une activité sexuelle et qui n'utilise pas de moyen de contraception alors qu'elles ne souhaitent pas avoir d'enfant est de 8% sur l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans, contre 13.6% en 2010. Ce chiffre varie fortement avec l'âge, il est de 2.3% chez les femmes de moins de 20 ans et de 19.1% parmi les femmes de 45 à 49 ans.(22)

Depuis plus de 20 ans, le schéma contraceptif français consiste en l'utilisation du préservatif au début de la vie sexuelle, remplacé par la pilule lorsque l'activité sexuelle

devient régulière, puis par le DIU après le nombre d'enfants désirés atteint. La pilule contraceptive est le moyen contraceptif le plus utilisé.(23,24)

Le dernier baromètre santé de l'INPES de 2016 montre que les principales méthodes de contraception utilisées en France restent la pilule (36.5%) suivie du DIU (25.6%) puis du préservatif (15.5%), malgré une tendance à la diminution de l'utilisation de la pilule au profit notamment du DIU et de l'implant depuis quelques années. Cette évolution fait suite à la "*crise de la pilule*" après la plainte d'une patiente victime d'un accident thromboembolique veineux grave survenu sous pilule de 3ème génération en 2012.

Les autres moyens contraceptifs les plus répandus sont ensuite la contraception définitive (4.5%), l'implant (4.3%), suivi des autres méthodes (4.6%) comprenant le diaphragme, la cape et les méthodes naturelles, puis l'anneau et le patch (1%).
La vasectomie est marginale en France avec un taux de recours inférieur à 1%.
Le recours aux différents moyens de contraception est très variable en fonction des tranches d'âge, avec par exemple l'utilisation du DIU qui devient le moyen contraceptif le plus utilisé à partir de 35 ans.(22)

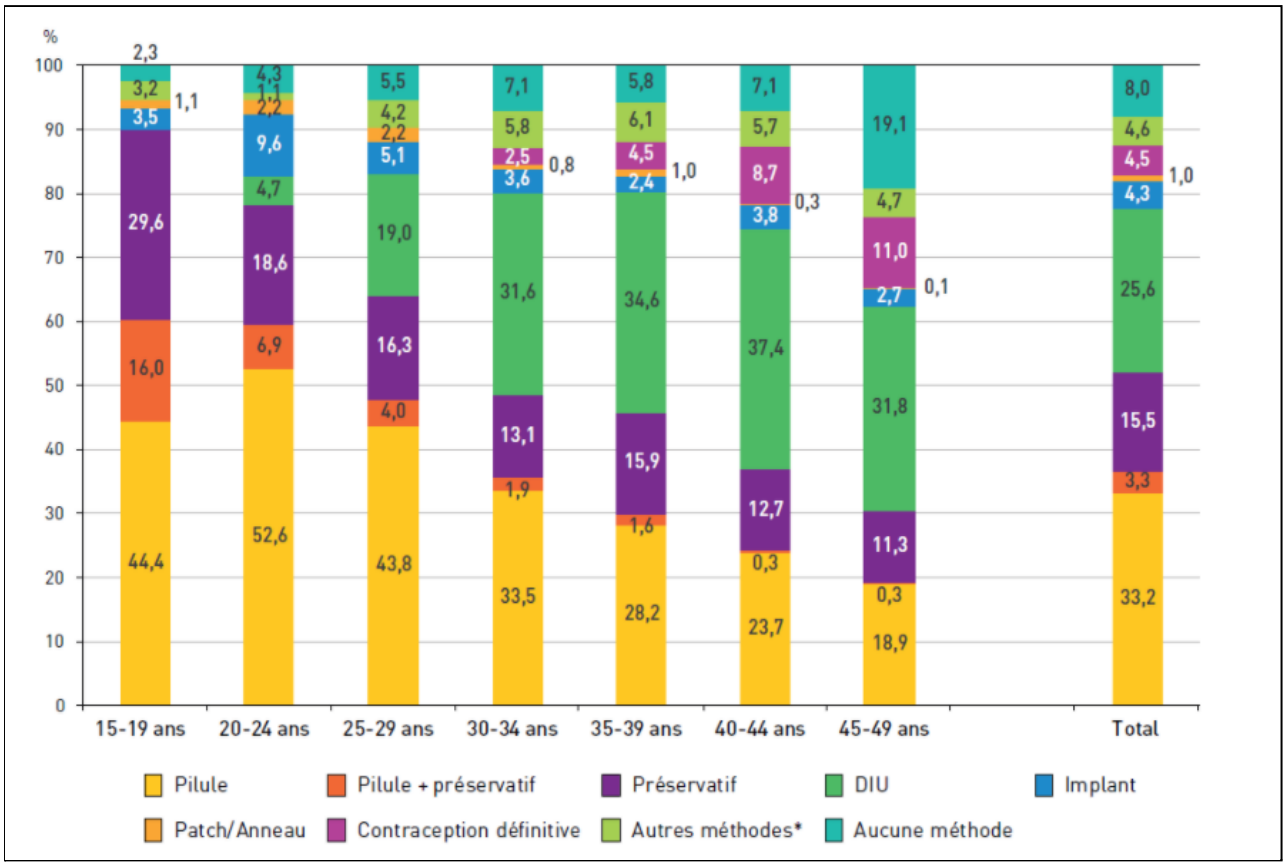


*Figure 1 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge. *Autres méthodes : diaphragme, cape et méthodes naturelles. Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France.*

Ces résultats mettent en évidence une médicalisation de la contraception. Ce phénomène va de pair avec la féminisation des pratiques contraceptives, les méthodes impliquant les deux membres du couple étant progressivement abandonnées au profit des méthodes médicales féminines, plus efficaces.(25,26)

6. Les médecins généralistes et la contraception

Les principaux prescripteurs de contraceptifs en France sont les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes (depuis 2009). Les pharmaciens et les infirmiers peuvent également délivrer la pilule lorsqu'on leur présente une ordonnance datant de moins d'un an, ainsi que la contraception d'urgence.

Selon le site du CNGOF d'après l'étude de l'observatoire Thalès en 1999, le nombre moyen de consultations pour motif gynécologique chez le médecin généraliste est de 3,6 par femme et par an. Parmi ces consultations, 35% concernent la contraception.

Au cours de cette même étude, une autre base de données étudiant les dossiers patients (Panel EPPM : Etude Permanente de la Prescription Médicale), constate que lorsqu'elles ont un besoin en matière de contraception, les patientes se tournent vers le médecin généraliste dans 37,9% des cas.(27)

États de santé	% des actes du gynécologue (d'après EPPM)	% des actes du médecin généraliste (d'après EPPM)	% des actes du médecin généraliste (d'après Thalès)
Contraception	59,5 %	53,1 %	36,9 %
Grossesse	4,3 %	0,5 %	19 %
Ménopause (et conséquences)	21,4 %	35 %	35,8 %
Affections bénignes du sein	5,9 %	5 %	2,9 %
Stérilité	4 %	0,6 %	0,1 %
MST (vulvovaginite, salpingite)	4,9 %	5,8 %	5,3 %
Total	**100%**	**100%**	**100%**

Figure 2 : Répartition des actes gynécologiques effectués par les gynécologues et les médecins généralistes.
La contraception représente l'acte gynécologique le plus souvent effectué par le généraliste.
Source : CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) (30 mai 2000).

Comme mentionné dans le rapport de l'IGAS, au sein de la population des médecins généralistes, les femmes ont une activité gynécologique significativement plus importante.(28)
Or la part de médecins généralistes de sexe féminin a très nettement augmenté ces dernières années ; en 2020, elle est de 50,4%, contre 39,2% en 2010. Cette proportion est encore plus importante chez les médecins généralistes de moins de 40 ans, où les femmes représentent 65% des effectifs.(29)

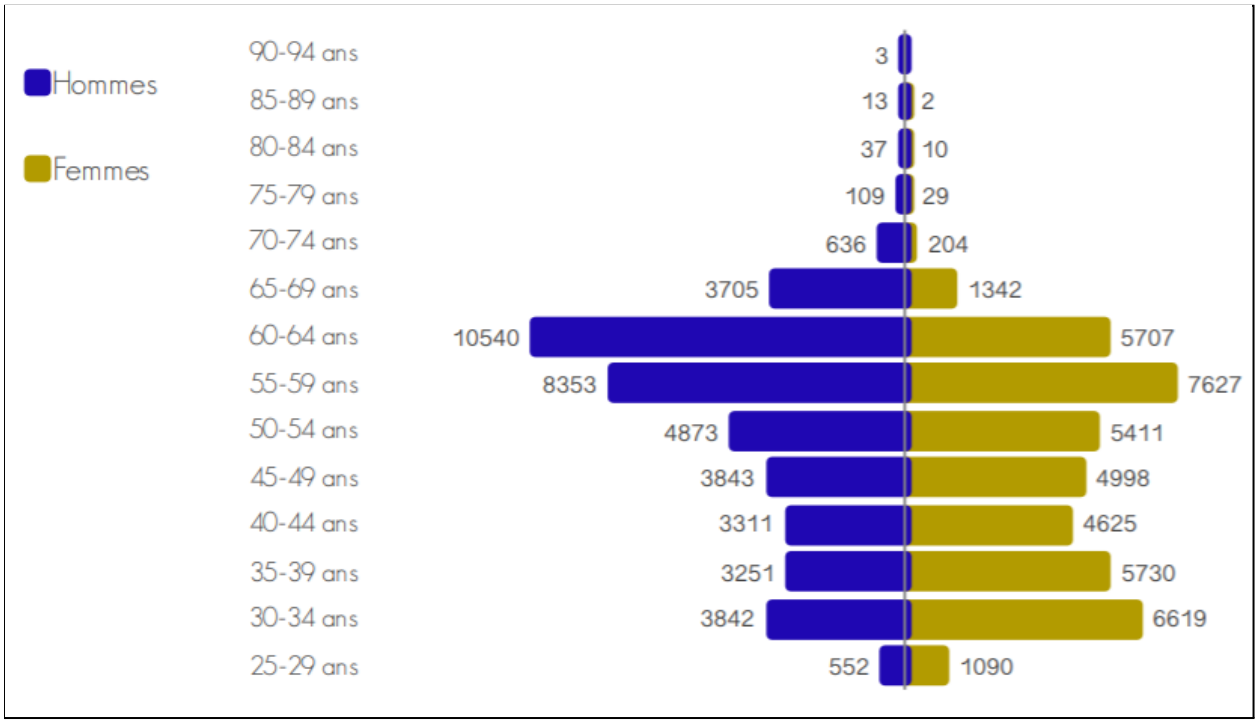


Figure 3 : Pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière au 1er Janvier 2020. Source : CNOM, atlas de la démographie médicale 2020.

Au vu de la féminisation de cette spécialité, le recours au médecin généraliste pour motif gynécologique et particulièrement au niveau de la contraception, devrait aller en augmentant.(28)

L'étude FECOND réalisée en 2013 analysant les pratiques contraceptives en France, montre que le moyen contraceptif prescrit varie en fonction de plusieurs facteurs, dont

la spécialité du médecin consulté : en effet, la contraception orale est prescrite par 48% des gynécologues, contre 70% des médecins généralistes.(30)
Ainsi, les chiffres de la base de données Open Medic en 2016 indiquent que les pilules contraceptives ont été prescrites à 44.2% par les médecins généralistes.(31)

Le médecin généraliste occupe donc une place importante dans le suivi de la santé des femmes, particulièrement concernant la contraception ; et du fait de l'évolution de la démographie médicale, cette importance est vouée à augmenter avec le temps.

II. Contexte sanitaire en 2020 : pandémie de covid-19 et confinement

1. Pandémie de covid-19

A la fin de l'année 2019, une maladie infectieuse émergente liée à une nouvelle souche de coronavirus se manifestant par des pneumopathies sévères potentiellement létales, apparaissait en Chine centrale, avant de se propager rapidement dans le monde entier. Cette maladie causée par le virus nommé SARS-CoV-2 par le CITV est appelée covid-19. Après le SARS-CoV en 2002 et le MERS-CoV en 2012, il s'agit de la troisième menace sanitaire mondiale liée à un coronavirus en moins de 20 ans.(32,33)

Le 11 Mars 2020, au vu des niveaux alarmants de propagation et de sévérité de la maladie, l'épidémie de covid-19 a été déclarée pandémie par l'OMS, qui demandait la mise en place de mesures de protection essentielles pour prévenir la saturation des services de soins intensifs et renforcer l'hygiène préventive (mesures barrière, arrêt des regroupements et des déplacements non essentiels, application de quarantaine).(34)

En France, le nombre de cas a augmenté de façon rapide et exponentielle, portant rapidement le système de santé à saturation de ses capacités. Il était recommandé de privilégier les consultations à distance, ainsi que le report des soins non urgents.
Au 31 Mars 2020, on recensait 22 757 hospitalisations liées à la covid-19, dont 5 565 en service de réanimation, pour une capacité totale de 5 433 lits.(35,36)
Entre le 1er Mars et le 30 Avril 2020, l'épidémie a été associée à une surmortalité journalière de 26%.(37)

2. Confinement

Au vu de la situation préoccupante liée à la propagation de l'épidémie, et suite aux recommandations de l'OMS, une mesure de confinement national a été mise en place en France à compter du 17 Mars 2020.(38)
Cette mesure sera appliquée jusqu'au 11 Mai 2020.

Les déplacements pour raison de santé sont restés autorisés, sous couvert d'une attestation de justification de déplacement dûment remplie.

Une disposition juridique exceptionnelle d'état d'urgence sanitaire a été déclarée en France du 20 Mars 10 Juillet 2020.(39)

3. Confinement et médecine générale

Les soins de santé durant cette période de confinement sanitaire ont été bouleversés.

Malgré la rapide mise en place de consultations à distance, une baisse significative de consultations auprès des médecins généralistes a été constatée : selon une étude de la DREES, pour 90% des médecins généralistes, le temps de travail a baissé de 13 à 24% par semaine.

Les demandes de consultations pour les motifs tels que le suivi de maladies chroniques, le suivi pédiatrique ou le suivi de grossesse, ont chuté de plus de 50% par rapport à l'activité courante, pour près de 60% des médecins généralistes.

Plus de la moitié des médecins ont constaté une augmentation des demandes de soins pour stress, troubles anxieux ou dépressifs, dont une augmentation supérieure à 50% pour 17% d'entre eux.(40)

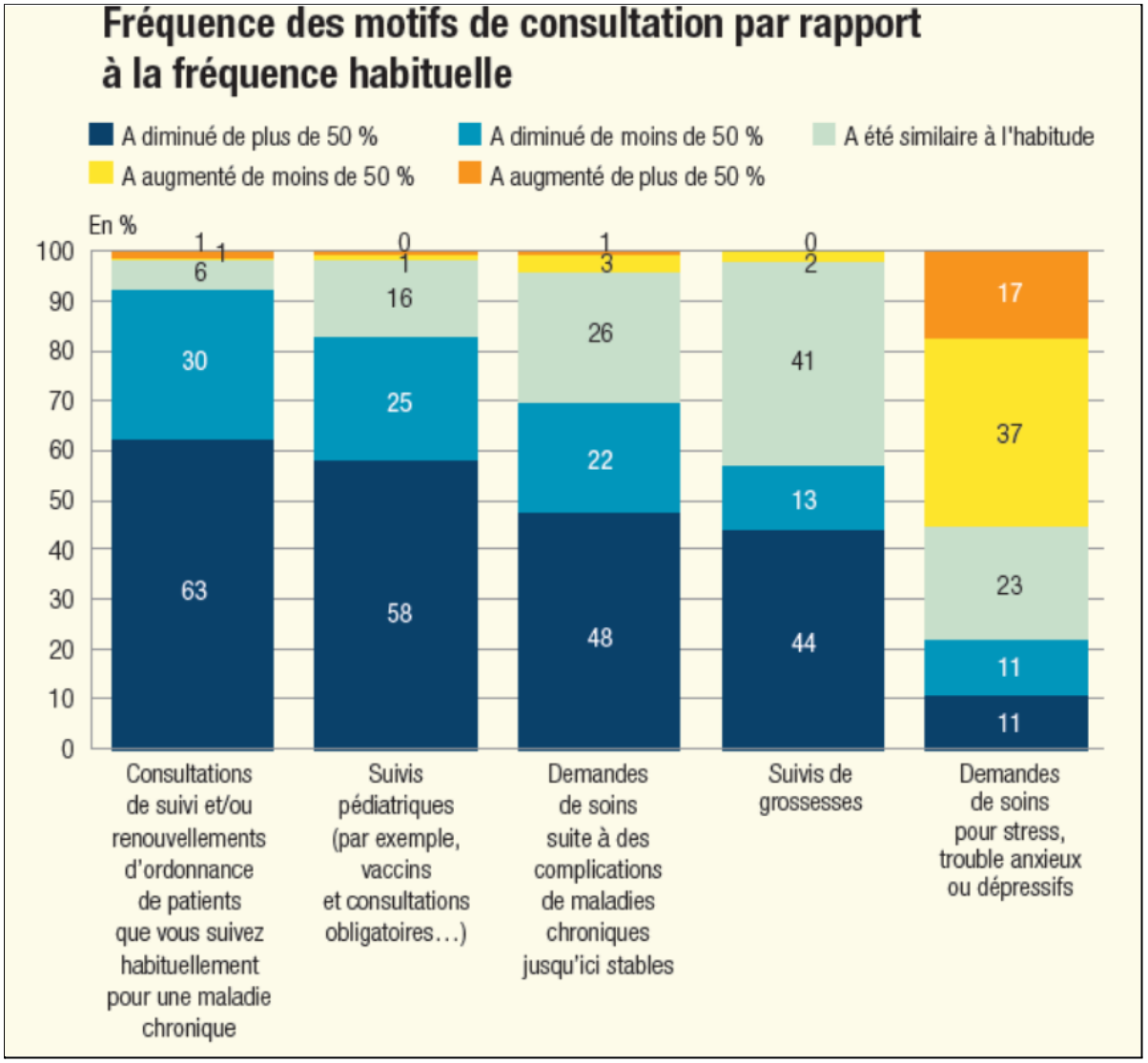


Figure 4 : Fréquence des motifs de consultation dans les cabinets de médecine générale durant la période du premier confinement, par rapport à la fréquence habituelle.
Source : DREES, ORS et URPS de Provence-Alpes-Côte d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, du 9 au 21 Avril 2020.

4. Confinement et accès à la contraception

Il est établi que les périodes de bouleversements sociaux comme les pandémies ont pour effet d'augmenter la proportion des personnes ayant des besoins non comblés en matière de contraception.(41,42)

L'isolement social lié au confinement augmentait ce risque puisqu'il exposait les femmes à un risque accru de violence conjugale, et de rapports sexuels non prévus ni voulus.
D'après le rapport de la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF), le nombre d'appel de femmes victimes de violences a été multiplié par 4 durant le confinement, et les signalements de violences sexistes et sexuelles par voie intrafamiliale par 17.(43,44)

Les rapports publiés par le planning familial durant le confinement ont enregistré une augmentation de 45% des appels au numéro vert "*Sexualités, Contraception, IVG*", ainsi qu'une augmentation de 330% des difficultés exprimées concernant l'accès à la contraception, à l'IVG ou à des informations en santé sexuelle.(45)

Certaines mesures ont été prises pendant la crise sanitaire, afin de garantir la continuité de l'accès des femmes à la contraception et à l'IVG :

- extension de 7 à 9 semaines d'aménorrhée du délai de l'IVG médicamenteuse en ville
- possibilité de réaliser les consultations d'IVG médicamenteuse à distance avec délivrance des traitements en officine
- autorisation de renouvellement des ordonnances expirées de contraceptifs directement par les pharmaciens d'officine.
- L'IVG est considérée comme un soin d'urgence.(46)

III. Problématique

1. Recommandations du CNGOF

Dans ce contexte, il était essentiel de maintenir un accès continu aux méthodes de contraception efficaces, et du fait de son rôle majeur dans la contraception, le médecin généraliste occupe une place essentielle dans cette démarche.

Afin de guider les professionnels de santé durant cette période particulière, le CNGOF a émis le 22 Mars 2020 un texte avec des recommandations sur l'activité de contraception en période d'épidémie (Annexe 1).(47)

Ces recommandations visaient à :

- concilier l'assurance d'une couverture contraceptive des consultantes
- limiter les déplacements, les contacts «*consultantes – consultantes*» et «*consultantes – soignants*»
- éviter un report des consultations vers les hôpitaux.

2. Problématique et objectifs

Au vu des recommandations récentes du CNGOF dans le contexte sanitaire du premier confinement, et de l'ensemble des recommandations issues de l'histoire de la contraception et globalement de l'accès à celle-ci, les prescripteurs ont dû adapter brutalement leur pratique. Ont-ils pu le faire ?

Nous avons interrogé les médecins généralistes à ce sujet. Notre question était la suivante : Chez les médecins généralistes de l'Hérault, les recommandations sur la contraception formulées par le CNGOF en Mars 2020 ont-elles été suivies par rapport aux recommandations habituelles, pour une meilleure sécurité des patientes et des prescripteurs ?

Notre hypothèse était que les médecins généralistes auraient modifié leur pratique en se rapprochant de ces recommandations, qu'ils les aient lues ou non.

L'objectif principal de l'étude pour répondre à cette question était de décrire la pratique des médecins généralistes de l'Hérault lors des consultations liées à la contraception durant cette période.

Matériel et méthode

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale, rétrospective, quantitative, réalisée chez les médecins généralistes de l'Hérault, durant la période du 1er confinement du 17 Mars au 11 Mai 2020, concernant les pratiques liées à la contraception.

II. Population étudiée

Critères d'inclusion :

- être médecin généraliste dans l'Hérault
- être installé ou salarié depuis plus d'un an
- avoir réalisé des consultations liées à la contraception durant la période du confinement dont au moins une partie à distance.

Critères d'exclusion :

- être installé ou salarié depuis moins d'un an : la diffusion du questionnaire ayant eu lieu près d'un an après la période de confinement, il paraissait plus pertinent d'interroger les médecins installés avant la survenue de cet événement.
- être remplaçant ou interne en médecine générale : l'exercice des remplaçants et internes étant en général partagé entre plusieurs cabinets, où ces derniers doivent s'adapter aux consignes et habitudes des médecins remplacés, semblait plus difficile et moins pertinent à interroger.
- ne pas avoir réalisé de consultations liées à la contraception (sujet de l'étude) ou ne pas en avoir réalisé à distance durant la période du confinement (car il s'agissait de la première recommandation du CNGOF).

III. Méthode de recueil

1. Questionnaire

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire réalisé sur le logiciel Google Forms.
Ce questionnaire était totalement anonyme, court et concis. Il était prévu pour être rempli en moins de 5 minutes. Une adresse mail de contact a été communiquée en cas de questions ou de souhait des participants d'être tenus au courant des résultats.

Il comportait 14 questions organisées en 5 parties (voir annexe) :

- La première portait sur les caractéristiques de la population étudiée. Ces données permettaient de rechercher des critères d'exclusion, et de vérifier la représentabilité de l'échantillon par rapport à la population d'étude.

- La deuxième questionnait l'organisation générale des consultations liées à la contraception durant le confinement, et comprenait le dernier critère d'exclusion (absence de téléconsultation). Ainsi les parties suivantes portaient exclusivement sur les consultations réalisées à distance.

- La troisième concernait les renouvellements de contraceptifs hormonaux et de LARC.

- La quatrième visait à analyser les demandes de changement de moyen de contraception.

- La cinquième s'intéressait aux demandes d'initiation de contraception hormonale.

A l'exception de la question de l'âge des individus posée dans la première partie du questionnaire, les variables aléatoires étaient des variables qualitatives nominales, recueillies à l'aide de questions de type cases à cocher.

2. Administration du questionnaire

Le questionnaire a été envoyé par mail aux médecins généralistes de l'Hérault via le CDOM de l'Hérault ayant accepté de réaliser cette diffusion après un entretien téléphonique préalable.
Les répondants devaient s'auto-administrer le questionnaire en ligne.

3. Calcul du nombre de sujets nécessaires

Le critère de jugement principal était la réalisation des consultations à distance la plupart du temps (plus de 50% du temps). S'agissant d'une variable qualitative, il est exprimé sous forme d'une proportion.

La taille minimale d'échantillon requise a été calculée à l'aide de la formule :
$n = z^2 \times p \times (1-p) / m^2$

En l'absence de données retrouvées dans la littérature, la proportion attendue *p* a été fixée à 0.5.
Avec *p* à 0.5, une marge d'erreur (m) de 10% et un risque α de 5%, la valeur critique issue de la loi normale est $z_{\alpha/2}$= 1.960.

Le nombre de sujets nécessaires calculé était de : 96,04, arrondi à 97.

IV. Analyse des données

Les données recueillies ont été extraites de Google Forms vers le logiciel Excel, qui a permis de réaliser une partie des analyses statistiques (tableaux croisés dynamiques, analyse des variables quantitatives, édition de graphiques et de tableaux).

Les tests statistiques d'hypothèse ont été effectués à l'aide du logiciel BiostaTGV.
S'agissant de variables qualitatives nominales, les analyses ont été réalisées par test de Chi^2 ou test exact de Fisher lorsque l'effectif théorique était inférieur à 5.
L'obtention d'un p-value inférieur à 0,05 était considérée comme une association statistiquement significative entre les variables.
Dans ce cas-là, l'Odds Ratio était calculé sur le site "MedCalc".
Le risque α était fixé à 5% avec un intervalle de confiance à 95%.

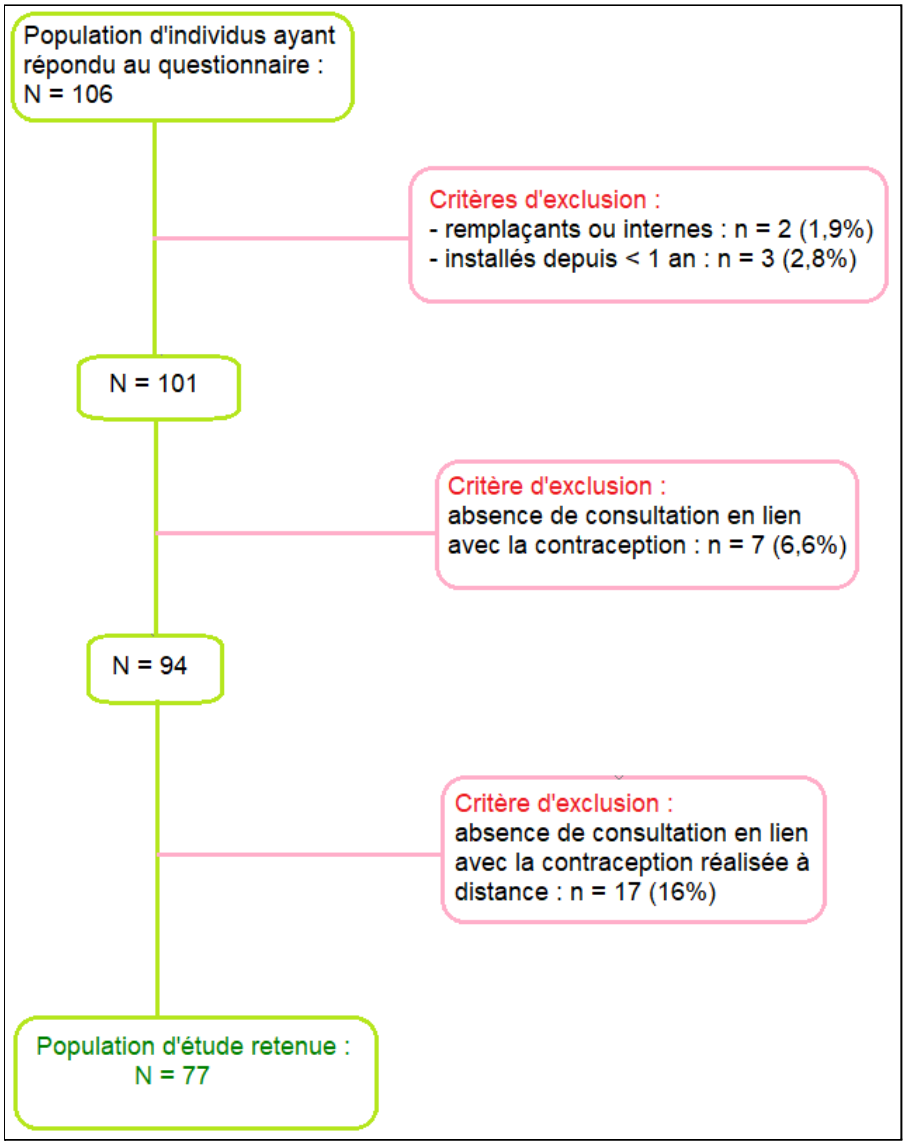
Résultats

La diffusion du questionnaire par le CDOM a débuté le 19 Février 2021, et a été clôturée le 11 Avril 2021 après envoi d'une relance.

I. Taux de réponse

Le questionnaire a été envoyé aux 1 153 médecins généralistes de l'Hérault inscrits au CDOM et ayant renseigné une adresse mail.
106 individus ont répondu, soit un taux de réponse de 9,2%.

II. Diagramme des flux : population d'étude retenue



Graphique 1 : diagramme des flux d'exclusion des individus en fonction de leurs réponses à la première partie du questionnaire.

82% des répondants (77 individus parmi les 94 retenus avant le dernier critère d'exclusion) ont déclaré avoir réalisé des consultations à distance lors des consultations liées à la contraception.

III. Profil des individus

La moyenne d'âge des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire est de 43 ans avec une variance de 137, un écart-type de 11,7 et une médiane de 37.
Les âges extrêmes sont : 28 ans pour le minimum, 78 ans pour le maximum.
64,94% des répondants sont des femmes.

Les autres caractéristiques démographiques des répondants sont résumées dans le tableau suivant (Questions 1 à 4 du questionnaire) :

Tableau 1 : caractéristiques démographiques des individus ayant répondu au questionnaire (n=77).

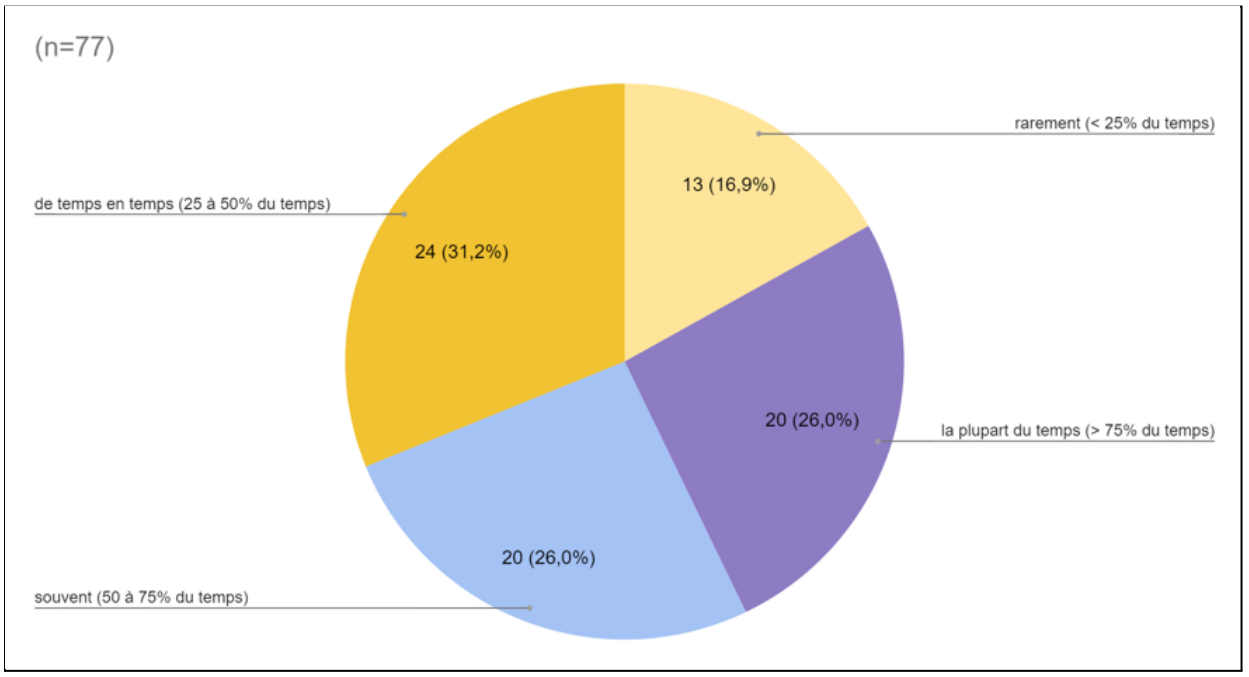
Sexe	*Tranche d'âge*	*Secteur*	(n=77)	(%)
femme	moins de 40 ans	semi-rural	8	10,39%
		urbain	16	20,78%
	Total moins de 40 ans		24	31,17%
	plus de 40 ans	rural	1	1,30%
		semi-rural	7	9,09%
		urbain	18	23,38%
	Total plus de 40 ans		26	33,77%
Total femme			50	64,94%
homme	moins de 40 ans	semi-rural	7	9,09%
		urbain	3	3,90%
	Total moins de 40 ans		10	12,99%
	plus de 40 ans	rural	2	2,60%
		semi-rural	8	10,39%
		urbain	7	9,09%
	Total plus de 40 ans		17	22,08%
Total homme			27	35,06%
Total général			**77**	**100,00%**

Au vu du trop faible effectif d'individus installés en milieu rural ne permettant pas de réaliser d'analyse statistique, cette catégorie a été regroupée avec les individus installés en milieu semi-rural pour la suite des analyses.

IV. Pratique générale durant les consultations liées à la contraception

1. Réalisation de téléconsultation

Les réponses des individus à la question 5 sont présentées dans le graphique suivant :



Graphique 2 : Fréquence des consultations à distance lors des consultations liées à la contraception parmi les répondants.

Plus de la moitié des répondants (40 individus, 52%) ont déclaré avoir réalisé des consultations à distance en lien avec la contraception plus de 50% du temps.

L'analyse statistique par test d'hypothèse de Chi² n'a mis en évidence aucune différence significative entre les médecins ayant eu recours aux consultations à distance plus de 50% du temps ou non, que ce soit en fonction du sexe (p = 0,624), de l'âge (p = 0,445) ou du secteur d'exercice (p = 0,187).

2. Report des consultations en présentiel en cas de symptômes de covid

Les réponses des individus à la question 6 ont été :

- NC (situation non rencontrée) chez 29 répondants (37,6%) ;
- absence de report des consultations chez 19 individus (24,7%) ;
- report des consultations de façon non systématique chez 10 individus (13%) ;
- report des consultations de façon systématique chez 19 individus (24,7%).

Après regroupement des réponses “oui, non systématiquement” et “oui, systématiquement” sous le terme “Oui”, opposé à la réponse “Non” chez les 48 individus ayant rencontré la situation, l’analyse statistique par test de Chi² n’a mis en évidence aucune différence significative entre les répondants, en fonction du sexe ($p = 0,073$), de l’âge ($p = 1$) ni du secteur d’exercice ($p = 0,766$).

V. Renouvellement ou suivi de contraception hormonale à distance

1. Réalisation d'un interrogatoire

Cinq individus (6,49%) ont déclaré ne pas avoir rencontré cette situation.

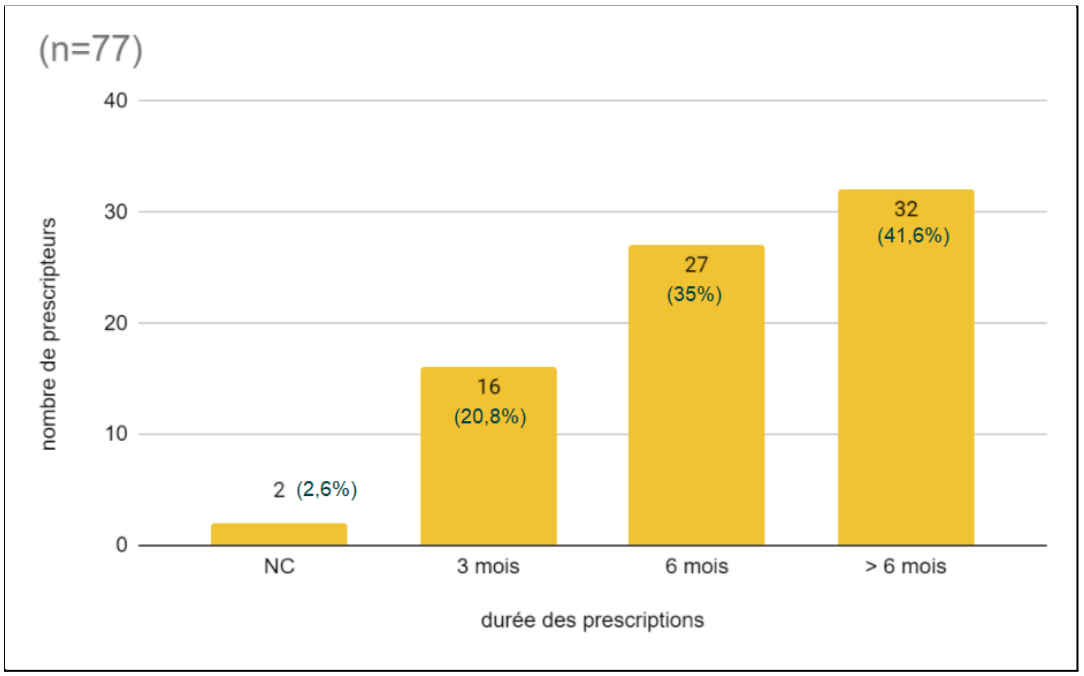
Parmi les 72 autres répondants :

- 4 (5,6%) ont déclaré ne pas avoir réalisé d'interrogatoire
- 68 (94,44%) ont déclaré avoir réalisé un interrogatoire dont 50 (69,4%) de façon systématique.

Les tests statistiques d'hypothèse par test exact de Fisher n'ont pas mis en évidence de différence significative entre les médecins ayant réalisé un interrogatoire (de façon systématique ou non) et les médecins n'en n'ayant pas réalisé, selon leur sexe ($p = 1$), leur âge ($p = 1$) ni leur secteur d'exercice ($p = 0,629$).

2. Durée des prescriptions

Les réponses à la question 8 sont résumées dans le graphique ci-dessous :



Graphique 3 : durée des prescriptions pour les renouvellements de contraception hormonale, par les médecins généralistes de l'Hérault durant le 1er confinement. NC : Non concerné (situation non rencontrée).

Parmi les répondants ayant rencontré la situation, 59 (78,67%) ont réalisé des prescriptions pour une durée d'au moins 6 mois.

Les réponses des 75 médecins ayant rencontré cette situation ont été regroupées en deux catégories : “prescriptions de 3 mois” et “prescriptions de 6 mois ou plus”, puis analysées en fonction de leurs caractéristiques démographiques :

Tableau 2 : répartition des médecins ayant réalisé des renouvellements de contraception hormonale de 3 mois ou de 6 mois et plus, en fonction de leurs caractères démographiques (n=75).

	Durée des prescriptions				
	3 mois		6 mois et plus		
Sexe	(n=75)	(%)	(n=75)	(%)	p-value
femme	14	87,50%	34	57,63%	**0,027***
homme	2	12,50%	25	42,37%	
Tranche d'âge					
moins de 40 ans	9	56,25%	23	38,98%	0,216
plus de 40 ans	7	43,75%	36	61,02%	
Secteur					
rural et semi-rural	2	12,50%	30	50,85%	**0,006****
urbain	14	87,50%	29	49,15%	
Total général	**16**	**100,00%**	**59**	**100,00%**	

Les tests statistiques d’hypothèse ont mis en évidence des différences significatives :

- *p-value = 0,027 dans la catégorie “Sexe” ; Odds Ratio = 5,15 avec Intervalle de confiance à 95% [1,07 ; 24,73] : Les médecins femmes ont prescrit les renouvellements de contraceptifs hormonaux pour une durée significativement plus courte que les hommes.

- **p-value = 0,006 dans la catégorie “Secteur” ; Odds Ratio = 0,14 avec Intervalle de confiance à 95% [0,03 ; 0,67] : Les médecins travaillant en secteur rural et semi-rural ont prescrit les renouvellements de contraceptifs hormonaux pour une durée significativement plus longue que les médecins en milieu urbain.

VI. Renouvellement et suivi de LARC à distance

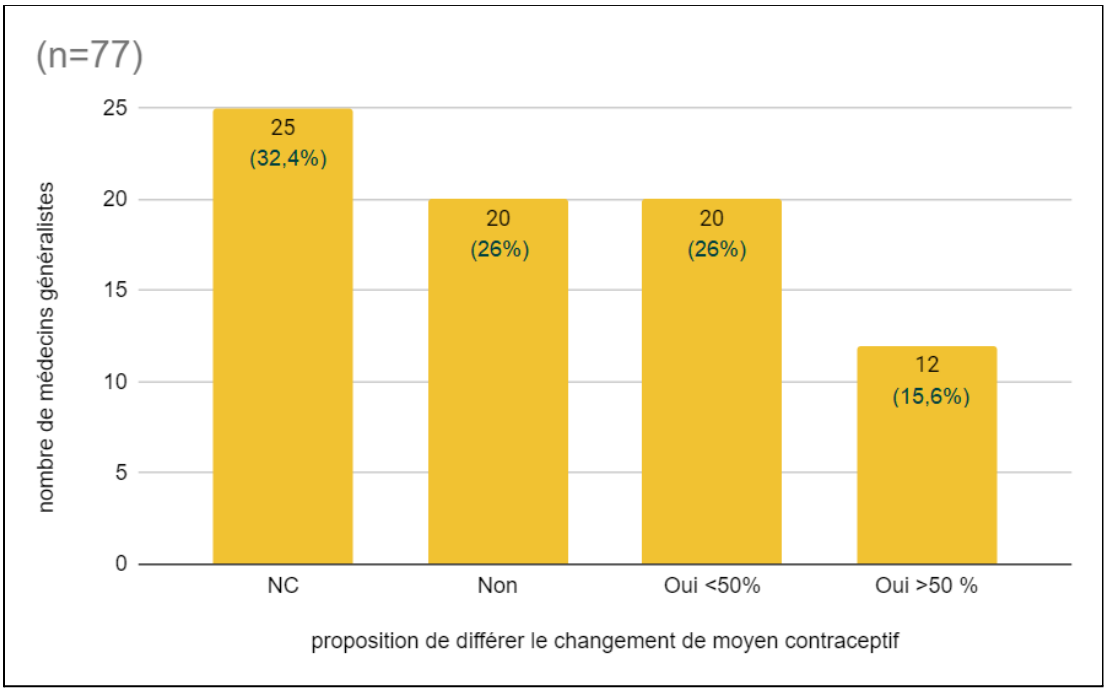
Réponses des médecins en cas de survenue de fin de validité d'un contraceptif de longue durée d'action lors d'une consultation à distance :

- 50 individus (64,9%) n'ont pas rencontré cette situation ;
- 19 (24,7%) ont procédé au changement du dispositif (70,4% des individus concernés) ;
- 8 (10,4%) ont reporté le changement du dispositif de quelques mois (29,6% des individus concernés).

Les tests statistiques d'hypothèse n'ont mis en évidence aucune différence significative de réponses entre les médecins ayant procédé au changement du dispositif et ceux ayant reporté le changement, selon le sexe ($p = 1$), l'âge ($p = 0,103$) ni le secteur d'exercice ($p = 0,189$).

VII. Changement de moyen de contraception à distance

Les réponses des individus à la question 10 sont représentées dans le graphique suivant :



Graphique 4 : attitude des médecins généralistes en cas de demande de changement de moyen contraceptif, lors des consultations à distance.
NC (non concerné : situation non rencontrée) ; Non : absence de proposition de différer la demande de changement ; Oui < 50% : proposition de différer le changement au cours de moins de 50% des consultations ; Oui > 50% : proposition de différer le changement au cours de plus de 50% des consultations.

La plupart des répondants ayant rencontré la situation n'ont pas différé le changement ou alors moins de 50% du temps (40 individus sur 52 : 76,9%).

Le tableau suivant détaille les réponses des répondants après regroupement des réponses “Oui, au cours de moins de 50% des consultations” et “Non” sous le terme “Non ou oui < 50% du temps”, opposé à “Oui > 50% du temps” (attitude considérée comme adaptée aux recommandations du CNGOF).

Tableau 3 : caractéristiques des médecins ayant proposé de différer les demandes de changement de moyen contraceptif plus de 50% du temps, ou non (n=52).

	Proposition de différer le changement de contraceptif				
	Non ou oui < 50% du temps		Oui > 50% du temps		
Sexe	(n=52)	(%)	(n=52)	(%)	p-value
femme	28	70,00%	6	50,00%	0,3
homme	12	30,00%	6	50,00%	
Tranche d'âge					
moins de 40 ans	21	52,50%	1	8,33%	**0,007***
plus de 40 ans	19	47,50%	11	91,67%	
Secteur					
rural et semi-rural	19	47,50%	2	16,67%	0,092
urbain	21	52,50%	10	83,33%	
Total général	**40**	**100,00%**	**12**	**100,00%**	

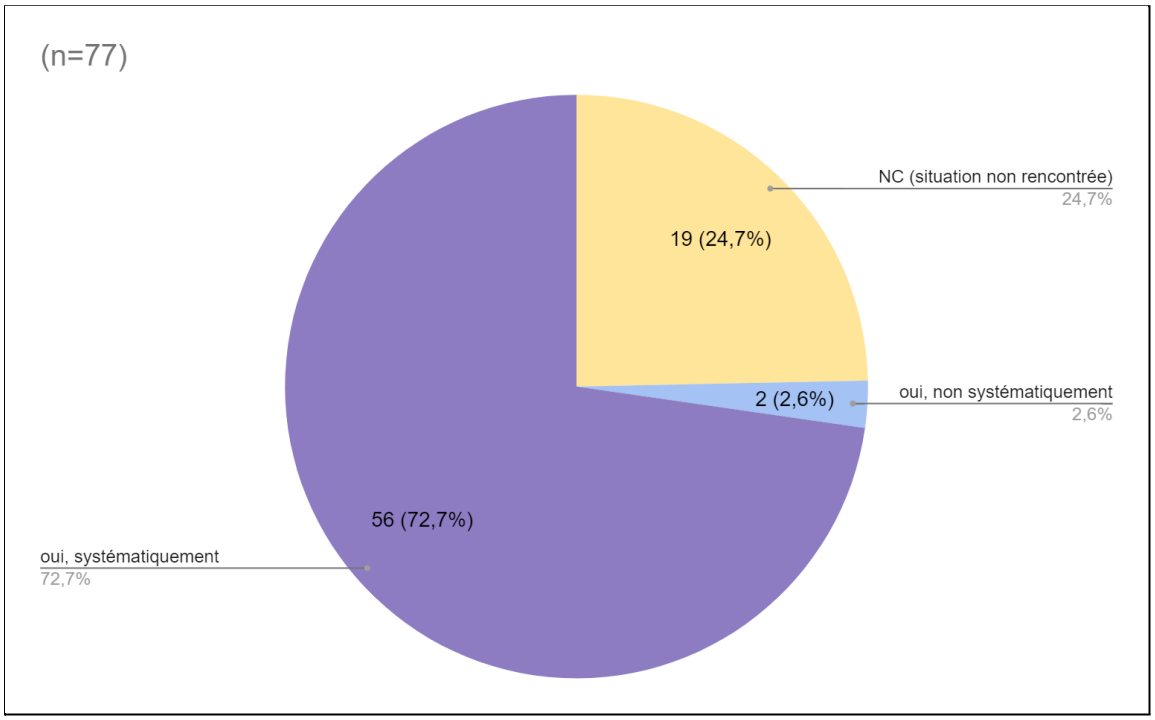
*p-value = 0,007 dans la catégorie “Tranche d’âge” ; Odds ratio = 11,68 avec Intervalle de confiance à 95% [1,4497 ; 546,0797].

Le test exact de Fisher a mis en évidence une différence significative entre les réponses des médecins en fonction de leur âge : les médecins âgés de plus de 40 ans ont significativement plus souvent proposé de différer cette demande au cours de plus de 50% des consultations, par rapport aux médecins âgés de moins de 40 ans.

VIII. Initiation de contraception hormonale à distance

1. Réalisation d'un interrogatoire à la recherche de contre-indication

Les réponses des médecins interrogés sont présentées dans le graphique ci-dessous :

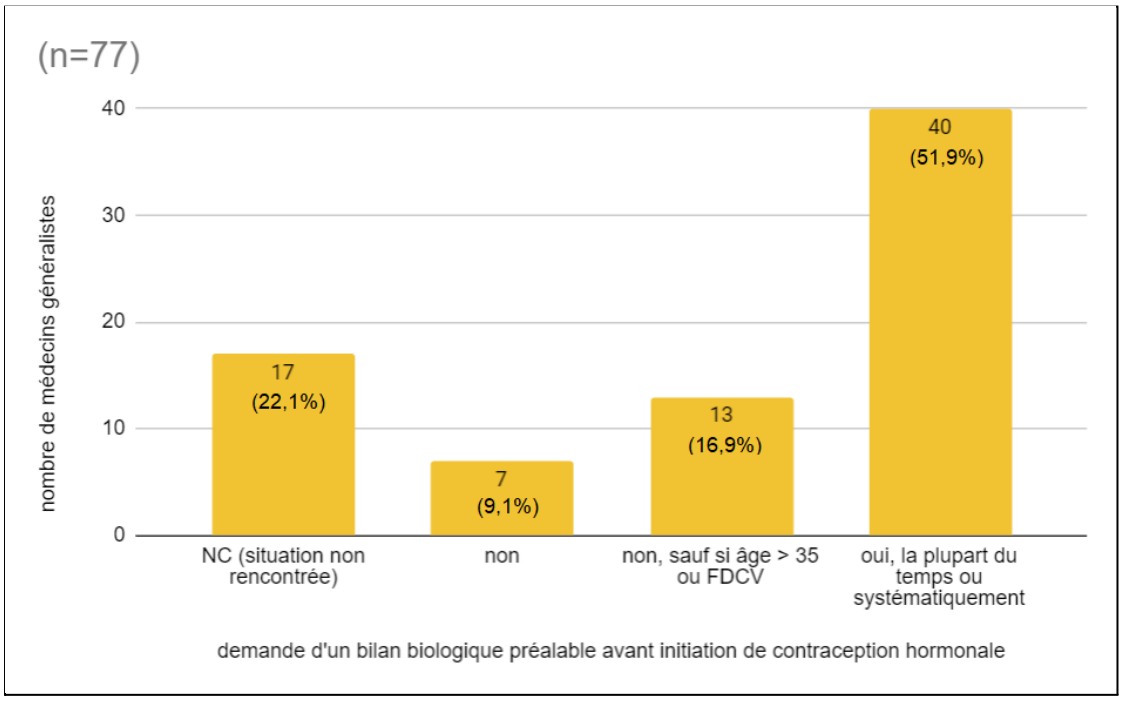


Graphique 5 : réalisation d'un interrogatoire à la recherche de contre-indication avant initiation de contraception hormonale, par les médecins généralistes, durant le 1er confinement. Aucun médecin n'a répondu "non".

Aucun individu n'a déclaré ne pas avoir réalisé d'interrogatoire.

2. Demande d'un bilan biologique préalable

Les réponses à la question 12 sont présentées dans le graphique suivant :



Graphique 6 : demande d'un bilan biologique préalable avant initiation de contraception hormonale, par les médecins généralistes, durant les consultations réalisées à distance pendant le 1er confinement.

40 individus parmi les 60 ayant rencontré cette situation (66,7%) ont prescrit un bilan biologique préalable la plupart du temps ou de façon systématique avant initiation de contraception hormonale.

Le tableau suivant présente les réponses des 60 individus ayant rencontré la situation, après regroupement des réponses “non” et “oui, la plupart du temps ou systématiquement” sous le terme “oui ou non”, opposées à “non, sauf si âge > 35 ou FDRCV” (attitude recommandée par le CNGOF) :

Tableau 4 : répartition des médecins généralistes en fonction de leurs pratiques vis à vis de la prescription de bilan biologique avant initiation de contraception hormonale : absence de prescription sauf si la patiente est âgée de plus de 35 et / ou présente des facteurs de risque cardio-vasculaires ; ou prescription de bilan biologique la plupart du temps ou absence de prescription biologique (regroupés dans la même catégorie) (n=60).

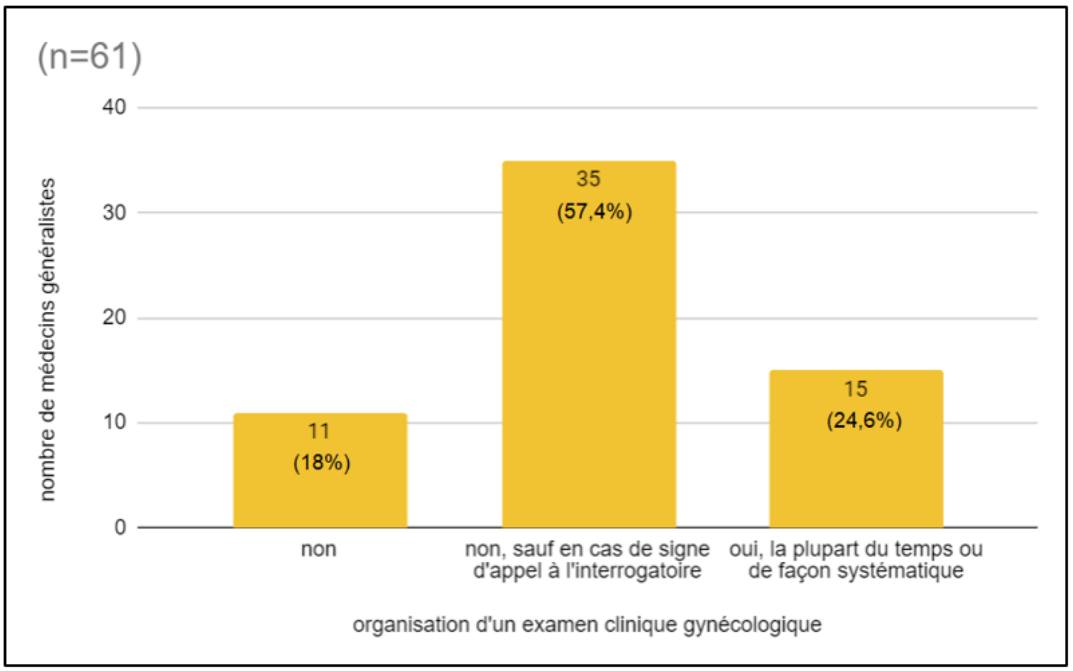
	Demande de bilan biologique				
	non, sauf si âge > 35 ou FDRCV		Oui ou non		
Sexe	(n=60)	(%)	(n=60)	(%)	p-value
femme	7	53,85%	31	65,96%	0,422
homme	6	46,15%	16	34,04%	
Tranche d'âge					
moins de 40 ans	2	15,38%	23	48,94%	**0,029***
plus de 40 ans	11	84,62%	24	51,06%	
Secteur					
rural et semi-rural	6	46,15%	20	42,55%	0,816
urbain	7	53,85%	27	57,45%	
Total général	**13**	**100,00%**	**47**	**100,00%**	

*p-value = 0,029 dans la catégorie “Tranche d’âge” ; Odds Ratio = 0,19 avec Intervalle de confiance à 95% [0,04 ; 0,95].

L’analyse statistique par test exact de Fisher a mis en évidence une différence significative de pratique des médecins en fonction de leur âge : les médecins âgés de plus de 40 ans ont plus souvent prescrit des bilans uniquement en cas d’âge > 35 ans et / ou FDRCV que les médecins de moins de 40 ans.

3. Demande d'un examen gynécologique en présentiel

A la question 13, 16 individus (20,78%) ont déclaré ne pas avoir rencontré cette situation.
Les réponses des 61 autres répondants sont présentées dans le graphique suivant :



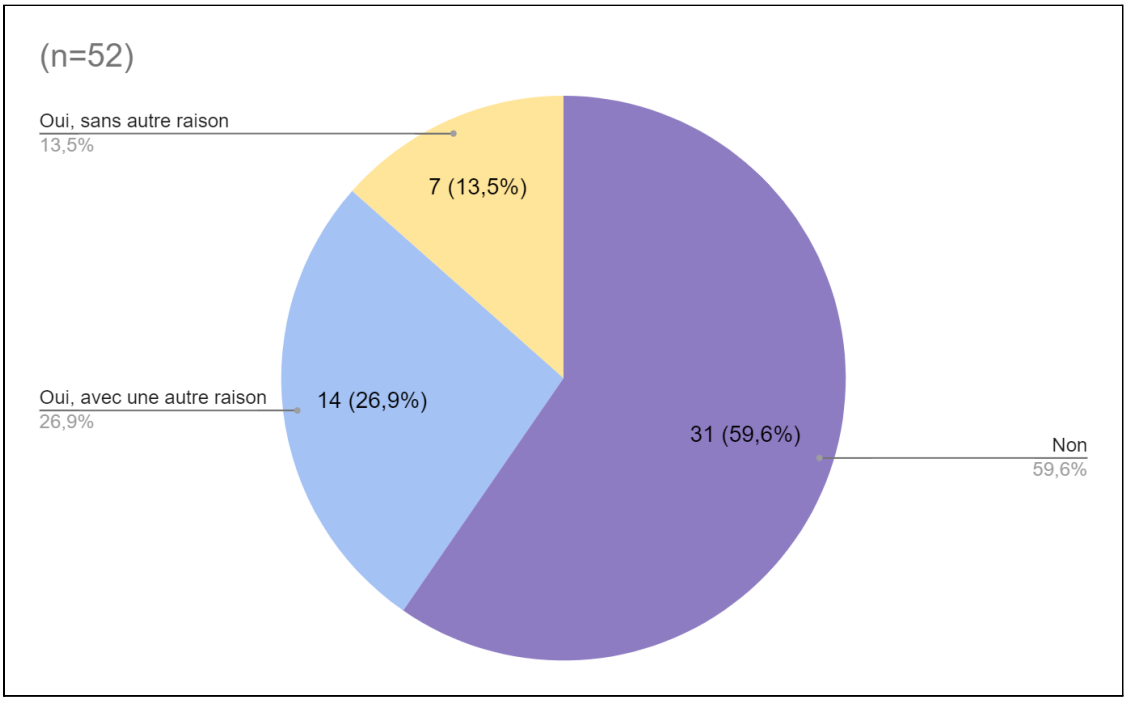
Graphique 7 : proportion de répondants ayant organisé un examen clinique gynécologique préalable avant initiation de contraception hormonale.

La majorité des répondants ayant rencontré la situation a déclaré ne pas avoir réalisé d'examen gynécologique préalable, sauf en cas de signe d'appel mis en évidence à l'interrogatoire (57,4%).

Après regroupement des réponses "Non" et "Oui, la plupart du temps ou de façon systématique" sous le terme "Oui ou non", opposé à "uniquement en cas de signe d'appel" (attitude recommandée par le CNGOF), les tests statistiques d'hypothèse n'ont mis en évidence aucune différence significative des pratiques entre les répondants, en fonction du sexe (p = 0,381), de l'âge (p = 0,315) ni du secteur d'exercice (p = 0,315).

4. Refus de prescription en l'absence de TA préalable

A la question 14, 25 individus (32,47%) ont déclaré ne pas avoir rencontré la situation. La répartition des réponses des 52 autres médecins est présentée dans ce graphique :



Graphique 8 : Refus de prescription initiale de contraceptif oestroprogestatif par les médecins généralistes en raison d'absence de mesure préalable de la tension artérielle (exclusion des réponses des 25 médecins n'ayant pas rencontré cette situation).

Après regroupement des réponses "Non" et "Oui, avec une autre raison [que l'absence de mesure préalable de TA]" opposée à "Oui, sans autre raison" (attitude déconseillée par le CNGOF), aucune différence significative entre les réponses n'a été mise en évidence par les tests statistiques d'hypothèse (p = 1 pour le sexe ; p = 0,685 pour l'âge ; p = 0,698 pour le secteur d'exercice).

Discussion

I. Discussion des résultats

1. Profil de la population d'étude

Au sein de la population des médecins généralistes de l'Hérault, l'âge moyen est de 52 ans, et le pourcentage de femmes est de 49%. Ce pourcentage est nettement plus important dans la population de moins de 40 ans et représente environ 2 tiers de l'effectif des médecins généralistes. Parmi les femmes, la proportion de médecins de moins de 40 ans est de 31%.(29,48)

L'échantillon de médecins ayant répondu au questionnaire n'est pas représentatif de cette population : le pourcentage de femmes est significativement plus élevé, et l'âge moyen est significativement inférieur. Parmi les femmes, la proportion de médecins de moins de 40 ans est surreprésentée.

Cette sur-représentativité des femmes parmi les participants à l'étude peut être interprétée par un intérêt majoré chez les femmes médecins pour les questions liées à la contraception.
Cela concorde avec les données de l'IGAS rapportant une pratique des actes de la sphère gynécologique par les médecins généralistes plus importante chez les femmes que chez les hommes.(28)

Au niveau géographique, les médecins ayant répondu à l'étude exercent en zone urbaine de façon plus importante que dans la population générale héraultaise (3,9% des répondants travaillent en zone rurale contre 10,9% dans le département).(49)
Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette sous-représentation des médecins exerçant en milieu rural soit liée à un manque de temps pour répondre au questionnaire, la démographie médicale étant moindre qu'en milieu urbain.(50)

2. Résultats principaux

Dans l'ensemble, les médecins généralistes ayant répondu à cette étude ont suivi les recommandations émises par le CNGOF pour la prise en charge des consultations liées à la contraception durant le premier confinement.

Les situations où les écarts avec ces recommandations étaient notables concernaient les consultations en présentiel en cas de symptômes de covid, les renouvellements de LARC, les changements de moyen de contraception et les bilans biologiques préalables avant initiation de contraception hormonale.

Dans toutes les autres situations présentées, la majorité des médecins a agi en accord avec les préconisations du CNGOF.

Les situations où les recommandations ont été particulièrement suivies (des trois quarts à la totalité des répondants) concernaient la réalisation des interrogatoires avant renouvellement ou initiation de contraception hormonale, les durées de renouvellement des contraceptifs hormonaux, et l'absence de refus d'initiation de contraception hormonale en l'absence de TA préalable.

Les profils des médecins ayant respecté le plus les recommandations étaient les médecins de sexe masculin et exerçant en milieu rural (pour les durées de renouvellement des contraceptifs hormonaux), et les médecins âgés de plus de 40 ans (pour les changements de moyen de contraception et les demandes de biologie avant initiation de contraception hormonale).

II. Comparaison à la littérature

1. Pratique de la téléconsultation

Une étude réalisée par la DREES a évalué la pratique de la téléconsultation par 69% des médecins généralistes dès la première semaine du premier confinement, contre moins de 5% en temps normal. Parmi cette population, 81% y avaient recours moins de 25% du temps, et 7% plus de 50% du temps. Selon les données de l'Assurance maladie, au total durant la période du premier confinement, près de 6 millions de téléconsultations ont été pratiquées dont 80% par les médecins généralistes.(51)

Notre étude a montré que lors des consultations liées à la contraception, les médecins généralistes héraultais avaient procédé à une pratique de la téléconsultation encore plus large et plus fréquente : plus de 80% ont déclaré avoir utilisé la téléconsultation, dont plus de la moitié d'entre eux lors de plus de 50% des consultations.

La téléconsultation, conseillée dans ce contexte sanitaire afin de limiter les risques de transmission du virus tout en permettant la continuité des soins, a connu un développement explosif, sans précédent. Les médecins généralistes ont été les premiers acteurs de cet essor et en ont largement facilité la possibilité grâce à leur réactivité, leur adaptabilité et leur engagement, malgré les conditions sanitaires exceptionnelles et le bouleversement de leurs habitudes de pratique.

2. Écarts par rapport aux recommandations et réalités du terrain

Notre étude a mis en évidence des écarts par rapport aux recommandations du CNGOF sur les points suivants :

- report des consultations en lien avec la contraception en cas de symptômes de covid : la majorité des répondants a maintenu les consultations;

- report du changement des LARC en cas de survenue de fin de validité : la majorité des répondants a procédé au changement sans le différer;
- report des demandes de changement de moyen contraceptif : la majorité des répondants a procédé au changement;
- demande de bilan biologique préalable avant initiation de contraception hormonale : la majorité des répondants a prescrit un bilan biologique préalable. Cependant la pratique habituelle des médecins généralistes sur ce point n'a pas été questionnée.

D'après le syndicat MG France, plus de 80% des patients atteints de covid-19 ont été pris en charge en ambulatoire par les médecins généralistes, qui ont massivement réorganisés leurs emplois du temps et salles d'attente selon les recommandations du ministère de la Santé : mise en place d'espaces dédiés et de plages de consultations pour les patients suspects d'infection à covid-19, application des distances de sécurité et gestes barrière au sein des cabinets médicaux, prise en charge uniquement sur rendez-vous, diminution du nombre de patients en salle d'attente, suppression des jouets et magazines en salle d'attente, aération et désinfection régulière des locaux… Plusieurs enquêtes estiment qu'environ 80% des médecins généralistes ont réorganisé leurs locaux dès les premiers jours du premier confinement.(52–55)

Cela nous amène alors à questionner la pertinence des recommandations du CNGOF sur les points évoqués : ces recommandations étaient-elles adaptées à la réalité du terrain, où les médecins généralistes étaient en première ligne pour la prise en charge des patients atteints ou suspects d'infection à covid-19, et de la façon la plus sécurisée possible ?
Nous pouvons émettre l'hypothèse que la rapide et efficace réorganisation des cabinets des médecins généralistes leur a permis de proposer dans ces situations une prise en charge la plus proche possible des conditions normales. Cela expliquerait les écarts constatés par rapport aux recommandations du CNGOF.

III. Forces et faiblesses de l'étude

1. Biais inhérents à la méthodologie choisie

Biais de recrutement :

D'après les données du CNOM, en 2019, 1 701 médecins généralistes exerçant une activité régulière étaient inscrits au CDOM de l'Hérault.(48)

Le questionnaire a été diffusé auprès de 1 153 médecins : cet écart révèle un biais de recrutement car excluant près d'un tiers des médecins généralistes héraultais, n'ayant pas renseigné leur adresse mail au CDOM, ou n'apparaissant pas dans leurs fichiers.

Cependant il s'agissait malgré tout du moyen de diffusion le plus efficace, le plus rapide et le plus large.

Biais par auto sélection :

Il existe un biais par auto sélection, les personnes répondant au questionnaire étant susceptibles d'être les plus intéressées par le sujet, et ne sont alors pas représentatives de la population étudiée.

Ce biais est toutefois impossible à écarter au vu du mode de recrutement et de diffusion du questionnaire.

2. Biais liés aux répondants

Biais de mémoire :

La diffusion du questionnaire, réalisée environ un an après la période interrogée, est responsable d'un biais de mémoire : les répondants ont pu oublier la façon dont ils s'étaient organisés, à quel type de consultation ils ont pu être confrontés durant cette période, ou encore leur réaction face aux situations évoquées.

Afin de limiter ce biais, il aurait été préférable de réaliser cette étude au plus près de la période étudiée.

Biais de confusion :

La survenue d'un deuxième confinement sanitaire entre la période étudiée et le début de l'étude a fait apparaître un biais de confusion entre ces deux périodes.

Ce biais aurait pu être évité si l'étude avait été menée avant la période du deuxième confinement.

3. Biais liés à l'enquêteur

Biais de réponse lié au questionnaire :

Concernant les demandes de bilans biologiques, il est possible qu'un biais de réponse soit apparu au vu de la formulation de la question. Il n'était pas précisé s'il s'agissait d'une demande de bilan biologique à la recherche de contre-indications (Exploration d'une Anomalie Lipidique, triglycérides, glycémie) ou à la recherche d'IST, dont la prescription était en effet pertinente dans ce contexte (demande d'initiation de contraception hormonale suite à arrêt d'utilisation du préservatif, changement de partenaire sexuel…).

Biais d'interprétation et de confirmation d'hypothèse :

L'analyse des résultats a été réalisée uniquement par l'enquêteur, ce qui entraîne un biais d'interprétation ainsi que de confirmation d'hypothèse.

Une analyse par triangulation aurait permis de limiter ces biais et de renforcer la validité des résultats.

4. Puissance statistique de l'étude

Après éviction des individus selon les critères d'exclusion, la taille de l'échantillon était inférieure au nombre de sujets nécessaires théorique calculé.

L'étude présentait une faible puissance statistique du fait d'un échantillon de taille insuffisante, non représentatif de la population étudiée.

5. Forces de l'étude

Cette étude porte sur un sujet au cœur de l'actualité, pour lequel de nombreuses études sont en cours et à venir, dont des études nationales ministérielles.
Au vu de l'évolution du contexte sanitaire depuis la période étudiée avec la mise en place de plusieurs autres périodes de confinement, cette étude est intéressante car pourrait participer à l'amélioration de la gestion de crise sanitaire.
Il s'agit d'une étude originale, ouvrant la voie à de nombreuses pistes de réflexion et de recherche.
Elle présente un double intérêt en explorant deux enjeux majeurs de santé publique : la gestion de crise sanitaire, ainsi que l'accès à la contraception.
Elle a permis de mettre en avant et de confirmer l'importante et rapide adaptabilité des médecins généralistes face à cette crise sanitaire sans précédent qui a entraîné des répercussions durables sur la pratique quotidienne.

IV. Perspectives de recherche

1. Vers une pérennisation de la téléconsultation ?

La téléconsultation était jusqu'à récemment un outil peu répandu. Les principaux freins évoqués par les médecins généralistes étaient le côté technique (appréhension à la mise en place et à l'apprentissage du fonctionnement, crainte de survenue de dysfonctionnements, problèmes de connexion…) et la perte de l'examen clinique physique, jugé indispensable dans la grande majorité des cas.(56)
Les études récentes ont montré un changement dans la perception de la téléconsultation par les médecins généralistes depuis son développement massif du fait du contexte sanitaire. La plupart des médecins généralistes ont transmis un retour positif vis-à-vis de cet outil, jugé pratique et fonctionnant le plus souvent sans difficulté.
Dans l'étude de la DREES réalisée durant le premier confinement, les médecins généralistes ont déclaré que l'examen clinique physique était rarement indispensable dans près de la moitié des cas.(51,57)
Ces changements nous laissent penser que la téléconsultation aura sa place dans la pratique courante pour assurer certains actes de contraception en toute sécurité et réduire potentiellement les demandes d'IVG.

2. Habitudes de pratique lors des consultations liées à la contraception

Cette étude a interrogé les pratiques des médecins généralistes lors des consultations liées à la contraception durant une période de confinement, mais n'a pas questionné les pratiques habituelles de ces médecins en temps normal.
Il serait intéressant de poursuivre les recherches sur ce sujet en proposant une étude de plus grande ampleur, à l'échelle régionale voire nationale, comparant les pratiques des médecins généralistes lors des consultations liées à la contraception avant, pendant et après les périodes de confinement, afin d'évaluer l'impact au long cours de la crise sanitaire.

3. Vécu des patientes

Notre étude interrogeait uniquement les médecins généralistes.
Il serait pertinent d'étudier le ressenti et d'analyser le vécu des patientes dans le domaine de l'accès à la contraception durant les périodes de confinement sanitaire.
En effet, cela permettrait de mettre en lumière des freins dans l'accès à la contraception, afin d'en favoriser l'accès.
De plus, il serait intéressant de recueillir le retour des patientes sur la pratique de la téléconsultation pour les consultations liées à la contraception, dans l'éventualité d'une inscription durable de ce mode de consultation dans la médecine de ville.

Les praticiens et les patients ne cessent de s'adapter. Ce travail n'est qu'un prémisse de futures investigations de cette période complexe qui perdure.

Bibliographie

1. Contraception - OMS [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 8 févr 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/contraception/fr/
2. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. HAS [Internet]. [cité 12 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
3. Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier. USAID, Center for Communication Programs, Organisation Mondiale de la Santé. [Internet]. [cité 12 févr 2021]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97943/9780978856304_fre.pdf;jsessionid=1CA74D6E8B5D80A2116C48772DC7C2D6?sequence=1
4. van de Walle É. Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne ?
5. Plu-Bureau G, Raccah-Tebeka B. L'histoire de la contraception s'écrit encore ! médecine/sciences. 1 août 2020;36(8-9):687-8.
6. Contraception : les Egyptiens avaient tout inventé [Internet]. egora.fr. 2013 [cité 8 févr 2021]. Disponible sur: https://www.egora.fr/actus-pro/societe/18541-contraception-les-egyptiens-avaient-tout-invente
7. Régulation des naissances. Université numérique francophone des sciences de la santé et du sport. [Internet]. [cité 8 févr 2021]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/regulation_naissances/site/html/1.html
8. Kassab SY. L'historique des méthodes de contraception à travers l'âge et le monde: la contraception en France au XXIème siècle, rôle du pharmacien d'officine. :146.
9. Biographie de Gabriel FALLOPE (1523-1562) [Internet]. [cité 8 févr 2021]. Disponible sur: https://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/fallope_g.htm
10. Universalis E. Biographie OGINO Kyusaku (1882-1975) [Internet]. Encyclopædia Universalis. [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: https://www.universalis.fr/encyclopedie/ogino/
11. Histoire de la contraception. Thèse pour doctorat de Pharmacie. [Internet]. [cité 8 févr 2021]. Disponible sur: http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20080073/2014PPHA3265/fichier/3265F.pdf
12. Lalou R. L'infanticide devant les tribunaux français (1825-1910). Communications. 1986;44(1):175-200.
13. Riché P. Les « Gouvernants » et les problèmes de population dans le Haut Moyen-Age (Ve-IXe siècles). Ann Démographie Hist. 1979;1979(1):301-9.
14. La marche vers la loi - Événements - Anniversaire loi Veil - Assemblée nationale [Internet]. [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: https://www2.assemblee-nationale.fr/14/evenements/2015/anniversaire-loi-veil/la-marche-vers-la-loi
15. Loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle - Légifrance.
16. Levy M-F. Le Mouvement français pour le planning familial et les jeunes. Vingtieme Siecle Rev Hist. 2002;no 75(3):75-84.
17. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique - Légifrance.
18. Repères chronologiques - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/pied-de-page/ressources/reperes-chronologiques/

?filter=65
19. Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. The Lancet. 14 juill 2012;380(9837):149-56.
20. Roche C. Contraception : quoi de neuf ? Réalités en Gynécologie Obstétrique. 2013;7.
21. La contraception dans le monde (2011). INED. [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-contraception-dans-le-monde/
22. Baromètre santé 2016 - Contraception - Santé Publique France. 2016;8.
23. Roux A, Ventola C, Bajos N. Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France. Sci Soc Sante. 22 sept 2017;Vol. 35(3):41-70.
24. Contraception - Un nouvel outil d'information pour mieux choisir sa méthode contraceptive - Santé Publique France. :9.
25. Ventola C. Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. Genre Sex Société [Internet]. 1 déc 2014 [cité 18 mars 2021];(12). Disponible sur: http://journals.openedition.org/gss/3215
26. de Guibert-Lantoine C, Leridon H. La contraception en France. Un bilan après 30 ans de libéralisation. Popul Fr Ed. 1998;53(4):785-811.
27. Gynécologie et santé des femmes. L'offre de soins. Prise en charge gynécologique - CNGOF [Internet]. [cité 5 févr 2021]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm#haut
28. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence - Inspection générale des affaires sociales [Internet]. [cité 5 févr 2021]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/media/disquemiroir/2015-06-09/UNF3Smiroir/campus-numeriques/maieutique/UE-sante-societe-humanite/104000049.pdf
29. Atlas de la démographie médicale 2020 - CNOM [Internet]. [cité 31 mars 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
30. Bajos et al. - 2014 - La crise de la pilule en France vers un nouveau .pdf [Internet]. [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19893/population.societes.2014.511.crise.pilule.fr.pdf
31. Gynécologie : qui fait quoi ? Le Monde.fr [Internet]. 27 déc 2017 [cité 9 févr 2021]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2017/12/27/gynecologie-qui-fait-quoi_5234867_4355770.html
32. Wu Y, Ho W, Huang Y, Jin D-Y, Li S, Liu S-L, et al. SARS-CoV-2 is an appropriate name for the new coronavirus. Lancet Lond Engl. 2020;395(10228):949-50.
33. Wong G, Liu W, Liu Y, Zhou B, Bi Y, Gao GF. MERS, SARS, and Ebola: The Role of Super-Spreaders in Infectious Disease. Cell Host Microbe. 14 oct 2015;18(4):398-401.
34. COVID-19 – Chronologie de l'action de l'OMS [Internet]. [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19
35. Point d'étape COVID19 de Santé Publique France : derniers chiffres concernant les établissements médicosociaux et les structures hospitalières [Internet]. VIDAL. [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/
36. Nombre de lits de réanimation, de soins intensifs et de soins continus en France, fin 2013 et 2019 - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/nombre-de-lits-de-reanimation-de-soins-intensifs-et-de-soins-continus-en-france-fin-2013-et
37. Évolution du nombre de décès entre le 1er mars et le 30 avril 2020 - Insee [Internet]. [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/4500439
38. Décret n° 2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19 - Légifrance. 2020-260 mars 16,

2020.
39. LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 - Légifrance. 2020-290 mars 23, 2020.
40. Etudes et Résultats - Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ? - DREES [Internet]. [cité 8 févr 2021]. Disponible sur: http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/129946/1/er1150.pdf
41. Casey SE, Tshipamba M. Contraceptive availability leads to increase in use in conflict-affected Democratic Republic of the Congo: evidence from cross-sectional cluster surveys, facility assessments and service statistics. Confl Health [Internet]. 8 mars 2017 [cité 10 févr 2021];11. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5341463/
42. Şimşek Z, Yentur Doni N, Gül Hilali N, Yildirimkaya G. A community-based survey on Syrian refugee women's health and its predictors in Şanliurfa, Turkey. Women Health. juill 2018;58(6):617-31.
43. Consensus sur la contraception : Mise à jour des lignes directrices en cas de pandémie et de périodes de bouleversements sociaux. SOGC [Internet]. [cité 8 févr 2021]. Disponible sur: https://sogc.org/common/Uploaded%20files/2020-04%20Contraception%20Consensus%20-%20Final%20Submitted_FR%20Apr30.pdf
44. Moiron-Braud E. Les violences conjugales pendant le confinement : évaluation, suivi et propositions - Mission interministérielle pour la protection des femmes contres les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. :85.
45. Planning Familial. Point presse sur l'avortement en temps de confinement : analyse de la situation du 30 mars au 19 avril 2020 par le Planning Familial [Internet]. Le planning familial. [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: https://www.planning-familial.org/fr/nvn/point-presse-sur-lavortement-en-temps-de-confinement-analyse-de-la-situation-du-30-mars-au-19
46. Légifrance. Arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.
47. Texte mis à jour sur l'activité de contraception en période d'épidémie - CNGOF [Internet]. [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: https://www.reseau-naissance.fr/medias/2020/03/Covid-19-CNGOF-CS-contraception-22032020.pdf
48. CNOM. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale - CNOM [Internet]. [cité 31 mars 2021]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/mobile.php
49. Insee. Toujours plus d'habitants dans les unités urbaines - Insee Focus - 210 [Internet]. [cité 31 mars 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/4806684
50. Insee. Panorama de l'Hérault - Le 2e département de la région en nombre d'habitants - Insee Analyses Occitanie - 11 [Internet]. [cité 31 mars 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908463
51. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19 - DREES [Internet]. [cité 27 avr 2021]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/ER%201162-te%CC%81le%CC%81consultation-BAT.pdf
52. Les généralistes, première ligne invisible face au Covid-19 [Internet]. Les généralistes, première ligne invisible face au Covid-19. [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: https://theworldnews.net/fr-news/les-generalistes-premiere-ligne-invisible-face-au-covid-19
53. Plus de 1,5 million de patients pris en charge par les généralistes pour Covid-19 selon une enquête de MG France [Internet]. Le Généraliste. [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/plus-de-15-million-de-patients-pris-en-charge-par-les-generalistes-pour-covid-19-selon-une-enquete
54. Coronavirus : comment vous avez aménagé votre salle d'attente [Internet]. Le Généraliste. [cité 28 avr 2021]. Disponible sur:

https://www.legeneraliste.fr/archives/coronavirus-comment-vous-avez-amenage-votre-salle-dattente
55. Covid19 : 14 % des médecins généralistes sans le moindre masque selon une enquête du CNGE [Internet]. Caducee.net. [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: https://www.caducee.net/actualite-medicale/14825/covid19-14-des-medecins-generalistes-sans-le-moindre-masque-selon-une-enquete-du-cnge.html
56. Durupt M, Bouchy O, Christophe S, Kivits J, Boivin J-M. La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. Sante Publique (Bucur). 27 oct 2016;Vol. 28(4):487-97.
57. Le rapport à la téléconsultation des médecins généralistes depuis le début de la pandémie Covid-19 en région PACA [Internet]. [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03153662/document

Annexes

Annexe 1 : Recommandations du CNGOF

C N G O F

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

Texte mis à jour sur l'activité de contraception en période d'épidémie.
(22 mars 2020)

Pour toute information complémentaire ou situation particulière spécifique à cette situation, vous pouvez envoyer votre question sur l'adresse aubert.agostini@ap-hm.fr

Consultation pour contraception durant l'épidémie de COVID

Contexte : la situation épidémique actuelle nous amène à concilier les éléments majeurs suivants :

- Assurer la couverture contraceptive des patientes.

- Limiter les déplacements, les contacts entre patientes et les contacts avec les soignants.

- Eviter un report des consultations vers les hôpitaux.

Pour cette raison, le CNGOF a émis les propositions suivantes qui sont valables uniquement dans le contexte actuel de confinement et peuvent évoluer.

Il est conseillé d'organiser les demandes de consultation pour contraception de la manière suivante :

- Eviter une consultation présentielle en première intention sauf cas particuliers et préférer une téléconsultation (téléphone, visiophone, Skype ou similaire, messages écrits en cas de déficit auditif).
- La consultation présentielle pour contraception chez une femme présentant des symptômes de COVID doit être reportée après la fin de la période contaminante.

1. (Télé)Consultation pour renouvellement ou suivi de contraception

La surveillance habituelle des femmes sous contraceptif est annuelle.

Le renouvellement des ordonnances de contraception hormonale (pilule, patch, anneaux) est possible par le pharmacien 6 mois après la date de validité des ordonnances. Dans le contexte actuel, le décret autorise les pharmacies à délivrer les médicaments pour 3 mois même si l'ordonnance est périmée.

La téléconsultation est acceptable pour le renouvellement de la contraception hormonale (pilule, patch, anneaux).
Comme en présentiel, il est recommandé de vérifier l'absence de contre indications survenues depuis la dernière prescription hormonale (accident thromboembolique, âge/tabac) ainsi que d'éventuelles interactions médicamenteuses.
La prescription pourra être faite pour 6 mois afin de tenir compte des difficultés de rendez vous lors de la sortie de l'épidémie.

La prise de tension artérielle associée à un suivi ou à un renouvellement de contraception oestroprogestative peut être reportée de quelques mois ou être faite par un autre professionnel de santé (pharmacien.ne) ; Il peut ainsi être précisé sur l'ordonnance « à délivrer sous réserve d'une tension artérielle inférieure à 14/8 ».
Il est également possible de réaliser une automesure de la tension artérielle à domicile (https://www.ameli.fr/assure/sante/bons-gestes/petits-soins/prendre-tension-arterielle-domicile).

La téléconsultation est acceptable pour un suivi de contraception par LARC (implant contraceptif, DIU). Le changement d'un LARC peut être reporté de quelques mois, la durée de son efficacité allant au delà de l'AMM selon les études.

Rappel des dates limites et des principes de renouvèlement (LARC) :

DIU cuivre AMM 5 ans /10 ans selon les modèles mais possible 10 ans voire 12 ans.
Kyleena 5 ans (pas d'étude au delà)
Mirena 5 ans possible 7 ans
Nexplanon 3 ans possible 5 ans
Il est inutile de changer les DIU cuivre au delà de 40 ans
Il est inutile de changer les DIU LNG au delà de 45 ans

2. (Télé)Consultation pour initiation de contraception

Une téléconsultation est acceptable pour une initiation de contraception hormonale (pilule, patch, anneaux).

Comme en présentiel, il est recommandé de vérifier l'absence de contre indications (accident thromboembolique, âge/tabac) afin d'évaluer les facteurs de risques en particulier cardiovasculaires. En cas de doute, il est préférable de prescrire un contraceptif progestatif microdosé.

La prise de tension artérielle associée à une prescription de contraception oestroprogestative peut être réalisée par le pharmacien au moment de la délivrance en précisant sur l'ordonnance « à délivrer sous réserve d'une tension artérielle < 14/8 ».
En période épidémique, il n'est pas souhaitable de refuser l'initiation d'une contraception oestroprogestative si la seule raison est l'absence de mesure préalable de la tension artérielle.

Un bilan biologique préalable est inutile en l'absence de facteurs de risque cardiovasculaire et si la patiente a moins de 35 ans.
L'examen gynécologique préalable est inutile en l'absence de signe d'appel.

Une consultation à distance permet d'évaluer si la pose d'un DIU ou d'un implant est possible et de la programmer dans les meilleures conditions en fonction du cycle ou de la contraception en cours. Une téléconsultation préalable permet de préparer la pose de LARC, d'éviter une attente prolongée en salle d'attente et de limiter le temps de la consultation à la pose du LARC.

La recherche de chlamydiae chez les moins de 25 ans ou présentant des facteurs de risque peut être faite au moment de la pose du DIU.

3. (Télé)Consultation pour changement de contraception

Il convient de discuter lors de la consultation à distance avec la patiente de l'urgence à changer sa contraception pour les 3 mois à venir. Si un changement de contraception est envisagé, il est proposé d'agir comme pour une initiation de contraception.

4. Contraception d'urgence

Il est conseillé d'associer une prescription systématique de contraception d'urgence hormonale.

Il convient de rappeler aux femmes que la contraception d'urgence hormonale (Norlevo et EllaOne) est disponible sans ordonnance en pharmacie et doit être prise au plus vite après un rapport à risque. Elle est gratuite pour les mineures en pharmacie et dans les CPEF.

Les préservatifs « EDEN » et « Sortez couverts » sont disponibles en pharmacie avec une ordonnance pour un remboursement.

5. Points complémentaires

L'ensemble des prescriptions de contraceptif, biologie et échographie peuvent être fait par voie dématérialisée vers la patiente ou le soignant ou le pharmacien.

Compte tenu des recommandations de confinement, les autorités de santé et la CPAM ont mis en place la facturation de la consultation à distance.

Ces propositions ne modifient pas les mesures spécifiques pour la prise en charge des mineures en terme de confidentialité et de gratuité.

Aubert Agostini

Responsable commission Orthogénie Contraception et Santé sexuelle du CNGOF

Annexe 2 : Questionnaire

Evaluation des pratiques sur l'activité de la contraception en période de confinement lié à l'état d'urgence sanitaire, du 17 Mars au 11 Mai 2020, par les médecins généralistes installés dans l'Hérault.

Bonjour, dans le cadre de ma thèse, je réalise une enquête sur la pratique des consultations liées à la contraception, durant le 1er confinement. Il ne teste aucune connaissance théorique, il s'agit simplement de recueillir vos pratiques durant cette période. Le questionnaire est totalement anonyme, très court, il nécessite 2 à 3 minutes maximum ! Je vous remercie vivement pour votre participation !

Si vous souhaitez me contacter ou recevoir les résultats de l'étude, merci de m'envoyer un mail.

I. Profil médecins :

1. Êtes-vous :
   - Installé ou salarié**, depuis plus d'un an** ?
   - Installé ou salarié, **depuis moins d'un an** ? -> fin de l'étude.
   - remplaçant ou interne ? -> fin de l'étude.

2. Êtes-vous :
   - un homme
   - une femme

3. Quel âge avez-vous : … ans.

4. Dans quel type de secteur exercez-vous votre activité professionnelle :
   - rural (< 2 000 hab)
   - semi-rural (2000 à 5000 hab)
   - urbain (> 5 000 hab)

II. **<u>D'une façon générale</u>, durant le 1er confinement, <u>vos consultations liées à la contraception</u> :**

5. … Ont-elles été réalisées à distance (téléconsultation, téléphone, mails...) ? :
   - Oui, la plupart du temps (75 à 100% des consultations)
   - Oui, souvent (50 à 75% des consultations)
   - Oui, de temps en temps (25 à 50% des consultations)
   - Oui, rarement (<25% des consultations)

- Non -> fin de l'étude.
- NC (vous n'avez pas réalisé de consultation en lien avec la contraception) -> fin de l'étude.

6. … Celles en **présentiel** chez les patientes présentant des symptômes de covid, ont-elles été reportées à la fin de la période contaminante ?

   - Oui, de façon systématique
   - Oui, de façon non systématique
   - Non, la ou les consultations ont été maintenues.
   - NC (la situation ne s'est pas présentée)

III. Pour les renouvellements ou suivi de contraception hormonale (pilules, patch, anneau), réalisés à distance, durant le 1er confinement :

7. . Avez-vous procédé à un interrogatoire à la recherche de contre-indications survenues depuis la dernière prescription du contraceptif (accident thrombo-embolique, âge/tabac, interactions médicamenteuses) ?
   - oui, de façon systématique
   - oui, de façon non systématique
   - non
   - NC (la situation ne s'est pas présentée)

8. Pour quelle durée en général avez-vous réalisé vos prescriptions ?
   - < 3 mois
   - 3 mois
   - 6 mois
   - > 6 mois
   - NC (la situation ne s'est pas présentée)

IV. Pour les renouvellements ou suivi de contraception par LARC (Contraception Réversible de Longue durée d'Action : implant contraceptif, DIU), réalisés à distance, durant le 1er confinement :

9. Comment avez-vous procédé en cas de survenue de fin de validité du contraceptif durant la période du confinement ?
   - Changement du dispositif en programmant la consultation en présentiel lors de la consultation à distance
   - Report du changement du dispositif de quelques mois
   - NC (la situation ne s'est pas présentée)

V. Pour les demandes de changement de moyen de contraception, réalisées à distance, durant le 1er confinement :

10. Avez-vous proposé de différer ce changement au vu de la situation sanitaire, en continuant dans l'attente le moyen contraceptif déjà en place ?
    - Oui, la plupart du temps ou de façon systématique (>50 % des consultations)
    - Oui, parfois (<50% des consultations)
    - Non.
    - NC (la situation ne s'est pas présentée)

VI. Pour les consultations d'initiation de contraception hormonale (pilules, patch, anneau), réalisées à distance, durant la période du 1er confinement :

11. Avez-vous procédé à un interrogatoire à la recherche de contre-indication (accident thrombo-embolique, âge / tabac) ?
    - oui, de façon systématique
    - oui, de façon non systématique
    - non
    - NC (la situation ne s'est pas présentée)

12. Avez-vous demandé un bilan biologique préalable ?
    - oui, la plupart du temps ou de façon systématique
    - non, sauf pour les patientes âgées de plus de 35 ans et / ou présentant des facteurs de risque cardio vasculaire
    - non
    - NC (la situation ne s'est pas présentée)

13. Avez-vous organisé une consultation en présentiel pour réalisation d'un examen gynécologique ?
    - oui, la plupart du temps ou de façon systématique
    - non, sauf en cas de signe d'appel
    - non
    - NC (la situation ne s'est pas présentée)

14. Avez-vous refusé une prescription initiale de contraceptif oestroprogestatif en raison d'absence de mesure préalable de la TA ?
    - Oui, mais ce n'était pas la seule raison
    - Oui, sans autre raison
    - Non
    - NC (la situation ne s'est pas présentée)

Serment d'Hippocrate

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Objectifs : Le 17 Mars 2020, une mesure inédite de confinement sanitaire national a été instaurée afin d'enrayer la pandémie liée au virus Covid-19. Le CNGOF a émis des recommandations afin de guider les professionnels de santé lors des consultations en lien avec la contraception dans ce contexte. Notre étude visait à évaluer le suivi de ces recommandations par les médecins généralistes de l'Hérault, acteurs majeurs dans la prise en charge de la contraception.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude observationnelle quantitative rétrospective, interrogeant la période du 17 Mars au 11 Mai 2020. Un auto-questionnaire en ligne de 14 questions a été diffusé via le CDOM aux 1153 médecins généralistes de l'Hérault installés depuis plus d'un an.

Résultats : 77 individus ont été inclus parmi les 106 répondants au questionnaire. La téléconsultation pour contraception a été pratiquée par 82% des répondants, dont 52% à raison de plus de 50% du temps. 100% des médecins ont réalisé un interrogatoire avant initiation de contraception hormonale lors des téléconsultations. 39,5% des médecins ont maintenu les consultations en présentiel en cas de symptômes de covid.

Conclusion : Cette étude de faible puissance a mis en évidence une organisation rapide et efficace des médecins généralistes pour faire face à la crise sanitaire et permettre la continuité des soins en sécurité, notamment dans le domaine de la contraception. Il serait intéressant de poursuivre la recherche en explorant le champ du développement de la téléconsultation, y compris en interrogeant le vécu des patientes durant cette période.

Mots-clés : confinement, Covid-19, médecins généralistes, contraception, recommandations.