



HAL
open science

Consultation de suivi de contraception en médecine générale : pratiques et contenu de l'interrogatoire des médecins généralistes en Aquitaine

Lauren Ausset

► To cite this version:

Lauren Ausset. Consultation de suivi de contraception en médecine générale : pratiques et contenu de l'interrogatoire des médecins généralistes en Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03287527

HAL Id: dumas-03287527

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03287527>

Submitted on 15 Jul 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.



U.F.R des sciences médicales

Année 2021

Thèse n°77

Thèse pour l'obtention du

Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement

par Lauren Ausset

née le 27 décembre 1991 à Paris

Le 28 Juin 2021

Consultation de suivi de contraception en médecine générale: pratiques et contenu de
l'interrogatoire des médecins généralistes en Aquitaine

Sous la direction de : Madame le Docteur Pauline Boninsegni
Monsieur le Docteur Emmanuel Prothon

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph
Monsieur le Professeur William Durieux
Monsieur le Professeur Philippe Castera
Madame le Docteur Lajzerowicz Céline

Président du Jury
Juge et Rapporteur
Juge
Juge

Table des matières

Remerciements.....	4
Liste des abréviations.....	6
I/ Introduction.....	7
1/ Les différents modes de contraceptions en France.....	7
2/ Historique de la contraception.....	7
3/ Méfiance à l'encontre de la contraception hormonale : effets secondaires et "anti-naturel".....	8
4/ Femmes actrices de leur contraception.....	9
5/ Les différents prescripteurs en France.....	10
6/ Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes.....	11
7/ La place de la primo prescription et du suivi.....	12
II/ Matériel et méthode.....	14
1/ Justification et objectifs de l'étude.....	14
2/ Choix de la méthode.....	14
3/ Déroulement de l'étude.....	14
4/ Mode de recrutement.....	14
5/ Questionnaire.....	15
6/ Analyse des données	16
7/ Dimensions éthiques.....	16
III/ Résultats.....	17
1/ Diagrammes des réponses obtenues.....	17
2/ Description de la population de Maîtres de stage universitaires.....	19
3/ Description du profil des patientes interrogées.....	21
4/ Description de l'interrogatoire par les MSU selon les trois axes principaux.....	21

A/ La durée.....	21
B/ Le nombre d'items abordés.....	24
C/ Le nombre d'effets secondaires abordés.....	25
5/ Résultats annexes.....	27
A/ L'accompagnant est-il présent?	27
B/ Le MSU est-il le prescripteur habituel?.....	27
C/ Qui réalise le suivi gynécologique?	28
D/ Le nombre d'items abordés varie-t-il selon certains critères liés au MG?...29	
E/ Le nombre d'ES abordés varie t-il selon certains critères liés au médecins?31	
F/ Le nombre d'items et d'ES abordés varie-t-il selon l'âge de la patiente?...34	
G/ Pour combien de temps la contraception est-elle renouvelée?.....35	
H/ Les patientes qui n'ont pas changé de mode de contraception au cours de la consultation semblent-t-elles satisfaites de leur contraception?.....36	
IV/ Discussion	38
1/ Analyse et commentaires des résultats.....	38
2/ Points faibles de l'étude.....	41
3/ Points forts de l'étude.....	43
V/ Conclusion	44
VI/ Bibliographie.....	46
VII/ Annexes.....	50
1/ Mail de présentation.....	50
2/ Questionnaire.....	52
3/ Auto questionnaire de non contre indication à la pratique d'un sport de la Société Française de Médecine du Sport.....	54
4/ Diagrammes annexes.....	56
5/ Auto questionnaire de suivi de prescription de contraception.....	58

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph,

Vous qui me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et qui m'avez permis de conduire comme je le souhaitais le parcours de mon internat, veuillez recevoir l'expression de ma plus grande reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Durieux,

A vous qui avez accepté d'être à la fois rapporteur et jury de ce travail, je vous prie d'accepter l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur Le Professeur Philippe Castera,

A vous qui m'avez fait découvrir l'entretien motivationnel et qui avez accepté de faire partie du jury, soyez assuré de toute ma gratitude.

A Madame Le Docteur Céline Lajzerowicz,

Vous qui me faites l'honneur de juger ce travail veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Pauline Boninsegni, ma directrice de thèse

Je te remercie sincèrement Pauline pour ta bienveillance, ton accompagnement, ton aide jusque dans les moindres détails pour ce travail et pour l'exemple de médecin généraliste que tu représentes à mes yeux : juste, à l'écoute et scrupuleuse.

A Monsieur Le Docteur Prothon, mon codirecteur de thèse

Merci Emmanuel d'avoir permis à ce travail de voir le jour ; merci de ton aide précieuse, de tes conseils, de ta patience, de ta disponibilité et de ta gentillesse. Merci d'avoir co-guidé ce travail du haut de ton expérience universitaire.

A mes parents,

Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous avez fait pour moi tout au long de ce long parcours parfois tumultueux et pour ce qui l'a précédé et qui m'a permis de l'aborder avec détermination, volonté et équilibre. Merci d'avoir été à la fois et successivement mon soutien, mon carburant, mon réconfort. Merci pour votre dévouement, vos encouragements. Et merci de m'avoir accompagnée dans les moments difficiles et surtout dans tous les moments heureux.

A ma grande soeur, Annabel,

Merci d'avoir été là, toujours présente quand il a fallu. Merci de tes bons conseils, de toutes tes attentions et de tes mots réconfortants et dynamisants. Merci pour ton aide inestimable pour le maniement des chiffres de cette thèse, merci pour tout le temps que tu y as passé pour

m'aider, merci de l'avoir fait de bon coeur, je ne sais pas comment ce travail aurait pu se faire sans ton aide.

A Stéphane, mon référent statistique,

Merci infiniment Stéphane de m'avoir proposé ton aide et de m'avoir guidée, corrigée et conseillée tout au long de ce travail. Merci pour cet InterCHU à Tahiti qui nous a permis de nous rencontrer.

A Fanny,

Merci d'avoir été ma première amitié de cet internat et de partager avec moi encore aujourd'hui des bons moments. Merci d'avoir su me rassurer sur le parcours de la thèse et de m'avoir ré-appris à me servir de l'indomptable logiciel de gestion de références.

A ma famille,

Merci à tous ceux qui se reconnaîtront de m'avoir soutenu et de m'avoir fait vivre de très bons moments pendant ces études.

A mes amis,

Merci à tous mes amis qui ont rendu ce parcours gai et aventureux.

Et merci à tous ceux qui m'ont permis de faire de cet internat l'aventure qu'elle a été : à Villeneuve sur Lot, à Bergerac, à Dax, en Nouvelle Calédonie, à Bordeaux, à Tahiti et pendant mon année de disponibilité de laquelle j'ai beaucoup appris et profité!

Liste des abréviations

MSU : maître de stage universitaire

DIU : dispositif intra-utérin

CH : contraception hormonale

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

MG: médecin généraliste

HAS : haute autorité de santé

PMI : protection maternelle et infantile

IST : infection sexuellement transmissible

FDA : food and drug administration (agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux)

ES : effets secondaires

DU : diplôme universitaire

CO: contraception orale

SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise

HPV : papillomavirus humain

ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique

I/ Introduction

1/ Les différents modes de contraception en France

La prévalence contraceptive en France est élevée (7 femmes sur 10 de 15 à 49 ans) et plus de 9 femmes sur 10 ne souhaitant pas de grossesse utilisent une contraception. Comme dans plusieurs autres pays européens la contraception orale (ou pilule) est le mode de contraception le plus utilisé représentant 45% des femmes ayant une contraception. (1)(2)

Les deux autres moyens les plus utilisés sont le dispositif intra utérin (DIU) et le préservatif masculin.

Le schéma classique de contraception en France qualifié de "norme contraceptive" est tel que suit : recours au préservatif en début de vie sexuelle, utilisation de la contraception orale (CO) dès que la vie sexuelle se régularise puis utilisation du dispositif intra-utérin comme alternative à la pilule à partir de 30 à 35 ans, une fois que les femmes ont eu au moins un enfant. (3)

On note que depuis les années 2000 l'utilisation de la pilule a diminué au profit d'autres méthodes hormonales (implant, anneau vaginal, patch contraceptif) dont la plus utilisée est l'implant. Ces modes de contraception concernent 5% des femmes ayant une contraception.

L'utilisation du préservatif est en augmentation et concerne 60% des femmes entre 15 et 17 ans dont 15% en association avec la pilule.

La contraception définitive ne concerne que 3,9% des femmes et 0,3% des hommes.

Les méthodes naturelles (le coït interrompu, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée et les méthodes visant à identifier la période de l'ovulation de manière à éviter d'avoir des rapports sexuels féconds à ce moment-là) sont utilisées par 6% des femmes, un chiffre stable depuis les années 2000.

Environ 3% des femmes ne souhaitant pas être enceintes n'utilisent aucune contraception.

2/ Historique de la contraception

Les dates retraçant l'histoire de la contraception en France sont : (4)

–la loi du 31 juillet 1920 qui "réprime la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle"

–1956 : invention de la pilule contraceptive par le Dr Grégory Pincus professeur américain diplômé de l'université de Harvard.

–1960 : création du planning familial avec pour objectifs l'information sur la sexualité, l'abrogation de la loi 1920 et l'importation des produits anticonceptionnels

–1967 : légalisation de la pilule contraceptive avec la loi Neuwirth signée par le général De Gaulle perçue comme une véritable révolution dans la vie sexuelle des Français et ayant préparé le terrain de la loi Veil

–1974 : remboursement de la pilule contraceptive

–1975 : loi Veil légalisant l'avortement

–1999 : accès à la pilule du lendemain sans prescription

Le préservatif, quant à lui, est utilisé depuis plusieurs millénaires. Une statuette vieille de 6000 ans montre déjà un Egyptien muni d'un "étui" contraceptif. La première preuve de

l'utilisation du "préservatif " en Europe remonte vers 100-200 de notre ère, sur des peintures pariétales à Lascaux II en France.

3/ Méfiance à l'encontre de la contraception hormonale : effets secondaires et "anti-naturels"

Si la contraception hormonale (CH), à ses débuts, a marqué une véritable révolution dans le mode de vie et l'activité sexuelle des femmes, elle est l'objet aujourd'hui, avec la grande diffusion et la banalisation de la prescription, d'appréhensions voire même de rejet de la part de nombreuses d'entre elles pour des raisons diverses (volonté de retour au «sans hormone», inquiétude des effets secondaires...).

Suite à la polémique autour des pilules contraceptives de 3ème génération (en décembre 2012, suite au dépôt de plainte d'une patiente ayant été victime d'un accident vasculaire cérébral qu'elle imputait à la prise d'une pilule de 3ème génération) les pilules de 3ème et 4ème génération ont été largement décriées. Pour rappel, les pilules de troisième génération sont composées d'éthinylestradiol (oestrogène présent également dans les pilules de première, deuxième et quatrième génération) et d'un progestatif qui peut être soit désogestrel soit norgestimate soit gestodène. La médiatisation des risques cardiovasculaires et thromboemboliques liés à ces pilules a conduit à une diminution de leur prescription et de leur vente. Les femmes ont pris conscience que la pilule oestroprogestative est un médicament comportant des risques.

Cette controverse a probablement contribué à faire émerger un nouveau rapport entre utilisatrice et soignant, donnant une place plus importante à l'information et aux préférences des femmes.(5)

Les appréhensions aujourd'hui concernent surtout l'infertilité, les modifications hormonales, la prise de poids, les troubles de l'humeur.(6)

Les principaux effets secondaires possiblement imputables à la CH et reconnus sont (hormis les événements cardiovasculaires et thromboemboliques) : acné, spotting (saignements sporadiques en dehors des règles), prise de poids, troubles de la libido, céphalées, infections génitales basses, sécheresse vaginale, mastodynies, syndrome menstruel (mastodynies, douleurs pelviennes), variation de l'appétit, troubles de l'humeur.

Cependant ces effets sont très variables selon les patientes et certains également très difficiles à étudier étant donné les nombreux biais pouvant fausser les résultats.

Par exemple, en ce qui concerne les troubles de la libido, la subjectivité d'étiqueter "trouble du désir" une baisse momentanée d'une activité sexuelle est variable selon chaque femme. En effet, leurs idées préconçues sur la pilule oestro progestative, leur adhésion au traitement, leur mode de vie : célibat, emploi, parents, le type de pilule, la durée de prise du traitement, les antécédents (syndrome dépressifs)...sont autant de facteurs confondants expliquant qu'aucune étude aujourd'hui ne prouve un lien défini avec la prise d'une CH.(7) (8)

Ceci est aussi applicable aux troubles de l'humeur (9) et la prise de poids.(10)

Toutefois l'absence de lien établi n'écarte pas une possible imputabilité à la CH et doit continuer d'être recherchée par le professionnel de santé.(11) Par exemple, un lien entre troubles de l'humeur, asthénie, est apparu plausible selon un article publié dans la revue "Prescrire" en 2017 avec une part plus importante de prise d'anxiolytiques et anti-dépresseurs, de retrait et d'hospitalisations toutes causes confondues avec le DIU Mirena®.(12)

Ces différentes problématiques sont abordées et détaillées dans un mémoire du DIU de gynécologie et obstétrique pour les médecins généralistes à Bordeaux reprenant la

physiopathologie du cycle féminin, les modifications hormonales de la CH et les effets secondaires éventuels. (13)

4/ Femmes actrices de leur contraception

Les femmes aujourd'hui ne dépendent pas uniquement de l'avis des professionnels de santé pour se renseigner, s'approprier et se faire un avis sur leur contraception. Elles disposent d'autres moyens à leur disposition : internet (mise à disposition de fiches, de sites ludiques pour le choix, les questionnements), applications sur leur téléphone (ex : sympto thermie) pour un suivi simplifié de la physiologie du cycle féminin : ovulation, date des règles, flux sanguin, période de fertilité...

Par exemple l'application Natural Cycles® fondée par deux chercheurs suédois, Elina Berglund et Raoul Scherwitzl, payante, sur abonnement, fonctionne sur le principe d'aider les femmes à repérer les différentes phases de leur cycle. Elle serait utilisée aujourd'hui par 800 000 femmes. Une étude réalisée par leur équipe (avec conflits d'intérêts déclarés) menée sur 15 570 d'entre elles aurait permis de constater un taux d'échec lié à ce mode de contraception naturelle de seulement 1,8% en théorie et 7% en pratique. Un chiffre plus faible que celui du préservatif (qui a un indice de Pearl de 2 théorique et 15 en pratique). La Food and Drug Administration (FDA) a décidé d'autoriser l'application à communiquer et faire de la publicité en tant que moyen de contraception. C'est aujourd'hui la seule application à avoir cette autorisation.(14)

Selon l'OMS l'indice de Pearl pratique de la CO est de 8 et de 20 pour les méthodes naturelles. (15) Les méthodes naturelles regroupent : retrait, Ogino, Billings, trousse de prévision d'ovulation, température. L'application est conçue avec un algorithme se basant principalement sur la température, la chronologie des cycles antérieurs de chaque femme et autres symptômes (humeurs, mastodynies, etc...). Le but étant que chaque femme apprenne à connaître son cycle avec l'aide de l'application qui lui indique alors quand utiliser un préservatif.(16)

D'autres femmes en revanche s'informent peu, ne sont pas au courant des différents modes de contraception, dépendent beaucoup de leur médecin.

D'autres encore n'osent pas en parler.(17)

Dans ces différents cas de figure, que la patiente soit bien informée ou peu informée, le rôle du professionnel de santé est important. Savoir conseiller, savoir questionner, savoir critiquer, reconnaître un effet secondaire, savoir le chercher, savoir poser la question, savoir rassurer la patiente, savoir remettre en question ses idées préconçues et savoir l'écouter...

On peut aussi souligner que les femmes sont seules actrices de la contraception dans le couple et que la place laissée à l'homme est moindre. Ceci se reflète dans l'industrie pharmaceutique qui a essentiellement investi dans la recherche de contraception féminine (aujourd'hui la majorité des méthodes contraceptives sont féminines) et la gestion de la contraception est assumée majoritairement par les femmes. Outre le fait de limiter la possibilité de choisir sa méthode, la norme contraceptive française fait de la gestion mentale et matérielle de la fécondité du couple un domaine essentiellement féminin. La « crise des pilules » a, dans une certaine mesure, été l'occasion d'interroger la responsabilité masculine en matière de contraception. La responsabilité contraceptive, ainsi que les effets indésirables associés à certaines méthodes, doivent-ils être exclusivement supportés par les femmes ? (18) Cela n'a cependant pas toujours été le cas : jusqu'au début des années 1970 les méthodes les plus répandues étaient la continence périodique («méthode Ogino» ou bien «méthode des températures»), nécessitant une forme de collaboration dans le couple, et le retrait avant éjaculation.

Il faut tout de même ne pas laisser de côté un objet considéré auparavant comme masculin : le préservatif. Mais la diffusion de son utilisation à la fin des années 1980, dans le contexte de l'épidémie de SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), a cependant entraîné une métamorphose de cet objet dont l'utilisation a très rapidement reposé sur les femmes, déjà «agents de santé» de la contraception.

Quoiqu'il en soit, il demeure un objet marginal aujourd'hui au sens où il reste lié à certains types de sexualité : la première fois et les relations ponctuelles en particulier.(19)

Plus de cinquante ans après la loi Neuwirth, qui a permis une diffusion massive de la contraception, la médicalisation et la féminisation qui l'ont accompagnée semblent aujourd'hui de plus en plus questionnées.

5/ Les différents prescripteurs en France

Les acteurs qui sont concernés par notre étude sont les médecins généralistes (MG). En pratique on constate que les médecins généralistes considèrent que le suivi gynécologique fait partie de leurs missions. Cependant, les évaluations des pratiques montrent que tous n'ont pas complètement investi la prise en charge gynécologique.

Dans une thèse évaluant la pratique de la gynécologie en médecine générale, publiée en 2010, les médecins déclarent effectuer le plus fréquemment des prises en charges ne nécessitant pas d'examen gynécologique (instauration de contraception, prescription de mammographie, vaccination anti-HPV, information sur la prévention et le dépistage). (20)

Par exemple, pour les dépistages du cancer du col de l'utérus, 52% des médecins généralistes déclaraient que « cela faisait partie de leur rôle »(21). Cependant, certaines études ont montré une toute autre réalité. Ainsi, l'étude CRISAP Ile-de-France réalisée en 2002 a révélé que les frottis étaient prélevés dans 96% des cas par un gynécologue et dans 4% des cas par un généraliste.(22)

Un constat similaire a été fait pour les suivis de grossesse.(23)

Depuis 2009 les sages-femmes sont aussi habilitées à prescrire la contraception sous toutes ses formes et en primo prescription selon le Code de Santé Publique.(24)

Un décret de 2012 autorise les pharmaciens à dispenser une contraception orale pour six mois supplémentaires et à condition que l'ordonnance expirée date de moins de un an.(25)

Depuis 2012 également, les infirmiers exerçant dans des établissements de soins, de PMI (Protection Maternelle et Infantile), d'établissements d'enseignement du second degré, des centres de planification familiale, peuvent renouveler une contraception orale à condition que l'ordonnance date de moins d'un an et de mentionner "Renouvellement infirmier" ainsi que la date et la durée du renouvellement sur l'ordonnance originale.

Depuis 2016 les infirmiers des établissements d'enseignement secondaire sont aptes à délivrer à une lycéenne une contraception d'urgence.(26)

Les médecins généralistes et les sages-femmes font face à une demande toujours plus importante de suivi gynécologique. La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) prévoyait entre 2002 et 2020 une baisse de 33% de l'effectif des gynécologues. (27)

Dans une enquête de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) réalisée en 2011, on constatait une diminution de l'offre de soins en

gynécologie médicale, avec à l'inverse une forte croissance des échographistes exclusifs et des gynécologues chirurgiens. Au 1er janvier 2011, les effectifs ne permettaient qu'à 25% des femmes d'avoir accès à un gynécologue médical, et parmi les femmes ayant un suivi gynécologique, 20% étaient suivies par un médecin généraliste.(28)

Le médecin généraliste est donc un des multiples acteurs dans le suivi gynécologique aujourd'hui. Ceci est d'autant plus vrai que les femmes ne semblent pas réticentes à l'idée de se faire suivre par leur MG (près de la moitié accepteraient les gestes courants du suivi habituel de gynécologie) selon une thèse quantitative soutenue en 2013 à Amiens et réalisée auprès des patientes. (29)

On s'aperçoit de la pluralité des acteurs concernant la prise en charge de la contraception. Cette multiplicité d'intervenants est à la fois confortable pour la patiente qui a un large choix parmi les professionnels qualifiés, mais à la fois source de confusion probablement. Ceci est aussi vrai pour les MG dont la place dans le suivi gynécologique de la patiente n'est pas définie. Le morcellement de cette prise en charge est responsable de suivis plus compliqués à gérer.

6/ Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes

Le bon déroulé de la prise en charge de la contraception peut être freiné non seulement par des déterminants propres aux usagères mais aussi par des déterminants liés aux professionnels de santé (pratiques, informations et formations, représentations...) selon la HAS.(30)

A ce constat on retrouve plusieurs raisons : selon la HAS

- la formation insuffisante : formation initiale insuffisante, obsolescence rapide des connaissances techniques dans un domaine en pleine transformation et manque de formation sur l'abord des questions de sexualité, persistance d'idées reçues et de pratiques classiques voire stéréotypées.
- Difficulté de positionnement des médecins généralistes par rapport aux autres intervenants (comme souligné plus haut)
- Difficulté du médecin de se retrouver en marge de sa position thérapeutique habituelle : d'une part le soignant prescrit la méthode qu'il juge la plus efficace, d'autre part la femme reste perçue comme une patiente alors qu'elle n'est pas malade.
- Contrainte de temps pour recueillir toutes les informations nécessaires à la prescription contraceptive : les conditions actuelles d'exercice et de paiement à l'acte se prêtent mal à une consultation contraceptive autre que la primo-contraception dont la surcotation ne concerne que les 15-18 ans.
- Influence des industriels du médicament : pression de l'industrie pour influencer les prescripteurs, les leaders d'opinion et les médias.

Une thèse rédigée en 2017 à Amiens reprend également ces facteurs influençant la pratique d'une activité gynécologique chez les médecins généralistes de la Somme au travers d'une étude qualitative par entretiens semi dirigés interrogeant les MG. Il en ressort que, même si les médecins interrogés sont très attachés à la dimension holistique de la médecine et la prise en charge complète de leurs patientes, leur pratique reste néanmoins variable, affectée par la charge de travail et le lieu d'exercice. Selon eux, une meilleure information des femmes sur les compétences des médecins généralistes dans le suivi gynécologique et une politique

incitative de l'assurance maladie permettraient de renforcer la place du médecin généraliste parmi les acteurs du suivi de la femme.(31)

Les difficultés rencontrées par les MG ont été également étudiées au travers d'une thèse qualitative par entretiens semi dirigés de 2014 "La prescription et le suivi de la contraception : difficultés rencontrées par le médecin généraliste". Une des conclusions de ce travail est que la prescription et le suivi de la contraception avec une approche centrée sur le couple demande du temps que les MG ne sont pas prêts à investir sans soutien ni contrepartie. (32)

L'idée de la difficulté d'aborder le thème de la sexualité en consultation de médecine générale est étudiée au travers d'une thèse quantitative de 2018 sur environ 1000 MG en France. Elle conclut qu'une minorité de MG abordent la sexualité en consultation du fait du manque de temps, du manque d'intérêt, de la gêne, du manque de formation, de l'appréhension de la réaction de la patiente. (33)

Enfin et surtout, c'est la confrontation entre la vision du professionnel et celle de la patiente qui met en lumière ces difficultés. En effet, le dernier état des lieux de la HAS sur les pratiques contraceptives stipule que les médecins ont des "conceptions mécanistes du corps et hypermédicalisent la contraception. Il apparaît logique de privilégier les moyens de contraception ayant l'efficacité théorique maximale ce qui peut s'avérer contre-productif si les besoins de la femme et de l'homme ne sont pas pris en compte."

En résumé, «Le médecin qui doit assurer les consultations de contraception est peu formé pour assumer un tel rôle, et les femmes concernées peuvent se montrer réticentes à dévoiler certains aspects de leur vie. Ces consultations nécessitent du temps ; et il est plus rapide de renouveler une prescription de pilule que de revoir avec la femme si cette contraception correspond bien à ses attentes du moment. »(34)

7/ La place de la primo prescription et du suivi

De nombreux travaux ont été réalisés au sujet de la première consultation des jeunes femmes et le choix de leur contraception.

Il existe par exemple des recommandations de bonnes pratiques élaborées par la HAS destinées aux médecins généralistes pour les guider dans la prescription d'une contraception. (35)

Les pratiques professionnelles lors de la prescription d'une contraception par les médecins généralistes en Limousin ont été étudiées au cours d'une thèse datant de 2014.(36)

Une autre thèse de Bordeaux de 2018 rapporte l'intérêt d'un outil pour la prescription d'une méthode contraceptive et propose la création d'un site internet : prescrireunecontraception.fr. (37)

D'ailleurs, un site choisirsacontraception.fr a été créé en 2019 par Santé Publique France permettant à chaque femme de se voir proposer une contraception en fonction de ses critères personnels, de ses préférences et de ses antécédents. (38)

Dans la première thèse citée, qui est une étude descriptive basée sur un questionnaire destiné aux médecins généralistes, cinq questions sur 30 se rapportent au suivi de la prescription de la méthode contraceptive. Concernant ce suivi : si une grande majorité des médecins (environ 90%) déclaraient aborder la satisfaction, la bonne utilisation, la conduite à tenir en cas de mauvaise observance, la tolérance et les effets secondaires, il n'était pas précisé

quel moyen était utilisé pour le faire. Par ailleurs, plus de la moitié des médecins interrogés ne réévaluaient pas systématiquement le choix de la méthode lors des consultations de suivi.

Dans la thèse sus-citée (32) l'étude a été menée avec des entretiens semi dirigés visant à repérer les difficultés des médecins lors de ces consultations abordant la contraception.

Il ressort que la majorité des verbatim concernent le choix de la contraception et non le suivi.

A priori certains médecins recherchent la satisfaction de la patiente de sa contraception : "Je leur demande si ça leur convient".

Les effets indésirables rapportés et recherchés sont ceux attendus : "acnée, spotting, dysménorrhées, troubles de la libido, mastodynies, prise de poids".

L'observance est aussi recherchée par certains médecins.

La HAS a également publié un outil de décision partagée en 2014 destiné aux hommes et aux femmes, les amenant à se poser les bonnes questions par rapport au choix de la contraception, ce qu'elles en attendent, ce qu'elles ne veulent pas avec par exemple ce questionnaire intitulé : "qu'est ce qui est important pour vous?". (39)

Par ailleurs, on décrivait initialement dans le guide de santé et recommandations de l'HAS concernant la prescription de contraception cette prise en charge comme étant décomposée en 6 étapes : accueil, entretien, renseignements, le choix vient en quatrième position, l'explication du choix et finalement le retour. Ce guide a depuis été remis à jour et n'existe plus dans son ancienne version. Dans ce guide de 47 pages un simple et unique paragraphe était consacré au suivi : vérifier que la méthode est adaptée, suffisante pour les besoins de la patiente et que la patiente en est satisfaite (effets indésirables).

Depuis, de nouveaux documents ont été édités. On trouve une fiche mémo de l'HAS mise à jour en septembre 2019 par rapport à ce dernier guide avec plus de détails concernant la prise en charge du suivi. Les mots clés que l'on retrouve sont : "adéquation de la méthode choisie", "observance", "tolérance", "satisfaction de la femme", "modification de la situation personnelle", "réévaluation des risques".(40)(34)

Un article paru dans Prescrire en Janvier 2019 appelle à une remise en question des médecins et de leurs pratiques par rapport aux consultations de prescription et de suivi des femmes sous contraception. (41)

Un pannel de questions ayant pour but d'attirer l'attention des médecins généralistes sur leurs pratiques de suivi est proposé :

–l'adéquation de la méthode contraceptive actuelle ou précédemment utilisée a t-elle été abordée avec vous par : vous même? La femme? L'entourage?

–Quels éléments ont conduit à la réévaluation de l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée?

–Connaissez- vous les objectifs de la femme lors du choix de la méthode contraceptive actuelle ou précédemment utilisée et ont ils été atteints?

Il transparaît que l'accent et l'attention sont portés principalement sur cette prescription initiale de la contraception, que la documentation concernant le suivi de la contraception est moindre, et que le cadre à suivre pour les MG n'est pas clairement défini. Ceci laisse donc la place à beaucoup de variabilité dans les pratiques.

En pratique, comment se déroule un interrogatoire lors d'une consultation de suivi de prescription de contraception?

II/ Matériel et méthode

1/ Justification et objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était de décrire l'interrogatoire effectué par les Maîtres de stage universitaires (MSU) en Aquitaine lors d'une consultation de suivi de prescription d'une contraception. Cet objectif a été étudié selon trois axes : la durée de l'interrogatoire, le nombre d'items abordés et le nombre d'effets secondaires abordés.

Les objectifs secondaires étaient :

- de décrire la place de l'accompagnant lors des consultations de suivi
- de décrire la part de patientes ayant un suivi gynécologique ailleurs
- d'évaluer les variations de l'interrogatoire en fonction de certains paramètres liés au praticien (genre, tranche d'âge, formation en gynécologie), à la patiente, ou plutôt liés au contexte de la consultation (suivi gynécologique ailleurs, date du dernier renouvellement).
- de rendre compte de la satisfaction des patientes de leur contraception

L'hypothèse initiale est que le temps dédié à l'interrogatoire pour la réévaluation de la prescription de contraception ainsi que les modalités de cette réévaluation ne permettent pas d'aborder toutes les problématiques éventuelles des femmes par rapport à cette contraception.

2/ Choix de la méthode

A/ Type de l'étude

Cette étude est une étude prospective, transversale, descriptive, quantitative, par questionnaire, s'étendant de Novembre 2020 à fin février 2021.

B/ Populations étudiées

La population cible du questionnaire était l'ensemble des internes de l'Université de Bordeaux en stage chez les MSU de Nouvelle Aquitaine de mai 2020 à fin octobre 2020 en stage niveau 1 et 2 et les internes en stage niveau 1 chez le praticien pour le semestre de Novembre 2020 à fin avril 2021.

3/ Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée sur deux semestres :

- de mai 2020 à fin octobre 2020 : Semestre A
- de novembre 2020 à fin avril 2021 : Semestre B

4/ Mode de recrutement

Le questionnaire a été envoyé à tous les internes de niveau 1 en stage chez un MSU.

Un premier envoi de questionnaire a été effectué sur le semestre de mai 2020 à fin

octobre 2020 par mail uniquement. Les internes ne pouvaient remplir qu'une seule fois le questionnaire par terrain de stage et ils y répondaient sans être identifiés ou répertoriés. Très peu de réponses ont été obtenues lors de ce semestre.

La méthode de recrutement du deuxième envoi a été modifiée afin d'essayer d'obtenir une plus grande participation des internes.

Le deuxième envoi de questionnaire a été fait d'octobre 2020 à fin février 2021 avec l'aide du département de médecine générale lors du choix de stage des internes en vidéo conférence. Une présentation orale avec support Power Point® de la thèse a été réalisée. Le questionnaire et la présentation de la thèse ont ensuite été envoyés sur leur boîte mail de la faculté.

Plusieurs relances ont été faites par mail et par le groupe Facebook pendant le semestre. Le groupe Facebook intitulé «Thèse suivi contraception 2020-2021» a été créé permettant l'accès facile sur les réseaux sociaux des documents tels que : la présentation de la thèse et le questionnaire et la fiche des numéros de terrain de stage attribué aux internes pour l'étude (cf paragraphe plus bas). Les internes pouvaient remplir le questionnaire plusieurs fois pour un même terrain de stage.

Participer à cette étude en répondant au questionnaire était, dans le cadre de leur formation d'interne, une façon parmi d'autres d'obtenir un crédit (utile à la validation de leur maquette). Ils devaient aussi participer à une formation en ligne sur la recherche.

5/ Questionnaire

Le questionnaire a été élaboré spécifiquement pour cette étude. Il n'existait aucun questionnaire dans la littérature se rapportant à l'étude des consultations de suivi de contraception. C'était un questionnaire à choix multiples. Il a été testé au préalable par 10 internes ne participant pas à l'étude afin d'en vérifier la bonne compréhension.

Entre le premier envoi pour le semestre A et le deuxième envoi pour le semestre B le questionnaire a été légèrement modifié. Quelques questions ont été supprimées et de nouvelles ont été rajoutées de façon à mieux adapter les questions à l'hypothèse initiale de cette thèse.

Le questionnaire était accessible sur Google Form® (questionnaire en ligne) et en version papier. Lorsque l'interne remplissait un questionnaire en version papier, il était récupéré par mail après avoir été scanné par l'étudiant.

Pendant la phase d'étude, les internes disposaient d'une adresse mail et du groupe Facebook pour poser des questions sur d'éventuels doutes.

Le questionnaire devait être rempli lors des deux premiers mois de chaque semestre qui correspondent à la phase d'observation chez le praticien. Un questionnaire devait être rempli dès lors qu'une partie de la consultation était dédiée au suivi et/ou au renouvellement d'une contraception quel que soit l'âge de la patiente. Les consultations de primo prescription de contraception étaient exclues de cette étude.

A chaque terrain de stage un numéro a été attribué et devait être renseigné à la fin du questionnaire. Le numéro correspondant à chacun des terrains de stage des internes leur a été communiqué par mail et via le groupe Facebook sous forme de liste sur le logiciel Open Office. Cela permettait de dénombrer dans l'anonymat le nombre de médecins généralistes

inclus dans l'étude.

Chaque MSU a été informé de la réalisation de l'enquête sur leur pratique. Pour diminuer l'influence sur les pratiques du praticien observé, l'interne était tenu (information disponible dans la fiche de présentation de thèse) de ne pas divulguer le contenu du questionnaire.

6/ Analyse des données

Les données sont analysées avec le logiciel Google Form® et Excel® et représentées sous forme de diagrammes, histogrammes et tableur Excel. Un diagramme de l'ensemble des réponses des internes ayant participé à l'étude a été réalisé.

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et leur écart type, et les variables qualitatives par l'effectif et fréquence relative.

Le Test du Chi2 a été utilisé pour les variables qualitatives.

Tous les tests ont été réalisés avec un risque alpha fixé à 5%, $p < 0,05$.

Les Tests du Chi2 ont été effectués avec le logiciel internet Biostat TGV.

7/ Dimensions éthiques

Chaque participant (internes et MSU) a été informé de la réalisation de l'étude et de son droit sur ses données. Aucun avis du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'a été nécessaire pour cette étude.

III/ Résultats

1/ Diagrammes des réponses obtenues

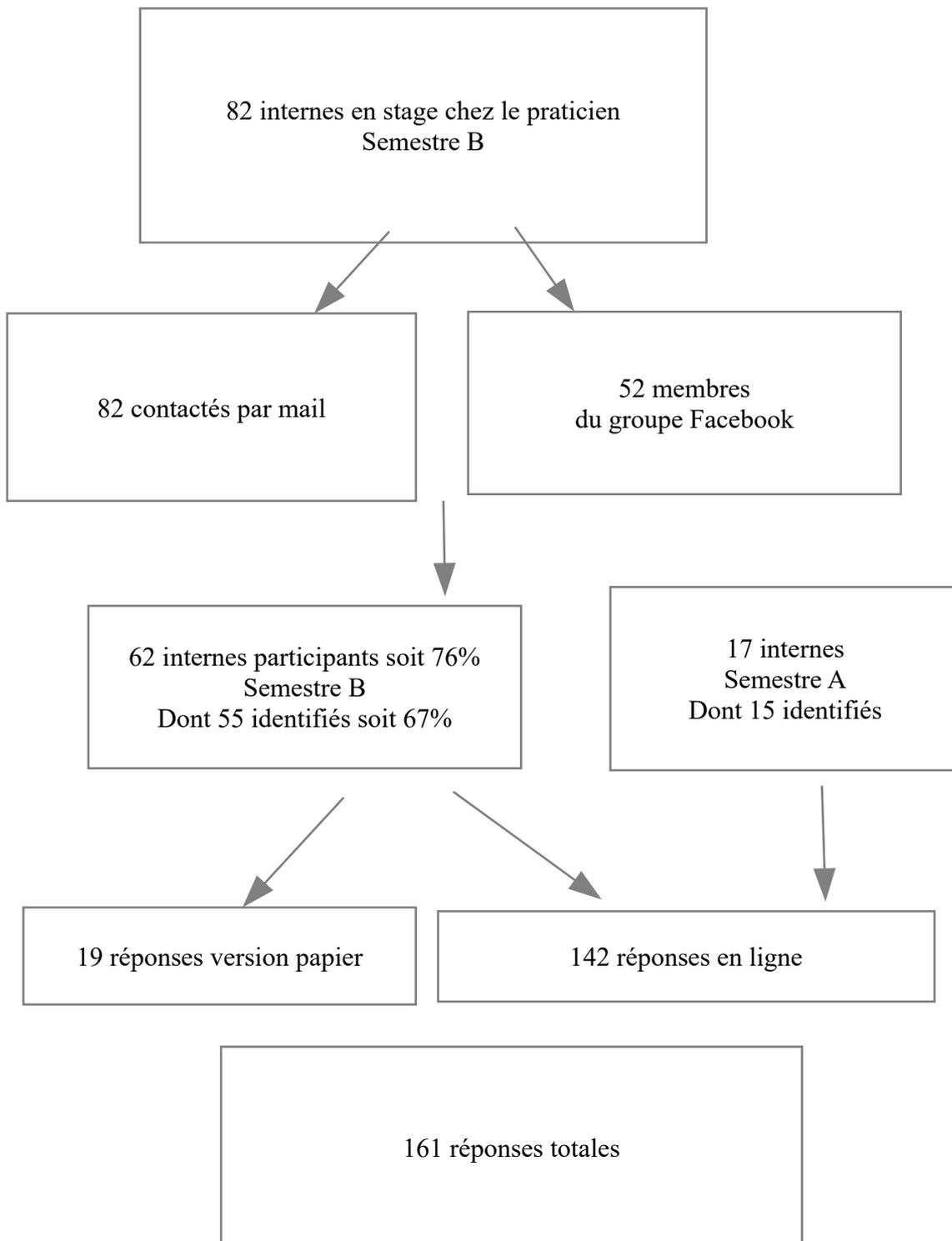


Diagramme en flux 1 du nombre d'internes ayant participé

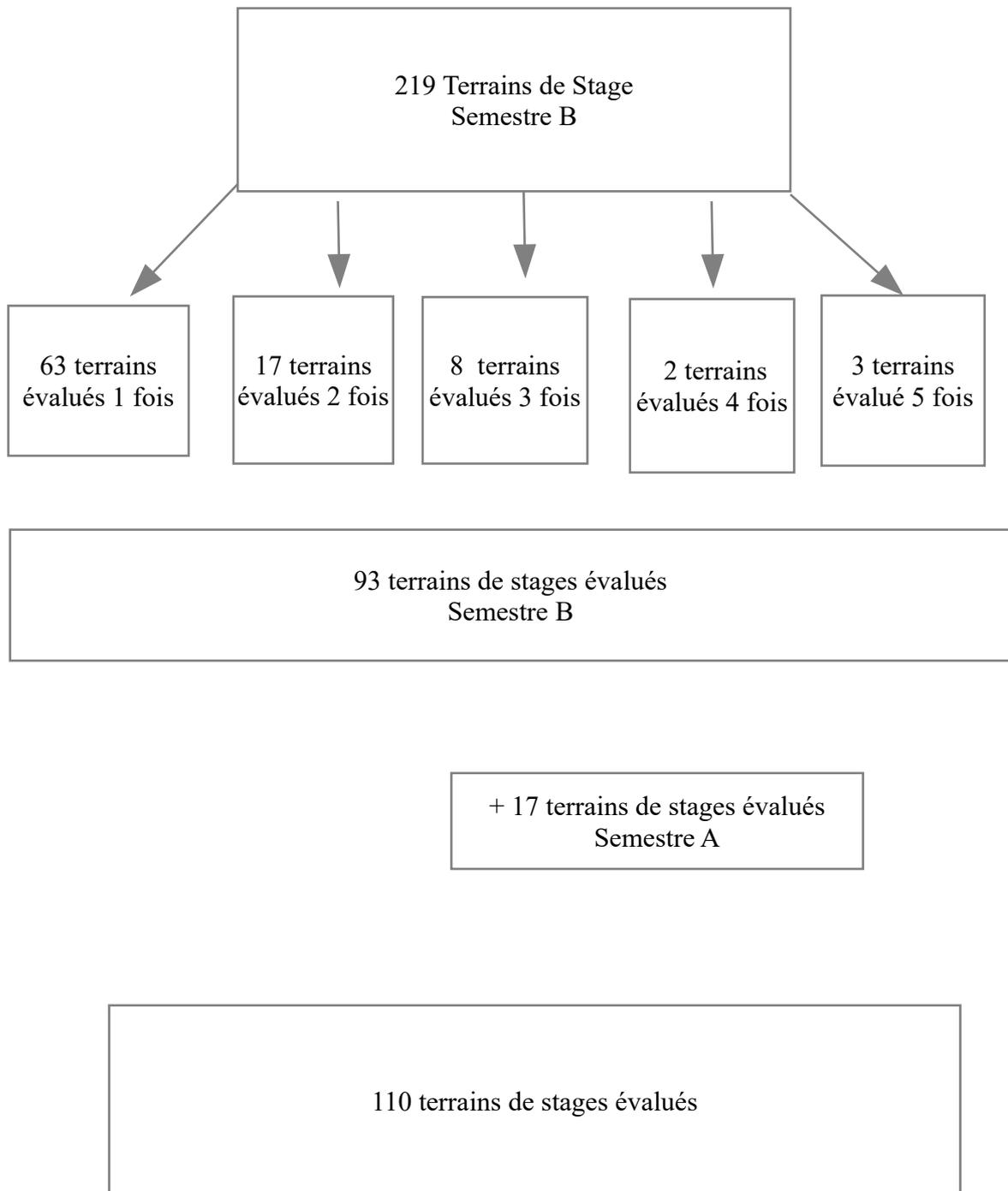
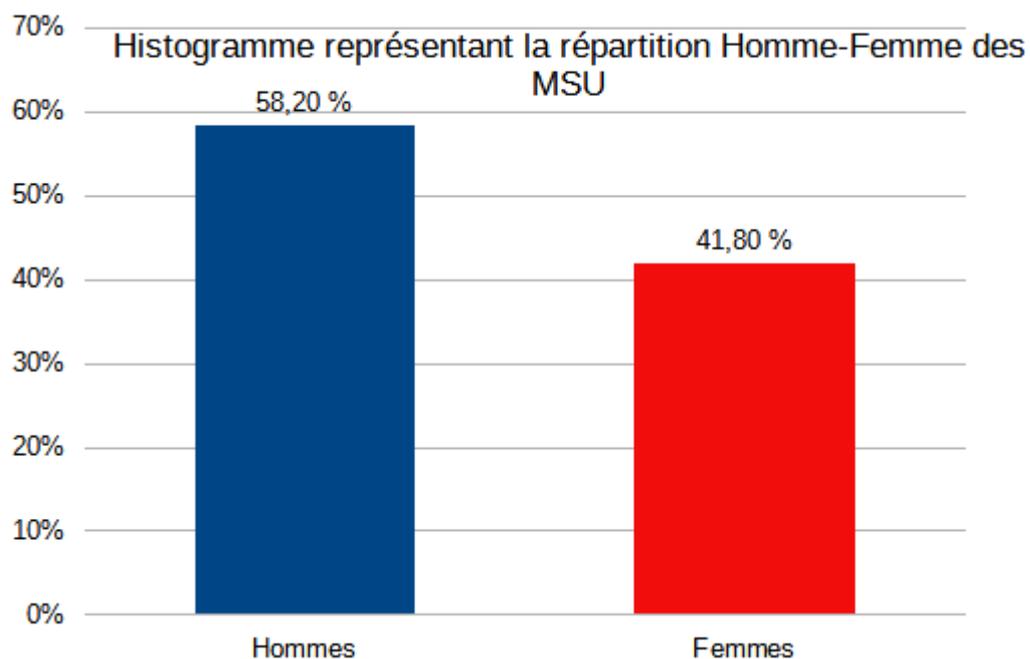


Diagramme en flux 2 du nombre d'évaluations par terrain

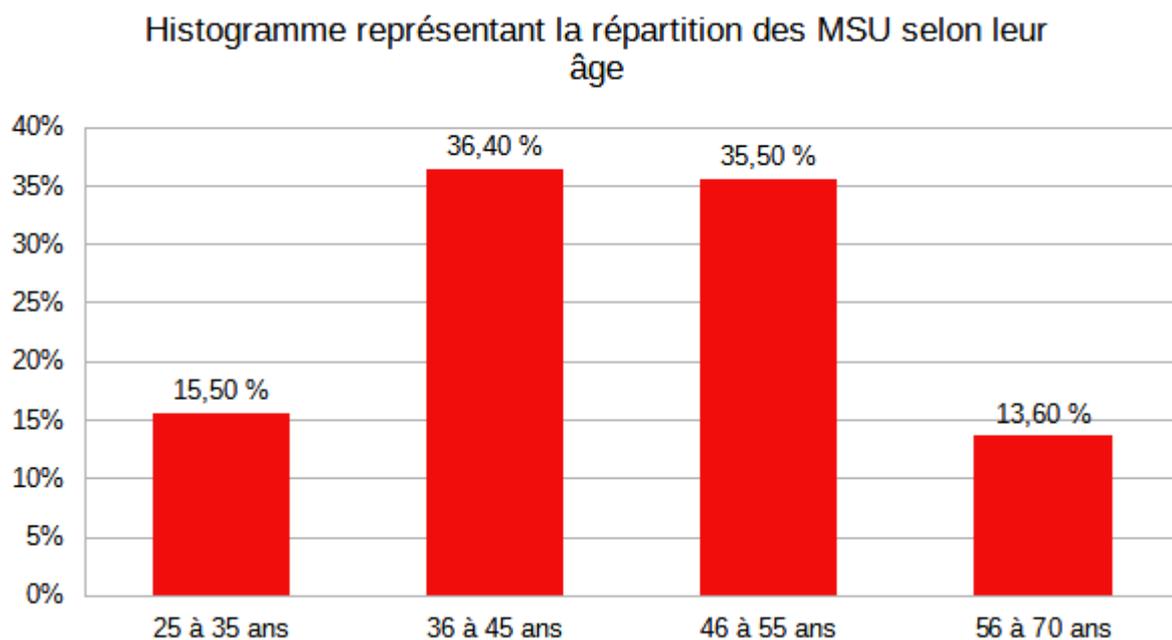
42,5% des terrains de stage au semestre B ont été évalués. Ceci représente une proportion intéressante de terrains de stages évalués sachant que de nombreux terrains de stages n'offraient probablement pas la possibilité d'assister à une consultation de renouvellement de contraception.

2/ Description de la population de MSU



Histogramme 1

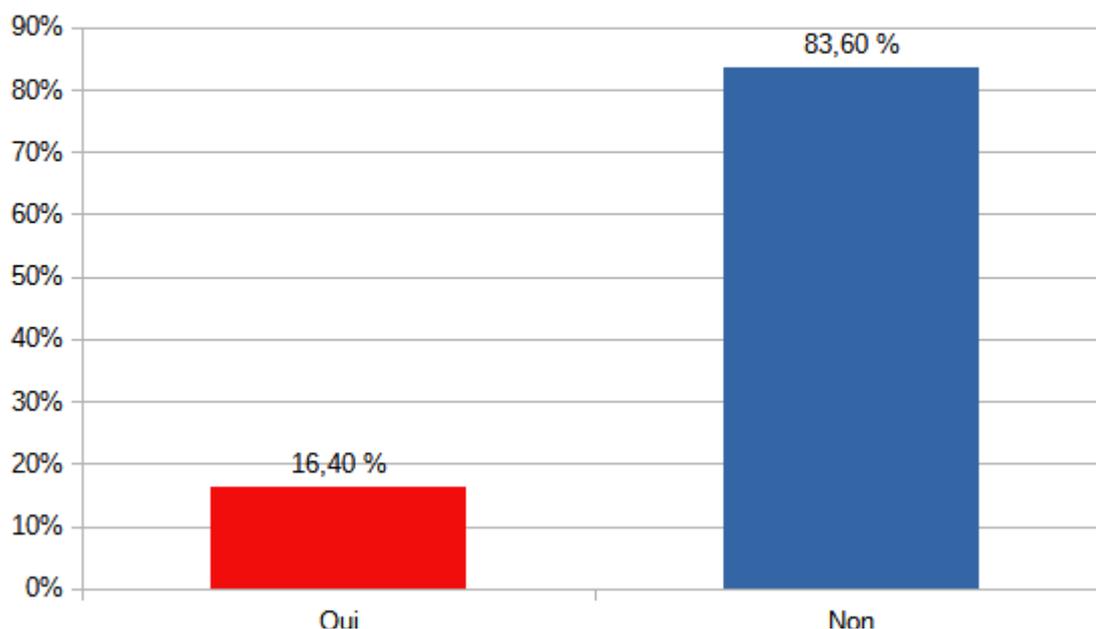
N=110



Histogramme 2

N=110

Histogramme représentant la répartition des MSU selon leur formation en gynécologie



Histogramme 3

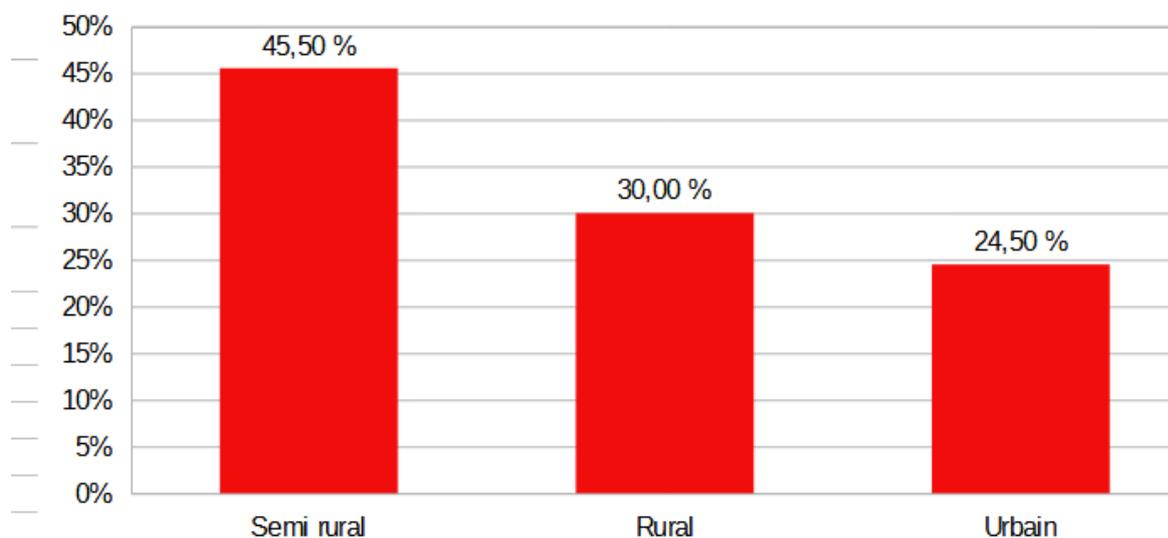
N=110

Les différentes formations auxquelles ont participé les MSU sont :

- DU gynécologie pour les médecin généralistes
- DU Gynécologie régulation des naissances
- DU pédiatrie
- DU suivi de la femme

Il est précisé également pour un des médecins : formation gynécologique pendant l'internat.

Histogramme représentant la répartition des MSU selon leur milieu d'exercice



Histogramme 4

N=110

3/ Description du profil des patientes interrogées

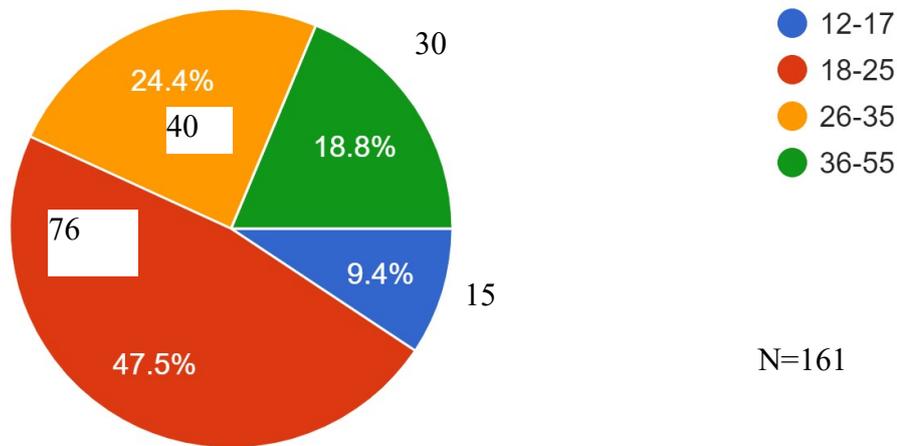


Diagramme 1

La majorité des patientes représentées dans l'étude ont entre 18 et 35 ans.

Parmi ces patientes, 85% n'étaient pas tabagiques. (cf diagramme 11 en annexe).

4/ Description de l'interrogatoire par les MSU selon les trois axes principaux

A/ La durée

38% des consultations (61 consultations) étaient dédiées uniquement au suivi de la prescription de contraception. (Cf diagramme 12 annexe) Les 62% restant (100 consultations) étaient des consultations où le thème de la contraception était abordé (avec ou sans renouvellement).

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative du taux de consultations dédiées selon si le médecin était le médecin prescripteur habituel ou non de la contraception de la patiente. ($p=0,062$).

En revanche on met en évidence une différence significative du taux de consultations dédiées à la contraception en fonction de la tranche d'âge à laquelle appartenait la patiente avec $p=0,035$. La tendance semble être que pour les tranches d'âge de 26-35 ans et 36-55 ans le nombre de consultations dédiées était inférieur à celui des classes d'âge plus jeunes.

•Temps moyen consacré à l'interrogatoire du suivi de contraception

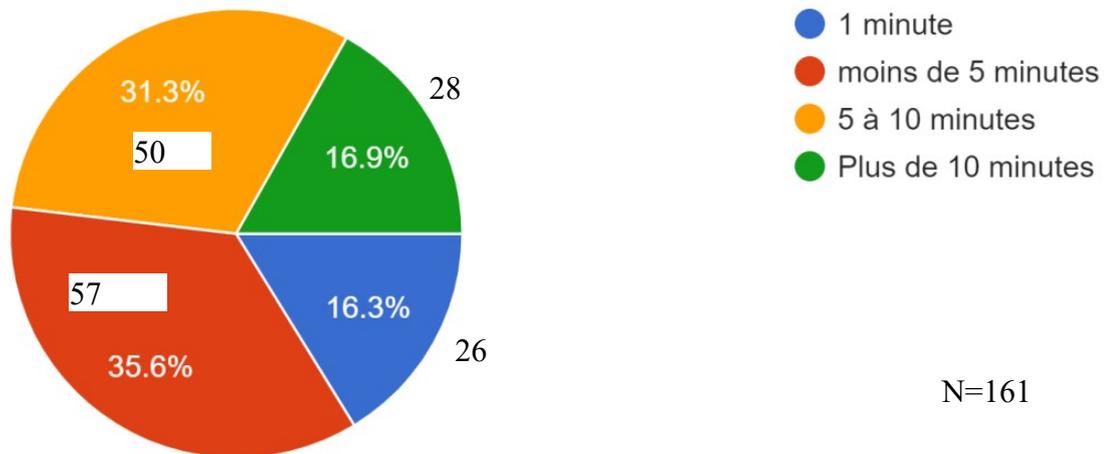


Diagramme 2

Parmi toutes les consultations de suivi de la contraception (dédiées et non dédiées), plus de la moitié des entretiens durent moins de cinq minutes. (N=161)

La durée des consultations était significativement différente ($p=0,049$) selon que le médecin était le médecin prescripteur habituel ou un autre médecin. La majorité des entretiens les plus courts avaient lieu quand le médecin était le prescripteur habituel.

•Temps consacré à l'interrogatoire du suivi de contraception parmi les consultations dédiées

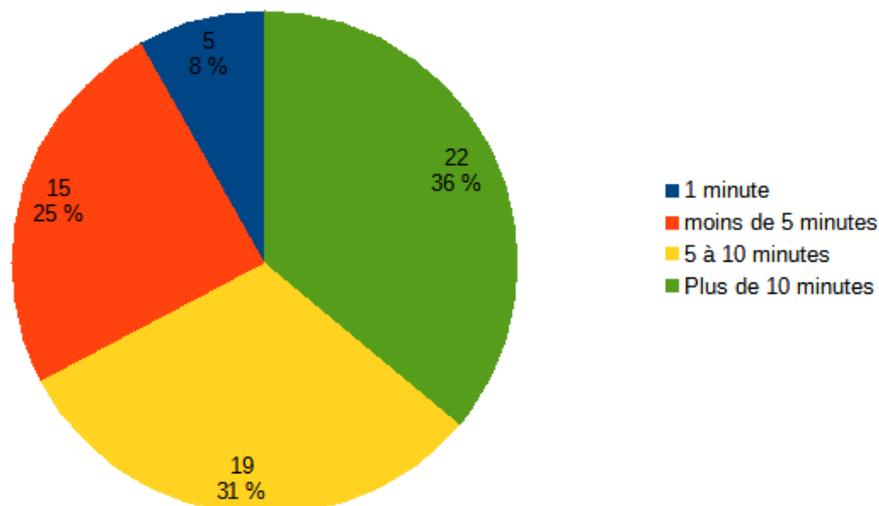


Diagramme 3

N=61

•Temps consacré à l’interrogatoire du suivi de contraception parmi les consultations qui n’y sont pas dédiées

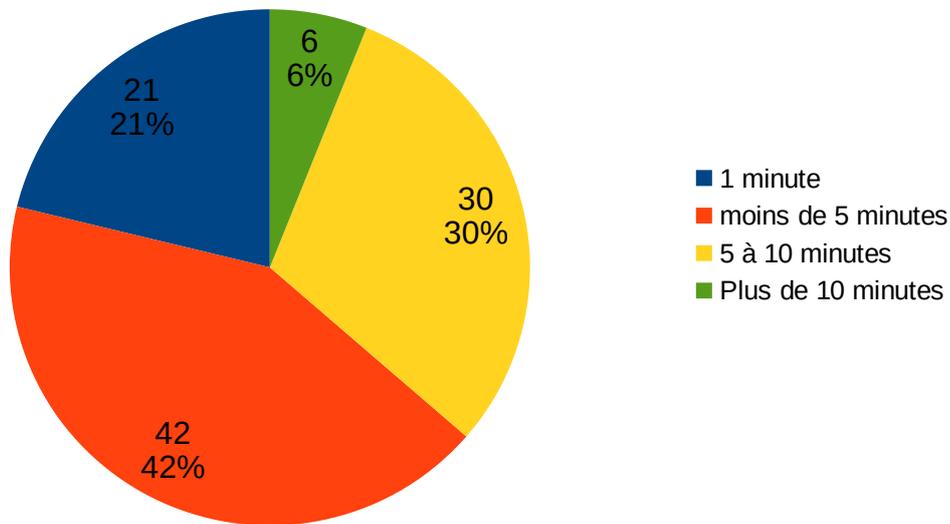


Diagramme 4

N=100

Parmi les consultations non dédiées au suivi de la contraception, 63% des entretiens durent moins de 5 minutes d’après le diagramme ci-dessus.

En comparant les diagrammes 3 et 4 on s’aperçoit qu’il existe une part bien plus importante de consultations durant plus de dix minutes pour les consultations dédiées et une part moindre de consultations de moins de cinq minutes et de une minute.

•A quel moment de la consultation le sujet de la contraception est-il abordé lors des consultations non dédiées?

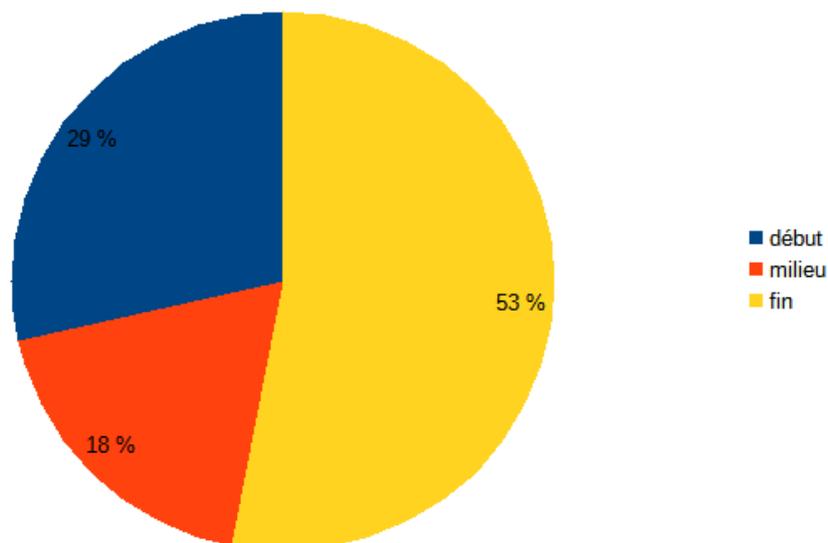


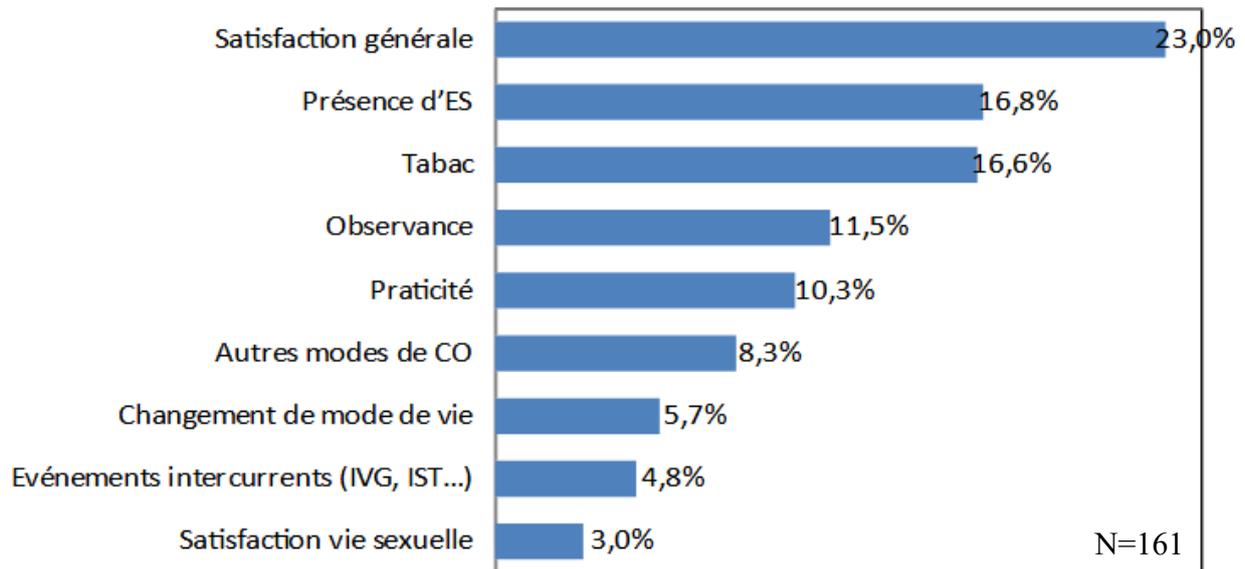
Diagramme 5

N=100

Dans plus de la moitié des cas, le sujet de la contraception est abordé en fin de consultation parmi les consultations non dédiées au suivi de contraception.

B/ Le nombre d'items abordés

•Pourcentage du nombre de consultations où l'item a été abordé



Histogramme 5 représentant la fréquence à laquelle l'item a été abordé en consultation

Les trois items les plus abordés par le MSU ou la patiente en consultation de suivi de contraception sont :

- la satisfaction générale de la contraception
- la présence d'effets secondaires éventuels
- le tabac

Les trois items les moins souvent abordés sont :

- la satisfaction de la vie sexuelle de la patiente avec sa contraception
- si la patiente a changé de mode de vie depuis la prescription (changement de partenaire...)
- s'il y a eu des événements intercurrents tels que IVG, IST, GEU depuis la prescription de la contraception

Pour chaque médecin le nombre d'items abordés lors de la consultation a été dénombré.

On dénombre neuf items listés et recherchés.

Le maximum d'items abordés par un médecin lors d'une consultation est de neuf.

Le minimum est de zéro.

La moyenne est de trois items abordés par médecin et par consultation.

•Nombre d'items abordés par consultation

Nombre d'items abordés	Nombre de consultations	Pourcentage
0	25	15,5 %
1	21	13,1 %
2	20	12,4 %
3	27	16,8 %
≤3		57,8 %
4	24	14,9 %
≤4		72,7 %
5	25	15,6 %
6	14	8,7 %
7	2	1,2 %
8	1	0,6 %
9	2	1,2 %
	161	100 %

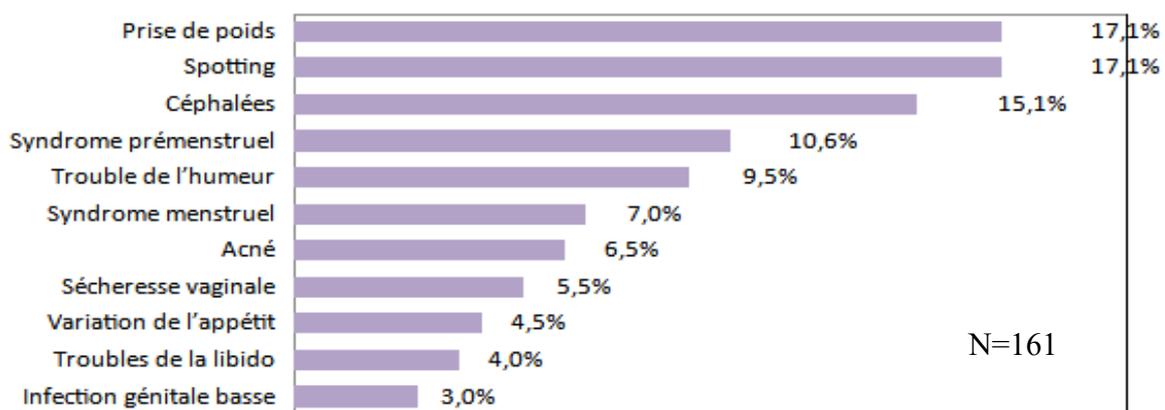
Tableau 1 représentant le pourcentage de consultations où l'item a été abordé x fois

Dans plus d'un quart des consultations, aucun item n'a été abordé.

On note que dans environ trois quarts des consultations moins de la moitié des items ont été abordés.

C/ Le nombre d'effets secondaires abordés

•Pourcentage du nombre de consultations où l'effet secondaire a été abordé



Histogramme 6 représentant la fréquence à laquelle l'ES a été abordé en consultation

On dénombre onze ES listés et recherchés.

Le maximum d'ES abordés par un médecin lors d'une consultation est de sept sur onze.

Le minimum d'ES abordés par un médecin lors d'une consultation est de zéro.

La moyenne est de 1,2 ES abordés par médecin et par consultation.

•Nombre d'effets secondaires abordés par consultation

Nombre d'ES abordés	Nombre de consultations	Pourcentage
0	82	50,9 %
1	19	11,8 %
2	29	18,0 %
≤2		80,7 %
3	15	9,3 %
4	8	5,0 %
5	4	2,5 %
6	3	1,9 %
7	1	0,6 %
8	0	0 %
9	0	0 %
10	0	0 %
11	0	0 %
	161	100 %

Tableau 2 représentant le pourcentage de consultations où l'ES a été abordé x fois

Dans plus de la moitié des consultations aucun ES est abordé.

Dans une grande majorité des consultations (80%), à peine deux ES sont recherchés

5/ Résultats annexes

A/ L'accompagnant est-il présent?

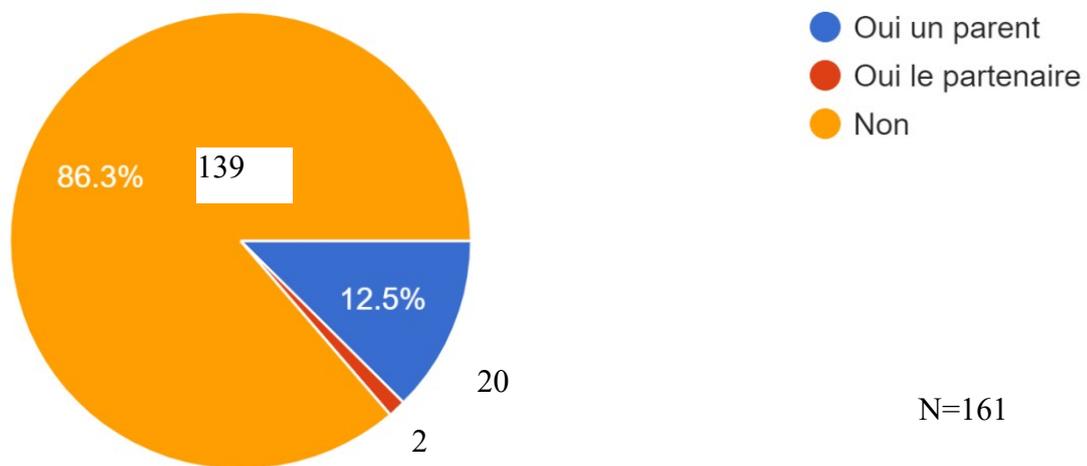


Diagramme 6

On constate l'absence du partenaire lors des consultations de suivi de contraception. Les femmes viennent souvent seules et le partenaire est présent dans 1,3% des consultations.

B/ Le MSU est-il le prescripteur habituel?

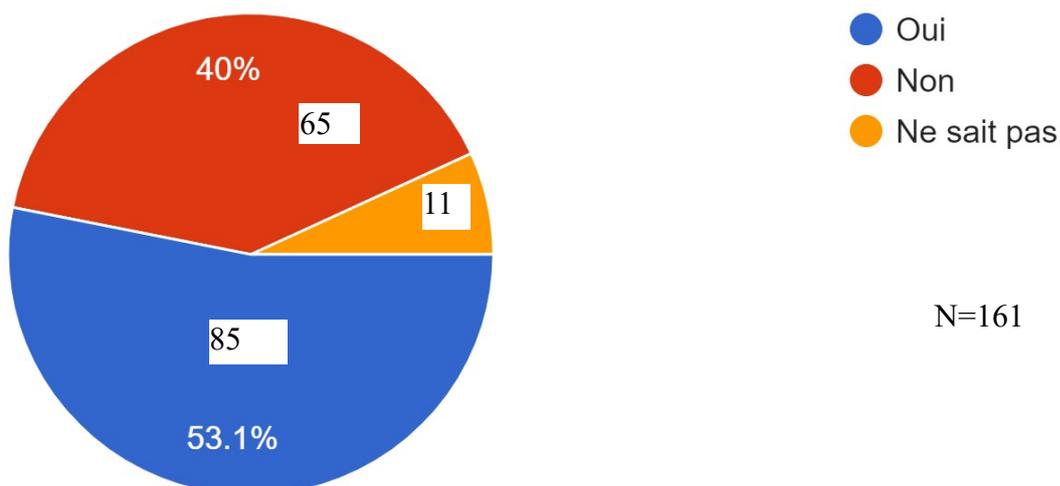


Diagramme 7

Dans presque la moitié des cas, le médecin généraliste est sollicité pour une prescription de contraception alors qu'il n'est pas le prescripteur habituel. Ceci corrobore l'hypothèse selon laquelle la prise en charge de la contraception est une prise en charge morcelée.

C/ Y a- t-il un suivi gynécologique ailleurs?

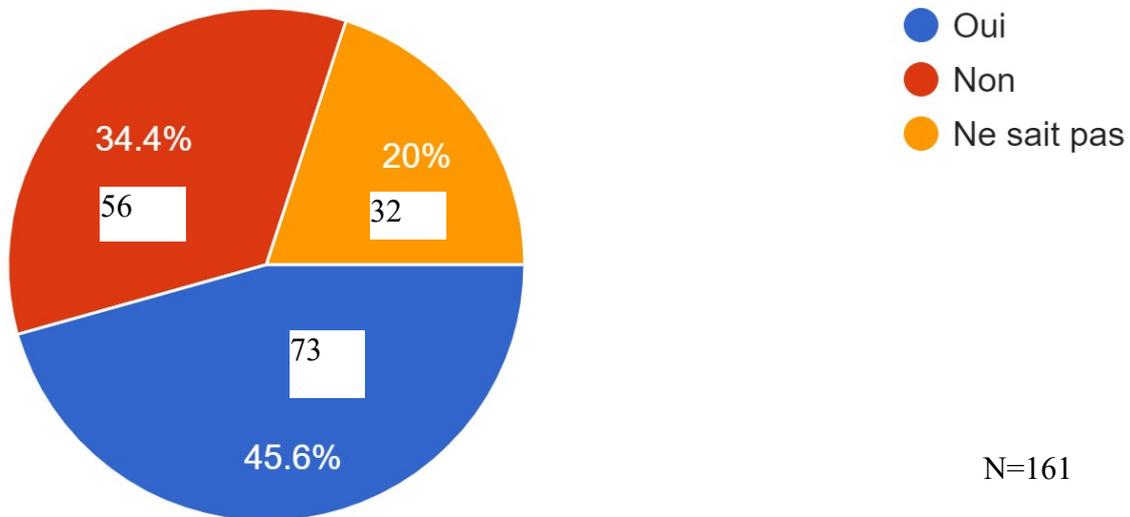


Diagramme 8

Plus d'un tiers des patientes ayant consulté se réfèrent uniquement à leur médecin généraliste pour la prescription de contraception.

Et presque la moitié (45,6%) des patientes qui abordent la contraception avec le médecin généraliste ont un suivi gynécologique ailleurs.

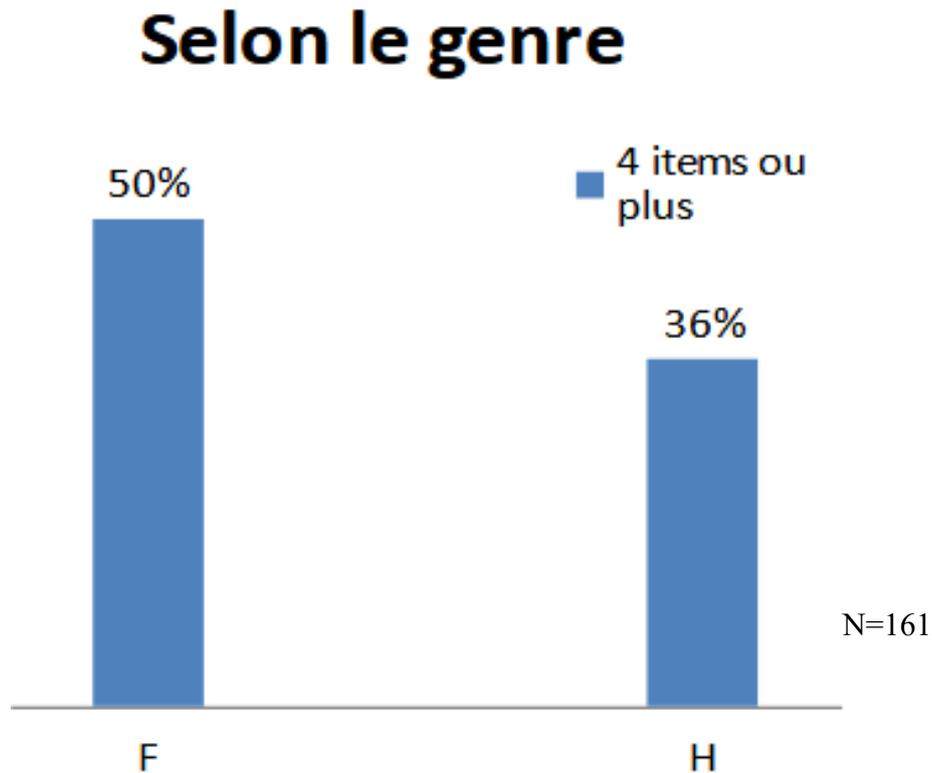
Par ailleurs, d'après le tableau ci-dessous 61 patientes qui se sont fait renouveler leur contraception chez le médecin généraliste ont un suivi gynécologique ailleurs (soit près de 83%).

Durée du renouvellement de la CO par le MG	La patiente a-t-elle un suivi gynécologique ailleurs ?			
	Inconnu	Non	Oui	Total
1 an	6	13	17	36
1 mois ou moins	1	1	1	3
3 mois	7	14	15	36
6 mois	11	13	26	50
9 mois	1			1
Changement d'implant			1	1
Changement de DIU			1	1
Total de CO renouvelée par MG			61	128
Pas de renouvellement	2	3	10	15
Pas de réponse	4	11	3	18
Total	32	55	74	161

Tableau 3 du nombre de renouvellements de la contraception par le MG selon que la patiente a un suivi gynécologique ailleurs ou non

D/ Le nombre d'items abordés varie-t-il selon certains critères liés au médecin?

•selon le genre du médecin

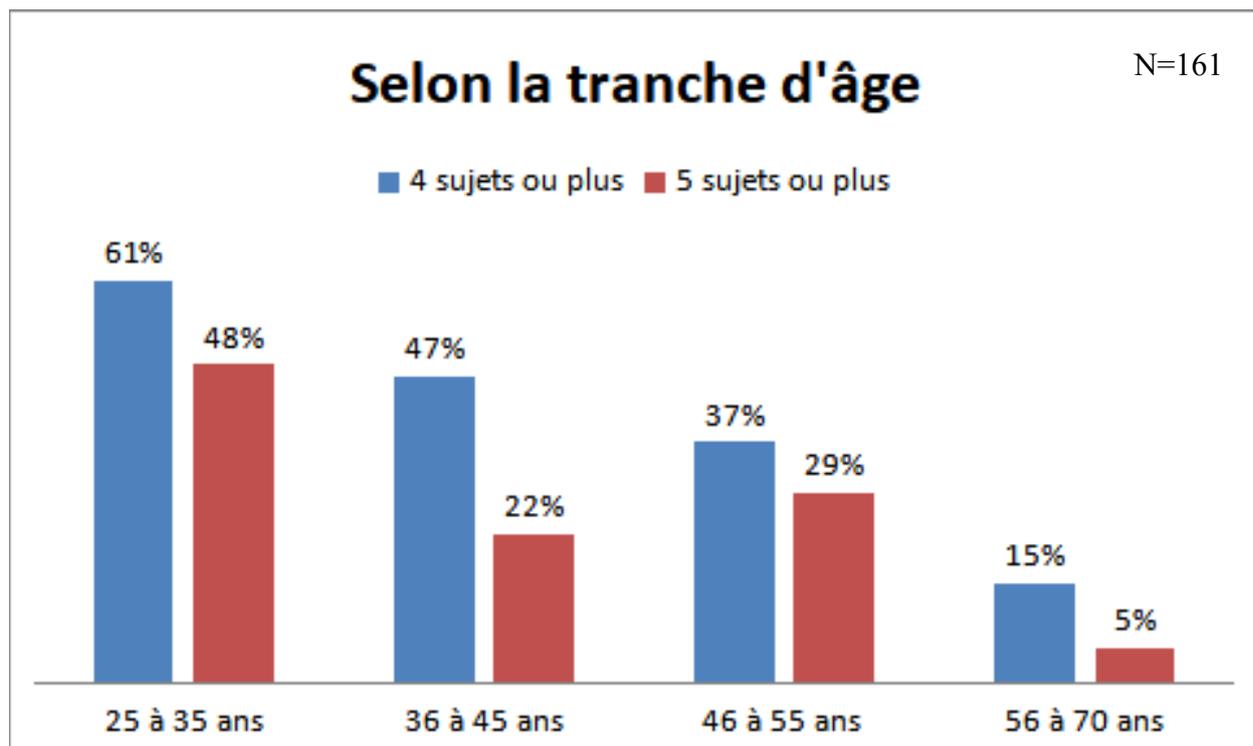


Histogramme 7 du pourcentage de femmes et d'hommes médecins ayant abordé 4 items ou plus sur 9

Selon cet histogramme, 50% des médecins femmes auraient abordé plus de 4 items en consultation contre 36% de médecins hommes. Les médecins femmes auraient tendance à aborder plus d'items que les médecins hommes.

Il existe avec le Test du Chi2 une différence significative entre le nombre de médecins femmes et hommes ayant abordé 4 items ou plus avec $p=0,0008$.

•selon la tranche d'âge du médecin

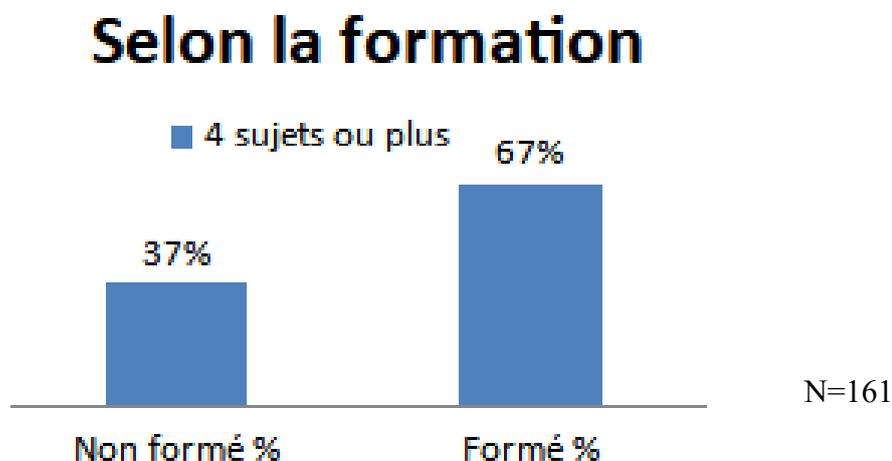


Histogramme 8 représentant le pourcentage de médecins selon leur tranche d'âge ayant abordé plus de 4 puis plus de 5 items sur 9

Ce graphique semble refléter que plus les médecins sont jeunes plus le nombre d'items abordés est important.

En effet 61% des médecins de 25 à 35 ans ont abordé 4 items ou plus contre 15% des médecins de 56 à 70 ans

•selon la formation du médecin



Histogramme 9 du pourcentage de médecins avec ou sans formation gynécologique ayant abordé 4 items ou plus sur 9

67% des médecins ayant une formation en gynécologie ont abordé 4 items ou plus contre 37% parmi les médecins non formés.

Il existe avec le Test du Chi2 une différence significative entre le nombre de médecins formés et non formés ayant abordé 4 sujets ou plus avec $p=0,002$.

Ce graphique laisse penser qu'un plus grand nombre d'items est abordé si le médecin a une formation gynécologique (DU).

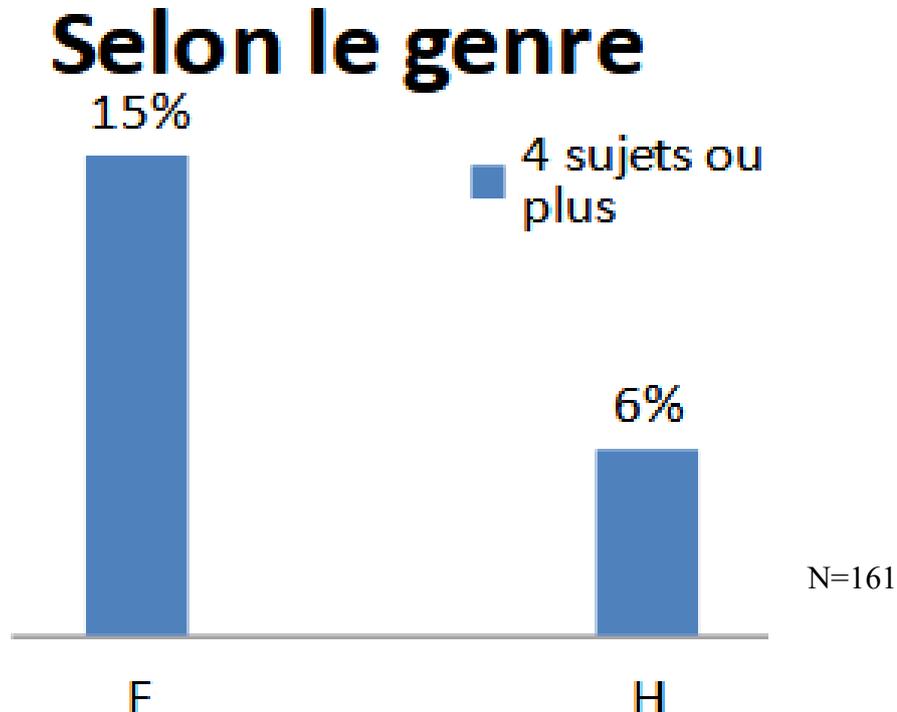
•Selon si le médecin est le prescripteur habituel ou non

On ne retrouve pas de différence significative du nombre de médecins ayant abordé moins de 4 items et 4 items ou plus selon que le médecin soit le médecin prescripteur habituel de la contraception de la patiente ou non ($p=0,51$). Ce constat est aussi vrai pour moins de 3 items et 3 items ou plus ($p=0,08$). (N=150)

E/ Le nombre d'ES abordés varie-t-il selon certains critères liés au médecin?

•Selon le genre du médecin

L'histogramme ci-après représente le pourcentage de médecins ayant abordé au minimum 4 ES lors de la consultation.



Histogramme 10 du pourcentage de médecins hommes et femmes ayant abordé 4 ES ou plus sur 11

15% des médecins femmes abordent 4 sujets ou plus contre 6% des médecins hommes.

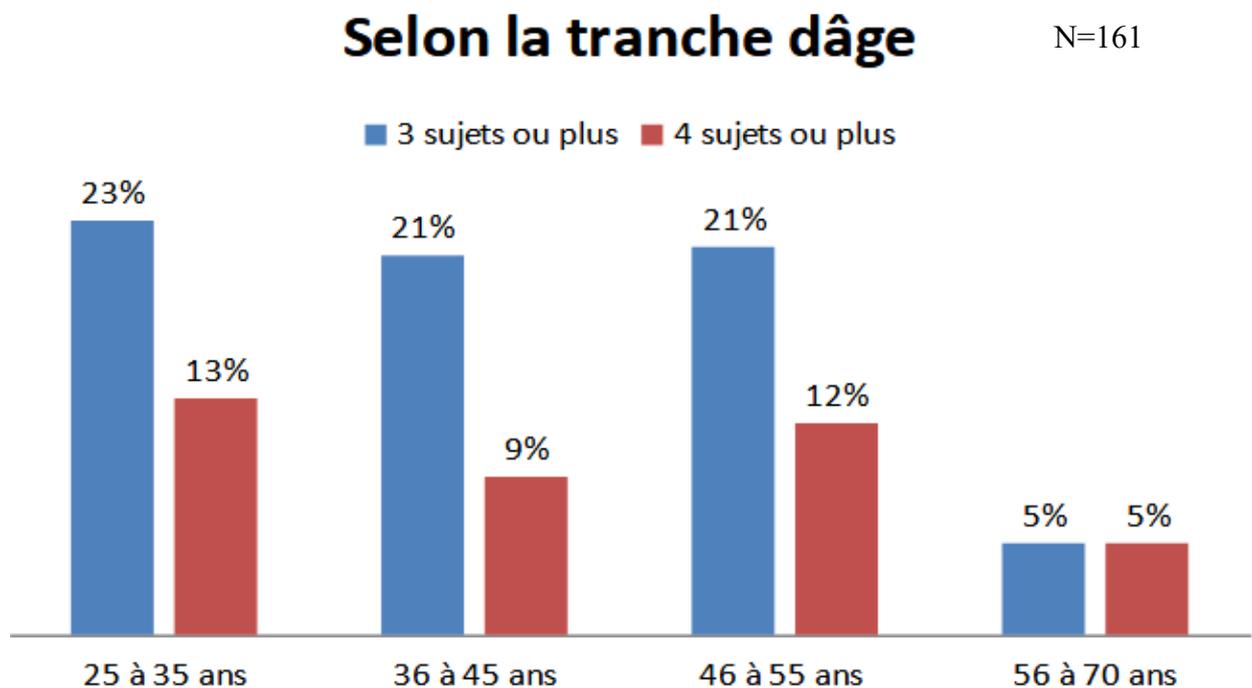
Avec le test du Chi2 il existe une différence significative entre le nombre d'hommes et de femmes ayant abordé 4 items ou plus avec $p=0,046$.

On peut donc supposer que les médecins femmes ont tendance à aborder plus d'ES que les médecins hommes.

On retrouve un résultat similaire pour 3 sujets abordés ou plus. 27% des médecins femmes abordent au moins 3 sujets contre 13% des hommes.

On peut noter que ce pourcentage reste relativement faible pour les médecins femmes et hommes.

•selon la tranche d'âge du médecin

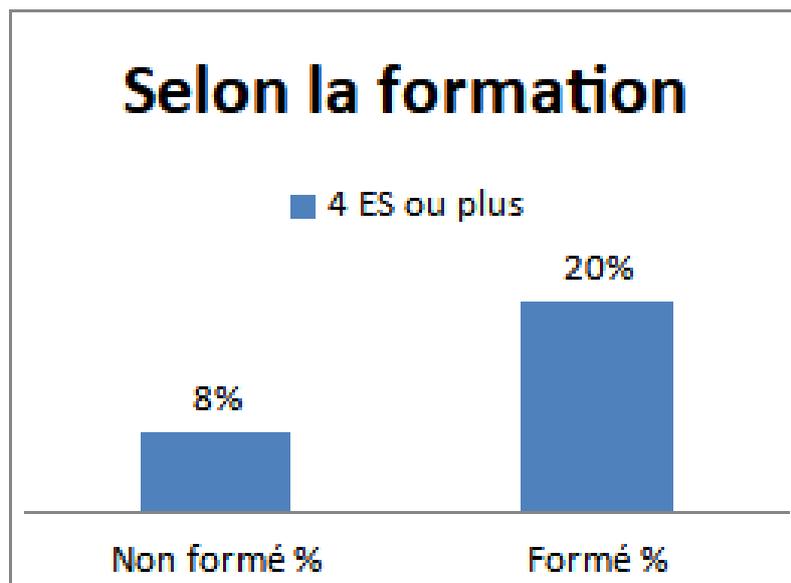


Histogramme 11 du pourcentage de médecins selon leur tranche d'âge ayant abordé 3 ES ou plus puis 4 ES ou plus sur 11

D'après cet histogramme 23% des médecins de 25 à 35 ans abordent au minimum trois ES comparativement à 5% des médecins de 56 à 70 ans (pour $N=161$).

Ce graphique suit une courbe similaire à celle des items abordés : histogramme 8.

•**Selon la formation ou non en gynécologie**



Histogramme 12 du pourcentage de médecins avec ou sans formation gynécologique ayant abordé 4 sujets ou plus sur 11

Similairement au graphique du chapitre correspondant à l'histogramme 9 (les items abordés), le pourcentage de médecins formés en gynécologie abordant au minimum 4 sujets est de 20% contre 8% de non formés.

Avec le Test du Chi2 il existe une différence significative entre les médecins formés et non formés ayant abordé 4 sujets ou plus avec $p=0,046$ (pour $N=161$).

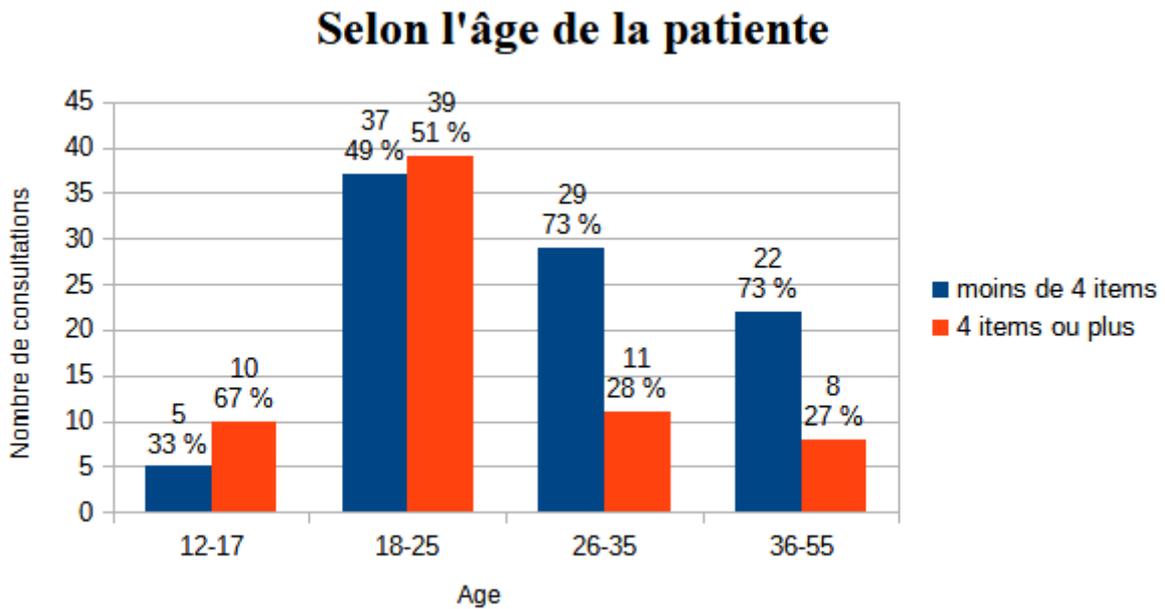
Il semblerait selon ce graphique qu'un médecin ayant une formation gynécologique aborde plus d'ES qu'un médecin n'ayant pas de formation.

•**Selon que le médecin est le prescripteur habituel ou non**

On ne retrouve pas de différence significative du nombre de médecins ayant abordé moins de 4 ES et 4 ES ou plus selon que le médecin est ou non le médecin prescripteur habituel de la contraception de la patiente ($p=0,9$) ($N=150$). Ce constat est aussi vrai pour moins de 3 ES et 3 ES ou plus ($p=0,56$).

F/ Le nombre d'items et d'ES abordés varie-t-il selon l'âge de la patiente?

•Nombre d'items abordés

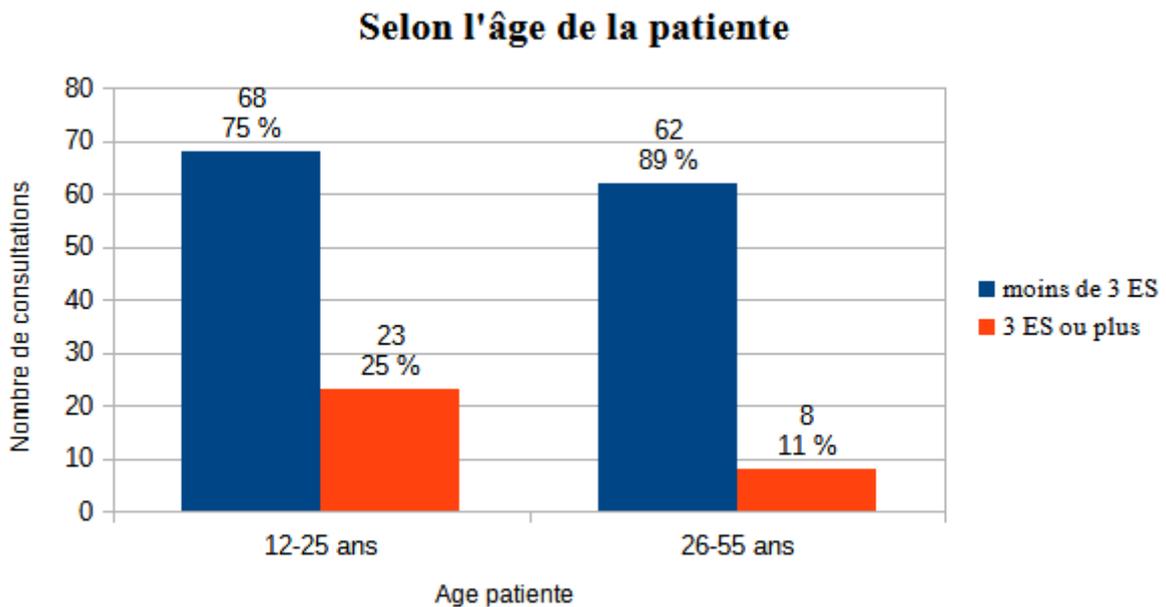


Histogramme 13

On met en évidence une différence significative du nombre de consultations où moins de 4 items ont été abordés et où 4 ou plus de 4 items ont été abordés selon la tranche d'âge de la patiente. (N=161 et p=0,005).

Il semble que plus la patiente est âgée moins le nombre d'items abordés est important.

• **Nombre d'ES abordés**



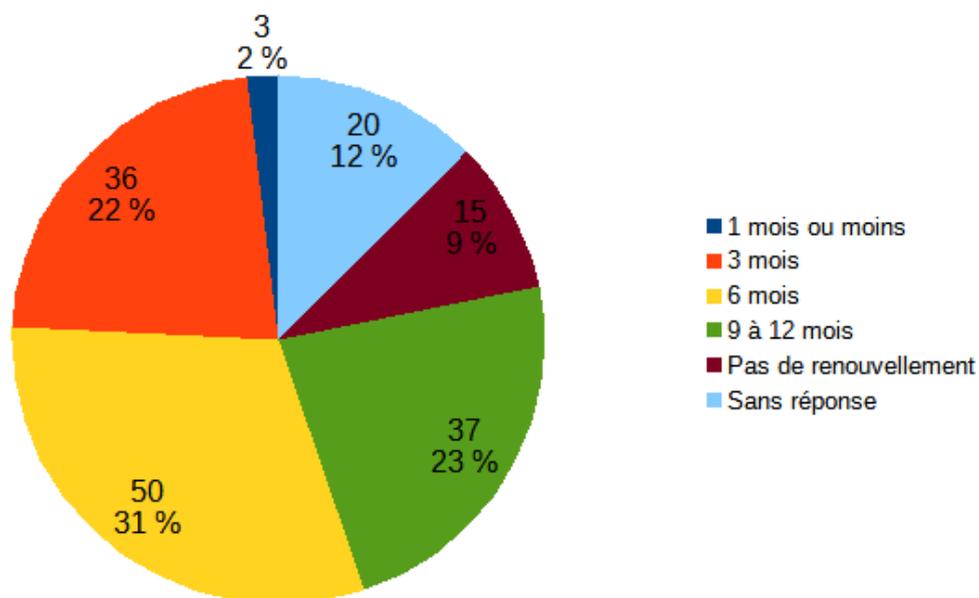
Histogramme 14

Le nombre de trois items et la répartition d'âge des patientes 12-25 et 26-55 ans ont été choisis ainsi car sinon l'effectif était trop faible pour appliquer un test du Chi2.

On met en évidence une différence significative du nombre de consultations où moins de 3 ES ont été abordés et où 3 ou plus de 3 ES ont été abordés selon la tranche d'âge de la patiente. (N=161 et p=0,027).

Il semble que plus la patiente est âgée moins le nombre d'ES abordés est important.

G/ Pour combien de temps la contraception est-elle renouvelée?



N=161

Diagramme 9 représentant la durée de renouvellement de la CO

Noter que dans la légende, la catégorie «sans réponse» inclut 1 changement d’implant et 1 changement de DIU.

On rappelle que 16% des entretiens des consultations de suivi durent moins de une minute, soit 26 entretiens sur 161.

Dans près de 55 % des consultations dont l’entretien a duré moins d’une minute, la contraception a été renouvelée plus de six mois (14 consultations sur les 26 en valeur absolue) . (Cf diagramme 13 en annexe.)

Parmi ces patientes seules 23 % (soit 6) ont un suivi gynécologique ailleurs connu d’après le tableau ci-après.

Suivi gynécologique ailleurs?	Durée du renouvellement			Total	
	> 6 mois	< 6 mois	Sans réponse		
Suivi gynéco non connu		4	3	3	10
Pas de suivi gynécologique ailleurs		4			4
Suivi gynécologique ailleurs		6	6		12
Total		14	9		26

Tableau 4 de la durée du renouvellement de CO pour les entretiens de moins de une minute en fonction du suivi gynécologique de la patiente

H/ Les patientes qui n’ont pas changé de mode de contraception au cours de la consultation semblent-t-elles satisfaites de leur contraception?

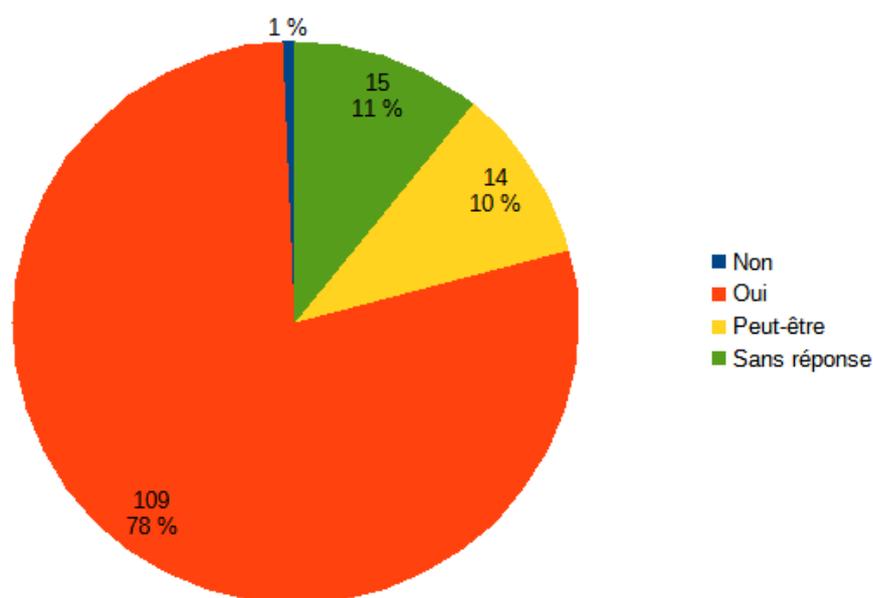


Diagramme 10

Parmi les patientes qui n'ont pas changé de contraception au cours de la consultation (N=139), trois quarts étaient notées comme semblant satisfaites de leur contraception par l'interne.

Patiente satisfaite ?	Changement de contraception ?		
	Non	Oui	Total
Non	1	3	4
Oui	109	2	111
Peut-être	14		14
Sans réponse	15	17	32
Total	139	22	161

Tableau 5 représentant le nombre de patientes ayant changé de contraception en fonction de leur satisfaction à leur contraception

Une seule patiente paraissant insatisfaite de sa contraception n'a pas changé de mode de contraception au terme de la consultation.

IV/ Discussion

1/ Analyse et commentaires des résultats

La population de MSU étudiée représente les différents profils de MG exerçant en Aquitaine (femmes, hommes, classes d'âge différents, milieu d'exercice...). En revanche elle n'est pas représentative de la population des MG en Aquitaine puisque plus de trois médecins sur 10 en Nouvelle Aquitaine sont âgés de plus de 60 ans.(42)

Nous partions initialement du postulat que l'intérêt actuel en médecine générale pour les consultations de suivi de contraception était moindre pour des raisons détaillées dans le paragraphe «Introduction». Nous souhaitions décrire l'interrogatoire des MSU lors des consultations de suivi de prescription de contraception. Pour les décrire, nous avons utilisé trois axes qui permettent une description objective de la consultation : la durée, le nombre d'items abordés (parmi la satisfaction générale de la patiente vis à vis de sa contraception, la présence d'ES, le tabac, l'observance de la méthode, la praticité de la méthode, les autres modes de contraception disponibles, le changement d'habitus et mode de vie depuis la prescription de la contraception, les événements intercurrents tels qu'IVG, IST depuis la prescription et la satisfaction de la vie sexuelle), et le nombre d'ES abordés.

Trente huit pourcent des consultations étaient dédiées au suivi. Ce chiffre seul ne peut être analysé car on ne sait si la patiente avait eu d'autres consultations dédiées (ou non) dans la même année. Il laisse supposer cependant qu'un pourcentage moindre de patientes consultent leur médecin généraliste pour aborder uniquement le sujet de leur contraception.

Dans 63% des consultations non dédiées, l'entretien durait moins de 5 minutes. Et, toutes consultations confondues (dédiées ou non dédiées), pour plus de la moitié l'entretien durait moins de cinq minutes. Certes, ce chiffre n'est qu'une estimation de l'interne mais les tranches de durée proposées permettaient une estimation assez facile (moins de une minute, moins de 5 minutes, 5 à 10 minutes et plus de dix minutes). Pour corroborer l'idée que les entretiens sont en général trop courts : un cinquième des entretiens (lors des consultations non dédiées) duraient moins de 1 minute.

Un autre chiffre parlant est que dans plus de la moitié (53%) des consultations non dédiées, le sujet de la contraception était abordé à la fin de la consultation. Ceci reflète le peu d'espace laissé (par la patiente dans ce cas précis) au temps de la discussion autour de la contraception. La question que l'on se pose c'est pourquoi ce sujet est abordé par la patiente en fin de consultation la majorité du temps? Est-ce parce qu'il semble trivial pour la patiente? Dans près de 55% des consultations dont l'entretien dure moins de 1 minute, la contraception a été renouvelée pour plus de 6 mois, et parmi ces patientes, seules 23% avaient un suivi gynécologique ailleurs.

Concernant notre deuxième axe -les items abordés- on peut noter qu'un nombre relativement faible d'items était abordés lors des consultations avec une moyenne de trois items sur les neuf par consultation. Dans une portion non négligeable de consultations (15,6%), aucun item n'était abordé. Dans presque trois quarts des cas (73%) moins de la moitié des items (4 items ou moins) étaient abordés. Ces items sont applicables à tout mode de contraception. Ils peuvent certes être plus ou moins à propos en fonction de l'âge de la patiente (moins adapté si patiente en péri-ménopause pour certains items ou si la patiente a moins de 15 ans) mais 75% des patientes interrogées avaient entre 18 et 35 ans. On a cependant analysé qu'il existait une différence significative du nombre d'items abordés selon l'âge de la patiente.

On pourrait supposer également que selon la durée depuis laquelle la patiente prend sa contraception, la réévaluation permanente de ces différents axes pourrait sembler obsolète. Mais l'est-ce vraiment? La vie d'une femme est marquée par de nombreux événements de vie (grossesses, infections, deuils, régimes, séparations...) et à chaque étape, avec son évolution, sa contraception devrait être réadaptée afin de lui correspondre au mieux.

Concernant le troisième axe, celui du nombre d'ES abordés : environ un sur les onze seulement est abordé par consultation, et dans 80% des cas deux ES ou moins de deux sont abordés. Pourtant ces ES peuvent s'appliquer à toute contraception et ils sont évolutifs dans le temps donc devraient être recherchés à chaque consultation. Il est vrai que le médecin en général n'entreprend pas cette démarche de recherche d'ES pour chaque prescription médicamenteuse. Or, dans le cas précis de la contraception on parle d'un médicament (ou dispositif) facilement interchangeable et non indispensable (comme par exemple un anti-hypertenseur ou même un antalgique). Il faut donc qu'il soit tout particulièrement adapté à chaque patiente pour ne pas lui provoquer plus d'effets secondaires que de bénéfices.

D'autre part les ES principalement abordés sont des ES somatiques et non fonctionnels ou psychiques : prise de poids, spotting et céphalées. Doit-on conclure qu'ils sont plus souvent abordés car la patiente en parle de façon plus spontanée? Que le médecin est plus à même de rechercher ces effets en fonction de son expérience?

Si le sujet n'est pas abordé on peut considérer :

- que la patiente n'en souffre pas,
- que la patiente ne sait pas qu'il est peut-être en rapport avec sa contraception,
- que la patiente ne pense pas que la consultation soit l'endroit pour aborder le sujet (honte, peur de déranger, manque de temps...)
- que le médecin n'a pas posé la question

La question que l'on soulève ici est de savoir s'il faut s'attendre à ce que la patiente parle spontanément de son problème. On le sait, un des principes en médecine générale est : on ne trouve que ce que l'on recherche. Et, au-delà des oublis, nombreux sont les médecins qui n'abordent pas certains sujets pour des motifs nombreux et variés (comme explorés dans l'introduction).

Tous les effets secondaires ne devraient-ils pas être recherchés de façon systématique afin d'accompagner au mieux la patiente dans le suivi de la contraception?

Ceci pourrait par exemple s'envisager avec un auto questionnaire donné aux patientes en salle d'attente lors d'une consultation de suivi à l'image du questionnaire élaboré par la Société Française de Médecine du sport pour les certificats de non contre-indication à une activité sportive (cf annexe 3). Ces questionnaires posent toutes les questions concernant les antécédents personnels, familiaux, habitus etc..pouvant amener à alerter le médecin. Un questionnaire similaire reprenant les modalités du suivi de la patiente, le dernier test HPV/FCV (frottis cervico vaginal), la dernière mammographie éventuellement, les différentes contraceptions essayées et les raisons de leur arrêt s'il y en a eu, les antécédents gynécologiques et obstétricaux, les différents thèmes abordés dans les histogrammes ci-dessus (satisfaction générale, vie sexuelle, changement de mode de vie, tabac, observance, praticité, événements intercurrents...) et les effets secondaires. La patiente pourrait ainsi remplir le questionnaire en salle d'attente et aborder ensuite en consultation tous les thèmes nécessaires ; les différentes problématiques seraient donc ciblées dès le début de la consultation avec le médecin. Cela apporterait au médecin un gain de temps et à la patiente la liberté de discuter avec son médecin de sa contraception en évoquant tous les sujets souhaités.

Parmi les résultats annexes obtenus dans cette étude, on retrouve que le nombre d'items et d'ES abordés varient en fonction de certains critères liés au médecin.

Par exemple, les femmes médecins abordent plus souvent un plus grand nombre

d'items et d'ES que les médecins hommes avec un résultat statistiquement significatif. Quelles pourraient-être les explications à ce phénomène? Un nombre supérieur de médecins femmes formées à la gynécologie? Un intérêt plus grand porté par les médecins femmes à la gynécologie? Une compréhension plus intime et spontanée de sa patiente de la part des médecins femmes? L'expérience personnelle?

De la même façon, les médecins plus jeunes semblent aborder un plus grand nombre d'items et d'ES. Cette tendance pourrait s'expliquer par la formation actuelle des internes incluant de plus en plus la gynécologie médicale, la communication, l'écoute du patient.

On note aussi ce même résultat lorsque l'on compare la population de médecins ayant une formation en gynécologie médicale (diplôme universitaire) et ceux n'en ayant pas. Les médecins avec formation semblent aborder un plus grand nombre d'items que les médecins sans formation. Est-ce dû à leur intérêt spontané ou à leur formation?

Parmi les autres résultats obtenus avec cette étude certains viennent appuyer des résultats retrouvés dans la littérature. En premier lieu on retrouve le fait que les médecins généralistes sont sollicités pour les consultations de contraception (ici les consultations de suivi). Le médecin à tout moment peut être amené à renouveler une contraception bien qu'il ne soit pas à l'initiative de celle-ci. Il est sollicité en tant que prescripteur habituel de la patiente mais également en tant que prescripteur ponctuel. Ceci l'amène à devoir à la fois gérer les consultations où il est à l'origine de la prescription initiale de contraception (ce qui comprend le suivi global, la recherche des effets secondaires, la tolérance et la satisfaction de la patiente), et à intervenir dans les prescriptions de ses confrères en sachant les remettre en question puisqu'il prend le relais de la responsabilité de la prescription. N'est-ce pas le moment de refaire le point avec la patiente pour avoir un continuum entre sa prise en charge gynécologique et sa prise en charge globale? Son rôle est d'apporter une vision ou un avis complémentaire sur sa contraception. Etant dès lors responsable (y compris légalement) de la prescription il doit s'assurer de sa pertinence.

D'autre part, l'étude confirme le rôle marginal que le partenaire joue dans la contraception de la femme au vu du faible pourcentage obtenu de participation du partenaire lors des consultations de suivi. Ceci souligne que la contraception reste une prise en charge de la patiente uniquement et que la place du partenaire dans ces consultations n'est pas encore bien établie.

La raison est-elle :

- historique : modes de contraception principalement féminine depuis toujours
- comportementale : manque d'intérêt du partenaire, peur de déranger de la part du partenaire, pudeur de la femme ne souhaitant pas la présence ou l'avis du partenaire
- éducative : manque d'information du partenaire sur les différents modes de contraception, manque d'implication
- sociétale/culturelle : femme actrice de sa contraception, responsable de son corps, contraception vécue comme une fatalité par le partenaire
- relationnelle : gêne vis à vis du médecin, sujet relevant plutôt de la sphère intime, familiale

Toujours est-il que la vie sexuelle concerne le couple et que la place du couple dans ces consultations semble peu importante.

Peut-être qu'une des façons de redonner de la place à l'homme dans le sujet de la contraception serait de lui faire une place lors des consultations? De laisser un temps pour que le partenaire puisse également échanger avec le médecin, discuter des alternatives et s'enquérir des techniques de contraception masculine bien qu'elles soient peu nombreuses ou encore en cours d'élaboration.

Ensuite, la majorité des médecins lors du suivi abordent le sujet de la satisfaction

globale de la patiente selon notre étude. Cette notion de satisfaction pose plusieurs problèmes :

- cette notion est très large et on ne sait pas vraiment ce qu'elle recouvre.
- l'évaluation de ce critère fait appel au moins en partie à la subjectivité de l'observateur.
- cette notion de satisfaction globale est-elle suffisante pour évaluer les véritables enjeux de la prise de contraception? Peut-on dépister les effets secondaires, les problématiques, les non dits avec une question fermée, plutôt peu précise, telle que : êtes vous satisfaite de votre contraception?

Le rôle du médecin est d'alerter la patiente sur les différents effets secondaires et d'éventuelles problématiques pouvant provenir d'une contraception et c'est en posant des questions précises et en informant la patiente qu'elle peut alors être éclairée.

Cette notion de satisfaction reste donc très vague.

Doit-on juger positif le fait que la satisfaction de la patiente de sa contraception soit recherchée par le médecin ou plutôt juger négatif le fait que les internes estiment que la satisfaction de la patiente est recherchée par le médecin, alors qu'il ne l'a pourtant que très peu questionnée à ce sujet? Parmi les MG seuls 0,07% n'ont abordé que l'item satisfaction générale.

On a aussi noté que dans plus de trois quart (78%) de cas où la patiente n'a pas changé de contraception au cours de la consultation, les internes estiment que la patiente est satisfaite de sa contraception. Ce taux élevé ne serait-il pas optimiste? Comment l'interne peut-il conclure à la satisfaction de la patiente compte tenu du faible temps passé par le médecin à l'interroger (qui est estimé dans la majorité des cas à moins de 5 minutes) et du faible nombre d'items et d'ES abordés (qui est d'une moyenne de 3 par consultation et par médecin).

Dans 11% des cas l'interne ne sait pas si la patiente est satisfaite de sa contraception à l'issue d'une consultation de renouvellement. Ceci révèle que la question n'a simplement pas été posée ou que la patiente n'y a pas répondu clairement alors que dans 79% des consultations la CO a été renouvelée.

On peut supposer ici que le médecin connaît sa patiente s'il est le prescripteur habituel; on peut aussi supposer qu'il considère que cela n'est pas le thème de la consultation donc qu'il n'explore pas ce sujet ou alors simplement que la question n'est pas posée par omission.

Plus d'un quart des CO sont renouvelées un an et 60% pour 6 mois ou plus. Pourtant dans plus de la moitié des consultations non dédiées le thème de la contraception est abordé en fin de consultation. Il est certain qu'en fin de consultation un médecin ne peut souvent pas, pour des raisons d'horaire, consacrer à la patiente le temps suffisant pour refaire un point sur sa contraception. Peut-être qu'en revanche deux simples questions pourraient amener la patiente à refaire le point avec un médecin :

- où le suivi est-il fait habituellement? (si non réalisé par lui même)
- de quand date-t-il?

En fonction des réponses, programmer une consultation pour aborder uniquement le thème de la contraception et refaire un point sur le plan gynécologique pourrait être bénéfique.

Le médecin peut alors s'en occuper lui même ou l'adresser à un collègue ou encore au médecin habituel de la patiente.

2/ Points faibles de l'étude

Le questionnaire est uniquement à questions fermées. Ceci empêche d'apporter des commentaires ou nuances aux propos rapportés. Cependant, l'objectif ici étant de réaliser une étude quantitative, le but était de faciliter les réponses des internes, simplifier le questionnaire,

poser des questions principalement objectives, le rendre ludique, rapide et dynamique. Le but ici n'étant pas de recueillir les impressions de chacun mais plutôt des faits concrets pour analyser ensuite ce qui est réellement abordé en consultation et ce qui est mis de côté. Un espace «commentaire» aurait pu être rajouté tout de même afin de permettre aux internes de s'exprimer librement sur le sujet. Ils étaient cependant invités à formuler leurs remarques soit par mail soit par le groupe Facebook®.

Les réponses au questionnaire sont une déclaration de l'interne. Si le point faible de cette technique est qu'il existe un intermédiaire entre ce que fait réellement le MSU et ce que l'interne rapporte, ce qui crée un biais d'évaluation, elle diminue par ailleurs le biais de prévarication (si le médecin remplissait lui même le questionnaire).

Un exemple de cette perte d'information avec un intermédiaire serait que l'interne assiste ponctuellement à une consultation et n'a pas l'historique du patient avec le médecin. C'est ainsi qu'à certaines questions, l'interne pouvait cocher «Ne sait pas» pour, par exemple, la date du dernier renouvellement, le suivi ailleurs avec un gynécologue, si le médecin est le prescripteur habituel de la contraception et depuis combien de temps la patiente prend sa contraception. A ce moment, l'interne peut cocher «Ne sait pas» pour plusieurs raisons : soit car il n'a pas l'information de par sa situation d'observateur ponctuel soit car le médecin n'a pas l'information ou qu'il l'a connaît et n'a pas jugé utile de la demander. Il est donc difficile dans ce cas de savoir si le défaut d'information provient de l'observation de l'interne ou de l'interrogatoire du médecin.

Certaines questions du questionnaire étaient soumises à un biais de subjectivité notamment :

- celle recherchant si la satisfaction globale de la patiente par rapport à sa contraception avait été abordée,
- celle évaluant la durée de l'interrogatoire par l'interne,
- celle concernant l'avis de l'interne sur la satisfaction de la patiente par rapport à sa contraception.

D'autre part les internes ont été fortement incités par le département de médecine générale à répondre au questionnaire. En effet, les internes remplissant un questionnaire et participant à une formation en ligne à la recherche universitaire se voyaient attribuer un crédit. Les crédits peuvent être obtenus par plusieurs biais durant l'internat (formations, participation à des ateliers, etc.). Comme souligné par un interne dans un mail, ces derniers peuvent-être tentés de répondre à un questionnaire uniquement pour bénéficier du crédit. Il est vrai que l'on compte sur la responsabilité professionnelle des internes pour qu'ils remplissent le questionnaire consciencieusement. On peut prévoir dans cette étude un biais de prévarication.

L'étude a été réalisée par des MSU donc une population de médecins universitaires. On les suppose donc plus au contact des recommandations et des suivis des bonnes pratiques. Cette population n'est par conséquent peut-être pas représentative des médecins généralistes en Aquitaine ou en France et on s'expose à un biais de sélection (biais de recrutement).

Il est possible que les médecins aient été influencés par les internes si ceux-ci ont parlé du contenu du questionnaire à leur MSU. Il avait été spécifié aux internes de partager le moins possible le contenu tant que l'interne remplissait de nouveaux questionnaires. Ce biais d'évaluation a donc normalement été contrôlé.

On peut également supposer un biais de mémorisation et d'information car l'interne était amené à remplir un questionnaire avec discrétion ceci ayant pour conséquence qu'il ne

remplissait probablement pas le questionnaire en ligne au moment de la consultation devant la patiente. Il devait donc attendre une pause pour pouvoir remplir le questionnaire entraînant probablement des pertes d'informations. Ceci est d'autant plus vrai si l'interne n'avait pas lu le questionnaire au préalable et ne connaissait pas le contenu du questionnaire avant d'assister à la consultation. Ce biais a visé à être atténué en envoyant une version papier imprimable du questionnaire afin que les internes puissent l'avoir à tout moment sur eux. Ce questionnaire leur aurait directement été distribué lors des choix de stage en présentiel si les circonstances sanitaires l'avaient permis.

3/ Points forts de l'étude

La méthodologie choisie pour la thèse a présenté de nombreux avantages. En premier lieu, elle a permis de recueillir sans biais de prévarication de la part des médecins les informations relatives à une consultation de suivi de contraception. La participation de l'interne a permis d'avoir un œil objectif quant à l'évaluation de nombreux éléments lors de la consultation.

On peut supposer également que questionner les internes sur la pratique des médecins qu'ils observent leur permettra d'être à l'avenir eux-mêmes plus sensibilisés à ces consultations de suivi de contraception.

Le fait que cette étude ait été conduite sur deux semestres a permis une adaptation de la méthode et a été une force pour l'étude.

En effet, le mode de recrutement a été modifié entre le semestre A et le semestre B pour une plus grande participation des internes. La création d'un groupe Facebook les a incités lors des relances via Facebook ® à une plus grande participation à l'étude. Le taux de réponse a été aussi augmenté grâce au point de crédit attribué aux internes s'ils participaient au questionnaire de l'étude.

La création d'un groupe Facebook ® a permis une meilleure communication avec les internes qui nous ont fait parvenir des remarques ou leurs questionnements pendant le semestre.

Quelques corrections au questionnaire ont été apportées afin de mieux adapter les questions à l'hypothèse que nous souhaitions valider.

Les mesures correctives prises entre le premier et le deuxième semestre représentent une force pour cette étude.

D'autre part, cette étude apporte un vrai éclairage sur certaines failles de l'entretien entre le MG et la patiente concernant le suivi de la prescription de contraception. On a pu mettre en lumière la faible durée des entretiens et le peu de thèmes abordés. On a pu également noter que ces entretiens étaient moins exhaustifs selon certains critères propres au médecin : le genre masculin, la tranche d'âge plus avancée et l'absence de formation.

La taille de l'échantillon ne permet pas de donner une validité externe à cette étude mais permet de donner un aperçu du contenu des interrogatoires effectués par les MSU. Ces résultats sont d'autant plus intéressants que la population étudiée n'est pas une population de médecins généralistes non avertis puisque tous maîtres de stage universitaires.

V/ Conclusion

En conclusion notre étude met en lumière le fait que la place de la consultation de suivi de contraception en médecine générale ne semble pas encore bien définie.

L'évaluation de la durée des entretiens, le nombre de thèmes abordés en consultation sont des éléments qui laissent transparaître le fait que les consultations de suivi de contraception manquent probablement d'un cadre défini, de protocole et de systématisme pour permettre aux médecins généralistes (et peut-être même spécialistes) de balayer l'ensemble des thèmes, de rechercher les difficultés, et d'offrir aux patientes la possibilité d'échanger sur leur contraception pendant ce colloque singulier. Beaucoup de consultations sont encore l'objet de renouvellement de contraception sans exploration de la part du médecin. La contraception semble être traitée comme un outil figé dans le temps et il semblerait que l'évolution de la patiente n'est pas suffisamment prise en compte.

Il s'avère aussi que certains sujets restent encore très peu abordés en consultation pour des motifs connus et mis en lumière dans des thèses précédentes (notamment le mode de vie de la patiente, la satisfaction du couple de la contraception, la satisfaction de la vie sexuelle de la patiente avec sa contraception). La place de la sexualité de la patiente et du couple en consultation de suivi de contraception est moindre.

Parallèlement à cela, la place du partenaire en consultation de contraception est encore trop peu investie.

Les patientes sont de plus en plus sensibilisées aux effets secondaires causés par leur contraception : le discours actuel est changeant et le «retour au naturel», le «sans hormone» est de mise. Elles sont aussi informées et influencées par d'autres sources que les professionnels de santé (internet, réseaux sociaux...)

Il est important que le MG puisse alors offrir du temps à ces femmes lors des consultations de suivi de contraception pour les écouter, les aider dans leur démarche et les aider à déconstruire certaines idées reçues sur leur contraception.

L'impact environnemental des CH préoccupe aussi de plus en plus les patientes et c'est au MG de savoir répondre aux doutes et aux appréhensions de leurs patientes.

Une certaine partie encore des MG ne pratiquent pas de gynécologie au cabinet ce qui explique en partie le peu de temps accordé à la gynécologie en médecine générale. La réforme actuelle obligeant les internes de MG à faire un stage de six mois en gynécologie vise à habituer ces futurs médecins à ce domaine afin de pallier la baisse progressive des gynécologues en ville. La formation à la fois pratique et théorique devrait probablement sensibiliser les internes au suivi de la contraception et aux thèmes concernant la sexualité.

Le fait que le médecin généraliste ne soit pas forcément coordinateur de la partie gynécologique entraîne une rupture dans la prise en charge globale de la patiente. Les consultations de suivi de contraception notamment celles de renouvellement devraient être l'occasion de dresser le bilan des intervenants dans la prise en charge de la patiente et de remettre en question son mode de contraception.

Plusieurs solutions pourraient faciliter ce suivi de contraception :

- valoriser par une cotation supplémentaire une consultation dédiée à la gynécologie. Effectivement, hormis une cotation pour la consultation de primo-consultation pour les

femmes de 15 à 18 ans et un acte tel que le frottis/ test HPV, rien n'est prévu pour les consultations de gynécologie : consultation de suivi, prélèvements au cabinet.

On pourrait par exemple envisager une majoration de la cotation ou une majoration de la rémunération via la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) en requérant pour des objectifs de santé publique une consultation par an pour chaque patiente pour le suivi de la contraception.

- un auto questionnaire papier pourrait être remis à la patiente soit le jour de la consultation de suivi soit lors de la prise du rendez-vous de cette consultation de suivi afin de faciliter l'interrogatoire. Ce questionnaire reprendrait les antécédents gynécologiques et obstétricaux, les différents moyens de contraception utilisés, le mode de vie, le statut marital, tous les effets secondaires répertoriés des différentes contraceptions, avec des cases à cocher. Il serait rendu au médecin en consultation et permettrait un véritable échange sur le thème de la contraception avec la patiente. Cet outil permettrait un gain de temps et une plus grande exhaustivité. Il permettrait également de montrer à la patiente l'importance d'y consacrer du temps et lutter contre la consultation de «poignée de porte» (cf exemple auto questionnaire proposé en annexe 5)

- un rendez-vous systématique après la prescription d'une nouvelle contraception devrait être prévu.

- concernant la place de l'homme, le médecin pourrait lors de ces consultations de suivi proposer à la femme de venir avec son partenaire afin de l'inclure dans la démarche.

La prévention en médecine générale est un enjeu central. La santé sexuelle et la contraception sont un pan non négligeable du bien-être et de la bonne santé d'une femme voire même d'un couple. En effet la santé selon l'OMS (organisation mondiale de la santé) est «un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité».

La contraception accompagne une femme tout au long de sa période d'activité génitale. Cette période ponctuée d'événements gynécologiques et obstétricaux nécessite une adaptation constante de la méthode contraceptive. Il semble primordial que l'accompagnement soit adapté aux différentes étapes de la vie de la femme et du couple et que la patiente vive sa contraception comme un allié et non un fardeau.

VI/ Bibliographie

1. Institut national d'études démographiques. La contraception en France [Internet]. [cité le 2021 Mar 4]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/contraception-france-2017/>
2. Bajos N., Bohet A., Le Guen M., Moreau C., l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population & Sociétés, 2012, n°492 : 4p.
3. Haute autorité de santé. Contraception chez l'homme et chez la femme. 2019 juillet;249.
4. Breteau A. Les 7 dates-clés de la contraception en France [Internet]. Le Point. 2017 [cité le 2021 Mar 4]. Disponible sur : https://www.lepoint.fr/culture/les-7-dates-cles-de-la-contraception-en-france-27-12-2017-2182640_3.php
5. Institut national d'études démographiques. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité le 2021 Mar 7]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/contraception-france-nouveau-contexte-nouvelles-pratiques/>
6. Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français. CP : Faut-il vraiment avoir peur de la pilule contraceptive ? [Internet]. [cité le 2021 Mar 4]. Disponible sur : <http://www.cngof.fr/actualites/540-cp-faut-il-vraiment-avoir-peur-de-la-pilule-contraceptive>
7. Pastor Z, Holla K, Chmel R. The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: A systematic review. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2013 Feb;18(1):27–43.
8. Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The Effects of Hormonal Contraceptives on Female Sexuality: A Review. J Sex Med. 2012 Sep;9(9):2213–23.
9. Schaffir J, Worly BL, Gur TL. Combined hormonal contraception and its effects on mood: a critical review. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2016 Sep 2;21(5):347–55.
10. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Carayon F, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. Cochrane Fertility Regulation Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2014 Jan 29 [cité le 2021 Mar 4]; Disponible sur : <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003987.pub5>
11. Malmborg A, Persson E, Brynhildsen J, Hammar M. Hormonal contraception and sexual desire: A questionnaire-based study of young Swedish women. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2016 Mar 3;21(2):158–67.
12. Revue Prescrire. Dispositif intra utérin au lévonorgestrel : un afflux de notification en France en 2017. 2018 mai;38(415):351.
13. Ausset L. Contraception hormonale et trouble de la libido. Mémoire diplôme interuniversitaire. Université de Bordeaux ;2018,21p.

14. Food and Drug Administration. FDA allows marketing of first direct-to-consumer app for contraceptive use to prevent pregnancy [Internet]. FDA; 2020 [cité le 2021 Mar 7]. Disponible sur : <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-allows-marketing-first-direct-consumer-app-contraceptive-use-prevent-pregnancy>
15. Ameli. Méthodes naturelles de contraception [Internet]. [cité le 2021 Avr 12]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/methodes-naturelles-contraception>
16. Berglund Scherwitzl E, Gemzell Danielsson K, Sellberg JA, Scherwitzl R. Fertility awareness-based mobile application for contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016 May 3;21(3):234–41.
17. Amsellem-Mainguy Y. Enjeux de la consultation pour la première contraception. *Jeunes femmes face aux professionnels de santé. Sante Publique (Bucur)*. 2011 Jun 23;Vol. 23(2):77–87.
18. Ventola C. Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. *Genre Sex Société* [Internet]. 2014 Dec 1 [cité le 2021 Avr 30]; (12). Disponible sur : <http://journals.openedition.org/gss/3215>
19. Thomé C. D'un objet d'hommes à une responsabilité de femmes: Entre sexualité, santé et genre, analyser la métamorphose du préservatif masculin. *Sociétés Contemp*. 2016;104(4):67.
20. Perrissin-Pirasset M, Lemonnier A. Pratique de la gynécologie en médecine générale : état des lieux et perspectives, attentes et ressentis des médecins généralistes. Thèse de médecine. Université de Caen ;2010,161p.
21. Institut National du Cancer. Médecins généralistes et dépistages des cances. 2011 juin p. 20.
22. Bergeron, C., Cartier, I., Guldner, L., Lassalle, M., Savignoni, A., & Asselain, B. (2005). Lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus diagnostiqués par le frottis cervical, Ile-de-France, enquête Crisap, 2002. *Bull Epidemiol Hebd*, 2, 5-6.
23. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Attitudes et pratiques des médecins généralistes 76 dans le cadre du suivi de la grossesse. Octobre 2016. [Internet] Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er977.pdf>.
24. Article L4151-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité le 2021 Avr 12]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930245/
25. Décret n° 2012-883 du 17 juillet 2012 relatif à la dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux par le pharmacien. 2012-883 juillet, 2012.
26. Décret n° 2016-683 du 26 mai 2016 relatif à la délivrance de la contraception d'urgence par les infirmiers scolaires. 2016-683 mai, 2016.
27. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. La démographie des médecins. 2016. [Internet]

Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/opendata/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/lademographie-des-medecins-rpps/article/la-demographie-des-medecins-rpps>.

28. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Compte-rendu de l'audition des Gynécologues médicaux du 2 février 2011. [Internet]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Comptere rendu_de_1_audition_des_Gynecologues_medicaux.pdf.
29. Daveaux S. L'acceptation par les femmes des gestes techniques courants de gynécologie médicale en médecine générale. Thèse de Médecine. Université d'Amiens ;2013,58p.
30. Haute Autorité de Santé - État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. [cité le 2021 Mar 3]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee
31. Burnet J. Facteurs influençant la pratique d'une activité gynécologique en médecine générale : étude qualitative auprès des médecins généralistes de la Somme. Thèse de médecine. Université d'Amiens ;2017,83p.
32. Gallichon C. La prescription et le suivi de la contraception : difficultés rencontrées par le médecin généraliste. Université Paris Descartes; 2015.
33. Baurain M. Parlons sexualité ! Les médecins généralistes sont-ils prêts à améliorer leur abord de la santé sexuelle avec leurs patients ? 2018.
34. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) [Internet]. [cité le 2021 Mar 4]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg
35. Haute Autorité de Santé. Contraception hormonale orale : dispensation en officine [Internet]. [cité le 2021 Mar 4]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1720982/fr/contraception-hormonale-orale-dispensation-en-officine
36. Fleurat FL. Evaluation des pratiques professionnelles lors de la prescription d'une contraception chez les médecins généralistes en Limousin en 2014. Thèse de Médecine, Limoges : Université de Limoges ; 2014.
37. Klenkle V. Prescrireunecontraception.fr, création d'un site Internet d'aide à la prescription d'une méthode contraceptive et réalisation d'une étude d'acceptabilité de cet outil. Thèse de Médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2018.
38. Santé Publique France. Choisir sa contraception [Internet]. [cité le 2021 Mar 4]. Disponible sur : <http://choisirsacontraception.fr>
39. Haute Autorité de Santé - Choisir sa contraception avec un professionnel de santé [Internet]. [cité le 2021 Mar 4]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1764020/fr/choisir-sa-contraception-avec-un-professionnel-de-sante

40. Haute Autorité de Santé. Contraception : prescription et conseils aux femmes [Internet]. 2019 juillet. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf
41. Prescrire rédaction. Questionner sa pratique pour aider une femme à choisir sa contraception. Rev prescrire 2019 ; 39 : 62-66.
42. Observatoire Régional de la Santé de Nouvelle Aquitaine. Offre de soins [Internet]. 2018 p. 5. Disponible sur : https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2019/01/Offre_sante.pdf

ANNEXES

1/ Mail de présentation

Bonjour à tous! Internes Niveau 1!

Suite à ma présentation lors de vos choix de stage sur Zoom je vous envoie ce mail pour solliciter votre participation (5 minutes!) à ma thèse et vous communiquer toutes les informations utiles!

Participer à ce questionnaire et réaliser cette petite formation à la recherche en ligne <https://formation.girci-soho.fr/> vous permettront de valider 1 crédit!

On met beaucoup l'accent en consultation sur la première consultation de prescription de contraception ; **PENSEZ VOUS en revanche que le temps ou l'investissement accordé au SUIVI de cette prescription lors des consultations est aussi important ?**

Interne de sixième semestre c'est ce que je me propose d'étudier dans le cadre de ma thèse avec votre aide via un questionnaire très court! (1 page papier!) *Il s'agit presque uniquement de cases à cocher et de réponses à entourer.*

Ce questionnaire serait à remplir **dès la prochaine consultation EN OBSERVATION au cours de laquelle votre maître de stage :**

- renouvelle** une prescription de contraception (même s'il s'agit simplement de renouveler l'ordonnance) et **quelle que soit la contraception** (DIU, implant, pilule, préservatifs, etc...)
- réalise une consultation de **suivi de contraception**

Ma thèse consiste à décrire les pratiques des MSU d'Aquitaine concernant le suivi de la prescription d'une contraception.

Vous pouvez remplir ce questionnaire plusieurs fois et ce pour chacun de vos praticiens.

Ce mail comprend :

–En pièce jointe : ce mail en version word

–En pièce jointe : une version word à remplir par informatique ou à imprimer et à me renvoyer complétée et photographiée à l'adresse suivante : lauren.ausset@u-bordeaux.fr

–une version du questionnaire en ligne dont voici le lien: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeTwAYbKEyYmLI5V65tjKLtkYvJmTjmtga6EaKffMzuDks0A/viewform?usp=pp_url

–le lien du groupe facebook auquel vous pouvez adhérer pour être tenu au courant des infos pratiques pour le questionnaire : <https://www.facebook.com/groups/3343221505733789>
N'hésitez pas à faire la demande d'adhésion

–la fiche permettant de faire correspondre à chacun d'entre vous le numéro de votre terrain de

stage (qui varie pour chacun de vos praticiens). Ce numéro vous sera demandé à chaque fois que vous remplissez le questionnaire (pour pouvoir savoir combien de praticiens ont été observés)!

Je vous remercie d'avance de votre participation. Je compte sur vous parce que ma phase de recrutement ne s'étend que pendant la période de votre semestre et surtout pendant la phase d'observation!

J'ai conçu ce questionnaire de telle manière qu'il sera pour vous très facile et rapide d'y répondre : seules 5 minutes suffiront.

Vos maîtres de stage seront prévenus qu'un questionnaire vous a été distribué. Par contre, ne leur divulguez pas le contenu pour qu'ils ne soient pas influencés dans leurs pratiques!

Je vous demande en fin de questionnaire votre adresse mail : c'est uniquement pour pouvoir vous contacter au cas où, cela m'aiderait de pouvoir vous contacter uniquement si besoin (clarifier des réponses..) et vous donner les résultats si vous êtes intéressés.

Pour ceux qui seront intéressés des résultats de ma thèse ou si vous avez des questions n'hésitez pas à me contacter par mail (lauren.ausset@u-bordeaux.fr) ou par facebook!

J'attends vos réponses avec impatience! A charge de revanche pour votre thèse! Je vous souhaite un très bon stage!

Lauren Ausset

2/ Questionnaire

Questionnaire : Déroulé de l'interrogatoire d'une consultation de suivi de prescription de contraception

Critères d'inclusion des patientes : femme en âge de procréer , qui prend habituellement un moyen de contraception

Critères d'exclusion des patientes : femme qui n'a jamais utilisé de moyen de contraception auparavant

1/ Profil du médecin

1. Sexe : **F / M**
2. Tranche d'âge : **25-35 / 36- 45 / 46-55 / 56-70**
3. Mode d'exercice : **Rural / Semi rural / Urbain**
4. Formation en gynécologie : **Oui (Préciser laquelle) / Non**

2/ Profil de la patiente

1. Age de la patiente : **12-17 ans/ 18-25/ 26-35/ 36-55**
2. Tabagisme : **Oui / Non**

3/ Contexte de la consultation

1. Le médecin est-il le prescripteur habituel de la contraception de la patiente? **Oui / Non / Ne sait pas**
2. La consultation est-elle dédiée uniquement au suivi de prescription de contraception? **Oui / Non**
3. Si non, à quel moment de la consultation le sujet de la contraception est-il abordé? **Début- Milieu- Fin- Pas concerné**
4. De quand date la dernière consultation de renouvellement? **<3mois / 3-6 mois / 6-12 mois / > 1 an/ Ne sait pas**
5. Depuis combien de temps la patiente prend-elle sa contraception? **<3 mois/ 3 mois à 1 an / > 1 an/ Ne sait pas**
6. Y a-t-il un accompagnant présent? **Oui un parent / Oui son partenaire / Non**
7. La patiente a-t-elle un suivi gynécologique ailleurs? **Oui / Non / Ne sait pas**

4/ Entretien

Les sujets suivants sont-ils abordés par la patiente ou le MSU? **COCHEZ LA CASE SI SUJET ABORDE**

- Satisfaction générale de la contraception
- Observance et oublis
- Praticité de la méthode de contraception pour la patiente
- Effets secondaires éventuels (cochez les cases si le sujet a été abordé spécifiquement, que la patiente présente des effets secondaires ou non)
 - acné,
 - prise de poids,
 - variation de l'appétit,

- trouble de la libido,
- sécheresse vaginale,
- spotting,
- syndrome prémenstruel,
- syndrome menstruel,
- céphalées,
- troubles de l'humeur,
- infections génitales basses
- Autres modes de contraception
- Satisfaction de la vie sexuelle de la patiente et/ou de son partenaire avec son mode de contraception
- Changement ou non de mode de vie sexuel depuis la dernière consultation (célibat nouveau, changement de partenaire...)
- Événements intercurrents tels que IVG, IST, GEU...
- Tabac

5/ Impressions et conclusion

1. Au terme de la consultation la patiente a-t-elle changé de mode de contraception? **Oui / Non**
2. Si non, la patiente semble-t-elle, selon vous, satisfaite de sa contraception initiale? **Oui/ Non/ Ne sait pas**
3. Combien de temps diriez-vous que le médecin a consacré à la partie dédiée au suivi de la contraception de la patiente? (hors examen clinique) **1 min / < 5 min / 5-10 min / >10 min**
4. Pour combien de temps la contraception est-elle renouvelée? **1 mois ou moins / 3 mois / 6 mois / 1 an / Pas de renouvellement**

Votre adresse mail :

Votre numéro de terrain :

3/ Questionnaire de non contre indication à la pratique d'un sport de la Société Française de Médecine du Sport

DOSSIER MÉDICAL CONFIDENTIEL : questionnaire préalable à la visite médicale à remplir et signer par le sportif

Document à conserver par le médecin examinateur

Nom : Prénom :
 Date de naissance : Sport pratiqué :

Avez-vous déjà un dossier médical dans une autre structure, si oui laquelle :

Avez-vous déjà été opéré ? non oui
 Précisez et si possible joindre les comptes rendus opératoires.

Avez-vous déjà été hospitalisé pour

traumatisme crânien	non.....	oui
perte de connaissance	non.....	oui
épilepsie	non.....	oui
crise de tétanie ou spasmophilie.....	non.....	oui

Avez-vous des troubles de la vue ? non oui
 si oui, portez-vous des corrections : lunettes lentilles

Avez-vous eu des troubles de l'audition non oui

Avez-vous eu des troubles de l'équilibre non oui

Avez-vous eu connaissance dans votre famille des évènements suivants :

Accident ou maladie cardiaque ou vasculaire survenue avant l'âge de 50 ans	Oui	Non
Mort subite survenue avant 50 ans (y compris mort subite du nourrisson)	Oui	Non

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort les symptômes suivants :

Malaise ou perte de connaissance	Oui	Non
Douleur thoracique	Oui	Non
Palpitations (cœur irrégulier)	Oui	Non
Fatigue ou essoufflement inhabituel	Oui	Non

Avez-vous

Une maladie cardiaque	Oui	Non
Une maladie des vaisseaux	Oui	Non
Été opéré du cœur ou des vaisseaux	Oui	Non
Un souffle cardiaque ou un trouble du rythme connu	Oui	Non
Une hypertension artérielle	Oui	Non
Un diabète	Oui	Non
un cholestérol élevé	Oui	Non
Suivi un traitement régulier ces deux dernières années (médicaments, compléments alimentaires ou autres)	Oui	Non
Une infection sérieuse dans le mois précédent	Oui	Non

Avez-vous déjà eu :

- un électrocardiogramme	non.....	oui
- un échocardiogramme	non.....	oui
- une épreuve d'effort maximale	non.....	oui

Avez-vous déjà eu ?

- des troubles de la coagulation	non.....	oui
--	----------	-----

À quand remonte votre dernier bilan sanguin ? (le joindre si possible)

Fumez-vous ? non oui,
 si oui, combien par jour ? Depuis combien de temps ?

<u>Avez-vous</u> - des allergies respiratoires (rhume des foins, asthme)	non	oui
- des allergies cutanées	non	oui
- des allergies à des médicaments	non	oui
si oui, lesquels		
<u>Prenez-vous des traitements</u>		
- pour l'allergie ? (si oui, lesquels)	non	oui
- pour l'asthme ? (si oui, lesquels)	non	oui
<u>Avez-vous des maladies ORL répétitives</u> : angines, sinusites, otites	non	oui
<u>Vos dents sont-elles en bon état ?</u> (si possible, joindre votre dernier bilan dentaire) ..	non	oui
<u>Avez-vous déjà eu ?</u>		
- des problèmes vertébraux :	non	oui
- une anomalie radiologique :	non	oui
<u>Avez-vous déjà eu : (précisez le lieu et quand)</u>		
- une luxation articulaire	non	oui
- une ou des fractures	non	oui
- une rupture tendineuse	non	oui
- des tendinites chroniques	non	oui
- des lésions musculaires	non	oui
- des entorses graves	non	oui
<u>Prenez-vous des médicaments actuellement</u>	non	oui
<u>Avez-vous pris par le passé des médicaments régulièrement</u>	non	oui
<u>Avez-vous une maladie non citée ci-dessus</u>		
<u>Avez-vous eu les vaccinations suivantes</u> : Tétanos polio non oui Hépatite non oui Autres,		
précisez :		
<u>Avez-vous eu une sérologie HIV</u> :	non	oui

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES FEMMES.

À quel âge avez-vous été réglée ?		
Avez-vous un cycle régulier ?	non	oui
Avez-vous des périodes d'aménorrhée ?	non	oui
Combien de grossesses avez-vous eu ?		
Prenez-vous un traitement hormonal ?	non	oui
Prenez-vous une contraception orale ?	non	oui
Consommez-vous régulièrement des produits laitiers ?	non	oui
Suivez-vous un régime alimentaire ?	non	oui
Avez-vous déjà eu des fractures de fatigue ?	non	oui
Dans votre famille, y a t'il des cas d'ostéoporose ?	non	oui
Avez-vous une affection endocrinienne ?	non	oui
Si oui, laquelle ?		
Combien effectuez-vous d'heures d'entraînement par semaine ?		

Je soussigné(parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus

Nom : ----- Date -----

4/ Diagramme annexes

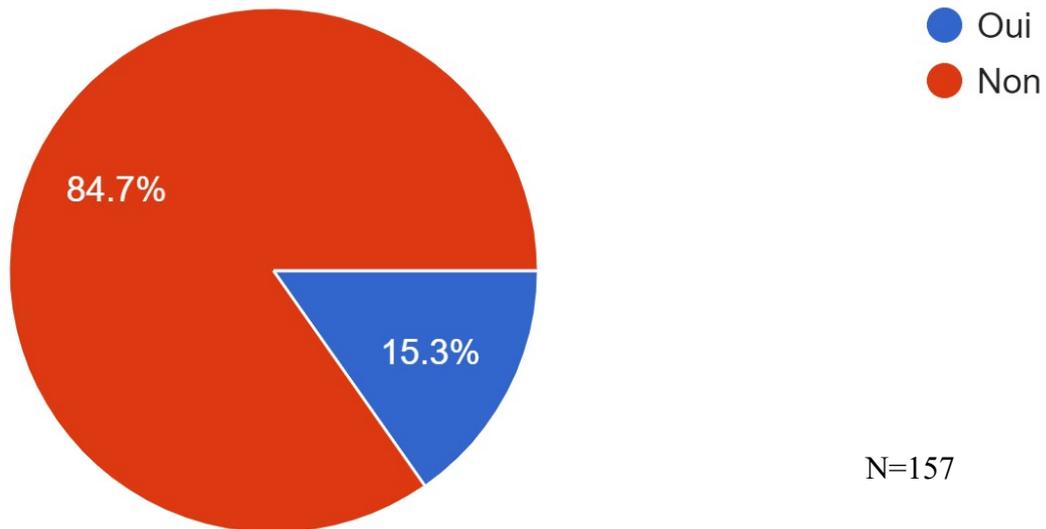


Diagramme 11 la patiente est-elle tabagique?

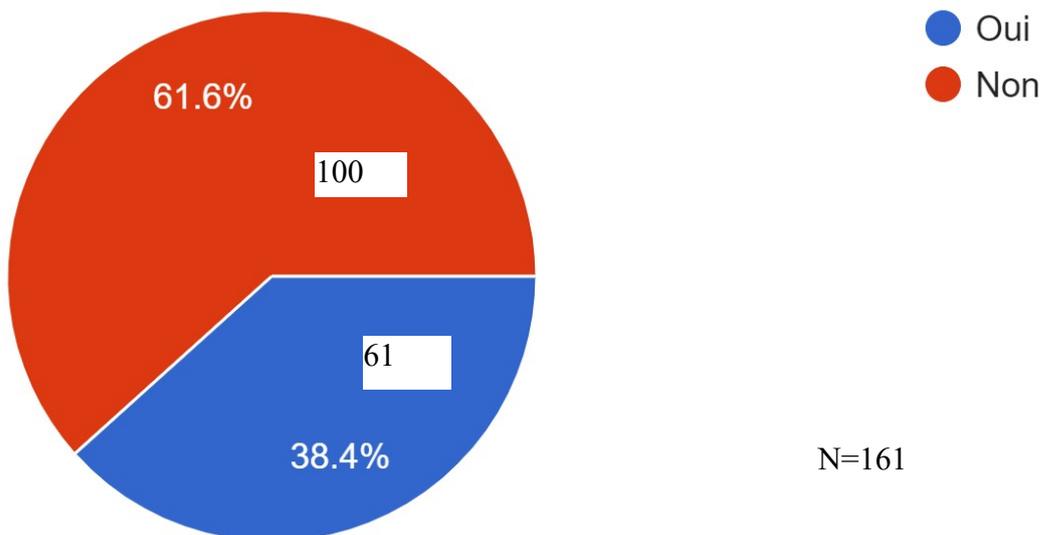


Diagramme 12 la consultation est-elle dédiée au suivi de la prescription de contraception?

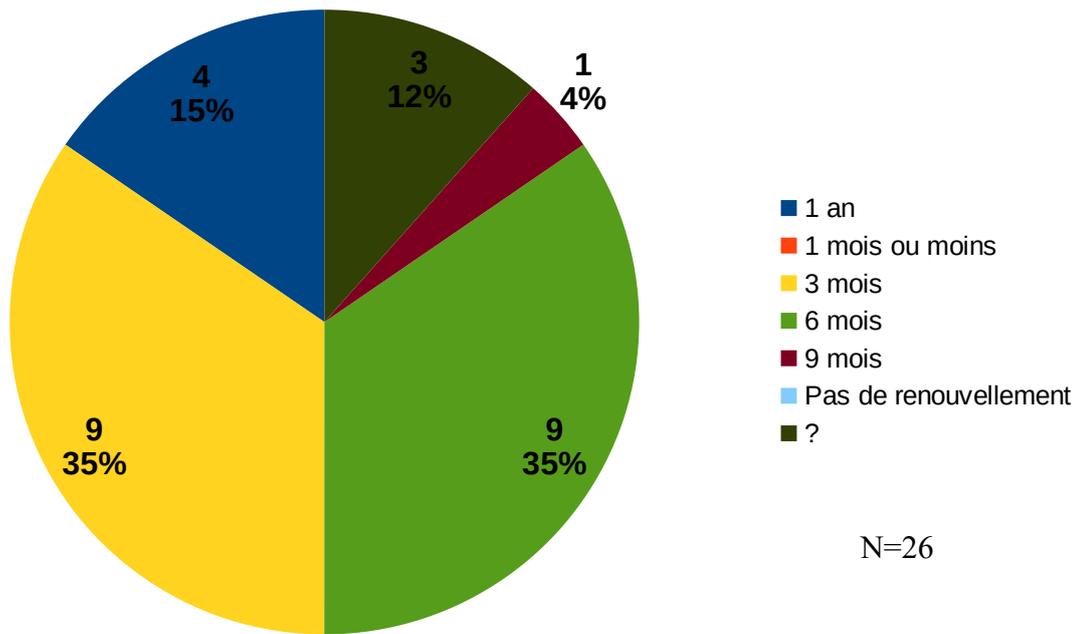


Diagramme 13 représentant la durée de renouvellement de CO lors des consultations où l'entretien a duré une minute.

5/ Auto questionnaire de suivi de prescription de contraception

- Age :
- Nombre de grossesses (inclure si fausses couches, grossesse extra utérines) :
- Nombre d'enfants :
- Antécédents personnels :
- Hospitalisations antérieures :
- Antécédents familiaux : (thromboses, phlébite, embolie pulmonaire?)
- Antécédents familiaux gynécologiques (Cancer du sein, Cancer ovaire, utérus...) :
- Suivi gynécologique ailleurs (sage femme, gynécologue) :
- Date dernier test HPV/FCV :
- Mammographies ou échographie gynécologiques réalisées :
- Dernier bilan biologique avec sérologies (VIH, hépatite B, C, A, syphilis) et urinaire :
- Antécédents personnels gynécologiques (GEU, IST, survenue de grossesse non désirée) :
- Tabac :

- Situation conjugale actuelle : célibataire, en couple
- Avez-vous des rapports sexuels à risque?
- Y-a t'il eu un changement de la situation conjugale depuis la dernière consultation?

- Contraception actuelle :
- Contraceptions utilisées antérieurement (préciser les dates approximatives d'usage) :

- Motif de l'arrêt des contraceptions antérieures :

Avec votre contraception actuelle :

- En êtes vous satisfaite?
- Vous semble t'elle pratique d'usage? Si non quelles difficultés rencontrées (oublis..?)
- Est-elle en adéquation avec votre vie sexuelle actuelle?
- Votre partenaire a-t-il des plaintes?

Présentez-vous un de ces effets secondaires pouvant être en rapport avec votre contraception?

- Acné
- Irrégularité du cycle
- Douleurs menstruelles (abdominales, seins)
- Infection urinaires
- Infections génitales (mycoses, pertes anormales..)
- Prise de poids
- Trouble de l'appétit
- Trouble de l'humeur
- Trouble de la libido
- Sécheresse vaginale

Souhaitez vous discuter des autres modes de contraception?

Consultation de suivi de contraception en médecine générale: pratiques et contenu de l'interrogatoire des médecins généralistes en Aquitaine

Résumé : Il ressort aujourd'hui de la littérature que le cadre, le contenu et le déroulé des consultations de suivi de prescription de contraception ne sont pas aussi clairement définis que comme ils le sont pour les consultations de primo contraception dans les guides de recommandations (HAS, sites internet, guides de bonnes pratiques). L'objectif de notre étude était de décrire l'interrogatoire effectué par les Maîtres de Stage Universitaires (MSU) en Aquitaine lors d'une consultation de suivi de prescription d'une contraception. Lors de cette étude prospective quantitative par questionnaire s'étendant de Novembre 2020 à fin février 2021, 161 questionnaires remplis par des internes en stage chez le praticien ont été recueillis, permettant de décrire les pratiques de 110 MSU. Cette recherche a fait ressortir le fait que peu de temps était accordé aux interrogatoires de suivi de prescription de contraception et que peu de thèmes étaient abordés lors de ces consultations, empêchant ainsi d'explorer l'étendue des questionnements, doutes, problématiques qui peuvent provenir de la prescription. Proposer aux patientes de remplir un auto-questionnaire avant une consultation de suivi de contraception et programmer une consultation annuelle de suivi pourraient être une solution pour faciliter l'échange et accompagner au mieux les patientes le long de leur parcours contraceptif.

Mots clés : Consultation, suivi, médecine générale, médecin généraliste, contraception, prescription

Visits for contraception follow up : practice and content of patients' medical interviews conducted by general practitioners in Aquitaine region

Summary : The existing literature shows that the frame, the content and the unfolding of consultations for contraception follow up do not have guidelines that are as clearly defined as those for first prescriptions (available on HAS, internet). This study intends to describe the patient's medical interview carried out by Internship Supervisors in Aquitaine region in the course of a consultation for contraception follow up. A prospective, quantitative survey was conducted from November 2020 to end of February 2021. We collected 161 questionnaires about 110 general practitioners' practices, completed by medical students during their internship with them (Internship supervisors). The study brought to light that in the course of a consultation only little time was allotted to questions about the follow up of contraception and that few items were broached. This revealed a failure to explore the range of questions, doubts, problems that might result from the original prescription. One of the solutions to the problem could consist in handing out forms for the patients to complete before their follow up visits and scheduling yearly follow up visits in order to improve the patient-doctor dialogue and method continuation.

Keywords : Consultation, follow up, general practitioners, general practice, birth control, contraception, prescription, visit