



HAL
open science

Enquête de pratique portant sur les connaissances et les pratiques contraceptives des médecins généralistes en Gironde

Juliette Fleischmann

► **To cite this version:**

Juliette Fleischmann. Enquête de pratique portant sur les connaissances et les pratiques contraceptives des médecins généralistes en Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03589165

HAL Id: dumas-03589165

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03589165v1>

Submitted on 25 Feb 2022

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.

THESE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 14 décembre 2021

par FLEISCHMANN Juliette née le 7 juillet 1992 à Metz

Enquête de pratique portant sur les connaissances et les
pratiques contraceptives des médecins généralistes en Gironde

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Giulia GOUY

Rapporteur :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Dominique DALLAY.....Président

Monsieur le Professeur William DURIEUXJuge

Monsieur le Docteur François PETREGNEJuge

Monsieur le Docteur Yves-Marie VINCENT.....Juge

Madame le Docteur Micheline COURTINES.....Juge

Madame le Docteur Giulia GOUY.....Directeur

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Dominique DALLAY,

A vous qui me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma plus grande reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,

A vous qui avez accepté d'être mon rapporteur de thèse. Vous m'avez permis de conduire comme je le souhaitais le parcours de mon internat et pour cela je vous en remercie.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA,

A vous qui avez accepté de suivre mon travail depuis le début et de m'avoir apporté votre aide précieuse dans des moments clefs de ce parcours. Je vous prie d'accepter l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur François PETREGNE,

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

A Monsieur le Professeur William DURIEUX,

A vous qui avez accepté de faire partie de mon jury, je vous prie d'accepter l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Yves-Marie VINCENT,

A vous que j'ai rencontré lors de ma première garde en tant qu'interne et qui avait accepté de faire partie de mon jury, soyez assuré de toute ma gratitude.

A Madame le Docteur Micheline COURTINES,

Je te remercie d'avoir participé à ma formation de médecin généraliste et de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Merci pour ta douceur, ta réassurance et ta bienveillance.

A Madame le docteur Giulia GOUY, ma directrice de thèse.

Je te remercie infiniment pour ton aide et ta vivacité tout au long de ce travail. Je te remercie également de m'avoir fait aimer la gynécologie et de comprendre ces consultations si intimes pour une femme, pour ta clairvoyance et ton empathie aussi bien auprès de tes patients qu'auprès des étudiants que tu accompagnes.

A mes parents,

Pour votre éducation hors pair sans quoi rien n'aurait été possible. Vous m'avez permis de réaliser mon rêve, toujours à mes côtés, vous m'avez soutenu quoiqu'il arrive toujours dans l'amour. A toi papa de m'avoir appris cette rigueur dans le travail et à toi maman de m'avoir appris à ne jamais flancher. Ce travail, je vous le dois. Merci pour vos encouragements, je suis si fière de ce que vous m'avez appris.

A Louis, mon frère

Rien n'aurait été possible tout au long de ces années sans tes mots apaisants. Tu es pour moi un exemple et je crois que nous sommes complémentaires dans ces étapes de la vie.

A ma famille,

De m'avoir soutenue et cru en moi. Votre fierté a été une puissance dans ce long chemin. Chacun d'entre vous a joué un rôle important.

A Chloé, ma partenaire de PACES,

Merci pour ces fous rires dans ces moments si sombres, de ton aide apportée dès mes premiers cours dans cet amphithéâtre gigantesque de la faculté de médecine de Nancy. Ce lien nous permet d'être éloignées et proches à la fois.

A Laurie, Sara, Camille et Charline,

Mes amies de Nancy, les « nice » selon Pierrick. Nos longues révisions mais également nos belles soirées carabines nous ont permis de dévoiler le meilleur de nous-mêmes. Vous me manquez tellement ici et nos retrouvailles sont des moments de bonheur.

A Tuky,

Un coéquipier rencontré dès mes premiers pas à Marmande, mon voisin d'internat et ami. On aura su traverser ensemble plusieurs étapes clefs. Merci de me faire rire autant.

A Mathilde,

Je ne saurais assez t'exprimer à quel point je suis heureuse de t'avoir rencontrée. Tu m'as permis de changer ma façon de voir les choses. Merci de m'avoir accompagné depuis le début. Pour ton écoute et ta folie. Il nous reste tant de choses à faire ensemble.

A Ines,

Ma petite salade. J'ai pu découvrir tant de choses dans ton fort intérieur. Nous nous connaissons aujourd'hui d'une façon qui est la nôtre et avons forgé une amitié solide. Tu regardes de l'avant et nous apprend à être plus fortes.

A Klara,

Tu es une amie inégalée et j'ai de la chance de t'avoir à mes côtés. Merci pour tes conseils, pour ton écoute, ta présence, ta bonne humeur. Tu pourras compter sur moi comme je peux le faire avec toi. Le confinement nous aura eu quelque chose de bon : notre amitié.

A la coloc,

La maison aurait pu nous tomber sur la tête que nous serions encore en train d'y vivre. Le partage des repas réconfortants, les films en format géant. Merci d'avoir été une famille. Pierre, Laura, Simon, Sophia, Clément, Quentin, Pauline.

A mes co-équipiers d'internat,

Ces rencontres magnifiques qui nous construisent en tant que futur médecin et nous permettent aussi d'apaiser nos doutes, nos peurs. Loin de nos familles c'était important que vous soyez là. A Marmande, à Agen et à Bordeaux.

Claire, Charlotte, Eliette, Marie, Ophélie, Alice, Léna, Typhaine...

A tous les amis connus à Bordeaux,

Merci de faire partie de ma vie, nous rions tellement ensemble, à la fête, aux voyages, aux longs dîners. Chacune de vos caractéristiques me construit.

Il serait long d'en parler.

Ben, Paulo, Chacha, Frisouille, Martial, Lulu, Ugo, Sofian, Bambou, Marie, Moumou, Anne-So, Mimo, Chaton, Capu, Alex, Hélène, Louis, Nouki, Louis Léon...

A Adrian,

Oui, à toi mon chat, mon amour. Merci d'être à mes côtés. Nous sommes des coéquipiers dans toutes les étapes, dans toutes les fêtes, personne ne me comprend mieux que toi. La thèse, la thèse, la thèse, ça a aussi commencé pendant le confinement et tu as tenu tout ce temps ! Notre avenir est déjà bien construit et j'ai hâte de voir ce qu'il nous réserve.

Table des matières

I.	Liste des abréviations.....	9
II.	Introduction.....	10
A.	Historique de la contraception et de l'avortement.....	10
B.	Rappel anatomique et physiologie de la femme.....	12
1.	Rappel anatomique.....	12
2.	Le cycle menstruel.....	13
3.	Le cycle ovarien.....	14
C.	Rôle des différentes hormones féminines.....	15
D.	Les différents moyens de contraception.....	16
1.	Les méthodes dites naturelles.....	17
2.	Les méthodes barrières.....	18
3.	Le dispositif intra-utérin au cuivre (DIU au cuivre).....	20
4.	Les méthodes hormonales œstroprogestatives.....	21
5.	Les méthodes progestatives.....	25
6.	La contraception définitive féminine.....	28
7.	La contraception d'urgence.....	28
E.	Justification de l'étude.....	29
1.	Les besoins actuels des patientes.....	29
2.	La place du médecin généraliste dans la prescription de la contraception.....	30
3.	Les freins rencontrés lors de la prescription.....	30
III.	Méthodologie.....	32
A.	Caractéristiques de l'étude.....	32
B.	Objectif principal.....	32
C.	Objectifs secondaires.....	32
D.	Échantillon.....	32

E.	Période et déroulement de l'étude	33
F.	Questionnaire (Annexe 1).....	34
G.	Analyse statistique	34
H.	Dimension éthique	35
IV.	Résultats	36
A.	Caractéristiques de la population	36
1.	Par sexe.....	36
2.	Par années de naissance.....	36
3.	Lieu et conditions d'exercice	36
4.	Niveau de pratique en gynécologie	37
B.	Prescription d'une contraception	37
1.	Choix du contraceptif utilisé.....	37
2.	Respect des contre-indications.....	38
3.	Prescription d'examens complémentaires et examen clinique	40
C.	Opinion des médecins généralistes	42
D.	Analyse en sous-groupes.....	42
1.	Influence de l'âge	42
2.	Influence du sexe du prescripteur	43
3.	Influence du milieu d'exercice.....	44
V.	Discussion	46
A.	Analyse et commentaires des résultats	46
B.	Points négatifs de l'étude.....	49
C.	Points positifs de l'étude	50
VI.	Conclusion	51
VIII.	Bibliographie.....	52
IX.	Annexes	56

A.	Annexe 1 : Questionnaire à l'attention d'un échantillon représentatif des médecins généralistes de Gironde dans le cadre de l'évaluation des pratiques contraceptives. Recueil effectué par enquête téléphonique	56
B.	ANNEXE 2 : tableau regroupant les données des questions 6 et 7	59
C.	ANNEXE 3 : tableau regroupant les données de la question 15.....	60
X.	Liste des figures et des tableaux.....	61
XI.	Serment d'Hippocrate	62

I. Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CCP : consultation de contraception et prévention

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNIL : Commission Nationale Informatique et libertés

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France

COP : contraception oestro-progestative

DIU : dispositif intra-utérin

FDRCV : facteur de risque cardio-vasculaire

FSH : Follicle Stimulating Hormone

GnRH : gonadotrophine

HAS : Haute Autorité de Santé

HCG : gonadotrophine chorionique humaine

IST : infections sexuellement transmissibles

IVG : interruption volontaire de grossesse

LH : Luteinizing hormone

MAMA : méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

MTEV : maladie thrombo-embolique veineuse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

ORSNA : Observatoire Régional de la Santé en Nouvelle Aquitaine

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

II. Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la contraception est l'« *Utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter.* » (1)

A. Historique de la contraception et de l'avortement

La contraception existe depuis l'antiquité avec des écrits datant de 3000 ans avant JC relatant l'utilisation d'ovules spermicides faits à base de levain et d'excréments (2). Au fil du temps, de nombreux moyens de contraception ont fait leur apparition, qu'ils soient à visée féminine ou masculine.

C'est au cours du XX^{ème} siècle qu'apparaissent de réels progrès en ce qui concerne la contraception féminine : avant l'utilisation de la pilule contraceptive, le diaphragme féminin était le moyen le plus utilisé depuis sa création en 1880. Il était alors constitué d'une membrane en caoutchouc permettant de recouvrir le col de l'utérus (2).

En France, selon l'article 317 du code pénal (3), l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est un crime passible de la Cour d'assises en 1810. Cependant cette loi est peu appliquée et afin de contrer l'idée selon laquelle la limitation des naissances est un devoir humain (le néomalthusianisme) (4), plusieurs hommes de loi dont le garde des Sceaux Louis Barthou tente de faire passer un projet de loi afin que les affaires d'avortement soient jugées en correctionnel. La première guerre mondiale éclate et la loi du 31 juillet 1920 qui « réprime la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle » est adoptée, faisant le lien entre avortement et contraception (5). Cependant, le nombre d'avortement ne diminue pas et les théories anglo-saxonnes concernant le contrôle des naissances se répandent à partir de 1930 (dont la méthode Ogino Knauss).

En 1955 la pilule anticonceptionnelle est créée aux états Unis par le docteur Gregory Pincus soutenu dans ses projets de recherche par Katharine McCormick et Margaret Sanger, féministe et militante américaine. Sous le nom d'Enovid®, cette pilule n'est tout d'abord pas commercialisée aux États-Unis en tant que pilule contraceptive mais afin de « diminuer les troubles menstruels » et « prévenir les fausses couches ».

Le 4 juin 1954, Ginette et Claude Bac sont condamnés à sept ans de réclusion devant la Cour d'assises de la Seine pour avoir laissé mourir leur quatrième enfant (6), un bébé de 8 mois. Ils avaient alors 25 ans et c'est la gynécologue Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé qui vient témoigner en leur faveur leur permettant de sortir libre le 7 juillet 1955 après deux ans de détention. Cette affaire remet alors en question le droit à l'avortement et l'accès à la contraception.

Suivant le mouvement créé aux États-Unis par Margaret Sanger et en faveur de l'affaire des époux Bac qui relança le débat sur la contraception, le Mouvement français pour le planning familial est créé en 1960 dont l'objectif est l'éducation sexuelle, la lutte pour le droit à la contraception, l'avortement et le contrôle des naissances en général. Ses membres ont par exemple participé à l'acheminement en France de produits de contraception comme les gelées spermicides et les diaphragmes ce qui était interdit.

Le 19 décembre 1967, la loi Neuwirth est adoptée à l'Assemblée nationale permettant la légalisation de la contraception.

Le 24 avril 1972, le décret d'application de la loi de 1967 est enfin publié (il sera modifié par les décrets du 5 mai 1975), permettant de faciliter la prescription.

Le 28 juin 1974, l'Assemblée nationale vote le projet de Simone Veil, ministre de la santé qui libéralise totalement la contraception. La sécurité sociale rembourse la pilule et les mineures ont droit à l'anonymat. La loi Veil promulguée le 17 janvier 1975 autorise l'avortement. Le 1^{er} mars 1994 l'entrée en vigueur du nouveau code pénal dépénalise l'avortement.

Plus récemment, on retiendra la loi du 13 décembre 2000 ayant autorisé la délivrance de la contraception d'urgence aux mineures gratuitement et la loi du 4 juillet 2001 portant le délai légal de l'IVG à 12 semaines de grossesse.

La loi Aubry du 4 juillet 2001 a notamment permis aux mineures de recourir au médecin de leur choix sans autorisation parentale. Elle a aussi légalisé la stérilisation à visée contraceptive. (7)

Le 9 septembre dernier Olivier Veran annonçait la gratuité de la contraception jusqu'à 25 ans comprenant la prise en charge à 100% par la sécurité sociale de la consultation de contraception, la prescription d'examens biologiques ainsi que la prescription de contraception hormonale. Cette mesure entrera en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

En effet, certaines pilules contraceptives, les implants contraceptifs, les dispositifs intra-utérins et diaphragmes sont délivrés en pharmacie sans condition d'avance de frais pour les jeunes femmes mineures ou remboursés à 65% par l'Assurance maladie pour les femmes majeures. (8). La Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) publiait en septembre 2020 les dernières données sur le recours à l'IVG (9). En 2019 on enregistre 232 000 recours à l'IVG en France et ce sont les 20-29 ans qui en sont les plus concernées. Par ailleurs, les femmes aux revenus les plus faibles ont plus souvent recours à l'IVG.

Ainsi cette nouvelle mesure permettra de prévenir les répercussions sur l'IVG car une part encore trop importante de femmes n'a pas accès à la contraception du fait de son coût. (10)

B. Rappel anatomique et physiologie de la femme

1. *Rappel anatomique*

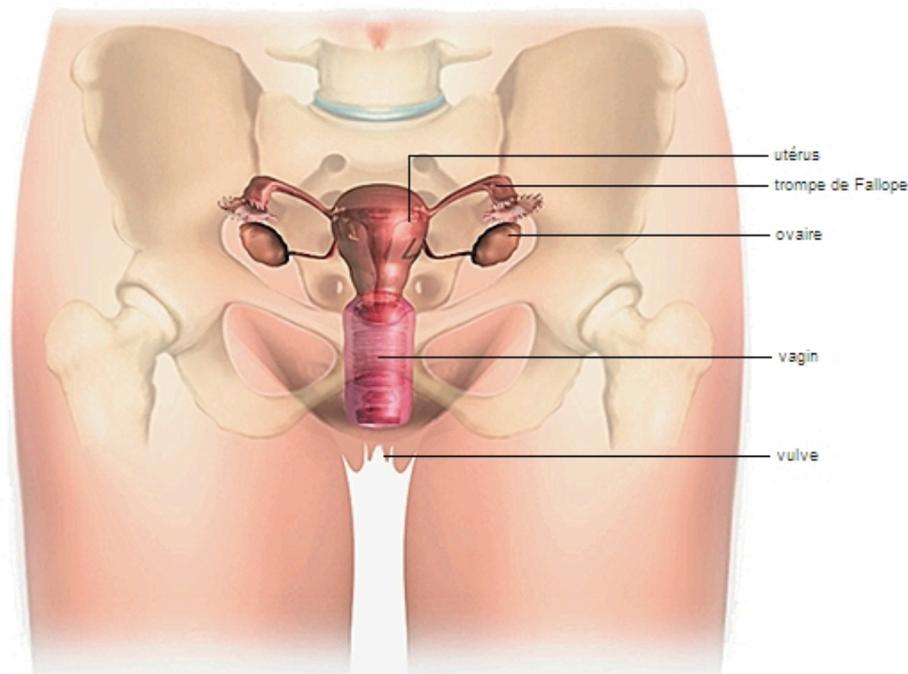


Figure 1: anatomie de la femme

- Les ovaires : ils sont au nombre de deux et ont chacun une fonction endocrine (la production de progestérone et d'œstrogène) ainsi qu'exocrine (la production d'ovocytes).
- Les trompes de Fallope : elles mesurent 12 à 15 cm et permettent la progression de l'ovocyte des ovaires à l'utérus grâce à leurs cellules ciliées. La fécondation a lieu au niveau du tiers externe de la trompe.
- L'utérus : le corps et le col sont reliés par l'isthme. Il est composé d'une couche musculaire (myomètre), l'endomètre et la séreuse. L'endomètre permet la fixation de l'œuf. Le col est composé de l'endocol et de l'exocol permettant la sécrétion de la glaire cervicale.
- Le vagin : relie l'utérus à la vulve, permet le passage des spermatozoïdes.

2. Le cycle menstruel

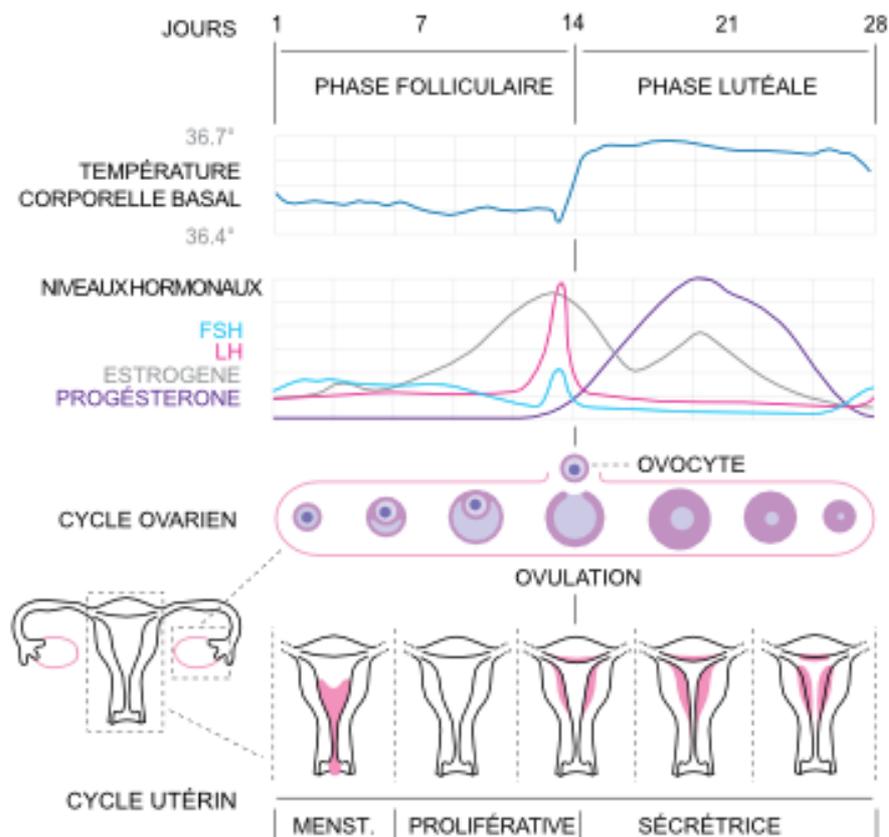


Figure 2: le cycle menstruel (11)

Le cycle menstruel est à l'origine de la production des gamètes féminins, les ovocytes et ainsi permettre une éventuelle grossesse. Il dure en moyenne 28 jours et le premier jour

du cycle est le premier jour des règles. Lors du cycle menstruel l'épaisseur de l'endomètre croit de 0,5 mm à 5 mm du 5 au 28^{ème} jour du cycle. On distingue plusieurs phases :

- La phase de desquamation : de J1 à J4-J5 en moyenne, elle correspond aux règles. La chute de sécrétion hormonale par les ovaires entraîne la chute de la zone fonctionnelle de l'endomètre c'est à dire une nécrose des glandes, du chorion et des vaisseaux ne laissant en place que les culs-de-sac glandulaires.
- La phase de régénération : de J5 à J8 sous l'action de 17- β -oestradiol
- La phase de prolifération de J9 à J14
- La phase de transformation glandulaire de J15 à J21
- La phase de sécrétion glandulaire de J22 à J28

Par ailleurs, on constate également que la glaire cervicale se modifie au cours du cycle menstruel ainsi que l'ouverture du col utérin. Elle présente un maillage étroit en début de cycle puis devient transparente et sa filance augmente en phase pré-ovulatoire alors qu'elle devient plus épaisse sous l'action de la progestérone au cours de la deuxième phase du cycle. L'ouverture du col est maximale en phase pré-ovulatoire pour faciliter le passage des spermatozoïdes.

Ce cycle est sous l'influence hormonale que l'on appelle le cycle ovarien.

3. Le cycle ovarien

Le cycle ovarien comprend la phase folliculaire jusqu'à l'ovulation puis la phase lutéale. Ces deux phases sont soumises à une action hormonale cérébrale.

La gonadotrophine ou GnRH est sécrétée par l'hypothalamus de façon pulsatile dans le système vasculaire porte hypothalamo-hypophysaire. Sous l'action de la GnRH, l'hypophyse va sécréter la FSH (Follicule Stimulating Hormone) et la LH (Luteinizing hormone) définissant le cycle hormonal hypophysaire.

La faible concentration d'œstrogènes en début de phase folliculaire agit sur l'hypophyse et freine la sécrétion de LH et FSH ; c'est le rétrocontrôle négatif. En fin de phase folliculaire, la forte concentration d'œstrogènes vers le 12^{ème} jour du cycle exerce un rétrocontrôle positif sur l'axe hypothalamo-hypophysaire et induit la sécrétion de LH et FSH

Lors de la phase folliculaire, l'action de la FSH va engendrer la maturation d'un follicule situé dans l'un des deux ovaires lui permettant de devenir le follicule de *de Graaf* ou follicule mature sécrétant l'ovocyte qui devient alors ovule et sera prêt à être fécondé.

C'est alors le pic de LH associé à une forte décharge plasmatique de FSH qui va entraîner l'ovulation 36 heures plus tard. La LH permet la formation du follicule de *de Graaf* en corps jaune lors de la deuxième phase du cycle, celui-ci va sécréter la progestérone.

Si la fécondation a lieu, l'ovule fécondé migre dans l'utérus et va envoyer des signaux au corps jaune pour bloquer les règles. Si au contraire l'ovule n'est pas fécondé alors le corps jaune dégénère et c'est la fin de sa fonction endocrine, les règles apparaissent 14 jours plus tard.

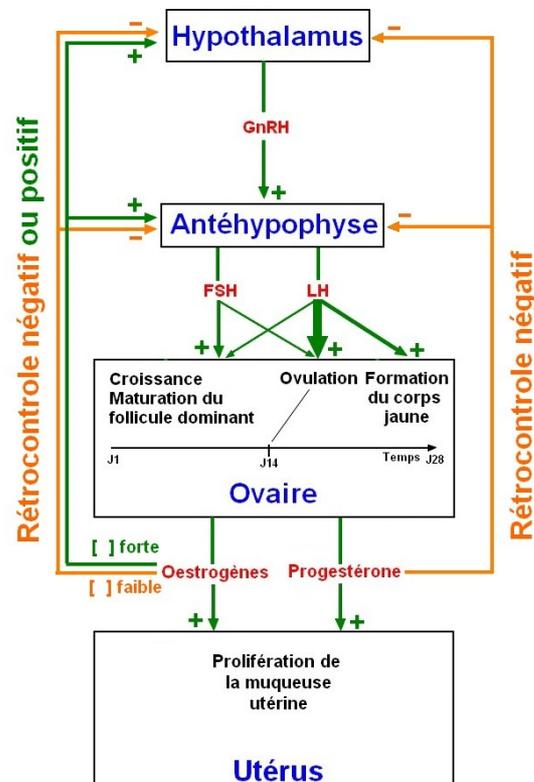


Figure 3: Schéma du rétrocontrôle hormonal du cycle ovarien (12)

C. Rôle des différentes hormones féminines

Les hormones féminines sont les œstrogènes et la progestérone. Elles sont sécrétées par les ovaires principalement, par les surrénales et le placenta au cours de la grossesse.

- **Les œstrogènes** : leur sécrétion à partir de la puberté permet le développement des caractères sexuels secondaires (poils, seins...), la participation au cycle menstruel. Le

17- β -estradiol est l'œstrogène principal et l'éthinylestradiol est son hormone de synthèse équivalente. Sur les organes génitaux, leur rôle est la prolifération de la muqueuse vaginale et utérine et la modification du mucus cervical. Ils permettent également la stimulation des ostéoblastes et augmentent la densité osseuse, la diminution de sécrétion par les glandes sébacées et le développement des glandes mammaires. Le 17- β -estradiol est anti-athéromateux contrairement à l'éthinylestradiol.

- **La progestérone** : elle ne peut agir qu'en présence d'œstrogènes. En effet ceux-ci agissent sur la synthèse et l'expression des récepteurs à la progestérone. Ainsi la progestérone diminue les contractions du myomètre pour maintenir la nidation, diminue la sécrétion de la glaire cervicale et induit une prolifération alvéolo-acineuse au niveau des seins. Elle a également une activité anti-androgénique, antigonadotrope à forte dose, natriurétique et entraîne une augmentation de la température de 0,5°C en deuxième moitié de cycle.

D. Les différents moyens de contraception

Il est important de rappeler que l'efficacité des différents moyens de contraception est corrélée à l'indice de Pearl. Il s'agit du nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant de façon optimale (ou dont le partenaire utilise) une contraception donnée durant un an. Plus il est bas, meilleur est le moyen de contraception. On retrouve cependant une augmentation du nombre de grossesses non désirées en pratique du fait des limites de certains moyens de contraception et des oublis éventuels (mésusage des préservatifs par exemple).

Tableau 1: efficacité des différents moyens de contraception (13)

Méthode	Indice de Pearl	Efficacité pratique
Œstroprogestatifs (pilule, patches, anneaux)	0,3	8
Progestatifs (pilule)	0,3	8
Dispositif intra-utérin (au lévonorgestrel)	0,2	0,2
Dispositif intra-utérin (au cuivre)	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Spermicides	18	29
Diaphragme et spermicides	6	16
Cape cervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20

Selon l'OMS (11) « Les méthodes sont classées en fonction de leur efficacité moyennant l'utilisation habituelle comme suit : très efficace (0-0,9 grossesse pour 100 femmes) ; efficace (1-9 grossesses pour 100 femmes) ; Modérément efficace (10-19 grossesses pour 100 femmes) ; moins efficace (20 grossesses ou plus pour 100 femmes). »

1. Les méthodes dites naturelles

a) La méthode du retrait

Méthode selon laquelle le partenaire doit se retirer juste avant l'éjaculation. L'indice de Pearl étant de 4% mais pouvant monter jusqu'à 27% en condition réelle d'utilisation.

b) La méthode MAMA (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée)

Lors de l'allaitement maternel, la production de progestérone permet un freinage de l'axe hypothalamo-hypophysaire et donc de la reprise du cycle ovarien. Il faudrait donc 6 tétées régulièrement par 24 heures afin que cette méthode fonctionne de façon fiable cela dans les 6 premiers mois et jusqu'au retour de couche.

c) La méthode Ogino Knauss

Elle se base sur la durée de vie des spermatozoïdes dans la glaire soit 72h et le fait qu'il faille éviter les rapports sexuels 5 jours avant et après la date d'ovulation. Sachant que la date d'ovulation ne peut être connue qu'en retranchant 14 jours à la date des règles car seule la deuxième phase du cycle est une période fixe, cette méthode est donc également peu fiable avec indice de Pearl de 15 à 18% en condition réelle d'utilisation.

d) La méthode des températures

Cette méthode nécessite la prise de la température tous les matins au lever à la même heure, celle-ci s'élevant de 0,2 à 0,4°C au moment de l'ovulation et l'ovocyte ayant une durée de vie de 24h on peut considérer que les rapports qui ont lieu deux jours plus tard n'entraînent pas de grossesse. Cependant, s'il y a eu des rapports dans les 72h avant cette augmentation de température un risque de grossesse existe cela correspond à la durée de vie des spermatozoïdes dans la glaire. L'indice de Pearl théorique étant de 3%.

e) Les tests d'ovulation

Ils se basent sur le dosage du pic de LH ayant lieu 24 à 36 heures avant l'ovulation mais peuvent être faussés par une sécrétion excessive comme cela se produit lors d'un syndrome des ovaires polykystiques.

La méthode Ogino Knauss, la méthode des températures, MAMA ainsi que les tests d'ovulation font partie des méthodes dites d'abstinence périodique.

2. Les méthodes barrières

a) Le préservatif féminin

Il correspond à une gaine en nitrile ou polyuréthane ce qui présente un avantage pour les femmes présentant une allergie au latex. Il est limité par deux anneaux souples se positionnant aux deux extrémités du vagin. Les limites sont représentées par son coût (environ 3 euros) et la facilité de mise en place. Il permet cependant une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST).

b) Le préservatif masculin

Il permet également une protection contre les IST. Son usage est plus courant et plus facile d'accès avec un prix débutant à environ 20 centimes d'euros. Sa composition est faite de latex ou de polyuréthane, il se place au moment de l'érection du sexe masculin. Il peut actuellement être prescrit et remboursé sur ordonnance à hauteur de 60% sous le nom commercial EDEN® ou SORTEZ COUVERTS®.

c) Le diaphragme

Très peu utilisé en France, il s'agit d'une membrane en latex ou silicone qui vient se placer avant le col de l'utérus maintenu par un anneau souple. Introduit deux heures avant les rapports sexuels, il peut rester en place 30 heures. Il est remboursé à 65% par l'assurance maladie. Il est contre indiqué en cas de cystocèle ou prolapsus vaginal et peut être réutilisé plusieurs fois.

d) La cape cervicale

Plus précis que le diaphragme, c'est une protection en silicone qui se place au fond du vagin au contact du col. Elle peut être posée au moment des rapports ou deux heures avant et laissée en place huit heures. Réutilisable plusieurs fois, elle coûte 60 euros et n'est pas remboursée.

e) Les spermicides

Ils ne sont pas remboursés et leur but est de détruire ou de rendre inactifs les spermatozoïdes.

- Les crèmes ou ovules doivent être appliqués avant chaque rapport et protègent 4 heures. Il ne faut pas réaliser de toilette deux heures avant ni deux heures après.
- Les éponges ou tampons protègent 24h et ont une efficacité immédiate. Il ne faut pas réaliser de toilette 4 heures avant ni deux heures après.

Cependant ces méthodes ont un mauvais indice de Pearl du fait des contraintes qu'elles représentent.

3. Le dispositif intra-utérin au cuivre (DIU au cuivre)

Il s'agit d'une contraception sûre et réversible (12). Son action contraceptive tient du fait que le cuivre est gamétotoxique localement et à moindre effet entraîne une inflammation de la muqueuse utérine empêchant la nidation. Sa taille est d'environ 3cm de long. Il peut être proposé à toute femme, quel que soit sa parité et permet une contraception à long terme sans contrainte quotidienne car il est mis en place pour une durée de 4 à 5 ans. Il est efficace dès le jour de la pose.

Son insertion se fait à l'aide d'un guide en position intra-utérine après avoir passé le col utérin et permet de mesurer l'insertion, quelque soit le moment du cycle à condition de s'être assuré de l'absence de grossesse. Les fils sont coupés à 3cm et une visite à un mois environ doit être prévue pour vérifier la mise en place du DIU. Le retrait se fait en tirant sur les fils.

Les contre-indications sont représentées par les contraintes anatomiques qu'il représente, à savoir les malformations utérines (cloisons, grande parité, utérus bicornes, fibromes) et surtout infectieuses (infection génitale haute de moins de trois mois, tuberculose génitale et infection par le virus d'immunodéficience humaine au stade SIDA). Un test recherchant une infection à *Chlamydiae trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* est réalisé chez les patientes présentant des risques d'IST à savoir :

- Patiente de moins de 25 ans
- Partenaire de moins de trois mois
- Partenaires multiples dans la dernière année
- Antécédents d'IST
- Rapports sexuels non protégés

La prise d'anti-inflammatoires à court ou à long terme n'est pas une contre-indication. Concernant les anti-inflammatoires stéroïdiens, aucune conclusion n'a été formulée ce jour. Une antibioprophylaxie est nécessaire chez les patientes présentant une valvulopathie sévère pour prévenir le risque d'endocardite infectieuse.

Les complications sont représentées par le risque de perforation utérine lorsqu'il est posé moins de 6 mois après un accouchement, lors d'un allaitement en cours ou par inexpérience du praticien. L'expulsion est également un des risques, il est maximal dans la première année suivant la pose, chez une patiente de moins de 20 ans, s'il existe des

ménorragies, des dysménorrhées, des myomes, des adénomyoses ou une grande cavité intra-utérine.

Par ailleurs, il ne s'agit pas d'un facteur de risque de grossesse extra-utérine .

Le choix du DIU se fait en fonction des antécédents de la patiente et notamment du risque d'expulsion. Un DIU de petite taille est prescrit en première intention.

Selon les recommandations pour la pratique clinique du collège national des gynécologues et obstétriciens français, le DIU au cuivre a deux effets bénéfiques principaux : la diminution des cancers de l'endomètre (sans que le mécanisme ne soit élucidé) et c'est un cofacteur dans la protection des cancers du col utérin de type épidermoïde ou adénocarcinome.

4. Les méthodes hormonales œstroprogestatives

Leurs actions tiennent du fait que la progestérone contenue entraîne un rétrocontrôle négatif sur la production de LH et donc une inhibition de la croissance folliculaire et de l'ovulation mais également un épaissement de la glaire cervicale et une atrophie endométriale. Les estrogènes ajoutés ont un rôle de confort (saignement, phanères) et une action anti-FSH.

a) Les différentes catégories

- La contraception orale.

La contraception la plus connue est bien entendu la pilule. Comme nous l'expliquions dans le rappel historique en début d'introduction, elle a été créée en 1955 aux États Unis.

Sa composition a varié au cours du temps afin d'avoir le moins d'effets secondaires possibles, les progestatifs de synthèse (dérivant soit de la progestérone soit de la testostérone) interagissent avec les récepteurs naturels de la progestérone ayant un effet androgénique (effet virilisant et masculinisant), anti-androgénique anti-oestrogénique, anti-minéralo-corticoïdes leur quantité a été progressivement réduite (13).

Il existe donc différentes « générations » de pilule en fonction du progestatif de synthèse utilisé. Actuellement on en compte dix.

Pilules de 1^{ère} génération : noréthistérone

Pilules de 2^{ème} génération : lévonorgestrel et norgestrel

Pilules de 3^{ème} génération : désogestrel, gestodène et norgestimate

Pilules de 4^{ème} génération : dérivés de la progestérone et spironolactone : drospirénone, dinogest et cyprotérone

Les estrogènes associés sont soit naturels (vélarate d'oestradiol ou estradiol) soit de synthèse (éthinyloestradiol à différents dosages.)

Les pilules peuvent également être mono-bi ou tri phasiques : les monophasiques contiennent la même dose tout au long du cycle alors que les bi et tri phasiques changent de concentration deux ou trois fois dans le cycle.

Elles peuvent également être prise en continue ou en discontinu avec une période de 7 jours avec ou sans prise, les 7 comprimés sont alors considérés comme des placebo et leur prise permet de favoriser l'observance.

En cas d'oubli constaté à moins de 12h de la prise habituelle, le comprimé oublié doit être pris immédiatement. En cas d'oubli constaté à plus de 12h de la prise et s'il n'y a pas eu de rapport non protégé dans les 5 jours précédents il est nécessaire de recourir à une méthode contraceptive barrière. Si des rapports protégés ont eu lieu les 5 jours précédents l'oubli un risque de grossesse existe et un recours à une contraception d'urgence s'impose.

- Le patch transdermique

Il est composé de norelgestromine et d'éthinylestradiol et commercialisé sous le nom EVRA[®]. Il est apparenté aux oestroprogestatifs de troisième génération. Il s'agit de changer de patch une fois par semaine avec un arrêt de 7 jours. Il n'est pas remboursé.

- L'anneau vaginal

Commercialisé sous le nom NUVARING[®], il libère en continu pendant trois semaines une association d'éthinylestradiol et de désogestrel moins dosés qu'un patch transdermique ou une contraception orale. Il est retiré au bout de trois semaines pour permettre l'hémorragie de privation. Il n'est pas remboursé.

b) Les effets secondaires

Ils tiennent du fait que le principal risque lié à l'utilisation d'oestroprogestatifs est vasculaire.

Le risque thromboembolique : il est 3 à 6 fois supérieur à celui d'une femme non utilisatrice de contraception hormonale. Il est principalement lié au progestatif utilisé avec un risque plus important avec l'utilisation d'acétate de cyprotérone, de progestatifs de 3^{ème} génération ou de drospirénone mais dépend également de son association oestrogénique et des antécédents de la patiente. Il est donc recommandé de prescrire en première intention une association avec du lévonorgestrel ou norgestimate.

Le risque artériel : le risque d'infarctus du myocarde (IDM) et d'accident vasculaire cérébral (AVC) : c'est l'association à un oestrogène qui majore ce risque. En effet, l'utilisation d'une contraception progestative seule, hormis les injections intra-musculaire trimestrielle d'acétate de médroxyprogestérone, n'augmente pas ce risque. Malgré plusieurs études réalisées, il n'existe pas de différence significative entre les différentes générations d'oestroprogestatifs oraux utilisés en France et les données concernant le patch ou l'anneau ne permettent pas de conclure.

Par ailleurs, le risque d'AVC ischémique étant majoré chez les patientes présentant un antécédent de migraine avec aura, la prescription d'une contraception oestroprogestative leur est contre-indiqué.

On note également une augmentation du risque de cancer du sein qui diminue lors de son arrêt mais on note une protection prolongée vis à vis des cancers de l'endomètre, de l'ovaire et anorectaux.

Compte tenu du risque thromboembolique il n'est pas conseillé d'utiliser d'oestroprogestatifs au cours d'un cancer.

c) Les contre-indications

Elles tiennent du fait de leurs principaux effets secondaires et on retiendra surtout l'évaluation des facteurs de risques cardio- vasculaires et thromboemboliques comme principal critère selon le tableau suivant proposé par le collège national des gynécologues et obstétriciens français (12). On retiendra également : un antécédent l'insuffisance rénale chronique, antécédent de cholestase intrahépatique gravidique, hyper bilirubinémies

familiales, hépatite virale aiguës en évolution, affections hépatique sévère, porphyrie, cancer du sein ou de l'endomètre confirmé ou suspecté, connectivites, hyperplasie de l'endomètre, hémorragies génitales non diagnostiquées.

Tableau 2: facteurs de risque vasculaire artériels et veineux et utilisation d'une contraception hormonale combinée oestroprogestative

Facteurs de risque artériel	Utilisation d'une COP
Âge > 35 ans	Possible si pas d'autre FDRV
Surpoids, obésité	Possible si pas d'autre FDRV
Tabac > 15 cigarettes/jour	Possible si pas d'autre FDRV
Antécédents familiaux 1 ^{er} degré IDM ou AVC avant 55 ans (homme) ou 65 ans (femme)	Contre-indication
Hypertension artérielle	Contre-indication
Dyslipidémie Non contrôlé Contrôlé	Contre-indication Possible si pas d'autre FDRV Contre-indication relative si dyslipidémie survenue avec COP
Diabète insulino-dépendant	Contre-indication si délai diabète > 20 ans ou si complications vasculaires
Diabète de type II	Possible si pas d'autre FDRV mais en seconde intention (1 ^{er} choix contraception microprogestative ou DIU cuivre)
Migraine avec aura	Contre-indication
Migraine simple	Possible si pas d'autre FDRV
Facteurs de risque veineux	Utilisation d'une COP
Âge > 35 ans	Possible si pas d'autre FDRV
Surpoids, obésité	Possible si pas d'autre FDRV
Thrombophilie biologique connue	Contre-indication
Antécédents familiaux au 1 ^{er} degré de MVTE avant 50 ans	Contre-indication

Il n'est pas recommandé de réaliser un bilan de thrombophilie avant la prescription d'une contraception oestroprogestative mais la recherche de facteurs de risques avec la réalisation d'un bilan métabolique ainsi qu'un bilan hépatique avant la prescription.

5. Les méthodes progestatives

La progestérone a plusieurs niveaux d'action : anti-gonadotrope permettant une inhibition de l'ovulation, augmentation de la viscosité de la glaire cervicale et diminution de la muqueuse utérine (13).

a) Les différentes catégories

- La contraception orale

Microprogestative : elle se prend en continue et on distingue deux types de pilules, l'une plus ancienne sous le nom commercial MICROVAL[®] délivrant 30 µg de lévonorgestrel mais imposant une prise à heure fixe avec une tolérance d'oubli de 3 heures et l'une plus récente commercialisée sous le nom de CERAZETTE[®] et dont le générique est ANTIGONE[®]. Elle contient 75 µg de lévonorgestrel avec une tolérance d'oubli de 12 heures. En cas d'oubli constaté à moins de 12h de la prise habituelle, le comprimé oublié doit être pris immédiatement. En cas d'oubli constaté à plus de 12h de la prise et s'il n'y a pas eu de rapport non protégé dans les 5 jours précédents il est nécessaire de recourir à une méthode contraceptive barrière. Si des rapports protégés ont eu lieu les 5 jours précédents l'oubli un risque de grossesse existe et un recours à une contraception d'urgence s'impose.

Macroprogestative : elle est utilisée classiquement dans les insuffisances progestatives du cycle ovarien avant la ménopause et afin de créer un cycle artificiel en association à un œstrogène lors de la ménopause (acétate de nomegestrol LUTENYL[®]), dans les irrégularités du cycle, les douleurs des seins ou l'endométriose (acétate de chlormadinone LUTERAN[®]), le traitement du syndrome des ovaires polykystiques invalidant ou encore le traitement palliatif hormonal du cancer de la prostate (acétate de cyprotérone ANDROCUR[®]). Sa prescription dans l'indication « contraception » est donc hors AMM mais elle permet un blocage du cycle ovarien.

- Le dispositif intra-utérin hormonal

Son action est liée à l'action locale des progestatifs à savoir une réduction de la muqueuse endométriale, entraînant in fine une aménorrhée totale ou partielle. Le

principe d'insertion et de retrait est le même que celui du dispositif intra-utérin au cuivre et les contre-indications anatomiques et infectieuses également. Il est efficace dans les deux jours suivant sa pose. On distingue actuellement trois types de DIU dont :

JAYDESS® composé de 13,5mg de levonorgestrel il est de moins en moins utilisé. Il est mis en place pour une durée de 3 ans et délivre 6µg de levonorgestrel par jour.

MIRENA® composé de 52mg de levonorgestrel, il en délivre localement et quotidiennement 14µg. Il est laissé en place pour une durée de 5 ans.

KYLEENA® il contient 19,5mg de lévongestrel et possède l'avantage d'avoir un anneau en argent visible à l'échographie et des fils de retrait bleu. Il délivre 9µg de levonorgestrel par jour.

D'après l'avis de la commission de la HAS adopté le 9 novembre 2017 concernant le dispositif KYLEENA®, deux études récentes ont évalué l'efficacité de KYLEENA® versus JAYDESS® et MIRENA® durant trois ans (14). Ces deux essais étaient randomisés non aveugles pour une durée de trois ans sans analyse statistique. Il s'agissait de femmes ayant déjà accouché une fois. Dans un essai sur 2884 femmes il y a eu 10 grossesses avec JAYDESS® et 10 grossesses avec KYLEENA®. L'insertion avec KYLEENA® a été jugé moins douloureuse mais la réalisation de l'étude n'était pas en aveugle. La proportion de femmes ayant une aménorrhée a été d'environ 20% dans les groupes KYLEENA® versus 24% avec MIRENA® versus 11% avec JAYDESS®. Les effets secondaires ont été similaires. Il n'y a pas de preuve clinique que KYLEENA® provoque moins d'effets indésirables hormonaux que MIRENA® malgré une moindre exposition au levonorgestrel.

Par ailleurs, le dispositif intra- utérin au lévongestrel présente des avantages sur le plan thérapeutique, notamment en cas de ménorragies, dysménorrhée et endométriose (réduction des scores de douleur) (12).

- L'implant contraceptif NEXPLANON®

Il est composé de 68 mg d'étonogestrel et mis en place pour une durée de 3 ans. Sa taille est de 4cm sur 2mm et il se place en position sous cutanée à la face interne de l'extrémité distale du bras non dominant de la patiente. NEXPLANON® remplace ainsi le dispositif IMPLANON® par un nouveau dispositif d'insertion et la présence d'un produit radio-opaque. Il n'y a pas lieu de proposer un changement d'implant contraceptif avant 3 ans chez les femmes obèses.

- Contraceptif injectable retard

Composé d'acétate de médroxyprogestérone à une posologie de 150mg tous les trois mois, il présente cependant des effets secondaires plus marqués avec notamment une prise de poids de 2-3kg tous les ans et un impact sur l'acné et la dépression.

b) Les effets secondaires

Les effets secondaires des progestatifs proviennent de leurs principaux niveaux d'action. Il s'agit de métrorragies, acné, prise de poids, troubles de la libido et troubles d'ordre psychique. L'avantage de cette contraception progestative microdosée est qu'elle n'a pas d'effets délétères sur le métabolisme glucidolipidique bien que les progestatifs puissent avoir un effet sur la résistance périphérique à l'insuline (15), la tension artérielle et la coagulation, de par l'absence d'éthinylestradiol. Certaines manifestations d'hyperoestrogénie peuvent également apparaître (mastodynies, kystes fonctionnels et ovariens). Il est également important de prendre en compte le fait que certaines associations médicamenteuses avec des inducteurs enzymatiques peuvent diminuer l'effet contraceptif.

c) Les contre-indications

Hypersensibilité à l'un des constituants, tumeurs sensibles aux progestatifs, hémorragie génitale non expliquée, affection hépatique sévère ou en cours tant que les paramètres de la fonction hépatique ne sont pas normalisés. Accidents thromboemboliques veineux évolutifs.

6. La contraception définitive féminine

La loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 (7) autorise à toute personne majeure qui en fait la demande une intervention chirurgicale à visée contraceptive définitive. Ainsi, lors de la première consultation, le chirurgien qui réalisera l'intervention doit présenter à la patiente une information lui permettant de prendre une décision libre claire et éclairée. Quatre mois plus tard une deuxième consultation à lieu, si besoin en présence d'un psychologue ou conseiller conjugale afin qu'elle donne son consentement.

La technique par voie hystéroscopique ou ESSURE® est contre-indiquée depuis 2017. La méthode chirurgicale est pratiquée par cœlioscopie sous anesthésie générale. Plusieurs méthodes sont possibles : pose de clips sur les trompes, mise en place d'un anneau de Yoon, la ligature section ou technique de Pommeroy, la fumbriectomie.

7. La contraception d'urgence

Il existe trois méthodes : deux méthodes contraceptives hormonales avec le levonorgestrel dosé à 1,5mg NORLEVO® et l'ulipristal d'acétate dosé à 30mg ELLAONE® et une méthode mécanique par insertion d'un dispositif intra-utérin au cuivre dans les 5 jours suivant le rapport non protégé qui est à ce jour la méthode la plus efficace (16) (17). Un test de grossesse est recommandé en cas de retard de règles après la prise d'une contraception d'urgence.

Concernant le levonorgestrel il doit être pris le plus rapidement possible après le rapport à risque et il doit être utilisé dans les 72h suivant ce rapport.

ELLAONE® peut être prise au plus tard dans les 5 jours suivant le rapport non protégé et peut être prise à n'importe quel moment du cycle. Le mécanisme d'action est l'inhibition ou le retard de l'ovulation via la suppression du pic d'hormone lutéinisante (LH). Il existe cependant une moindre efficacité de l'ulipristal d'acétate lorsqu'elle est prise en association à une contraception hormonale. La prise d'une contraception hormonale y compris par progestatif seul expose à une fréquence accrue d'ovulation dans les 5 jours et donc à un risque de grossesse non désiré. Dans ce cas il est important de prévenir la patiente d'utiliser un préservatif pendant quelques jours ou de choisir une contraception par DIU (12).

La contraception d'urgence la plus efficace est la pose d'un DIU au cuivre dans les 5 jours suivant le rapport non protégé.

E. Justification de l'étude

1. *Les besoins actuels des patientes*

La dernière étude Baromètre de 2016 (18) s'intéresse aux moyens contraceptifs utilisés par les femmes françaises en 2016 en comparaison de l'étude FECOND (Fécondité-Contraception-Dysfonctions sexuelles) de 2010 et 2013. Cette étude a été menée après le déremboursement des pilules de troisième et quatrième génération en 2013 suite à la polémique de décembre 2012 après qu'une patiente ait porté plainte au décours d'un accident vasculaire cérébral. Elle permet de savoir quels sont les moyens de contraceptions médicalisés utilisés. On ne retrouve pas de grands changements concernant les schémas de contraception utilisés au cours des âges mais certains points sont à relever.

La pilule contraceptive reste le premier moyen utilisé dont 60,4% chez les 15-19 ans et 59% chez les 20-24 ans. Le dispositif intra-utérin est de plus en plus utilisé par les femmes de 20-24 ans et devient le premier moyen de contraception utilisé chez les femmes de plus de 35 ans. Les réticences des médecins à proposer des DIU aux femmes jeunes ou nullipares semblent diminuer. Ce qui reste stable également est le fait que l'implant est utilisé par 9,3% des femmes de 15-19 ans mais qu'il reste en seconde position après l'utilisation du préservatif. Il persiste un effet parité liée à l'utilisation du dispositif intra-utérin qui n'est en première position qu'à partir de 35 ans.

Cependant les femmes souhaiteraient aujourd'hui des moyens de contraceptions non hormonaux justifié par une peur du changement du fonctionnement naturel de l'organisme, une peur des effets secondaires. Des pages internet comme twitters avec le hashtag « *paye ta contraception* » ont vu le jour afin de revendiquer ces opinions. Le CNGOF a publié en 2017 un rapport intitulé « Faut-il vraiment avoir peur de la pilule contraceptive ? » (19) visant à donner plus d'explications aux patientes concernant notamment le risque de cancer, le risque thromboembolique, le risque d'infertilité et les effets secondaires.

La demande des femmes en matière de contraception est donc multiple et dépend de la période de la vie à laquelle elle souhaite l'utiliser.

2. La place du médecin généraliste dans la prescription de la contraception

D'après la thèse réalisée en 2016 par Adélaïde Dupuis (20), les médecins généralistes ne seraient pas les meilleurs interlocuteurs en matière de contraception car les femmes ne souhaiteraient pas aborder ce sujet avec leur médecin généraliste. D'autres professionnels de santé comme les sages-femmes, les infirmiers, les pharmaciens sont également concernés. Ainsi les infirmiers peuvent renouveler une prescription de contraception orale (21) et les sages-femmes peuvent poser des DIU ainsi que des implants contraceptifs (22). Un rapport publié en 2010 par la Société Française de Médecine Générale (23) explique que la contraception serait le premier motif de consultation des 18-25 ans et plus de 50 % des contraceptifs remboursés par la sécurité sociale seraient issus de prescriptions de médecins généralistes.

Entre 2006 et 2010 les effectifs des gynécologues médicaux étaient en baisse de l'ordre de 3,4 % selon l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) (24) et en 2011 les effectifs ne permettaient qu'à un quart des femmes d'avoir accès à un gynécologue médical. Parmi les femmes ayant un suivi gynécologique, 20% avaient un suivi par un médecin généraliste. La place du médecin généraliste dans la prescription de la contraception est donc prépondérante et vouée à l'être de plus en plus du fait d'une baisse des effectifs des gynécologues médicaux.

3. Les freins rencontrés lors de la prescription

D'après un rapport de la HAS publié en 2013 afin d'analyser les pratiques contraceptives, certaines des recommandations pour la pratique clinique de l'ANAES publiées en 2004 ou les avis de la HAS parus depuis 2005 ne sont pas toujours suivis (25). La prise en charge de la contraception serait déterminée par les usagers et les professionnels de santé. Concernant les usagers, il existe une réticence à aborder le sujet lors de la consultation, une mauvaise information lors du programme d'éducation sexuelle, une contrainte économique et une sous-estimation du risque de grossesse.

Concernant les professionnels de santé, une mauvaise identification des besoins de la femme en lien avec de fausses représentations socio-culturelles (fréquence des rapports sexuels, sexualité chez les personnes atteintes de handicap...), une formation initiale et continue

insuffisante, une contrainte de temps, une influence des industriels du médicament, un positionnement du médecin généraliste face aux gynécologues.

Un article de la revue *Prescrire* paru en janvier 2019 (26) expose comment aider les femmes à choisir leur contraception. Ainsi, la connaissance des différentes méthodes contraceptives, leurs contre-indications sont des prérequis pour aider la patiente et s'adapter à la situation.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a mis au point des recommandations concernant les différentes méthodes contraceptives qui ont été mises à jour en juillet 2019 (27) avec notamment le modèle BERGER reprenant le parcours qui doit être suivie lors d'une consultation en vue de la prescription d'une contraception. Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) a également émis des recommandations datant de 2018 (12).

Des recommandations récentes concernant la contraception existent mais ne seraient pas toujours suivies. Ainsi, nous avons cherché à savoir si les médecins généralistes en Gironde respectent les recommandations du CNGOF de 2018 et celles de la HAS de 2019 en comparant leurs prescriptions à celles-ci. Le choix du contraceptif utilisé, le respect des contre-indications et la réalisation des examens complémentaires et de l'examen clinique ont ainsi été analysés. Nous supposons qu'elles le sont. Dans un second temps, nous avons cherché à savoir quels étaient les facteurs qui influencent ces prescriptions (âge, sexe, ruralité.)

III. Méthodologie

A. Caractéristiques de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive par enquête téléphonique à l'aide d'un questionnaire soumis à un échantillon de médecins généralistes.

B. Objectif principal

Comparaison de la prescription de contraception des médecins généralistes en Gironde aux recommandations du CNGOF de 2018 et de la HAS de 2019.

C. Objectifs secondaires

Évaluation des caractéristiques secondaires influençant ces prescriptions : âge, sexe, lieu d'exercice.

D. Échantillon

Il s'agit d'un échantillon de la population des médecins généralistes en Gironde. Selon l'atlas démographique des médecins généralistes en Gironde (28), fourni par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) de la Gironde, il y avait 2317 médecins généralistes en activité régulière au 1^{er} janvier 2015.

Un échantillonnage aléatoire probabiliste était possible grâce à l'utilisation de l'annuaire en ligne du site ameli.fr (29). Cela nous permettait de choisir le professionnel de santé par profession/sexe/département.

Afin de définir notre échantillon et de la zone géographique urbaine et rurale des différents médecins généralistes interrogés lors des entretiens téléphoniques, nous nous sommes référés aux définitions de l'INSEE.

Ainsi :

- Unité urbaine : La notion d'unité urbaine repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. Les unités urbaines sont construites en France métropolitaine et dans les DOM d'après la définition suivante : une commune ou un ensemble de communes

présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants (30).

- Unité rurale : les territoires ruraux désignent désormais l'ensemble des communes peu denses ou très peu denses d'après la grille communale de densité alors qu'ils représentaient avant l'ensemble des communes n'appartenant pas à une unité urbaine. Ils réunissent 88 % des communes en France et 33 % de la population en 2017 (31).

Nous avons classé les lieux d'exercices des différents médecins généralistes interrogés à l'aide d'un tableau disponible sur le site de l'INSEE référençant toutes les unités urbaines de France (30).

Le choix par sexe étant possible, nous avons pu effectuer une sélection des hommes et des femmes médecins généralistes en Gironde.

E. Période et déroulement de l'étude

300 médecins généralistes ont été contactés sur la période de juin 2020 à juillet 2021. Nous avons choisi de contacter les médecins généralistes par téléphone afin d'obtenir une meilleure représentativité de notre échantillon. Pour avoir une participation maximale à l'étude nous avons contacté tous les médecins par téléphone.

Plusieurs situations se sont présentées :

- Le médecin était joignable directement et acceptait de participer à l'étude : nous débutions le questionnaire ensemble.
- Le médecin souhaitait un rappel à un autre moment de la journée, nous convenions ensemble d'un rendez-vous téléphonique.
- Le remplaçant du médecin était joignable et nous l'incluions dans l'étude et débutions le questionnaire
- Le médecin refusait de participer à l'étude
- La secrétaire du médecin répondait et ne pouvait nous passer directement le médecin. Un message était laissé avec nos coordonnées afin qu'il nous rappelle

Nous proposons en suivant d'envoyer la correction de ce questionnaire par mail ainsi qu'un tableau récapitulatif des différentes pilules contraceptives (32).

F. Questionnaire (Annexe 1)

Il s'agit d'un questionnaire à choix multiples comprenant quinze questions.

La question 1 à 4 nous ont permis de caractériser le médecin interrogé ainsi que son activité.

Nous avons divisé leur niveau de pratique en gynécologie comme « élevé » s'ils répondaient vrai aux questions 2, 3 et 4. Le niveau d'activité était classé comme « moyen » s'ils répondaient vrai à l'une de ces questions et « faible » si tous les items étaient faux.

Les questions 10 et 12 s'intéressent au choix du contraceptif utilisé.

Les questions 6 à 9 portent sur les contre-indications des dispositifs intra-utérins et des pilules contraceptives.

Les questions 5, 11, 13 et 14 interrogent les médecins sur les examens complémentaires réalisés ainsi que leur examen clinique dans le cadre d'une prescription de contraception.

La question 15 est à but qualitatif.

Nous avons utilisé les recommandations du CNGOF datant de 2018 (12) et de la HAS (27).

G. Analyse statistique

La gestion et l'analyse des données ont été réalisées avec le logiciel SAS® (*SAS Institute, version 9.4, North Carolina, USA*). L'analyse descriptive des variables qualitatives et ordinales présente la fréquence de chaque modalité. Celle des variables quantitatives présente l'effectif, le nombre de données manquantes, la moyenne arithmétique, l'écart-type, le 1^{er} quartile, la médiane, le 3^{ème} quartile et les valeurs extrêmes. En cas d'analyses stratifiées, les fréquences et distributions ont été estimées dans chaque strate. Enfin, pour chaque test bilatéral réalisé, une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

Les variables qualitatives ont été comparées, selon leur distribution, à l'aide d'un test du Chi² ou de Fisher pour les séries non appariées. Les variables quantitatives ont été comparées à l'aide d'un test non paramétrique adéquat.

Des graphiques (diagrammes de flux, histogrammes, courbes, cartes en choroplèthes et/ou en cercles proportionnels) ont été réalisés lorsque nécessaire.

H. Dimension éthique

Une déclaration auprès de la Commission Nationale Informatique et libertés (CNIL) a été réalisée et nous en avons reçu un récépissé de conformité le 26 avril 2020.

IV. Résultats

A. Caractéristiques de la population

Question 1 : Concernant votre pratique : quel âge avez-vous ? Êtes-vous médecin remplaçant ? Médecin installé ? Exercez-vous seul ? En cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire?

Question 2 : Dans votre pratique, posez-vous des DIU ?

Question 3 : Dans votre pratique, posez-vous des implants contraceptifs ?

Question 4 : Utilisez-vous des outils d'information à la contraception lors de vos consultations ?

Nous avons interrogé 49 médecins généralistes au total. Le taux de réponse était donc de 16,3%. Notre échantillon était réparti de la façon suivante.

1. *Par sexe*

Notre population est composée à 57,1% de femmes et 42,9% d'hommes.

2. *Par années de naissance*

Notre échantillon est composé d'hommes plus âgés que les femmes de façon significative ($p=0,038$). Il y a 27 (55,1%) médecins généralistes de moins de 40 ans et 22 (44,9%) de plus de 40 ans.

3. *Lieu et conditions d'exercice*

Dix-neuf (38,8%) médecins généralistes exercent dans un milieu rural et 30 (61,2%) dans un milieu urbain. Parmi eux 39 (79,6%) sont installées dont 6 (15,4%) seuls, 31 (79,5%) en cabinet de groupe et 2 en maison de santé pluridisciplinaires. Dix (20,4%) médecins généralistes interrogés sont remplaçants.

4. Niveau de pratique en gynécologie

Parmi les médecins généralistes interrogés, les femmes posent significativement plus d'implants contraceptifs que les hommes ($p=0,009$) et utilisent plus d'outils d'aide à la contraception ($p=0,038$). Ils sont 36,7% à poser des DIU, des implants contraceptifs et à utiliser des outils d'aide à la contraception dans leur pratique.

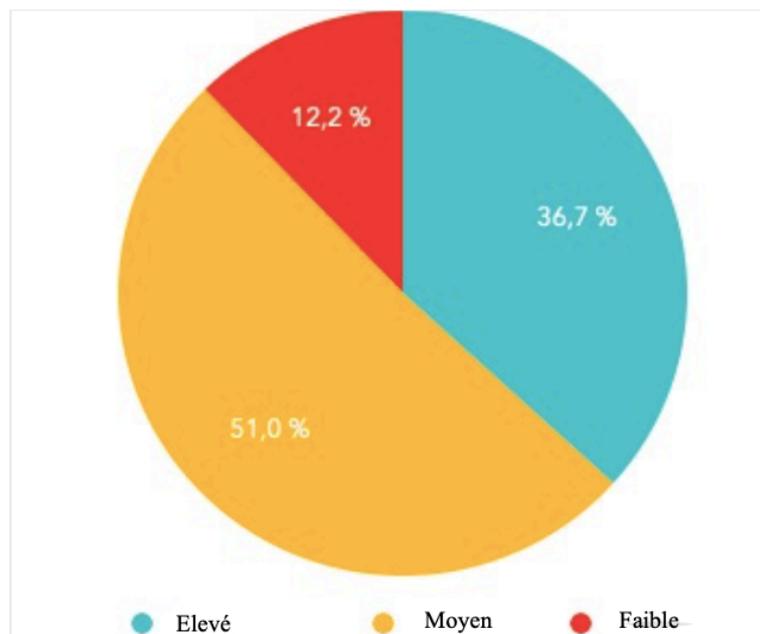


Figure 4: répartition des médecins généralistes selon leur niveau de pratique

B. Prescription d'une contraception

1. *Choix du contraceptif utilisé*

Question 10 : quelle est la contraception d'urgence la plus efficace ?

Question 12 : Lors du choix d'une contraception, lesquelles pouvez-vous prescrire en première intention en l'absence de contre-indications ?

Dix-sept (34,7%) médecins généralistes connaissent l'indication du dispositif intra-utérin au cuivre comme moyen de contraception d'urgence le plus efficace.

Vingt-deux (44,9%) médecins généralistes connaissent les moyens de contraception que l'on peut prescrire en première intention notamment concernant le dispositif intra-utérin (81,6%), la pilule micro progestative (81,6%) et l'implant contraceptif (85,7%). Treize (26,5%)

médecins prescriraient une pilule oestro-progestative de 3^{ème} génération en première intention.

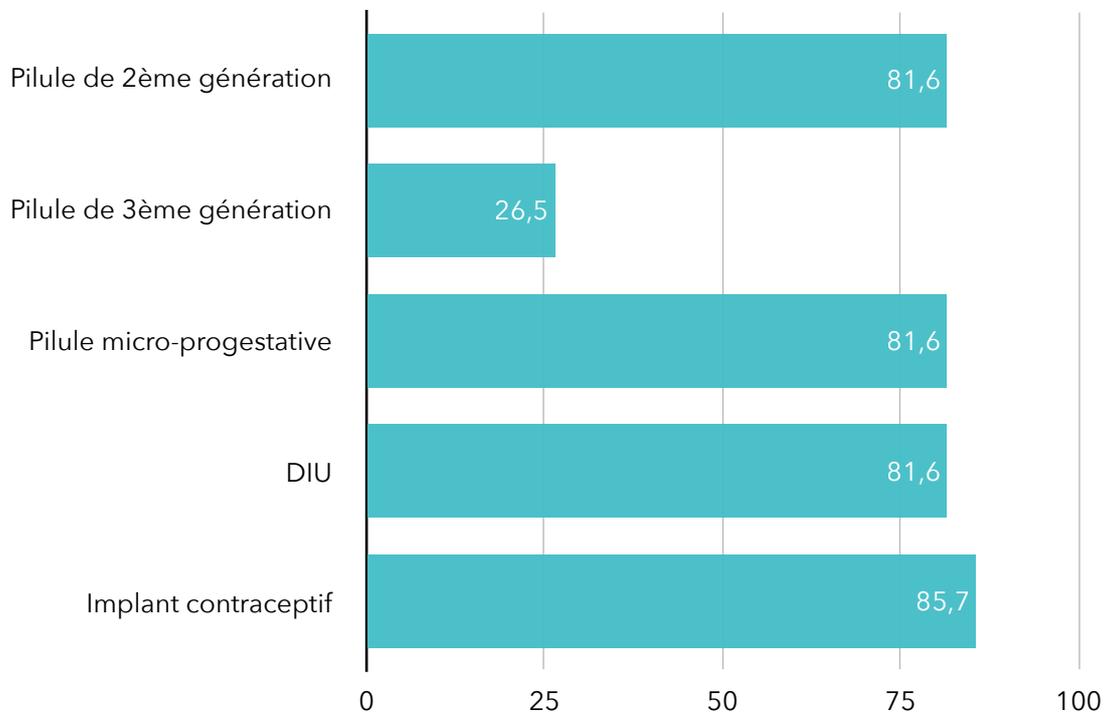


Figure 5: choix du contraceptif en première intention

2. Respect des contre-indications

Question 6 : concernant la pilule oestro-progestative quels sont les antécédents qui à eux seuls contre-indiquent la prescription ?

Question 7 : selon vous, est-il possible de prescrire une pilule oestro-progestative si votre patiente présente :

Question 8 : concernant la pilule microprogestative, quels sont les antécédents qui à eux seuls contre-indiquent la prescription ?

Question 9 : concernant la contraception intra-utérine, quels sont les antécédents qui à eux seuls contre-indiquent la prescription ?

Concernant les contre-indications absolues à la prescription d'une contraception oestro-progestative (COP), 7 (14,3%) médecins généralistes les connaissent et ils sont 16 (32,7%) à connaître les contre-indications de la pilule micro progestative et du DIU.

Le fait d'avoir pour antécédent personnel un cancer hormono-dépendant ne représente pas une contre-indication absolue à la prescription d'une COP pour 2 des sondés. C'en est une pour 15 (30,6%) d'entre eux concernant la prescription de la pilule micro progestative. Un antécédent familial au premier degré de maladie thromboembolique veineuse (MTEV) avant 50 ans n'est pas une contre-indication absolue à la prescription d'une COP pour 8 (16,3%) médecins mais c'est un antécédent personnel ou familial qui contre-indique la prescription d'une pilule micro progestative pour 14 (28,6%) d'entre eux.

Concernant l'évaluation des facteurs de risque comme contre-indication : moins de 50% (46,9%) d'entre eux savent que l'hypertension artérielle est une contre-indication absolue et le fait de fumer après 35 ans semble en être une pour 34,7% d'entre eux. Un diabète insulino-dépendant évolué est une contre-indication absolue pour 26 médecins généralistes (53,1%). (ANNEXE 2)

Toutes contre-indications confondues (question 6 et 7) concernant la COP, aucun des sondés n'a répondu correctement.

Une hépatopathie avec un bilan hépatique perturbé est une contre-indication absolue à la prescription d'une COP pour 41 (83,7%) médecins et d'une pilule micro progestative pour 31 d'entre eux (63,3%).

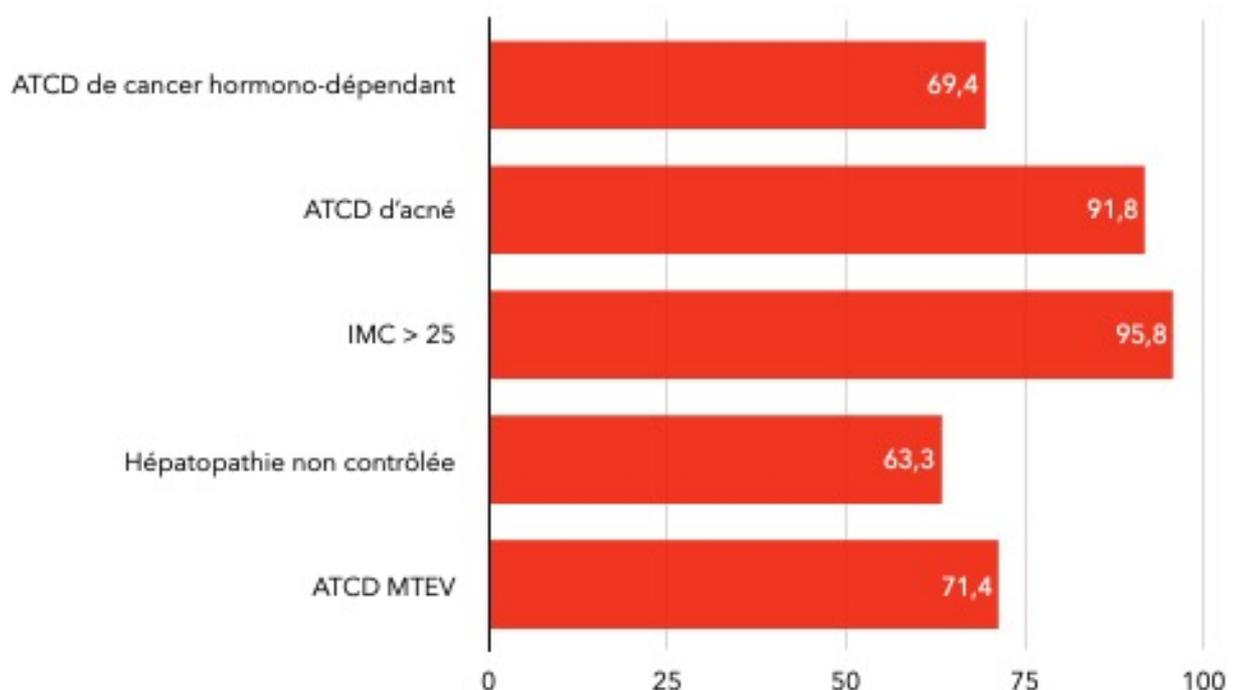


Figure 6: respect des contre-indications lors de la prescription d'une pilule micro-progestative.

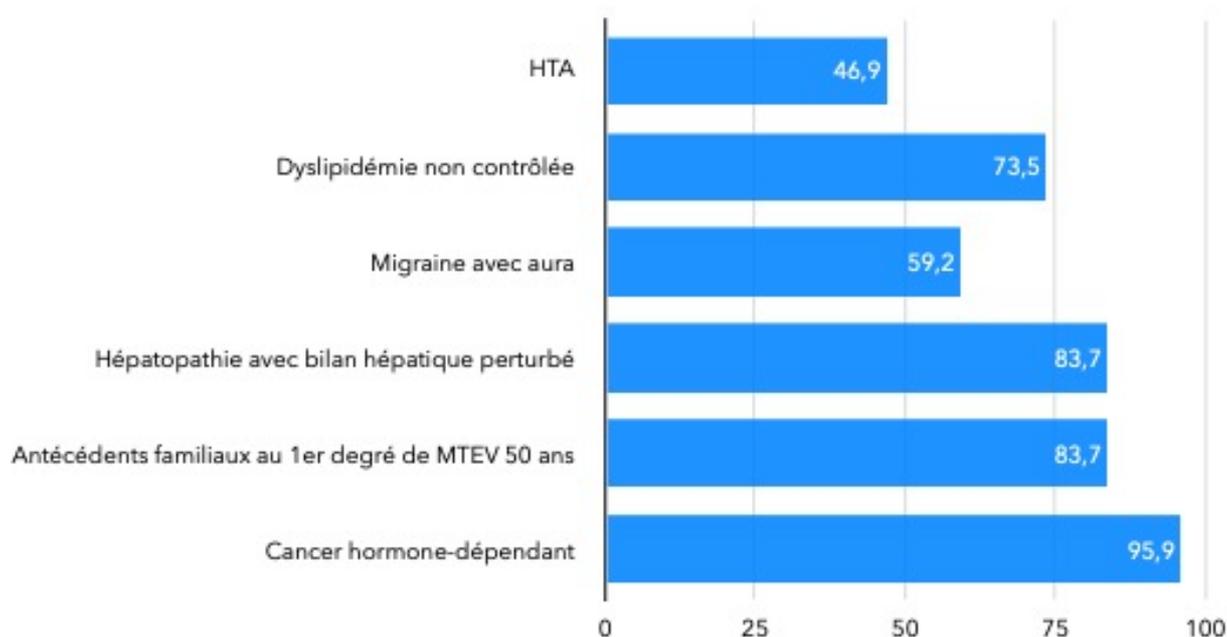


Figure 7: Respect des contre-indications absolues de la COP

Concernant la réponse à la question 9 : 4 médecins généralistes pensent que le fait d'être nullipare est une contre-indication. Concernant les contre-indications infectieuses : 22 médecins généralistes savent que l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est une contre-indication à la contraception intra-utérine et 33 (67,3%) médecins savent qu'une infection génitale haute de plus de trois mois n'est pas une contre-indication.

3. Prescription d'examens complémentaires et examen clinique

Question 5 : Selon vous, que doit contenir une consultation de contraception et prévention, cotée CCP soit un tarif de 46 euros ?

Question 11 : Quels examens réalisez-vous systématiquement avant la pose d'un DIU ?

Question 13 : Avant la prescription d'une pilule oestro-progestative, quels examens réalisez-vous systématiquement ?

Question 14 : Avant la prescription d'un contraceptif, que réalisez-vous au cours de votre examen clinique ?

La consultation de contraception doit contenir la prévention des infections sexuellement transmissibles pour tous les médecins interrogés et ils sont respectivement 98% et 93,9% à présenter les différents moyens de contraception ainsi qu'à rechercher une vaccination contre l'human papillomavirus (HPV) lors de cette consultation.

Quatre médecins généralistes réalisent correctement les examens complémentaires avant la pose d'un dispositif intra-utérin car parmi ceux qui ont répondu correctement aux autres items, 28 (57,1%) réalisent systématiquement un dépistage d'une infection à *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydiae trachomatis*. Quarante-trois réalisent le dosage des béta HCG (gonadotrophine chorionique humaine) et 41 (83,7%) une inspection cervicale.

Treize (26,5%) médecins généralistes de notre échantillon réalisent correctement les examens complémentaires avant la prescription d'une COP.

L'examen clinique avant la prescription d'un contraceptif est généralement bien réalisé pour 26 (53,1%) médecins généralistes. La palpation mammaire est réalisée systématiquement par 22 d'entre eux. Cependant ils sont respectivement 47 (95,9%) et 46 (93,9%) à mesurer la tension artérielle et l'indice de masse corporelle.

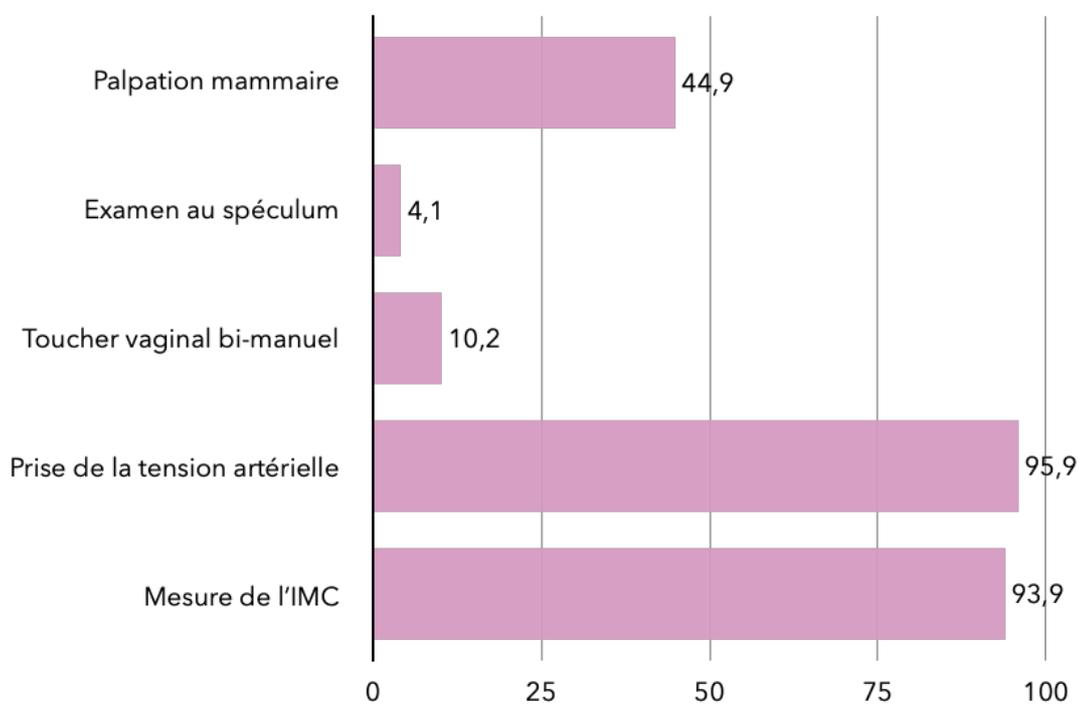


Figure 8: examen clinique avant la prescription d'un moyen de contraception

C. Opinion des médecins généralistes

Question 15 : Lors de la prescription d'un moyen de contraception comment expliquez-vous un possible écart aux recommandations actuelles ?

Comme nous pouvons le constater dans le tableau 8 (ANNEXE 3), la plupart des médecins généralistes interrogés pensent que le fait de ne pas suivre les recommandations en matière de contraception est en lien avec un manque de formation (53,1%). Seize (32,7%) d'entre eux pensent que les recommandations ne sont pas adaptées : recommandations multiples, changement fréquent des recommandations et manque d'interlocuteurs. Sept médecins mettent cela en lien avec le fait qu'ils s'adaptent au choix de la patiente. Le manque de temps n'était qu'un motif pour 2 médecins généralistes interrogés.

D. Analyse en sous-groupes

1. *Influence de l'âge*

Concernant leur pratique, on constate que les sujets de moins de 40 ans posent significativement plus d'implants contraceptifs ($p=0,028$) et utilisent plus d'outils d'informations à la contraception lors de leurs consultations de façon non significative.

En première intention, les médecins généralistes de moins de 40 ans de notre étude prescrivent mieux la contraception que leurs aînés de façon significative ($p=0,025$). Par ailleurs, les sujets de 40 ans et plus pensent que le lévonorgestrel est le moyen de contraception d'urgence le plus efficace de façon significative ($p=0,019$).

Le respect des contre-indications absolues lors de la prescription d'une COP est significativement mieux appliqué par les sujets de moins de 40 ans ($p=0,010$) et les sujets de plus de 40 ans pensent que le fait de fumer en est une ($p=0,008$).

Notre étude ne retrouve pas de répartition significativement différente en fonction de l'âge concernant le respect des contre-indications à la prescription d'une contraception. Cependant les sujets de moins de 40 ans ont un profil de bonnes réponses supérieur à leurs aînés concernant le respect des contre-indications de la pilule micro progestative et celles du DIU.

Il n'y a pas de répartition significativement différente selon l'âge concernant la prescription d'examens complémentaires et la réalisation de l'examen clinique. L'examen clinique est plutôt bien réalisé quel que soit la tranche d'âge : 14 (51,9%) médecins généralistes de moins de 40 ans et 12 (54,6%) médecins de plus de 40 ans le réalisent correctement dans notre étude.

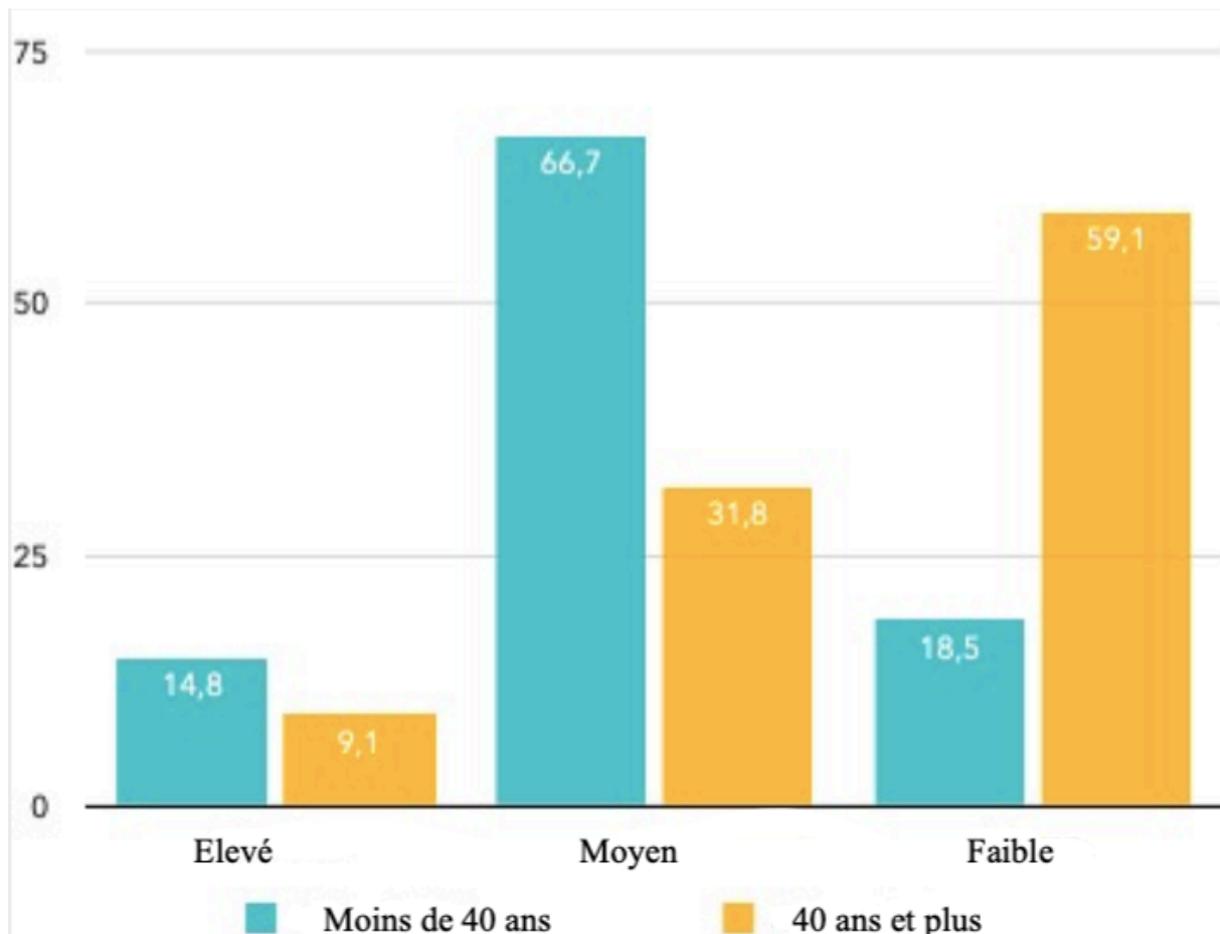


Figure 9: pratique de la gynécologie en fonction de l'âge

2. Influence du sexe du prescripteur

Dans leur pratique les femmes de notre échantillon utilisent de façon significative plus d'outils d'information à la contraception lors de leurs consultations ($p=0,038$) et posent plus d'implants contraceptifs que les hommes ($p=0,009$).

Parmi notre échantillon, les femmes prescrivent mieux la contraception. En effet il existe une différence significative de sexe quant au moyen de contraception prescrit en première intention ($p = 0,018$) et elles connaissent mieux l'indication de la pose du DIU au

cuire comme moyen de contraception d'urgence ($p=0,010$). Elles connaissent également mieux les contre-indications absolues à la COP (question 6) que les hommes ($p=0,015$).

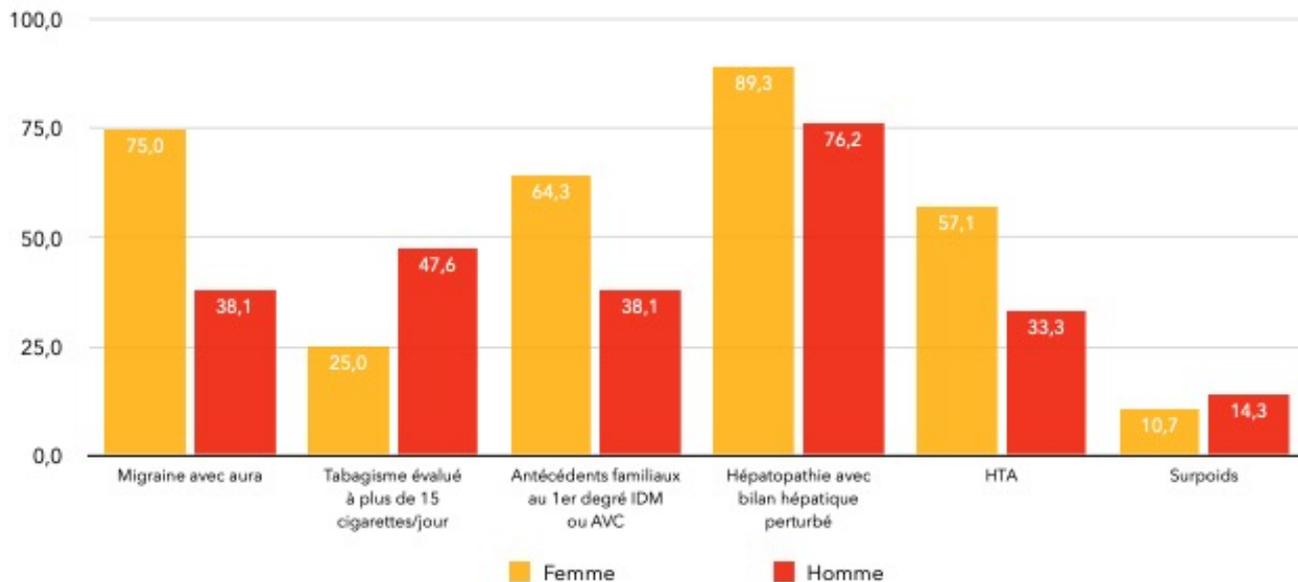


Figure 10: Respect des contre-indication à la prescription d'une COP en fonction du sexe

Concernant la réalisation des examens complémentaires avant la prescription d'un DIU ou d'une COP et la réalisation de l'examen clinique il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe, en effet la répartition de bons réponders à la question 14 est égale entre hommes et femmes de façon non significative.

3. Influence du milieu d'exercice

Nous n'avons pas retrouvé de répartition significativement différente concernant la pratique d'une activité de gynécologie : il y a plus de médecins généralistes en unité urbaine qui pratiquent la gynécologie et notamment pour la pose d'implant contraceptif : 11 (36,7%) médecins en unité urbaine contre 6 (31,6%) en unité rurale.

Concernant le choix d'un contraceptif les médecins généralistes exerçant en unité rurale connaissent moins bien l'indication du stérilet au cuivre comme moyen de contraception d'urgence que les médecins installés en zone urbaine de façon significative ($p=0,027$). Ils sont également plus nombreux à prescrire l'ulipristal d'acétate comme moyen de contraception d'urgence efficace ($p=0,003$).

Le respect des contre-indications n'est pas un critère qui se répartit de façon significativement différente entre les deux groupes. On observe systématiquement que les médecins généralistes exerçant en unité urbaine respectent mieux les contre-indications lors de leurs réponses aux question 6, 7, 8 et 9.

Il en est de même pour la réalisation des examens complémentaires avant la prescription d'une contraception ainsi que la réalisation de l'examen clinique.

V. Discussion

A. Analyse et commentaires des résultats

En Gironde, 49 médecins généralistes ont répondu à notre étude. D'après les données démographiques concernant la population des médecins généralistes au 1^{er} janvier 2021 fournies par l'Agence Régionale de santé (ARS), 1820 médecins généralistes exercent en Gironde dont 1012 hommes et 808 femmes. On dénombre 1663 (91%) médecins généralistes exerçant en milieu urbain et 169 (9%) exerçant en milieu rural. 491 (27%) médecins généralistes ont moins de 40 ans et 1329 (73%) ont 40 ans et plus. Notre échantillon n'est pas représentatif de la population des médecins généralistes de la Gironde mais la population étudiée représente les différentes catégories de médecins généralistes y exerçant.

Afin de savoir si les médecins généralistes prescrivaient correctement la contraception, nous avons regroupé et analysé leurs réponses selon trois axes principaux : le choix du contraceptif utilisé, le respect des contre-indications et la prescription des examens complémentaires et la réalisation de l'examen clinique. Dans un premier temps nous avons analysé les caractéristiques de notre population.

Dans notre étude, nous observons que les femmes généralistes pratiquent d'avantage d'actes de gynécologie que les hommes. Ceci avait déjà été retrouvé en Savoie et Haute-Savoie par Iris Bonhomme et Carole Moretti dans leur thèse intitulée « État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie : une étude quantitative » (33). Cela pourrait s'expliquer par une féminisation de la profession. En effet, au 1er janvier 2020, les femmes représentent 50.4 % des effectifs de médecins généralistes en activité régulière (34). Les femmes médecins se sentent-elles plus sensibilisées à la pratique de la gynécologie du fait de leur sexe ?

La prévention est généralement bien conduite en matière de contraception et l'instauration d'une consultation de contraception et prévention dédiée aux jeunes femmes de 15 à 18 ans est probablement efficace car comme le montre notre étude la prévention des infections sexuellement transmissibles, la recherche d'une vaccination contre l'HPV et la présentation des différents moyens de contraception est bien réalisée. Cependant, le temps accordé à ces consultations n'est peut-être dédié qu'à cette tranche d'âges.

Concernant le choix du contraceptif en première intention, on constate que 26,5% des interrogés prescrivent une pilule oestro-progestative de 3^{ème} génération et que les sujets de moins de 40 ans choisissent correctement les moyens de contraception à proposer de manière significative. Cela pourrait s'expliquer par la polémique des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération qui a eu lieu fin janvier 2012. Dans son travail de thèse, Estelle Creutzer a observé qu'il y a eu une diminution statistiquement significative ($p < 0,001$) du nombre de primoprescription avant (50%) et après (23%) la polémique mais certains médecins continuent d'en prescrire (35).

L'efficacité du DIU au cuivre comme moyen de contraception d'urgence semble moins connue. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le moyen qui est le plus prescrit est la contraception d'urgence sous forme de pilule au levonorgestrel ou à l'ulipristal d'acétate. Il existe également des freins liés à son utilisation en urgence comme l'absence de matériel disponible. Esma Oumamar et Marine Lacroix explorent ce problème dans leur thèse menée par une étude qualitative en 2017 auprès de médecins généralistes et de sages-femmes (36).

La question 12 permet de savoir quel moyen de contraception est prescrit en première intention. Ils sont 81,6% à prescrire un DIU, une POP ainsi qu'une pilule micro progestative et 85,7% à prescrire un implant contraceptif en première intention ce qui laisse supposer que les médecins généralistes laissent le choix à leur patiente en l'absence de contre-indication.

Quant au respect des contre-indications, 32,7% des médecins généralistes de notre étude connaissaient celles de la pilule micro-progestative et 16% celles du DIU. On notera que seulement 4 médecins généralistes considèrent encore que le fait d'être nullipare est une contre-indication au DIU, l'âge du prescripteur n'étant pas significatif cela n'est pas lié aux croyances des anciennes générations.

Il semble que certains facteurs de risque cardio-vasculaire sont encore mal connus dans l'évaluation du risque lié à l'utilisation d'une COP. Dans sa thèse réalisée en 2016, Anaëlle Guyot a évalué l'adéquation entre les facteurs de risque cardio-vasculaire et la prescription de la contraception en région lilloise et 18.75% avaient une contraception non recommandée. 5.47% avaient une contraception contre indiquée formellement. (37)

Nous pouvons supposer que certains antécédents personnels sont moins importants que d'autres lors de la prescription d'une COP. Les recommandations devraient-elles être plus précises concernant le risque encouru selon chaque antécédent ?

L'examen clinique en vue de la prescription d'une contraception est correctement réalisé. En effet la mesure de la tension artérielle et de l'IMC sont presque réalisés avant chaque prescription. Certains médecins généralistes réalisent la palpation mammaire et nous supposons qu'il s'agit des médecins qui réalisent également le suivi gynécologique de leurs patientes.

Les examens complémentaires sont bien réalisés par les médecins généralistes. Il existe cependant une confusion quant à la recherche d'une infection à *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydiae trachomatis*. En effet 85,7% des médecins interrogés recherchent ces infections avant la pose d'un DIU alors que cela n'est pas toujours nécessaire. Cela n'est recommandé qu'en cas de facteur de risque d'IST (âge inférieur à 25 ans, partenaire récent de moins de trois mois, partenaires multiples dans la dernière année, antécédents d'IST, rapports sexuels non protégés). Dans une méta- analyse réalisée en 2018, Aurélie Lacanal et Marie-Charlotte Lemouzy concluent que le dépistage doit être réalisé au cours de la même consultation que la pose du DIU sans attendre les résultats aux femmes à risque et à celles qui le demandent (38). Nous pouvons supposer que les médecins réalisant systématiquement ces tests par crainte d'une infection génitale haute après la pose du DIU quelques soient les antécédents de la patiente.

La question 15 de notre questionnaire laissait les médecins généralistes s'exprimer quant aux freins ne leur permettant pas de prescrire la contraception selon les recommandations actuelles. Les résultats de notre étude retrouvaient pour principale cause un manque de formation ce qui était déjà le cas dans le rapport publié en 2013 par la HAS (25) et l'on retrouve ces mêmes résultats dans la thèse d'Iris Bonhomme et Carole Moretti (33). L'instauration d'une formation en gynécologie pour les internes de troisième cycle de médecine générale permettra peut-être de pallier ce manque. L'item de ce questionnaire permettait également de révéler que les recommandations constituent elles-mêmes un problème pour les médecins généralistes interrogés car il en existe notamment plusieurs, nous nous sommes nous-mêmes référés à des recommandations différentes. Nous retrouvons par exemple des recommandations concernant la réalisation des examens complémentaires dans les recommandations de la HAS alors qu'elles n'apparaissent pas dans le document du CNGOF. Une autre différence concerne les contre-indications qui sont plus précises et mises en forme dans un tableau dans le document du CGNOF alors qu'elles sont séparées en

fonction de l'âge dans les recommandations de la HAS. Cependant nous noterons que la HAS donnent plus d'informations quant au déroulement de la consultation de contraception.

Des outils d'aide à la prescription existe comme le site internet choisir-sa-contraception.fr (39) permettant à chaque femme de se voir proposer une contraception en fonction de leurs critères personnels et de leurs antécédents. Un support d'aide à la contraception serait utile selon 92,8% des médecins généralistes récemment interrogés par Pauline Simon (40) notamment concernant les contre-indications. Notre travail laisserait supposer qu'une uniformisation des sources ainsi qu'une aide à la prescription serait à proposer. Nous pourrions par exemple envisager une nouvelle étude après avoir apporté des solutions à ce problème.

B. Points négatifs de l'étude

Le recueil des données a présenté un biais de volontariat car les médecins interrogés par téléphone n'étaient pas tous d'accords pour participer à l'étude. C'est pourquoi il a été très difficile de recruter un nombre de médecins volontaires malgré plusieurs rappels de notre part et rendez-vous téléphoniques pris en dehors des horaires de consultation. De plus ce biais de volontariat concerne également le fait qu'il y a plus de femmes qui ont accepté de répondre à notre questionnaire car elles sont potentiellement plus sensibilisées à ce sujet dans leur pratique.

Notre étude présente un biais d'information. En effet certains items n'étaient pas assez détaillés et ont pu engendrer une confusion comme par exemple le fait de ne pas préciser s'il s'agissait de première consultation de contraception ou non.

Le fait que le questionnaire ait été conduit sous forme de questionnaire à choix multiples en comparaison des recommandations de la HAS et du CNGOF a parfois mis les médecins interrogés dans l'embarras considérant le questionnaire comme trop « scolaire ». Il s'agissait cependant de la façon la plus simple pour comparer leurs réponses aux recommandations actuelles.

Notre étude a été réalisée par enquête téléphonique ce qui présente un biais de désirabilité. Les médecins généralistes interrogés ne voulant pas donner des informations qui renverraient une mauvaise image de leurs pratiques.

Nous aurions pu aborder des questions concernant le déroulement de la consultation de contraception dans notre étude afin de savoir si le dialogue entre la patiente et le médecin était adapté selon les recommandations ou encore si la place du partenaire était abordée.

C. Points positifs de l'étude

La méthodologie de notre étude a présenté plusieurs avantages.

Le fait de contacter les médecins généralistes par téléphone nous a permis d'éviter un biais de déclaration, les sondés n'avaient pas le temps de vérifier leurs réponses avant le questionnaire et cela nous avons obtenu des résultats plus représentatifs de leurs pratiques réelles. Cela leur a certainement permis de se rendre compte de leurs erreurs et de remettre en question leurs prescriptions.

La plupart de nos questions étaient des questions fermées ce qui a permis une meilleure analyse des données que l'on a regroupé en quatre axes différents (caractérisation de la population, choix du contraceptif utilisé, respect des contre-indications, prescription des examens complémentaires et réalisation de l'examen clinique) et trois sous-groupes (sexe, âge, ruralité).

Nous avons pu recueillir l'avis des médecins généralistes à la fin de notre questionnaire, ils ont pu s'exprimer sur leurs pratiques et sur les raisons entraînant un écart par rapport aux recommandations actuelles. Il en est ressorti que le manque de formation en est l'une des causes principales et cette information pourrait être prise en compte pour la proposition de formations futures ou encore une amélioration des recommandations sur notre territoire. Une nouvelle étude pourrait être réalisée en suivant afin d'en mesurer l'efficacité.

Des études avaient déjà été menées concernant la première consultation de prescription de contraception mais il n'y avait, à notre connaissance, pas d'études décrivant les connaissances des médecins généralistes en la matière.

VI. Conclusion

La place du médecin généraliste est aujourd'hui primordiale dans la prescription de la contraception en France et sa place le sera d'autant plus avec les années à venir. Les patientes sont mieux sensibilisées concernant la contraception qu'auparavant et les sources sont multiples. Il existe parfois de fausses informations que le médecin généraliste devra démentir et ses connaissances doivent être mises à jour.

Bien que la taille de notre échantillon ne puisse pas donner une validité externe à notre étude, nous avons pu montrer que le choix du contraceptif était souvent respecté et proposé librement à la patiente. Parmi les antécédents, les facteurs de risques cardio-vasculaires des patientes ne sont parfois pas pris en compte dans le respect des contre-indications à la prescription de la contraception œstro-progestative et il existe des confusions qu'il pourrait être nécessaire d'éclairer.

Des solutions pourraient être proposées afin de faciliter la recherche systématique des antécédents de la patiente comme proposer un auto-questionnaire lorsque la patiente se présente pour une première consultation de contraception, la création d'une fiche médicale dédiée à la contraception que le médecin généraliste utiliserait pour sa patiente, un outil informatique ou papier distribué aux médecins généralistes afin de faciliter la prescription de contraception.

La contraception est un enjeu majeur de la santé de la femme. Elle doit s'adapter aux différentes générations pour apporter une offre qui leur correspond vraiment. Le médecin traitant en est l'un des interlocuteurs principaux et sa formation continue en la matière est indispensable afin qu'il accompagne au mieux les femmes.

VIII. Bibliographie

1. Organisation mondiale de la santé. Contraception [Internet]. [Page consultée le 17/03/2021]. Disponible sur : <https://www.who.int/topics/contraception/fr/>
2. Bodet A. Histoire de la contraception : de la grossesse subie à la grossesse désirée. Thèse de doctorat : Pharmacie : Angers : 2014 ; 2014ANGE087P
3. Code pénal (ancien). Article 317
4. Meffre A. Loi du 31 juillet 1920 et l'avortement [Internet]. [Page consultée le 19/03/2021] <https://blogs.mediapart.fr/amelie-meffre/blog/301114/loi-du-31-juillet-1920-et-l-avortement>
5. Breteau A. Les 7 dates-clés de la contraception en France [Internet]. [Page consultée le 19/03/2021]. Disponible sur : https://www.lepoint.fr/culture/les-7-dates-cles-de-la-contraception-en-france-27-12-2017-2182640_3.php
6. Voldman D, Wiewiorka A. Tristes grossesses - L'affaire des époux Bac (1953-1956). Média Diffusion; 2019. p.131
7. Code de la santé publique. Article 2123-1
8. Ameli. Contraception [Internet]. [Page consultée le 14/09/2021]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/contraception>
9. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 232 200 interruptions volontaires de grossesse en 2019, un taux de recours qui atteint son plus haut niveau depuis 30 ans, [Internet]. [Page consultée le 14/09/2021]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/232-200-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2019-un-taux-de-recours-qui>
10. Gouvernement. Dès 2022, la contraception sera gratuite pour les femmes de moins de 25 ans [Internet]. [Page consultée le 14/09/2021]. Disponible sur <https://www.gouvernement.fr/des-2022-la-contraception-sera-gratuite-pour-les-femmes-de-moins-de-25-ans>
11. Organisation mondiale de la santé. Planification familiale/Contraception, [Internet]. [Page consultée le 17/03/2021]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

12. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandation pour la pratique clinique : contraception [Internet]. [Page consultée le 24/05/2021]. Disponible sur : http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF_RPC_2018-CONTRACEPTION.pdf&i=21002
13. Savio M. Les différents contraceptifs oraux : leur prescription, leur utilisation, leurs risques d'utilisation, évolution des connaissances et conséquences en termes de prescription et d'utilisation. Thèse de doctorat : Pharmacie : Toulouse 3 : 2015 ; 2015TOU32018
14. HAS. Commission de la transparence « Avis Kyleena" [Internet]. [Page consultée le 23/03/2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-16479_KYLEENA_PIS_INS_Avis3_CT16479.pdf
15. Base des données publiques des médicaments. Résumé des caractéristiques du produit - CERAZETTE 0,075 mg, comprimé pelliculé [Internet]. [Page consultée le 23/03/2021]. Disponible sur : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61452187&typedoc=R#RcpContreindications>
16. Cheng L, Gülmezoglu AM, Piaggio G, Ezcurra E, Van Look PFA. Interventions for emergency contraception. Cochrane Database Syst Rev. 16 avr 2008;(2):CD001324.
17. Wu S, Godfrey EM, Wojdyla D, Dong J, Cong J, Wang C, et al. Copper T380A intrauterine device for emergency contraception: a prospective, multicentre, cohort clinical trial. BJOG Int J Obstet Gynaecol. sept 2010;117(10): 1205.
18. Delphine Rahib, Mireille Le Guen, Nathalie Lydié. Baromètre santé 2016 : contraception [Internet]. [Page consultée le 23/03/2021]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2016-contraception-quatre-ans-apres-la-crise-de-la-pilule-les-evolutions-se-poursuivent>
19. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Faut-il vraiment avoir peur de la pilule contraceptive [Internet]. [Page consulté le 15/11/2021]. Disponible sur : <http://www.cngof.fr/actualites/540-cp-faut-il-vraiment-avoir-peur-de-la-pilule-contraceptive>

20. Dupuis A. Évaluation de la prescription de première contraception par le médecin généraliste picard. Thèse de doctorat : Médecine : Médecine générale : Amiens : 2016 ; 2016AMIEM056
21. Code de la santé publique. Article 4311-1
22. Code de la santé publique. Article L5134-1
23. Gallais L et Malouli A. Contraceptions des adolescents : Places et leviers spécifiques de la Médecine générale. :10.
24. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Compte rendu de l'audition des Gynécologues médicaux, [Internet]. [Page consultée le 1 octobre 2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte_rendu_de_l_audition_des_Gynecologues_medicaux.pdf
25. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. [Page consultée le 15/10/2021]. 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
26. Prescrire rédaction. Questionner sa pratique pour aider une femme à choisir sa contraception. Revue Prescrire. Janvier 2019. 39 (423) : 62-66.
27. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post IVG) [Internet]. [Page consultée le 23/03/2021]. 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
28. Conseil national de l'ordre des médecins. Démographie médicale en région aquitaine. 2015.
29. Ameli. Annuaire santé d'ameli.fr : trouver un médecin, un hôpital [Internet]. [Page consultée le 21/10/2021]. Disponible : <http://annuaire-sante.ameli.fr/>
30. INSEE. Base des unités urbaines 2020 [Internet]. [Page consultée le 14/09/2021]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/information/4802589>
31. INSEE. Une nouvelle définition du rural [Internet]. [Page consultée le 14/09/2021]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/information/5360126>
32. Agence Nationale de Sécurité du Médicament. Contraceptifs oraux

commercialisés en France au 1er janvier 2015. 2015.

33. Bonhomme I, Moretti C. Etat des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie : une étude quantitative. Thèse de doctorat : Médecine : Médecine générale. Grenoble Alpes.2017 ; 2017GRE5044

34. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. 2020.

35. Creutzer E. Contraception : évolution des pratiques des médecins généralistes dans le contexte de la polémique des pilules de 3ème et 4ème génération. Thèse de doctorat : Médecine : Médecine humaine et pathologie : Paris Descartes : 2016 ; 105

36. Oumammar E et Lacroix M. Connaissance des professionnels de santé concernant le DIU au cuivre dans la contraception d'urgence. Thèse de doctorat : Médecine : Angers : 2018 ; 2018ANGE129M

37. Guyot. A. Etat des lieux de la contraception en fonction des facteurs de risque cardio-vasculaire en région lilloise. Thèse de doctorat : Médecine : Lille : 2016 ; 2016LIL2M354

38. Lacanal. A et Lacamouzy.C. Place du dépistage de chamydia trachomatis avant la pose d'un dispositif intra-utérin : une méta- revue systématique de la littérature. Thèse de doctorat : Médecine : Toulouse : 2018 ; 2018TOU3085

39. Choisir sa contraception. Question sexualité [Internet]. [Page consultée le 22/10/2021]. Disponible sur : <https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception>

40. Simon P. Outil d'aide à la prescription des méthodes contraceptives : Évaluation des besoins et attentes auprès des médecins généralistes bretons et internes de médecine générale. Thèse de doctorat : Médecine : Rennes 1 : 2021 ; 2021REN1M073

IX. Annexes

A. Annexe 1 : Questionnaire à l'attention d'un échantillon représentatif des médecins généralistes de Gironde dans le cadre de l'évaluation des pratiques contraceptives. Recueil effectué par enquête téléphonique

1-Concernant votre pratique :

- Quel âge avez-vous ?
- Êtes-vous : médecin remplaçant ? Médecin installé ? (si oui depuis combien de temps)
- Exercez-vous seul, en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire ?

2-Dans votre pratique posez-vous des DIU ?

- A- OUI
- B- NON

3-Dans votre pratique, posez-vous des implants contraceptifs ?

- A- OUI
- B- NON

4-Utilisez-vous des outils d'information à la contraception lors de vos consultations ?

- A- OUI
- B- NON

5-Selon vous, que doit contenir une consultation de contraception et prévention, cotée CCP soit un tarif de 46 euros :

- A- La présentation des différents moyens de contraception
- B- La recherche de vaccination contre l'HPV (human papillomavirus)
- C- La prévention des infections sexuellement transmissibles
- D- Un examen au speculum
- E- Un examen mammaire

6-Concernant la pilule œstro-progestative quels sont les antécédents qui à eux seuls contre-indiquent la prescription ?

- A- Migraine avec aura

B-Tabagisme évalué à plus de 15 cigarettes par jour

- C- Antécédents familiaux au 1^{er} degré IDM ou AVC avant 55 ans (homme) ou 65 ans (femme)
- D- Hépatopathie avec bilan hépatique perturbé
- E- HTA
- F- Surpoids

7-Selon vous, est-il possible de prescrire une pilule œstro-progestative si votre patiente présente :

- A- Diabète insulino-dépendant évoluant depuis plus de 20 ans
- B- Age > 35 ans.
- C- Cancer hormono-dépendant.
- D- Antécédents familiaux au 1^{er} degré de MTEV avant 50 ans
- E- Migraine sans aura et un tabagisme
- F- Dyslipidémie non contrôlée

8-Concernant la pilule microprogestative quels sont les antécédents qui à eux seuls contre-indiquent la prescription ?

- A- Un antécédent de cancer hormono-dépendant
- B- Un antécédent d'acné
- C- Un surpoids (IMC > 25)
- D- Hépatopathie non contrôlée
- E- Un antécédent personnel ancien ou familial de maladie thrombo-embolique veineuse

9-Concernant la contraception intra-utérine, quels sont les antécédents qui à eux seuls contre-indiquent la prescription ?

- A- Une infection par le VIH au stade SIDA
- B- La nulliparité
- C- Un antécédent d'infection génitale haute datant de plus de trois mois
- D- La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens

10-D'après vous, quelle est la contraception d'urgence la plus efficace ?

- A- Le lévonorgestrel
- B- L'ullipristal d'acétate
- C- La pose d'un DIU au cuivre dans les 5 jours suivant le rapport non protégé

11-Quels examens réalisez-vous systématiquement avant la pose d'un DIU ?

- A- Un dépistage d'une infection à Chlamydiae trachomatis et Neisseria gonorrhoeae
- B- Un bilan sanguin recherchant une augmentation des facteurs inflammatoires
- C- La recherche d'une grossesse en cours par le dosage des béta HCG
- D- Une inspection cervicale

12-Lors du choix d'une contraception, lesquelles pouvez-vous prescrire en première intention en l'absence de contre-indication ?

- A- Une pilule dite de 2^{ème} génération
- B- Une pilule dite de 3^{ème} génération
- C- Une pilule dite micro-progestative
- D- Un DIU
- E- Un implant contraceptif

13-Avant la prescription d'une pilule oestro-progestative, quels examens réalisez-vous systématiquement ?

- A- Un bilan de thrombophilie
- B- Un bilan métabolique (LDL-c, HDL-c, TG, CT, glycémie à jeun)
- C- Un bilan recherchant une infection sexuellement transmissible
- D- Un bilan hépatique
- E- Échographie pelvienne à la recherche de kystes ovariens

14-Avant la prescription d'un contraceptif que réalisez-vous au cours de votre examen clinique ?

- A- La palpation mammaire
- B- Un examen au spéculum
- C- Un toucher vaginal bi-manuel
- D- La prise de la tension artérielle
- E- Mesure de l'IMC

15-Lors de la prescription d'un moyen de contraception comment expliquez-vous un possible écart aux recommandations actuelles ?

B. ANNEXE 2 : tableau regroupant les données des questions 6 et 7

	Total N= 49		Sexe		Âge		Ruralité		Bonnes connaissances de la contraception	
	Femme N = 28	Homme N = 21	< 40 ans N = 27	≥ 40 ans N = 22	Urbain N=30	Rural N=19	Aucune connaissance N=18	Un minimum de connaissance N=31	<i>p</i>	<i>p</i>
Contre-indications à la prescription de la pilule œstro-progestative, n(%)										
Profil ayant les bonnes réponses										
Bonne réponse	7 (14,3)	7 (25,0)	7 (25,9)	0 (0,0)	5 (16,7)	2 (10,5)	18 (100,0)	24 (77,7)		0,029
Oubli de l'hépatopathie	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)
Mauvaises réponses	42 (85,7)	21 (75,0)	20 (74,1)	22 (100,0)	25 (83,3)	17 (89,5)	0 (0,0)	7 (22,6)		
Migraine avec aura	29 (59,2)	21 (75,0)	17 (63,0)	12 (54,6)	19 (63,3)	10 (52,6)	9 (50,0)	20 (64,5)		0,319
Tabagisme évalué à plus de 15 cigarettes/jour	17 (34,7)	7 (25,0)	5 (18,5)	12 (54,6)	9 (30,0)	8 (42,1)	8 (44,4)	9 (29,0)		0,275
Antécédents familiaux au 1er degré IDM ou AVC avant 55 ans (homme) ou 65 ans (femme)	26 (53,1)	18 (64,3)	16 (59,3)	10 (45,5)	19 (63,3)	7 (36,8)	8 (44,4)	18 (58,1)		0,357
Hépatopathie avec bilan hépatique perturbé	41 (83,7)	25 (89,3)	22 (81,5)	19 (86,4)	26 (86,7)	15 (79,0)	13 (72,2)	28 (90,3)		0,098
HTA	23 (46,9)	14 (51,9)	12 (44,4)	11 (50,0)	14 (46,7)	9 (47,4)	6 (33,3)	17 (54,8)		0,146
Surpoids	6 (12,2)	3 (14,3)	1 (3,7)	5 (22,7)	5 (16,7)	1 (5,3)	4 (22,2)	2 (6,5)		0,105
Données manquantes	2 (4,1)	0 (0,0)	1 (3,7)	1 (4,6)	1 (3,3)	1 (5,3)	2 (11,1)	0 (0,0)		

C. ANNEXE 3 : tableau regroupant les données de la question 15

Q15. Ecart avec les recommandations actuelles

	Total N=49		Sexe		Âge		Ruralité		Bonnes connaissances de la contraception		
	Femme N = 28	Homme N = 21	ρ	< 40 ans N = 27	≥ 40 ans N = 22	ρ	Urbain N=30	Rural N=19	Aucune connaissance N=18	Un minimum de connaissance N=31	ρ
Ecart avec les recommandations actuelles, n(%)											
Manque de formation	14 (50,0)	12 (57,1)	0,620	12 (44,4)	14 (63,6)	0,181	16 (53,3)	10 (52,6)	9 (50,0)	17 (54,8)	0,775
Manque de temps	1 (3,6)	1 (4,8)	0,835	1 (3,7)	1 (4,6)	0,882	1 (3,3)	1 (5,3)	0 (0,0)	2 (6,5)	-
Recommandations	9 (32,1)	7 (33,3)	0,930	11 (40,7)	5 (22,7)	0,181	9 (30,0)	7 (36,8)	4 (22,2)	12 (38,7)	0,346
Adaptation patiente	5 (17,9)	2 (9,5)	0,683	4 (14,8)	3 (13,6)	0,907	6 (20,0)	1 (5,3)	2 (11,1)	5 (16,1)	0,952
Autre	8 (28,6)	5 (23,8)	0,709	8 (29,6)	5 (22,7)	0,586	6 (20,0)	7 (36,8)	5 (27,8)	8 (25,8)	0,689

X. Liste des figures et des tableaux

Figure 1: anatomie de la femme	12
Figure 2: le cycle menstruel (11)	13
Figure 3: Schéma du rétrocontrôle hormonal du cycle ovarien (12)	15
Figure 4: répartition des médecins généralistes selon leur niveau de pratique.....	37
Figure 5: choix du contraceptif en première intention	38
Figure 6: respect des contre-indications lors de la prescription d'une pilule micro-progestative.....	39
Figure 7: Respect des contre-indications absolues de la COP	40
Figure 8: examen clinique avant la prescription d'un moyen de contraception	41
Figure 9: pratique de la gynécologie en fonction de l'âge.....	43
Figure 10: Respect des contre-indication à la prescription d'une COP en fonction du sexe.....	44
Tableau 1: efficacité des différents moyens de contraception (13) 17	
Tableau 2: facteurs de risque vasculaire artériels et veineux et utilisation d'une contraception hormonale combinée oestroprogestative.....	24

XI. Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Enquête de pratique portant sur les connaissances et les pratiques des médecins généralistes en Gironde

Introduction : d'après la littérature de plus en plus de femmes ont un suivi gynécologique par leur médecin traitant qui se trouve confronté à la prescription de la contraception et à des recommandations multiples. Notre objectif était d'évaluer les pratiques contraceptives des médecins généralistes en Gironde. **Méthodologie** : il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive menée par enquête téléphonique de juin 2020 à juillet 2021 auprès de 300 médecins généralistes en Gironde. **Résultats** : 49 médecins ont répondu à l'étude. 14,3% connaissent les contre-indications absolues de la contraception oestro-progestative, 16% celles du dispositif intra-utérin, 32,7% celles de la pilule microprogestative. 26,5% prescrivent une pilule de 3^{ème} génération. Ils pensent à 53,1% que le non-respect des recommandations serait en lien avec un manque de formation. **Discussion** : certains points restent à améliorer notamment concernant le respect des contre-indications de la contraception oestro-progestative. **Conclusion** : les médecins généralistes faisaient une bonne prise en charge et une étude pourrait être réalisée sur un échantillon plus grand après qu'un support d'aide à la contraception ait été proposé.

Mots clés : contraception, médecine générale, recommandations, prévention, médecins généralistes, prescription médicamenteuse

Practice survey on the knowledges and practices of general practitioners in Gironde

Introduction : according to the literature more and more women have a gynecological monitoring with their general practitioner (GP) which is confronted by the consultation of contraception and by multiples guidelines. The objective of our study was to analyze the contraceptive advices of the GP in Gironde. **Methods** : it is an epidemiological and descriptive study realized by telephone inquiries using a questionnaire from June 2020 and July 2021 with 300 GP from Gironde. **Results** : 49 GP replied to the study. Amongst them, 14,3% know the side effects of the estrogen progestin contraception. 16% of them of the intrauterine devices and 32,7% of them of the progestin only pill. 26,5% prescribe a third generation estrogen-progestin contraception. 53,1% of the GP asked, think that the need non respect of the guidelines would be due to a lack of formation. **Discussion** : certains points need to be improved notably concerning the non respect of side effects of the estrogen-progestin contraception. **Conclusion** : the GP in Gironde take and assure good care and a larger study could be conducted after a help support for contraception would have been proposed.

Keywords : contraception, general medicine, guidelines, prevention, general practitioner, prescription of medicines