

**Université de Poitiers**  
**Faculté de Médecine et Pharmacie**

**ANNEE 2018**

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement

le 25 janvier 2018 à Poitiers

par M<sup>e</sup> Charlotte BUCCO (épouse GUIGNON)

**Représentations des médecins généralistes concernant le *counseling* en matière de  
contraception d'urgence.**

(Enquête auprès de dix-huit médecins généralistes par entretiens semi dirigés dans la  
Vienne et les Deux Sèvres)

**COMPOSITION DU JURY**

**Président** : Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE

**Membres** : Madame le Docteur Claire LAFAY-CHEBASSIER

Madame le Docteur Anne-Laure HEINTZ

**Directeur de thèse** : Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET



*Le Doyen,*

Année universitaire 2017 - 2018

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

**Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

**Professeur des universités de médecine générale**

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

**Maître de conférences des universités de médecine générale**

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité d'octobre à janvier**)

**Professeurs associés de médecine générale**

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

**Maitres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

**Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- LOVELL Brenda Lee, maître de langue étrangère

**Professeurs émérites**

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusque 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

**Professeurs et Maitres de Conférences honoraires**

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

# **SOMMAIRE**

<i>ABREVIATIONS</i> .....	5
<i>INTRODUCTION</i> .....	6
<i>MATERIELS ET METHODES</i> .....	8
<i>RESULTATS</i> .....	10
1- Les caractéristiques démographiques	10
2- La formation en gynécologie	10
3- L'abord de la sexualité en consultation	11
4- La fréquence de l'information sur la CU et la population ciblée	12
5- La pratique et les connaissances des MG	13
6- Les freins des médecins généralistes	15
7- Les représentations positives	17
8- La prescription anticipée de la CU	19
9- La modification de leur pratique	19
<i>DISCUSSION</i> .....	20
<i>A - LA METHODE</i> .....	20
1- Le choix du qualitatif	20
2- Le recrutement	20
3- La méthode de recueil des données	21
4- Validité interne et externe	21
<i>B - DISCUSSION DES RESULTATS</i> .....	22
1- La formation des médecins	22
2- La fréquence de l'information sur la CU ( <i>revoir ce paragraphe</i> )	22
3- Le rôle du médecin généraliste	23
4- La population ciblée	23
5- Les connaissances des médecins	24
6- Les freins et représentations des médecins généralistes	25
7- La contraception la plus connue, la plus facile en pratique : lévonorgestrel, NORLEVO®.	27
8- Peu de demandes	28
9- Une diminution du nombre d'IVG	29
10- Le lien avec les comportements sexuels à risque	30
11- La prescription anticipée (PA)	30
12- La modification de leur pratique	31
<i>CONCLUSION</i> .....	32
<i>BIBLIOGRAPHIE</i> .....	34
<i>ANNEXES</i> .....	40
<i>RESUME</i> .....	43
<i>ABSTRACT</i> .....	44
<i>SERMENT</i> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

## **ABREVIATIONS**

**AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (*remplacée par la HAS en 2004*)

**CPEF** : Centre de Planification et d'Education Familiale

**CU** : Contraception d'urgence

**DIU** : Dispositif intra utérin

**DU de Gynécologie** : Diplôme Universitaire de gynécologie

**DPC** : Développement Professionnel Continu

**DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

**FMC** : Formation Médicale Continue

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales

**IST** : Infection Sexuellement Transmissible

**IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse

**INPES** : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

**MG** : Médecin généraliste

**MSU** : Maitre de Stage Universitaire

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PA** : Prescription anticipée

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

## **INTRODUCTION**

La France se trouve dans une situation paradoxale : malgré une diffusion et une utilisation massive de méthodes de contraceptions médicales efficaces, une grossesse sur trois n'est pas prévue et le taux d'IVG depuis 15 ans reste globalement stable<sup>(1)</sup>. Sur ces grossesses non prévues, 60% des femmes ont recours à l'IVG et deux grossesses sur trois ont lieu chez des femmes qui ont une contraception<sup>(2)</sup>. D'après le Baromètre Santé de l'INPES<sup>(3)</sup>, en 2007, seulement une femme sur dix, ayant eu recours à l'IVG, a utilisé la contraception d'urgence (CU) pour éviter la grossesse.

La contraception a été définie comme priorité de santé publique et inscrite dans les objectifs de la loi de Santé publique du 9 août 2004 selon les termes suivants :

« Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours ». Favoriser l'accès à la CU est une volonté nationale forte puisque la France a été le premier pays à autoriser la vente du lévonorgestrel, NORLEVO® comme contraception d'urgence sans prescription médicale en 1999<sup>(1)</sup>.

Malgré ces efforts, peu de femmes disent recevoir l'information sur la CU par les professionnels de santé. La thèse de L. Potier<sup>(4)</sup>, en 2015, confirme cette notion : sur 78 femmes interrogées, 86.1% n'ont reçu aucune information concernant la CU de la part de leur médecin généraliste (MG).

Le MG a pourtant un rôle important à jouer, comme le souligne la Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>(5)</sup> en matière de *counseling*, un procédé complexe qui implique des connaissances techniques de la part du praticien et une compétence relationnelle pour pouvoir mener l'entretien. L'OMS a préconisé cet accompagnement à travers la méthode « BERCER » (*annexe n°1*), traduite du guide de *counseling* « GATHER »<sup>(6)</sup>, qui permet de structurer la consultation sur la contraception et le suivi en 6 étapes : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour.

Notre travail s'inscrit dans un projet de « *research agenda* » sur la thématique de la CU. Il a débuté par G.Gaiani<sup>(7)</sup> en 2013 par la création d'un questionnaire pour évaluer les connaissances des MG à ce sujet. Son hypothèse était que les connaissances techniques des MG au sujet de la CU pouvaient influencer la fréquence à laquelle l'information était donnée en consultation.

Une deuxième thèse a été ensuite réalisée en 2015, par C. Bouquet<sup>(8)</sup>, qui a démontré que la CU était très peu abordée en MG et que le phénomène n'était donc pas observable : 3 consultations sur 803 observées.

La question de recherche initiale a donc du être modifiée et devient (*annexe n°2*) :  
« Quels peuvent être les freins des MG en matière de *counseling* et de prescription de la CU ? ».

Pour répondre à cette question, un premier travail a été réalisé par L. Bouskine en 2017, une revue de la littérature sur les connaissances et les pratiques des MG en matière de CU<sup>(9)</sup>. Il a été mis en évidence que des croyances et des méconnaissances existaient chez les MG mais il n'a pas été montré si cela pouvait influencer leur pratique.

L'hypothèse de notre travail est qu'il existe des freins probablement liés à des représentations négatives, un manque de formation et une méconnaissance théorique au sujet de la CU qui peuvent influencer la fréquence de la délivrance de son information et de sa prescription.

Notre étude s'est effectuée en deux temps, réalisant ainsi le travail de deux thèses :

-La première, celle présentée dans cet écrit, a pour objectif d'observer les représentations d'un échantillon de médecins généralistes sur le *counseling* concernant la CU,

-La deuxième, présentée par Sophie Moreau, a pour objectif d'analyser les connaissances de ce même échantillon à l'aide de l'outil construit par G. Gaiani et de rechercher une corrélation entre leurs connaissances et leurs représentations sur la CU.

## **MATERIELS ET METHODES**

Une enquête qualitative transversale par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée d'avril à octobre 2017 auprès de dix-huit médecins généralistes installés ou remplaçants, à activité libérale, dans la Vienne et les Deux-Sèvres. L'enquête a été réalisée par deux enquêtrices, la thésarde et une « co-thésarde », Sophie Moreau, médecin généraliste remplaçant.

Le recrutement fut réalisé par la méthode « boule de neige », c'est-à-dire que les premiers entretiens ont été réalisés auprès de connaissances des enquêtrices puis chaque interviewé a donné le nom d'autres médecins potentiellement volontaires.

Les médecins furent contactés par téléphone et des rendez-vous ont été fixés, par eux-mêmes, à leurs cabinets.

L'arrêt effectif du recrutement a été déterminé selon un critère de saturation des données, après l'absence de nouvelle donnée pertinente au bout de trois entretiens successifs.

Un guide d'entretien (*annexe n°3*) fut élaboré par les deux enquêtrices avant les entretiens, sur la base des premières recherches bibliographiques. Son introduction pré-rédigée rappelait le sujet, les modalités d'enquête pour le recueil d'un consentement oral. L'entretien suivait une trame de questions ouvertes avec les différents thèmes à aborder. Une pré-enquête a été réalisée auprès d'un médecin généraliste connu d'une des enquêtrices afin d'évaluer sa pertinence et aucune modification du guide n'a été faite suite à ce test.

Les données ont été enregistrées sur dictaphone numérique et les entretiens ont eu une durée moyenne de 23,25 minutes (de 12,44 à 39,02 minutes).

Chaque entretien a été renommé sous une lettre de l'alphabet par ordre chronologique de réalisation pour garder l'anonymat des entretiens.

Les données ont d'abord été retranscrites intégralement sur support informatique par les enquêtrices. Puis celles pouvant nuire à l'anonymat du médecin ont été discrètement modifiées. Les interventions furent nommées par ordre d'apparition, avec pour préfixe la lettre d'entretien pour celles du médecin, celles des enquêtrices reçurent le préfixe « CB » ou « SM ».

Dans un premier temps, chaque entretien retranscrit fut l'objet d'une analyse verticale par lecture répétée, permettant une autocritique des interventions de l'enquêtrice, une imprégnation du discours et ainsi affiner la pertinence des interventions ultérieures. Puis fut effectuée une analyse thématique transversale des résultats. Le codage descriptif fut réalisé par les deux enquêtrices et par une psychologue permettant ainsi la triangulation des données visant à limiter la subjectivité du chercheur ainsi qu'à mettre en évidence des thèmes passés inaperçus.

Le regroupement thématique a été réalisé à l'aide du logiciel QSR N Vivo version 11. Les catégories ont été comparées entre elles, redéfinies et réduites en nombre au cours de l'analyse.

Le consentement oral du médecin a été recueilli lors du recrutement et en début d'entretien. Il a été rappelé aux médecins leur droit de refus ou de retrait de l'étude à tout moment. La garantie d'anonymat aux médecins était fournie via l'anonymisation des données. Conformément à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) les médecins avaient un droit de regard sur les données fournies en matière d'accès et de rectification (chaque verbatim était envoyé au MG par mail). Aucun n'a souhaité réaliser de modification. Cette démarche suivait les principes de finalité (usage exclusif pour la thèse, sauf accord pour utilisation ultérieure), de transparence, et de sécurité (informations limitées aux personnes autorisées).

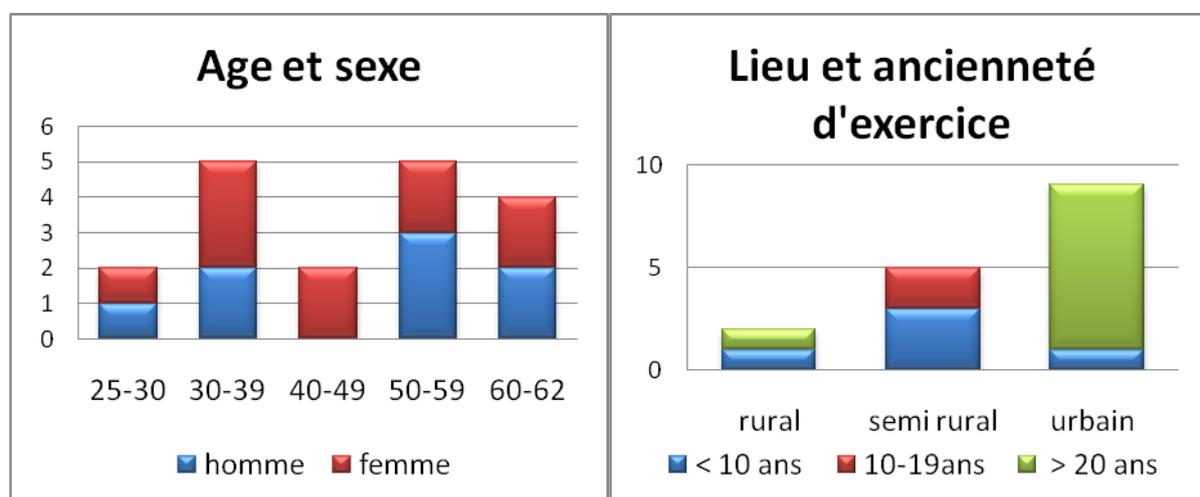
Pour le second travail, à la fin de chaque entretien, l'adresse mail du médecin était demandée pour lui transmettre le lien internet du questionnaire de connaissance avec un nom de matricule pour respecter l'anonymat et pour l'envoi du verbatim. Le questionnaire utilisé était celui créé par la thèse de G.Gaiani en 2013<sup>(7)</sup>.

*L'intégralité des verbatims est consultable sur le CD joint en troisième de couverture.*

## **RESULTATS**

### **1- Les caractéristiques démographiques** (Figure n°1)

Au total, dix-huit médecins ont été interrogés, dix femmes et huit hommes. Deux sont remplaçants, les autres sont installés depuis 1 à 34 ans (19 ans en moyenne), quatorze dans la Vienne et quatre dans les Deux Sèvres, tous sont en secteur conventionné. Sur les seize médecins installés, dix exercent en cabinet de groupe, six en maison de santé, onze sont installés en milieu urbain, deux en milieu rural et trois en semi rural. Ils sont âgés de 28 à 62 ans (âge moyen : 45,9 ans) et reçoivent pour la plupart d'entre eux entre 20 et 30 patients par jour.



*Figure n°1 : Démographie médicale de l'échantillon.*

Sur les dix huit médecins, onze sont MSU.

Pour la moitié d'entre eux, ils estiment que la gynécologie représente 10 à 25% de leur activité et moins de 10 % pour l'autre moitié.

### **2- La formation en gynécologie**

La moitié des médecins interrogés déclarent n'avoir eu aucune formation spécifique en gynécologie. L'autre moitié a reçu une formation théorique ou pratique lors de leur externat ou internat (service de gynécologie, PMI, planning familial).

Deux MG ont validé le DU de gynécologie. Quatre MG semblent satisfaits de leur formation en gynécologie.

Pour pallier à leur formation initiale, les médecins généralistes ont recours à différents modes d'auto-formation dans le cadre de leur FMC : la participation à des groupes de pairs ou à des séminaires, l'abonnement à des revues médicales ou la consultation de sites internet. Certains sont maîtres de stage et estiment se former grâce à une remise en question de leur pratique ou à la mise à jour de leurs connaissances. Pour d'autres, c'est le « *terrain* » et « *l'expérience* » qui les ont formés.

Deux médecins ont reçu une formation sur la CU par les industries pharmaceutiques au moment de la sortie du lévonorgestrel 1.5mg, NORLEVO® sur le marché.

Les médecins généralistes sont pour la plupart demandeurs d'être sensibilisés sur la CU ou bien même la gynécologie en générale mais avouent manquer de temps à consacrer à cette formation continue.

### **3- L'abord de la sexualité en consultation**

La majorité des médecins interrogés dit aborder régulièrement la sexualité et être à l'aise pour cela en consultation mais on sent souvent dans les discours quelques hésitations : ils ne finissent pas toujours leurs phrases ou les contenus sont parfois sous entendus : « *euh...enfin...* ».

D'autres affirment n'être « *jamais vraiment à l'aise* » car ils s'estiment peu formés mais qu'avec l'expérience, les formations suivies, « *on s'améliore* ».

Nombreux sont ceux qui abordent la sexualité si une plainte est exposée ou à la demande du patient mais pas de manière systématique, de peur de paraître intrusifs pour certains.

Ils mettent en avant également que les patients suivis depuis longtemps peuvent avoir honte ou ne pas être à l'aise pour aborder ce sujet considéré « *tabou* » avec leur médecin de famille, notamment. A contrario, d'autres estiment qu'un climat de confiance doit être instauré pour que le patient se livre sur sa sexualité.

On observe aussi que le fait d'aborder le sujet avec un patient de sexe opposé paraît plus complexe : « *comme je suis une femme c'est plus facile d'aborder avec une femme qu'avec un homme* », mais aussi par crainte des poursuites judiciaires et pour d'autres par « *gêne* ».

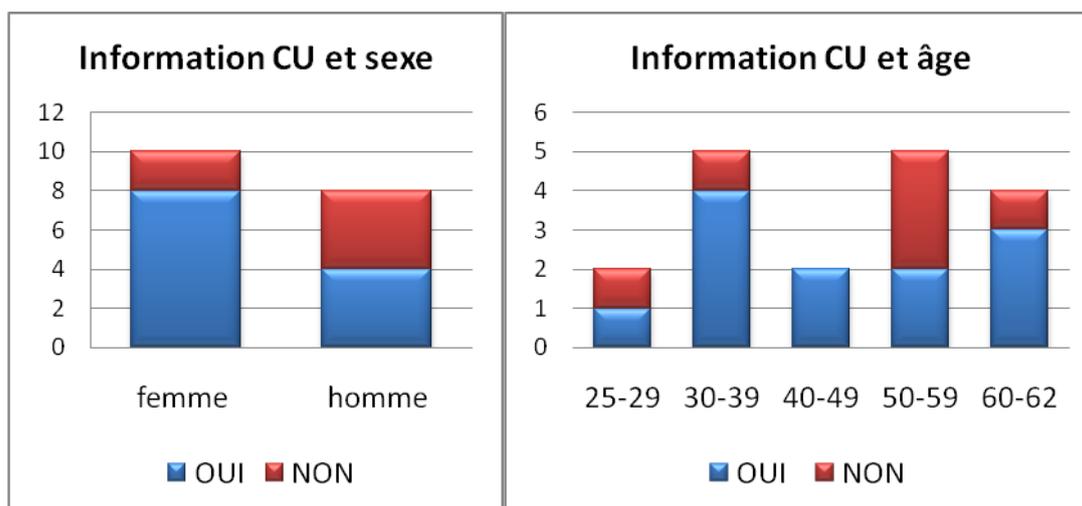
De manière générale, les médecins estiment qu'avec les femmes c'est plus facile d'aborder la sexualité qu'avec les hommes pour lesquels c'est plus « *tabou* ». Ils ajoutent qu'ils en ont moins l'opportunité, mais reconnaissent qu'ils « *n'ouvrent peut-être pas assez la porte* » avec eux.

#### 4- La fréquence de l'information sur la CU et la population ciblée

Parmi les dix-huit médecins interrogés, neuf médecins déclarent, à l'aide d'un barème, aborder la CU une fois par mois ; quatre une fois par trimestre ; un une fois par an, trois moins d'une fois par an et un médecin estime ne jamais l'aborder. Aucun ne déclarait donner l'information au moins une fois par semaine.

Avec le contenu du discours, on observe plutôt que douze médecins l'abordent lors de leurs consultations et six médecins ne l'abordent pas.

Les médecins de sexe féminin abordent plus la CU que les hommes et la tranche d'âge 30-39 ans est majoritaire (*figure n°2*).



*Figure n°2 : Information sur la CU donnée en fonction du sexe et de l'âge (déclaratif).*

Les médecins qui abordent la CU lors de leurs consultations le font, pour la majorité, principalement lors des instaurations de pilule. Un médecin l'aborde également avec

les adolescentes de 16 ans, en même temps que l'information sur le vaccin contre le cancer du col de l'utérus.

Les jeunes filles et jeunes femmes (15-30 ans) sont considérées par les médecins comme les plus concernées par la CU. Il semble également qu'un « profil » de jeunes filles soit plus ciblé : *« on a des profils [d'adolescents] qui n'oublie pas et d'autres qui sont complètement...là on en parle systématiquement »*.

Les femmes de plus de 30 ans et utilisant un autre mode de contraception que la pilule (DIU, préservatifs ou pas de contraception) semblent peu ou pas recevoir l'information sur la CU : *« celles qui ont un DIU, je n'en parle pas »*.

Ils ne sont pas fermés à l'idée d'en parler aux hommes car nombreux estiment que la contraception peut être partagée au sein du couple, mais pour la majorité, ils ne savent pas comment l'aborder en pratique, considérant que les hommes consultent moins pour des motifs permettant d'aborder la sexualité. Des médecins pensent, cependant, qu'ils ne se sentiront pas concernés par la CU et par la contraception quotidienne de leur partenaire d'ailleurs : *« mais je vois pas les hommes partager ce problème »*. Ils privilégient davantage l'information sur les IST et le port du préservatif.

## **5- La pratique et les connaissances des MG**

### ***5.1. Les habitudes de prescription***

L'information est rarement donnée de manière systématique mais principalement lors des instaurations de pilule comme cité précédemment ou alors si les patientes disent oublier leur contraception.

En ce qui concerne la demande, la plupart des MG sont contactés par téléphone par la patiente elle-même, pour faire la prescription à distance ou elle vient spontanément en consultation la demander.

Un d'entre eux prescrit une ordonnance avec un dosage des Béta HCG en même temps que la CU, à faire en cas de retard de règles dans les suites de la prise.

Deux médecins interrogés possèdent un comprimé de lévonorgestrel, NORLEVO® dans leur mallette ou dans leur cabinet.

## **5.2. L'information transmise aux patientes**

L'oubli de pilule est l'indication principale donnée suivie de la rupture du préservatif mais de manière moins fréquente. La CU la plus citée est la contraception orale.

Certains médecins commencent par évaluer les connaissances des patientes sur la contraception avant même de donner l'information.

Dans l'ensemble, le délai de 12h pour l'oubli de prise de la pilule quotidienne est rappelé aux patientes ainsi que le respect du délai de prise de 72h ou cinq jours pour la prise de la CU mais, cependant, le nom de la CU correspondante n'est pas toujours cité.

L'information sur le caractère d'urgence et ponctuel est précisé aux patientes.

Un médecin, à l'aide de son logiciel médical, transmet l'information sur la prise de contraception quotidienne directement sur l'ordonnance mais l'information sur la CU n'y est pas mentionnée.

Ce qui est également conseillé aux patientes c'est de poursuivre une contraception après un oubli (port du préservatif ou poursuite de la contraception habituelle). La notion de sept jours n'est pas précisée.

Les effets secondaires cités aux patientes sont les douleurs abdominales, nausées ou légers saignements.

La possibilité d'une délivrance sans ordonnance et gratuite pour les mineures et celle d'une délivrance remboursée à 70 % avec ordonnance pour les majeures sont rarement citées ainsi que la possibilité d'anonymat pour les mineures.

La distribution possible dans les établissements scolaires est abordée une fois.

Certains s'appuient sur des sources externes pour informer leurs patientes : site internet sur la contraception<sup>(\*)</sup>, bases de données médicamenteuse LE VIDAL<sup>®</sup>, brochures disponibles dans la salle d'attente.

## **5.3. Les contraceptions d'urgence connues par les MG**

La CU la plus connue de tous est le lévonorgestrel 1.5mg, NORLEVO<sup>®</sup>.

L'ulipristal acétate 30 mg, ELLAONE<sup>®</sup> et le DIU au cuivre ont été cités par deux médecins seulement.

Six médecins ne connaissaient pas les noms et deux l'évoquaient alors comme « *la pilule du lendemain* » auprès de leurs patientes.

<sup>(\*)</sup>[www.g-oubliema-pilule.com](http://www.g-oubliema-pilule.com) ou [www.choisirsacontraception.fr](http://www.choisirsacontraception.fr)

Des médecins installés depuis plusieurs années ont connu la prescription hors AMM de l'éthinylestradiol-norgestrel, STEDIRIL<sup>®</sup>, contraceptif oestro-progestatif, donné à quatre comprimés en deux prises, à 12h d'intervalle, en cas de rapport sexuel à risque de grossesse, mais qui, aujourd'hui, n'est plus disponible sur le marché. Celle-ci fut citée par quatre médecins.

Lévonorgestrel-éthinyloestradiol, TETRAGYNON<sup>®</sup>, a été cité une fois.

## **6- Les freins des médecins généralistes**

### **6.1. Les conséquences d'une formation hétérogène**

#### *6.1.1. Peu à l'aise en gynécologie*

Certains se sentent peu à l'aise face à des motifs gynécologiques principalement par manque de formation ou d'habitude. Ils n'hésitent pas dans ce cas à orienter vers d'autres professionnels (MG spécialisé en gynécologie, gynécologue ou urgences gynécologiques).

Un médecin de sexe masculin a aussi mis en avant le fait qu'il est moins aisé d'apprendre et d'être à l'aise en gynécologie lorsqu'on est un étudiant masculin, lors des stages notamment.

#### *6.1.2. Des connaissances erronées ou approximatives*

Des MG interrogés pensent que la CU orale n'est pas remboursée ou bien que son coût est élevé avec un délai de péremption court.

D'autres se méfient des contre indications et des effets secondaires « *ce n'est pas dénué de risques* » ou encore « *ce n'est pas très bon pour la santé* ».

Certains ne savaient pas si la CU était en vente libre ou si c'était sous prescription médicale, d'autres ne connaissaient pas le délai de prise ou avait un doute sur le nom de la CU.

### **6.2. Les croyances**

#### *6.2.1. Concernant les patientes*

Certains médecins estiment que la CU concerne peu les femmes en couple « *stable* », qu'il y a finalement peu d'oublis chez les femmes qui prennent régulièrement leur contraception, comme si la notion « *d'accident* » était peu envisageable. Ils estiment également que dans cette catégorie de femme, s'il

survient une grossesse imprévue, le couple décidera de poursuivre la grossesse : « *même si elle tombe enceinte, ils le garderont* ».

Ils déclarent également que les femmes plus âgées (> 30ans) « *savent déjà* » et que ce serait inapproprié ou mal vu de leur répéter l'information contrairement aux adolescentes : « *à 35 ans ou 40 ans, tu répètes moins [...] sinon elle va te prendre pour une débile !* ».

Par crainte de déresponsabiliser les patientes ou même d'une mauvaise observance de la contraception régulière, deux médecins ne préfèrent pas aborder ce sujet.

D'autres pensent que les femmes refuseraient de toute manière qu'on leur prescrive la CU.

Le fait que les femmes n'oseraient pas téléphoner pour demander la CU a été mentionné une fois.

### *6.2.2. Concernant le médecin*

La présence d'un tiers, notamment la mère, pouvait être un obstacle à la diffusion de l'information à l'adolescente, par peur d'être jugé de manière négative.

L'âge du médecin a été également cité comme barrière pour aborder la CU avec les femmes « *plus facile pour toi d'aborder cela que moi vieux machin de 50 ans* ».

Certains MG estiment que ce n'est pas leur rôle de délivrer cette information et ils trouvent plus facile de se procurer la CU directement en pharmacie : « *c'est bien plus simple qu'ils aillent se servir à la pharmacie* ». Ils pensent, en effet, que le pharmacien peut et doit jouer un rôle de prévention et d'éducation au moment de la délivrance de la CU en officine.

### **6.3. Une consultation estimée chronophage**

Par manque de temps, certains médecins préfèrent privilégier l'information sur la prise de contraception quotidienne plutôt que d'informer sur la CU. Ils estiment qu'il y a beaucoup d'informations à donner, à expliquer lors d'une instauration de contraception et que cela laisse peu de place pour la CU : « *en 15 minutes, on n'a pas trop le temps de parler de tout ça* ».

D'autres estiment que le plus important en cas d'oubli est de revoir le mode de contraception plutôt que d'aborder le sujet sur la CU.

Ils préfèrent ne pas réaliser une prescription seule mais plutôt favoriser une démarche d'accompagnement en convoquant les patientes pour une consultation

dédiée qui, finalement, n'est que rarement faite voire jamais en amont de la demande de CU.

#### **6.4. Peu de demande de la part des patientes**

Sept médecins interrogés estiment avoir peu ou pas de demandes de la part de leurs patientes. Pour les médecins récemment installés ou encore remplaçants, ils affirment ne jamais avoir encore été confrontés à une demande de CU. Ils disent que s'ils étaient plus souvent confrontés à cette demande, ils penseraient plus à l'aborder.

#### **6.5. Par oubli**

Certains avouent ne pas aborder la CU lors de leurs consultations par simple oubli et manque d'habitude.

### **7- Les représentations positives**

#### **7.1. Une information importante à transmettre à tous**

Les médecins, dans l'ensemble, reconnaissent que transmettre l'information sur la CU est important aussi bien auprès des femmes qu'auprès des hommes : « *c'est quand même important d'en discuter* », « *[..] et qu'ils soient au courant au moins que ça existe* ». Cette notion est également retrouvée dans le discours de quatre médecins qui ne l'abordent pas avec leurs patients.

#### **7.2. Une facilité d'accès en pharmacie**

Certains médecins mettent en avant le progrès qu'une femme puisse accéder directement en pharmacie à la CU orale : « *c'est plus intelligent [...] que les filles qui ont besoin puissent accéder facilement à la contraception du lendemain* ».

### **7.3. La CU lévonorgestrel NORLEVO® facile en pratique**

La CU lévonorgestrel, NORLEVO® est pour la majorité la plus connue et la plus facile en pratique, contre la CU ulipristal acétate, ELLAONE® peu connue des MG et le DIU au cuivre. Ce dernier est estimé peu envisageable car difficilement applicable en pratique pour les médecins car peu savent le poser. Aussi, ils considèrent que le DIU est réservé aux femmes plus âgées, non nullipares.

### **7.4. Peu d'effets secondaires et d'expériences négatives**

Les médecins n'ont pas ou peu de retours négatifs de la part de leurs patientes suite à la prise de la CU. Les seuls effets secondaires rapportés sont les nausées, les douleurs abdominales et les métrorragies. Un seul médecin a connu une patiente qui a eu recours à une IVG malgré la prise de la CU.

### **7.5. Le médecin, un rôle préventif, non moralisateur**

Dans la majorité des entretiens, on retrouve que le rôle du médecin et des professionnels de santé est avant tout un rôle de prévention, d'éducation et que le ressenti personnel, religieux ne doit pas intervenir dans le discours donné aux patients : « *on n'est pas des moralistes, on n'est pas là pour faire la morale* ». En effet, peu de médecins avaient notion que certaines femmes pouvaient recevoir un jugement négatif voire même un refus lors de leur demande en officine.

### **7.6. La CU peut limiter le nombre d'IVG**

Trois médecins ont mis en avant que le fait d'informer sur la CU pouvait permettre de diminuer le recours à l'IVG.

### **7.7. N'augmente pas les comportements sexuels à risque**

Pour la majorité des MG interrogés, informer et prescrire la CU ne favoriserait pas les comportements sexuels à risque. Au contraire, ils estiment que c'est faire de la prévention. Pour certains même, les femmes prêtes à utiliser la CU seraient plus vigilantes, plus responsables.

Cependant, quatre d'entre eux pensent que les patientes qui ont recours à la CU sont celles qui ont des rapports sexuels à risque.

## **8- La prescription anticipée de la CU**

Sur les dix-huit médecins, aucun ne prescrit la CU en anticipé mais dix médecins se disent prêts à le faire, majoritairement sur une ordonnance à part et pour un certain « *profil de patientes* ». Huit médecins le refusent catégoriquement.

Les freins à cette prescription cités par les MG sont :

- la peur de la banalisation de l'oubli de pilule (B, E)
- une déresponsabilisation de la patiente (E, K, N, M, R)
- la crainte d'un risque d'abus ou de mésusage (B, E, G, N, P, R)
- l'abandon de la contraception régulière (K, R)
- une inutilité car la CU existe en vente directe en pharmacie (H)
- les médecins se considèrent disponible en cas de besoin (N)
- un médecin a également cité le fait que déontologiquement un médecin n'a pas le droit de prescrire un médicament sans avoir examiné un patient, engageant ainsi sa responsabilité « *tu ne prescris pas un médicament sans voir le patient [...] tu n'as pas à anticiper* » (G)
- un autre argument cité est le fait que les patientes égareront l'ordonnance (I)

Cependant, certains médecins reconnaissent que l'accès direct en pharmacie peut être limité par la peur du jugement « *ça doit pas être simple [...] quand tu vas dans une pharmacie demander la pilule du lendemain* ».

## **9- La modification de leur pratique**

Pour la majorité des médecins rencontrés, l'entretien a été perçu comme quelque chose de bénéfique soit parce que cela leur a rappelé des notions oubliées soit, pour certains, apporté de nouvelles connaissances.

Nombreux médecins disent, à la suite de l'entretien, envisager de modifier leur pratique, à plus ou moins grande échelle. Ils souhaitent aborder d'avantage la CU lors de leur consultation, en parler également aux femmes plus âgées, prescrire la

contraception d'urgence en anticipé (pour six d'entre d'eux) et pourquoi pas « *essayer de l'aborder avec les hommes* » surtout lorsqu'ils viennent en couple. Un médecin MSU envisage d'insister sur cette notion avec ses internes.

## **DISCUSSION**

### **A- LA METHODE**

#### **1- Le choix du qualitatif**

La méthode qualitative paraît la plus adaptée car elle permet d'explorer les attitudes, les croyances et préférences personnelles<sup>(10)</sup>, ce qui correspond à nos objectifs. Elle est connue comme pertinente pour comprendre le fonctionnement des sujets et les interactions entre eux<sup>(11)</sup>. Elle s'intéresse plus à la diversité des comportements qu'à leur fréquence<sup>(12)</sup>.

#### **2- Le recrutement**

La méthode de proche en proche fut choisie pour maximiser l'acceptation des entretiens. L'influence du médecin entremetteur a pu entraîner un biais de censure chez le médecin interrogé. Les premiers médecins interrogés étaient des médecins connus, rencontrés soit lors de stages ou lors de remplacements. Cela peut avoir un effet facilitateur sur l'entretien car le contact est rapidement chaleureux et peut faciliter ainsi les confidences mais cela peut également limiter leurs réponses, par crainte d'un jugement subjectif. Cette peur de jugement peut être également ressentie par les médecins non connus des enquêtrices.

On peut penser que les médecins qui ont accepté de nous recevoir étaient plus motivés et intéressés par ce sujet.

Parmi les 18 médecins interrogés, les femmes et les 25-39 ans étaient plus représentés que la moyenne nationale<sup>(13)</sup> alors que les 40-49 ans l'étaient moins (*annexe n°4*). Le milieu urbain et le nombre de MSU était également plus représenté, ce qui peut être un biais quant à leur pratique. Cependant, l'échantillon reste varié. La validité du groupe de médecins interrogés est fondée sur la diversité de profils

des médecins rencontrés et ce afin d'assurer une diversité maximale des discours retranscrits. Cette diversité nous assure, lors de notre travail d'analyse, de retrouver un maximum de situations différentes.

### **3- La méthode de recueil des données**

Les entretiens semi-structurés nous ont semblé plus pertinents. Ils favorisent la reconstruction des pratiques, la mise à jour des interactions médecin-patient, et l'évocation des représentations des médecins<sup>(12,14)</sup>.

Des biais de sélection des informations et de perception des enquêtés sont inhérents à notre type d'étude<sup>(14)</sup>.

L'utilisation d'un guide d'entretien a permis de garder une trame commune à tous les entretiens sans omettre les sujets importants à aborder.

Le fait d'avoir choisi de réaliser les entretiens par deux enquêtrices a permis de limiter le biais de subjectivité lors du recueil des informations et d'enrichir la qualité des entretiens. Cela peut avoir cependant créé un biais de sélection car les relances n'étaient pas toujours les mêmes en fonction des enquêtrices.

Le test réalisé en amont a permis d'affiner la technique d'entretien, en analysant la façon dont les interviewés pouvaient répondre. Elle fut réalisée auprès d'un médecin installé dont l'entretien a pu être inclus dans notre analyse.

Les données furent enregistrées sur dictaphone. Cette méthode permet de capter la parole de l'interviewé dans son intégralité et toutes ses dimensions<sup>(14)</sup>. Elle limite l'interprétation prématurée des données<sup>(12)</sup>. Les entretiens étaient réalisés en lieu calme, pour une bonne qualité des enregistrements.

### **4- Validité interne et externe**

La recherche de validité interne pose le problème de la subjectivité du chercheur et donc de la crédibilité des résultats. Nous avons choisi une triangulation des sources et des méthodes, par codage multiple, la confrontation de différents analystes permettant de développer la réflexivité, de diminuer la subjectivité en discutant des divergences et de découvrir de nouveaux thèmes. Au total, trois personnes ont

réalisé cela, l'une étant psychologue a pu apporter une sensibilité différente à l'analyse.

La recherche de validité externe pose le problème de la reproductibilité des résultats. Cela implique d'avoir interrogé un nombre suffisamment important de médecins pour que les données soient représentatives d'un groupe plus général. Cette importance s'évalue en fonction de la saturation des données : aucune nouvelle donnée n'a été retrouvée sur les trois derniers entretiens réalisés.

## **B – DISCUSSION DES RESULTATS**

### **1- La formation des médecins**

Les médecins interrogés pour la majorité estimaient avoir été peu formés en gynécologie au cours de leurs études. C'est ce qu'on retrouve également dans de nombreuses thèses réalisées sur la pratique de la gynécologie en médecine générale<sup>(15,16,17)</sup>.

Le fait que d'être un homme peut constituer un handicap lors de la formation en gynécologie a été également observé dans la thèse de M. Fontaine<sup>(15)</sup>.

L'organisation des stages dans le cadre de l'internat de médecine générale devrait mieux prendre en compte la place croissante des médecins généralistes dans le suivi des femmes, notamment en matière de contraception<sup>(2)</sup>.

### **2- La fréquence de l'information sur la CU**

Dans notre étude, six médecins sur les dix-huit interrogés n'abordent pas la CU lors de leurs consultations soit 33%. Dans la thèse de L. Potier<sup>(4)</sup>, 17% des MG (sur 94 interrogés via un questionnaire) ne parlent pas de la CU à leurs patientes. Dans la thèse de M. Majzner<sup>(18)</sup>, 23% des MG déclaraient ne jamais aborder la CU.

Ces résultats sont basés sur du déclaratif et peuvent ainsi sous ou surestimer les chiffres mais globalement les proportions restent relativement comparables entre les différents travaux.

La moitié des MG estime délivrer l'information une fois par mois. Cette fréquence paraît en dessous de ce qu'elle devrait être par rapport à leur activité en gynécologie

déclarée (10 à 25% de leur activité globale, ce qui représente une prise en charge non négligeable des femmes dans leur pratique quotidienne).

### **3- Le rôle du médecin généraliste**

On observe dans notre travail, que certains médecins se retirent de ce rôle de *counseling et* privilégient parfois celui du pharmacien. Dans la littérature anglophone, les MG sont peu impliqués dans l'information sur la CU<sup>(19)</sup>.

En 2015<sup>(20)</sup>, chez des médecins interrogés en Franche Comté, nombreux sont ceux qui pensent être un deuxième recours pour l'accès à la CU, venant après le pharmacien. On estime à 90% la part de la contraception d'urgence délivrée sans ordonnance dans les officines<sup>(2)</sup>.

La HAS<sup>(21)</sup> recommande au sein des officines que ce rôle de *counseling* soit appliqué, surtout lorsque le pharmacien est le seul interlocuteur.

Il serait intéressant de connaître le point de vue des pharmaciens à ce sujet.

### ***L'abord de la sexualité en médecine générale***

De nombreux MG en France, jugent que la prévention liée à la vie affective et sexuelle ne fait pas partie de leur rôle<sup>(3)</sup>. Pourtant, l'OMS déclare que d'aborder la sexualité fait partie intégrante des compétences de prise en charge globale du médecin généraliste<sup>(22,23)</sup>. Dans la thèse de S. Bartoli<sup>(24)</sup>, en 2015, on retrouve que les médecins se sentent en difficulté pour aborder le sujet de la sexualité surtout avec les hommes. Des stratégies de communication sont proposées dans la littérature internationale<sup>(25)</sup> mais malgré cela, le sujet reste insuffisamment abordé par les médecins<sup>(26,27)</sup>. Ils n'interrogent pas suffisamment leurs patients sur leur histoire sexuelle ni sur la qualité de leur vie affective et sexuelle mais attendent une plainte de leur part, un signe organique, pour aborder la sexualité<sup>(26,27,28)</sup>.

Des formations avec des mises en situations (jeux de rôles) pourraient permettre aux médecins de se familiariser avec l'attitude à opter pour aborder ce sujet considéré tabou et intrusif<sup>(24)</sup>. C'est ce que certains plannings familiaux proposent.

### **4- La population ciblée**

Dans notre étude, l'adolescente ou la jeune femme (moins de 30 ans) apparaît comme un profil de patiente suscitant la délivrance de l'information. On peut

rapprocher cette donnée à l'étude nationale américaine de 2002<sup>(29)</sup> qui rapportait que le *counseling* en matière de CU était plus fréquent pour les femmes de moins de 30 ans.

Il est vrai que les femmes de moins de 35 ans utilisent d'avantage la pilule et le préservatif comme moyen de contraception<sup>(2)</sup>, donc plus à risque « d'accident » par oubli de pilule ou rupture du préservatif. Cependant, les recommandations actuelles<sup>(1)</sup> incitent à transmettre l'information « à toutes les femmes », en âge de procréer.

Les femmes de 20 à 24 ans restent les plus concernées par les IVG<sup>(30)</sup>, selon les chiffres de 2015 (*annexe n°5*), avec un taux de 27 IVG pour 1 000 femmes, tandis que les taux continuent à décroître chez les femmes de moins de 20 ans (7,6 recours pour 1 000 femmes parmi les 15-17 ans et 19,5 parmi les 18-19 ans). Les femmes de 30 à 39 ans ont un taux de 15 IVG pour 1000 femmes.

Cette diminution du nombre d'IVG pour la tranche d'âge des moins de 20 ans peut être liée à l'amélioration, ces dernières années, de la diffusion de l'information et de la délivrance de la CU dans les établissements scolaires.

En ce qui concerne l'information délivrée aux hommes, dans nos entretiens, les médecins trouvaient cela intéressant mais ne voyaient pas comment le mettre en pratique lors de leurs consultations. Dans la littérature, peu de travaux s'expriment sur ce sujet. Les recommandations HAS<sup>(1)</sup> précisent l'importance d'informer les femmes « et les hommes » sur la contraception d'urgence. Elles insistent aussi sur « la nécessité que la responsabilisation soit partagée entre les femmes et les hommes concernant la contraception ». La non-application de la gratuité de la CU aux mineurs garçons constitue un frein individuel et collectif à la responsabilité partagée des hommes et des femmes dans la contraception en général.

## **5- Les connaissances des médecins**

### **5.1. L'information transmise**

Dans notre étude, le délai de prise de 72h ou cinq jours était souvent cité par les MG mais une confusion entre les deux molécules disponibles était palpable. Cette donnée est également retrouvée dans plusieurs thèses françaises<sup>(4,18, 31)</sup>.

## **5.2. Les indications de la prise de CU**

Dans nos entretiens, les raisons citées sont celles les plus fréquentes : oubli de pilule, rupture du préservatif et absence de contraception. Mais de nombreuses autres indications existent.

L'OMS<sup>(23)</sup>, en cas de rapport sexuel, recommande également de recourir à une CU en cas de :

- expulsion d'un DIU ou d'un implant hormonal contraceptif,
- déplacement, mise en place tardive ou retrait trop précoce d'un anneau vaginal ou d'un dispositif transdermique,
- injection d'un progestatif avec plus de 2 à 4 semaines de retard (selon le progestatif),
- injection mensuelle d'une association d'œstrogène et de progestatif avec plus de 7 jours de retard,
- déplacement, déchirure ou retrait trop précoce d'un diaphragme ou d'une cape cervicale,
- échec du retrait
- spermicides dissous avant le rapport,
- erreur de calcul de la période d'abstinence périodique ou absence d'abstinence ou de contraception mécanique pendant la période de fécondité,
- agression sexuelle : lorsque la femme n'est pas protégée par une méthode de contraception efficace.

Aussi, les médecins étaient une majorité à prescrire ou même aborder la CU à la demande de leurs patientes, donnée que l'on retrouve également dans la thèse de C. Naimi-Lelong<sup>(31)</sup>.

## **6- Les freins et représentations des médecins généralistes**

### **6.1. Les croyances**

La notion que la CU orale est « abortive », n'a pas été retrouvée dans nos entretiens. La revue de littérature de L. Bouskine<sup>(9)</sup> observait cette même notion : 66% des médecins ne la considéraient pas comme telle. Le risque tératogène n'a pas été retrouvé dans notre étude<sup>(9,18)</sup> ainsi que les raisons religieuses<sup>(31)</sup>.

## **6.2. La crainte de l'abandon de la contraception quotidienne et mésusage**

Ces raisons évoquées par les MG sont retrouvées dans de nombreux travaux français et internationaux <sup>(9,18,31,32,33)</sup>.

Les données de l'INPES<sup>(34)</sup> montrent, au contraire, que dans 85% des cas, les femmes ont recours à une contraception régulière dans le mois qui suit la prise d'une CU. Elles montrent également que plus de deux femmes sur trois ayant eu recours à la CU ne l'ont utilisée qu'une seule fois.

## **6.3. Une consultation jugée chronophage**

Les MG interrogés ont mis en avant que la consultation lors d'une instauration de contraception était chronophage avec des informations multiples à transmettre. C'est une donnée que l'on retrouve également dans la thèse de M. Fontaine<sup>(15)</sup> : sur dix-sept médecins rencontrés, sept estiment que la consultation de choix du moyen de contraception est particulièrement longue. Effectivement, ce type de consultation peut demander du temps par son côté informatif et éducatif.

En ce sens, une valorisation tarifaire a été mise en place à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2017, pour permettre aux médecins généralistes de prendre le temps d'informer leurs patientes âgées de 15 à 18 ans lors de la consultation initiale de la contraception (CCP = 46<sup>e</sup>, acte unique et peut être rendue anonyme). Cependant, la tranche d'âge concernée par cet acte est restreinte.

## **6.4. La nécessité d'une consultation pour une demande de CU**

Les médecins préfèrent recevoir leur patiente en consultation ou être contactés par téléphone, mais cela met en avant la non prise en compte du délai de prise de la CU. En effet, les patientes peuvent avoir besoin de la CU hors horaires ouvrables du cabinet. Ils paraissent ainsi négliger le fait que les douze premières heures sont les plus propices à la prise de la CU<sup>(1,4)</sup>. La prescription anticipée peut, dans ce cas, être une proposition intéressante.

## **6.5. La présence d'un tiers**

Le fait que la présence d'un tiers (souvent la mère accompagnant sa fille) peut être un obstacle à la transmission d'information entre le médecin et l'adolescent(e), est

quelque chose que l'on retrouve dans la littérature<sup>(35,36)</sup>. Une des solutions pourrait être de recevoir l'adolescent(e) seul(e) ou de demander à la mère (ou au parent) de se retirer pendant un temps de la consultation. Lui rappeler la confidentialité des propos échangés est important.

## **7- La contraception la plus connue, la plus facile en pratique : le lévonorgestrel, NORLEVO®.**

### **7.1 Les CU orales**

Les médecins généralistes déclarent et semblent connaître (ou prescrire) davantage le lévonorgestrel, NORLEVO®.

Cette molécule est actuellement indiquée en première intention en contraception d'urgence par voie orale. Néanmoins, ce médicament n'est plus le seul à pouvoir être utilisé par toutes les femmes de manière autonome, indépendamment de la disponibilité et de la présence d'un soignant. En effet, depuis avril 2015, l'ulipristal acétate, ELLAONE®, est disponible en pharmacie sans ordonnance. Il a un profil pharmacologique semblable à celui du lévonorgestrel mais est plus coûteux et peut être pris jusqu'à cinq jours du rapport sexuel à risque de grossesse. Cependant, comme le lévonorgestrel, il est d'autant plus efficace si la prise survient dans les 12 premières heures.

La *Revue Prescrire*<sup>(37,38,39)</sup> recommande, depuis 2009, de s'en tenir au lévonorgestrel, estimant qu'il n'y a pas eu de progrès suffisamment démontré par l'ulipristal acétate. Ils conseillent même de privilégier l'utilisation hors AMM, du lévonorgestrel, jusqu'à cinq jours après le rapport sexuel non protégé. Il est important de noter que l'ulipristal est un antagoniste des effets des contraceptifs hormonaux oestroprogestatifs et progestatifs<sup>(40)</sup>. Ils peuvent ainsi diminuer l'efficacité de ceux ci après la prise de l'ulipristal.

Cependant, les chiffres observés sur le site de l'Assurance Maladie, AMELI (annexe n°6), tous prescripteurs confondus, le nombre de boîtes prescrites par an en France concernant l'ulipristal acétate est en augmentation depuis 2010, contrairement au lévonogestrel qui lui, est en baisse depuis 2007. A noter que ces chiffres ne prennent pas en compte le nombre de boîtes directement délivrées sans ordonnance

en pharmacie ou en CPEF, qui semble être l'essentiel de la consommation<sup>(2)</sup>. La spécialité NORLEVO® déclarait en commercialiser en 2006 plus de 1 200 000 boîtes. En priorité, les officines semblent délivrer en accès libre le lévonorgestrel malgré la possibilité de donner l'ulipristal depuis 2015 (*annexe n°7*).

## **7.2. Le DIU au cuivre**

Il apparaît comme peu connu par les MG en tant que CU. L'ANAES<sup>(41)</sup> le décrit, pourtant, comme la CU la plus efficace et ayant l'avantage de pouvoir être utilisé comme mode de contraception à long terme. Mais en pratique, il n'est pas à la portée de tous, car tous les MG ne savent pas poser un DIU et la disponibilité en urgence d'un gynécologue, sage femme ou confrère généraliste le pratiquant, n'est pas toujours évident à obtenir. La thèse de M. Fontaine<sup>(15)</sup> montrait que dans la région Poitou-Charentes, en 2011, 8.7% des DIU étaient posés par les MG.

L'argument que la pose d'un DIU est déroutant chez une femme nullipare est également retrouvé dans d'autres travaux<sup>(15,42)</sup>. Selon l'enquête FECOND en 2010, seulement 1.4% des patientes nullipares sont porteuses d'un DIU, contre 20% des femmes ayant eu un enfant et 40% des femmes ayant au moins deux enfants<sup>(43)</sup>.

Mais depuis le débat sur la dangerosité des pilules de troisième et quatrième génération sur la santé des femmes, les chiffres ont évolué avec une augmentation des DIU chez les femmes de 20 à 29 ans en 2016 (4.7% chez les 20-24 ans en 2016)<sup>(44)</sup>.

Dans notre travail, leurs connaissances et représentations sur le DIU étaient évaluées indirectement avec la question n°9 (*annexe n°3*). Une question plus orientée sur le DIU (indication, délai de mise en place, contre-indications, freins) aurait pu être posée.

## **8- Peu de demandes**

Les MG interrogés estiment avoir peu de demande de CU de la part de leur patiente. Parmi les MG ayant été interrogés en Franche Comté<sup>(20)</sup>, nombreux sont ceux qui déclarent avoir eu peu de demandes de CU de la part de leurs patientes.

Cela peut être expliqué par le fait que les femmes sollicitent peu leur MG pour des motifs gynécologiques<sup>(16,17)</sup> mais cela peut dépendre du « profil » du médecin.

Aussi, on peut penser que l'accès libre en pharmacie limite cette demande pour les femmes qui connaissent déjà la CU. Par contre, pour celles qui ne sont pas informées cela nécessite que le MG aborde ce sujet en consultation.

Dans la thèse de L. Potier<sup>(4)</sup> les femmes semblent, en effet, intéressées par cette information : deux tiers des femmes consultant un MG pour leur contraception auraient souhaité qu'on leur propose la CU.

## **9- Une diminution du nombre d'IVG**

Dans notre étude, quelques médecins ont soulevé le fait que la CU pouvait limiter le nombre d'IVG.

Des données similaires ont été relevées dans d'autres travaux :

- 48% des médecins interrogés considèrent que cela diminue le nombre de grossesses imprévues<sup>(18)</sup>.
- 92,6% des MG pensent que son utilisation est utile pour diminuer le nombre d'IVG<sup>(9,31)</sup>.

Dans la revue de littérature réalisée par l'HAS<sup>(1)</sup>, les différentes études n'ont pas démontré que la fourniture à l'avance de la CU réduisait l'incidence des grossesses non prévues à l'échelle d'une population. En effet, malgré la montée en charge de la « pilule du lendemain », on observe une stabilité globale du nombre d'IVG pratiquées avec une tendance à l'augmentation chez les femmes de 25-40 ans<sup>(30)</sup>.

Les raisons avancées pour expliquer cette absence d'efficacité incluaient<sup>(1)</sup> :

- une mauvaise évaluation par les femmes de leur risque de grossesse d'où une utilisation insuffisante de la pilule de contraception d'urgence même si celle-ci est disponible
- une augmentation de l'utilisation de la CU principalement chez les femmes les moins à risque de grossesse.

Ces informations montrent la nécessité de former les médecins à la CU et d'en parler en consultation avec toutes les femmes.

## **10- Le lien avec les comportements sexuels à risque**

Dans notre étude, seulement quatre médecins estimaient que la CU pouvait augmenter les rapports à risque. Cette proportion peu élevée est également retrouvée dans la thèse de M. Majzner datant de 2014<sup>(18)</sup> : 8% sur 52 MG interrogés (soit 4 médecins) pensaient que la prescription anticipée de lévonorgestrel, NORLEVO® augmentait les comportements sexuels à risque.

Dans la thèse de L. Bouskine<sup>(9)</sup>, on retrouvait que dans plusieurs études étrangères les MG pensaient que la CU augmentait le nombre de comportements à risque et les IST. Ces études dataient de 1995 à 2013 pour la plus récente.

Peut-être que les croyances sur ce sujet ont évolué depuis ces années ?

Des travaux ont montré que si les femmes ont la pilule du lendemain à disposition, en « si besoin », cela n'augmentait pas les comportements à risque<sup>(45,46)</sup>.

La Cochrane a publié en 2008 un travail sur l'impact d'une PA et donc de la disposition à l'avance d'une CU chez des jeunes femmes<sup>(47)</sup>. Les conclusions étaient claires : la possession d'une CU « en avance » n'a pas eu d'impact négatif sur le comportement sexuel des patientes, pas d'augmentation de l'incidence des IST, ni de la fréquence des rapports sexuels non protégés.

## **11- La prescription anticipée (PA)**

Dans notre étude, aucun médecin ne prescrit la CU de manière anticipée. Dans la thèse de C. Naimi-Lelong<sup>(31)</sup>, on retrouve que seulement 8% des médecins (n=108) font une prescription systématique de la CU lors d'une première prescription de pilule.

En France, l'IGAS<sup>(2)</sup> recommande la prescription à l'avance de la CU aux femmes qui le souhaitent, lors des consultations de prescription de la contraception conventionnelle.

Les recommandations de l'HAS concernant la prescription et la délivrance à l'avance de la CU<sup>(1)</sup> envisagent cette prescription au cas par cas dans certaines situations :

- des femmes ayant des difficultés d'accès à la CU (difficulté d'accès à une pharmacie, difficultés financières),
- les femmes voyageant à l'étranger,

- les femmes utilisant comme méthode contraceptive le préservatif ou d'autres méthodes moins efficaces (c'est-à-dire : les méthodes barrières, les spermicides, le retrait).

### ***Les freins exprimés par les MG à la PA :***

Dans notre étude, les médecins craignent un risque de mésusage, que la CU pourrait servir de méthode de substitution plutôt que de rattrapage, en dissuadant les utilisatrices de recourir à une contraception régulière. La thèse d'exercice de A. Bonnin<sup>(20)</sup>, retrouvent ces mêmes craintes : les médecins interrogés craignent que la PA de CU conduise à une mauvaise observance de la contraception habituelle ou encore à des mésusages.

Ces craintes ne semblent pas fondées car des études<sup>(1,48)</sup> ont montré que la prescription par avance de CU augmentait son utilisation et diminuait les délais d'utilisation. Elles n'ont pas non plus montré d'effet négatif de la prescription ou de la fourniture à l'avance de la CU sur l'utilisation de la contraception régulière.

Si le médecin constate une utilisation trop régulière de la CU cela pourrait permettre une discussion pour adapter le mode de contraception. Pour cela le MG doit interroger sa patiente à ce sujet.

Certains médecins interrogés estimaient que la PA de CU était inutile car elle est disponible en vente libre. C'est une donnée que l'on retrouve dans la thèse de M. Bah<sup>(49)</sup> « de nombreux médecins et pharmaciens considèrent la PA inutile car le lévonorgestrel, NORLEVO® est disponible en vente directe en pharmacie ».

Les freins à la PA de CU retrouvés dans notre étude sont retrouvés également dans la thèse de L. Potier<sup>(4)</sup>.

## **12- La modification de leur pratique**

La majorité des médecins sont prêts à modifier leur pratique suite à notre entretien mais notre question citée à partir du guide était fermée, intuitive et peut, peut-être, avoir suggéré la réponse de la personne interrogée.

La thèse de Majzner M.<sup>(18)</sup> montrait cependant, qu'après une présentation sur la CU à un panel de médecins, leurs connaissances et la fréquence de l'information sur la CU étaient plus importantes.

## **CONCLUSION**

La contraception d'urgence est un réel problème de santé publique et un sujet de prévention pour lequel les médecins généralistes ambulatoires ont un devoir de *counseling*.

Dans notre étude, les deux tiers des médecins semblent l'aborder mais pas de manière systématique et régulière, et pas avec toutes les femmes ni avec les hommes.

L'hypothèse de notre travail était qu'il existait des freins probablement liés à des représentations négatives, un manque de formation et une méconnaissance théorique de la CU qui pouvaient influencer la fréquence de la délivrance de son information et de sa prescription. Notre hypothèse semble validée.

En effet, on constate qu'il persiste des croyances, des représentations négatives qui peuvent limiter leur *counseling*. On observe également quelques connaissances erronées ou approximatives à ce sujet.

La prescription anticipée n'est réalisée pour aucun d'entre eux mais semble pouvoir être envisagée par certains suite à notre entretien.

Une meilleure formation initiale et communication sur la CU permettrait une prise de conscience des MG, de l'absence de nocivité et de son intérêt dans les différentes situations à risque de grossesse non désirée.

Il faut améliorer, également, la diffusion de l'information sur la contraception d'urgence auprès des femmes, via les professionnels de santé, les associations, les médias et les programmes d'éducation à la sexualité en milieu scolaire car le frein majeur à son utilisation reste sa méconnaissance.

Cette information doit s'adresser aussi bien aux femmes qu'aux hommes et doit aborder la contraception d'urgence sous tous ses aspects.

Est-ce que les connaissances théoriques de ces médecins ont un impact sur leurs représentations et la fréquence de délivrance de l'information ? Le travail de S. Moreau va tenter de répondre à cette question.

Pour conclure, un médecin généraliste faisant le *counseling* en matière de CU pourrait adopter l'attitude suivante chez toutes les femmes et hommes en âge de procréer :

- ❖ Evaluer l'adéquation de la contraception et les connaissances de ses patients
- ❖ Ecouter les plaintes, les questions
- ❖ Donner les informations orales sur la CU, ses indications, son délai de prise, ses effets secondaires et son accessibilité
- ❖ Remettre un support d'explication sur lequel ils peuvent s'appuyer si nécessaire
- ❖ Proposer une prescription anticipée de CU
- ❖ Rappeler l'importance de la protection contre les IST
- ❖ S'assurer de la bonne compréhension de ses patients
- ❖ Posséder un comprimé dans son cabinet en cas d'urgence
- ❖ Etre disponible en cas de questions

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Contraception d'urgence, prescription et délivrance à l'avance. Recommandations HAS ; avril 2013.
2. Aubin C, Jourdain-Menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Synthèse IGAS, Rapport n°RM2009-104A ; octobre 2009.
3. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. INPES ; juin 2011.
4. Potier L. Prescription anticipée de la contraception d'urgence : qui et pourquoi ? Identification des facteurs l'influençant à partir d'une expérience autour de Saintes en Charente Maritime. [Thèse d'exercice], Bordeaux ; 2015.
5. HAS. Améliorer l'information sur la contraception d'urgence. Synthèse des recommandations en santé publique ; 2013.
6. Rhineart W, Rudy S, Drennan M, *GATHER, guide to counseling*, Popul Rep J. 1998 Dec;(48):1-31.
7. Gaiani G. Construction et validation d'un outil d'évaluation des connaissances des médecins généralistes en matière de contraception d'urgence. [Thèse d'exercice], Poitiers ; 2013.
8. Bouquet C. Evaluation de la fréquence du counseling en matière de contraception d'urgence [Thèse d'exercice], Poitiers ; 2015.
9. Bouskine L. Les connaissances des médecins généralistes et leur attitude à l'égard de la contraception d'urgence, Recherche de freins à la prescription. [Thèse d'exercice], Poitiers ; 2017.
10. Lertilliar L, Bourgeois I. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de « maladie » à « verbatim ». Exercer ; 2009.
11. Green J, Britten N. Qualitative research and evidence based medicine. BMJ. 1998; 316: 1230-2.
12. Alami S, Desjeux D, Garabuau I. Les Méthodes Qualitatives. 1e éd. Paris: PUF; 2009.
13. Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2012. Document de travail, DREES, Série Statistiques 2016 ; Disponible sur [www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr), consulté le 18 novembre 2017.
14. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes. L'entretien. 2e éd. Armand Colin ; 2007.
15. Fontaine M. prescription et pose de dispositif intra utérin chez les patientes nullipares : enquête sur les freins des médecins généralistes [Thèse d'exercice], Poitiers, 2013
16. Michelet-Bretonneau L. Dispositifs intra-utérins : analyse des pratiques des médecins généralistes et des gynécologues médicaux en Loire-Atlantique. [Thèse d'exercice], Nantes ; 2010.

17. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes : enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres. [Thèse d'exercice], Poitiers, 2013.
18. Majzner M. Impact d'une intervention concernant la contraception d'urgence sur la connaissance et les pratiques des médecins généralistes. [Thèse d'exercice], Rouen ; 2014.
19. Schwarz EB, Reeves MF, Gerbert B, Gonzales R. Knowledge of and perceived access to emergency contraception at two urgent care clinics in California. *Contraception* ; mars 2007 ; 75(3):209-213.
20. Bonnin A. Etude des freins à l'utilisation du dispositif intra-utérin au cuivre en contraception d'urgence chez les médecins généralistes de Franche-Comté. [Thèse d'exercice], Université de Franche-Comté ; 2015.
21. Contraception d'urgence : dispensation en officine. Recommandations HAS ; décembre 2013.
22. OMS. Santé sexuelle et reproductive : compétences de bases en soins primaires ; 2012.
23. OMS. Contraception d'urgence Aide-mémoire N°244. Genève ; 2012.
24. Bartoli S. Aborder la sexualité en médecine générale : attentes, opinions et représentations des hommes. [Thèse d'exercice], Poitiers ; 2015.
25. Althof SE, Rosen RC, Perelman MA, Rubio-Aurioles E. Standard Operating Procedures for Taking a Sexual History. *J Sex Med.* 2013;10(1):26-35.
26. Bajos N, Bozon M, Beltzer N. Enquête sur la sexualité en France: Pratiques, genre et santé. Paris: La Découverte; 2008.
27. Wimberly YH, Hogben M, Moore-Ruffin J, Moore SE, Fry-Johnson Y. Sexual history-taking among primary care physicians. *J Natl Med Assoc.* 2006 Dec 12;98(12):1924-9.
28. Humphery S, Nazareth I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. *Fam Pract.* 2001 Jan 10;18(5):516-8.
29. Kavanauhg MI, Schwarz Eb. Counseling about and use of emergency contraception in the United States. *Perspect Sex Reprod Health* 2008, 40, 2, p.81-86.7
30. Etudes et résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 ; juin 2016.
31. Naimi-Lelong C. La contraception d'urgence : opinions, souhaits et pratiques des médecins généralistes du département du Nord [Thèse d'exercice] ; 2013.
32. Carlón López R, García Houghton RF, González Varela A, Martínez Suárez MM, Suárez Gil P. Postcoital hormonal contraception: study on the attitudes and prescription of primary care physicians. *Aten Primaria* 2000;26:595-9.
33. Delbanco SF, Stewart FH, Koenig JD, Parker ML, Hoff T, McIntosh M. Are we making progress with emergency contraception? Recent findings on American adults and health professionals. *J Am Med Womens Assoc* 1972 1998;53:242-6.

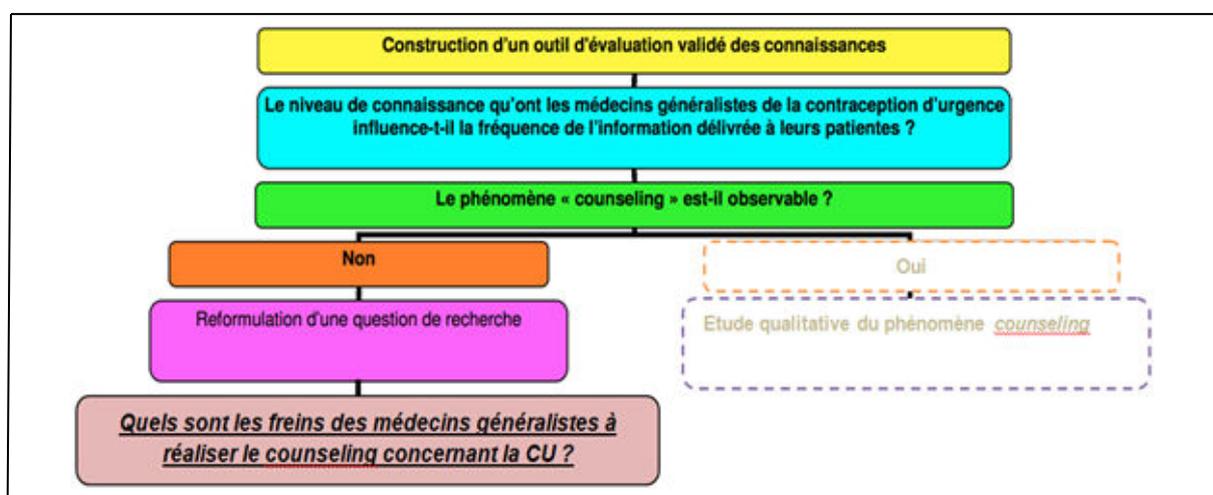
34. Moreau C, Lydié N, Warszawski J et al. Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. *Baromètre santé*, 2005, 329-367.
35. Gallois P, Vallé JP, Le Noc Y. L'adolescent et son médecin. Des attentes très spécifiques. Société française de documentation et de recherche en médecine générale ; 2010.
36. Binder Ph. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? *Revue du praticien* ; 2005.
37. Ulipristal et contraception postcoïtale. *La Revue Prescrire*. Juin 2010;30(320).
38. Ulipristal (ELLAONE®), Contraception post coïtale : pas mieux que le lévonorgestrel. *La Revue Prescrire*. Déc 2009 ; 29(314):886-889.
39. Lévonorgestrel en contraception d'urgence après inducteur enzymatique : double dose. *La Revue Prescrire*. Mars 2017 ; 37(401):180.
40. Patientes sous contraceptif hormonal. *La Revue Prescrire*. Mars 2017.
41. ANAES. Recommandations pour la pratique clinique. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme ; 2004.
42. Reynier E. Dispositifs intra-utérins : enquête sur les pratiques des médecins généralistes [Thèse d'exercice], Nantes ; 2011.
43. Bajos N, Bohet A, Le Guen L, Moreau C et l'équipe de l'enquête FECOND. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelle pratique ? *Population & Sociétés* ; 2012.
44. Rahib D, Le Guen M, Lydie N. Barometre sante 2016. Contraception. Quatre ans apres la crise de la pilule, les evolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Sante publique France, 2017. 8 p.
45. Glasier, Baird. The effects of self-administering emergency contraception. *New England Journal of Medicine* ; 1998, 339(1), 1-4.
46. Jackson, Schwarz, Freedman et al. Supply of Emergency Contraception. Effect on Use and Usual Contraception - a Randomized Trial. *Obstetrics and Gynecology* ; 2003,102(1), 8-16.
47. Polis, Schaffer, Blanchard et al. Advance Provision of Emergency Contraception for Pregnancy Prevention: A Meta-Analysis. *The Cochrane Library* ; 2007.
48. Novikova, Weisberg, Fraser. Does readily available emergency contraception increase women's awareness and use ? *European J. of Contraception and Reproductive Healthcare*, 2009, 14(1), 39-45.
49. Bah M. Freins à la prescription anticipée de la contraception d'urgence hormonale. [Thèse d'exercice]. Paris Diderot, 2010.

## ANNEXES

### Annexe n°1 : méthode **BERCER**, décrite par l'OMS.

<p>• <b>Bienvenue</b></p> <p>Temps d'<b>accueil</b> de la consultante : le soignant se présente, assure de la confidentialité des entretiens et explique le rôle, les objectifs et le déroulement possible de la ou des consultations.</p>	<p>faire réfléchir la femme sur la possibilité qu'elle a, compte tenu de sa situation et de son parcours, de respecter la méthode contraceptive. Il s'assure au final qu'elle a pris une décision précise.</p>
<p>• <b>Entretien</b></p> <p>Temps de <b>recueil d'information</b> et d'<b>expression de la femme</b> sur les raisons de sa visite, ses sentiments, ses besoins, ses souhaits et ses doutes : ce moment est propice à l'élaboration d'un <b>diagnostic éducatif</b> partagé.</p> <p><i>En pratique : voir encadré « diagnostic éducatif » ci-contre</i></p>	<p>• <b>Explication</b></p> <p>Discussion autour de la <b>méthode choisie</b> et de son <b>emploi</b> : démonstration (au mieux, apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même) ; réflexion sur les possibilités d'établir une prise de la pilule en routine, information sur les effets secondaires et la conduite à tenir, renseignements sur les possibilités de rattrapage en cas de problème (indiquer les lieux et les conditions dans lesquels la femme peut se procurer une contraception d'urgence). La délivrance de documents écrits peut représenter une aide. Enfin, les raisons médicales qui peuvent justifier le retour de la consultante sont abordées.</p>
<p>• <b>Renseignement</b></p> <p>Délivrance d'une <b>information claire, hiérarchisée et sur mesure</b>. Il est essentiel que le professionnel s'assure de la <b>bonne compréhension des informations</b> concernant les méthodes qui intéressent la consultante ou qui pourraient lui être proposées : mode d'emploi, efficacité en pratique courante, contre-indications, avantages, inconvénients, risques graves (même exceptionnels), coût.</p> <p><i>En pratique : voir encadré « méthodes » ci-contre, et fiche Mémo "Contraception : prescriptions et conseils aux femmes"</i></p>	<p>• <b>Retour</b></p> <p>Les consultations de suivi sont l'occasion de <b>réévaluer la méthode et son utilisation</b>, de <b>vérifier qu'elle est adaptée</b> à la personne et que celle-ci en est satisfaite. Elles constituent une opportunité pour <b>discuter un changement de méthode</b>. Cette phase <b>prendra en compte les modifications des conditions médicale, personnelle, affective et sociale</b>. À partir de 35-40 ans, il est recommandé de réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée en raison de l'augmentation des facteurs de risque cardio-vasculaire et de l'évolution des contre-indications avec l'âge.</p>
<p>• <b>Choix</b></p> <p>Le professionnel souligne que la <b>décision finale appartient à la consultante</b>. Pour l'aider à choisir, il peut l'inciter à réfléchir sur sa situation de famille, sur ses préférences (et celles de son partenaire), sur les bénéfices et les risques des différentes méthodes, et sur les conséquences de son choix. Le soignant s'attache également à</p>	

### Annexe n°2 : « **Research Agenda** » sur le **counseling** en matière de **contraception d'urgence**



## Annexe n°3 : guide de l'entretien.

### **Introduction**

*Cet entretien va être enregistré si vous êtes d'accord.*

*Je vous rappelle que l'entretien sera anonymisé et que vous recevrez le verbatim complet auquel vous donnerez votre accord avant exploitation.*

### **I- Formulation de la consigne**

*Mon sujet de thèse vise à recueillir les expériences et représentations des médecins généralistes sur la contraception d'urgence.*

### **II- Déterminer le profil des médecins interrogés, questions « prise de contact ».**

1) Profil :

- Sexe
- Age
- Département d'exercice
- Lieu d'exercice : rural, semi-rural, urbain
- Mode d'exercice : seul en cabinet, maison médicale, cabinet de groupe.
- Année d'installation
- MSU ou non
- Nombre moyen de consultations par jour

2) La gynécologie représente quel pourcentage de votre activité environ ?

- <10%
- 10 à 25%
- 25 à 50%
- > 50%

3) Avez-vous eu une formation particulière (DU, planning familial, PMI, ...?)  
Quelles sont vos sources de formation (encyclopédie, FMC, revue...)

4) Abordez-vous la sexualité lors de vos consultations ? Systématiquement ou selon les cas ? Y a-t-il des situations où vous êtes moins à l'aise ?

### **III- Thèmes avec questions de recadrage**

#### ***Information aux patients***

5) A quelle fréquence pensez-vous aborder la question de la contraception d'urgence au minimum ?

- Une fois par semaine
- Une fois par mois
- Une fois par trimestre
- Une fois par semestre
- Une fois par an
- Moins d'une fois par an

6) Avec quelle population abordez-vous la question ?

*Si à la question précédente, il n'est pas répondu « les hommes » :*

7) Pensez vous qu'elle pourrait s'adresser également aux hommes, notamment aux hommes jeunes ?

- 8) *Pour ceux qui en parlent :*  
Comment abordez-vous le sujet sur la contraception d'urgence avec vos patientes et quelle information transmettez-vous ?

*Pour ceux qui n'en parlent pas :*  
Quelle information donneriez-vous à une patiente qui s'interrogerait sur le sujet ?

**Expérience et avis personnels :**

- 9) Quelles contraceptions d'urgence connaissez-vous ? Y'en a-t-il une que vous proposez plus facilement / Laquelle vous paraît meilleure ?
- 10) *Dans la majorité des cas, les femmes qui ont recours à la CU se la sont procurée directement en pharmacie sans ordonnance.*  
Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de la prescrire en urgence ? Ou bien même d'être contacté par téléphone ? Comment avez-vous géré cela ?
- 11) Ou de manière systématique sous forme de prescription anticipée ? Ou bien même est ce quelque chose que vous pourriez envisager ? Si non, pour quelles raisons ?
- 12) *Pour ceux qui en parlent peu :*  
Pourquoi abordez-vous peu la contraception d'urgence lors de vos consultations ?
- 13) Avez-vous déjà eu des retours négatifs ou positifs de la part de vos patientes concernant la CU ? (avec un pharmacien, effets secondaires, mauvaise efficacité, autres... ?).
- 14) *On retrouve sur la toile de nombreux témoignages de jeunes femmes qui ont eu un accueil défavorable de la part du pharmacien lorsqu'elles ont demandé la CU en officine.*  
Qu'en pensez-vous ?
- 15) Pour vous, y-a t-il un lien entre contraception d'urgence et comportement sexuels à risques ?

**Formation**

- 16) De quelle manière avez-vous été formé en santé sexuelle et notamment sur la CU et comment jugez vous votre formation ?

**Avenir :**

- 17) Au terme de cet entretien, quelles modifications de votre pratique pensez-vous mettre en place ? (écoute, information, prescription concernant la contraception d'urgence).

**Conclusion**

- 18) Avez-vous d'autres choses à ajouter sur ce sujet ?
- 19) Qu'avez-vous pensé de cet entretien ?

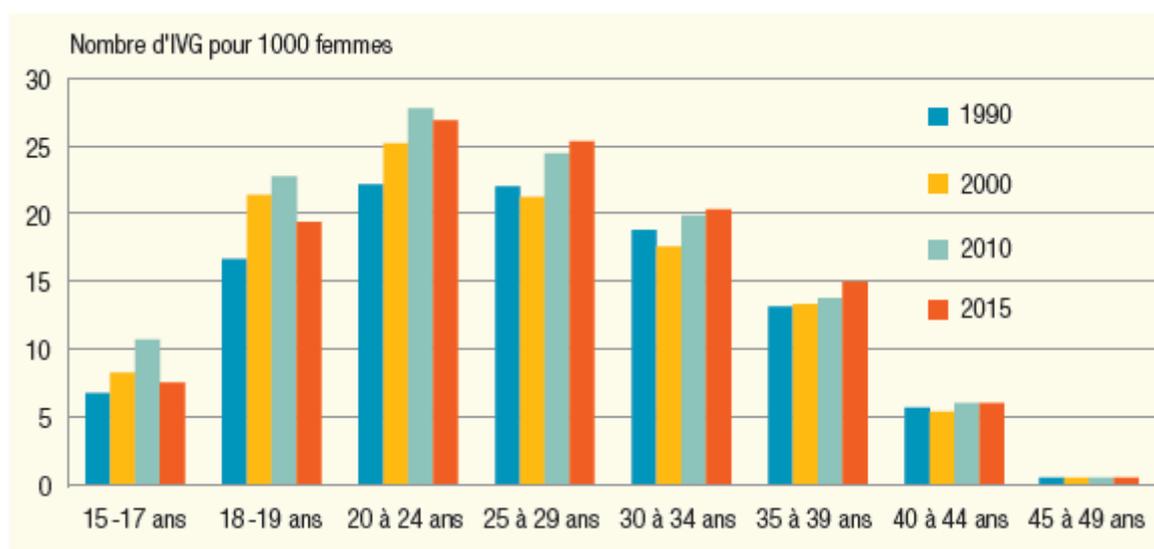
*Pour compléter notre étude nous allons vous proposer une liste de questions au sujet de la CU. Êtes-vous d'accord pour y répondre ?  
Si oui, le questionnaire va vous être envoyé par mail, votre matricule à mentionner au début du questionnaire sera...*

*Récupération des données : adresse mail et numéro de téléphone (pour le retour du verbatim et aussi l'envoi du questionnaire), les coordonnées éventuelles d'un confrère susceptible de vouloir participer aux entretiens.*

Annexe n°4 : % des médecins de notre échantillon en fonction de l'âge versus la population médicale de MG en France au 1<sup>er</sup> janvier 2016  
 Statistiques publiées par la DREES

	<b>Echantillon</b>	<b>Population générale</b>
<b>25 – 29 ans</b>	11%	1.68 %
<b>30 – 39 ans</b>	28 %	15. 9%
<b>40 – 49 ans</b>	11 %	17 %
<b>50 – 59 ans</b>	33 %	28 %
<b>60 – 64 ans</b>	18 %	22%

Annexe n°5 : Evolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2015 en France. Source : [www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr)



Annexe n°6 : Nombre de boîtes prescrites, en fonction de l'année et lieu de prescription (tous prescripteurs confondus)

Source : site de L'Assurance Maladie « Medicam' »

<b>Année</b>	<b>NORLEVO (lévonorgestrel)</b>			<b>ELLAONE (acétate d'ulipristal)</b>		
	<i>Tous prescripteurs</i>	<i>Ville</i>	<i>Hôpital</i>	<i>Tous prescripteurs</i>	<i>Ville</i>	<i>Hôpital</i>
<b>2004</b>	5827					
<b>2005</b>	225 520					
<b>2006</b>	293 687					
<b>2007</b>	316 561					
<b>2008</b>	266 712					
<b>2009</b>	253 630					
<b>2010</b>	254 633			3356		
<b>2011</b>	238 635			19 473		
<b>2012</b>	236 624	27 138	209 486	37 567	29 824	7743
<b>2013</b>	220 908	27 615	193 293	44 504	34 540	9964
<b>2014</b>	207 008	26 204	180 804	46 627	34 942	11685
<b>2015 (6 mois)</b>	155 340					
<b>2016</b>	147 031	22 302	124 729	114 865	35 444	79 422
<b>2017 (9 mois)</b>	116 813	20 005	96 904	134 191	35 112	99 079

 Données non disponibles

Annexe n°7 : Nombre de boîtes délivrées par an en libre accès en officine, en fonction de l'année et lieu de prescription  
 Enquête téléphonique auprès de pharmacies les 18 et 19 décembre 2017

Pharmacies	2015		2016		2017	
	NORLEVO®	ELLAONE®	NORLEVO®	ELLAONE®	NORLEVO®	ELLAONE®
<i>Parthenay (79) urbain</i>					24	0
<i>Ménigoute (79) rural</i>	0	0	12	0	8	2
<i>Vasles (79) rural</i>	6	0	11	0	5	1
<i>Buxerolles (86) urbain</i>					26	0
<i>Latillé (86) rural</i>	7	0	10	0	5	0
<i>Naintré (86) semi-rural</i>			18	0	25	0
<i>Poitiers Gibauderie (86) urbain</i>	140	5	108	7	73	55
<i>Vouillé (86) semi-rural</i>					19	0
<i>Vouneuil Sous Biard (86) semi-rural</i>			15	2	19	5

 Données non disponibles

## **RESUME**

**Introduction :** En France, la contraception d'urgence (CU) est un réel enjeu de santé publique avec un nombre par an d'IVG globalement stable depuis des années et un taux de grossesse non désirée qui reste élevé. Un *counseling* sur la CU par les médecins généralistes semble recommandé pour que toutes les femmes aient accès à la CU.

**Objectif :** Explorer les représentations des médecins généralistes en matière de *counseling* concernant la contraception d'urgence.

**Matériels et méthodes :** Etude qualitative par entretiens semi-dirigés, retranscrits et analysés par thèmes, de dix-huit médecins généralistes (MG) dans la Vienne et dans les Deux Sèvres, réalisée d'avril à octobre 2017 par deux enquêtrices.

**Résultats :** Dans notre étude, douze médecins (n=18) déclarent aborder la CU mais pas de manière systématique et pas avec toutes les femmes ni avec les hommes. Ils estiment avoir été peu formés à ce sujet. Il persiste des croyances, des représentations négatives qui peuvent limiter leur *counseling* au quotidien. On observe quelques connaissances erronées ou approximatives à ce sujet. La CU orale la plus connue par les MG est le lévonorgestrel, (NORLEVO®).

La prescription anticipée de CU n'est réalisée pour aucun d'entre eux mais pourrait être envisagée par certains.

**Conclusion :** Une meilleure formation initiale et communication sur la CU permettrait une prise de conscience des MG, de l'absence de nocivité et de son intérêt dans les différentes situations à risque de grossesse non désirée pour que ce *counseling* soit plus systématique dans leur quotidien.

**Mots clés :** contraception d'urgence, médecin généraliste, pratique, *counseling*

## **ABSTRACT**

**Introduction :** In France, emergency contraception is a real public health issue since numbers of voluntary termination of pregnancy has remained stable for years and unwanted pregnancy rate is still high. Provision of counseling on emergency contraception by general practitioners seems advisable to ensure all women have access to emergency contraception.

**Objectives :** To explore general practitioners approach of emergency contraception counseling.

**Materials and methods :** Qualitative case study based on semi-directed transcribed and analysed interviews led by 2 interviewers with 18 general practitioners in the french departments of Vienne and Deux-Sèvres.

**Results :** In our study, 12 out of 18 general practitioners stated they do introduce the subject of emergency contraception but not systematically and not with all women nor with men. Those practitioners consider they received little training in this area and remaining believes or negative representation may restrict their daily counseling. There are some inaccurate or approximate knowledge on the subject. Practitioners are most familiar with levonorgestrel oral emergency contraception (NORLEVO®). None of them practice anticipated preventive medical prescription of emergency contraception but some could consider doing so in future.

**Conclusion :** Better initial training and communication on emergency contraception would raise awareness among general practitioners about the absence of potential harm caused to health and its benefits in various risk situations of unwanted pregnancy. This would lead to a more systematic counseling in their daily practice.

**Key words :** emergency contraception, general practitioners, practice, counseling



Faculté de Médecine et de  
Pharmacie

**SERMENT**



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !  
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

