

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THESE

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

présentée et soutenue publiquement
le 09 décembre 2021 à Poitiers
par **Madame Mathilde PLAUT**

Etude des pratiques des médecins généralistes lors de la première
consultation de contraception chez les jeunes filles de moins de 15 ans

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Xavier FRITEL

Membres :

Madame le Professeur Stéphanie MIGNOT
Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT
Monsieur le Docteur Dominique CAMBON

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Dominique CAMBON

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUOJA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation
- DAHOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GIOQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLIVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive (retraite au 01/01/2022)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile (retraite au 01/11/2021)
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie

- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (retraite au 01/12/2021)
- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an jusqu'à fin octobre 2021)
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNIER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérôme, médecine d'urgence
- JAVAUQUE Vincent, néphrologie (en mission 1 an à/c du 12/07/2021)
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignant d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RIOCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- 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
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie : hygiène
- 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)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (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)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- 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
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier les membres de mon jury de thèse :

**A Monsieur le Professeur Xavier FRITEL,
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Gynécologie Obstétrique**

Pour me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

**A Madame le Professeur Stéphanie MIGNOT,
Professeur associé de médecine générale**

Pour me faire l'honneur de juger ce travail.

Soyez assurée de mon profond respect et de ma plus grande reconnaissance.

**A Monsieur le Docteur Dominique CAMBON,
Praticien Hospitalier de Gynécologie Obstétrique**

Pour avoir accepté la direction de cette thèse.

Je vous remercie de m'avoir guidée tout au long de l'élaboration de cette thèse.

Un grand merci pour votre disponibilité, votre patience et vos conseils.

**A Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT,
Maître de Conférences associé de médecine générale**

Pour me faire l'honneur de juger ce travail.

Soyez assuré de ma profonde et respectueuse gratitude.

Aux Docteurs Anne-Laure HEINTZ, Véronique LABARTHE BOURSON, Julien MOINET et Isabelle RAMBAULT-AMOROS,

Pour votre vision et amour de la médecine qui ont confirmé plus que jamais lors de mon stage à vos côtés, mon envie d'exercer la médecine générale.

Merci pour vos enseignements bienveillants, vos conseils et votre confiance.

Aux médecins généralistes qui ont participé à l'étude,

Merci d'avoir pris de votre temps pour répondre à mon questionnaire.

Merci pour votre considération.

Enfin je tiens à remercier ma famille et mes proches auxquels je dédie cette thèse :

A mes parents,

Merci pour votre amour, votre soutien indéfectible.

Vos valeurs m'ont portée dans tous les moments de la vie et m'ont permis de devenir ce que je suis.

Merci de m'avoir offert ces études et le confort de vie pendant celles-ci.

A mon frère,

Pour avoir toujours cru en moi et avoir été le premier à mes côtés à me féliciter lors de ma réussite en première année de médecine.

A toute ma famille,

Pour m'avoir accompagnée et encouragée dans toutes les étapes de ma vie. Chaque réunion familiale a été comme une bouffée d'oxygène pendant ces études.

A Olivia,

Pour son amitié, son soutien et ses précieux conseils pour ma thèse.

A Alice, Mathilde M., Amale, Morgane, Pauline

Pour leur amitié ces quatre dernières années.

Pour les rires et les bons moments passés ensemble ainsi que tous ceux qui restent encore à partager.

A Eugénie,

Pour sa bonne humeur inébranlable et son amitié depuis notre premier jour d'internat à Niort : de nos débuts d'internes jusqu'à maintenant nos premiers pas de docteurs.

A Mathilde V.,

Pour son optimisme à tout épreuve et pour tous ces merveilleux souvenirs des voyages faits ensemble (et tous ceux qu'il nous reste à faire).

A mes anciens co-internes, Matthieu, Thomas, Elodie B., Marion, Elodie A. et tous les autres

Pour leur soutien pendant les stages d'internat, pour leur présence à mes côtés qui m'ont permis de garder des souvenirs inoubliables de l'internat.

A ceux qui, malgré la distance, ont toujours été là pour moi, depuis la faculté de médecine de Tours : **Camille, Soline, Sophie, Laurencie, Louise, Luc et Léa.**

A mes acolytes de La Rochelle, toujours partants pour décompresser après le travail.

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX.....	7
LISTE DES FIGURES.....	8
LISTE DES ABREVIATIONS.....	9
INTRODUCTION.....	10
ADOLESCENCE ET SEXUALITE.....	12
PHYSIOLOGIE DE LA PUBERTE.....	12
PHYSIOLOGIE DU CYCLE MENSTRUEL.....	13
EDUCATION SEXUELLE.....	15
PREMIER RAPPORT SEXUEL.....	15
INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.....	16
CONTRACEPTION.....	20
L'EVOLUTION DE LA CONTRACEPTION.....	20
LES DIFFERENTS MOYENS DE CONTRACEPTION.....	21
INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE.....	36
MATERIELS ET METHODES.....	37
RESULTATS.....	38
LES CARACTERISTIQUES DU MEDECIN.....	38
LA PRATIQUE EN MEDECINE GENERALE.....	38
LA FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES.....	39
LE CONTEXTE AVANT LA PREMIERE CONSULTATION.....	40
LE DEROULEMENT DE LA CONSULTATION.....	41
L'INTERROGATOIRE.....	42
L'EXAMEN CLINIQUE.....	46
LA PRESCRIPTION DE PREMIERE CONTRACEPTION.....	47
LA PREMIERE CONSULTATION DE SUIVI.....	50
DISCUSSION.....	52
ANALYSE DES RESULTATS.....	52
LES FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.....	62
LES PERSPECTIVES D'AMELIORATION.....	63
CONCLUSION.....	66
BIBLIOGRAPHIE.....	67
RESUME ET MOTS CLES.....	73
ANNEXES.....	74
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	86

Liste des tableaux

Tableau 1	Caractéristiques des médecins.....	38
Tableau 2	Fréquence des consultations de gynécologie en cabinet de médecine générale.....	39
Tableau 3	Formation complémentaire des médecins généralistes en gynécologie ou en sexualité.....	39
Tableau 4	Abord de la sexualité/IST/contraception par le médecin généraliste avant la première consultation de contraception.....	40
Tableau 5	Abord de la sexualité/IST/contraception à la demande de la patiente avant la première consultation de contraception.....	40
Tableau 6	Première consultation de contraception avec ou sans accompagnant selon les caractéristiques du médecin.....	78
Tableau 7	Durée de la première consultation de contraception.....	42
Tableau 8	Facteurs influençant les sujets abordés par le médecin généraliste à l'interrogatoire lors de la première consultation de contraception chez les femmes de moins de 15 ans.....	46
Tableau 9	Actes effectués à l'examen clinique lors de la première consultation de contraception selon les caractéristiques du médecin.....	79
Tableau 10	Motifs de prescription de la contraception aux femmes de moins de 15 ans en fonction des caractéristiques du médecin.....	81
Tableau 11	Les différentes contraceptions prescrites ou conseillées par le médecin généraliste pour les femmes de moins de 15 ans en fonction des caractéristiques du médecin.....	82
Tableau 12	Informations données par les généralistes lors de la première prescription d'une contraception en fonction de leur profil.....	49
Tableau 13	Les prescriptions complémentaires à la contraception selon les caractéristiques du médecin.....	84
Tableau 14	Délai avant la consultation de suivi de contraception chez les mineures de moins de 15 ans selon le profil du médecin.....	51

Liste des figures

Figure 1	Première consultation de contraception avec ou sans accompagnant.....	41
Figure 2	Sujets abordés par le médecin généraliste lors de l'interrogatoire pendant la première consultation de contraception chez les femmes de moins de 15 ans.....	42
Figure 3	Actes effectués à l'examen clinique par le médecin généraliste lors de la première consultation de contraception chez les femmes de moins de 15 ans.....	47
Figure 4	Prescription d'une contraception chez les jeunes filles de moins de 15 ans selon le contexte.....	47
Figure 5	Motifs motivant les médecins généralistes à prescrire une première contraception.....	48
Figure 6	Les différentes contraceptions prescrites ou conseillées par les médecins généralistes aux patientes de moins de 15 ans	48
Figure 7	Prescriptions complémentaires en plus de la contraception prescrite.....	50
Figure 8	Délai avant la première consultation de suivi de contraception chez les mineures de moins de 15 ans.....	51

Liste des abréviations

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DTP	Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite
FSH	Follicle Stimulating Hormone
GNIES	Groupe National d'Information et d'Education Sexuelle
GnRH	Gonadotropin-Releasing Hormone
HAS	Haute Autorité de Santé
HSV	Herpes Simplex Virus
HTA	Hypertension Artérielle
IMC	Indice de Masse Corporelle
IST	Infection(s) Sexuellement Transmissible(s)
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LH	Luteinizing Hormone
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PrEP	Prophylaxie Pré-Exposition
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
TVP	Thrombose Veineuse Profonde
VHB	Virus de l'Hépatite B
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé sexuelle comme (1) :

« un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. »

Le médecin intervient donc dans la santé sexuelle et gynécologique des femmes en apportant l'éducation, le soutien et l'écoute ainsi que les conseils qui leur sont nécessaires.

La santé sexuelle et gynécologique regroupent à ce titre plusieurs missions :

- s'assurer du développement pubertaire physiologique de la femme
- prévenir ou guérir les infections sexuellement transmissibles (IST)
- prévenir les grossesses non désirées avec une contraception
- prendre en charge les grossesses non désirées en donnant aux femmes accès à l'interruption volontaire de grossesse
- s'assurer du bon déroulement des rapports sexuels tout au long de la vie
- suivre le déroulement de la grossesse et du post-partum
- accompagner la femme lors de la ménopause
- prévenir, dépister et prendre en charge les cancers gynécologiques
- s'assurer de l'absence de violences sexuelles, physiques ou psychologiques
- répondre aux interrogations de la femme
- éduquer et informer la femme tout au long des étapes de sa vie sexuelle

Depuis les années 60, la sexualité des femmes se modifie :

- Diminution de l'âge de la puberté favorisant un début de sexualité plus précoce (2-5).
- Augmentation de l'âge lors de la première grossesse principalement due à la diffusion des moyens de contraception, à la généralisation des études et à la place croissante des femmes sur le marché du travail (6).
- Augmentation du recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) depuis la loi Veil de 1975, avec une baisse de la moyenne d'âge des patientes ayant recours à cette méthode de contrôle des naissances, en lien avec une augmentation de l'avortement chez les mineures (7,8).

Une entrée précoce dans la vie sexuelle active augmente le risque de rapports sexuels non protégés (2-5), ce qui accroît le risque de grossesses non désirées ainsi que le risque de contracter une IST (4).

L'échec de la contraception chez les mineures est principalement une conséquence de l'inexpérience et d'une mauvaise connaissance de celle-ci associée à des facteurs non modifiables tels que des rapports sexuels plus fréquents, une fertilité plus importante ainsi que de nombreux arrêts ou changements de contraception (9).

Dans le but de diminuer le nombre d'IVG et d'IST afin de protéger les mineures de potentiels risques physiques et psychologiques, il est important d'agir en amont pour prévenir l'apparition de grossesses à travers la sensibilisation et l'éducation des jeunes filles.

Devant un fort enjeu de santé publique, la première consultation de contraception et de prévention des IST en médecine générale fait l'objet d'une cotation spécifique (CCP) depuis 2017, avec un tarif de 46 euros. Si cette consultation était auparavant destinée aux jeunes filles de 15 à 18 ans, elle est étendue à toutes les jeunes filles mineures depuis décembre 2020 (10,11).

Cette thèse est une étude descriptive qui permet d'observer les pratiques en Saintonge lors de la première consultation de contraception en médecine générale chez les jeunes filles de moins de 15 ans.

Nous avons mené une étude qui se compose en deux parties : une première partie sur les connaissances actuelles de la puberté, de la sexualité, de la contraception, des IST et de l'IVG, puis une seconde partie sur l'étude des pratiques médicales.

L'objectif de notre travail est d'élaborer un protocole pour les médecins généralistes dans le but d'améliorer la première consultation de contraception chez les patientes de moins de 15 ans ainsi que de mettre en évidence les éventuelles faiblesses de celle-ci afin d'y pallier.

ADOLESCENCE ET SEXUALITE

■ Physiologie de la puberté

La puberté est définie comme « l'ensemble des manifestations cliniques et biologiques qui mènent de la quiescence infantile à la capacité reproductive » (12).

Cette période dure environ 6 ans, de 10 à 16 ans et débute par une réactivation de la fonction gonadotrope avec un déclenchement des premières règles chez la fille.

Une puberté précoce est définie comme l'apparition de la puberté avant l'âge de 8 ans. Au contraire, un retard pubertaire chez une fille est caractérisé par l'absence des caractères sexuels secondaires après 13 ans ou l'absence de règles à 15 ans (13).

La puberté se fait selon 3 axes (14) :

- La croissance staturale qui débute vers 10 ans.
- L'évolution des caractères sexuels primaires (organes génitaux) : horizontalisation de la vulve, développement des petites lèvres, apparition d'une muqueuse luisante et rosée avec des leucorrhées.
- L'évolution des caractères sexuels secondaires (pilosité, seins) selon l'échelle de Tanner.

Echelle de Tanner

Stade	Développement mammaire	Stade	Pilosité pubienne
S1	Pas de tissu glandulaire	P1	Pas de pilosité
S2	Tissu glandulaire palpable	P2	Quelques poils fins le long des grandes lèvres
S3	Tissu glandulaire dépassant la surface de l'aréole	P3	Pilosité pubienne au-dessus de la symphyse pubienne
S4	Développement du sein avec apparition du sillon sous mammaire et saillie de l'aréole	P4	Pilosité pubienne fournie
S5	Aspect adulte, disparition de la saillie de l'aréole	P5	Pilosité s'étendant à la racine des cuisses

Le bourgeon mammaire est le premier signe de la puberté suivi de la pilosité pubienne puis axillaire.

L'âge de la puberté actuellement de 12.6 ans tend à diminuer (14) et est en lien avec une sexualité précoce (avant 15 ans) et un plus grand risque de rapports sexuels non protégés (2–5).

■ Physiologie du cycle menstruel

Le cycle menstruel apparaît à la puberté lors des ménarches vers l'âge de 12 ans et se termine à la ménopause vers 50 ans.

La durée de référence d'un cycle est de 28 jours et la durée des menstruations de 4 à 6 jours.

Le cycle menstruel se compose de plusieurs cycles :

- Le cycle hormonal hypophysaire

Il correspond à la variation du taux plasmatique des hormones hypophysaires influençant le cycle menstruel.

Les neurones de l'hypothalamus sécrètent de la gonadolibérine ou Gonadotropin Releasing Hormone (GnRH) de façon pulsatile dans le système vasculaire porte hypothalamo-hypophysaire. La GnRH provoque la sécrétion hypophysaire par les cellules glandulaires de l'anté-hypophyse des gonadotrophines ou hormones gonadotropes : Luteinizing Hormone (LH) et Follicle Stimulating Hormone (FSH).

- La FSH est une hormone folliculo-stimulante permettant la maturation des follicules dont le follicule de De Graaf.
- La LH est une hormone lutéinisante permettant l'ovulation entre 24 et 36 heures après son pic puis la formation du corps jaune avec la sécrétion de progestérone.

- Le cycle ovarien

Il correspond à la maturation d'une cellule sexuelle féminine, l'ovocyte en vue d'une fécondation.

- En *phase folliculaire* de J1 à J14, certains follicules qui contiennent des ovocytes vont commencer à se développer sous l'influence de la FSH.
- En *phase pré-ovulatoire*, le follicule dominant produit un taux croissant d'œstradiol permettant un rétrocontrôle sur l'hypothalamus qui stoppe la production de FSH et entraîne un pic de LH. La chute brutale de FSH bloque le développement des autres follicules et permet la maturation du follicule dominant le rendant réceptif à la LH.
- En *phase d'ovulation* vers J14, le pic de LH sécrété par la glande pituitaire de l'hypophyse va entraîner dans les 24 à 36 heures, la rupture du follicule dominant permettant l'expulsion de l'ovocyte dans la trompe avec une chute brutale de l'œstradiol.
- En *phase lutéale* de J14 à J28, le follicule après l'ovulation se transforme en corps jaune qui sécrète de l'œstradiol et de la progestérone. Le taux élevé d'œstradiol et de progestérone joue un système de rétrocontrôle sur l'axe hypothalamo-hypophysaire en supprimant la production de LH et FSH par la glande pituitaire. La diminution progressive de sécrétion de progestérone concomitante à la régression du corps jaune en l'absence de fécondation va entraîner la desquamation de l'endomètre soit les menstruations.
- Le premier jour des menstruations correspond également au 1^{er} jour du cycle.

- Le cycle utérin

Il correspond à l'épaississement de l'endomètre afin d'accueillir un éventuel embryon.

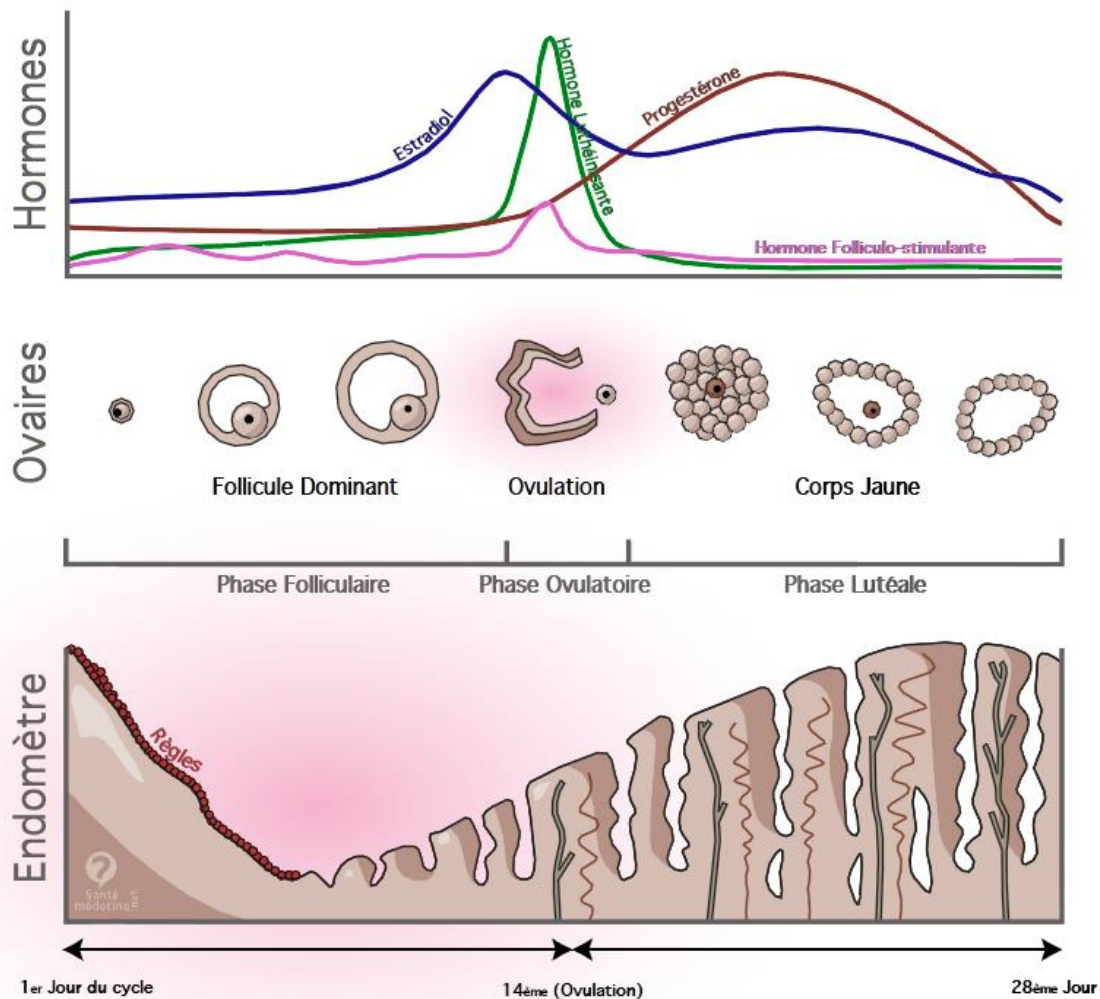
De J1 à J5, en l'absence de grossesse, les menstruations correspondent à la *phase de desquamation*. La dégénérescence du corps jaune entraîne une chute du taux d'œstradiol et de progestérone qui va entraîner la desquamation des cellules de l'endomètre via une ischémie suite à une contraction des artérioles provoquant une nécrose du chorion et des glandes.

La *phase de régénération et de prolifération* de J5 à J14 correspond à la croissance de l'endomètre stimulée par la sécrétion d'œstradiol.

De J15 à J28, la *phase sécrétrice* va permettre la formation et maturation de glandes et vaisseaux dans l'endomètre grâce à une sécrétion de glycogène au pôle basal des cellules de l'endomètre influencée par la progestérone.

La réceptivité maximale de l'endomètre à l'embryon ou la fenêtre d'implantation se situe vers J20-J23.

Schéma explicatif du cycle menstruel



■ Education sexuelle

La moitié des adolescentes ressentent le besoin de parler de sexualité ; si dans la majorité des cas elles en parlent à leur famille ou leurs amis, moins de 5% en discutent avec un médecin alors que le médecin généraliste est le professionnel de santé dont elles sont le plus habituées dans 65% des cas (15).

L'école est également un soutien en matière d'éducation sexuelle. Elle permet d'augmenter les connaissances sur les IST et donc de diminuer les comportements à risque. Le début de l'information sexuelle à l'école remonte en 1968 suite à la création d'un groupe national d'information et d'éducation sexuelle (GNIES) mais en 1976 seul 10% des élèves y avaient eu accès. Depuis la loi du 4 juillet 2001 loi n°2011-588 relative à l'IVG et la contraception, un programme de prévention et d'éducation sexuelle comprend 3 séances annuelles d'éducation sanitaire du primaire au lycée (16).

Pourtant dans l'étude de F. Verdu sur les « Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective », les adolescents en fin de collège n'ont reçu en moyenne que 2 ou 3 séances d'éducation sexuelle durant leur scolarité. Quatre-vingt-huit pour cent des collégiens estiment important que l'éducation sexuelle fasse partie du programme et 66% d'entre eux voudraient débiter ces séances entre 10 et 14 ans. Ils souhaiteraient aborder : leur corps (90%), la puberté et ses changements (90%), la contraception (87%), la grossesse et l'accouchement (73%), l'IVG (46%) et l'examen gynécologique (37%) (15).

Malgré ces différentes sources d'informations, leurs connaissances en matière de sexualité restent insuffisantes (8,17–20).

■ Premier rapport sexuel

L'article 227-25 du code pénal établit l'âge de la majorité sexuelle à 15 ans, pourtant environ deux jeunes filles sur dix de moins de 15 ans ont déjà eu un rapport sexuel (21). Avant cet âge, les rapports sexuels sont définis comme une sexualité précoce. L'âge moyen du premier rapport sexuel reste cependant stable vers 17 ans (3).

L'âge de la puberté tend à diminuer favorisant un début de sexualité plus précoce. Cette entrée prématurée dans la vie sexuelle active augmente le risque de rapports sexuels non protégés ainsi que le nombre de partenaires sexuels et donc le risque de contracter des IST (2–5). Si 92% des mineures utilisent au moins une contraception lors de leur premier rapport sexuel avec un usage préférentiel du préservatif (17), 30% admettent ne pas se protéger lors des rapports sexuels suivants (8).

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

L'OMS lors de la 69^{ème} assemblée mondiale de la santé a établi un projet de stratégie mondiale du secteur de la santé contre les IST : « d'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de SIDA » et diminuer de 10% le taux d'IST en Europe (22).

■ Virus de l'Immunodéficience Humaine

Le *Virus de l'Immunodéficience Humaine* (VIH) est une infection virale chronique évoluant sur plusieurs années.

En France, on dépiste environ 6 000 nouveaux cas chaque année avec un stade avancé pour 29% d'entre eux. Parmi ces nouveaux patients, 52% n'ont jamais eu de dépistage auparavant. Les femmes représentent 35% et la part des moins de 25 ans correspond à 13% des dépistages annuels. Actuellement, 56% des transmissions se font par rapports hétérosexuels. Ces chiffres restent stables depuis plusieurs années (23).

La transmission du virus se fait par voie sexuelle, sanguine ou mère-enfant.

Le VIH se diffuse dans l'organisme et établit rapidement des réservoirs viraux dans les ganglions, le tissu lymphoïde du système digestif ou le système nerveux central et s'intègre dans le génome des cellules hôtes. Il entraîne alors une destruction progressive du système immunitaire ayant pour conséquence le syndrome d'immunodéficience acquise aussi appelé SIDA. Ce stade se définit par la survenue d'infections opportunistes dans ce contexte d'immunodépression. La médiane d'évolution entre la primo-infection et le stade final de SIDA est à l'heure actuelle de 10 ans.

Même si de nos jours des traitements antirétroviraux existent afin de ralentir l'évolution de la maladie ainsi qu'un traitement prophylactique pré-exposition (PrEP), il n'existe toujours pas de traitement permettant de guérir du VIH (24).

■ Human Papillomavirus (HPV)

L'HPV est l'infection sexuellement transmissible la plus fréquente : 80% des femmes sont porteuses d'HPV à un moment de leur vie (25).

Ce virus qui agit sur le développement et la croissance des cellules, est éliminé chez 60 à 90% des patientes en quelques semaines à quelques mois, selon leur immunité naturelle, de façon asymptomatique (25). Dans les formes symptomatiques, on retrouve selon le génotype du virus des manifestations bénignes avec des condylomes (verrues génitales) des organes génitaux externes et de l'anus ou des manifestations précancéreuses ou cancéreuses (en particulier le génotype 16 et 18) du col de l'utérus, du vagin, de l'anus, du pénis, de la gorge, des amygdales et de la langue (26).

Cette IST est transmissible par contact sexuel avec ou sans pénétration, le préservatif ne protège donc que imparfaitement car il ne couvre pas la totalité des parties génitales.

Seule la vaccination des jeunes filles (et depuis 2019 des garçons) protège de certains génotypes d'HPV. Il existe actuellement 2 vaccins contre l'HPV : un bivalent contre le génotype 16 et 18 et un nonavalent à préférer, contre le génotype 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58. Cependant, la vaccination ne dispense pas d'un dépistage par frottis cervico-vaginal à partir de 25 ans.

Le schéma vaccinal avec 2 ou 3 injections est proposé aux jeunes filles depuis 2007 avec un abaissement de l'âge de la vaccination à 11 ans depuis 2013 (25,26).

■ Chlamydia Trachomatis

Chlamydia Trachomatis est une infection sexuellement transmissible très fréquente : 3.2% des femmes de moins de 30 ans (27). C'est une bactérie intracellulaire, transmissible uniquement par voie sexuelle.

Elle est asymptomatique chez la femme dans 50 à 90% des cas. Elle peut entraîner une cervicite avec des leucorrhées colorées, des cystalgies, des spottings, des dyspareunies ou un syndrome urétral. La complication majeure est la salpingite. Lorsque cette infection est méconnue et donc non traitée, elle peut entraîner une stérilité tubaire (elle représente 70% des stérilités tubaires) et un risque de grossesse extra-utérine.

Le traitement recommandé est l'AZITHROMYCINE 1 gramme en dose unique ou la DOXYCYCLINE 100 milligrammes 2 fois par jour pendant 7 jours (28,29).

■ Neisseria Gonorrhoeae

Aussi appelé gonocoque, *Neisseria Gonorrhoeae* est également une bactérie uniquement sexuellement transmissible à déclaration obligatoire.

Elle provoque peu ou pas de symptômes dans 40 à 60% des cas chez la femme. La symptomatologie est surtout des leucorrhées purulentes plus ou moins associées à une uréthrite ou une skénite/bartholinite (infection des glandes de Skene para-urétrales). Les complications sont l'endométrite ou la salpingite évoluant parfois jusqu'au pyosalpinx ou à l'abcès tubo-ovarien. On peut également retrouver une péri-hépatite avec des adhérences hépato-pariétales dans le syndrome de Fitz-Hugh-Curtis.

Sur du long terme, en l'absence de traitement précoce, ces complications peuvent engager le pronostic fonctionnel en entraînant une stérilité tubaire.

Son traitement repose sur une injection minute intramusculaire de CEFTRIAXONE 500 milligrammes (28,29).

■ Trichomonas Vaginalis

Trichomonas vaginalis est un parasite strictement humain, il est asymptomatique dans 20% des cas sinon il entraîne une vaginose avec des leucorrhées, un prurit et parfois une urétrite.

Son dépistage se fait sur un prélèvement cervico-vaginal.

On le traite par METRONIDAZOLE ou SECNIDAZOLE 2 grammes en dose unique (28,29).

■ Herpes Simplex Virus

L'*Herpes Simplex Virus* (HSV) est un virus, qui lors de la primo-infection va se multiplier dans les cellules au niveau de la porte d'entrée qui sera soit pharyngée, soit génitale. Les cellules infectées peuvent rester quiescentes et l'infection ne s'exprimera alors que suite à l'influence de facteurs déclenchants (stress, fatigue, lésion tissulaire, infection aiguë/fièvre...).

La primo-infection peut être asymptomatique ou se présenter chez la femme par une éruption multi-vésiculaire douloureuse des organes génitaux externes précédée 1 à 2 jours avant d'une asthénie ou d'une sensation de malaise général avec parfois une fièvre modérée. La guérison survient en 2 à 3 semaines, en général sans séquelle. Les récurrences, se présentent souvent à la même localisation et avec une symptomatologie moindre que lors de la primo-infection.

Le traitement est basé sur les antiviraux par voie générale : ACICLOVIR 400 milligrammes 3 fois par jour ou VALACICLOVIR 500 milligrammes 2 fois par jour pendant 10 jours en cas de primo-infection ou pendant 5 jours en cas de récurrence (28,29).

■ Syphilis

Le germe de la syphilis est *Treponema Pallidum*, sa transmission se fait à travers les muqueuses (génitale/anale/buccale) lors des rapports sexuels.

La durée d'incubation est de 3 à 4 semaines avant l'apparition de la syphilis primaire. La *syphilis primaire* se présente par un chancre : une ulcération superficielle unique, indolore, de 5 à 15 mm de diamètre, à fond propre, avec des limites nettes et une base indurée associée ou non à des adénopathies inguinales fermes et indolores. Ce chancre disparaît spontanément en quelques semaines. En l'absence de traitement, la syphilis peut évoluer vers une *syphilis secondaire*, 6 semaines à 6 mois après l'apparition du chancre, avec une éruption cutanéomuqueuse, des arthralgies et parfois de la fièvre.

La *syphilis tertiaire* qui est rare de nos jours, correspond au stade d'atteinte cardiovasculaire, neurologique et cutanée.

Son diagnostic se fait à l'aide d'une sérologie syphilitique : test tréponémique automatisé, qualitatif, qui sera confirmé par un test non tréponémique (VDRL) quantitatif.

Le traitement de référence est la PENICILLINE G ; une dose de 2,4 millions d'unités en intramusculaire en cas de syphilis primaire ou secondaire ou de 3 doses espacées d'une semaine en cas de syphilis tertiaire (28,29).

■ Hépatite B

Le *virus de l'hépatite B* (VHB) se propage par voie sexuelle ou sanguine, il entraîne une hépatite anictérique mais aucun symptôme gynécologique. On le dépiste grâce à une sérologie sanguine. Sa prévention repose sur la vaccination.

L'*hépatite C* peut également se transmettre par voie sexuelle mais plus rarement que l'hépatite B.

Les IST peuvent engager le pronostic fonctionnel (stérilité) ou vital. Elles sont en augmentation et touchent surtout les populations jeunes. En effet, le multipartenariat, un premier rapport sexuel précoce, le changement fréquent de partenaires, des partenaires plus vieux, l'absence d'utilisation du préservatif, un niveau socio-économique bas et l'abus de substances/drogues sont des facteurs de risque des IST (29).

Le seul moyen de s'en protéger est le préservatif. Si 9% des filles de moins de 15 ans ne sont pas bien protégées lors du 1^{er} rapport sexuel, ce pourcentage atteint les 17% lorsqu'elles ont un rapport avant l'âge de 13 ans. Elles admettent ne pas se protéger lors des rapports sexuels suivants dans 30% des cas (3,30).

Le préservatif est mal ou insuffisamment utilisé chez les jeunes soit par difficulté d'utilisation (inexpérience, distraction du plaisir ou embarras à suggérer), soit par manque d'informations sur les risques d'IST (8). Il est utilisé par les mineurs dans le but d'éviter une grossesse non désirée mais est moins utilisé dès lors que la femme a recours à une autre contraception (30).

Les IST transmissibles par rapport sexuel vaginal, oral ou anal sont en augmentation ces dernières années à l'exception du VIH qui reste stable (31). Quatre-vingt-trois pour cent des mineurs ont une connaissance insuffisante des IST mais ils ont une bonne connaissance en ce qui concerne le VIH grâce aux campagnes de prévention (17,18).

CONTRACEPTION

■ L'évolution de la contraception

Depuis des siècles, l'Homme essaye de contrôler les naissances grâce à la fabrication de recettes ou préservatifs artisanaux. Avec l'arrivée de l'ère chrétienne, la contraception est intimement liée au concept d'avortement et de ce fait condamnée en raison d'interdits religieux. Avant 1962, le Conseil de l'Ordre des Médecins ne jugeait pas fondamental le rôle du médecin dans les moyens anticonceptionnels. Pourtant, le serment d'Hippocrate fait promettre aux médecins « de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments physiques et mentaux, individuels et sociaux ».

Il a fallu attendre la loi Neuwirth parue en 1967 pour que la contraception soit autorisée aux femmes sur ordonnance médicale et avec une autorisation parentale pour les mineures. A partir de 1974, la pilule est remboursée par la sécurité sociale et remise gratuitement aux mineures dans les centres de planification familiale. Un an après, la loi Veil de 1975 permet la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse en France pour une durée de 5 ans ; loi définitivement adoptée en 1979. La pilule du lendemain est en vente en pharmacie depuis juin 1999 avec une délivrance sans ordonnance en 2001 et gratuitement pour les mineures en 2002. Les mineures n'ont plus besoin d'un consentement d'un titulaire de l'autorité parentale depuis 2001 (32).

Depuis les années 60, la sexualité des femmes se modifie :

- Diminution de l'âge de la puberté actuellement à 12,6 ans (14).
- Augmentation de l'âge de la première grossesse principalement due à la diffusion des moyens de contraception, à la généralisation des études et à la place croissante des femmes sur le marché du travail (6).
- Augmentation du recours à l'IVG depuis la loi Veil (8).

Malgré ces changements, le médecin généraliste garde un rôle central dans la sexualité de la femme en l'accompagnant tout au long de la vie sexuelle (prévention des grossesses et des IST, suivi pré-conceptionnel, de la grossesse et du post-partum, ménopause).

Depuis quelques années, d'autres professionnels de santé interviennent dans la prescription, le renouvellement et la délivrance de contraception afin de faciliter leur accès.

Depuis 2004, les sages-femmes peuvent prescrire les moyens contraceptifs. Les infirmiers et pharmaciens, eux, peuvent renouveler et délivrer des moyens contraceptifs oraux en réutilisant une ordonnance jusqu'à 18 mois, depuis 2009 (33).

Lors du premier rapport sexuel, 92% des mineures utilisent au moins une contraception (8,17). Le préservatif est le moyen contraceptif le plus largement utilisé à 76%, suivi de la pilule contraceptive 34% dont 22,3% en associant les deux méthodes. La pilule du lendemain est utilisée par 11% des jeunes filles lors de leur premier rapport sexuel (3).

Le préservatif est rapidement abandonné dans les premiers mois de relation avec pour 10% des femmes des rapports non protégés après son arrêt (30). Les autres moyens contraceptifs sont très peu utilisés chez les jeunes filles de moins de 15 ans.

La couverture contraceptive au cours de la vie change avec l'âge et les grossesses selon une histoire contraceptive que l'on retrouve chez de nombreuses femmes : les préservatifs au début de la vie sexuelle sont remplacés par la pilule lorsque la relation se stabilise, puis le dispositif intra-utérin est utilisé une fois que le nombre d'enfants désirés est atteint. Pourtant, il n'existe pas dans la littérature d'arguments pour proposer plus spécifiquement, hors contre-indication spécifique, un type de contraception à une adolescente. Il est recommandé de proposer l'ensemble des modalités contraceptives et de procéder selon les recommandations usuelles une fois le choix de la méthode effectuée (34,35).

■ Les différents moyens de contraception

L'efficacité d'une contraception se calcule selon le taux de grossesses non désirées sur 100 femmes lors de la prise régulière et correcte (sans oubli) de la contraception lors de la première année d'utilisation. Une méthode contraceptive est considérée efficace si son indice de Pearl est inférieur à 1.

A noter que seul le préservatif fait preuve d'efficacité pour protéger des IST. Il est donc fortement recommandé lors de partenaires multiples, de rapports sexuels ponctuels ou en cas d'absence de partenaire stable.

Pour certaines contraceptions, on remarque une différence entre l'indice théorique et l'indice tel qu'utilisé en pratique courante avec la prise en compte du risque d'oubli : comme pour la plupart des contraceptifs oraux qui ont un indice de Pearl théorique de 0,3 alors qu'en pratique il est de 8, qui est un indice modérément efficace.

Tableau récapitulatif des indices de Pearl selon la contraception, tiré de la Revue Médicale Suisse

Méthode de contraception	Taux de grossesses au cours de la première année (pour 100 femmes)	
	Utilisation correcte et régulière	Telle qu'utilisée couramment
Implant sous-cutané	0,05	0,05
Vasectomie	0,1	0,15
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2
Ligature des trompes	0,5	0,5
DIU au cuivre	0,6	0,8
Injection de progestatif seul	0,3	3
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8
Pilules avec progestatif seul	0,3	8
Patch combiné	0,3	8
Anneau vaginal combiné	0,3	8
Préservatif masculin	2	15
Préservatif féminin	5	21
Pas de méthode	85	85

La contraception oestro-progestative

La contraception oestro-progestative agit sur 3 axes (36) :

- ⇒ Elle inhibe l'ovulation par rétrocontrôle au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire.
- ⇒ Elle modifie la glaire cervicale qui devient imperméable aux spermatozoïdes.
- ⇒ Elle modifie l'endomètre qui devient impropre à la nidation.

Les différents moyens de contraception oestro-progestatifs sont la pilule oestro-progestative, l'anneau contraceptif et le patch contraceptif. Ils peuvent être prescrits à tout âge, en dehors de toutes contre-indications.

Leurs principales contre-indications sont (37) :

- Antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse (thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire) avec ou sans facteur déclenchant
- Antécédents personnels ou familiaux de thrombose artérielle (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde) ou de signes précurseurs (angor, accident ischémique transitoire)
- Présence d'un facteur de risque sévère ou de plusieurs facteurs de risque de thrombose veineuse ou artérielle : valvulopathies, troubles du rythme thrombogènes, diabète compliqué ou déséquilibré, hypertension artérielle (HTA) déséquilibrée (une tension artérielle supérieure à 160/100), dyslipidémie sévère, prédisposition héréditaire ou acquise aux thromboses veineuses ou artérielles (résistance à la protéine C activée, déficit en antithrombine III, en protéine C, en protéine S, hyperhomocystéinémie et syndrome des anticorps antiphospholipides)
- Antécédents de migraines avec des signes neurologiques focalisés
- Epilepsie
- Antécédents de cancer hormono-dépendant connu ou suspecté (utérus, sein)
- Antécédents de tumeur hépatique (bénigne ou maligne), d'affection hépatique sévère ou de cholestase
- Insuffisance rénale sévère ou aiguë

Tous les contraceptifs oestro-progestatifs exposent à un risque thromboembolique veineux et artériel. Le risque artériel (accident vasculaire cérébral/accident ischémique transitoire, infarctus du myocarde/angor) est identique pour tous les contraceptifs oestro-progestatifs alors que le risque veineux (thrombose veineuse profonde/embolie pulmonaire) est en fonction de la dose d'éthinylestradiol et augmente avec l'âge. Le risque thromboembolique veineux est majoré la première année d'utilisation et diminue au fur et à mesure des années. Pour les contraceptifs de 3^{ème} et 4^{ème} génération (composé de gestodène et desogestrel), ce risque veineux est plus important (37).

Il est préférable de proposer en première intention la pilule oestro-progestative de première ou deuxième génération ou l'anneau qui ont des risques veineux similaires, plutôt que la pilule oestro-progestative de troisième ou quatrième génération ou le patch contraceptif (34).

Il est également recommandé de faire une prescription biologique 3 à 6 mois après le début de la contraception oestro-progestative puis tous les 5 ans, en dehors de tout antécédents ou facteurs de risque, avec un bilan lipidique et une glycémie à jeun.

En cas d'antécédent familial d'accident vasculaire ou de dyslipidémie, il est recommandé de réaliser un bilan d'hémostase ou un bilan lipidique avant de débiter la contraception oestro-progestative (38).

Les effets indésirables les plus fréquents (1 à 10%) des contraceptifs oestro-progestatifs sont (37) :

- Une augmentation potentielle du risque de cancer du sein, du col utérin, des cancers et tumeurs bénignes du foie. À l'inverse, la contraception oestro-progestative orale a des effets bénéfiques potentiels sur la survenue du cancer de l'endomètre, de l'ovaire et du cancer colorectal.
- une dysménorrhée, des nausées, de l'acné, une dépression, une baisse de la libido, des migraines, des mastodynies ou une prise de poids.

En cas de ménorragies fonctionnelles, de symptômes cataméniaux ou d'endométriose, les contraceptifs oestro-progestatifs peuvent être proposés avec un schéma continu, c'est-à-dire sans arrêt de 7 jours du moyen contraceptif (34).

- **La pilule oestro-progestative**



Il existe quatre générations de pilules en fonction du progestatif. Les pilules de 1^{ère} ou 2^{ème} génération à base de norethistérone, lévonorgestrel ou norgestrel qui sont indiquées en première intention et remboursées. Les pilules de 3^{ème} ou 4^{ème} génération à base de désogestrel, gestodène, norgestimate ou drospirénone ne sont plus remboursées depuis 2013 du fait du sur-risque thromboembolique par rapport aux pilules de 1^{ère} ou 2^{ème} génération (39).

**Tableau récapitulatif des pilules oestro-progestatives,
tiré du site du Collège National de Pharmacologie Médicale**

Contraceptifs oraux commercialisés en France au 01 Janvier 2015 Estro-progestatifs					
Génération progestatif	Dénomination commune (DC)	Phases	Dosage	Spécialités	Posologie
1 ^{ère}	Noréthistérone	Triphasique	Noréthistérone 500 puis 750 µg puis 1000 µg, EE 35 µg	Triella	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
2 ^{ème}	Lévonorgestrel	Monophasique	Lévonorgestrel 150 µg, EE 30 µg	Minidril – Ludéal – Lovapharm Lévonorgestrel Ethinylestradiol 150/30 Mylan / Teva	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Lévonorgestrel 100 µg, EE 20 µg	Optidril	21 cp actifs + 7 placebo
		Biphasique	Lévonorgestrel 150 puis 200 µg, EE 30 puis 40 µg	Leeloo – Lovavulo – Lévonorgestrel Ethinylestradiol Zentiva 100/20	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Lévonorgestrel 50 puis 75 puis 125 µg, EE 30 puis 40 puis 30 µg	Optilova	21 cp actifs + 7 placebo
	Norgestrel	Monophasique	Lévonorgestrel 150 puis 200 µg, EE 30 puis 40 µg	Adépai – Pacilia	21 cp (7+14) + 7 j d'arrêt
			Norgestrel 500 µg, EE 50 µg	Trinordiol – Amarance – Daily - Evanecia	21 cp (6+5+10) + 7 j d'arrêt
3 ^{ème}	Désogestrel	Monophasique	Désogestrel 150 µg, EE 20 µg	Stédiril	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Désogestrel 150 µg, EE 30 µg	Mercilon – Désobel 150/20 - Désogestrel Ethinylestradiol 150/20 Biogaran / Zentiva	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Gestodène 75 µg, EE 20 µg	Vamoline – Désobel 150/30 - Désogestrel Ethinylestradiol 150/30 Biogaran / Zentiva	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Gestodène 75 µg, EE 30 µg	Harmonet – Méliane – Carlin 75/20 - Gestodène Ethinylestradiol 75/20 / Biogaran / EG / Mylan / Sandoz / Teva / Zentiva	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Gestodène 50 puis 70 puis 100 µg, EE 30 puis 40 puis 30 µg	Minulet – Carlin 75/30 - Gestodène Ethinylestradiol 75/30 Actavis / Biogaran / EG / Mylan / Teva / Zentiva	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Norgestimate 250 µg, EE 35 µg	Tri-Minulet – Perléane	21 cp (6+5+10) + 7 j d'arrêt
			Norgestimate 180 µg puis 215 µg puis 250 µg, EE 35 µg	Effiprev	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
				Triafemi	21 cp (7+7+7) + 7 j d'arrêt
Autres (parfois appelées 4 ^{ème} génération)	Chlormadinone	Monophasique	Chlormadinone 2 mg, EE 30 µg	Bélara	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
	Drospirénone	Monophasique	Drospirénone 3 mg, EE 30 µg	Jasmine – Convuline - Drospibel 3 mg / 30 µg - Drospirénone Ethinylestradiol 3 mg / 30 µg Biogaran / Mylan / Sandoz	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Drospirénone 3 mg, EE 20 µg	Jasminelle – Bélanette - Drospibel 3 mg / 20 µg - Drospirénone Ethinylestradiol 3 mg / 20 µg Biogaran / Mylan / Sandoz	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
				Jasminelle continu - Drospirénone Ethinylestradiol 3 mg / 20 µg Biogaran continu / GNR / Mylan continu	21 cp actifs + 7 placebo
				Yaz – Rimendia – Drospirénone Ethinylestradiol Mylan Pharma continu	24 cp actifs + 4 placebo

Lors de la primo-prescription, il est recommandé de prescrire les pilules oestro-progestatives de 1^{ère} ou 2^{ème} génération en débutant par les moins dosées en éthinyl-oestradiol (34).

La pilule oestro-progestative en plus d'être prescrite comme contraception orale, peut également être prescrite afin de diminuer l'acné légère à modérée chez la femme ayant besoin d'une contraception (34).

Le comprimé se prend à heure fixe tous les jours en continu ou pendant 21 jours suivi d'un arrêt durant 7 jours soit sans prise de comprimé soit en prenant des comprimés de placebo.

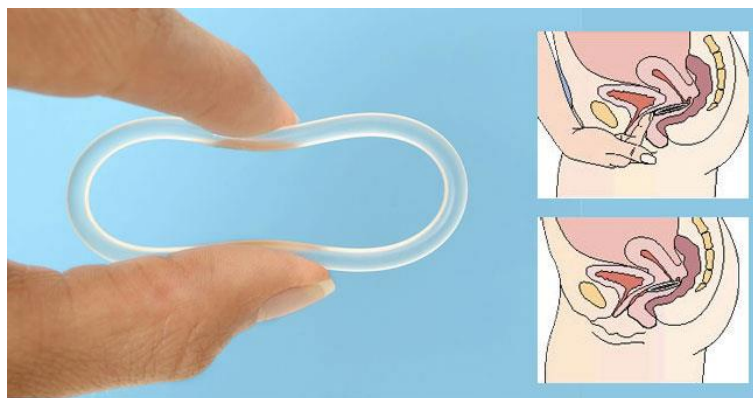
Le traitement peut être débuté le premier jour des règles permettant ainsi une contraception immédiate ou en réalisant un « quick start », c'est-à-dire en la débutant à n'importe quel moment du cycle mais en y associant un préservatif les 7 premiers jours avant d'obtenir un effet contraceptif.

En cas d'oubli d'un comprimé, la femme a 12 heures pour prendre le comprimé oublié puis les suivants à l'heure habituelle. Si ce délai est dépassé, elle reprend les comprimés à l'heure habituelle mais doit utiliser une méthode barrière (préservatifs) pendant 7 jours. Si elle a eu un rapport non protégé dans les 5 jours précédents l'oubli, elle doit prendre une contraception d'urgence et se protéger pendant 7 jours, tout en continuant la prise de sa pilule. Si l'oubli concerne un des 7 derniers comprimés actifs, elle poursuit la plaquette jusqu'à la fin et enchaîne avec la plaquette suivante sans jour d'interruption ou sans prise de comprimés inactifs.

La patiente doit faire attention au risque de malabsorption en cas de vomissements ou de diarrhées dans les 4 heures suivant la prise du comprimé. Il est conseillé de reprendre un comprimé sinon elle doit faire comme en cas d'oubli.

La délivrance des contraceptifs remboursables peut se faire de façon anonyme et gratuite pour les mineures de moins de 15 ans depuis 2020 si la prescription est rédigée sur une ordonnance isolée portant la mention « contraception mineures » (33).

- **L'anneau contraceptif (Nuvaring)**



L'anneau contraceptif est composé d'éthinyl-oestradiol et d'etonogestrel. C'est un équivalent des pilules de 2^{ème} génération. Cependant, il reste non remboursé par la sécurité sociale et coûte 16 euros par mois (1 anneau) (40). Sa sécurité et son efficacité ne sont pas établies chez les femmes mineures (37) mais sa prescription reste possible après une évaluation des bénéfices et des risques et selon la demande de la patiente. Il n'est pas concerné par la délivrance gratuite en pharmacie aux mineures.

Ses avantages sont qu'il est laissé pendant 3 semaines en place dans le fond vaginal évitant ainsi les problèmes d'observance et que son efficacité n'est pas altérée par la survenue de vomissements ou de diarrhées.

Pour le mettre en place, l'anneau doit être pincé et inséré dans le vagin, avec ou sans l'aide d'un applicateur jetable, jusqu'à ce qu'aucune gêne ne soit perçue. Il reste efficace peu importe sa place dans le vagin. Son retrait se fait soit en passant l'index sous l'anneau, soit en le saisissant entre l'index et le majeur.

Lorsqu'il est inséré pour la première fois, une contraception mécanique doit être poursuivie pendant les 7 premiers jours avant que son effet contraceptif soit efficace.

Ses inconvénients sont sa durée de conservation (4 mois s'il n'est pas conservé au réfrigérateur ou en cas de rupture de la chaîne du froid), ses risques d'infections vaginales et d'expulsion accidentelle.

Lors d'expulsion accidentelle s'il n'a pas été correctement mis en place, ou lors du retrait d'un tampon, des rapports sexuels ou des efforts de poussées en cas de constipation, il doit être rincé puis réinséré si l'expulsion est de moins de 3 heures. En cas d'expulsion de plus de 3 heures, son efficacité contraceptive est diminuée et le protocole à suivre va dépendre du moment du cycle. Si la femme est dans la 1^{ère} ou 2^{ème} semaine du cycle, elle doit remettre l'anneau en place et utiliser un préservatif pendant 7 jours. Si en revanche, elle est dans la 3^{ème} semaine de son cycle, elle pourra soit remettre un nouvel anneau qu'elle gardera pendant 3 semaines, soit ne pas remettre d'anneau afin de déclencher ses règles, elle mettra alors l'anneau le premier jour de ses règles (au plus tard dans les 7 jours suivants le retrait de l'anneau précédent).

- **Le patch contraceptif (Evra, Lisvy)**



Le patch contraceptif est composé d'éthinyl-oestradiol et de norelgestromine (Evra) ou de gestodène (Lisvy). Il est de couleur chair (Evra) ou transparent (Lisvy). Il est apparenté pour son risque thrombo-embolique aux pilules de 3^{ème} génération. Il n'est donc pas remboursé par l'assurance maladie et coûte environ 15 euros par mois pour une boîte de 3 patchs. Le patch n'est pas concerné par la délivrance gratuite en pharmacie aux mineures (40).

Tout comme l'anneau sa sécurité et son efficacité ne sont établies que chez les femmes majeures (37) mais sa prescription reste possible chez les mineures après une évaluation des bénéfices et des risques et selon la demande de la patiente.

Son administration est hebdomadaire, il est donc appliqué sur une peau propre, saine, sèche, sans pilosité ni grain de beauté et à un endroit où il ne subira pas de friction (fesse, abdomen, face extérieure du bras ou la partie supérieure du torse mais à distance des seins), pendant 7 jours. Il sera changé toutes les semaines pendant 3 semaines consécutives suivi d'une semaine sans patch. Chaque nouveau dispositif doit être placé à un endroit différent du précédent pour éviter les irritations.

Son avantage est que son efficacité n'est pas altérée par la survenue de vomissements ou diarrhées et qu'il présente moins de risque d'inobservance que la contraception orale.

Ses inconvénients sont que son efficacité est diminuée chez les femmes de plus de 90 kilogrammes ou compromise en cas de décollement complet ou partiel.

En cas de décollement du dispositif de moins de 24 heures, le patch décollé ou un nouveau dispositif est recollé à un autre endroit. Il sera enlevé à la date prévue initialement.

Si le dispositif est décollé depuis plus de 24 heures, un nouveau patch est recollé pour une durée de 7 jours et un nouveau cycle de 3 patchs. Il doit être associé pendant 7 jours à un préservatif. Si un rapport sexuel non protégé a eu lieu dans les 5 jours précédents le décollement, une contraception d'urgence doit être prescrite et les préservatifs sont à utiliser pendant maximum 14 jours jusqu'aux règles.

En cas de retard dans la mise en place du premier patch du cycle, un autre moyen contraceptif doit être utilisé en plus du patch posé pendant les 7 premiers jours.

Si le deuxième ou le troisième dispositif n'est pas mis en place au 8^e ou au 15^e jour du cycle et que le retard est inférieur à 48 heures, un nouveau patch est appliqué. Le dispositif suivant doit être mis en place à la date de changement initialement prévue. Aucun moyen contraceptif supplémentaire n'est nécessaire dans ce cas. Si le retard est supérieur à 48 heures, il est nécessaire de débiter un nouveau cycle de 3 dispositifs. Un autre moyen contraceptif doit alors être utilisé pendant la première semaine de ce nouveau cycle (37).

La contraception progestative

Les différentes contraceptions progestatives sont la pilule micro-progestative, l'implant contraceptif et les progestatifs injectables (34,37). Les pilules macro-progestatives ne disposent pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'indication contraceptive.

Leur action est similaire à la contraception oestro-progestative. Elle va permettre :

- ⇒ Un blocage de l'ovulation
- ⇒ Un épaissement de la glaire cervicale
- ⇒ Une diminution de l'épaisseur de l'endomètre

Les contre-indications aux progestatifs sont :

- Accidents thromboemboliques veineux évolutifs (par précaution)
- Affections hépatiques sévères
- Tumeurs malignes sensibles aux stéroïdes
- Hémorragies génitales inexplicables
- Association avec le millepertuis
- HTA non contrôlée ou apparaissant sous traitement (pour le désogestrel)
- Antécédents ou cancer hormono-dépendant (utérus, sein) pour le désogestrel

Les effets secondaires des progestatifs sont une aménorrhée, des irrégularités menstruelles, des spottings, des mastodynies, des troubles de l'humeur, des céphalées, des nausées, une prise de poids, de l'acné, une diminution de la libido et un syndrome dépressif. Les progestatifs ne présentent pas de sur-risque thromboembolique veineux ou artériel.

- La pilule micro-progestative

Il existe 2 sortes de pilules micro-progestatives : celles à base de désogestrel (Cerazette, Clareal, Optimizette, Antigone, Desopop) ou celle à base de lévonorgestrel (Microval). Ces pilules ne sont pas toutes remboursées.

La pilule progestative se prend à heure fixe tous les jours sans arrêt entre 2 plaquettes. Le traitement peut être débuté le premier jour des règles permettant ainsi une contraception immédiate ou en réalisant un « quick start », c'est-à-dire en la débutant à n'importe quel moment du cycle mais en y associant un préservatif les 7 premiers jours avant d'obtenir un effet contraceptif.

Lors de l'oubli d'un comprimé, la femme a 12 heures pour prendre le comprimé oublié (3h si la pilule est le lévonorgestrel). Les comprimés suivants sont pris à l'heure habituelle. Si le délai de 12 heures est dépassé, elle reprend les comprimés à l'heure habituelle mais doit utiliser une méthode barrière (préservatifs) pendant 7 jours.

En cas de rapport sexuel non protégé dans les 5 jours précédent l'oubli, elle doit prendre une contraception d'urgence et se protéger pendant 14 jours, tout en continuant la prise de sa pilule.

La patiente doit faire attention au risque de malabsorption en cas de vomissements ou de diarrhées dans les 4 heures suivant la prise du comprimé. Il est conseillé de reprendre un comprimé sinon elle doit faire comme en cas d'oubli.

- **L'implant contraceptif (Nexplanon, Implanon)**



L'implant contraceptif comprend un progestatif à base d'étonogestrel. C'est un petit bâtonnet cylindrique en plastique de 4 centimètres de long et 2 millimètres de diamètre, qui délivre en continu de petites quantités de progestatifs.

Il coûte environ 100 euros et est remboursé par l'Assurance maladie (40).

L'implant est posé par un médecin ou une sage-femme. Il est inséré en sous-cutané, juste sous la peau dans le bras non dominant. L'insertion est réalisée uniquement avec l'applicateur préchargé dans des conditions d'asepsie. Il est laissé en place pour une durée de 3 ans. Son retrait est effectué dans les mêmes conditions. Il est efficace dès le lendemain de la pose.

Un des effets indésirables fréquents chez une femme sur 5 est la modification du profil de saignements (aménorrhées ou spottings) qui est parfois à l'origine du retrait prématuré du dispositif.

Il existe de rares cas de migration de l'implant dans les vaisseaux sanguins ou dans la paroi thoracique (37).

- **Les progestatifs injectables (Depo Provera)**



Les injections d'acétate de médroxyprogestérone sont peu utilisées et sont indiquées pour les cas où il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives.

L'injection se fait en intramusculaire tous les 3 mois et doit être limitée dans le temps compte tenu des risques potentiels (thrombose veineuse, diminution de la densité minérale osseuse, prise de poids). A l'arrêt des injections, le retour de la fertilité est différé de 3 à 12 mois.

Ses contre-indications sont les mêmes que pour les progestatifs avec d'autres contre-indications supplémentaires telles que l'obésité, l'ostéoporose, le diabète, un cancer hormono-dépendant, une hypertension artérielle ou un fibrome utérin.

Les effets secondaires sont une diminution de la densité minérale osseuse, une perte de vision soudaine ou complète (œdème papillaire ou atteinte vasculaire rétinienne), une exophtalmie, une diplopie, ou des migraines.

Les dispositifs intra-utérins

Les dispositifs intra-utérins (DIU) aussi appelés stérilets sont des dispositifs en forme de T insérés dans l'utérus. Ils possèdent à leur extrémité inférieure un fil, dépassant du col de l'utérus afin de faciliter son retrait.

Il existe 2 types de DIU : les DIU au cuivre et les DIU au lévonorgestrel. Leur coût varie entre 30 (DIU au cuivre) et 125 euros (DIU hormonal) avec un remboursement par la Sécurité Sociale (40).

Ils permettent une contraception en agissant sur différents axes :

- ⇒ Une action mécanique par sa localisation dans l'utérus qui crée une réaction inflammatoire locale et modifie l'endomètre afin de le rendre impropre à la nidation.

- ⇒ Une action cytotoxique (pour le DIU au cuivre) grâce au cuivre qui a un effet toxique sur les spermatozoïdes les rendant moins viables et moins mobiles. Plus la teneur en cuivre est élevée, plus l'effet toxique sur les spermatozoïdes augmente.

- ⇒ Une action hormonale (pour le DIU hormonal) grâce aux progestatifs qui modifient la glaire cervicale, l'endomètre et bloquent l'ovulation.

Ils peuvent être proposés aux femmes et aux adolescentes, quelles que soient la parité et la gestité (34,37). Ils existent en différentes tailles justement pour s'adapter à la taille de l'utérus. Ils sont laissés en place 5 à 10 ans pour les DIU au cuivre et 3 à 5 ans pour les DIU hormonaux.

Les dispositifs intra-utérins : hormonal (à gauche) et au cuivre (à droite)



Les contre-indications absolues à la pose d'un DIU sont :

- Toute grossesse suspectée ou avérée
- Une infection gynécologique récente ou en cours
- Des saignements vaginaux inexpliqués (pouvant faire suspecter une pathologie grave)
- Un cancer gynécologique évolutif (col, endomètre)
- Toute anomalie anatomique utérine congénitale ou acquise entraînant une déformation de la cavité utérine de telle sorte qu'il est impossible d'y insérer un DIU
- Des fibromes utérins déformant la cavité utérine
- Une hypersensibilité au cuivre ou à l'un des composants du dispositif
- La période de post-partum comprise entre 48 heures et 4 semaines après l'accouchement
- Les contre-indications des progestatifs (pour le DIU hormonal)

Avant la pose d'un dispositif intra-utérin, le médecin s'assure de l'absence d'IST en cas de facteurs de risque infectieux (34,38).

La pose est réalisée par un médecin ou une sage-femme, de préférence en première partie de cycle pour éviter de poser le DIU sur une grossesse mais peut être effectuée à n'importe quel moment du cycle. L'échographie pelvienne de contrôle n'est pas recommandée sauf en cas de difficultés lors de la pose ou si la patiente est symptomatique. Les complications à la pose du stérilet sont un risque de perforation utérine et de migration.

La patiente est revue 1 à 3 mois après la pose pour vérifier la bonne tolérance puis 1 fois par an afin de vérifier l'absence d'expulsion et d'inflammation pelvienne. Elle doit consulter immédiatement en cas de douleurs pelviennes, saignements inexpliqués ou de fièvre.

Les effets indésirables sont des règles plus abondantes pour le DIU au cuivre ou des spotting, oligoménorrhée ou aménorrhée avec le DIU au lévonorgestrel ainsi que les effets indésirables des progestatifs.

Les Réunions de Concertations Pluridisciplinaires sur les DIU précisent que ce ne sont pas des méthodes contraceptives de première intention chez les femmes nullipares. La Commission de la transparence a, quant à elle, situé les DIU hormonaux en deuxième intention, après les stérilets au cuivre (37).

La contraception non hormonale

- La méthode mécanique

La contraception mécanique inclut les préservatifs féminins et masculins, la cape cervicale, le diaphragme et les spermicides. Elle est utilisée quelle que soit la date du cycle.

La cape, le spermicide et les préservatifs sont délivrés sans ordonnance en pharmacie (37).

▫ Les préservatifs masculins et féminins



Les préservatifs masculins et féminins sont les seuls capables de protéger des IST. Depuis 2018, le préservatif masculin est remboursé s'il est prescrit par un médecin : « Eden » ou « Sortez couverts ! » (40, 41).

▫ La cape cervicale et le diaphragme



Cape cervicale



Diaphragme

La cape est un dôme en silicone alors que le diaphragme est une coupelle en silicone. Ils se placent dans le vagin au contact du col de l'utérus.

Le diaphragme ou la cape cervicale peuvent être posés au moment du rapport sexuel, ou plusieurs heures avant. Il est important de les garder pendant 8 heures après le rapport car ils empêchent le passage des spermatozoïdes dans l'utérus. Ils sont réutilisables. Leur efficacité contraceptive est améliorée par l'association à un spermicide.

La détermination de la taille du dispositif (diaphragme ou cape) se fait au préalable, par le praticien (médecin ou sage-femme) et l'apprentissage pour la pose se fait en consultation.

Ils ne sont pas conseillés pour les jeunes filles qui débutent leur vie sexuelle car ils imposent une bonne connaissance du corps pour la pose et le retrait. Ils sont également déconseillés chez les femmes ayant déjà eu des enfants car ils s'adaptent moins au col de l'utérus (35).

Ces dispositifs sont peu ou pas remboursés par la Sécurité Sociale : la cape cervicale coûte 60 euros et n'est pas remboursée alors que le diaphragme coûte 45 euros et est remboursé sur la base de 3,14 euros (40).

▫ **Les spermicides**

Les spermicides se présentent sous forme de gel ou d'ovule qui se placent dans le vagin quelques minutes avant chaque rapport et détruisent les spermatozoïdes. Ils sont associés à la cape cervicale et au diaphragme pour améliorer l'efficacité contraceptive.

- **La méthode naturelle**

Les différentes méthodes naturelles ne sont pas adaptées chez l'adolescente car elles nécessitent une bonne connaissance de ses cycles et de son corps. De plus, le taux d'échec est élevé.

▫ **Méthode de Billings**

La méthode de Billings est une méthode d'observation de la glaire cervicale. Au moment de l'ovulation, la glaire cervicale devient plus abondante et fluide laissant passer plus facilement les spermatozoïdes. La femme n'aura pas de rapport sexuel durant cette période.

▫ **Méthode de prise de température**

La méthode de prise de température nécessite une prise de température chaque matin avant le lever et toujours à la même heure mais elle ne tient pas compte des facteurs pouvant faire monter la température (fièvre, stress...). Lors de l'ovulation, la température dépasse les 37°C durant quelques jours. Il convient de s'abstenir durant cette période.

▫ **Méthode Ogino-Knaus**

La méthode d'Ogino-Knaus consiste à compter les jours de son cycle et à s'abstenir de rapports sexuels durant la période de fertilité, c'est-à-dire entre le 8^{ème} et le 18^{ème} jour du cycle. Elle nécessite des cycles réguliers, ni trop court ni trop long (entre 26 et 32 jours).

▫ **Méthode du retrait ou coït interrompu**

Pour la méthode du retrait, l'homme se retire juste avant l'éjaculation lors du rapport sexuel. Elle est peu efficace car dès l'érection, il y a des spermatozoïdes dans le liquide séminal qui sert de lubrification du pénis.

La contraception d'urgence

Les échecs contraceptifs dus au défaut d'observance ou à la mauvaise utilisation d'un contraceptif sont une des causes principales de recours à l'IVG (43). Depuis les années 2000, on note une augmentation du recours aux méthodes de contraception d'urgence (34).

Cette contraception est utilisée par les mineures dans uniquement 15% des rapports sexuels non protégés, soit parce que la jeune fille ne pensait pas pouvoir être enceinte (48%), soit par méconnaissance de cette contraception (14%) (43).

Il existe 2 méthodes de contraception d'urgence :

⇒ La méthode hormonale avec le lévonorgestrel ou l'ulipristal d'acétate, plus communément appelée « la pilule du lendemain ».

⇒ La méthode mécanique avec le DIU au cuivre.

Peu importe la méthode choisie, un test de grossesse est recommandé si la femme présente un retard de règles après la prise d'une contraception d'urgence.

- **Les pilules du lendemain**

Les « pilules du lendemain » sont vendues en pharmacie depuis 1999 avec une délivrance sans ordonnance depuis 2001. Elles sont gratuites et anonymes pour les mineures depuis 2002 (44). Leur coût est de 6,50 euros pour le lévonorgestrel et 20 euros pour l'ulipristal d'acétate (40).

Elles ne sont pas efficaces à 100% mais plus la prise est proche du rapport sexuel à risque, plus la contraception d'urgence est efficace (44).

▫ LEVONORGESTREL (NORLEVO)

La pilule au levonorgestrel doit être utilisée dans les 72 heures après le rapport sexuel non protégé. Elle entraîne une apparition plus précoce des menstruations. Son efficacité est diminuée en cas d'indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30.

▫ ULIPRISTAL D'ACETATE (ELLAONE)

La pilule à l'ulipristal d'acétate doit être utilisée dans les 5 jours suivant le rapport sexuel non protégé car elle retarde la rupture folliculaire de 5 jours. Elle entraîne donc un retard des menstruations. Elle n'est pas recommandée si la femme est sous contraception hormonale au long cours.

- **Le DIU au cuivre**

Le DIU au cuivre est la contraception d'urgence la plus fiable. Il peut être posé dans les 5 jours suivant le rapport sexuel.

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Un échec de contraception est fréquent chez les adolescentes aboutissant parfois à une grossesse. Le taux d'IVG chez les mineures est d'environ 11 pour 1000 en France métropolitaine (42, 44). Trois grossesses de mineures sur cinq se terminent par une IVG (8). Elles représentent une part de 9% des IVG en France (19).

La grossesse chez les mineures survient dans 50% des cas suite à l'absence de contraception ou à une méthode non médicamenteuse (mauvaise utilisation du préservatif) (19,43).

Parmi les mineures de moins de 16 ans ayant eu une IVG (43) :

- 31% n'avaient pas utilisé de contraception.
- 69% avaient une contraception : 70% préservatif, 19% retrait, 5% pilule (dont 93% suite à un oubli), 3% abstinence périodique, 2% pilule du lendemain, 1% patch/anneau, 0% stérilet/implant/spermicides.

Même si le pourcentage de femmes en France ayant recours à une IVG s'est accru suite à sa légalisation, ce taux se stabilise depuis les années 90. On remarque néanmoins une baisse de la moyenne d'âge des patientes ayant recours à cette méthode de contrôle des naissances en lien avec une augmentation de l'avortement chez les mineures (6,7).

Cette augmentation du nombre d'IVG chez les mineures est le résultat de plusieurs facteurs :

- Un accès facilité à l'IVG qui ne requière plus d'autorisation parentale pour les mineures depuis 2000 et qui est gratuite pour toutes les femmes depuis 2013 (46).
- Le manque de confidentialité pour la contraception orale à but préventif (8). En effet, alors que la contraception d'urgence peut être délivrée gratuitement en pharmacie, de manière anonyme et sans ordonnance aux mineures ; les autres moyens de contraception restent payants et/ou remboursables par la Sécurité Sociale des parents et ce malgré la suppression de leur consentement depuis 2001 (42).
- L'allongement de la jeunesse sexuelle (47,48) définie comme la période entre le premier rapport sexuel et l'âge du premier enfant (6).
- La sous-information sur la sexualité et les moyens de contraception à l'entrée dans la vie sexuelle (8).

L'IVG chez les mineures est un facteur de risque de recours répété à l'avortement. Sept pour cent des mineures ayant déjà eu une IVG auront de nouveau recours à cet acte médical au cours de leur vie (43). De plus, le risque de complications médicales est plus important car les grossesses sont souvent découvertes plus tardivement (8).

MATERIELS ET METHODES

Cette étude descriptive menée d'octobre 2020 à août 2021, tente de décrire les pratiques des médecins généralistes du Saintonge (correspondant à la moitié sud du département de la Charente Maritime) lors de la première consultation de contraception en médecine générale chez les jeunes filles pubères de moins de 15 ans.

L'âge limite de 15 ans a été choisi car il correspond à l'âge de la majorité sexuelle.

Son objectif principal est de créer un protocole pour le déroulement d'une première consultation de contraception chez les filles de moins de 15 ans. Les objectifs secondaires sont de découvrir les forces et les faiblesses de cette consultation réalisée par les médecins généralistes ainsi que d'identifier des variables dépendantes du médecin, pouvant influencer la conduite de la consultation.

Le but est de proposer des solutions afin d'améliorer la prise en charge des patientes de moins de 15 ans lors de cette consultation en médecine générale.

Le recueil de données a été effectué sous forme de questionnaire anonyme rédigé sur Google Form. Il est divisé en 4 parties et est composé en majorité de questions à réponses fermées avec parfois des choix multiples.

La première partie du questionnaire se compose de 3 questions et concerne les caractéristiques du médecin généraliste.

La seconde partie s'intéresse à la pratique et à la formation du médecin généraliste grâce à 4 questions.

La troisième partie, la partie principale, porte sur le déroulement de la consultation : 2 questions se renseignent sur le contexte avant la consultation puis 11 questions sur la consultation en elle-même (accompagnant, interrogatoire, examen clinique, informations données, prescriptions, organisation du suivi...).

La quatrième partie laisse le champ libre aux remarques des médecins.

Ce questionnaire a été envoyé aux médecins par mail et mis en ligne sur le site du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Charente Maritime afin de recueillir les informations sur leur façon de mener cette consultation.

Le logiciel Word a été utilisé pour la rédaction de ce travail et Excel pour la mise en forme des données et graphiques. L'analyse statistique a été effectuée grâce au test de Fisher sur le site Biostatgv. La bibliographie a été référencée grâce à Zotero qui est un logiciel de gestion des références.

RESULTATS

Sur les 75 médecins généralistes sollicités, 38 médecins ont répondu (50,6%). Parmi ces réponses, 5 sont exclues : un questionnaire est vierge et quatre médecins ont répondu par mail mais pas au questionnaire pour dire qu'ils n'exerçaient plus (retraités) ou qu'ils s'étaient spécialisés dans un domaine où ils ne rencontraient pas de gynécologie. Nous avons donc 33 questionnaires exploitables soit un taux de réponse de 44%.

Les caractéristiques du médecin

Un peu plus de la moitié des médecins généralistes ayant répondu sont des femmes. Ils ont majoritairement moins de 40 ans et seulement 6,1% ont plus de 60 ans. Le questionnaire a été rempli principalement par des médecins généralistes installés ce qui représente 78,8% des réponses au questionnaire (Tableau 1).

Variables	N (%)
Je suis	
un homme	14 (42,4%)
une femme	19 (57,6%)
J'ai	
moins de 40 ans	18 (54,5%)
entre 40 et 60 ans	13 (39,4%)
plus de 60 ans	2 (6,1%)
J'exerce en tant que	
médecin généraliste installé	26 (78,8%)
médecin généraliste remplaçant	7 (21,2%)

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins

La pratique en médecine générale

Seulement 27% des médecins généralistes estiment avoir souvent des patientes de tout âge pour des consultations de gynécologie alors que 21% en voient rarement. Il ressort que les médecins généralistes femmes voient significativement plus de patientes pour des motifs gynécologiques que les médecins généralistes hommes (Tableau 2). En effet, parmi les médecins qui voient rarement des patientes pour des consultations de gynécologie, 86% sont des hommes. Les médecins généralistes hommes réalisent significativement moins de consultations de gynécologie que les médecins généralistes femmes.

Les explications données par les médecins généralistes les moins sollicités pour ces consultations sont parce qu'ils sont des hommes, que leur formation est insuffisante ou que ce n'est pas leur domaine de prédilection avec une patientèle plus âgée.

L'âge du médecin généraliste n'a cependant pas d'influence sur la fréquence des consultations de gynécologie en cabinet de médecine générale dans une patientèle (Tableau 2).

Variables	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	p-value
<i>Sexe</i>					
• Homme	1 (11%)	7 (41%)	6 (86%)	0 (0%)	p < 0,05
• Femme	8 (89%)	10 (59%)	1 (14%)	0 (0%)	
<i>Age</i>					
• Moins de 40 ans	5 (55,5%)	8 (47%)	5 (71%)	0 (0%)	p = 0,5
• Entre 40 et 60 ans	4 (44,5%)	8 (47%)	1 (14,5%)	0 (0%)	
• Plus de 60 ans	0 (0%)	1 (6%)	1 (14,5%)	0 (0%)	
<i>Formation de gynécologie/sexualité</i>					
• Avec	7 (78%)	2 (12%)	0 (0%)	0 (0%)	p < 0,05
• Sans	2 (22%)	15 (88%)	7 (100%)	0 (0%)	
TOTAL	9 (27,3%)	17 (51,5%)	7 (21,2%)	0 (0%)	

Tableau 2 : Fréquence des consultations de gynécologie en cabinet de médecine générale

La formation des médecins généralistes

Vingt-sept pour cent des médecins généralistes ont une formation complémentaire en gynécologie ou en sexualité. Parmi eux, deux tiers ont obtenu un diplôme interuniversitaire de gynécologie obstétrique pour les médecins généralistes. Le tiers restant s'est formé en assistant à des formations sur la sexualité ou la contraception organisées par le planning familial ou en allant à des consultations chez un gynécologue libéral pour s'entraîner à réaliser des frottis.

Parmi les médecins généralistes qui ont assisté à une formation complémentaire, les femmes sont significativement plus représentées avec 89% de femmes. La formation en gynécologie ou en sexualité est indépendante de l'âge du médecin (Tableau 3).

On remarque que les médecins généralistes ayant reçu une formation complémentaire en gynécologie ou en sexualité reçoivent plus de patientes pour des motifs gynécologiques (Tableau 2).

Variables	Oui	Non	p-value
<i>Sexe</i>			
• Homme	1 (11%)	13 (54%)	p < 0,05
• Femme	8 (89%)	11 (46%)	
<i>Age</i>			
• Moins de 40 ans	5 (56%)	13 (54%)	p = 0,99
• Entre 40 et 60 ans	4 (44%)	9 (37,5%)	
• Plus de 60 ans	0 (0%)	2 (8,5%)	
TOTAL	9 (27,3%)	24 (72,7%)	

Tableau 3 : Formation complémentaire des médecins généralistes en gynécologie ou en sexualité

Le contexte avant la première consultation

Quarante-cinq pour cent des médecins généralistes avouent ne pas aborder le sujet de la contraception ou de la sexualité avec les jeunes filles avant la première consultation de contraception, en dehors de toute demande de leur part et cela indépendamment de l'âge du médecin, de son sexe ou de sa formation (Tableau 4). Cinquante-huit pour cent des médecins interrogés reçoivent rarement voir jamais des demandes des patientes pour discuter de sexualité, d'IST ou de contraception en dehors d'une demande de prescription de contraception (Tableau 5).

Variables	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	p-value
Sexe					
● Homme	3 (43%)	4 (36%)	5 (38,5%)	2 (100%)	p = 0,49
● Femme	4 (57%)	7 (64%)	8 (61,5%)	0 (0%)	
Age					
● Moins de 40 ans	4 (57%)	7 (64%)	6 (46%)	1 (50%)	p = 0,47
● Entre 40 et 60 ans	3 (43%)	4 (36%)	6 (46%)	0 (0%)	
● Plus de 60 ans	0 (0%)	0 (0%)	1 (8%)	1 (50%)	
Formation complémentaire					
● Avec	3 (43%)	4 (36%)	2 (15%)	0 (0%)	p = 0,40
● Sans	4 (57%)	7 (64%)	11 (85%)	2 (100%)	
TOTAL	7 (21%)	11 (33,5%)	13 (39,5%)	2 (6%)	

Tableau 4 : Abord de la sexualité/IST/contraception par le médecin généraliste avant la première consultation de contraception

Variables	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	p-value
Sexe					
● Homme	0 (0%)	3 (30%)	9 (56%)	2 (66%)	p = 0,13
● Femme	4 (100%)	7 (70%)	7 (44%)	1 (33%)	
Age					
● Moins de 40 ans	2 (50%)	6 (60%)	7 (44%)	3 (100%)	p = 0,69
● Entre 40 et 60 ans	2 (50%)	4 (40%)	7 (44%)	0 (0%)	
● Plus de 60 ans	0 (0%)	0 (0%)	2 (12%)	0 (0%)	
Formation complémentaire					
● Avec	2 (50%)	5 (50%)	2 (12%)	0 (0%)	p = 0,08
● Sans	2 (50%)	5 (50%)	14 (88%)	3 (100%)	
TOTAL	4 (12%)	10 (30%)	16 (49%)	3 (9%)	

Tableau 5 : Abord de la sexualité/IST/contraception à la demande de la patiente avant la première consultation de contraception

Le déroulement de la consultation

Soixante-seize pour cent des médecins généralistes mènent l'entretien avec un parent ou une tierce-personne majeure mais certains proposent à la patiente d'être vue seule. Pour 24% des généralistes, ils préfèrent voir les patientes mineures systématiquement accompagnées. Quatorze pour cent considèrent que si elles viennent accompagnées alors ils font la consultation avec l'accompagnant. Pour les autres, la consultation est menée avec un tiers par peur du refus de sortir de l'accompagnant, pour rassurer les parents, pour créer un échange avec le parent ou parce qu'ils abordent cette consultation lors de la venue de l'adolescente pour un autre motif.

Le pourcentage de médecins généralistes qui consultent avec uniquement la patiente s'élève à 24% mais certains avouent mener la consultation en deux parties : avec puis sans l'accompagnant. Les raisons motivant la consultation seule sont de permettre une libération de la parole dans un contexte plus intime et en toute confidentialité (Figure 1).

Au total, 45% des médecins généralistes ne verront pas la patiente seule lors de cette consultation alors que 55% auront au moins un moment seul avec elle.

On n'observe pas de différence significative pour mener cette consultation avec ou sans accompagnant selon le sexe, l'âge ou la formation du médecin (Tableau 6 en annexe).

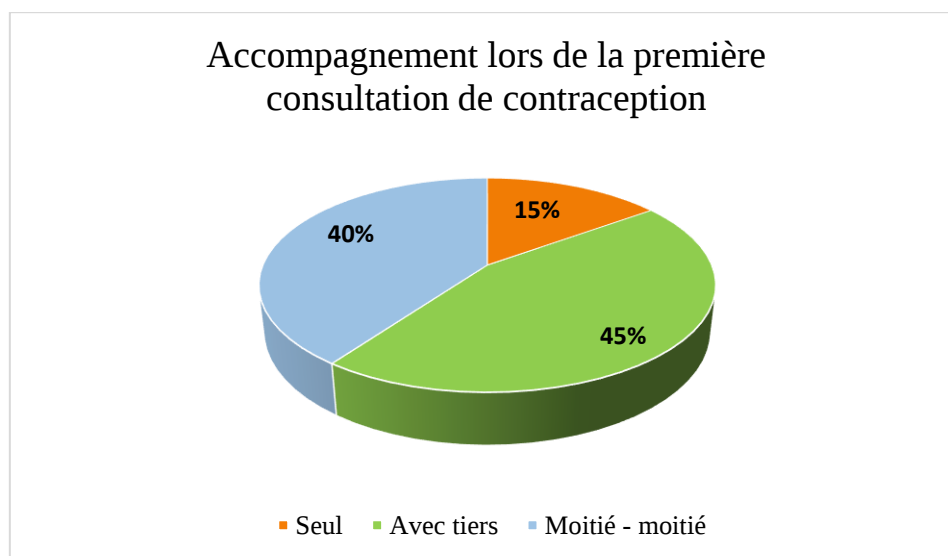


Figure 1 : Première consultation de contraception avec ou sans accompagnant

La durée de la première consultation de contraception est de 20 à 30 minutes pour 55% des médecins généralistes, 33% y consacrent moins de 20 minutes et 12% y passent entre 30 et 45 minutes. Les médecins généralistes hommes consacrent significativement moins de temps pour cette consultation que les médecins généralistes femmes (Tableau 7).

Variables	< 20 min	20-30 min	30-45 min	45-60 min	> 1 h	p-value
Sexe						
• Homme	8 (73%)	6 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	p < 0,05
• Femme	3 (27%)	12 (67%)	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	
Age						
• Moins de 40 ans	5 (45,5%)	11 (61%)	2 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	p = 0,88
• Entre 40 et 60 ans	5 (45,5%)	6 (33%)	2 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	
• Plus de 60 ans	1 (9%)	1 (6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Formation complémentaire						
• Avec	3 (27%)	4 (22%)	2 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	p = 0,56
• Sans	8 (73%)	14 (78%)	2 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	
TOTAL	11 (33%)	18 (55%)	4 (12%)	0 (0%)	0 (0%)	

Tableau 7 : Durée de la première consultation de contraception

L'interrogatoire

Durant l'interrogatoire, les sujets abordés par plus de 75% des médecins généralistes sont : les connaissances de la patiente sur la contraception et les IST, une antécédent de vaccination contre l'HPV, l'éducation sur les IST, l'information sur les différentes contraceptions, la recherche d'antécédents personnels ou familiaux et de tabagisme actif. Les sujets les moins abordés sont la recherche de dyspareunie, de rapports sexuels non consentis et l'éducation sexuelle de la patiente sur l'anatomie et la reproduction.

Aucune différence n'est observée selon le sexe, l'âge ou la formation du médecin pour la plupart des sujets hormis pour l'éducation sur les IST. En effet, l'éducation sur les IST est significativement plus souvent réalisée par les médecins généralistes femmes et ceux de moins de 40 ans (Figure 2 ; Tableau 8).

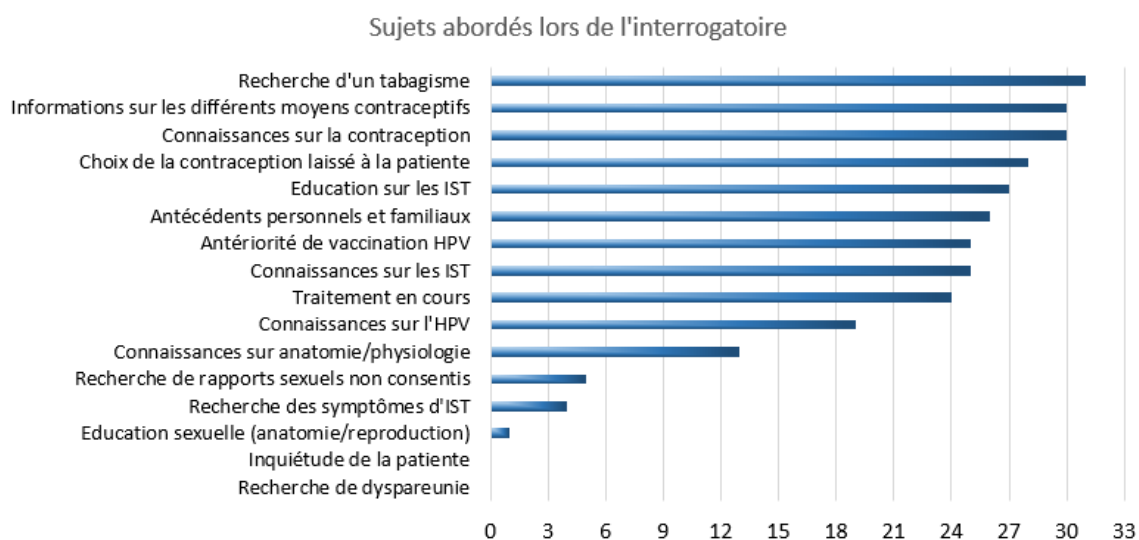


Figure 2 : Sujets abordés par le médecin généraliste lors de l'interrogatoire pendant la première consultation de contraception chez les femmes de moins de 15 ans

Variables	Abordé	Non abordé	p-value
Connaissances sur la contraception	30 (91%)	3 (9%)	
Sexe			
• Homme	12 (86%)	2 (14%)	p = 0,56
• Femme	18 (95%)	1 (5%)	
Age			
• Moins de 40 ans	16 (89%)	2 (11%)	p = 1
• Entre 40 et 60 ans	12 (92%)	1 (8%)	
• Plus de 60 ans	2 (100%)	0 (0%)	
Formation complémentaire			
• Avec	9 (100%)	0 (0%)	p = 0,54
• Sans	21 (87,5%)	3 (12,5%)	
Connaissances sur les IST	25 (76%)	8 (24%)	
Sexe			
• Homme	10 (71%)	4 (29%)	p = 0,7
• Femme	15 (79%)	4 (21%)	
Age			
• Moins de 40 ans	13 (72%)	5 (28%)	p = 1
• Entre 40 et 60 ans	10 (77%)	3 (23%)	
• Plus de 60 ans	2 (100%)	0 (0%)	
Formation complémentaire			
• Avec	7 (78%)	2 (22%)	p = 1
• Sans	18 (75%)	6 (25%)	
Connaissances sur anatomie/physiologie	13 (39%)	20 (61%)	
Sexe			
• Homme	5 (36%)	9 (64%)	p = 1
• Femme	8 (42%)	11 (58%)	
Age			
• Moins de 40 ans	6 (33%)	12 (67%)	p = 0,38
• Entre 40 et 60 ans	7 (54%)	6 (46%)	
• Plus de 60 ans	0 (0%)	2 (100%)	
Formation complémentaire			
• Avec	3 (33%)	6 (67%)	p = 1
• Sans	10 (42%)	14 (58%)	
Connaissances sur l'HPV	19 (58%)	14 (42%)	
Sexe			
• Homme	8 (57%)	6 (43%)	p = 1
• Femme	11 (58%)	8 (42%)	
Age			
• Moins de 40 ans	10 (56%)	8 (44%)	p = 0,73
• Entre 40 et 60 ans	7 (54%)	6 (46%)	
• Plus de 60 ans	2 (100%)	0 (0%)	
Formation complémentaire			
• Avec	5 (56%)	4 (44%)	p = 1
• Sans	14 (58%)	10 (42%)	

Variables	Abordé	Non abordé	p-value
Antériorité de vaccination HPV	25 (76%)	8 (24%)	
Sexe			
• Homme	10 (71%)	4 (29%)	p = 0,7
• Femme	15 (79%)	4 (21%)	
Age			
• Moins de 40 ans	14 (78%)	4 (22%)	p = 0,82
• Entre 40 et 60 ans	9 (69%)	4 (31%)	
• Plus de 60 ans	2 (100%)	0 (0%)	
Formation complémentaire			
• Avec	7 (78%)	2 (22%)	p = 1
• Sans	18 (75%)	6 (25%)	
Education sexuelle (anatomie/reproduction)	1 (3%)	32 (97%)	
Sexe			
• Homme	1 (7%)	13 (93%)	p = 0,42
• Femme	0 (0%)	19 (100%)	
Age			
• Moins de 40 ans	1 (5,5%)	17 (94,5%)	p = 1
• Entre 40 et 60 ans	0 (0%)	13 (100%)	
• Plus de 60 ans	0 (0%)	2 (100%)	
Formation complémentaire			
• Avec	0 (0%)	9 (100%)	p = 1
• Sans	1 (4%)	23 (96%)	
Recherche de rapports sexuels non consentis	5 (15%)	28 (82%)	
Sexe			
• Homme	2 (14%)	12 (86%)	p = 1
• Femme	3 (16%)	16 (84%)	
Age			
• Moins de 40 ans	2 (11%)	16 (89%)	p = 0,38
• Entre 40 et 60 ans	2 (15%)	11 (85%)	
• Plus de 60 ans	1 (50%)	1 (50%)	
Formation complémentaire			
• Avec	2 (22%)	7 (78%)	p = 0,6
• Sans	3 (12,5%)	21 (87,5%)	
Recherche de dyspareunie	0 (0%)	33 (100 %)	
Education sur les IST	27 (82%)	6 (18%)	
Sexe			
• Homme	8 (57%)	6 (43%)	p < 0,05
• Femme	19 (100%)	0 (0%)	
Age			
• Moins de 40 ans	17 (94%)	1 (6%)	p < 0,05
• Entre 40 et 60 ans	10 (77%)	3 (23%)	
• Plus de 60 ans	0 (0%)	2 (100%)	
Formation complémentaire			
• Avec	8 (89%)	1 (11%)	p = 1
• Sans	19 (79%)	5 (21%)	

Variables	Abordé	Non abordé	p-value
Recherche des symptômes d'IST	4 (12%)	29 (88%)	
<i>Sexe</i>			
• Homme	1 (7%)	13 (93%)	p = 0,62
• Femme	3 (16%)	16 (84%)	
<i>Age</i>			
• Moins de 40 ans	3 (17%)	15 (83%)	p = 0,7
• Entre 40 et 60 ans	1 (8%)	12 (92%)	
• Plus de 60 ans	0 (0%)	2 (100%)	
<i>Formation complémentaire</i>			
• Avec	2 (22%)	7 (78%)	p = 0,3
• Sans	2 (8%)	22 (92%)	
Informations sur les différents moyens contraceptifs	30 (91%)	3 (9%)	
<i>Sexe</i>			
• Homme	11 (79%)	3 (21%)	p = 0,07
• Femme	19 (100%)	0 (0%)	
<i>Age</i>			
• Moins de 40 ans	18 (100%)	0 (0%)	p = 0,09
• Entre 40 et 60 ans	10 (77%)	3 (23%)	
• Plus de 60 ans	2 (100%)	0 (0%)	
<i>Formation complémentaire</i>			
• Avec	9 (100%)	0 (0%)	p = 0,54
• Sans	21 (87,5%)	3 (12,5%)	
Antécédents personnels et familiaux	26 (79%)	7 (21%)	
<i>Sexe</i>			
• Homme	11 (79%)	3 (21%)	p = 1
• Femme	15 (79%)	4 (21%)	
<i>Age</i>			
• Moins de 40 ans	14 (78%)	4 (22%)	p = 1
• Entre 40 et 60 ans	10 (77%)	3 (23%)	
• Plus de 60 ans	2 (100%)	0 (0%)	
<i>Formation complémentaire</i>			
• Avec	7 (78%)	2 (22%)	p = 1
• Sans	19 (79%)	5 (21%)	
Recherche d'un tabagisme	31 (94%)	2 (6%)	
<i>Sexe</i>			
• Homme	13 (93%)	1 (7%)	p = 1
• Femme	18 (95%)	1 (5%)	
<i>Age</i>			
• Moins de 40 ans	16 (89%)	2 (11%)	p = 0,6
• Entre 40 et 60 ans	13 (100%)	0 (0%)	
• Plus de 60 ans	2 (6%)	0 (0%)	
<i>Formation complémentaire</i>			
• Avec	9 (100%)	0 (0%)	p = 1
• Sans	22 (92%)	2 (8%)	

Variables	Abordé	Non abordé	p-value
Traitement en cours	24 (73%)	9 (27%)	
<i>Sexe</i>			
● Homme	10 (71%)	4 (29%)	p = 1
● Femme	14 (74%)	5 (26%)	
<i>Age</i>			
● Moins de 40 ans	12 (67%)	6 (33%)	p = 0,84
● Entre 40 et 60 ans	10 (77%)	3 (23%)	
● Plus de 60 ans	2 (8%)	0 (0%)	
<i>Formation complémentaire</i>			
● Avec	6 (67%)	3 (33%)	p = 0,68
● Sans	18 (75%)	6 (25%)	
Inquiétudes de la patiente	0 (0%)	33 (100%)	
Choix de la contraception laissé à la patiente	28 (85%)	5 (15%)	
<i>Sexe</i>			
● Homme	11 (79%)	3 (21%)	p = 0,63
● Femme	17 (89%)	2 (11%)	
<i>Age</i>			
● Moins de 40 ans	15 (83%)	3 (17%)	p = 0,99
● Entre 40 et 60 ans	11 (85%)	2 (15%)	
● Plus de 60 ans	2 (100%)	0 (0%)	
<i>Formation complémentaire</i>			
● Avec	8 (89%)	1 (11%)	p = 1
● Sans	20 (83%)	4 (17%)	

Tableau 8 : Facteurs influençant les sujets abordés par le médecin généraliste à l'interrogatoire lors de la première consultation de contraception chez les femmes de moins de 15 ans

L'examen clinique

L'examen clinique comporte pour la majorité des médecins de l'échantillon : le contrôle du poids, de la taille, de l'indice de masse corporelle (IMC), de la tension artérielle, de l'auscultation cardiaque et de la palpation abdominale. Un quart des médecins interrogés réalisent une palpation mammaire et 3% réalisent un frottis en cas de rapports sexuels.

Aucun ne réalise d'examen gynécologique (toucher vaginal, examen vulvaire et examen au spéculum).

Il n'y a pas de différence significative entre les examens cliniques des médecins généralistes selon leur sexe, leur âge et leur formation (Figure 3 ; Tableau 9 en annexe).

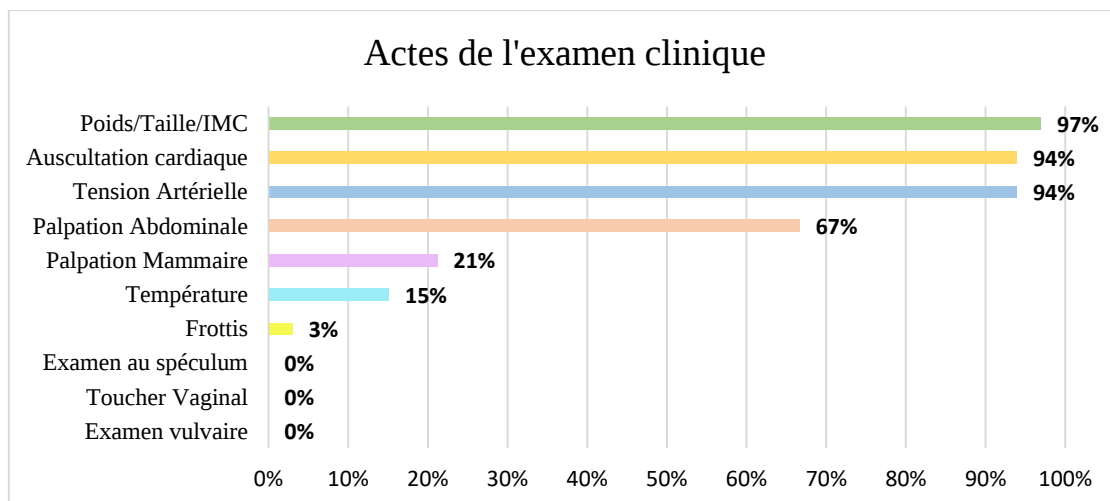


Figure 3 : Actes effectués à l'examen clinique par le médecin généraliste lors de la première consultation de contraception chez les femmes de moins de 15 ans

La prescription de première contraception

Trois pour cent des médecins généralistes de l'étude ne prescrivent pas la contraception à une mineure de 15 ans si elle a des rapports sexuels protégés par une contraception mécanique et si elle n'est pas demandeuse d'une autre contraception. En revanche, ils acceptent de prescrire aux jeunes filles de moins de 15 ans demandeuses d'une contraception en l'absence de rapports sexuels (Figure 4).

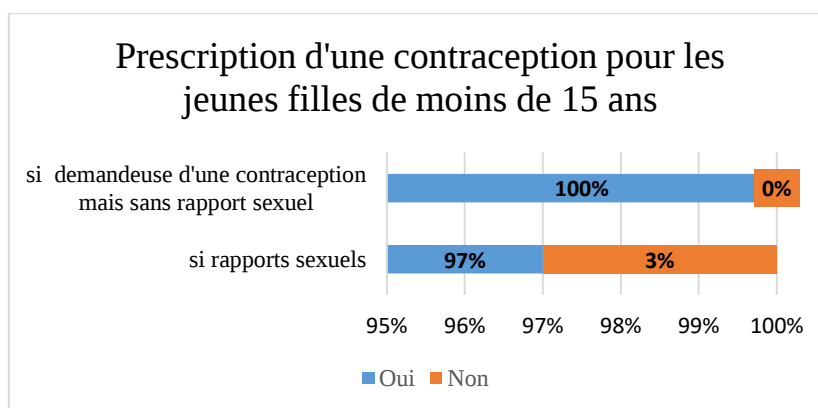


Figure 4 : Prescription d'une contraception chez les jeunes filles de moins de 15 ans selon le contexte

Les motifs motivant les médecins généralistes de notre échantillon à prescrire une première contraception chez les mineures de moins de 15 ans sont : principalement l'activité sexuelle (85%) et la demande de la patiente (88%), ainsi qu'en cas de douleurs menstruelles (75%). Cinquante-deux pour cent des médecins interrogés peuvent prescrire une contraception en cas d'irrégularités menstruelles et 42% en cas d'acné (Figure 5). Il n'y pas de différence significative pour les motifs de prescription de la première contraception selon les profils des médecins (Tableau 10 en annexe).

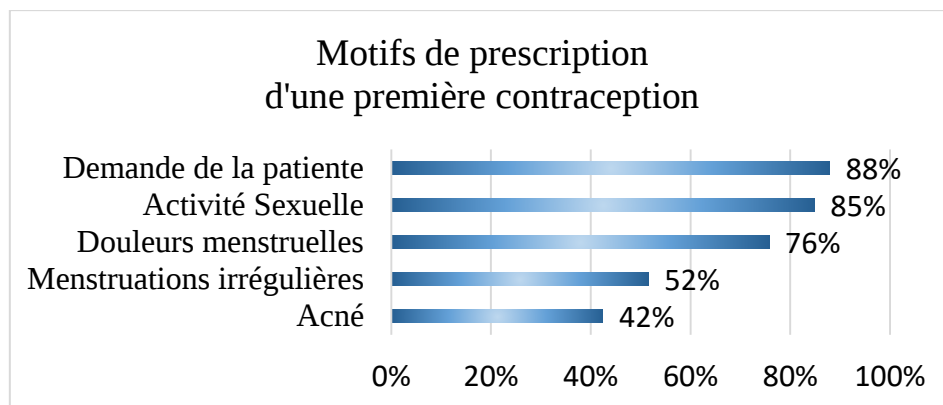


Figure 5 : Motifs motivant les médecins généralistes à prescrire une première contraception

Les moyens de contraception les plus prescrits ou conseillés par les médecins généralistes interrogés sont la pilule oestro-progestative (97%) et le préservatif (73%), suivi de la pilule micro-progestative (58%) et l'implant contraceptif (52%). Moins de 15% des médecins généralistes participant à l'étude conseillent le patch contraceptif, l'anneau vaginal ou les DIU. L'abstinence, les méthodes naturelles et les progestatifs injectables ne sont jamais prescrits ni conseillés (Figure 6). Les caractéristiques du médecin (sexe, âge, formation) n'influencent pas significativement la contraception prescrite (Tableau 11 en annexe).

Dans 85% des cas, le choix de la contraception est laissé à la patiente (Tableau 8).

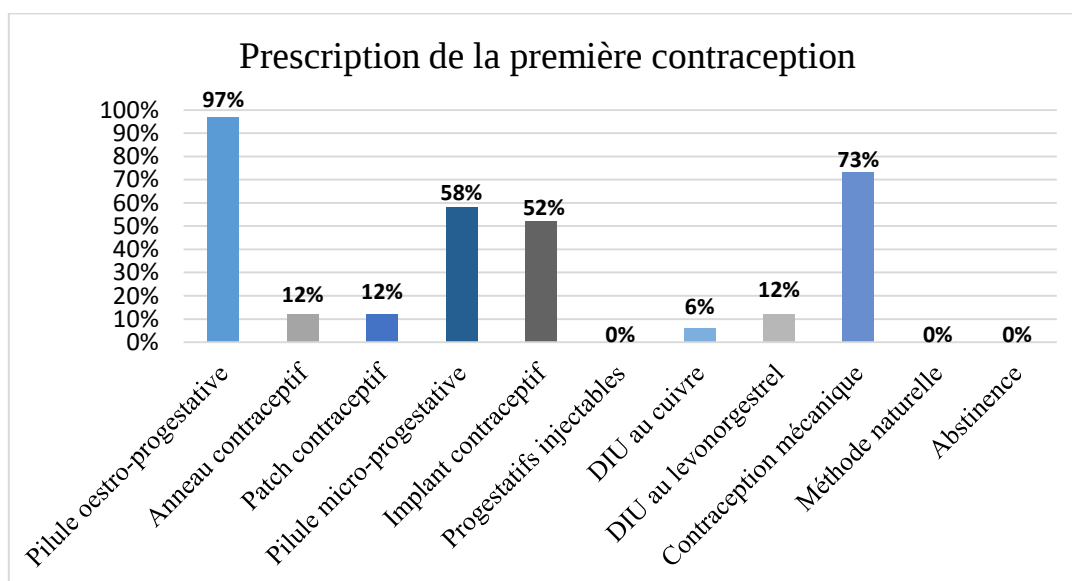


Figure 6 : Les différentes contraceptions prescrites ou conseillées par les médecins généralistes aux patientes de moins de 15 ans

Une fois la contraception prescrite, tous les médecins généralistes de l'échantillon expliquent son fonctionnement et que faire en cas d'oubli. L'information sur la contraception d'urgence n'est évoquée que par 85% des médecins généralistes. Vingt-quatre pour cent des généralistes interrogés abordent également l'accessibilité à l'IVG. Les signes cliniques devant alerter la patiente car évocateurs de thrombose ne sont expliqués que par 24% des médecins généralistes.

On observe que l'information sur la contraception d'urgence est donnée aux patientes de manière plus significative par les médecins de moins de 40 ans et que les risques de thrombose veineuse profonde (TVP) sont significativement plus abordés par les médecins généralistes hommes (Tableau 12).

Variables	Réalisé	Non réalisé	p-value
Explications sur la contraception prescrite	33 (100%)	0 (0%)	
Conduite à tenir en cas d'oubli	33 (100%)	0 (0%)	
Informations sur la contraception d'urgence	28 (85%)	5 (15%)	
Sexe			
• Homme	10 (71%)	4 (29%)	p = 0,14
• Femme	18 (95%)	1 (5%)	
Age			
• Moins de 40 ans	16 (89%)	2 (11%)	p < 0,05
• Entre 40 et 60 ans	12 (92%)	1 (8%)	
• Plus de 60 ans	0 (0%)	2 (100%)	
Formation complémentaire			
• Avec	8 (89%)	1 (11%)	p = 1
• Sans	20 (83%)	4 (17%)	
Informations données sur l'IVG	8 (24%)	25 (76%)	
Sexe			
• Homme	3 (21%)	11 (79%)	p = 1
• Femme	5 (26%)	14 (74%)	
Age			
• Moins de 40 ans	6 (33%)	12 (67%)	p = 0,53
• Entre 40 et 60 ans	2 (15%)	11 (85%)	
• Plus de 60 ans	0 (0%)	2 (100%)	
Formation complémentaire			
• Avec	1 (11%)	8 (89%)	p = 0,39
• Sans	7 (29%)	17 (71%)	
Informations sur les signes cliniques de TVP	8 (24%)	25 (76%)	
Sexe			
• Homme	6 (43%)	8 (57%)	p < 0,05
• Femme	2 (10,5%)	17 (89,5%)	
Age			
• Moins de 40 ans	5 (28%)	13 (72%)	p = 0,44
• Entre 40 et 60 ans	2 (15%)	11 (85%)	
• Plus de 60 ans	1 (50%)	1 (50%)	
Formation complémentaire			
• Avec	1 (11%)	8 (89%)	p = 0,39
• Sans	7 (29%)	17 (71%)	

Tableau 12 : Informations données par les généralistes lors de la première prescription d'une contraception en fonction de leur profil

En complément de la contraception, la biologie est prescrite dans 85% des cas selon la contraception choisie. La contraception d'urgence est prescrite par 33% des médecins de l'étude en plus de la contraception. Quarante-cinq pour cent des médecins de l'échantillon prescrivent un bilan d'IST s'il y a eu des rapports sexuels à risque. Six pour cent ne prescrivent rien de plus que la contraception choisie (Figure 7).

Les médecins ne prescrivent pas significativement différemment les examens complémentaires ou la contraception d'urgence selon leur sexe, leur âge ou leur formation complémentaire (Tableau 13 en annexe).

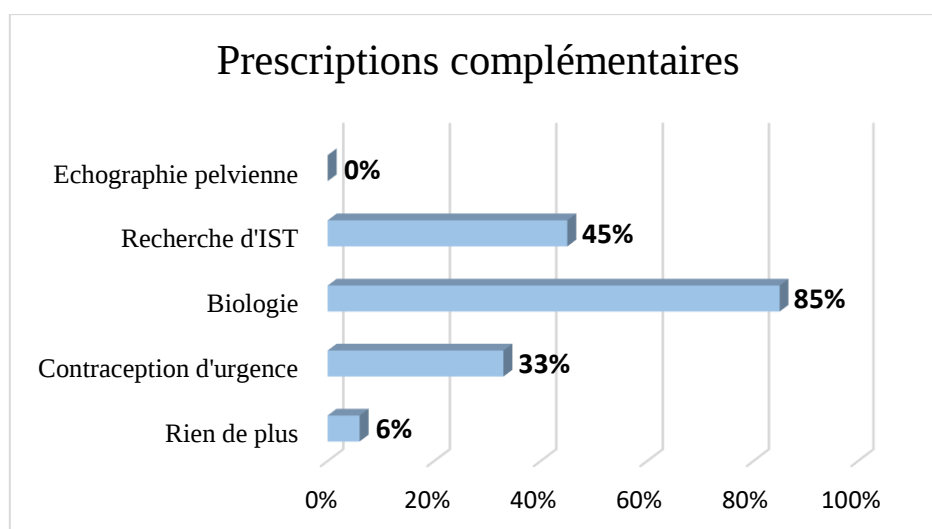


Figure 7 : Prescriptions complémentaires en plus de la contraception prescrite

La première consultation de suivi

La plupart des médecins interrogés revoient la patiente à 3 mois (76%). Neuf pour cent proposent une consultation de suivi à 6 mois ou à moins de 3 mois. Certains médecins de l'étude ne les revoient pas hormis si elles en ressentent le besoin (6%) (Figure 8). On remarque que les médecins généralistes plus âgés suivent significativement plus précocement leurs patientes pour le suivi que les médecins généralistes plus jeunes (Tableau 14).

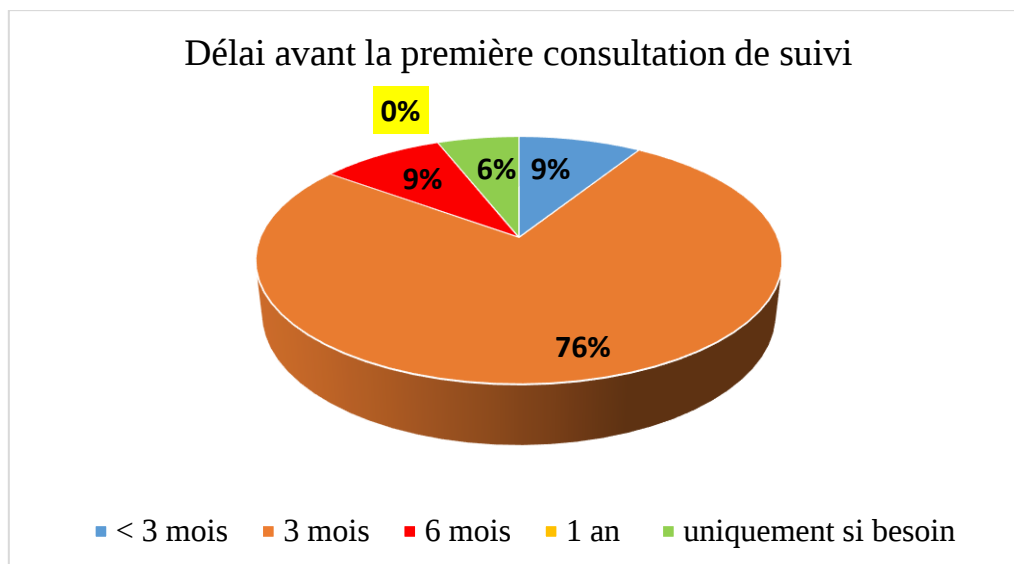


Figure 8 : Délai avant la première consultation de suivi de contraception chez les mineures de moins de 15 ans

Variables		< 3 mois	3 mois	6 mois	1 an	si besoin	p-value
Sexe							
● Homme	2 (67%)	8 (32%)	2 (64%)	0 (0%)	2 (100%)	p = 0,1	
● Femme	1 (33%)	17 (68%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)		
Age							
● Moins de 40 ans	1 (33%)	17 (68%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	p < 0,05	
● Entre 40 et 60 ans	1 (33%)	7 (28%)	3 (100%)	0 (0%)	2 (100%)		
● Plus de 60 ans	1 (33%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		
Formation complémentaire							
● Avec	1 (33%)	7 (28%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	p = 0,99	
● Sans	2 (64%)	18 (72%)	2 (64%)	0 (0%)	2 (100%)		
TOTAL		3 (9%)	25 (76%)	3 (9%)	0 (0%)	2 (6%)	

Tableau 14 : Délai avant la première consultation de suivi de contraception chez les mineures de moins de 15 ans selon le profil du médecin

DISCUSSION

■ Analyse des résultats

Le taux de réponse et les caractéristiques de la population

Cette étude descriptive qui étudie les pratiques des médecins généralistes lors de la première consultation de contraception se base sur un petit échantillon de la population des médecins généralistes en Saintonge. Même si le taux de réponse est important par rapport au nombre de demandes envoyées (50%), l'échantillon de population étudiée reste faible et non représentatif de la population générale.

En effet, la proportion d'hommes et de femmes médecins généralistes ayant répondu au questionnaire est similaire à la population générale des généralistes en France confirmant une féminisation de la profession, mais l'âge et la proportion de médecins généralistes installés sont différents (49).

En France, les médecins généralistes de plus de 60 ans et de moins de 40 ans représentent respectivement 25% des médecins généralistes avec une moyenne d'âge à 51,1 ans. Dans notre étude, la population des jeunes généralistes de moins de 40 ans est pourtant la plus représentée à 54% alors que les médecins de plus de 60 ans n'ont quasiment pas répondu au questionnaire avec seulement 2 réponses.

On peut expliquer cette tendance avec la réponse importante des médecins généralistes remplaçants et donc plus jeunes, qui représentent 21% dans l'étude alors qu'ils ne représentent que 6% de la population des médecins généralistes en France (50).

Un biais de sélection peut expliquer ces différences car le questionnaire se base sur le volontariat. L'intérêt des médecins généralistes pour la gynécologie ou la recherche clinique influence leur participation au questionnaire. De plus, on peut supposer que les médecins remplaçants ont plus de temps pour répondre au questionnaire.

La pratique en médecine générale

Le développement de la gynécologie en cabinet de médecine générale ne représente actuellement que 10% maximum de l'activité d'un cabinet (51,52) avec comme motifs les plus souvent abordés des préoccupations sur un état de santé physiologique dans 75% des cas : la contraception, la ménopause et le suivi de grossesse (53).

Augmentation de la demande de consultation pour des motifs gynécologiques en cabinet de médecine générale

Les médecins généralistes ressentent que la demande de consultation pour des motifs gynécologiques augmente ces dernières années (54). Cette augmentation peut s'expliquer par la diminution du nombre de gynécologues (49). Cette demande semble inégale en fonction des territoires et en fonction de la densité territoriale des gynécologues (52).

Dans notre étude, on met en évidence que seul le sexe du médecin généraliste influence significativement la pratique de la gynécologie en cabinet : les médecins généralistes femmes voient plus de consultations de gynécologie que les médecins généralistes hommes. Nos résultats concordent avec ceux retrouvés dans plusieurs thèses (52,54,55). Deux autres études ne retrouvent pas cette différence significative (51,56) mais l'une d'elle décrit que les médecins généralistes femmes ressentent significativement plus que les médecins généralistes hommes que leur activité de gynécologie est en augmentation (51). L'étude de I Bonhomme et C. Moretti de 2017 sur « L'état des lieux des pratiques gynécologiques des médecins généralistes en Savoie » (54) va dans ce sens, en observant un manque de demande de consultations gynécologiques ressenti chez les hommes médecins généralistes.

Dans ce travail, le motif du manque de demande de consultations gynécologiques en médecine générale est également évoqué comme explication à leur faible activité de gynécologie.

La formation de gynécologie obstétrique des médecins généralistes

La formation des médecins généralistes semble importante car elle influence la fréquence des consultations de gynécologie en médecine générale comme le confirme notre étude, en corrélation avec l'étude de A. Lagneau (57).

Formation insuffisante des médecins généralistes en gynécologie

Dans différentes études, les médecins généralistes avouent ne pas se sentir performants en gynécologie obstétrique et pensent que leur formation est insuffisante (52,54,55,58–60). Notre étude met en avant la même tendance que dans « L'analyse des pratiques et des attentes en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées » de M. Costes en 2006 (61) : un médecin généraliste formé en gynécologie verra plus de consultations de gynécologie. De plus, le médecin généraliste sera un partenaire de choix pour cette consultation car il appréhende la patiente dans sa globalité et permet de toucher une population plus large et plus précaire afin de recruter les patientes échappant aux dépistages nationaux organisés.

*Un médecin généraliste formé en gynécologie est
un médecin généraliste qui réalise plus de consultations de gynécologie*

Le pourcentage de médecin généraliste ayant reçu une formation complémentaire reste pourtant faible. Il est estimé à 5,7% des médecins généralistes des Alpes (57). Notre résultat est discordant puisque 27% des médecins généralistes du Saintonge déclarent avoir reçu une formation complémentaire de gynécologie.

Ce pourcentage paraît surestimé par plusieurs biais : un biais de sélection car les médecins généralistes se formant en gynécologie, ont forcément un intérêt pour cette discipline et répondent probablement plus à ce questionnaire et un biais d'interprétation car la question posée ne cible pas le type de formation et peut intégrer la formation de base en gynécologie obstétrique durant les études de médecine.

Toutes les études mettent en valeur que ce sont les médecins généralistes femmes qui se forment plus à la gynécologie, probablement par plus grand intérêt pour cette discipline (52,54,57). Notre étude met également en avant cette différence significative.

L'éducation sexuelle avant la première consultation de contraception

La moitié des médecins généralistes n'abordent pas le sujet de la sexualité et de la contraception avec la patiente avant la première consultation de contraception. Même si les jeunes filles doivent recevoir des séances d'éducation sanitaire chaque année lors de leur scolarité, la réalité est autre (15,16) et les jeunes filles ont des connaissances insuffisantes en matière de sexualité (17). Pourtant, elles trouvent ce sujet important et souhaiteraient commencer à recevoir des informations entre l'âge de 10 et 14 ans (15). Une adolescente sur deux souhaite parler de sexualité. Actuellement les interlocuteurs privilégiés sont leurs amis ou leur famille et moins de 5% en discutent avec un médecin (15).

Le médecin généraliste est le professionnel de santé auquel elles sont le plus habituées (15). Il a donc une place privilégiée pour en discuter avec elle.

Cette première consultation de contraception est l'occasion d'informer les jeunes filles. Dans notre étude, on observe que les médecins généralistes abordent les sujets des IST et parfois de l'HPV mais que très rarement la sexualité et l'anatomie (Figure 2 ; Tableau 8).

La durée de la première consultation de contraception

La durée consacrée à cette consultation explique que certains sujets soient délaissés. En effet, elle dure pour la plupart des médecins généralistes entre 20 et 30 minutes. Il est donc compliqué de faire l'interrogatoire médical, les explications, l'éducation, l'examen clinique, la prescription puis le règlement en une seule et même consultation.

Manque de temps pour une première consultation de contraception de qualité

Ce faible temps de consultation fait donc défaut à l'éducation de la patiente lors de la première consultation de contraception.

Le manque de temps consacré aux consultations de gynécologie est un frein à leur réalisation et est fréquemment évoqué par les médecins généralistes (52,55–59).

Le contexte de la première consultation de contraception

Seulement la moitié des médecins généralistes du Saintonge prévoient un moment de consultation seul avec la jeune fille de moins de 15 ans lors de la première consultation de contraception. Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et la Haute Autorité de Santé (HAS) recommandent de voir la patiente mineure seule lors la première consultation de contraception au moins pour un temps (34,35).

Un temps de consultation seule avec la patiente

Pour ceux qui ne la voient pas seule, les motifs les plus fréquents sont qu'ils n'osent pas faire sortir l'accompagnant ou parce que cette consultation se fait en plus d'autres motifs de consultations. La consultation à plusieurs motifs est une des difficultés des médecins généralistes également évoquée dans d'autres études (51,59) car elle réduit encore plus le temps de la consultation de contraception.

Une consultation dédiée

Pour éviter d'empiéter sur le temps et la qualité de cette consultation, il est recommandé de faire une consultation uniquement dédiée pour la première contraception quitte à reprogrammer cette consultation (34,35,62).

Les motifs de prescription de première contraception

Trois médecins généralistes sur quatre de notre étude prescrivent la contraception également en cas de douleurs menstruelles et un sur deux en cas d'irrégularités menstruelles. Le motif de prescription pour acné vient seulement en dernier dans les motifs de prescriptions.

Ces réponses sont en adéquation avec les recommandations du CNGOF (34) qui souligne que pour l'acné, une pilule oestro-progestative ne doit être prescrite qu'en 2nd intention.

Les prescriptions lors de la première consultation de contraception

La thèse de Caroline Lefebvre-Dubois de 2019 sur « Les attentes et connaissances des femmes au moment de la première consultation pour demande de contraception » montre que la contraception souhaitée par 87% des jeunes filles lors de la première consultation de contraception est la pilule (20).

Les raisons motivant ce choix sont l'influence de leur entourage et parce que c'est la contraception la plus connue. Ce choix est également guidé par la facilité d'utilisation de la contraception et sa facilité de prescription puis par les effets secondaires et le coût (19).

La pilule oestro-progestative, moyen contraceptif le plus prescrit

Même si on voit dans notre étude que quasiment tous les médecins généralistes vont informer la patiente sur les différents moyens de contraception lors de l'interrogatoire, on constate que la pilule oestro-progestative est la méthode contraceptive la plus largement conseillée et prescrite devant le préservatif.

Ce résultat correspond aux moyens contraceptifs utilisés lors des premiers rapports sexuels d'après plusieurs études (3,8,17,43). Cependant pour les adolescents, le préservatif seul n'assure pas une prévention efficace des grossesses ; il leur est recommandé d'utiliser cette méthode en l'associant à un autre contraceptif comme la pilule (8). D'autant plus qu'après le premier rapport sexuel et dans les premiers mois d'une relation, le préservatif est souvent arrêté sans relai contraceptif pour 10% des jeunes filles, favorisant le risque de grossesses non désirées (30).

Nos résultats concernant la prescription des contraceptions par les médecins généralistes interrogés concordent avec les recommandations nationales (34,35,37). En dehors de toute contre-indication, si la primo-prescription est une pilule oestro-progestative, il faut privilégier les pilules de première ou deuxième génération, celles ayant un plus faible risque thrombo-embolique.

L'anneau et le patch ne sont pas à prescrire en 1^{ère} intention à cause de leur risque thromboembolique mais leur prescription reste autorisée en fonction du rapport bénéfice/risque.

Le DIU peut être prescrit chez les nullipares avec en 1^{ère} intention le DIU au cuivre plutôt que celui aux hormones.

Les méthodes naturelles sont à éviter car elles sont le plus à risques d'échecs avec un indice de Pearl théorique entre 1 et 10% selon la méthode, alors qu'en pratique courante ce risque est d'environ 25% (63).

Le choix final de la contraception est laissé à la patiente

Quatre-vingt-cinq pour cent des médecins généralistes interrogés disent laisser le choix de la contraception aux patientes. Ce choix doit être basé sur le souhait de la jeune fille, l'évolution de sa situation personnelle et ses contre-indications car une méthode adaptée à la patiente permet une contraception plus efficace (34,35,40). L'âge de la patiente ne doit pas limiter le choix de la contraception (35).

Si le praticien ne doit pas afficher son choix au risque de diminuer la satisfaction et la persistance contraceptive de la femme (34), il est recommandé que cette décision soit partagée avec la patiente en fonction des conseils du médecin ; particulièrement vis-à-vis des contre-indications (37).

Ce choix n'est fait avec les conseils médicaux que dans 30% des cas (19). Par conséquent, il existe une marge de progression quant aux informations et explications fournies à la patiente sur la contraception lors de la consultation.

Information sur les méthodes de rattrapage

Une fois la contraception prescrite, tous les médecins généralistes interrogés pour notre étude suivent les recommandations et expliquent le fonctionnement de la contraception ainsi que la conduite à tenir en cas d'oubli (34,35). Or dans la thèse « Etat des lieux des IVG en Charente » de Quentin Marboeuf de 2019, 25% des femmes rapportent manquer d'informations sur les consignes en cas d'oubli (19).

On peut expliquer cette différence entre les deux études par un biais de déclaration : les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire peuvent avoir répondu en notant ce qu'ils font le plus souvent mais pas systématiquement lors de la première consultation de contraception, ou bien les jeunes filles manquent de consignes car elles n'ont pas retenu tout le contenu des informations délivrées.

Information sur la contraception d'urgence

L'information sur la contraception d'urgence n'est évoquée que par 85% des médecins généralistes. Il est primordiale d'expliquer à la patiente que le risque de grossesse est possible dès les premières règles même si elles sont irrégulières et dès le premier rapport sexuel ; qu'il existe des méthodes de rattrapage : la contraception d'urgence mais qu'elle n'est pas efficace à 100% et qu'un test de grossesse est recommandé en cas de retard de règles (34,35).

Un médecin généraliste sur trois ajoute la contraception d'urgence sur la prescription. Si le sujet de la contraception d'urgence doit être abordé lors de l'entretien selon les recommandations, il n'est rien précisé quant à sa prescription dès la première consultation. Cette initiative est donc laissée au médecin.

Les explications sur la contraception d'urgence sont fondamentales et doivent en revanche intervenir dès la première consultation de contraception car 14% des mineures ne connaissent pas cette contraception de rattrapage et 85% ne pensent pas à l'utiliser lors d'un rapport sexuel à risque (43).

Vingt-quatre pour cent des généralistes abordent également l'accessibilité à l'IVG. Même si d'après les recommandations officielles, l'IVG n'est pas évoquée lors de la consultation, il semble important d'en parler si le médecin le juge utile en fonction du contexte et des facteurs de risque qu'il a repéré.

L'interrogatoire de la première consultation de contraception

Lors de l'interrogatoire, la grande majorité des médecins généralistes profitent de la première consultation de contraception pour parler des IST. Devant le risque de contracter une IST et la mauvaise connaissance de celles-ci chez les jeunes filles (15,20), il reste recommandé d'intégrer la prévention des IST lors de la consultation dédiée à la contraception (34,35).

Prévention des IST intégrée à la première consultation de contraception

L'antériorité de vaccination HPV est également recherchée par plus de trois médecins généralistes sur quatre de notre étude, cependant les connaissances des jeunes filles sur l'HPV sont beaucoup moins recherchées. Il est pourtant important de les éduquer car plus d'une jeune fille sur deux a des connaissances limitées sur ce virus (18).

La vaccination HPV est recommandée par l'HAS et sa réalisation doit être vérifiée lors de la première consultation de contraception (26,34).

Le médecin généraliste a un rôle primordial dans la prévention de l'HPV par l'information et la vaccination car 90% des jeunes filles sont vaccinées contre l'HPV par un médecin généraliste (17). L'étude de C. Moretti et I. Bonhomme met en évidence que les médecins généralistes plus jeunes vaccinent d'avantage contre le Papillomavirus et que les médecins généralistes plus âgés informent moins sur les IST (54). C'est également un point soulevé par notre étude, qui montre que les médecins généralistes femmes et les médecins généralistes de moins de 40 ans éduquent significativement plus les jeunes filles sur les IST.

Les éléments servant à orienter le médecin sur les possibilités de contraception selon les contre-indications sont systématiquement recherchés : les antécédents personnels ou familiaux, les traitements ainsi que le tabagisme actif comme préconisé par le CNGOF et l'HAS (34,35,38).

Le bien-être sexuel de la patiente oublié

Dans notre étude, les sujets en rapport avec la sexualité ne sont quasiment pas abordés. Seul 3% des médecins généralistes font de l'éducation sexuelle lors de cette consultation, 5% seulement recherchent des rapports sexuels non consentis et aucun ne s'inquiète de dyspareunie chez la jeune fille.

Plusieurs études confirment que la sexualité est peu abordée en consultation que ce soit par le médecin ou la patiente (64,65). Les médecins n'abordent pas la sexualité principalement par manque de connaissances, de temps et par peur d'offenser ou d'être trop intrusif pour la patiente (66,67).

Pourtant, les patientes pensent que discuter de sexualité avec un médecin est normal (65,68). Elles se disent prêtes à aborder ce sujet indifféremment avec le médecin généraliste ou le gynécologue (69). La majorité des femmes considèrent appropriées d'évoquer les dyspareunies, les violences ou abus sexuels lorsqu'elles discutent de sexualité avec un médecin (69). En cas de douleurs sexuelles, seule une patiente sur trois consulte pour ce motif, 52% attendent que le médecin leur pose la question (68).

La sexualité rentre dans la définition de la santé de la femme selon l'OMS, le médecin généraliste doit donc se libérer de ses appréhensions et intégrer la sexualité à la première consultation de contraception, peu importe l'âge de la patiente, afin d'améliorer son bien-être. L'HAS recommande d'ailleurs d'évoquer l'activité sexuelle et les rapports sexuels non consentis lors de cette consultation (35).

Rassurer la patiente face à ses inquiétudes

Autre point non recherché lors de l'interrogatoire par les médecins généralistes ayant rempli le questionnaire, ce sont les inquiétudes de la patiente (les effets indésirables, le coût et l'efficacité de la contraception). Quatre-vingt-quinze pour cent des patientes ont des craintes à entamer une contraception par peur de prise de poids, de manque d'efficacité ou d'oubli de la contraception (20).

De plus, le coût et les effets secondaires sont pris en compte dans leur choix final (19). C'est pourquoi, il est recommandé de rechercher les inquiétudes des patientes afin de pouvoir les rassurer lors de la première consultation de contraception (34,35).

Par ailleurs, les signes cliniques devant alerter la patiente car évocateurs de thrombose ne sont expliqués que par 24% des médecins généralistes. Cet effet secondaire doit être évoqué au même titre que tous les autres (34,35) afin que la jeune fille ne méconnaisse pas les symptômes devant l'amener à consulter en urgence pour permettre une prise en charge plus rapide.

L'examen clinique de la première consultation de contraception

L'examen clinique recommandé lors de la première consultation de contraception, peu importe l'âge de la jeune fille, comporte le poids, la taille, le calcul de l'IMC, la tension artérielle, un examen général et la recherche des signes d'hyperandrogénie (l'hirsutisme et l'acné) pouvant évoquer un syndrome des ovaires polykystiques (34,35).

Ces recommandations sont comparables à l'examen gynécologique effectué par les médecins généralistes de l'étude qui intègrent dans l'examen général : l'auscultation cardiaque et la palpation abdominale.

Un médecin généraliste sur quatre réalise une palpation mammaire et un seul médecin généraliste parmi les 33 interrogés dans notre étude réalise un frottis en cas de rapports sexuels.

Si les recommandations n'évoquent pas la palpation mammaire, en revanche, le frottis cervico-vaginal pour le dépistage du cancer du col de l'utérus ne doit être réalisé qu'à partir de l'âge de 25 ans en dehors de tout signes cliniques évocateurs et indifféremment chez les femmes vaccinées ou non contre l'HPV (70).

L'examen gynécologique n'est pas réalisé par les médecins généralistes de notre étude et n'est pas non plus recommandé pour cette première consultation.

La consultation de suivi

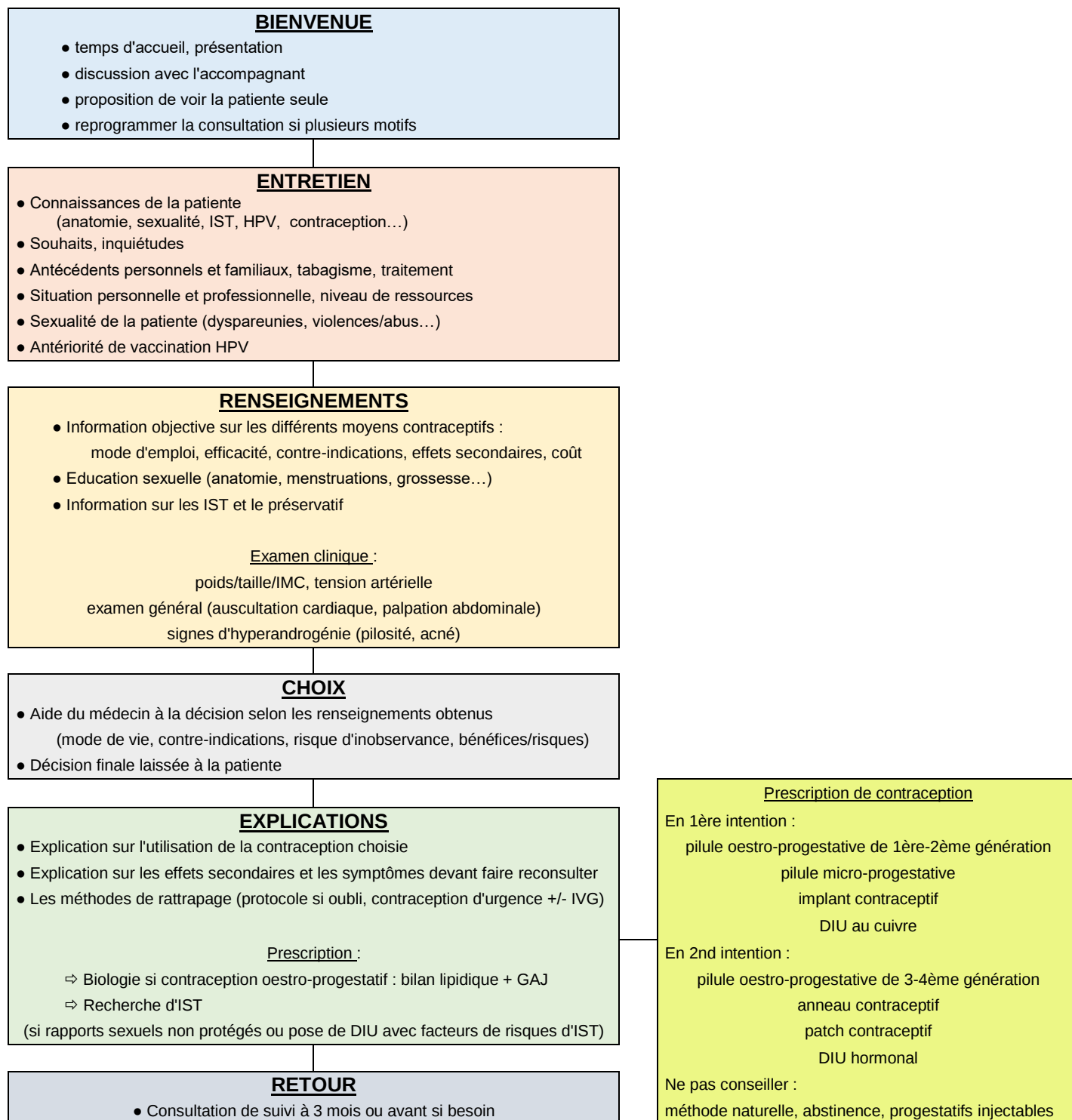
Dans cette thèse, les trois quart des médecins généralistes revoient la patiente à 3 mois. Les recommandations évoquent en effet un délai de 3 mois avant d'effectuer une consultation de suivi, qui peut être avancée à 1 mois en cas de stérilet et plus souvent et autant que nécessaire en cas de difficultés rencontrées avec la contraception ou de symptômes évoquant une complication.

L'adolescente sera reçue de préférence sans ses parents, en toute confidentialité et gratuitement (34,38).

Par la suite, le suivi pourra se faire une fois par an ; les prescriptions de contraception n'étant valables que pour 12 mois maximum.

Les statistiques de notre étude retrouvent que l'âge du médecin généraliste influence significativement le délai pour la consultation de suivi. Aucun article ne semble confirmer ce résultat. Une étude complémentaire pourrait être menée avec un plus grand échantillon pour confirmer ce résultat.

En comparant les résultats de notre étude et les recommandations du CNGOF et de l'HAS, nous proposons un protocole de première consultation de contraception idéal pour les jeunes filles de moins de 15 ans, en utilisant le modèle de consultation proposé par l'OMS (62) qui se base sur le modèle BERCER en 6 étapes : Bienvenue, Entretien, Renseignements, Choix, Explications, Retour.



■ Les forces et faiblesses de l'étude

Notre étude présente de nombreuses limites.

D'une part, elle est non représentative de la population générale des médecins généralistes français car elle concerne qu'un territoire restreint, le Saintonge qui n'est qu'une partie de la Charente-Maritime. Elle présente donc un biais de recrutement.

Comme évoqué dans la discussion, elle a également un biais de sélection car la réponse au questionnaire se base sur le volontariat et dépend donc de nombreux facteurs influençant la réponse du médecin : l'intérêt, le temps, l'envie...

L'enquête entraîne un biais de déclaration car les réponses aux questionnaires ne peuvent être vérifiées. On ne peut pas attester de la conformité des réponses à la pratique réelle. Il y a toujours un décalage entre ce qu'on devrait ou aimerait faire en consultation et ce qu'il s'y déroule réellement.

Le questionnaire présente également deux autres biais :

- un biais d'interprétation sur plusieurs questions : Le terme « formation » est laissé à l'interprétation du médecin et peut donc intégrer la formation initiale de la première année de médecine jusqu'à la fin de l'internat. Il semble pourtant, au vu des réponses libres complémentaires, que ce ne soit pas le cas pour notre travail. La question sur l'accompagnement des jeunes filles lors de cette consultation est une question fermée à 2 réponses et ne laisse pas la place à la réponse intermédiaire pour les médecins généralistes qui mènent leur consultation en 2 parties (patient accompagnée puis seule). Cette erreur a été notée dans le texte libre par les médecins après la question, nous avons donc pu calculer le résultat pour les trois possibilités de consultation.
- Un biais de classement car les tranches d'âge ont été choisies aléatoirement et ne prennent pas en compte les différences de formations suite aux différentes réformes des études médicales pouvant impacter le déroulement de la première consultation de contraception en fonction de l'apprentissage du médecin.

Il n'existe pas d'étude similaire en Saintonge, ce qui fait que cette étude est unique. Elle présente un taux de réponse au questionnaire exploitable et correct de 44%. Elle est totalement anonyme car le questionnaire s'est fait en ligne sans identification du médecin.

Elle aborde tous les sujets pouvant être évoqués lors de la première consultation de contraception et pouvant influencer la vie sexuelle de la patiente. Elle permet donc d'indiquer une tendance et d'orienter les perspectives pour l'amélioration de la pratique gynécologique des médecins généralistes lors de la première consultation de contraception chez les jeunes filles moins de 15 ans.

■ Les perspectives d'amélioration

Amélioration de l'éducation sexuelle des adolescentes

Dans l'Encyclopédie du savoir, Bernard Werber écrit

« Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous voulez entendre, ce que vous entendez, ce que vous croyez en comprendre, ce que vous voulez comprendre, et ce que vous comprenez, il y a au moins neuf possibilités de ne pas se comprendre. ».

Cette citation reflète la difficulté de communication y compris entre le médecin et son patient, nous nous devons d'utiliser un langage clair sans jargon médical et adapté à la patiente. De plus, dans chaque consultation, il est important de prendre en compte que les patients ne retiennent que 10-20% de ce qu'on leur explique.

Pour éviter cette déperdition d'information, nous pouvons leur proposer des supports écrits pour faciliter le passage d'informations via des prospectus ou des affiches en salle d'attente ou en leur remettant un document récapitulatif. Des campagnes d'informations nationales (télévision, revue jeunesse, réseaux sociaux) pourraient être régulièrement lancées puisqu'il semble qu'elles améliorent la connaissance des jeunes filles comme c'est le cas pour leurs connaissances sur le VIH (17,18).

La multiplicité des sources d'informations (école, famille, amis, médecins, réseaux sociaux, internet, télévision) reste donc importante pour la patiente. Les 3 séances d'éducation sexuelle par an durant la scolarité doivent être respectées ce qui n'est pas le cas actuellement (15).

En tant que médecin, il est important d'aborder ce sujet en amont de la première consultation de contraception, en informant la patiente sur des sujets différents, à chaque consultation. L'hypothèse d'une consultation obligatoire avec les mêmes conditions que celles de 8 jours, 9 mois et 2 ans, pourrait se faire à l'âge de 11 ans en même temps que la vaccination pour la diphtérie-tétanos-poliomyélite (DTP) afin de débiter l'éducation sexuelle.

Amélioration de la prévention contre l'HPV par la vaccination

Seulement une jeune fille sur trois de moins de 16 ans est vaccinée contre l'HPV (71,72) or une bonne connaissance de l'HPV permet une meilleure adhésion à la vaccination. En effet, 54% des mères ayant reçues une information font vacciner leur fille contre 12% en l'absence d'informations (17). Intensifier les campagnes nationales de prévention pourrait permettre de sensibiliser les adolescents et leurs parents. Les médecins pourraient également proposer systématiquement cette vaccination en même temps que celle du DTP à l'âge de 11 ans s'ils ne le font pas déjà.

Information des femmes sur la possibilité de voir leur médecin traitant dans le cadre d'un suivi gynécologique simple

Dans plusieurs études, les médecins généralistes évoquent un manque de demande pour les consultations gynécologiques et une réticence des patientes à consulter leur médecin généraliste plutôt qu'un gynécologue (51,52,57–59). Dans son étude, A. Lagneau démontre que les patientes ne connaissent pas le rôle du médecin généraliste en gynécologie (57).

Il y a plusieurs années, les femmes avaient un suivi gynécologique avec un gynécologue même en dehors de toute pathologie. De nos jours, la diminution de l'offre des gynécologues sur le territoire (49) ne permet plus de recevoir toutes les patientes si elles n'ont pas de problèmes gynécologiques. Cette tâche peut donc être déléguée aux sages-femmes ou aux médecins généralistes, ce qui explique l'augmentation de la demande des consultations gynécologiques ressentie par certains médecins en cabinet de médecine générale (51). C'est aux médecins généralistes d'informer les femmes sur ce sujet en leur faisant part de leurs compétences ou en indiquant les actes qu'ils effectuent sur un affichage au secrétariat ou en salle d'attente.

Amélioration de la formation des médecins généralistes

Jusqu'en 2004, les médecins généralistes ne passaient pas le concours de l'internat et rentraient directement dans une période de « résidanat » qui durait deux ans et demi. Depuis 2004, la médecine générale est une spécialité médicale à part entière afin de revaloriser la profession (73). Les futurs médecins généralistes doivent passer l'Epreuve Classante Nationale pour ensuite devenir interne. Durant l'internat, dorénavant de trois ans, le stage en gynécologie est devenu obligatoire depuis 2001 (74). Faute de places pour accueillir les futurs médecins généralistes, il n'était pas effectué systématiquement (60). Il a fallu attendre 2017 avec la réforme du troisième cycle des études médicales (75) pour que le stage de gynécologie soit entièrement intégré à la maquette des stages d'internat de médecine générale afin que tous les internes puissent en bénéficier.

Dans notre questionnaire, les médecins n'ont probablement pas bénéficié de cette formation de gynécologie obligatoire. Il serait intéressant d'étudier si ce stage obligatoire permet d'améliorer la formation des médecins généralistes afin qu'ils soient plus à l'aise dans cette discipline.

Sensibilisation à la sexologie

La sexologie peut être rapprochée de la gynécologie-obstétrique, pourtant dans le tronc commun des études de médecine, elle n'est que brièvement abordée. Les médecins généralistes sont donc peu formés sur ce sujet. Il serait pertinent d'augmenter le nombre d'heures de cours du tronc commun des études de médecine pour former les futurs médecins généralistes à la sexologie, y compris les sensibiliser à la recherche de violences et abus sexuels.

Des messages de sensibilisation envoyés aux médecins généralistes, des spots publicitaires, des affiches en salle d'attente à l'occasion de la journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes le 25 novembre pourraient permettre de sensibiliser les professionnels médicaux mais également les femmes afin qu'elles sachent qu'elles ne sont pas seules.

De plus, pour les médecins ayant fini leur formation, leur proposer des groupes de pairs sur le thème de la gynécologie, de la sexualité ou des violences sexuelles, avec éventuellement un intervenant (gynécologue ou sage-femme) pouvant répondre à leurs questions permettraient d'améliorer leurs connaissances et leur prise en charge des patientes.

Revalorisation tarifaire de la première consultation de contraception

Une revalorisation du tarif de la première consultation de contraception pourrait permettre aux médecins d'y consacrer plus de temps. Les médecins évoquent un manque de temps pour cette consultation, limitant ainsi sa réalisation ou les informations données à la patiente durant l'entretien.

Cette consultation est à 46 euros (10), or la plupart des médecins reçoivent les patients toutes les 15-20 minutes au tarif de 25 euros. Par conséquent, si on estime qu'il faut au moins 45 minutes pour aborder sereinement cette consultation, il faudrait que son tarif soit équivalent à 2 ou 3 consultations soit entre 50 et 75 euros. Cette revalorisation inciterait les médecins à la réaliser et leur permettrait d'y passer le temps nécessaire afin d'améliorer les connaissances de la patiente.

CONCLUSION

La première consultation de contraception s'inscrit dans la mission de prévention et de dépistage du médecin généraliste. Elle est l'occasion pour le médecin de recevoir seule la patiente afin de l'informer, de s'assurer de sa santé y compris sexuelle, ainsi que de l'aider au choix de sa contraception. Les jeunes filles sont rarement vues pour discuter de leur sexualité avant cette consultation. Pourtant, la diminution de l'âge de la puberté favorise des rapports sexuels plus précoces avec les risques qui en découlent : IST, grossesses non désirées, IVG.

A l'heure actuelle, les adolescentes manquent de connaissances sur la sexualité. L'éducation sexuelle de ces jeunes filles permettrait alors de diminuer les situations à risques.

Cette éducation sexuelle peut passer par la première consultation de contraception. Notre étude montre qu'en pratique la réalisation de cette consultation par les médecins généralistes est proche des recommandations de l'HAS et du CNGOF. Cependant, la réalité révèle les limites de cette consultation : le manque de formation des médecins généralistes, le manque de temps, des consultations avec plusieurs motifs et parfois le manque de demande des patientes qui préfèrent voir un gynécologue.

La première consultation de contraception par le médecin généraliste est un moyen de remédier au déficit du nombre de gynécologues et de les soulager mais aussi de permettre l'accès au dépistage gynécologique pour un plus grand nombre de patientes.

Notre étude met en évidence qu'un médecin généraliste formé en gynécologie pratique plus de gynécologie. L'amélioration de la formation des médecins généralistes en sexualité et gynécologie ainsi qu'une revalorisation tarifaire de la première consultation de contraception permettraient d'augmenter le nombre de consultations de gynécologie en cabinet de médecine générale et d'y consacrer plus de temps lors d'une consultation dédiée de meilleure qualité.

L'optimisation de cette première consultation de contraception doit se faire en amont de celle-ci, en débutant l'éducation sexuelle de la patiente dès l'âge de 11 ans et en améliorant la formation des médecins généralistes sur la gynécologie et la sexualité.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Santé sexuelle [Internet]. WHO. World Health Organization. Disponible sur: https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
2. Tresch C, Ohl J. Âge de la puberté et sexualité des jeunes femmes occidentales. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. février 2015;43(2):158-62.
3. Godeau E, Vignes C, Duclos M, Navarro F, Cayla F, Grandjean H. Facteurs associés à une initiation sexuelle précoce chez les filles : données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)/OMS. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. février 2008;36(2):176-82.
4. Deardorff J. Early Puberty and Adolescent Pregnancy: The Influence of Alcohol Use. *PEDIATRICS*. 1 décembre 2005;116(6):1451-6.
5. Downing J, Bellis MA. Early pubertal onset and its relationship with sexual risk taking, substance use and anti-social behaviour: a preliminary cross-sectional study. *BMC Public Health*. décembre 2009;9(1):446.
6. Evolution de l'âge moyen à l'accouchement [Internet]. Insee. 2017. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
7. Bajos N, Prioux F, Moreau C. L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité. *Revue d'Epidémiologie Santé Publique*. août 2013;61(4):291-8.
8. Nisand I, Toulemon L. Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures. *Rapport du Haut Conseil de la Population et de la Famille*. 2006;26.
9. Serfaty D. Oral Contraceptive Compliance during Adolescence. *Ann N Y Acad Sci*. juin 1997;816(1 Adolescent Gy):422-31.
10. Tarifs en métropole [Internet]. Ameli. 2020. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/tarifs-specialistes/metropole>
11. La consultation de 1ère contraception-prévention [Internet]. Nomenclature MG. 2017. Disponible sur: <http://nomenclature-medecin-generaliste.fr/2017/11/01/la-consultation-de-1ere-contraception-prevention/>
12. Les étapes de la vie génitale : de la puberté à la ménopause [Internet]. Campus cerimes maïeutique. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2011-2012; 24. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/vie_genitale/site/html/1.html
13. Item 38 : Puberté normale et pathologique [Internet]. Campus cerimes endocrinologie. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2011. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/endocrinologie/enseignement/puberte/site/html/2.html#2>

14. Amselem S, Carel J-C. Croissance et puberté: évolutions séculaires, facteurs environnementaux et génétiques. 2017;191.
15. Verdure F, Rouquette A, Delori M, Aspee F, Fanello S. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Étude réalisée auprès d'adolescents de classes de troisième. Archives de Pédiatrie. mars 2010;17(3):219-25.
16. Circulaire n°2003-027 du 17 février 2003.
17. Grondin C, Duron S, Robin F, Verret C, Imbert P. Connaissances et comportements des adolescents en matière de sexualité, infections sexuellement transmissibles et vaccination contre le papillomavirus humain : résultats d'une enquête transversale dans un lycée. Archives de Pédiatrie. août 2013;20(8):845-52.
18. Samkange-Zeeb FN, Spallek L, Zeeb H. Awareness and knowledge of sexually transmitted diseases (STDs) among school-going adolescents in Europe : a systematic review of published literature. BMC Public Health. décembre 2011;11(1):727.
19. Marboeuf Q. Etat des lieux des IVG en Charente en 2013. Quelles sont les causes de grossesses non prévues ? [Thèse d'exercice] Médecine Poitiers; 2013.
20. Lefebvre - Dubois C. Attentes et connaissances de femmes au moment de la première consultation pour demande de contraception [Thèse d'exercice] Médecine Amiens; 2019.
21. Article 227-25 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289518/
22. OMS 69ème assemblée mondiale de la santé : projet de stratégie mondiale du secteur de la santé contre les IST 2016-2021.
23. Chiffres clés en France [Internet]. Sida Info Service. 2016. Disponible sur: <https://www.sida-info-service.org/quelques-chiffres-sur-le-vih-sida/>
24. Pilly E, éditeur. Infection à VIH. 5e éd. 2018. Paris: Alinéa plus; 2017. (Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales).
25. Infections à Papillomavirus humains (HPV) [Internet]. Vaccination info service. Disponible sur: <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Infections-a-Papillomavirus-humains-HPV>
26. Fiche synthèse de la recommandation vaccinale, vaccination contre les papillomavirus chez les garçons [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019. Disponible sur: https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/fiche_synthese_de_la_recommandation_vaccinale_vaccination_contre_les_papillomavirus_chez_les_garcons.pdf

27. Enquête nationale de prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis (volet NatChla de l'enquête CSF 2006). À quelles personnes proposer un dépistage ? [Internet]. Santé Publique France. 2006. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/chlamydiae/enquete-nationale-de-prevalence-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-volet-natchla-de-l-enquete-csf-2006-.a-quelles-personnes-proposer-un-depis>
28. Pilly E. Infections sexuellement transmissibles (IST) 6e éd. Paris: Alinéa plus; 2019. (Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales)
29. Maladies sexuellement transmissibles [Internet]. Campus cerimes gynécologie obstétrique. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2016. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item95/site/html/2.html>
30. Beltzer N, Moreau C, Bajos N. Prévention des grossesses non prévues chez les jeunes en France : pour une double protection des premiers rapports sexuels ? Revue d'Épidémiologie Santé Publique. février 2011;59(1):15-21.
31. Maladies et infections sexuellement transmissibles [Internet]. Ameli. 2021. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/mst/ist/maladies-infections-sexuellement-transmissibles>
32. Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception : la contraception au fil du temps [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.avortementancic.net/spip.php?article36>
33. Contraception hormonale orale : dispensation en officine. Haute Autorité de Santé. 2013 (mise à jour 2019).
34. Contraception CNGOF [Internet]. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. 2018. Disponible sur: http://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Clinique/RPC/RPC%20COLLEGE/2018/CNGOF_RPC_2018-CONTRACEPTION.pdf
35. Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). HAS. 2013 (mise à jour 2019).
36. Régulation des naissances [Internet]. Campus cerimes maïeutique. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2013. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/regulation_naissances/site/html/4.html
37. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-les-methodes-les-plus-efficaces-disponibles
38. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. Haute Autorité de Santé. 2013 (mise à jour 2019).

39. Pilules de 3ème génération [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/annee-2013/article/pilules-de-3eme-generation>
40. Choisir sa contraception [Internet]. Santé Publique France. 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/brochure/choisir-sa-contraception>
41. Premier préservatif remboursé par l'Assurance maladie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/premier-preservatif-rembourse-par-l-assurance-maladie>
42. Contraception [Internet]. Ameli. 2021. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge/contraception/delivrance-contraception>
43. Moisy M. Les IVG chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante. *Revue Française des Affaires Sociales*. 22 juin 2011;(1):162-98.
44. Contraception d'urgence. Haute Autorité de Santé. 2013 (mise à jour 2019).
45. Flory F, Manouana M, Janky E, Kadhel P. Caractéristiques sociodémographiques et médicales des interruptions volontaires de grossesse des mineures en Guadeloupe. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. avril 2014;42(4):240-5.
46. IVG : un droit garanti par la loi | IVG.GOUV.FR N°Vert 0800 08 11 11 [Internet]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/ivg-un-droit-garanti-par-la-loi.html>
47. Santelli E. De la jeunesse sexuelle à la sexualité conjugale, des femmes en retrait [Internet]. *Genre Sexualité & Société*. 15 déc 2018. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/gss/5079>
48. Bozon M. Premières amours [Internet]. Éditions Sciences Humaines; 2013. Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-sexe--9782361060381-page-146.htm>
49. Atlas démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2021. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
50. Médecin généraliste en congés [Internet]. ReAGJIR. 2018. Disponible sur: <https://www.reagjir.fr/blog/2018/06/28/medecin-generaliste-en-conges/>
51. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. *Santé Publique (Bucur)*. 2005;Vol. 17(1):109-19.

52. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. Médecine Paris 7; 2010.
53. Gynécologie et santé des femmes. L'offre de soins. Prise en charge gynécologique [Internet]. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. 2000. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
54. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie: une étude quantitative [Thèse d'exercice]. Médecine Grenoble; 2017.
55. Raveljaona A. Suivi gynécologique par les médecins généralistes libéraux des Pyrénées-Atlantiques: état des lieux, freins objectifs et subjectifs [Thèse d'exercice]. Médecine - Bordeaux2- Victor Ségalen; 2013.
56. Saidani M. Pratique des actes gynécologiques par les médecins généralistes de Bourgogne en 2016 : vision des médecins généralistes et des patientes [Thèse d'exercice]. UFR des Sciences de Santé de Dijon Circonscription Médecine; 2016.
57. Lagneau A. Les consultations de gynécologie obstétrique menées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes et les Alpes de Haute-Provence: analyse des pratiques. [Thèse d'exercice]. Médecine Nice; 2016.
58. Lauchet N. Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute-Vienne : obstacles et besoins de formation identifiés [Thèse d'exercice]. Médecine Limoges; 2010.
59. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. Que disent les médecins généralistes de leurs besoins de formation en gynécologie ? Pédagogie Médicale. février 2002;3(1):19-24.
60. Burney J. Facteurs influençant la pratique d'une activité gynécologique en médecine générale [Thèse d'exercice]. Médecine Amiens; 2017.
61. Costes M, Louzeau Arnal G. Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées. [Thèse d'exercice]. Médecine Toulouse; 2006.
62. Comment aider une femme à choisir sa contraception [Internet]. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. 2013. Disponible sur: [https://psychanalyse.com/pdf/COMMENT%20AIDER%20UNE%20FEMME%20A%20CHOISIR%20SA%20CONTRACEPTION%20\(4%20pages%20-%20618%20ko\).pdf](https://psychanalyse.com/pdf/COMMENT%20AIDER%20UNE%20FEMME%20A%20CHOISIR%20SA%20CONTRACEPTION%20(4%20pages%20-%20618%20ko).pdf)
63. Item 35 (Item 27) – Contraception masculine. Collège Français des Urologues. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2014.
64. Buvat J, Glasser D, Neves RCS, Duarte FG, Gingell C, Moreira Jr ED. Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns: Results of a population-based survey in France. International Journal of Urology. juillet 2009;16(7):632-8.

65. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? [Internet]. Swiss Medical Weekly. 8 mars 2011. Disponible sur: <http://doi.emh.ch/smw.2011.13178>
66. Gott M. « Opening a can of worms »: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. Family Practice. 1 oct 2004;21(5):528-36.
67. Temple-Smith M, Hammond J, Pyett P, Presswell N. Barriers to sexual history taking in general practice. Australian Family Physician. septembre 1996;25(9 Suppl 2):S71-74.
68. Zeler A, Troadec C. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. Sexologies. juillet 2017;26(3):136-45.
69. Madet O. Interrogatoire sexologique en consultation de suivi gynécologique : l'attente des femmes [Thèse d'exercice]. Médecine Poitiers; 2020.
70. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2020. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans
71. Données de couverture vaccinale papillomavirus humains (HPV) par groupe d'âge [Internet]. Santé Publique France. 2011. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/donnees-de-couverture-vaccinale-papillomavirus-humains-hpv-par-groupe-d-age>
72. Le vaccin contre le papillomavirus [Internet]. VIDAL. février 2021. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/utilisation/vaccins/vaccin-papillomavirus.html>
73. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine [Internet]. Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000024038141/>
74. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.
75. La réforme du troisième cycle en 3 minutes [Internet]. Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. septembre 2017. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/La-reforme-du-troisieme-cycle-en-3-mn-27-09-2017.pdf>

Résumé

Objectif : Le but de cette étude est d'élaborer un protocole pour les médecins généralistes afin d'améliorer la première consultation de contraception chez les patientes de moins de 15 ans ainsi que de mettre en évidence les éventuelles faiblesses de celle-ci et d'y pallier.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive sous la forme d'un questionnaire en ligne adressé aux médecins généralistes du Saintonge, permettant de les interroger sur leur pratique durant la première consultation de contraception chez les jeunes filles de moins de 15 ans.

Résultats : Trente-trois médecins généralistes ont répondu aux questionnaires. Seulement un quart des médecins généralistes réalisent souvent des consultations gynécologiques, les autres évoquent un manque de formation ou de demande. Les médecins généralistes hommes voient significativement moins de consultations gynécologiques que les médecins généralistes femmes. Les médecins généralistes femmes se forment significativement plus en gynécologie et un médecin formé est un médecin qui voit significativement plus de femmes pour des motifs gynécologiques. Un médecin généraliste sur deux n'aborde pas les sujets de sexualité ni de contraception avec la patiente avant la première consultation de contraception. Lors de cette consultation qui dure en moyenne 20 à 30 minutes, la moitié des médecins généralistes reçoivent la patiente seule au moins pendant un temps. La pilule oestro-progestative est la contraception la plus prescrite ou conseillée suivi du préservatif puis de la pilule micro-progestative et de l'implant contraceptif. Les IST sont significativement plus abordées par les médecins généralistes plus jeunes et les médecins généralistes femmes. Les médecins généralistes hommes consacrent significativement moins de temps à cette consultation. On ne retrouve pas de différence significative en fonction du sexe, de l'âge ou de la formation pour le reste du déroulement de la première consultation de contraception.

Conclusion : La première consultation de contraception s'inscrit dans la mission de prévention et de dépistage du médecin généraliste. Notre étude montre qu'en pratique la réalisation de cette consultation est proche des recommandations de l'HAS et du CNGOF mais révèle quelques faiblesses. L'amélioration de la formation des médecins généralistes en sexualité et gynécologie ainsi qu'une revalorisation tarifaire de la première consultation de contraception permettraient d'augmenter le nombre de consultations de gynécologie en cabinet de médecine générale et d'y consacrer plus de temps lors d'une consultation dédiée de meilleure qualité.

Mots-clés

Première consultation de contraception ; Médecine générale ; Gynécologie ; Sexualité ; Mineures

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de thèse informatisé envoyé aux médecins généralistes

Cher confrère,

Dans le cadre de ma thèse de DES de médecine générale, je vous transmets ce questionnaire afin d'observer les pratiques lors de la consultation de première contraception en médecine générale qui fait l'objet d'une cotation particulière (CCP), et plus particulièrement chez les jeunes filles jusqu'à l'âge de 15 ans qui sont pourtant exclues de cette cotation qui n'est valable que de 15 à 18 ans. Pourtant 18% des femmes auront un premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans (3) .

Ces jeunes filles ont parfois recours à l'interruption volontaire de grossesse soit suite à l'absence ou la mauvaise utilisation des contraceptifs (8), soit par manque de connaissances sur la sexualité et les risques de grossesse (17).

Les caractéristiques du médecin

Je suis ...

- Une femme
- Un homme

J'ai...

- Moins de 40 ans
- Entre 40 et 60 ans
- Plus de 60 ans

J'exerce en tant que...

- Médecin généraliste installé
- Médecin généraliste remplaçant

Je vois des femmes de tout âge pour les consultations de gynécologie

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Si vous voyez rarement ou jamais des femmes pour des consultations de gynécologie, pour quelle raison ? _____

J'ai une formation de gynécologie ou de sexualité ?

- Oui
- Non

Si oui, quel type de formation (diplôme) de gynécologie ou de sexualité avez-vous ?

Déroulement de la première consultation de contraception chez une patiente de moins de 15 ans

Les mineures représentent 9% des IVG (43). Une jeune fille sur 2 qui vient lors de la première consultation de contraception a déjà eu un rapport sexuel (20).

Vous arrive-t-il d'aborder la sexualité et la contraception avec les adolescentes avant la première consultation de contraception en dehors de toute demande de leur part ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent

Vous arrive-t-il de voir des adolescentes pour une information sur la sexualité, les IST ou la contraception sur demande de leur part en dehors d'une demande de prescription de contraception ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent

Je réalise la consultation de première contraception

- Seule avec la patiente
- Avec un parent ou une tierce personne majeure

Pourquoi ? _____

Combien de temps dure en moyenne votre consultation pour une première contraception ?

- Moins de 20 minutes
- De 20 à 30 minutes
- De 30 à 45 minutes
- De 45 minutes à 1 heure
- Plus d'une heure

Quels sujets abordez-vous (ou avez-vous le temps d'aborder) à l'interrogatoire lors d'une consultation de contraception chez une adolescente de moins de 15 ans ? (plusieurs réponses possibles)

- Connaissances de la patiente sur la contraception
- Connaissances de la patiente sur les IST (infections sexuellement transmissibles)
- Connaissances de la patiente sur le fonctionnement de son corps/anatomie et ses menstruations
- Connaissances de la patiente sur l'HPV (Human Papillomavirus)
- Antériorité d'une vaccination HPV (Human Papillomavirus)
- Education sexuelle (anatomie, reproduction...)
- Recherche de rapports sexuels non consentis

- Recherche de dyspareunie ou autres problèmes lors des rapports sexuels s'il y a lieu
- Education sur les IST (infections sexuellement transmissibles)
- Recherche de symptômes d'IST (infections sexuellement transmissibles)
- Informations sur les différents moyens de contraception
- Antécédents personnels et familiaux
- Recherche d'un tabagisme actif
- Traitement en cours
- Inquiétude de la patiente vis-à-vis de la contraception (effets indésirables, coût, efficacité...)
- Choix de la contraception laissé à la patiente

Quels actes réalisez-vous lors de l'examen clinique ? (plusieurs réponses possibles)

- Poids/Taille/IMC
- Tension artérielle
- Température
- Auscultation cardiaque
- Palpation abdominale
- Examen vulvaire
- Toucher vaginal
- Examen au spéculum
- Réalisation d'un frottis (si rapports sexuels)
- Palpation mammaire

Prescrivez-vous une contraception chez une patiente de moins de 15 ans ayant déjà eu des rapports sexuels ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ? _____

Prescrivez-vous une contraception chez une patiente de moins de 15 ans n'ayant pas eu de rapports sexuels mais demandeuse d'une contraception ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ? _____

Pour quelles raisons prescrivez-vous une contraception chez les adolescentes de moins de 15 ans ? (Plusieurs réponses possibles)

- Acné
- Douleurs menstruelles
- Menstruations irrégulières
- Demande de la patiente
- Activité sexuelle

Quel type de contraception pouvez-vous prescrire/conseiller à des adolescentes de moins de 15 ans ? (Plusieurs réponses possibles)

- Pilule oestro-progestative
- Anneau contraceptif
- Patch contraceptif
- Pilule micro-progestative
- Implant contraceptif
- Progestatifs injectables
- DIU (dispositif intra-utérin) au cuivre
- DIU (dispositif intra-utérin) au lévonorgestrel
- Méthode mécanique type préservatifs
- Méthode naturelle (Billings, courbe de température, Ogino-Knaus, retrait)
- Abstinence

Qu'expliquez-vous systématiquement à la patiente lors de la prescription d'une contraception ? (plusieurs réponses possibles)

- Explications sur la contraception prescrite
- Conduite à tenir en cas d'oubli
- Informations sur la contraception d'urgence
- Informations sur l'interruption volontaire de grossesse (accessibilité, coordonnées)
- Explications des signes cliniques évocateurs de thrombose veineuse ou artérielle devant alerter la patiente

Que lui prescrivez-vous en plus de la contraception choisie ?

- Echographie pelvienne
- Recherche d'IST (infections sexuellement transmissibles) si rapports sexuels à risque
- Biologie, selon la contraception prescrite (en dehors d'un risque de grossesse)
- Contraception d'urgence : pilule du lendemain (Norlevo/Ellaone) ou DIU (dispositif intra-utérin)
- Rien de plus que la contraception choisie

Dans combien de temps proposez-vous de revoir la patiente ?

- Moins de 3 mois
- 3 mois
- 6 mois
- 1 an
- Seulement si elle en ressent le besoin

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Remarques : _____

Annexe 2: Tableau 6 : Première consultation de contraception avec ou sans accompagnant selon les caractéristiques du médecin

Variables	Seule	Avec tiers	p-value
<i>Sexe</i>			
● Homme	1 (12,5%)	13 (52%)	p = 0,09
● Femme	7 (87,5%)	12 (48%)	
<i>Age</i>			
● Moins de 40 ans	5 (62,5%)	13 (52%)	p = 1
● Entre 40 et 60 ans	3 (37,5%)	10 (40%)	
● Plus de 60 ans	0 (0%)	2 (8%)	
<i>Formation complémentaire</i>			
● Avec	3 (37,5%)	6 (24%)	p = 0,65
● Sans	5 (62,5%)	19 (76%)	
TOTAL	8 (24%)	25 (76%)	

Annexe 3: Tableau 9 : Actes effectués à l'examen clinique lors d'une première consultation de contraception selon les caractéristiques du médecin

Variables	Fait	Non fait	p-value
Poids/Taille/IMC	32 (97%)	1 (3%)	
<i>Sexe</i>			
• Homme	14 (100%)	0 (0%)	p = 1
• Femme	18 (95%)	1 (5%)	
<i>Age</i>			
• Moins de 40 ans	17 (94%)	1 (6%)	p = 1
• Entre 40 et 60 ans	13 (100%)	0 (0%)	
• Plus de 60 ans	2 (100%)	0 (0%)	
<i>Formation complémentaire</i>			
• Avec	8 (89%)	1 (11%)	p = 0,27
• Sans	24 (100%)	0 (0%)	
Tension Artérielle	31 (94%)	2 (6%)	
<i>Sexe</i>			
• Homme	14 (100%)	0 (0%)	p = 0,5
• Femme	17 (89%)	2 (11%)	
<i>Age</i>			
• Moins de 40 ans	16 (89%)	2 (11%)	p = 0,56
• Entre 40 et 60 ans	13 (100%)	0 (0%)	
• Plus de 60 ans	2 (100%)	0 (0%)	
<i>Formation complémentaire</i>			
• Avec	8 (89%)	1 (11%)	p = 0,47
• Sans	23 (96%)	1 (4%)	
Température	5 (15%)	28 (85%)	
<i>Sexe</i>			
• Homme	2 (14%)	12 (86%)	p = 0,34
• Femme	3 (16%)	16 (84%)	
<i>Age</i>			
• Moins de 40 ans	2 (11%)	16 (89%)	p = 0,73
• Entre 40 et 60 ans	3 (23%)	10 (77%)	
• Plus de 60 ans	0 (0%)	2 (100%)	
<i>Formation complémentaire</i>			
• Avec	0 (0%)	9 (100%)	p = 0,29
• Sans	5 (21%)	19 (79%)	
Auscultation cardiaque	31 (94%)	2 (6%)	
<i>Sexe</i>			
• Homme	14 (100%)	0 (0%)	p = 0,5
• Femme	17 (89%)	2 (11%)	
<i>Age</i>			
• Moins de 40 ans	17 (94%)	1 (6%)	p = 1
• Entre 40 et 60 ans	12 (92%)	1 (8%)	
• Plus de 60 ans	2 (6%)	0 (0%)	
<i>Formation complémentaire</i>			
• Avec	9 (100%)	0 (0%)	p = 1
• Sans	22 (92%)	2 (8%)	

Variables	Fait	Non fait	p-value
Palpation Abdominale	22 (67%)	11 (33%)	
<i>Sexe</i>			
• Homme	8 (57%)	6 (43%)	p = 0,63
• Femme	14 (74%)	5 (26%)	
<i>Age</i>			
• Moins de 40 ans	13 (72%)	5 (28%)	p = 0,62
• Entre 40 et 60 ans	8 (61,5%)	5 (38,5%)	
• Plus de 60 ans	1 (50%)	1 (50%)	
<i>Formation complémentaire</i>			
• Avec	6 (67%)	3 (33%)	p = 1
• Sans	16 (67%)	8 (33%)	
Examen vulvaire	0 (0%)	33 (100%)	
Toucher Vaginal	0 (0%)	33 (100%)	
Examen au spéculum	0 (0%)	33 (100%)	
Frottis	1 (3%)	32 (97%)	
<i>Sexe</i>			
• Homme	0 (0%)	14 (100%)	p = 1
• Femme	1 (5%)	18 (95%)	
<i>Age</i>			
• Moins de 40 ans	1 (6%)	17 (94%)	p = 1
• Entre 40 et 60 ans	0 (0%)	13 (100%)	
• Plus de 60 ans	0 (0%)	2 (100%)	
<i>Formation complémentaire</i>			
• Avec	0 (0%)	9 (100%)	p = 1
• Sans	1 (4%)	23 (96%)	
Palpation Mammaire	7 (21%)	26 (79%)	
<i>Sexe</i>			
• Homme	1 (7%)	13 (93%)	p = 0,2
• Femme	6 (32%)	13 (68%)	
<i>Age</i>			
• Moins de 40 ans	2 (11%)	16 (89%)	p = 0,17
• Entre 40 et 60 ans	4 (31%)	9 (69%)	
• Plus de 60 ans	1 (50%)	1 (50%)	
<i>Formation complémentaire</i>			
• Avec	2 (22%)	7 (78%)	p = 1
• Sans	5 (21%)	19 (79%)	

Annexe 4 : Tableau 10 : Motifs de prescription de la contraception aux femmes de moins de 15 ans en fonction des caractéristiques du médecin

Variables	Prescrit	Non Prescrit	p-value
Acné	14 (42%)	19 (58%)	
Sexe			
• Homme	6 (43%)	8 (57%)	p = 1
• Femme	8 (42%)	11 (58%)	
Age			
• Moins de 40 ans	8 (44%)	10 (56%)	p = 1
• Entre 40 et 60 ans	5 (38%)	8 (62%)	
• Plus de 60 ans	1 (50%)	1 (50%)	
Formation complémentaire			
• Avec	3 (33%)	6 (67%)	p = 0,69
• Sans	11 (46%)	13 (54%)	
Douleurs menstruelles	25 (76%)	8 (24%)	
Sexe			
• Homme	9 (64%)	5 (36%)	p = 0,24
• Femme	16 (84%)	3 (16%)	
Age			
• Moins de 40 ans	13 (72%)	5 (28%)	p = 0,44
• Entre 40 et 60 ans	11 (85%)	2 (15%)	
• Plus de 60 ans	1 (50%)	1 (50%)	
Formation complémentaire			
• Avec	8 (89%)	1 (11%)	p = 0,39
• Sans	17 (71%)	7 (29%)	
Menstruations irrégulières	17 (52%)	16 (48%)	
Sexe			
• Homme	7 (50%)	7 (50%)	p = 1
• Femme	10 (53%)	9 (47%)	
Age			
• Moins de 40 ans	7 (39%)	11 (61%)	p = 0,21
• Entre 40 et 60 ans	9 (69%)	4 (31%)	
• Plus de 60 ans	1 (50%)	1 (50%)	
Formation complémentaire			
• Avec	6 (67%)	3 (33%)	p = 0,43
• Sans	11 (46%)	13 (54%)	
Demande de la patiente	29 (91%)	4 (9%)	
Sexe			
• Homme	12 (86%)	2 (14%)	p = 1
• Femme	17 (89%)	2 (11%)	
Age			
• Moins de 40 ans	17 (94%)	1 (6%)	p = 0,45
• Entre 40 et 60 ans	10 (77%)	3 (23%)	
• Plus de 60 ans	2 (100%)	0 (0%)	
Formation complémentaire			
• Avec	8 (89%)	1 (11%)	p = 1
• Sans	21 (87,5%)	3 (12,5%)	
Activité Sexuelle	28 (88%)	5 (12%)	
Sexe			
• Homme	12 (86%)	2 (14%)	p = 1
• Femme	16 (84%)	3 (16%)	
Age			
• Moins de 40 ans	14 (78%)	4 (22%)	p = 0,06
• Entre 40 et 60 ans	13 (100%)	0 (0%)	
• Plus de 60 ans	1 (50%)	1 (50%)	
Formation complémentaire			
• Avec	8 (89%)	1 (11%)	p = 1
• Sans	20 (83%)	4 (17%)	

Annexe 5 : Tableau 11 : Les différentes contraceptions prescrites ou conseillées par le médecin généraliste pour les femmes de moins de 15 ans en fonction des caractéristiques du médecin

Variables	Prescrit	Non prescrit	p-value
Pilule oestro-progestative	32 (97%)	1 (3%)	
Sexe			
• Homme	13 (93%)	1 (7%)	p = 0,42
• Femme	19 (100%)	0 (0%)	
Age			
• Moins de 40 ans	18 (100%)	0 (0%)	p = 0,06
• Entre 40 et 60 ans	13 (100%)	0 (0%)	
• Plus de 60 ans	1 (50%)	1 (50%)	
Formation complémentaire			
• Avec	9 (100%)	0 (0%)	p = 1
• Sans	23 (96%)	1 (4%)	
Anneau contraceptif	4 (12%)	29 (88%)	
Sexe			
• Homme	2 (14%)	12 (86%)	p = 1
• Femme	2 (10,5%)	17 (89,5%)	
Age			
• Moins de 40 ans	4 (22%)	14 (78%)	p = 0,23
• Entre 40 et 60 ans	0 (0%)	13 (100%)	
• Plus de 60 ans	0 (0%)	2 (100%)	
Formation complémentaire			
• Avec	2 (22%)	7 (78%)	p = 0,3
• Sans	2 (8%)	22 (92%)	
Patch contraceptif	4 (12%)	29 (88%)	
Sexe			
• Homme	1 (7%)	13 (93%)	p = 0,62
• Femme	3 (16%)	16 (84%)	
Age			
• Moins de 40 ans	4 (22%)	14 (78%)	p = 0,23
• Entre 40 et 60 ans	0 (0%)	13 (100%)	
• Plus de 60 ans	0 (0%)	2 (100%)	
Formation complémentaire			
• Avec	2 (22%)	7 (78%)	p = 0,3
• Sans	2 (8%)	22 (92%)	
Pilule micro-progestative	19 (58%)	14 (42%)	
Sexe			
• Homme	8 (57%)	6 (43%)	p = 1
• Femme	11 (58%)	8 (42%)	
Age			
• Moins de 40 ans	12 (67%)	6 (33%)	p = 0,13
• Entre 40 et 60 ans	5 (38%)	8 (62%)	
• Plus de 60 ans	2 (100%)	0 (0%)	
Formation complémentaire			
• Avec	6 (67%)	3 (33%)	p = 0,7
• Sans	13 (54%)	11 (46%)	

Variables	Prescrit	Non prescrit	p-value
<i>Implant contraceptif</i>	17 (52%)	16 (48%)	
<i>Sexe</i>			
● Homme	6 (43%)	8 (57%)	p = 0,5
● Femme	11 (58%)	8 (42%)	
<i>Age</i>			
● Moins de 40 ans	12 (67%)	6 (33%)	p = 0,08
● Entre 40 et 60 ans	5 (38%)	8 (62%)	
● Plus de 60 ans	0 (0%)	2 (100%)	
<i>Formation complémentaire</i>			
● Avec	5 (56%)	4 (44%)	p = 1
● Sans	12 (50%)	12 (50%)	
<i>Progestatifs injectables</i>	0 (0%)	33 (100%)	
<i>DIU au cuivre</i>	2 (6%)	31 (94%)	
<i>Sexe</i>			
● Homme	0 (0%)	14 (100%)	p = 0,5
● Femme	2 (10,5%)	17 (89,5%)	
<i>Age</i>			
● Moins de 40 ans	2 (11%)	16 (89%)	p = 0,6
● Entre 40 et 60 ans	0 (0%)	13 (100%)	
● Plus de 60 ans	0 (0%)	2 (100%)	
<i>Formation complémentaire</i>			
● Avec	2 (22%)	7 (78%)	p = 0,07
● Sans	0 (0%)	24 (100%)	
<i>DIU au levonorgestrel</i>	4 (12%)	29 (88%)	
<i>Sexe</i>			
● Homme	1 (7%)	13 (93%)	p = 0,62
● Femme	3 (16%)	16 (84%)	
<i>Age</i>			
● Moins de 40 ans	3 (17%)	15 (83%)	p = 0,08
● Entre 40 et 60 ans	0 (0%)	13 (100%)	
● Plus de 60 ans	1 (50%)	1 (50%)	
<i>Formation complémentaire</i>			
● Avec	3 (33%)	6 (64%)	p = 0,052
● Sans	1 (4%)	23 (96%)	
<i>Contraception mécanique</i>	24 (73%)	9 (27%)	
<i>Sexe</i>			
● Homme	12 (86%)	2 (14%)	p = 0,24
● Femme	12 (63%)	7 (37%)	
<i>Age</i>			
● Moins de 40 ans	15 (83%)	3 (17%)	p = 0,17
● Entre 40 et 60 ans	7 (54%)	6 (46%)	
● Plus de 60 ans	2 (00%)	0 (0%)	
<i>Formation complémentaire</i>			
● Avec	5 (56%)	4 (44%)	p = 0,21
● Sans	19 (79%)	5 (21%)	
<i>Méthode naturelle</i>	0 (0%)	33 (100%)	
<i>Abstinence</i>	0 (0%)	33 (100%)	

Annexe 6 : Tableau 13 : Les prescriptions complémentaires à la contraception selon les caractéristiques du médecin

Variables	Réalisé	Non réalisé	p-value
Echographie pelvienne	0 (0%)	33 (100%)	
Recherche d'IST	15 (45%)	18 (55%)	
<i>Sexe</i>			
● Homme	5 (36%)	9 (64%)	p = 0,5
● Femme	10 (53%)	9 (47%)	
<i>Age</i>			
● Moins de 40 ans	7 (39%)	11 (61%)	p = 0,2
● Entre 40 et 60 ans	8 (61,5%)	5 (38,5%)	
● Plus de 60 ans	0 (0%)	2 (100%)	
<i>Formation complémentaire</i>			
● Avec	5 (56%)	4 (44%)	p = 1
● Sans	15 (62,5%)	9 (37,5%)	
Biologie	28 (85%)	5 (15%)	
<i>Sexe</i>			
● Homme	12 (86%)	4 (14%)	p = 0,7
● Femme	16 (84%)	3 (16%)	
<i>Age</i>			
● Moins de 40 ans	15 (83%)	4 (17%)	p = 1
● Entre 40 et 60 ans	11 (85%)	2 (15%)	
● Plus de 60 ans	2 (100%)	0 (0%)	
<i>Formation complémentaire</i>			
● Avec	7 (78%)	2 (22%)	p = 0,6
● Sans	21 (87,5%)	3 (12,5%)	
Contraception d'urgence	11 (33%)	22 (67%)	
<i>Sexe</i>			
● Homme	4 (29%)	10 (71%)	p = 0,7
● Femme	7 (37%)	12 (63%)	
<i>Age</i>			
● Moins de 40 ans	7 (39%)	11 (61%)	p = 0,7
● Entre 40 et 60 ans	4 (31%)	9 (69%)	
● Plus de 60 ans	0 (0%)	2 (100%)	
<i>Formation complémentaire</i>			
● Avec	5 (56%)	4 (44%)	p = 0,1
● Sans	6 (25%)	18 (75%)	
Rien de plus	2 (6%)	31 (94%)	
<i>Sexe</i>			
● Homme	1 (7%)	13 (93%)	p = 1
● Femme	1 (5%)	18 (95%)	
<i>Age</i>			
● Moins de 40 ans	1 (6%)	17 (94%)	p = 1
● Entre 40 et 60 ans	1 (8%)	12 (92%)	
● Plus de 60 ans	0 (0%)	2 (100%)	
<i>Formation complémentaire</i>			
● Avec	0 (0%)	9 (100%)	p = 1
● Sans	2 (8%)	22 (92%)	

SERMENT D'HIPPOCRATE



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 !

