

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2015

Thèse n°

THESE

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

présentée et soutenue publiquement
le 18 Décembre 2015 à Poitiers
par **Mademoiselle Céline BOUQUET**

Évaluation de la fréquence du « counseling » en matière de
contraception d'urgence en médecine générale.
Étude observationnelle auprès des maitres de stage ambulatoires de
Poitou-Charentes.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE
Madame le Docteur Claire LAFAY-CHEBASSIER
Madame le Docteur Valérie TRANCHÉE-VERGÉ
Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET

Directeur de thèse : Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2015

Thèse n°

THESE

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

présentée et soutenue publiquement
le 18 Décembre 2015 à Poitiers
par **Mademoiselle Céline BOUQUET**

Évaluation de la fréquence du « counseling » en matière de contraception
d'urgence en médecine générale.
Étude observationnelle auprès des maitres de stage ambulatoires de
Poitou-Charentes.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE
Madame le Docteur Claire LAFAY-CHEBASSIER
Madame le Docteur Valérie TRANCHÉE-VERGÉ
Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET

Directeur de thèse : Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET



Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- 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 réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie (**jusqu'au 31/10/2015**)
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (ex-CATEAU)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

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

À Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA,
Professeur de Médecine Générale.

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Veillez trouver, dans ce travail, l'expression de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

À Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE,
Professeur de Gynécologie et Obstétrique.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Veillez trouver, dans ce travail, l'expression de ma gratitude et de ma plus grande considération.

À Madame le Docteur Claire LAFAY-CHEBASSIER,
Maître de Conférences Universitaire de Pharmacologie Clinique.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Veillez trouver, dans ce travail, l'expression de mes sincères remerciements et de toute mon estime.

À Madame le Docteur Valérie TRANCHÉE-VERGÉ,
Docteur en Médecine Générale.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Veillez trouver, dans ce travail, l'expression de mes remerciements les plus respectueux.

À Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPELET,
Docteur en Médecine Générale,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger et de juger cette thèse.

Recevez ici mes sincères remerciements pour votre disponibilité et pour m'avoir guidée tout au long de ce travail.

Mes sincères remerciements à tous ceux qui ont participé à la réalisation de ce travail :

Au Docteur Giulia GAIANI et Au Docteur Yannick RUELLE,

Ils sont à l'origine de la question de recherche et m'ont fait confiance pour poursuivre leur travail.

Recevez toute ma gratitude pour votre disponibilité et vos conseils avisés.

À tous les maîtres de stage ambulatoires de médecine générale,

Ils ont accepté d'être observés pendant leur activité,

Soyez remerciés de l'intérêt que vous avez porté à cette thèse.

À tous les étudiants, internes et externes, qui ont contribué à ce travail,

Recevez mes plus vifs remerciements pour avoir consacré de votre temps à cette thèse.

Vous avez participé au pré-test ou avez été les observateurs indispensables à cette étude.

Soyez assurés, en retour, de ma disponibilité lors de votre travail de thèse.

Mes remerciements personnels :

À mes Parents,

Merci pour m'avoir permis de réaliser mes choix de vie, merci pour les valeurs que vous m'avez transmises, merci pour votre amour, merci pour tout.

À mes Grands-Pères, partis trop tôt,

À mes Grands-Mères,

Merci pour l'affection que vous m'avez donnée toutes ces années.

Et ma profonde reconnaissance à mes grands-parents Lucas qui m'ont accompagnée dans mes études à leur manière.

À Florian,

Merci pour ton aide considérable et inestimable en informatique.

Merci pour ton soutien, merci d'être là.

À Danielle,

Merci pour votre aide à la préparation des enveloppes et à la reprographie des questionnaires et grilles d'observation.

À Enzo et Lisa,

Merci de m'avoir laissée un peu de temps pour ce travail. Vous êtes mon plus grand bonheur. Je vous aime.

À mes maîtres de stages, qui m'ont transmis leur « savoir être » et leur « savoir-faire » durant l'internat,

Je serai toujours reconnaissante pour votre instruction et pour l'accueil et la confiance que vous avez pu avoir à mon égard.

« Puisqu'on ne peut être universel et savoir tout ce qu'on peut savoir sur tout, il faut savoir un peu de tout. Car il est bien plus beau de savoir quelque chose de tout que de savoir tout d'une chose; cette universalité est la plus belle. »

Blaise Pascal, Pensées (1670)

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES DANS LE TEXTE	3
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	4
INTRODUCTION	5
1- Contexte	5
1.1- Données épidémiologiques sur la contraception d'urgence	5
2.2- Rôle du médecin généraliste	5
2- La problématique	6
2.1- Données de la littérature	6
2.2- Hypothèse	7
3- Question de recherche et objectifs	8
3.1- Question de recherche	8
3.2- Objectifs de l'étude	9
MATÉRIEL ET MÉTHODES	10
1- Descriptif de l'étude	10
2- Matériel	11
2.1- Échantillon enquêté	11
2.2- Critère d'inclusion	11
2.3- Outils de recueil	11
a- Grille d'observation (données consultations)	11
b- Questionnaire (données praticiens)	12
2.4- Note d'instruction	12
2.5- Pré test	12
3- Déroulement de l'étude	13
3.1- Durée de l'enquête	13
3.2- Présentation de notre étude	14
a- Aux observés : les MSU	14
b- Aux observateurs : les étudiants (internes et externes)	14
3.3- Collecte des données	15
4- Traitement statistique des résultats	15
RÉSULTATS	17
1- Effectifs recrutés	17
1.1- Observateurs	17
1.2- Observés	17
1.3- Participation	18
2- Description et représentativité des MSU observés	19
2.1- Âge et sexe des observés	19
2.2- Lieu, zone et mode d'exercice des MSU observés	20
2.3- Représentativité des MSU observés	22
2.4- Formation(s) complémentaire(s) des MSU observés	23
2.5- Nombre moyen de consultations par jour des MSU observés	24
2.6- Année d'installation et de début de maîtrise de stage des MSU observés	24
3- Description de l'échantillon de patient	25
3.1- Âge et sexe des patients	25
3.2- Catégories socioprofessionnelles des patients	26
3.3- Représentativité des patients observés	27

4- Nombre de consultations abordant le sujet de la contraception d'urgence	28
5- Description des praticiens qui parlent de la CU	28
5.1- Données socio-démographiques des MSU abordant la CU	28
5.2- Activité de prévention des MSU qui parlent de la CU	29
6- Profil des patients ayant reçu une information sur la CU	30
6.1- Profil des patients bénéficiant d'un « counseling » en matière de CU	30
6.2- Thème(s) de prévention associé(s) au counseling sur la CU	31
7- Autres sujets de prévention abordés	32
DISCUSSION	33
1- Force du travail	33
4.1- Étude quantitative observationnelle	33
4.2- Échantillons représentatifs	34
2- Biais et limites méthodologiques	34
4.1- Faibles participations	34
4.2- Recueil des données	35
3- Synthèse des résultats et comparaison avec les données de la littérature	37
3.1- Fréquence du « counseling » en matière de CU	37
3.2- Pourcentage de médecins généralistes qui parlent de la CU et de femmes qui reçoivent l'information	38
3.3- Déterminants du « counseling » en matière de CU	39
3.4- Sous-évaluation potentielle des résultats	40
4- Proposition et suite	40
CONCLUSION	42
BIBLIOGRAPHIE	43
ANNEXES	48
Annexe 1 : Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS)	48
Annexe 2 : Grille d'observation	49
Annexe 3 : Questionnaire	51
Annexe 4 : Note d'instruction	52
Annexe 5 : Mail aux internes pour le pré test	53
Annexe 6 : Mail aux MSU	54
Annexe 7 : Mails aux internes	55
Annexe 8 : Mail aux externes	57
Annexe 9 : Effectifs 2015 des médecins généralistes libéraux de France selon l'âge et le sexe	58
RÉSUMÉ	59
SERMENT	60

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES DANS LE TEXTE

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

BEACH : Bettering the Evaluation And Care of Health

CISP : Classification Internationale des Soins Primaires

COGEMS : COLLège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage

CU : Contraception d'Urgence

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ECOGEN : Eléments de la COnsultation en médecine GENérale

ENT : Environnement Numérique de Travail

FECOND : FEcondité-CONtraception-Dysfonctions sexuelles

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

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

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMG : Observatoire de la Médecine Générale

PCS : Professions et Catégories Socioprofessionnelles

PCU : Pilule Contraceptive d'Urgence

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SIDA : Syndrome d'Immuno-DéficiencE AcquisE

VIH : Virus de l'Immuno-déficiencE Humaine

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of general practitioners/family physician

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : « Research-Agenda » sur le counseling en matière de contraception d'urgence.

Figure 2 : Effectif observé par rapport à l'ensemble des MSU.

Figure 3 : Répartition des MSU observés selon l'âge et le sexe.

Figure 4 : Nombre de MSU observés par département d'exercice.

Figure 5 : Répartition des MSU observés selon leur zone d'exercice.

Figure 6 : Répartition des MSU observés selon leur mode d'exercice.

Figure 7 : Pourcentage de MSU observés ayant obtenu, ou non, un ou plusieurs diplôme(s) complémentaire(s).

Figure 8 : Nombre de MSU par formations complémentaires dans notre panel.

Figure 9 : Nombre d'actes journaliers des MSU observés.

Figure 10 : Année d'installation et de début de maîtrise de stage des MSU observés.

Figure 11 : Nombre de patients selon l'âge et le sexe.

Figure 12 : Répartition des patients selon la catégorie socioprofessionnelle.

Figure 13 : Pourcentage de MSU qui aborde la CU sur l'ensemble des MSU observés.

Figure 14 : Pourcentage de consultations abordant au moins un des thèmes de prévention proposés, par MSU observé.

Figure 15 : Âge des patientes bénéficiant du "counseling" sur la CU.

Figure 16 : Pourcentage de consultations contenant un "counseling" selon les thèmes de prévention proposés.

∞

Tableau 1 : Répartition par âge et par sexe selon l'échantillon de MSU observés et le panel de MSU du Poitou-Charentes (données 2015 COGEMS Poitou-Charentes).

Tableau 2 : Répartition par âge et par sexe selon l'échantillon de MSU observés et l'ensemble des médecins généralistes (effectifs 2015 DREES).

Tableau 3 : Répartition par âge, sexe et catégorie socioprofessionnelle selon la population de patients observés et la population du Poitou-Charentes (résultats arrêtés fin 2014 de l'INSEE).

Tableau 4 : Thèmes de prévention associés au "counseling" sur la CU.

INTRODUCTION

1- Contexte

1.1- Données épidémiologiques sur la Contraception d'Urgence

En France, les thèmes de la contraception et de la contraception d'urgence (CU) font partis des objectifs de la loi de Santé publique du 9 août 2004 consolidée en 2011. Ils visent à assurer l'accès à une contraception adaptée et à la contraception d'urgence aux femmes qui décident d'y avoir recours (1). Dans ce sens, plusieurs actions ciblant l'amélioration de l'accès à la contraception d'urgence et campagnes d'information ont été mises en place (2) (3) (4) (5) (6) (9) (10) (43).

On assiste d'ailleurs à une couverture contraceptive des françaises satisfaisante avec 90,2% des femmes sexuellement actives, non enceintes, qui ont recours à un moyen de contraception (29) (45) et à une augmentation de l'usage de la contraception d'urgence. Dans le dernier Baromètre santé de 2010, une femme sur quatre (24%) de 15 à 49 ans, ayant déjà eu des rapports sexuels, déclare avoir utilisé la contraception d'urgence au moins une fois au cours de leur vie contre 8,8% en 2000 et 14,4% en 2005 (44) (45).

1.2- Rôle du médecin généraliste

Les recommandations de bonne pratique préconisent une meilleure information des hommes et des femmes sur la contraception d'urgence, elles suggèrent par exemple que l'information sur la contraception d'urgence soit donnée à chaque consultation relative à la contraception ou à la sexualité en dehors du contexte d'urgence, et la prescription à l'avance d'une pilule contraceptive d'urgence (PCU) selon le cas (7) (35) (36) (38) (41).

Le médecin généraliste, dont l'éducation et l'information du patient relèvent de ses compétences (24) (31) (67), a ici un rôle important d'autant que les consultations à motif gynécologique font partie à part entière de son activité (23) (27) (46) (56) (63) ; L'Observatoire de la Médecine Générale (OMG de la SFMG) place en 15^{ème} position la contraception dans son classement des consultations les plus fréquentes en médecine générale de 2009 (62).

De plus, entreprendre des actions de prévention et de santé publique comme la santé sexuelle est une compétence du médecin généraliste (24) (67).

Le médecin généraliste a donc un rôle important dans l'information des femmes et des hommes sur la CU.

2- Problématique

2.1- Données de la littérature

Malgré une augmentation de l'usage de la CU (44) (45), différentes enquêtes montrent un recours à la contraception d'urgence insuffisant en cas de rapport non protégé ou d'oubli de pilule (12) (13). Ainsi, l'enquête FECOND en 2010 rapporte qu'une femme sur 4 déclarant avoir eu un problème d'utilisation du préservatif au cours du dernier mois, a eu recours à cette méthode de rattrapage (11). De plus, le recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) reste stable depuis 2006 avec environ 220 000 IVG par an (66).

Plusieurs études ont mis en évidence différents freins au recours de la contraception d'urgence en France : la conscience du risque de grossesse de l'utilisateur, la connaissance et la perception de la pilule PCU de l'utilisateur et du professionnel de santé, le processus d'acquisition de la PCU et l'accessibilité physique, juridique, financière de la PCU au niveau structurel (8) (11) (14) (15) (20) (28) (39) (60).

Le médecin généraliste ne semble pas être la source principale d'information en matière de CU (15) (18) (34). D'après différentes études et thèses d'exercice, la CU paraît peu abordée en consultation de médecine générale (16) (59) (61). L'enquête FECOND de l'INSERM note que la contraception d'urgence est peu fréquemment évoquée lors des consultations médicales et seulement 11% des médecins généralistes ont souvent recommandé cette méthode au cours de l'année 2010 (11). Il est à noter que ces données restent basées sur du déclaratif.

De plus, le champ de la santé sexuelle semble être le moins privilégié par les médecins généralistes. La prévention liée à la vie affective et sexuelle est jugée compliquée à aborder par la majorité des médecins généralistes en France, et seul un peu plus d'un tiers déclare avoir un rôle important de prévention dans ce domaine (33).

Par ailleurs, les données de la littérature semblent suggérer qu'il y a un lien entre la connaissance des médecins généralistes et l'information qu'ils délivrent à leurs patientes en matière de CU (16) (50) (64) (65). Cependant cette hypothèse n'apparaît pas comme vérifiée.

2.2- Hypothèse

La consultation de médecine générale implique une action de conseil et d'accompagnement ou « counseling ». Cela implique des connaissances techniques de la part du praticien et une compétence relationnelle pour pouvoir mener l'entretien (40).

On peut alors se demander si le « counseling » des médecins généralistes en matière de CU est efficace et s'il est possible que la connaissance des médecins généralistes influe sur l'information qu'ils délivrent.

Par ailleurs, Il est possible que la connaissance que les médecins généralistes ont de la contraception d'urgence puisse influencer le counseling, non en termes de qualité, mais en termes de fréquence de l'information donnée.

L'hypothèse avancée est donc qu'il existe une relation directe entre la connaissance des médecins généralistes au sujet de la CU et la fréquence avec

laquelle ils en parlent en consultation. En d'autres mots : plus ils en savent, plus ils en parlent.

3- Question de recherche et objectifs

3.1- Question de recherche

En matière de contraception d'urgence, le niveau de connaissance des médecins généralistes influence-t-il la fréquence de l'information délivrée à leurs patientes ?

L'objectif principal de cette question est de rechercher une influence entre connaissance des médecins généralistes et fréquence de l'information donnée.

Pour mener à bien cette recherche, plusieurs étapes sont nécessaires :

- Construire un outil d'évaluation des connaissances en matière de CU afin de déterminer le niveau de connaissance des médecins généralistes. Cela a fait l'objet d'un premier travail de thèse¹ (32).

- Déterminer la fréquence du phénomène « counseling en matière de CU » afin d'en apprécier l'observabilité. Ce qui fait l'objet de cette étude.

- En fonction de l'observabilité du phénomène « counseling », mise en relation des deux variables (connaissance des médecins généralistes et fréquence du counseling) ce qui fera l'objectif d'un autre travail, ou reformulation de la question de recherche.

¹ Thèse d'exercice de Giulia GAIANI soutenue le 13 juin 2013 à Poitiers

3.2- Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la fréquence de l'information délivrée (« counseling ») par les médecins généralistes ambulatoires en matière de CU.

L'objectif secondaire de cette étude est d'observer des facteurs qui influencent cette fréquence.

Ce travail est donc la deuxième étape d'un « research-agenda ».

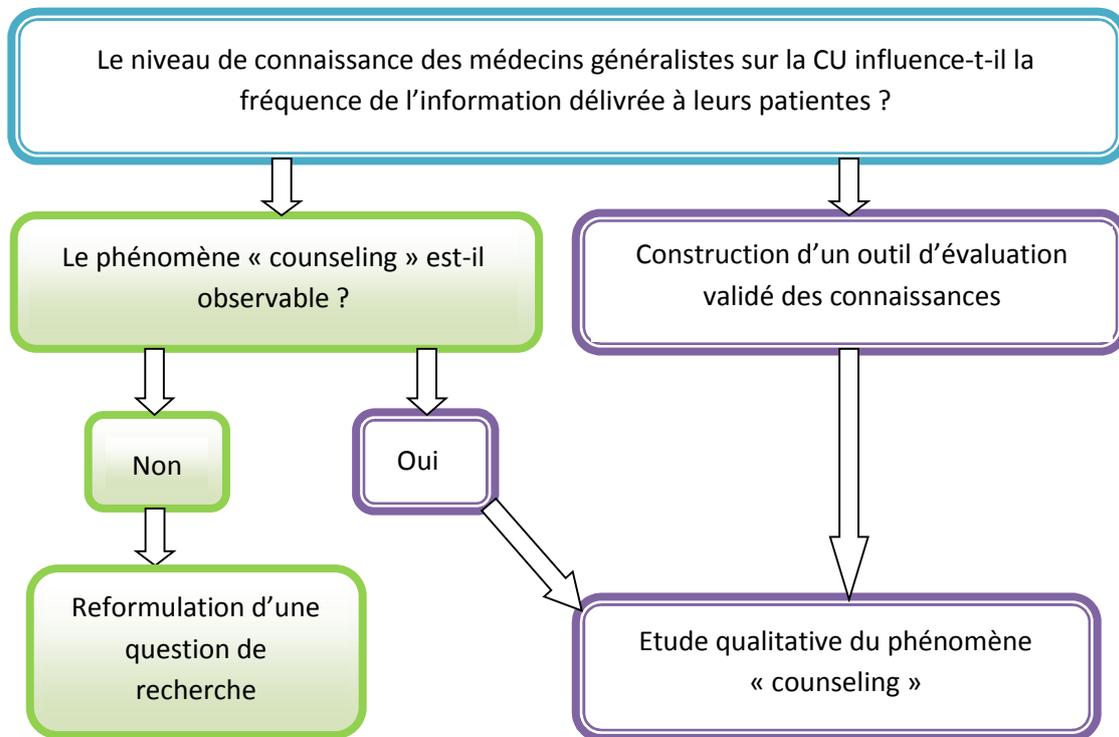


Figure 1 : « Research-Agenda » sur le counseling en matière de contraception d'urgence

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1- Descriptif de l'étude

Nous avons procédé à une étude quantitative descriptive transversale observationnelle.

L'objectif de l'étude était de savoir avec quelle fréquence les médecins généralistes parlent de la CU au cours de leurs consultations.

Les maîtres de stage universitaire (MSU) du Poitou-Charentes, ceux du stage ambulatoire de médecine générale (niveau 1) pour les internes de médecine générale et ceux du stage long en médecine générale pour les externes, ont été observés respectivement par leur interne pendant une journée et par leur externe sur trois jours.

Chaque MSU et chaque étudiant ont été informés de notre travail sans dévoiler l'objet de l'étude afin de ne pas créer de biais : les MSU savaient uniquement qu'ils étaient observés et les étudiants avaient pour seule information les thèmes de prévention observés.

2- Matériel

2.1- Échantillon enquêté

Nous avons réalisé notre étude auprès des MSU de niveau 1 et des MSU du stage long en médecine générale pour les externes, du Poitou-Charentes. L'observation se faisait par le biais de leur étudiant.

2.2- Critère d'inclusion

Notre travail part du principe qu'un thème de prévention peut être abordé lors de n'importe quelle consultation.

Toutes les consultations de la journée du MSU, auxquelles l'interne ou l'externe assistaient, ont été prises en compte. Il n'y avait aucun critère d'exclusion pour que notre échantillon de consultations soit représentatif de la population générale et de l'activité globale des MSU.

Chaque MSU avec un étudiant était susceptible d'être observé.

2.3- Outils de recueil

a- Grille d'observation (données consultations)

La grille d'observation a été élaborée de façon à confondre le sujet de l'étude parmi d'autres pour ne pas influencer l'observateur comme l'observé et d'avoir un temps de remplissage court afin d'être utilisable à la fin de chaque consultation.

Elle comportait deux questions fermées (sexe, âge), une question ouverte (profession) sur le patient ainsi qu'une question fermée à choix multiples concernant les thèmes de prévention possiblement abordés lors de la consultation.

L'élaboration de cette dernière question était basée sur des thèmes faisant l'objet de campagne de prévention de l'INPES en septembre 2014 (43). A ce titre nous avons retenu : vaccin coquelucheux pour vaccination, estimation de la

consommation alcoolique pour alcool, hygiène des mains pour maladies infectieuses, téléalarme pour accidents de la vie courante, activité physique régulière (30 minutes de marche rapide par jour) pour hygiène de vie, contraception d'urgence pour information sexuelle, préservatif pour SIDA et IST, sevrage tabagique pour tabac, vitamine D pour vieillir en bonne santé et soluté de réhydratation orale pour nutrition.

b- Questionnaire (données praticiens)

La grille d'observation était associée à un questionnaire sur les données sociodémographiques du praticien. Ce questionnaire, inspiré de travaux et de thèses existants comme l'étude d'envergure nationale ECOGEN² (55), se composait de six questions fermées et trois ouvertes : tranche d'âge, sexe, diplôme(s) associé(s), département d'exercice, secteur d'activité, mode d'exercice, nombre moyen d'actes réalisés par jour, année d'installation, année de début de la maîtrise de stage.

2.4- Note d'instruction

Une fiche avec les instructions de collecte des données était jointe à la grille d'observation et au questionnaire sociodémographique. Elle rappelait également aux étudiants l'importance de ne pas dévoiler le thème ni la grille d'observation aux MSU.

2.5- Pré-test

Un pré test a été réalisé auprès des internes en cours de niveau 1 en septembre 2014. La grille d'évaluation, le questionnaire sur les données sociodémographiques du praticien ainsi que la note d'instruction leur ont été transmis par voie informatique après obtention des adresses mail auprès du secrétariat du 3^{ème}

² Étude concernant la description du contenu et des processus mis en œuvre dans les consultations de médecine générale par l'intermédiaire du codage CISP. Elle a mobilisé dans 27 UFR de France, 54 internes en stage chez 130 MSU, 30 CCU et 10 associés assurant l'encadrement, et fait l'objet de 50 thèses. 20943 consultations ont ainsi été incluses.

cycle des études médicales de la faculté de médecine de Poitiers. Ces éléments étaient accompagnés d'une description de l'étude.

Ce Pré-test, étant réalisé sur le même panel de MSU, il a été demandé aux internes de ne pas se mettre en condition réelle afin de ne pas influencer les futurs observés de l'enquête. Cependant ce pré-test, avec un mode d'administration semblable et un taux de réponse de 8%, restait informatif puisque les observateurs étaient similaires et que leur connaissance du déroulement du stage leur permettait d'évaluer la réalisation de l'enquête.

Les réponses obtenues ont permis de confirmer la facilité et la rapidité de remplissage de la grille avec un temps estimé à 20 secondes. Le questionnaire et les modalités de remplissage étaient compréhensibles.

Les principales remarques soulevées furent l'item profession qui semblait difficile à remplir, le vaccin coquelucheux qui se présente seulement sous la forme combinée ainsi que la difficulté de cacher la grille aux MSU.

La conception de la grille d'observation a donc été modifiée avec un système de codage des items afin que les thèmes de prévention soient remplacés par des numéros sur la grille et la légende sur une feuille dissimulée en dessous. L'item profession fut maintenu avec le risque de ne pas pouvoir exploiter les données et le vaccin coquelucheux fut remplacé par le vaccin antiméningocoque.

3- Déroulement de l'étude

3.1- Durée de l'enquête

L'étude s'est déroulée au cours du semestre de novembre 2014 à mai 2015 pour les internes et sur les mois de mars et avril 2015 pour les externes.

3.2- Présentations de notre étude

a- Aux Observés : les MSU

Au préalable, nous avons contacté par voie informatique les MSU afin de présenter notre travail et d'obtenir leur accord au projet. Le mail, diffusé par l'intermédiaire des responsables de stages départementaux, insistait sur la dissimulation du thème de l'étude et de la grille d'observation.

b- Aux Observateurs : les étudiants (internes et externes).

Pour limiter les biais, la contraception d'urgence n'a pas été abordée lors de la présentation de l'étude. Seul un travail sur les sujets de prévention en médecine générale était cité aux étudiants.

Une partie des internes a été sensibilisée à notre travail lors de la journée de choix de stage du semestre de novembre 2014 à mai 2015 soit le 03/10/2014. Après avoir choisi le niveau 1 comme terrain de stage nous leur remettons, en plus des informations orales, la grille d'observation, le questionnaire sociodémographique, la lettre explicative et une enveloppe pré-timbrée. Leurs coordonnées étaient relevées.

Ces internes recevaient un mail de rappel la semaine précédant leur stage ainsi que la première semaine de stage.

Les internes non recrutés le jour des choix et les externes du stage long en médecine générale ont été contactés par mail après obtention de la liste d'affectation auprès de la scolarité de la faculté de médecine de Poitiers.

Le motif des étudiants refusant de participer au projet a été relevé afin d'adapter les études similaires ultérieures.

Un retour des résultats par mail à la fin de l'étude était assuré aux étudiants.

3.3- Collecte des données

Pour les internes, la journée de recueil proposée était le 2^{ème} jour de stage chez chaque MSU, ce qui permettait, entre autre, d'envisager une collecte de données sur deux mois tout en permettant d'inclure au moins deux MSU par interne en cas de rotation mensuelle des praticiens.

Pour les externes, l'observation leur a été demandée une journée par semaine pendant trois semaines consécutives chez chacun de leur praticien.

La grille d'observation était remplie par les étudiants, à l'écart de leur MSU, à la fin de chaque consultation. Le questionnaire sur les données socio-démographiques pouvait se faire avec le MSU.

Le retour des données se faisait par enveloppe pré timbrée ou par mail.

Plusieurs mails de relance furent envoyés à l'ensemble des internes et externes durant les mois de recueil de données et chaque interne vu lors de la journée de choix de stage a été contacté par téléphone sur son lieu de stage en décembre pour rappeler la journée d'observation si elle n'avait pas été faite.

4- Traitement statistique des résultats

L'ensemble des résultats des grilles et questionnaires récupérés a été saisi de façon anonyme sur le logiciel Excel 2007®.

Pour être exploitable, l'item profession du patient a été codé à l'aide de la nomenclature PCS 2003 de l'INSEE (49).

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Excel 2007® et du site internet BiostaTGV.

Le test de student pour échantillons appariés a été utilisé pour la comparaison de variables quantitatives (degrés de liberté 4) et le test exact de Fischer a permis d'analyser les variables qualitatives.

Les données socio-démographiques des maîtres de stage ambulatoires du Poitou-Charentes ont été obtenues par l'intermédiaire du collège des généralistes enseignants et maîtres de stage (COGEMS) du Poitou-Charentes, et celles des médecins généralistes de l'ensemble du territoire français via le site internet de la DREES (30).

RÉSULTATS

1- Effectifs recrutés

1-1 Observateurs

Il y avait 66 internes de niveau 1 pour le semestre de novembre 2014 à mai 2015.

Tous ont été contactés par mail et 34 d'entre eux ont pu être sensibilisés à notre étude avec explication orale et remise du matériel lors de la journée de choix de stage. Il n'a pas été retenu de refus notoire lors de cette journée.

Les externes en stage long de médecine générale en mars et avril 2015, tous contactés par mail, étaient au nombre de 34.

Pour l'ensemble, un mail de refus est obtenu.

Au total 99 étudiants pouvaient être observateurs.

1-2 Observés

Il y avait 159 MSU de niveau 1 et 70 MSU de stage long en médecine générale pour les externes. Un binôme de MSU n'avait pas d'étudiant externe attribué lors de la période de recueil.

Un seul refus de participation fut noté de la part des MSU.

Au total, 226 MSU pouvaient être observés.

1-3 Participation

Nous avons obtenu 22 retours de la part des internes, dont 19 postaux par ceux vus le jour des choix de stage, et 6 retours par mail des externes.

Nous avons donc recueilli 28 grilles permettant d'inclure 805 consultations sur un panel de 28 MSU.

Au total, 12% des MSU ont été observés.

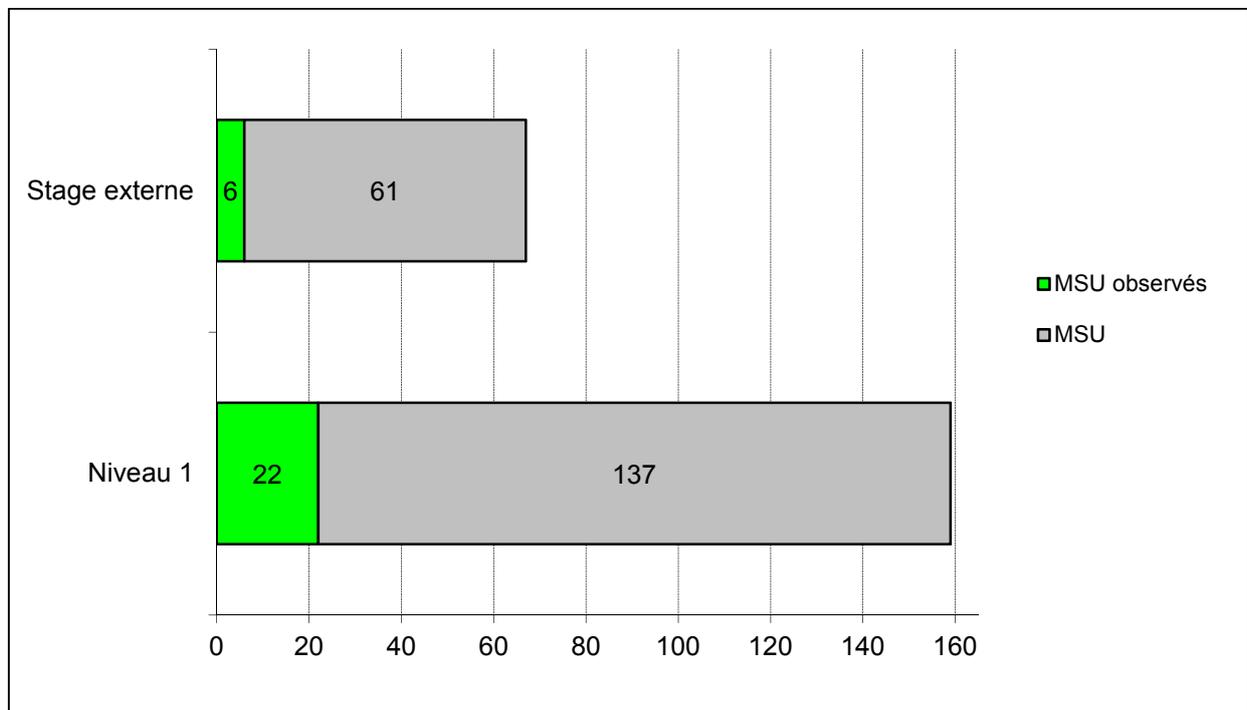


Figure 2 : Effectif observé par rapport à l'ensemble des MSU

2- Description et représentativité des MSU observés

2-1 Âge et sexe des MSU observés

Les hommes représentent 71% de notre panel de praticiens observés et les 3/4 des MSU participant à l'étude ont plus de 45 ans.

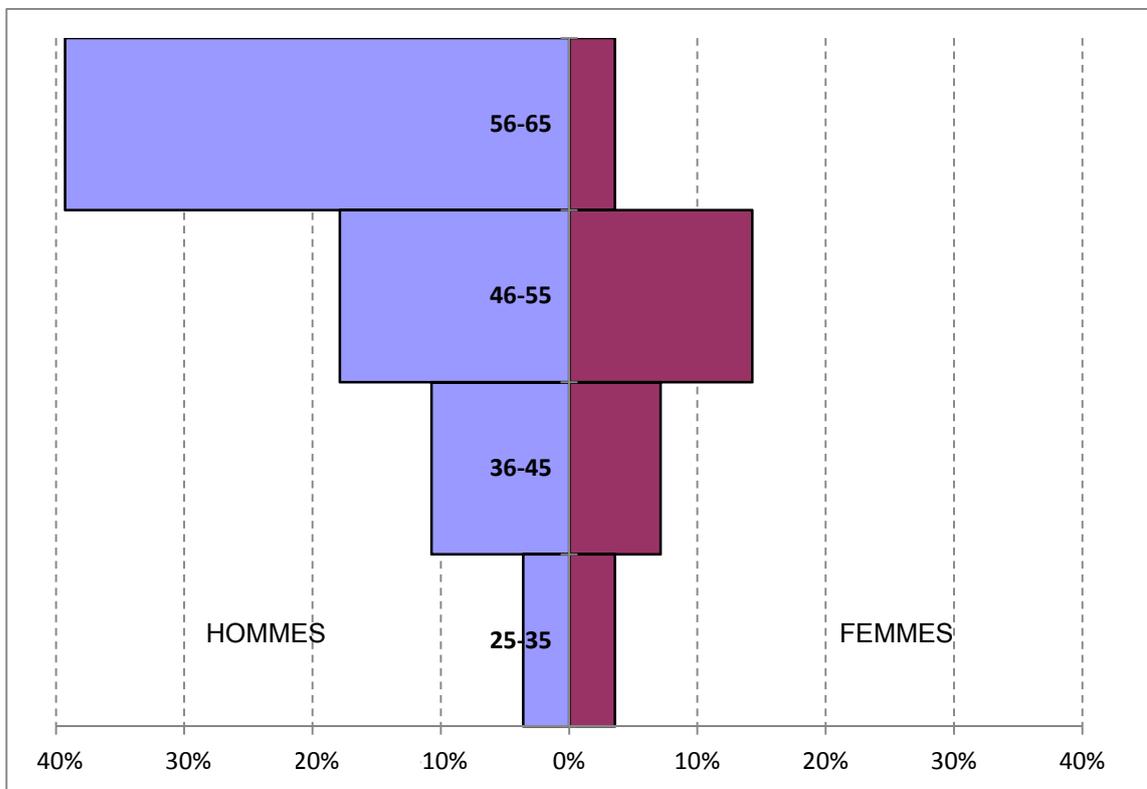


Figure 3 : Répartition des MSU observés selon l'âge et le sexe

2-2 Lieu, zone et mode d'exercice des MSU observés

Avec une majorité provenant de la Vienne et de la Charente-Maritime, ils ont une activité plutôt semi-rurale et un exercice essentiellement en cabinet de groupe.

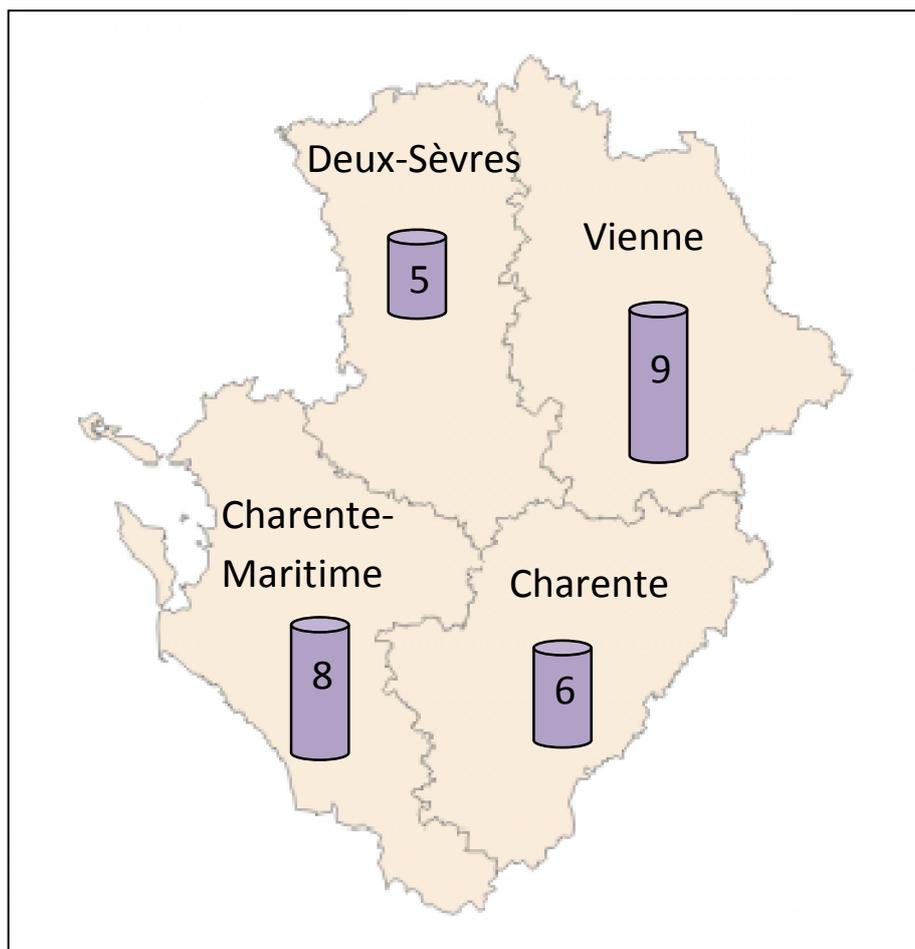


Figure 4 : Nombre de MSU observés par département d'exercice

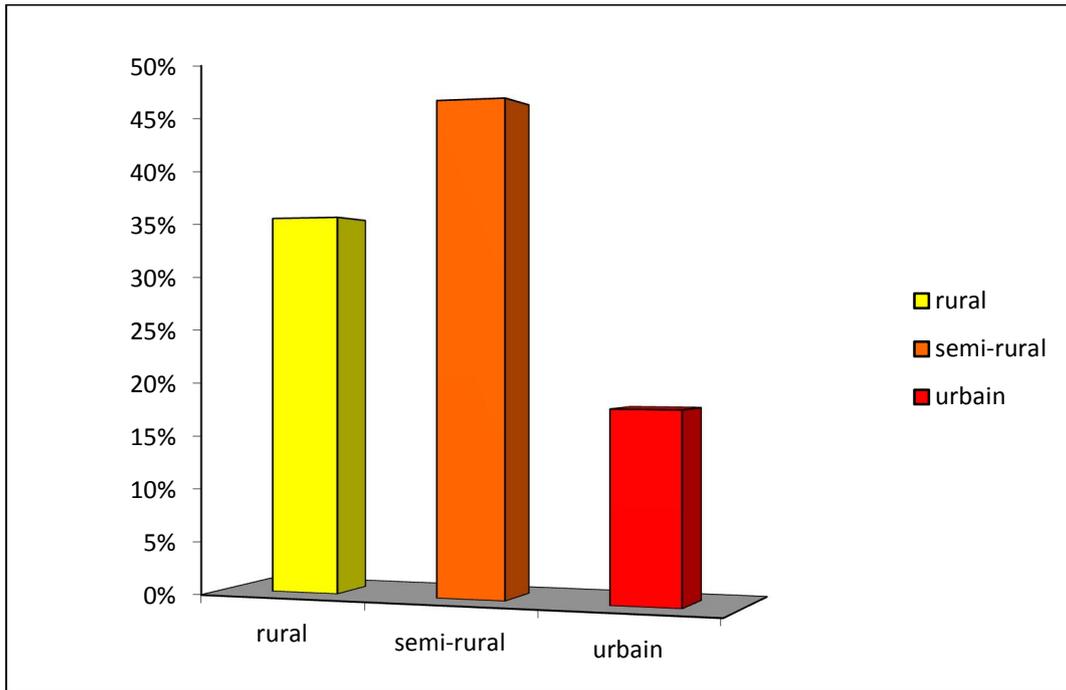


Figure 5 : Répartition des MSU observés selon leur zone d'exercice

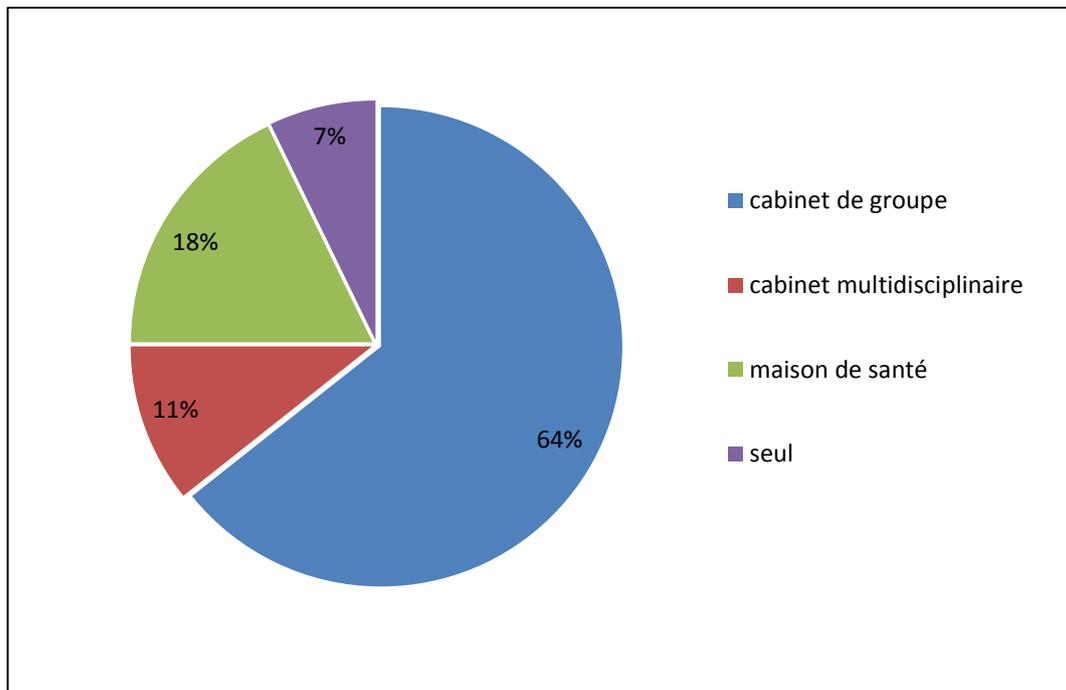


Figure 6 : Répartition des MSU observés selon leur mode d'exercice

2.3- Représentativité des MSU observés

Il n'y a pas de différence significative entre l'échantillon de MSU observés et le panel de MSU du Poitou-Charentes en ce qui concerne la répartition par âge ($p=0,034$) et par sexe ($p=0,41$). Il en est de même pour la répartition par âge ($p=0,025$) et par sexe ($p=0,18$) entre l'échantillon de MSU et l'ensemble des médecins généralistes de France (en dehors des salariés hospitaliers) (30).

		MSU Observés		MSU Poitou-Charentes		
		n= 28		n= 236		
Âge (ans)	25-35	2	7,14%	16	6,78%	Test de Student $p= 0,034$
	36-45	5	17,86%	63	26,69%	
	46-55	9	32,14%	68	28,81%	
	56-65	12	42,86%	83	35,17%	
	>65	0	0,00%	6	2,54%	
Sexe	F	8	28,57%	89	37,71%	Test exact de Fischer $p=0,41$
	H	20	71,43%	147	62,29%	

Tableau 1 : Répartition par âge et par sexe selon l'échantillon de MSU observés et le panel de MSU du Poitou-Charentes (données 2015 COGEMS Poitou-Charentes)

		MSU Observés		Ensemble des Médecins Généralistes		
		n= 28		n= 84 540		
Âge (ans)	25-35	2	7,14%	7 054	8,34%	Test de Student $p= 0,025$
	36-45	5	17,86%	12 871	15,22%	
	46-55	9	32,14%	22 337	26,42%	
	56-65	12	42,86%	33 079	39,12%	
	>65	0	0,00%	9 199	10,88%	
Sexe	F	8	28,57%	35 472	41,96%	Test exact de Fischer $p=0,18$
	H	20	71,43%	49 068	58,04%	

Tableau 2 : Répartition par âge et par sexe selon l'échantillon de MSU observés et l'ensemble des médecins généralistes (effectifs 2015 DREES)

2.4- Formation(s) complémentaire(s) des MSU observés

L'obtention d'un ou plusieurs diplômes supplémentaires (capacité, diplôme universitaire et diplôme inter-universitaire) était déclarée par 46% des MSU. Ceci représentait 50% des MSU homme et 38% des MSU femme.

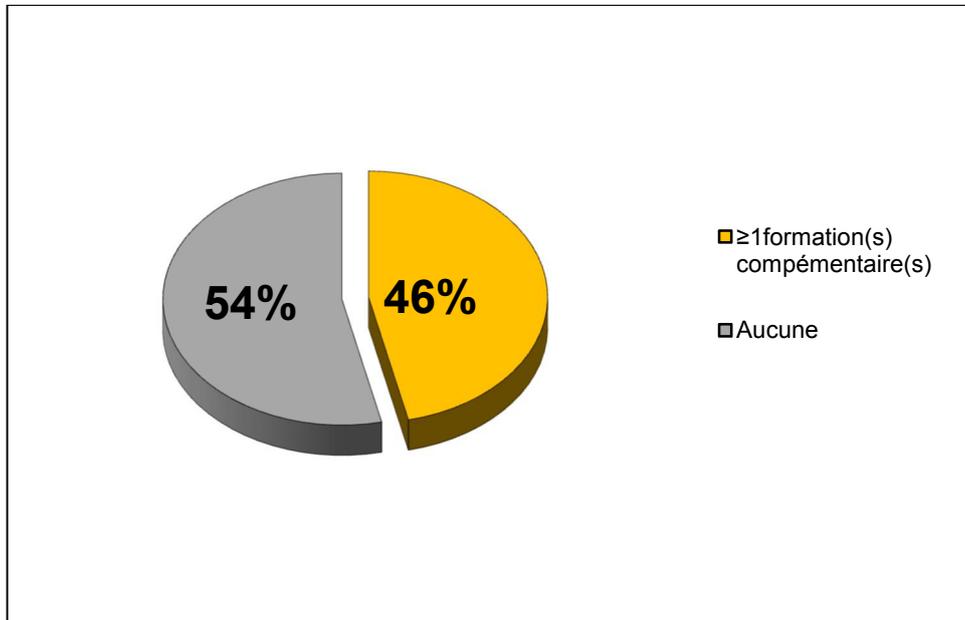


Figure 7 : Pourcentage de MSU observés ayant obtenu, ou non, un ou plusieurs diplôme(s) complémentaire(s).

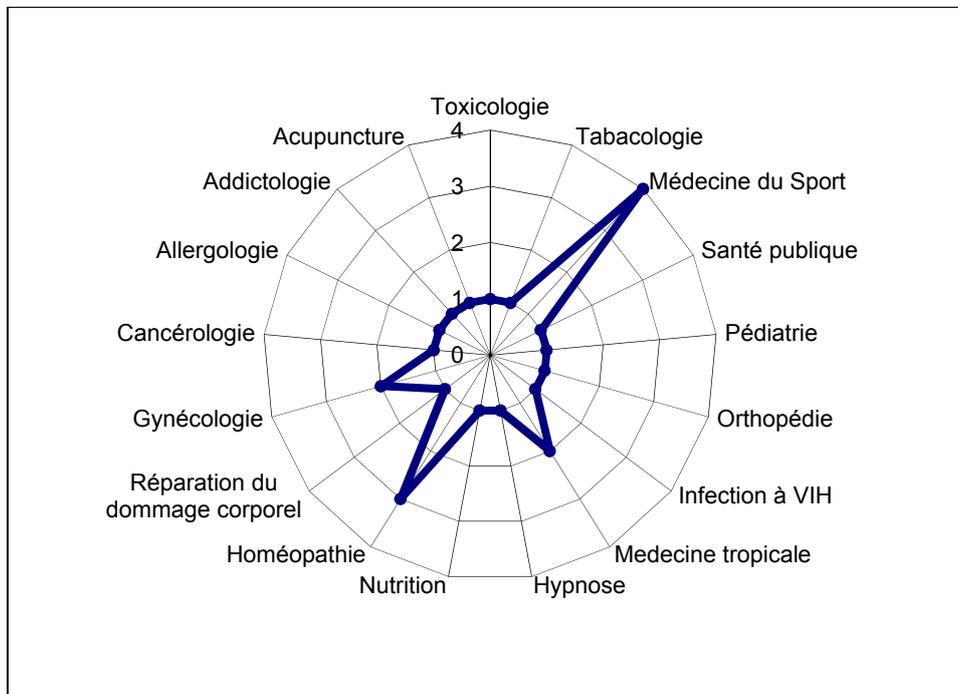


Figure 8 : Nombre de MSU par formations complémentaires dans notre panel

2.5- Nombre moyen de consultations par jour des MSU observés

Le nombre moyen d'actes réalisés par jour du panel est de 29 consultations.

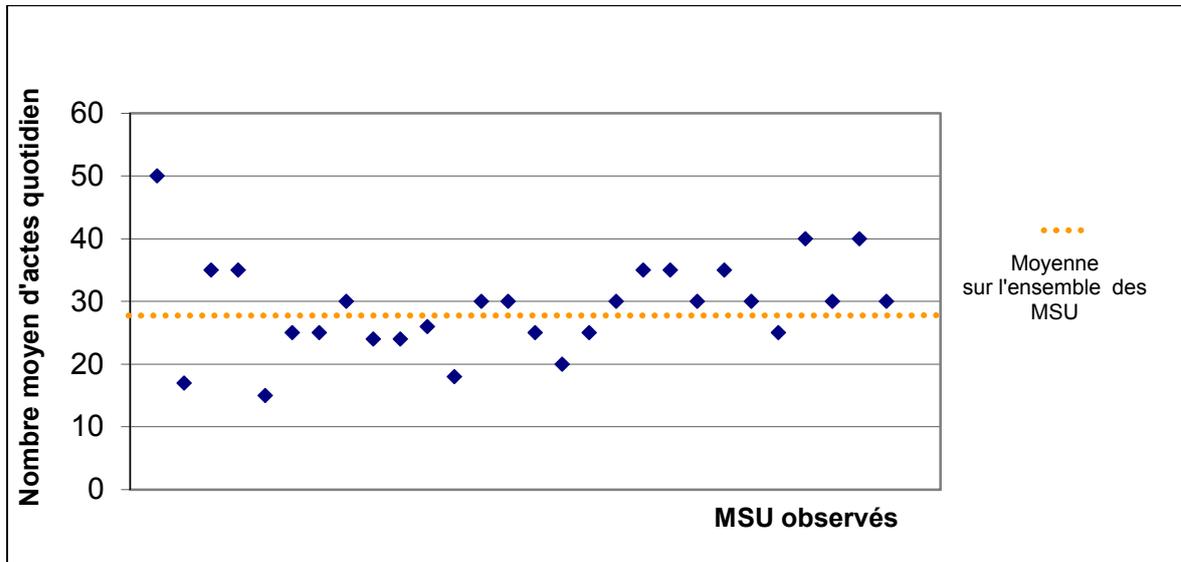


Figure 9 : Nombre d'actes journaliers des MSU observés

2.6- Année d'installation et de début de maîtrise de stage des MSU observés

L'année d'installation moyenne est 1991 (médiane 1987) et l'année de début de maîtrise de stage moyenne est 2011 (médiane 2010).

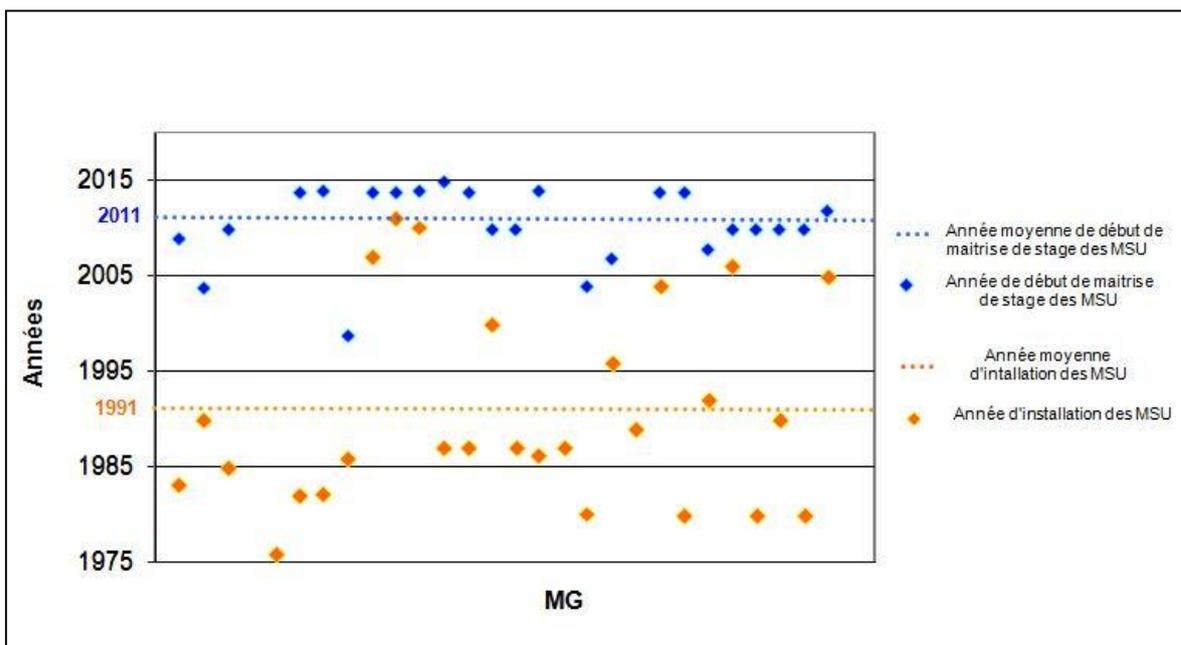


Figure 10 : Année d'installation et de début de maîtrise de stage des MSU observés

3- Description de l'échantillon de patients

3.1- Âge et sexe des patients

Notre échantillon de consultation est constitué à 54% par des femmes. L'âge moyen est de 46 ans. Les 12-50 ans, plus éligibles à recevoir l'information sur la CU, constituent 51,6% de notre panel (29,7% de femmes et 21,9% d'hommes).

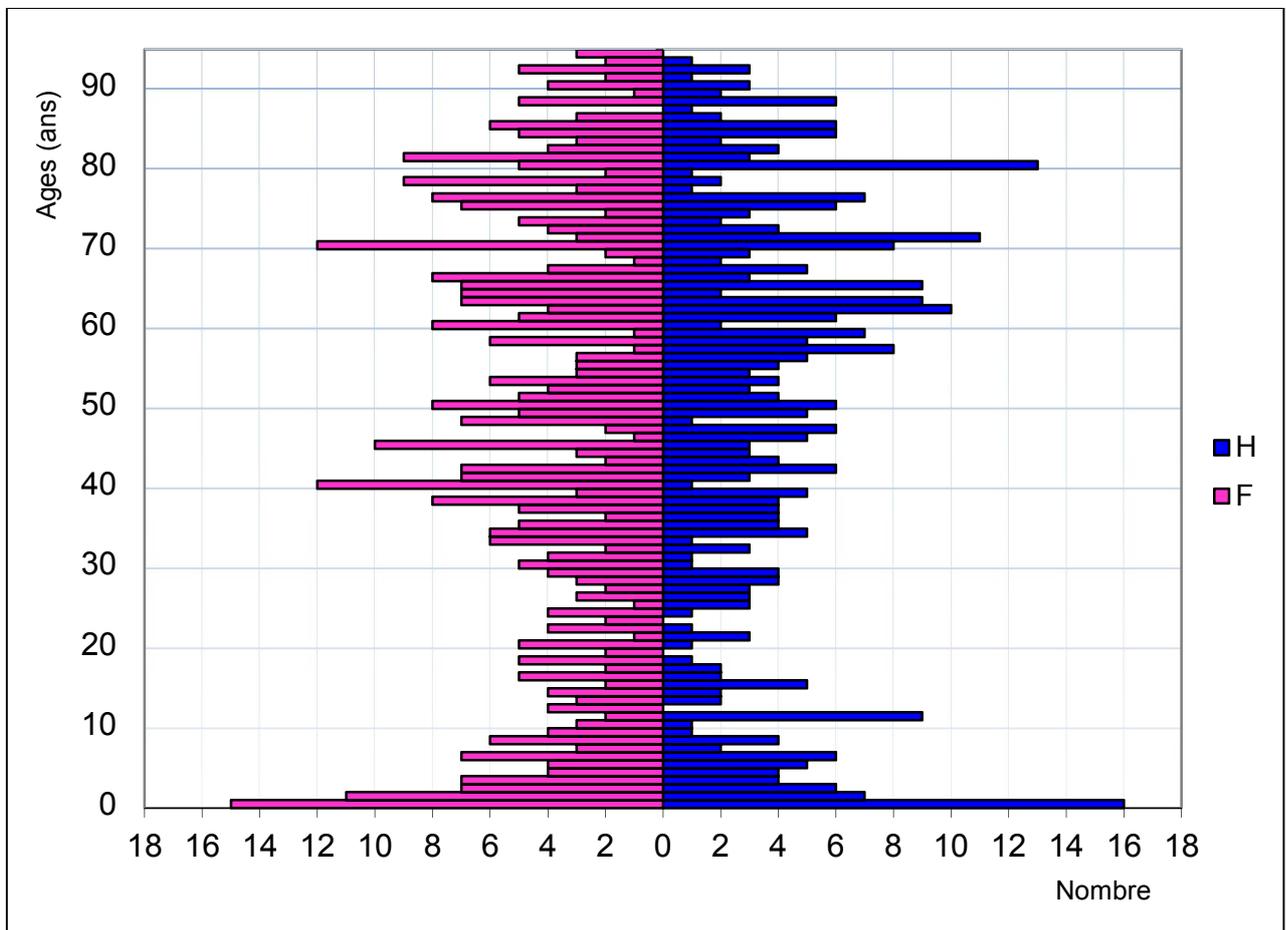


Figure 11 : Nombre de patients selon l'âge et le sexe

3.2- Catégories socioprofessionnelles des patients

La catégorie socioprofessionnelle, selon la nomenclature PCS 2003 de l'INSEE, majoritaire est la 7 soit les retraités.

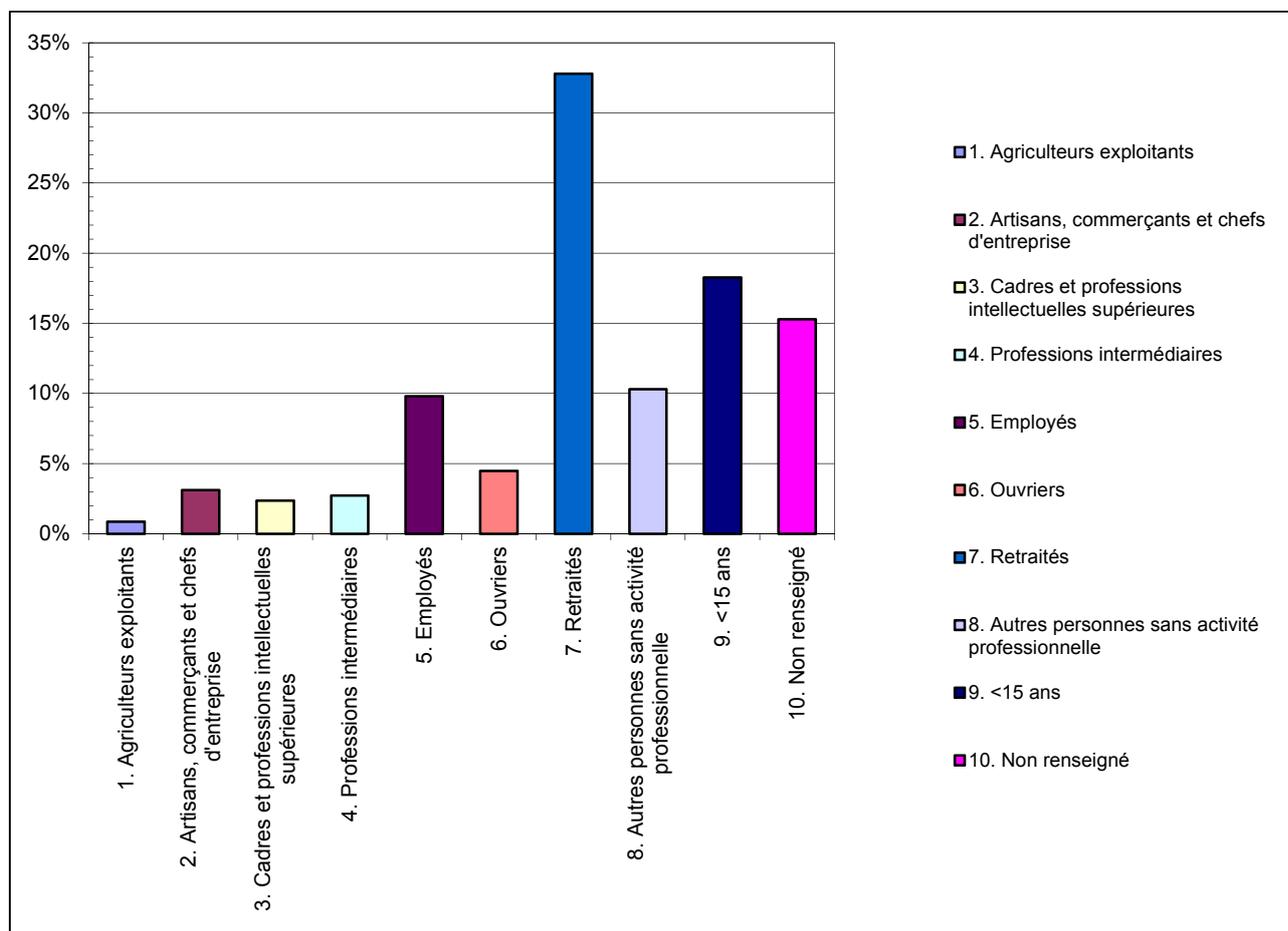


Figure 12 : Répartition des patients selon la catégorie socioprofessionnelle

3.3- Représentativité des patients observés

La population de patients observés ne présente pas de différence significative avec la population du Poitou-Charentes (47) (48) en ce qui concerne la répartition par âge ($p=0,001$) et par sexe ($p=0.14$).

		Population Observée		Population Poitou-Charentes		
		n= 805		n= 1 796 434		
Âge (ans)	0-19	179	22,24%	401 204	22,33%	Test de Student $p= 0,0015$
	20-39	130	16,15%	378 872	21,09%	
	40-59	182	22,61%	488 472	27,19%	
	60-74	158	19,63%	319 957	17,81%	
	≥75	156	19,38%	207 929	11,57%	
Sexe	F	436	54,16%	926 724	51,59%	Test exact de Fischer $p=0,14$
	H	369	45,84%	869 710	48,41%	
Catégorie socio-professionnelle	1. Agriculteurs exploitants	0,87%		1,00%		N.C.
	2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	3,11%		3,30%		
	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	2,36%		9,30%		
	4. Professions intermédiaires	2,73%		13,50%		
	5. Employés	9,81%		16,00%		
	6. Ouvriers	4,47%		12,30%		
	7. Retraités	32,80%		31,90%		
	8. Autres personnes sans activité professionnelle	10,31%		12,60%		

Tableau 3 : Répartition par âge, sexe et catégorie socioprofessionnelle selon la population de patients observés et la population du Poitou-Charentes (résultats arrêtés fin 2014 de l'INSEE).

4- Nombre de consultations abordant le sujet de la CU

Sur les 805 consultations relevées, 3 ont abordé le sujet de la contraception d'urgence soit un taux de 0,37% ou 3,7 pour 1000 consultations.

Ces 3 consultations ont été réalisées par 3 médecins différents. Le pourcentage de MSU observés qui parlent de la CU est donc de 10,7%.

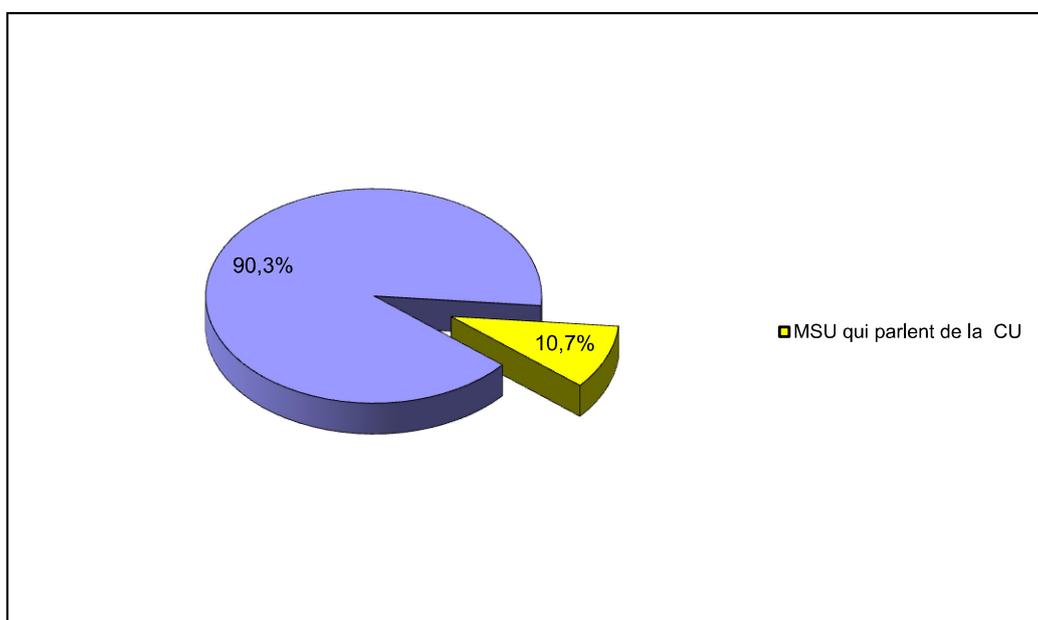


Figure 13 : Pourcentage de MSU qui abordent la CU sur l'ensemble des MSU observés

5- Description des praticiens qui parlent de la CU

5.1- Données Socio-démographiques des MSU abordant la CU

Les trois médecins abordant le sujet de la CU sont des hommes de plus de 45 ans. Deux n'ont aucune formation complémentaire et le 3ème possède un diplôme complémentaire en médecine du sport. L'un est en maison de santé, les 2 autres en cabinet de groupe. Deux ont une activité plutôt rurale et le 3ème est en zone urbaine.

5.2- Activité de prévention des MSU qui parlent de la CU

En moyenne, 32% des consultations des MSU observés abordent un, ou plusieurs thème(s) de prévention proposé(s) dans la grille. Ce chiffre est de 36% pour les MSU qui parlent de la CU.

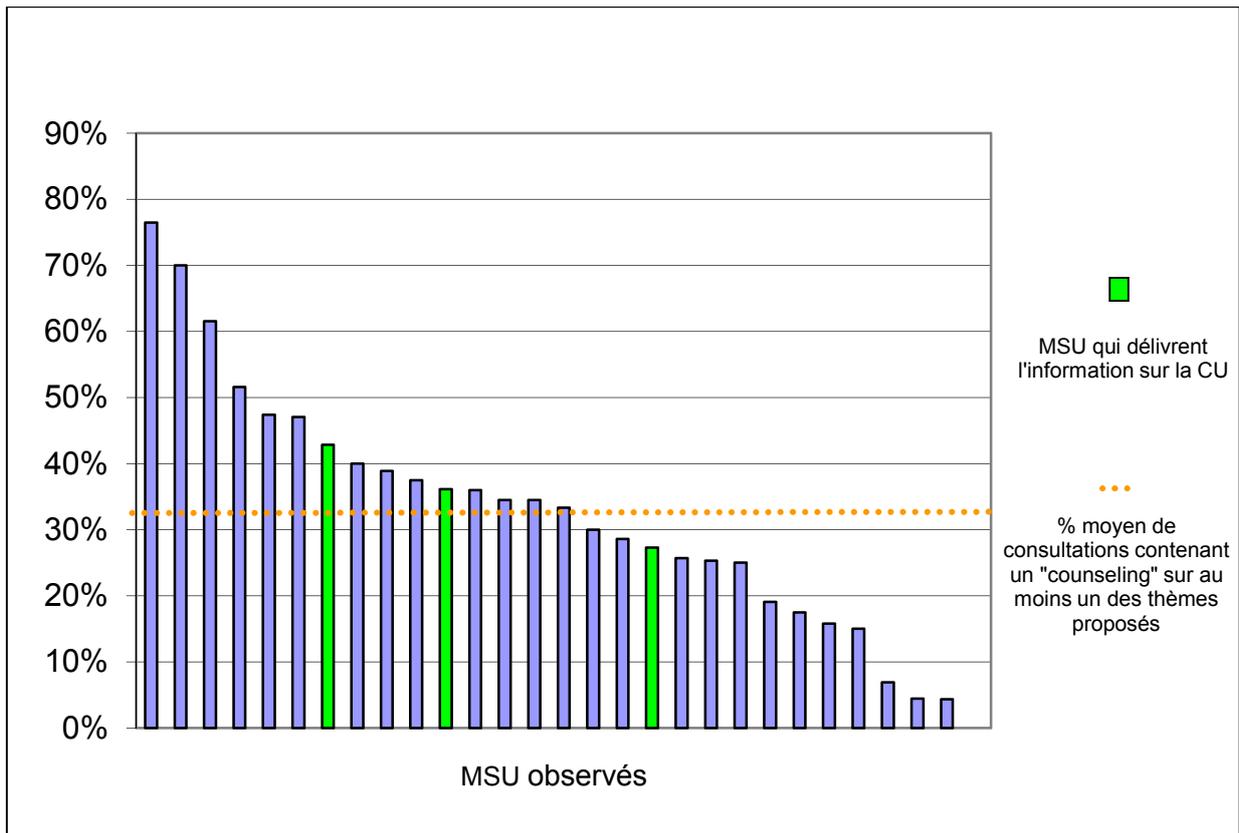


Figure 14 : Pourcentage de consultations abordant au moins un des thèmes de prévention proposés, par MSU observé

6- Profil des patients ayant reçu une information sur la CU et thème(s) de prévention associé(s)

6.1- Profil des patients bénéficiant d'un « counseling » en matière de CU

L'information sur la CU a été donnée à 3 jeunes femmes différentes. Elles sont toutes sans activité professionnelle (élèves ou étudiantes), catégorie socioprofessionnelle n°8 de la nomenclature PCS 2003 de l'INSEE, et ont un âge moyen de 17 ans.

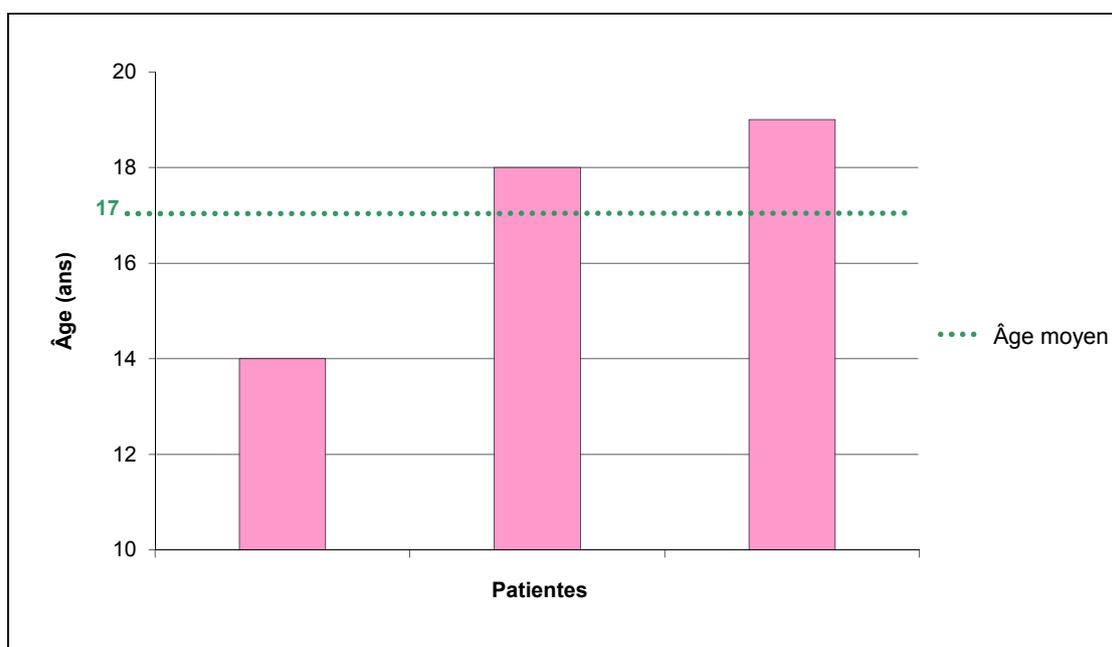


Figure 15 : Âge des patientes bénéficiant du "counseling" sur la CU

Il y a donc 1,25% des femmes âgées de 12-50 ans, fourchette d'âge plus destinée à recevoir l'information, qui ont reçu un « counseling » sur la contraception d'urgence.

6.2- Thème(s) de prévention associé(s) au « counseling » sur la CU

A chaque fois que le sujet de la CU est abordé, un, ou d'autre(s) thème(s) de prévention de la liste proposée, est, ou sont associé(s) : le préservatif est cité à chaque fois, et, pour une, le tabac et l'activité physique ont été abordés en plus.

		Consultation abordant la CU		
		N°1	N°2	N°3
counseling associé	Préservatif	X	X	X
	Activité physique régulière (30 min de marche rapide par jour)	X		
	Sevrage tabagique	X		

Tableau 4 : Thèmes de prévention associés au "counseling" sur la CU

7- Autres sujets de prévention abordés

Avec environ 8 consultations sur 100, l'activité physique régulière est le thème de prévention, proposé dans l'étude, le plus abordé.

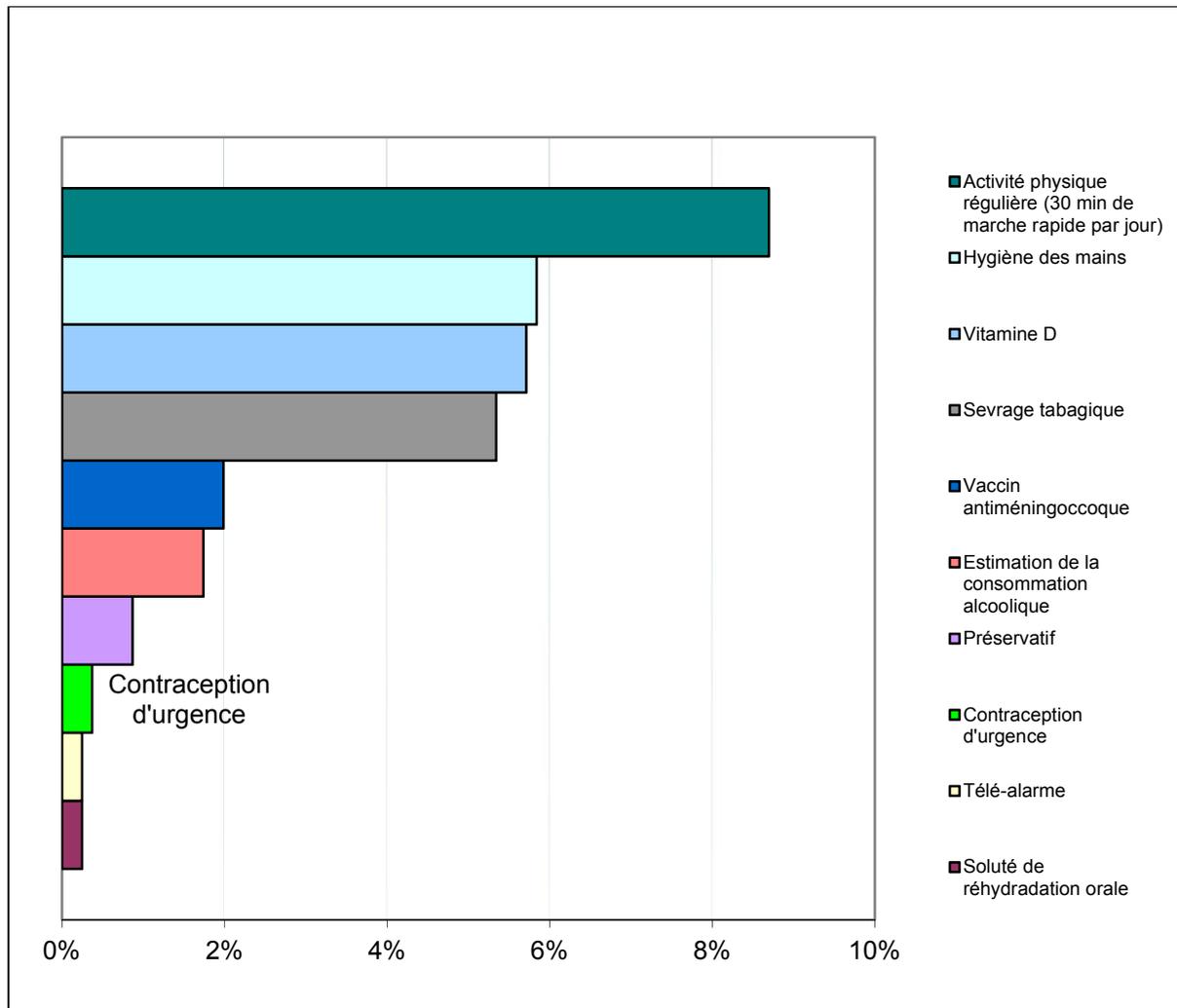


Figure 16 : Pourcentage de consultations contenant un "counseling" selon les thèmes de prévention proposés

DISCUSSION

1- Force du travail

1.1- Étude quantitative observationnelle

Dans la littérature, les données sur le counseling en médecine générale, et en particulier en matière de CU, sont principalement basées sur du déclaratif et donc potentiellement biaisées par le « vouloir bien faire et la volonté de paraître ». La réalisation d'une étude quantitative observationnelle, choisie afin de limiter cet aspect, est une nouveauté.

Le choix des MSU, qui adhèrent souvent plus facilement au projet de recherche, permettait l'observation via leur étudiant.

La conception de la grille et la dissimulation du thème aux observés et du sujet précis à l'observateur, ont permis d'étudier la fréquence de délivrance d'information sur la CU sans influencer la pratique des protagonistes. Toutefois, les observés avaient conscience de faire l'objet d'une étude et donc pouvaient faire preuve d'une plus grande motivation, situation appelée effet Hawthorne³.

³ L'effet Hawthorne est né de la série d'études sur la productivité conduite de 1924 à 1932 par Elton Mayo, professeur à la Harvard Business School, auprès des employés de la Western Electric Company à Chicago, mettant en évidence la modification du comportement des personnes interrogées lors d'une étude, en raison de l'attention dont elles font l'objet par les enquêteurs.

1.2- Échantillons représentatifs

D'après la littérature, la démographie des MSU est semblable à celle des médecins généralistes. Les caractéristiques sociodémographiques et la morbidité de leurs patients semblent également identiques. De plus, aucune étude n'a pu démontrer une différence de qualité des soins entre un médecin généraliste ambulatoire MSU et un médecin généraliste ambulatoire lambda. (17)

La comparaison de notre échantillon de MSU observés par rapport au panel de MSU du Poitou-Charentes et à l'ensemble des médecins généraliste du pays en dehors des salariés hospitaliers, ne retrouve pas de différence significative en ce qui concerne la répartition par âge ($p=0,034$ et $p=0,025$) et par genre ($p=0,41$ et $p=0,18$). (Notons toutefois que les tranches d'âges de notre échantillon et des effectifs de la DREES présentent un décalage d'un an.)

Notre échantillon de patients, constitué sans critère d'exclusion, ne diffère pas, non plus, avec la population du Poitou-Charentes (47) (48) en ce qui concerne leur répartition par âge ($p=0,001$) et par sexe ($p=0,14$).

Nous pouvons donc considérer notre échantillon de MSU comme représentatif d'une population de médecins généralistes ambulatoires et notre échantillon de consultation, représentatif de la population générale du Poitou-Charentes.

2- Biais et limites méthodologiques

2.1- Faibles participations

Dans un premier temps, nous avons envisagé notre étude qu'à l'aide des internes. On peut noter que la contribution à l'étude a été plus importante de la part des internes sensibilisés à notre travail lors du choix de stage. Une seule formulation de refus a été obtenue avec pour motif l'incompréhension de certaines consignes et le thème de l'étude jugé peu intéressant.

Cependant, la participation des internes est restée faible, et ce, malgré des rappels informatiques et téléphoniques réguliers, ou des arguments comme la disponibilité d'observation de l'étudiant convenue avec le MSU et l'intérêt pédagogique de la participation à une étude.

Pour augmenter notre effectif, nous avons, dans un second temps, étendue l'étude aux externes en stage long de médecine générale avec une observation sur 3 jours pour accroître le nombre de consultations. Là aussi, la participation est restée faible.

On retrouve peu d'études similaires dans la littérature mais quelques hypothèses expliquant ce manque d'implication peuvent être formulées comme le contact par mail sur la plateforme « ENT » de la faculté peu regardée par les étudiants, la surcharge de travail, l'abondance de demandes de participation à un travail de thèse, le manque d'intérêt pour le sujet de notre étude ou encore une méthode qui semblait compliquée et chronophage.

Au total seul 12% des MSU ont été observés. En tenant compte du fait qu'un même médecin a tendance à se comporter de la même façon, le nombre de consultations incluses semble malgré tout suffisant.

La méthode sous-entendait un potentiel important de recrutement. Les résultats envisagés n'ont pas été atteints. Pour améliorer la participation, il aurait été intéressant de rencontrer la totalité des internes pendant la journée des choix et de sensibiliser les externes également lors de leur choix de stage. Nous aurions pu aussi envisager le recueil de données comme l'une des traces écrites annuelles obligatoires à la validation du diplôme d'études supérieures de médecine générale pour les internes ou bien modifier la méthode et proposer un recrutement uniquement via les adresses universitaires mais sur plusieurs facultés de médecine.

2.2- Recueil des données

L'intervention d'étudiants non contrôlés et non formés à l'observation demandée est une source possible d'erreur avec la possibilité de révélation du sujet ou de mauvaise compréhension de l'utilisation de l'outil. Par ailleurs, ces

observateurs sont de niveau d'étude différent, ce qui peut susciter la question d'une qualité d'observation différente.

Notre méthode de recueil nécessite une saisie informatique de notes écrites manuellement qui peut engendrer de possibles erreurs de remplissage.

Le jour de la collecte des données ne semble pas avoir été respecté et plutôt choisi aléatoirement par les internes. Une seule journée d'observation était retenue pour ne pas interférer dans le stage et ainsi favoriser l'implication au projet. Le début de stage étant normalement dédié à l'observation, nous proposons le 2^{ème} jour chez chaque MSU pour le recueil des données ; Le 1^{er} jour était évité car plutôt destiné à la découverte et l'adaptation. Nous avons eu deux retours sur ce choix : l'un soulignait qu'il était en consultation ce jour et l'autre notait que la gestion du travail de thèse d'un autre étudiant, en plus des différents paramètres inhérents à un nouveau semestre, était difficile.

La durée prévue de collecte des données a été augmentée à six mois au lieu de deux afin d'inclure un nombre plus important de MSU et de consultations. Dans le même objectif, il a été demandé aux externes une observation sur trois jours ce qui peut éventuellement entraîner l'inclusion d'un même patient.

Quelques MSU formaient pour ce semestre deux internes ou un interne et un externe ce qui pouvait entraîner deux fois leur inclusion. Toutefois, l'analyse des résultats permet d'affirmer que les 28 MSU observés de notre étude sont différents.

Les consignes de recueil manquaient de précision concernant l'inclusion des visites à domicile. Elles n'ont donc pas été prises en compte dans les résultats.

La demande d'accord aux MSU n'indiquait pas la méthode de réponse : écrite à la thésarde ou orale à l'étudiant.

Le motif et les résultats de consultations n'ont pas été relevés. L'objectif de l'étude étant d'étudier la fréquence de l'information en matière de CU sur l'ensemble des consultations d'un médecin généraliste, avec l'hypothèse qu'un sujet de prévention peut être abordé lors de n'importe quelle consultation (paragraphe 2.2), il n'a pas paru nécessaire de les relever. Cependant, les recommandations de bonne pratique suggérant de délivrer une information sur la CU à chaque consultation

relative à la contraception ou la sexualité (paragraphe 1.2), il aurait pu être intéressant de les connaître. Ceci aurait, toutefois, demandé l'utilisation d'un outil de codage ou de classification comme la CISP-2, qui nécessite une formation pour un usage correct et harmonieux des différents observateurs et aurait compliqué le recueil des données pour les étudiants. On peut se demander si le taux de participation n'aurait pas été diminué.

3- Synthèse des résultats et comparaison avec les données de la littérature

3.1- Fréquence du « counseling » en matière de CU

Les informations sur la fréquence du « counseling » en matière de CU en médecine générale sont exceptionnelles dans la littérature. Toutefois, les quelques chiffres disponibles sont analogues à nos résultats.

Nous obtenons 0,37% soit 3,7 pour 1000 consultations qui abordent le sujet de la CU. Dans la thèse de S. DARRIAU⁴, ancillaire de l'étude ECOGEN, 0,4% des rencontres avec prescription de contraception ont un codage CISP-2 qui peut suggérer la délivrance d'information sur la CU (W50 + A45/W45/X45 ou W58/X58 ou A98). La prévention en gynécologie est aussi retrouvée lors de consultations sans prescription de contraception, ces dernières représentent 4% du total de la base de données ECOGEN, soit 20943 consultations, mais les résultats de consultation de ces rencontres qui sont, la grossesse et l'allaitement, les cancers gynécologiques et leur prévention, la ménopause, les infections de la sphère gynécologique, les

⁴ Recueil des données sur 20 jours ouvrés répartis sur 5 mois (Décembre 2011 à Avril 2012). L'analyse a été centrée sur les consultations comportant la procédure codée W50 (médication/prescription/injection en rapport avec Grossesse, Accouchement et Planification Familiale) avec un verbatim/le problème du patient en rapport avec la contraception, soit 252 consultations sur la base de donnée ECOGEN.

A45 : recommandations/éducation santé/avis/régime général avec verbatim gynécologique. W45 : recommandations/éducation santé/avis/régime portant sur Grossesse, Accouchement et Planification familiale. X45 : recommandations/éducation santé/avis/régime portant sur système génital féminin et sein. W58 : conseil thérapeutique/écoute/examens portant sur Grossesse, Accouchement et Planification familiale. X58 : conseil thérapeutique/écoute/examens portant sur système génital féminin et sein. A98 : Gestion santé/médecine préventive avec verbatim gynécologique.

problèmes d'infertilité, les troubles de la statique pelvienne et la vaccination anti-HPV, ne semblent pas en adéquation avec un « counseling » sur la CU (26).

On peut également citer une étude australienne, qui n'a pas le même terrain socio-économique d'étude que les travaux français mais dont les résultats peuvent tout de même être pris en considération puisque le niveau de développement des deux pays est similaire : il s'agit d'une enquête transversale continue menée de 2000 à 2012 (BEACH program) et codée également d'après la CISP-2. Elle rapporte un faible taux de consultation en lien avec la contraception d'urgence chez les médecins généralistes avec 5,5 pour 1000 rencontres et une diminution de ce chiffre à 1,43 consultations pour 1000 suite à la mise en place de l'accès direct en pharmacie (58).

3.2- Pourcentage de médecins généralistes qui parlent de la CU et de femmes qui reçoivent l'information.

Les chiffres retrouvés dans la littérature proviennent d'études déclaratives, mais, malgré la différence de méthode, les résultats sont comparables aux nôtres.

Ainsi, alors que nous avons 10,7% des MSU qui parlent de CU dans notre observation, on retrouve 11% des médecins généralistes qui ont souvent recommandé cette méthode au cours de l'année 2010 d'après l'enquête FECOND (11), 15% abordent le sujet une ou plusieurs fois par semaine dans la thèse de G. Gaiani (32), 10% délivrent une information 1 fois par semaine d'après la thèse de M. Majzner (57). Pour ceux qui n'en parle jamais les résultats des différentes études sont assez similaires avec : 29,63% qui n'en parlent jamais lors d'une prescription de pilule d'après l'étude de C. Naimi-Lelong (59), et dans celle de M. Majzner, 23% des médecins généralistes ne délivraient pas d'information sur la CU avant l'intervention (56).

Dans nos résultats, 1,25% des femmes entre 12-50 ans ont une information sur la contraception d'urgence. Une étude étrangère basée sur du déclaratif côté patiente peut être citée. C'est une enquête nationale organisée en 2002 aux Etats-Unis, elle constatait que sur 7643 femmes de 15-44 ans interrogées, 3% avaient parlé de la CU avec un praticien l'année précédente (52). En dehors du fait qu'il ne s'agisse pas du même pays et que la fourchette d'âge des patientes étudiées ne soit

pas identique, la différence de pourcentage de femmes informées peut être expliquée par l'inclusion de médecins de spécialité diverse dans l'étude américaine alors que notre observation se base uniquement sur les médecins généralistes ambulatoires.

3.3- Déterminants du « counseling » en matière de CU

Notre échantillon de MSU qui délivre l'information est trop faible pour en ressortir des caractéristiques particulières : ce sont tous des hommes âgés de plus de 50 ans mais dans un panel composé en majorité par des hommes de plus de 50 ans donc ceci n'est pas recevable. Il n'est pas mis en évidence d'autre caractère singulier comme une formation complémentaire en gynécologie ou une activité de prévention plus importante chez les MSU qui ont abordés le sujet de la CU. Dans la littérature, les résultats sont partagés : la thèse d'exercice de C. Naïmi-Lelong (59) ne montre pas d'association significative entre les connaissances et le sexe du médecin, son âge, son expérience, ou non, en centre de planification et d'éducation familiale, ou encore l'obtention, ou non, d'une formation complémentaire en gynécologie, alors qu'une étude canadienne en 2012 rapporte que les jeunes médecins délivrent plus souvent l'information en matière de CU que leurs aînés et que les femmes médecin semblent avoir plus de connaissance sur la CU (53). Le genre du praticien pourrait influencer sur la délivrance de l'information puisque certaines études rapportent que les médecins généralistes hommes feraient moins de prévention que les médecins généralistes femmes et que les patients préfèrent consulter un médecin généraliste de même sexe pour les problèmes relatifs à l'intimité, si l'on suppose que la CU en fasse partie et qu'elle concerne malgré tout plus les patients femmes que les patients hommes (18) (25).

Dans notre étude, l'adolescente ou la jeune femme paraît comme un profil de patient suscitant la délivrance de l'information. On peut rapprocher les chiffres de l'étude nationale américaine de 2002 qui rapportait que le « counseling » en matière de CU était plus fréquent pour les femmes de moins de 30 ans (52). Nos résultats ne permettent pas de mettre en évidence de niveau socio-économique particulier.

De par notre méthode, nous n'avons pas plus de données sur ce qui motive la délivrance de l'information. Dans la thèse de Z. Hami sur la CU et les adolescents, il est rapporté que, pour les consultations où les adolescents vont parler de la CU avec leur médecin généraliste, ce sujet est abordé en majorité (61%) à l'initiative du praticien (34). Dans notre travail, au vu des thèmes de prévention abordés en plus de la CU, il est possible que les consultations fussent motivées par l'initiation, ou le renouvellement, de contraception ou encore l'oubli de pilule.

3.4- Sous-évaluation potentielle des résultats

Les résultats de notre étude sont peut-être sous-évalués par le fait d'une consultation à trois (présence d'un étudiant) en particulier quand cela concerne le champ de la vie sexuelle. Ainsi plusieurs thèses rapportent qu'un peu moins de 10% des patients ne diront pas tout ce qu'ils voulaient à leur médecin généraliste lorsqu'un étudiant est présent lors de la consultation et, de plus, qu'environ 50% des femmes consultant leur médecin généraliste pour un motif gynécologique sont gênées par la présence d'un étudiant (19) (22) (42) (51) (54).

La période hivernale (Novembre-Avril) de recueil des données peut également impacter sur nos résultats. Les maladies épidémiques saisonnières augmentent l'activité des médecins généralistes, il est alors possible que la part de prévention, qui demande du temps lors des consultations, soit réduite, ou bien que l'estimation de la fréquence soit biaisée de part un nombre de consultations à motifs saisonniers augmenté. Dans le même esprit, il se peut que certains thèmes de prévention proposés dans la grille de recueil soient directement influencés par la période de recueil comme « l'hygiène des mains » ou « le soluté de réhydratation orale ».

4- Proposition et suite

Une étude similaire pourrait être menée sur une année entière pour limiter l'aspect saisonnier et être plus représentatif. De plus, il faudrait obtenir un effectif de praticiens plus important.

Le phénomène du « counseling » en matière de CU semble trop rare pour poursuivre les étapes de notre « research-agenda » et obtenir des résultats statistiquement fiables.

Une reformulation de la question de recherche est nécessaire. Ainsi il serait intéressant de mener une étude sur les déterminants de la délivrance d'information en matière de CU dont la connaissance. Une étude quantitative sur le panel des 28 MSU observés pourrait évaluer la connaissance à l'aide de l'auto-questionnaire validé établi par G. Gaiani (32) puis un travail qualitatif avec des entretiens semi dirigés pourrait rechercher d'autres déterminants.

La littérature étant pauvre, il pourrait également être informatif d'évaluer la fréquence du « counseling » en matière de CU, par les médecins généralistes ambulatoires, avec une étude déclarative auprès des patient(e)s, ainsi que d'explorer les connaissances et les autres sources d'information en matière de CU des patient(e)s.

Enfin, les résultats obtenus sur les autres thèmes de prévention pourraient être utilisés par des études ultérieures.

CONCLUSION

La contraception d'urgence est un sujet de prévention réel pour lequel les médecins généralistes ambulatoires ont un devoir de « counseling ».

Cette thèse met en évidence le caractère exceptionnel de la fréquence de ce « counseling » en médecine générale avec environ trois consultations pour mille rencontres.

Cette étude était une étape décisive pour la poursuite du travail sur la question de recherche initiale : savoir si la connaissance des médecins généralistes en matière de contraception d'urgence influence la fréquence de l'information délivrée en consultation. Les résultats obtenus nous poussent à une reformulation de cette dernière puisque le phénomène « counseling » est trop rare pour être observé.

Ce travail observationnel permet d'avoir des données nouvelles et de combler des lacunes dans la littérature quant à l'estimation de la fréquence du « counseling » en matière de contraception d'urgence.

Les résultats pourraient être confirmés sur une durée d'observation plus longue, un plus grand effectif de médecins ou par le biais d'un travail auprès de patient(e)s. Des études ultérieures sont envisagées après reformulation de notre question de recherche : une étude qualitative des déterminants, dont la connaissance, du « counseling » en matière de CU, et l'exploration des autres sources d'information des patient(e)s.

BIBLIOGRAPHIE

[1] **Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.** NOR: SANX0300055L. Version consolidée au 12 août 2011. <http://www.legifrance.gouv.fr>

[2] **Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence.** Journal officiel de la République française, 2000, n°289, p. 19830.

[3] MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE. **Décret n° 2001-258 du 27 mars 2001 pris en application de la loi n°2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence.** Journal officiel de la République française, 2001, n°74, p. 4825-4826.

[4] MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DELEGUE A LA SANTE. **Arrêté du 8 août 2001 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.** Journal officiel de la République française, 2001, n°190, p. 13304-13305.

[5] MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DELEGUE A LA SANTE. **Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence.** Journal officiel de la République française, 2002, n°8, p. 590.

[6] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. **Décret n° 2012-910 du 24 juillet 2012 relatif à la délivrance de médicaments indiqués dans la contraception d'urgence dans les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé.** Journal officiel de la République française, 2012, n°0172, p. 12242.

[7] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. **Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme - Recommandation.** Service des recommandations professionnelles de l'ANAES ; 2004.

[8] AMSELLEM - MAINGUY Y. **Recours et résistances à l'utilisation de la contraception d'urgence.** La Santé de l'Homme, 2009, n°399, p. 8-10.

[9] AUBIN C, JOURDAIN MENNINGER D, Avec la participation du Dr. Laurent CHAMBAUD L. Membres de l'Inspection générale des affaires sociales. **La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence.** Paris : IGAS, 2009, 104 p.

[10] AUBIN C, JOURDAIN-MENNINGER D, INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES. **La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication.** Paris : IGAS, 2009, 109 p.

- [11] BAJOS N, BOHETA, LE GUEN M, MOREAU C. **La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?** Pop Soc 2012, 492, p. 1-4. (INSERM. Enquête FECOND).
- [12] BAJOS N, GOULARD H, JOB-SPIRA N, COCON GROUP. **Emergency contraception : from accessibility to counselling.** Contraception, 2003, 67, 1, p. 39-40.
- [13] BAJOS N, LERIDON H, GOULARD H, COCON GROUP. **Contraception : from accessibility to efficiency.** Hum Reprod, 2003, 18, 5, p. 994-9.
- [14] BAJOS N, GOULARD H, MOREAU C, COCON GROUP. **Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use.** Contraception, 2006, 74, 3, p. 208-13.
- [15] BAJOS N., MOREAU C., BOUYER J., et al. **The remaining barriers to use of emergency contraception : perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions.** Contraception, 2005, 71, 3, p. 202-7.
- [16] BERTIN-STEUNOU V, BOUQUET É, CAILLIEZ É, et al. **Le médecin généraliste et l'oubli de pilule.** Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2010, 39, 3, p. 208-217.
- [17] BOUTON C, LEROY O et al. **Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires.** Santé Publique, 2015/1, 27, p. 59-67.
- [18] BRISPOT L. **Les patients choisissent-ils leur médecin traitant femme en raison de son genre ?** Th : Méd : Toulouse : 2013.
- [19] BUR M. **Le stage de six mois de médecine générale. Avis des patients sur la présence du stagiaire. Répercussion de sa présence sur la relation médecin-malade. Enquête réalisée auprès de 134 patients de 50 maîtres de stage du Bas-Rhin.** Th : Méd : Strasbourg : 2002.
- [20] BVA, HRA Pharma. **Les femmes, les leaders d'opinion et la contraception d'urgence en 2012.** Paris : BVA, 2012, 29 p.
- [21] CENTRE REGIONAL D'INFORMATION ET DE PREVENTION DU SIDA. **Données sur la contraception, la contraception d'urgence et l'IVG en France.** Dossier de synthèse documentaire et bibliographique, mai 2014. CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur [en ligne]. <http://paca.lecrisp.net/spip.php?article249> (page consultée le 19/08/2015)
- [22] CIABRINI N. **Comment la présence du résident est-elle perçue par le patient lors d'une consultation de médecine générale au cours du stage chez le praticien ?** Th : Méd : Paris 6 : 2002.
- [23] COHEN J., MADELENAT P., LEVY-TOLEDANO R., et al. **Gynécologie et santé des femmes, la prise en charge des femmes françaises. Etat des lieux et perspectives en 2020.** Ed. Eska, 2000, p 38-41. [Document en ligne] http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm (page consultée le 20/08/2015)
- [24] COMPAGNON L. et al. **Définitions et descriptions des compétences en médecine générale.** Exercer, 2013, 24,108, p. 148-155.

- [25] COUSIN G, SCHMID MAST M. **Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ?** Rev Med Suisse, 2010, p.1444-1447.
- [26] DARRIAU S. **Les procédures de prévention lors des consultations avec prescription de contraception en Médecine Générale en France.** Th : Méd : Tours :2013.
- [27] DIAS S. **Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-Obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France.** Th : Méd : Paris 7, Diderot : 2010.
- [28] DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES LANGUEDOC-ROUSSILLON, CHATENAY G., MAILLE S., et al. **Délivrance du Norlevo® en Languedoc-Roussillon, 2002-2006. Etude par territoire.** Paris : Ministère du travail des relations sociales de la famille de la solidarité et de la ville ; Ministère de la Santé et des sports ; 2010.
- [29] DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES). **Objectif 97 : Contraception.** In : L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi. Paris : DREES, 2011, p 330-331.
- [30] DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES. **Effectifs de médecins par spécialité, mode d'exercice, sexe et tranche d'âge.** 2015. Tableau 1. [en ligne]. In DREES www.data.drees.sante.gouv.fr
- [31] FOURNIER C., BUTTET P., LE LAY E., **Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale.** Baromètre santé médecins généralistes, 2009, p. 45-83.
- [32] GAIANI G. **Construction et validation d'un outil d'évaluation des connaissances des médecins généralistes en matière de contraception d'urgence. (Étude préliminaire avant une étude de l'information délivrée sur la contraception d'urgence en médecine générale).** Th : Méd : Poitiers : 2013.
- [33] GAUTIER A dir. **Baromètre santé médecins généralistes 2009.** Saint-Denis : INPES, 2011, 266 p.
- [34] HAMI Z. **Les Adolescents et la contraception : place du médecin généraliste dans l'information et la prévention.** Th : Méd : Bobigny : 2013. 148p.
- [35] HAUTE AUTORITE DE SANTE. **Recommandations en santé publique. Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance. Argumentaire.** Service évaluation économique et santé publique, 2013, 125p.
- [36] HAUTE AUTORITE DE SANTE. Fiche Mémo. **Contraception : prescription et conseils aux femmes.** Juillet 2013.
- [37] HAUTE AUTORITE DE SANTE. Fiche Mémo. **Contraception d'urgence.** Décembre 2013.
- [38] HAUTE AUTORITE DE SANTE. **Améliorer l'information sur la contraception d'urgence : synthèse des recommandations en santé publique.** Saint-Denis : HAS, 2013, 4 p.

- [39] HAUTE AUTORITE DE SANTE. **État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée.** Saint-Denis : HAS, 2013, 50 p.
- [40] HAUTE AUTORITE DE SANTE. **L'entretien motivationnel.** Mémo HAS octobre 2008.
- [41] HAUTE AUTORITE DE SANTE. **Contraception chez l'homme,** fiche mémo, avril 2013. 2 p.
- [42] HOANG D. **Evolution des sentiments des patients envers le stagiaire 3 ans après le début du stage de 6 mois chez le praticien.** Th : Méd : Paris 7 : 2002.
- [43] INPES. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE [en ligne]. www.ineps.sante.fr. (site consulté en septembre 2014)
- [44] INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. **Baromètre Santé 2004.** 2004.
- [45] INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. **Baromètre Santé 2010.** 2010.
- [46] INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. **Contraception : que savent les Français ? (enquête BVA).** Saint-Denis : INPES, 2007, 10 p.
- [47] INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUE. **Estimation de la population. Résultats arrêtés fin 2014.** [en ligne]. In : INSEE. www.insee.fr (site consulté en octobre 2015)
- [48] INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUE. **Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle en 2013.** [en ligne]. In : INSEE. www.insee.fr (site consulté en octobre 2015)
- [49] INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUE. Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) 2003. [en ligne]. In : INSEE. www.insee.fr.
- [50] ISAACS JN, CREININ MD. **Miscommunication between healthcare providers and patients may result in unplanned pregnancies.** Contraception, 2003, 68, 5, p. 373-376.
- [51] JAGLALE-LETNIEWSKI C. **L'interne en consultation de médecine générale : avis des patients et influence sur la patientèle.** Th : Méd : Lille : 2009.
- [52] KAVANAUGH ML, SCHWARZ EB. **Counseling about and use of emergency contraception in the United States.** Perspect Sex Reprod Health 2008, 40, 2, p.81-86.
- [53] LANGILLE D. **Emergency contraception. Knowledge and attitudes of nova scotian family physicians.** Can Fam physician, 2012, 58, p.548-54.
- [54] LEMERCIER A. **Conséquences de la présence d'un interne de médecine générale en stage ambulatoire de premier niveau sur le ressenti des patients : analyse de 377 questionnaires recueillis en Haute-Normandie.** Th : méd : Rouen 2013.

- [55] LETRILLIART L, SUPPER I, SCHUERS M, et al. **ECOGEN : étude des éléments de la consultation en médecine générale.** Exercer, 2014, 114, p.148-57.
- [56] LEVASSEUR G., BAGOT C., HONNORAT C., **L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne.** Santé publique, 2005, 17,1, p. 109-119.
- [57] MAJZNER M. **Impact d'une intervention concernant la contraception d'urgence sur la connaissance et les pratiques des médecins généralistes.** Th : Méd : Rouen : 2014. 88p.
- [58] MAZZA D, HARRISON CM, TAFT Aj, et al. **Emergency contraception in Australia: the desired source of information versus the actual source of information.** Med J Aust, 2014, 200, 7, p.414-5. (BEACH program)
- [59] NAÏMI-LELONG C. **La contraception d'urgence : opinions, souhaits et pratiques des médecins généralistes du département du Nord.** Th : Méd : Lille : 2013.
- [60] OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE D'AUVERGNE, VENZAC M, MAQUINGHEN S, et al. **Les interruptions volontaires de grossesse et la contraception d'urgence en Auvergne.** Clermont-Ferrand : ORS Auvergne, 2010.
- [61] OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). **Interruptions volontaires de grossesses, état des lieux en France et en PACA.** Revue des connaissances et recommandations pour des études-actions. INPES, 2005.
- [62] OBSERVATOIRE DE LA MEDECINE GENERALE. **Classement des 50 Résultats de Consultation les plus fréquents par patients pour tous les patients pour l'année 2009.** [en ligne]. In : SFMG. www.omg.sfm.org
- [63] QUALISO J, COGNEAU. **Rapport final EPILULE.** Février 2004. [en ligne]. www.sante.gouv.fr.
- [64] SHERMAN CA, HARVEY SM, BECKMAN LJ, et al. **Emergency contraception: knowledge and attitudes of health care providers in a health maintenance organization.** Women's Health Issues, 2001, 11, 5, p. 448-457.
- [65] SUPIOT RENAUDEAU I. **L'information sur la contraception d'urgence en médecine générale: enquête auprès de 86 médecins généralistes et 82 femmes du Maine et Loire.** Th : Méd : Angers : 2002. 130p.
- [66] VILAIN A, MOUQUET MC, GONZALEZ L, et al. **Les interruptions volontaires de grossesse en 2011.** Études et résultats, 2013, 843, 6 p.
- [67] WONCA EUROPE. **La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille.** 2002. Woncaeurope.org.

ANNEXES

Annexe 1 : Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS)

Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) 2003

Institut National de la statistique et des études économiques (INSEE)

Concepteurs : MM. Desrosière, Goy et Thévenot.

**Groupes socioprofessionnels
(8 postes dont 6 pour les actifs)**

1. Agriculteurs exploitants
2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
3. Cadres et professions intellectuelles supérieures
4. Professions intermédiaires
5. Employés
6. Ouvriers
7. Retraités
8. Autres personnes sans activité professionnelle
(âge \geq 15 ans)

Annexe 2 : Grille d'observation

Données Consultations													
		CONSULTATION											
		N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7	N°8	N°9	N°10	N°11	N°12
P A T I E N T	Age												
	Sexe												
	Profession												
T H E M E (S B O R D P R E (S E N T I O N	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												

Données Consultations													
		CONSULTATION											
		N°13	N°14	N°15	N°16	N°17	N°18	N°19	N°20	N°21	N°22	N°23	N°24
P A T I E N T	Age												
	Sexe												
	Profession												
T H E M E (S B O R D P R E (S E N T I O N	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												

Données Consultations													
		CONSULTATION											
		N°25	N°26	N°27	N°28	N°29	N°30	N°31	N°32	N°33	N°34	N°35	N°36
P A T I E N T	Age												
	Sexe												
	Profession												
T H È M E (S O R D E (S) P R E (S) N T I O N	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												

1. Vaccin antiméningocoque	3. Hygiène des mains	5. Activité physique régulière (30 min de marche rapide par jour)	7. Préservatif	9. Vitamine D
2. Estimation de la consommation alcoolique	4. Télé-alarme	6. Contraception d'urgence	8. Sevrage tabagique	10. Soluté de réhydratation orale

Annexe 3 : Questionnaire

Données Sociodémographiques du Praticien

Sexe : H F

Age : 25-35 36-45 46-55 56-65 >65

Diplôme(s) Associé(s)
(DU, DIU, Capacité, ...):

Nutrition Gynécologie Médecine du Sport Pédiatrie Geriatrie

Autre :

Département d'exercice : 16 17 79 86

Lieu d'exercice : Rural semi-rural Urbain

Mode d'exercice : Seul Cabinet de groupe Cabinet multidisciplinaire Maison de santé

Nombre moyen d'actes réalisés par jour :

Année d'installation :

Année de début de la maîtrise de stage :

Annexe 4 : Note d'instruction

Etude Observationnelle sur les sujets de prévention abordés en Médecine Générale

Voici une grille d'observation à remplir lors de votre deuxième journée de stage chez chacun de vos praticiens. (En cas d'oublis l'observation devra être réalisée le jour suivant.)

Cette étude va se dérouler sur 2 mois afin d'intégrer les maîtres de stages en binôme avec une rotation mensuelle. (Le 3ème praticien des trinômes avec rotation mensuelle ne sera pas pris en compte.)

Les maîtres de stage sont avertis de cette étude mais ne connaissent pas le thème afin de ne pas influencer leur pratique. Il est impératif de ne pas dévoiler le sujet de l'étude ainsi que les thèmes d'observation lors du remplissage afin de ne pas créer de biais. Le temps de remplissage de la grille est évalué à 20s : il ne doit pas gêner le déroulement de la journée de consultation.

A la suite de chaque consultation :

- reportez sur la grille d'observation, l'âge, le sexe et la profession du patient (si cela est possible).
- cochez le ou les thème(s) de prévention abordé(s) parmi la liste. Si aucun de ces thèmes n'a été suggéré lors de la consultation, tirez un trait vertical sur toute la hauteur des propositions.

		Données Consultations											
		CONSULTATION											
		N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7	N°8	N°9	N°10	N°11	N°12
P A T I E N T	Age	33	80										
	Sexe	H	F										
	Profession	Prof	retraîtée										
T H È M E S A B O R D É S P R È S L E C O N S U L T A T I O N	1												
	2	X											
	3												
	4												
	5												
	6												
	7	X											
	8												
	9												
	10												

Vous avez également un questionnaire sur les données sociodémographiques de votre maître de stage. Ce questionnaire est anonyme et le temps de remplissage est également très court. N'hésitez pas à le remplir avec votre praticien.

A la fin de la journée, retournez la grille d'évaluation et le questionnaire sur les données sociodémographiques du praticien dans l'enveloppe pré-timbrée (Peut-être que les secrétaires de vos praticiens peuvent les envoyer avec le courrier du cabinet) ou par mail.

Vous aurez, bien sûr, un retour des résultats par mail à la fin de l'étude.

UN GRAND MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

Si besoin : ***@***.fr 06-**-**-**-**

Annexe 5 : Mail aux internes pour le pré test

Bonjour,

Tu es actuellement en stage de niveau 1 et j'ai besoin de ton avis pour me permettre de valider mon questionnaire de thèse.

Il s'agit d'un pré test que l'on réalise systématiquement à la suite de la création d'un questionnaire afin de vérifier la conception des questions, le temps réel de passation ou encore la présence d'éventuels oublis.

Ta participation est donc essentielle pour mon projet !

Je travaille sur la prévention en médecine générale et je souhaite réaliser une étude observationnelle.

La méthode va être la suivante : les internes de médecine générale en niveau 1 au semestre prochain observeront pendant 1 journée leur maître de stage. A la fin de chaque consultation, ils auront une grille d'observation à remplir (donc entre 2 consultations). Le questionnaire est très court afin que cela soit réalisable. Au questionnaire consultation, s'ajoutera un questionnaire médecin concernant les données sociodémographiques du maître de stage (à remplir qu'une fois bien sûr). A la fin de la journée, ils me retourneront le questionnaire par enveloppe pré timbrée.

Les Maîtres de stage ne devront surtout pas voir cette grille d'observation afin que cela n'influence pas leur comportement pendant les consultations et ainsi créer un énorme biais. Ils ne doivent pas non plus connaître le thème de l'étude : la prévention. Ils seront malgré tout informés au préalable que, dans le cadre d'un travail de thèse, ils seront observés pendant 1 journée par leur interne.

Tu trouveras en pièce jointe ces questionnaires pour que tu puisses me donner ton avis et tes remarques qui sont essentiels pour mon projet : j'ai besoin de savoir si le questionnaire est compréhensible, facile à remplir, le temps estimé nécessaire entre 2 consultations pour le remplir et toutes autres remarques que tu aurais à me suggérer. J'insiste sur le fait que les maîtres de stage ne doivent pas voir cette grille d'observation afin de ne pas créer de biais, donc donne-moi ton avis en t'imaginant en situation et non en te mettant en situation réelle.

J'attends ton retour par mail, l'idéal avant le 27/09 !

Merci beaucoup et bonne fin de stage !

Céline Bouquet, ***@***.fr 06-**-**-**-**

Annexe 6 : Mail aux MSU

Objet : Thèse de Médecine Générale

Cher Docteur, Cher MSU de Niveau 1

Je réalise une thèse, sous la direction du Dr Valérie Victor-Chaplet, sur un thème bien particulier de médecine générale et je souhaite faire une étude observationnelle.

A cette fin, je compte mettre à contribution les internes en stage de niveau 1 lors du prochain semestre et je souhaite avoir votre autorisation.

La méthode sera la suivante : Chaque interne remplira une grille d'observation à la fin de chaque consultation vue sur une journée avec son maître de stage. La grille d'observation comportera 4 questions et demandera un temps de remplissage très court pour ne pas gêner le déroulement de la journée (temps de passation estimé à 20s). Il y aura également un rapide questionnaire sur vos données sociodémographiques. Toutes ces données seront bien sûr anonymes. Les internes me retourneront leurs données par enveloppe pré timbrée.

Le thème de ce travail ainsi que la grille d'observation ne vous seront pas dévoilés afin de ne pas créer de biais.

Je voudrais présenter mon projet aux internes lors de leur journée de choix de stage soit le 03/10. J'espère que la plupart adhéreront à ce travail, pour les autres le motif de refus sera relevé afin d'adapter les études similaires ultérieures.

La journée d'observation retenue est le deuxième jour de stage chez chaque maître de stage. (Rattrapable le jour suivant en cas d'oublis). Pour les binômes avec une rotation mensuelle, les 2 MSU seront pris en compte, en revanche pour les trinômes avec rotation mensuelle, le troisième MSU, ne rentrera pas dans l'étude.

Pour finir et si vous acceptez ce projet, je souhaiterais faire une dernière requête : qu'en contre partie de leur contribution à ce travail, les internes n'aient pas de recherches à effectuer le jour de l'observation.

Merci à vous, Cher Docteur, Cher MSU, de bien vouloir participer à ce travail.

Respectueusement,

Céline Bouquet, ***@***.fr 06-**-**-**-**

Annexe 7 : Mails aux internes

Bonjour nouvel(le) interne de niveau 1,

Je fais une thèse avec le pôle recherche sur la prévention en médecine générale et j'ai absolument besoin de ton aide !

Mon étude est observationnelle et le but est de savoir si, sur une journée « lambda », les maîtres de stage de niveau 1 parlent de certains sujets de prévention ou pas.

Pour cela j'ai besoin que les internes de niveau 1 remplissent une grille d'observation lors d'une journée avec leur praticien.

Tous les maîtres de stage ont été avertis de cette étude et sont tous OK pour être observés par leur interne.

En revanche, ils ne connaissent pas le thème de l'étude, soit la prévention, afin de ne pas créer de biais.

Lors de la journée de choix, j'ai déjà remis le matériel pour l'observation à une bonne partie d'entre vous, mais je n'ai pas pu tous vous rencontrer alors que j'ai besoin de la participation de vous tous.

Je vous mets donc en pièce jointe la fameuse grille d'observation (temps de remplissage estimé à 15s pour chaque consultation) avec des numéros se reportant à une légende que vous trouverez également en pièce jointe. L'idée est de cacher cette légende sous la grille d'observation afin que vos maîtres de stage ne puissent la voir et ainsi créer un biais. Un questionnaire sur les données sociodémographiques du praticien est également à remplir. La dernière pièce jointe est une feuille explicative de l'étude.

Tout ceci doit m'être renvoyé à la fin de la journée d'observation. J'ai pu donner une enveloppe pré timbrée à ce que j'ai rencontré, pour les autres 2 possibilités : soit par mail après avoir scanné les grilles et le questionnaire sociodémographique, soit je vous propose de vous envoyer par courrier à votre adresse postale les enveloppes pré timbrées ainsi que les grilles d'observations.

Je vous laisse donc prendre connaissance de toutes ces pièces jointes et espère sincèrement que vous êtes partant pour m'aider à cette observation. Si toutefois vous refusez catégoriquement de participer, j'aimerais que vous m'envoyez un mail expliquant brièvement votre refus afin d'adapter les études similaires ultérieures.

Dernières petites choses :

-le jour de l'observation, il est convenu avec les maîtres de stage qu'il ne vous soit pas donné de travaux de recherche.

-L'idéal est que vous puissiez faire cette observation dans les 1^{ers} jours de votre stage chez chacun de vos praticiens car selon les médecins la phase d'observation est courte et il est possible que vous fassiez des consultations seul rapidement.

UN GRAND MERCI A VOUS, envoyez-moi votre adresse postale pour les enveloppes pré timbrées si besoin, et surtout ne révélez pas le thème de l'étude ni la légende de la grille d'observation à vos maîtres de stage.

Céline Bouquet, ***@***.fr 06-**-**-**-**

~

Bonjour futur interne de niveau 1,

Ton stage de niveau 1 va bientôt commencer ! N'oublie pas que je t'ai remis une grille d'observation pour participer à mon étude sur la prévention !

L'idéal serait que tu puisses la remplir dans les 1^{ers} jours de ton stage chez chacun de tes praticiens (car selon ton stage, il est possible que la phase d'observation soit courte et que tu fasses rapidement des consultations seul).

Chaque maître de stage a été averti par mail de cette étude et tous sont ok pour être observés pendant 1 journée.

Je rappelle qu'il est impératif de **NE PAS DIVULGUER LE THEME DE L'ETUDE NI LA LEGENDE DE LA GRILLE D'OBSERVATION** pour ne pas induire de biais.

N'oublie pas le questionnaire concernant les données sociodémographiques du praticien au dos de la grille d'observation et renvoie le tout à la fin de la journée avec l'enveloppe pré timbrée que je t'ai donnée. Pour ceux qui changeront de praticien qu'en décembre, j'attendrai vos retours de grilles en décembre !

En contrepartie de ta participation à cette étude, il est convenu avec les maîtres de stage que le jour de l'observation il ne vous soit pas donné de travaux de recherche.

J'espère sincèrement que tu rempliras cette grille chez au moins 2 de tes praticiens car sans ton aide je ne peux pas réaliser cette étude observationnelle ! Si toute fois tu refuses catégoriquement de participer, j'aimerais que tu m'envoie un mail me précisant la raison de ce refus afin d'adapter les études ultérieures de ce type.

UN GRAND MERCI !

Si besoin n'hésite pas à me contacter.

Pièces jointes copies des grilles si vous les avez égarées

Céline Bouquet, ***@***.fr 06-**-**-**-**

Annexe 8 : Mail aux externes

Bonjour,

Je réalise une étude avec l'appui du pôle recherche de médecine générale sur la prévention.

Pour cela votre participation est nécessaire.

Je vous transmets une grille d'observation qui est à remplir pour chaque consultation que vous ferez avec vos praticiens lors de votre stage en médecine générale du 16 mars au 03 avril.

Les maîtres de stage sont, bien sûr, avertis de cette étude mais ne doivent pas connaître le sujet ni les thèmes de prévention pour ne pas créer de biais. Les grilles d'observation sont d'ailleurs conçues pour limiter les regards indiscrets !

Un questionnaire très court sur les données sociodémographiques de votre praticien est à joindre à chaque grille d'observation que vous remplirez.

A la fin de chaque journée vous scannez les résultats afin de me les retourner par mail. Vous pouvez également me les retourner par courrier.

Un grand merci pour votre participation !

Céline Bouquet, ***@***.fr 06-**-**-**-**

Annexe 9 : Effectifs 2015 des médecins généralistes libéraux de France selon l'âge et le sexe

Tableau 1 : Effectifs 2015 des médecins par spécialité (Médecine générale), mode d'exercice, sexe et tranche d'âge. Données de la DREES à partir du répertoire partagé des professionnels de santé.

MODE EXERCICE			Libéraux exclusifs	Mixtes	Salariés Hospitaliers	Autres Salariés
SPECIALITE	AGE	SEXE				
Médecine générale	Ensemble tous âges confondus	<u>Ensemble tous sexes confondus</u>	62 211	6 799	17 945	15 530
		Hommes	39 590	4 241	8 810	5 237
		Femmes	22 621	2 558	9 135	10 293
	Moins de 30 ans	<u>Ensemble tous sexes confondus</u>	1 059	178	778	63
		Hommes	245	60	249	14
		Femmes	814	118	529	49
	Entre 30 et 34 ans	<u>Ensemble tous sexes confondus</u>	4 729	604	2 260	421
		Hommes	1 571	204	838	76
		Femmes	3 158	400	1 422	345
	Entre 35 et 39 ans	<u>Ensemble tous sexes confondus</u>	4 543	563	2 240	826
		Hommes	2 017	247	926	162
		Femmes	2 526	316	1 314	664
	Entre 40 et 44 ans	<u>Ensemble tous sexes confondus</u>	5 119	623	2 304	1 197
		Hommes	2 450	301	1 033	207
		Femmes	2 669	322	1 271	990
	Entre 45 et 49 ans	<u>Ensemble tous sexes confondus</u>	6 119	601	2 426	1 694
		Hommes	3 255	321	1 165	347
		Femmes	2 864	280	1 261	1 347
	Entre 50 et 54 ans	<u>Ensemble tous sexes confondus</u>	9 834	1 007	3 009	3 082
		Hommes	5 929	606	1 520	725
		Femmes	3 905	401	1 489	2 357
	Entre 55 et 59 ans	<u>Ensemble tous sexes confondus</u>	12 302	1 323	2 370	3 288
		Hommes	8 813	943	1 342	1 069
		Femmes	3 489	380	1 028	2 219
	Entre 60 et 64 ans	<u>Ensemble tous sexes confondus</u>	11 870	1 271	1 626	3 025
		Hommes	9 476	1 006	1 006	1 224
		Femmes	2 394	265	620	1 801
	Entre 65 et 69 ans	<u>Ensemble tous sexes confondus</u>	5 202	545	760	1 438
		Hommes	4 550	476	577	1 008
		Femmes	652	69	183	430
70 ans et plus	<u>Ensemble tous sexes confondus</u>	1 434	84	172	496	
	Hommes	1 284	77	154	405	
	Femmes	150	7	18	91	

RÉSUMÉ

Objectif

Évaluer la fréquence de l'information (« counseling ») délivrée par les médecins généralistes, en matière de contraception d'urgence (CU), au cours de leurs consultations. Rechercher des facteurs influençant cette fréquence.

Méthodes

Étude quantitative descriptive transversale auprès de maîtres de stage universitaires (MSU) en médecine générale. Recueil des données sur une journée entre novembre 2014 et avril 2015 par les étudiants en stage (internes et externes) à l'aide d'une grille d'observation permettant de relever les thèmes de prévention abordés dans une liste de 10 items, dont la CU, pour chaque consultation. Recueil de données sociodémographiques des MSU. Les étudiants et leurs MSU ne connaissaient pas le sujet réel de l'étude. Saisie anonyme et analyse des résultats sur le logiciel Excel 2007®.

Résultats obtenus

Vingt-huit grilles ont été retournées, décrivant 805 consultations sur un panel de 28 MSU. Trois consultations (0,37 %) abordaient le thème de la CU pour trois MSU observés différents. Les patients qui ont reçu l'information sont 3 femmes de 17 ans d'âge moyen, soit 1,25 % des femmes de 12 à 50 ans de l'échantillon. Le « counseling » en matière de CU était systématiquement associé à une information sur le « préservatif ». Les liens entre les caractéristiques sociodémographiques des médecins et la délivrance de l'information n'ont pu être analysés du fait de la faible fréquence de cette information. Le « counseling » ne semblait pas être lié à une formation supplémentaire en gynécologie ou une activité de prévention plus importante.

Conclusion

Le « counseling » en matière de CU est un phénomène rare en médecine générale. Les résultats obtenus devraient être confirmés sur une durée d'observation plus longue, un plus grand effectif de médecins ou par une étude auprès de patientes. Une étude qualitative des déterminants du « counseling » en matière de CU pourrait être envisagée.

Mots clés :

Contraception d'urgence, Médecine générale, Fréquence, Information, « Counseling ».



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



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

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



ANNEE : 2015

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : BOUQUET CELINE

DIRECTEUR DE THESE : VICTOR-CHAPLET VALERIE

TITRE DE LA THESE : EVALUATION DE LA FREQUENCE DU « COUNSELING » EN MATIERE DE CONTRACEPTION D'URGENCE EN MEDECINE GENERALE. ETUDE OBSERVATIONNELLE AUPRES DES MAITRES DE STAGE AMBULATOIRES DE POITOU-CHARENTES.

Objectif

Évaluer la fréquence de l'information (« counseling ») délivrée par les médecins généralistes, en matière de contraception d'urgence (CU), au cours de leurs consultations. Rechercher des facteurs influençant cette fréquence.

Méthodes

Étude quantitative descriptive transversale auprès de maîtres de stage universitaires (MSU) en médecine générale. Recueil des données sur une journée entre novembre 2014 et avril 2015 par les étudiants en stage (internes et externes) à l'aide d'une grille d'observation permettant de relever les thèmes de prévention abordés dans une liste de 10 items, dont la CU, pour chaque consultation. Recueil de données sociodémographiques des MSU. Les étudiants et leurs MSU ne connaissaient pas le sujet réel de l'étude. Saisie anonyme et analyse des résultats sur le logiciel Excel 2007®.

Résultats

Vingt-huit grilles ont été retournées, décrivant 805 consultations sur un panel de 28 MSU. Trois consultations (0,37 %) abordaient le thème de la CU pour trois MSU observés différents. Les patients qui ont reçu l'information sont 3 femmes de 17 ans d'âge moyen, soit 1,25 % des femmes de 12 à 50 ans de l'échantillon. Le « counseling » en matière de CU était systématiquement associé à une information sur le « préservatif ». Les liens entre les caractéristiques sociodémographiques des médecins et la délivrance de l'information n'ont pu être analysés du fait de la faible fréquence de cette information. Le « counseling » ne semblait pas être lié à une formation supplémentaire en gynécologie ou une activité de prévention plus importante.

Conclusion

Le « counseling » en matière de CU est un phénomène rare en médecine générale. Les résultats obtenus devraient être confirmés sur une durée d'observation plus longue, un plus grand effectif de médecins ou par une étude auprès de patientes. Une étude qualitative des déterminants du « counseling » en matière de CU pourrait être envisagée.

MOTS CLES : Contraception d'urgence, Médecine générale, Fréquence, Information, « Counseling ».

ADRESSE DE L'UFR : 6, rue de la Milétrie 86073 POITIERS Cedex 9