

2023-2024

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
GÉNÉRALE

**HABITUDES DE PRESCRIPTION ET
PRATIQUES EN MATIÈRE DE
CONTRACEPTION CHEZ LES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES ET LES SAGE-FEMMES
LIBÉRALES**

ETUDE COMPARATIVE DES PROFESSIONNELS DES
DEPARTEMENTS DU MAINE-ET-LOIRE, MAYENNE ET SARTHE

COIGNARD Ondine ■

Née le 7 mai 1997 à Angers (49)

BAPTISTE Marion ■

Née le 12 juillet 1997 à Fontenay-aux-Roses (92)

Sous la direction de **M. LEGENDRE Guillaume** ■

Membres du jury

Mme le Professeur TESSIER-CAZENEUVE Christine | Président

Mr le Professeur LEGENDRE Guillaume | Directeur

Mr le Docteur PY Thibault | Membre

Mme le Docteur POITOU Lise | Membre

Mme le Professeur TESSIER-CAZENEUVE Christine | Président

Soutenue publiquement le :
24 octobre 2024

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Madame COIGNARD Ondine
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **22/09/2024**

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Madame BAPTISTE Marion
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **22/09/2024**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien
Faure

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François- Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine

DIQUET Bertrand	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri- Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine

MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CANIVET Clémence	GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE	Médecine
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine

MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley-Rose	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST/MAST		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgia	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

Remerciements communs :

Au Professeur Christine TESSIER-CAZENEUVE, merci de nous faire l'honneur de présider notre thèse et du temps que vous avez accordé à notre travail.

Au Professeur Guillaume LEGENDRE, merci de l'intérêt que vous avez porté à notre travail et du temps que vous nous avez accordé en acceptant de diriger cette thèse. Merci de votre bienveillance, votre aide précieuse et de vos conseils avisés sans lesquels notre étude n'aurait pu voir le jour. Nous ne l'oublierons pas.

Au Docteur Thibault PY, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Merci du temps que vous accordez au fruit de notre travail.

Au Docteur Lise POITOU, merci d'avoir pris le temps de répondre à notre questionnaire. Votre intérêt pour notre travail nous a conduit à vous proposer de juger ce travail dont vous faites partie intégrante. Merci pour votre temps et votre présence.

A l'Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire, qui a accepté de diffuser notre questionnaire. Votre intervention fut capitale dans l'élaboration de ce travail. Soyez assuré de notre profonde gratitude.

A tous nos confrères et consœurs, à toutes nos collègues sage-femmes ayant pris le temps de répondre à notre questionnaire, ce travail n'aurait pas été possible sans votre participation.

Marion BAPTISTE :

A tous mes co-externes et co-internes que j'ai pu croiser au détour des services du CHU d'Angers. Votre bienveillance, votre humour et votre soutien ont été précieux tout au long de ces années.

A tous les médecins croisés au cours de mon cursus, à mes derniers maîtres de stage mayennais Romaric, Linda et Cédric. Merci pour votre confiance, votre patience, votre bienveillance et votre esprit de compagnonnage. Soyez assurés de mon profond respect et de toute mon amitié.

A mes précieux amis issus de la cour du collège et du lycée, à Clarisse qui me voyait déjà médecin sans l'ombre d'un doute avant même mon inscription à la fac, à Ambre et Marianne dont l'amitié ne souffre ni du temps ni de la distance, vous êtes des soutiens indéfectibles. A Louis, dont l'amitié toutes ces années m'est très chère, merci d'avoir toujours été là pour moi.

A mes acolytes des bancs de la Faculté, à toi Sophie Podevin, bien que nos vies nous aient éloignées, tu restes une âme somptueuse que j'ai eu l'honneur de connaître et sans qui jamais je n'aurais réussi ce concours d'entrée en médecine. Si tu passes par-là, sois assurée de mon amitié et de ma reconnaissance. Émeline, Laura, Dan, Manon et Manon, Yseult. Vous avez été les piliers de ces années de labeur, que vous avez rendu inoubliables par votre amitié. Ces ateliers examen clinique à écouter le souffle de Dan à tour de rôle, ces après-midi colles en D4 qui se transforment systématiquement en apéro resteront des souvenirs impérissables. J'ai hâte de partager tant d'autres rires et de joies avec vous.

A toi, Ondine. Consœur, co-thésarde, amie, témoin de mariage, ton CV s'agrandit de plus en plus. Merci d'avoir accepté de partager cette thèse à mes côtés. Ces brunchs-biblio du dimanche matin en ta compagnie et celle de Waze ont rendu cette dernière étape de nos études plus douce. A tous nos brunchs futurs sans l'ombre d'une thèse à préparer, à toutes ces prochaines années et ces rires à venir.

A mes parents, à mon frère, à toute ma famille et belle-famille. Vous avez toujours été mes piliers. Papa, Maman, merci de m'avoir soutenue dans ces longues études sur vos pas sur cette route semée d'embûches (je sais, vous m'aviez prévenue). A tous ces repas de famille que j'ai dû désertier à de trop nombreuses occasions pour m'isoler à mon bureau. Il est temps de rattraper tout ce temps perdu.

A toi Elouan, mon mari et confrère que je ne cesse d'admirer pour d'innombrables raisons. Tu es un médecin, un partenaire et un humain exceptionnel. Tu as été et es un des piliers de ma vie, merci de m'avoir supportée durant ces difficiles années d'études émaillées de leurs joies et leurs peines et durant l'écriture fastidieuse de cette thèse. J'ai hâte de voir la vie que nous allons construire.

Ondine COIGNARD :

Un grand merci au **Dr Lise POITOU-ROGOWSKI** pour avoir également accepté de faire partie de ce jury de thèse. Tu as joué un rôle essentiel dans mon parcours d'interne. Ta bienveillance, ta patience et ta passion pour la médecine générale ont été une source d'inspiration pour moi et m'ont permis d'asseoir mon désir d'exercer cette merveilleuse spécialité. Je t'en suis infiniment reconnaissante.

Merci à tous les chefs, internes et personnels paramédicaux que j'ai pu croiser lors de ma formation. Je tiens à remercier chaleureusement le service de **Maladies Infectieuses** du CHU d'Angers, où j'ai énormément appris, tant sur le plan médical que sur le plan humain, auprès d'une équipe médicale bienveillante et dans une superbe ambiance. Merci également au service de **Gynécologie**, où j'ai acquis des compétences essentielles à ma pratique future. Merci au service de **Gériatrie**, où l'équipe a su créer un cadre de travail agréable et efficace permettant une formation de qualité. Enfin, merci aux **Dr FETIVEAU et Dr RICHARD** auprès de qui j'ai pu apprendre sur ma future pratique, dans un cadre bienveillant et pédagogique et qui m'ont permis d'acquérir la confiance nécessaire pour mon futur métier de médecin généraliste.

A **Marion**, ma co-thésarde et amie depuis quelques années maintenant, ce travail et ces recherches n'auraient pas été les mêmes sans toi. Nous avons partagé tant de choses depuis l'externat et je suis très heureuse d'avoir pu partager cette thèse avec toi, qui a permis de nous rapprocher encore plus. Ces rendez-vous "thèse" autour de viennoiseries ont été des moments ressourçants pour moi, où nous avons pu partager nos doutes et nos expériences entre 2 tableaux de contingence. J'attends avec hâte de pouvoir partager des apéros ensemble, sans la pression de la thèse sur nos épaules. Merci pour ton amitié, ta confiance et pour avoir rendu ce parcours bien plus doux.

A **Elouan**, pour ta présence constante, dans les moments heureux comme difficiles. Ta passion pour la médecine est une grande source d'inspiration pour moi. A **Émeline**, ton soutien indéfectible, ta présence rassurante malgré les kilomètres qui nous séparent, et ta capacité à trouver les mots justes m'ont été d'une aide immense tout au long de ce parcours. A **Eléonore**, tu as été un pilier tout au long de mon externat, et ton amitié compte beaucoup pour moi. Merci à **Laura, Manon, Dan, Manon et Floriane**, pour ces moments partagés et votre soutien durant ces longues et difficiles études de médecine, cela n'aurait pas été la même chose sans vous, et je vous en suis très reconnaissante.

A toi, **Chloé**, ma sœur, ma BFF, mon amie de toujours, je n'ai pas les mots pour décrire à quel point tu comptes pour moi. Malgré les plusieurs milliers de kilomètres nous séparant, tu as toujours été soutenante et présente dans les déboires de ma vie, professionnels et personnels. Tes conseils avisés et nos voyages réguliers m'ont permis d'en arriver là où j'en suis, cette thèse est un peu la tienne aussi... Merci pour ta force et ton amitié, je suis profondément reconnaissante pour tout ce que tu as fait pour moi. Je t'aime fort.

A **Lucie**, pour ta présence depuis toutes ces années. Tes petites attentions, ton énergie et ton humour ont été un véritable souffle d'air frais, ton amitié m'est très précieuse. A **Clothilde**, je te remercie pour ta bienveillance, ton écoute sans faille et tes conseils avisés qui ont été d'une aide précieuse dans les moments de doute. A **Constance, Alicia et Maud**, merci de m'avoir changé les idées et offert des moments de répit et de déconnexion pendant toutes ces années.

Merci à ma famille : Auriane, Mirza, Gucci, Géraldine et Waze. A **Maman**, qui a été un pilier inestimable tout au long de mon parcours. Tu as supporté mes moments de doute, de stress ; les joies intenses comme les baisses de moral, ton soutien a été crucial et je t'en suis reconnaissante. Merci d'avoir pris soin de ma jument lors des périodes intenses de travail, allégeant mes préoccupations. Je ne serais pas arrivé jusqu'ici sans toi. **Papa**, je souhaite également t'adresser un immense merci, c'est grâce à tes sacrifices et ton engagement que j'ai pu réaliser ce parcours et poursuivre mes études.

Je ne peux pas omettre de mentionner **Brieuc**, mon frère, avec qui j'ai partagé tant de souvenirs d'enfance et avec qui on ne parle pas vraiment de nos sentiments. Merci pour ces moments de complicité ; les soirées Macdo, switch et jeux de société ont été un véritable refuge pour moi. Je suis fière et heureuse d'être ta sœur. Je voudrais également exprimer ma reconnaissance envers **Alexandra**, (futur) belle sœur, pour ta douceur, ton empathie et ton oreille attentive qui m'ont permis d'exprimer mes tensions et difficultés sans me sentir jugée. Je suis heureuse d'avoir pu partager tous ces moments avec vous, et j'attends avec hâte nos prochaines soirées jeux de société et week-ends à explorer différents parcs d'attractions...

REMERCIEMENTS

Ondine COIGNARD (suite) :

A toi **Annie**, qui m'as toujours traitée comme ta petite fille, ta tendresse et ta présence rassurante ont illuminé mon enfance, merci pour ce que tu m'as donné et d'avoir toujours été là pour moi. A Papi, qui veille sur moi, tu m'a montré la persévérance et la valeur du travail. A Mamie, merci pour ton soutien et tes encouragements.

A toi, **Manou**, qui nous as quitté trop tôt mais qui continue d'occuper mon cœur et mes pensées. J'aurais aimé que tu sois là pour voir cette étape importante mais je sais que, de là où tu es, tu veille sur moi. A **papi**, dont les talents de dentiste et ton dévouement envers ta profession ont été une source d'inspiration dans mon propre parcours.

Enfin, à **Haribo**, ma petite jument, qui m'a permis de m'évader quotidiennement, sans qui je n'aurais sûrement pas tenu jusqu'à la fin de l'internat.

LISTE DES ABREVIATIONS

SF	Sage-femme
ORS	Observatoire Régional de Santé
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
DU	Diplôme universitaire
FMC	Formation Médicale Continue
MG	Médecins Généralistes
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DIU	Dispositif Intra-Utérin
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
POP	Pilule Oestro-Progestative
PP	Pilule Progestative
IST	Infection Sexuellement Transmissible
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
HAS	Haute Autorité de Santé

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Caractéristiques générales

- 1.1. Genre
- 1.2. Âge
- 1.3. Département d'exercice
- 1.4. Type de patientèle
- 1.5. Mode d'exercice

2. Formation universitaire

- 2.1. Durée et modalité de formation initiale concernant la contraception
- 2.2. Formations universitaires complémentaires et estimation de la compétence en matière de contraception

3. Pratiques

- 3.1. Habitudes de prescription des moyens de contraception
- 3.2. Éléments influençant la prescription
- 3.3. Contraception d'urgence et prévention des oublis
- 3.4. Gestes techniques pratiqués

4. Cas cliniques

- 4.1. Cas clinique n°1
- 4.2. Cas clinique n°2
- 4.3. Cas clinique n°3

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Forces et limites

- 1.1. Forces
- 1.2. Limites

2. Réponses à l'objectif principal

- 2.1. Gestes techniques
 - 2.1.1. DIU
 - 2.1.2. Implants
- 2.2. Conseils pour les oublis de pilule et contraception d'urgence
- 2.3. Dans la pratique
 - 2.3.1. Cas clinique n°1
 - 2.3.2. Cas clinique n°2
 - 2.3.3. Cas clinique n°3

3. Objectifs secondaires

- 3.1. Impact de la formation
- 3.2. Autres éléments influençant les prescriptions

4. CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

HABITUDES DE PRESCRIPTION ET PRATIQUES EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION CHEZ LES GÉNÉRALISTES ET LES SAGE-FEMMES LIBÉRALES DES DÉPARTEMENTS DU MAINE-ET-LOIRE, MAYENNE ET SARTHE

Auteurs : COIGNARD Ondine et BAPTISTE Marion

Introduction : Ondine COIGNARD et Marion BAPTISTE

Méthodes : Ondine COIGNARD et Marion BAPTISTE

Résultats : Ondine COIGNARD et Marion BAPTISTE

Discussion : Ondine COIGNARD et Marion BAPTISTE

Conclusion : Ondine COIGNARD et Marion BAPTISTE

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, on observe une raréfaction de l'offre de soins médicaux, concernant autant les médecins généralistes que les médecins spécialistes. Des études ont été menées afin de préciser cette modification démographique médicale comme le projet FECOND (Fécondité-Contraception-Dysfonctions sexuelles). Réalisée entre 2010 et 2011, l'enquête montrait déjà une diminution des effectifs de gynécologues, notamment en zone rurale ou sous dotée, qui s'étend aujourd'hui à la médecine générale. La contraception et le suivi gynécologique, de ce fait, est de plus en plus réalisé par les sage-femmes (SF) dans différentes structures, comme les planning familiaux, les cabinets libéraux ou bien encore les consultations en milieu hospitalier (1).

Le législateur s'est saisi de ces problématiques d'accès au suivi gynécologique en élargissant progressivement les compétences des sage-femmes au-delà du simple suivi de grossesse et de la contraception. En effet, la loi de santé publique du 9 août 2004 autorise les sage-femmes à effectuer le suivi postnatal des femmes et de leurs nourrissons. La raréfaction des médecins spécialistes et l'engorgement des cabinets de médecine générale ne faiblissant pas, le suivi gynécologique des femmes, en dehors de toute pathologie, entre à partir de 2010 dans le champ des compétences des SF. A ce titre, il leur est donc possible de réaliser l'examen mammaire, génital ou encore les frottis cervico-utérins. Sur le plan de la contraception, les SF peuvent donc également "proposer différentes méthodes contraceptives aux patientes et, le cas échéant, prescrire l'ensemble des moyens contraceptifs, sous toutes leurs formes et voies d'administration (...) prendre en charge en toute autonomie la pose, la surveillance et le retrait du diaphragme et de la cape ; l'insertion, la surveillance et le retrait de contraceptifs intra-utérins, ainsi que la pose et le retrait de l'implant" (2).

En région Pays de la Loire, face à la diminution du nombre de gynécologues, les médecins ligériens semblent avoir réagi depuis plusieurs années en s'impliquant davantage dans le suivi de leurs patientes sur le plan gynécologique. Selon une étude de l'ORS (Observatoire Régional de Santé) des Pays de la Loire et l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) des Pays de la Loire réalisée entre 2014 et 2015 (3), les médecins ligériens se distinguent du reste de leurs confrères à l'échelle nationale pour leur intérêt et leur activité en matière de gynécologie. En effet, les médecins interrogés déclarent pratiquer davantage de consultations de gynécologie que la moyenne nationale. 73% des médecins locaux déclarent assurer au moins une fois par semaine une consultation à thématique gynécologique contre 57% au plan national. Dans cette même dynamique, un tiers des médecins du panel des Pays de la Loire déclare avoir suivi une formation (DU ou FMC) contre tout juste un quart des médecins de l'Hexagone. Les auteurs expliquent cet investissement plus marqué par la densité de gynécologues libéraux de la région inférieure de 33% à la moyenne nationale. Les MG ligériens ont donc compensé cette difficulté d'accès au spécialiste par un accroissement de leur activité et se sentent en grande majorité tout à fait formés pour réaliser ces suivis (86% du panel interrogé contre 68% au plan national). Cependant, la diminution d'accès aux gynécologues et le peu de temps disponible des médecins généralistes pour des consultations prolongées comme le nécessite le choix d'une contraception semble laisser de plus en plus de place aux sage-femmes concernant le suivi gynécologique et la contraception des Françaises. On constate qu'en 2014, dans une enquête réalisée par Delphine Loquin (4) auprès de 14 adolescentes ayant consulté dans le centre d'IVG du CHU d'Angers, aucune n'envisageait de consulter une sage-femme pour leur contraception ou bien leur suivi gynécologique, traduisant bien un manque d'informations sur les compétences de ces dernières auprès des jeunes générations malgré l'extension de leurs missions depuis 2009. Cependant en 2018, devant la persistance des difficultés de suivi médical des femmes, l'Assemblée nationale réaffirme la nécessité d'une coopération plus

marquée des MG et des SF, bien que celles-ci soient souvent conflictuelles selon l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). En effet, il a été objectivé dans une enquête réalisée en 2016 que 17.5% des SF n'ont aucune relation avec les MG et que, de leur côté, 62% des MG n'ont aucun contact avec les SF concernant les suivis de grossesse, de contraception de leurs patientes (5).

Comme semble le suggérer l'ONDPS, la profession des SF paraît encore méconnue aux yeux des médecins. Pourtant, il s'agit d'une profession très ancienne, remontant aux origines des civilisations. Jusqu'au XVII^{ème} siècle, elles ne bénéficient d'aucune formation théorique et basent leurs pratiques sur leur expérience personnelle empirique. Les médecins délaissent alors volontairement la pratique de la gynécologie et de l'obstétrique du fait des tabous religieux que représentent le corps féminin et la santé sexuelle. C'est en 1660 que la communauté des SF est reconnue officiellement et amorce le développement d'une formation théorique. Face à cette théorisation, on assiste à une médicalisation progressive de l'obstétrique avec le développement des chirurgiens accoucheurs, qui dénigrent l'empirisme des SF au profit d'une obstétrique plus rationnelle et scientifique. Ce phénomène se poursuit à la fin du XIX^e siècle, avec la création d'une corporation de chirurgiens accoucheurs en maternité, supplantant totalement les SF. Au cours du XX^e siècle, le métier de SF se transforme en devenant un exercice salarié dans les hôpitaux afin de permettre aux femmes les plus pauvres d'accoucher dans de meilleures conditions d'hygiène et ainsi réduire la mortalité *per* et *post-partum*. Dans les années 1980, cette mutation se poursuit, leur champ de compétence commence à s'élargir à certains actes techniques. Leur rôle devient de plus en plus actif dans la santé féminine, y compris dans la période post-natale au début des années 2000 avec la loi de santé publique du 9 août 2004, autorisant les SF à pratiquer le suivi post natal de la mère et de son nourrisson et, à partir de 2016, à pratiquer certaines vaccinations, tant pour les

mères que pour leurs nouveaux-nés et enfants en bas-âge.

En 2021, la loi Rist (6) entend réaffirmer le statut de profession médicale des SF et instaure même pour les patientes le statut de sage-femme référente venant s'ajouter à celui de médecin traitant. En effet, la profession de sage-femme se trouve en pleine expansion depuis les vingt dernières années. Selon le Ministère de la Santé et des Solidarités, le nombre de sage-femmes hospitalières et libérales a augmenté de 44% entre 1990 et 2010, avec une nouvelle hausse de 42% prévue d'ici 2030. Il en est de même pour les sage-femmes libérales, dont une augmentation de 5,6% par an est prévue entre 2011 et 2030. Il apparaît donc cohérent que les sage-femmes soient de plus en plus consultées par les femmes, car de plus en plus nombreuses (7). Cependant, il semble exister une différence avec les médecins, dans les modes de contraception prescrits par les sage-femmes. Comme le mentionne Sharzad Naibi dans sa thèse d'exercice soutenue en 2021 (8), il semble que les sage-femmes soient plus fréquemment amenées à pratiquer la pose et le retrait de DIU ou d'implants contraceptifs : les sage-femmes interrogées déclarent réaliser la pose, le suivi et le retrait de DIU souvent (15,4%) voire très souvent (13,5%) contre 1% des médecins généralistes interrogés pour ces mêmes fréquences. Ce constat est identique pour les consultations de pose, suivi et retrait d'implant contraceptif : les sage-femmes répondent les pratiquer souvent (13,5%) voire très souvent (8,7%) contre respectivement 9,6% et 0% des médecins généralistes.

Les sage-femmes semblent ainsi prendre une place de plus en plus importante dans la prise en charge de la santé génésique des femmes de tout âge. Fortes de formations universitaire théorique et pratique différentes, il paraît légitime de s'intéresser aux pratiques, aux habitudes de prescription des sage-femmes, concernant les différentes méthodes contraceptives

proposées sur le marché et de les comparer à celles des médecins généralistes qui, pendant longtemps, ont eu le monopole de la délivrance de ces dispositifs.

Les hypothèses préalables à notre travail nous faisaient présupposer que les sage-femmes soient à même de prescrire des types de contraception plus diverses que les médecins généralistes (comme les DIU ou les implants contraceptifs par exemple), car ayant plus facilement été formées à ce type de geste technique au cours de leur cursus universitaire, notamment par le biais de travaux pratiques ou de stages le permettant. A contrario, les médecins généralistes ne passent pas systématiquement en stage de gynécologie hospitalière ou ambulatoire au cours de leur cursus et sont donc inégalement formés aux gestes techniques de contraception comme la pose et le retrait de DIU ou d'implant contraceptif.

L'objectif principal de cette étude est donc d'identifier les différences d'habitudes de prescription et de gestes en matière contraceptive féminine entre les médecins généralistes libéraux et les SF libérales des départements de Maine et Loire, Sarthe et Mayenne. Par ailleurs les objectifs secondaires sont de mettre en lumière les facteurs influençant ces différences, en lien avec la formation reçue, expérience personnelle, retours de patientes ou croyances personnelles éventuelles des deux populations comparées.

MÉTHODES

Il s'agit d'une étude de pratique comparative descriptive prospective, dont les populations cibles sont les médecins généralistes libéraux installés et les sage-femmes ayant une activité libérale des départements du Maine et Loire, de la Mayenne et de la Sarthe.

L'étude fut menée à travers des questionnaires en ligne réalisés et publiés via le logiciel Limesurvey. Les questionnaires, anonymisés, comportent 21 questions, toutes identiques quelle que soit la profession des répondants. Les questions explorent initialement les caractéristiques générales des populations et notamment la formation reçue concernant la contraception et les facteurs influençant les prescriptions de chaque moyen de contraception listés. Le questionnaire se termine enfin sur trois cas cliniques pour une mise en pratique et une meilleure appréciation des habitudes de prescription déclarées précédemment. Le questionnaire comprend d'une part des questions fermées à choix unique et multiple et, d'autre part, deux questions à réponses numérique ainsi que quelques commentaires libres que nous analyserons par thèmes.

Le recueil de données fut réalisé du 4 mars au 30 juin 2024 par voie électronique aux sage-femmes libérales et médecins généralistes thésés ou non, installés ou remplaçants du Maine et Loire, de la Sarthe et de la Mayenne. Les conseils départementaux des médecins généralistes du Maine et Loire et de Mayenne ainsi que le conseil départemental des Sage-Femme de la Sarthe et l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) ont accepté de diffuser les questionnaires. Afin de maximiser le nombre de répondants, nous avons également utilisé la liste des médecins maîtres de stage universitaire fournie par la faculté de médecine d'Angers. Concernant les sage-femmes, nous avons utilisé les coordonnées des sage-femmes des départements du Maine et Loire, de la Mayenne et de la Sarthe fournies par le service de

gynécologie du CHU d'Angers. Nous avons décidé d'exclure les médecins généralistes et les sage-femmes n'ayant qu'une activité hospitalière exclusive, pour nous concentrer essentiellement sur la pratique ambulatoire.

Au cours du recueil de données, deux relances ont été effectuées en avril et mai 2024 auprès des sage-femmes et des médecins. Une troisième relance a été effectuée courant juin 2024 en fin de recueil, uniquement auprès des sage-femmes en raison d'un manque de réponses de cette population spécifique.

Les analyses anonymes ont été réalisées après exportation des données du logiciel Limesurvey vers un tableur Excel, permettant l'analyse descriptive des résultats, puis vers le logiciel en ligne BiostaTGV pour l'analyse statistique des données via les tests du Chi-2 et de Fischer. La p-value utilisée était inférieure à 0,05 ($p < 0,05$).

RÉSULTATS

Les résultats de cette étude ont été collectés à la suite de l'envoi coordonné des questionnaires aux deux corporations étudiées des 3 départements que sont le Maine et Loire, la Mayenne et la Sarthe. Au total, on dénombre 942 questionnaires envoyés à travers ce territoire, permettant le traitement de 176 réponses correspondant à un taux de participation de 24,7%.

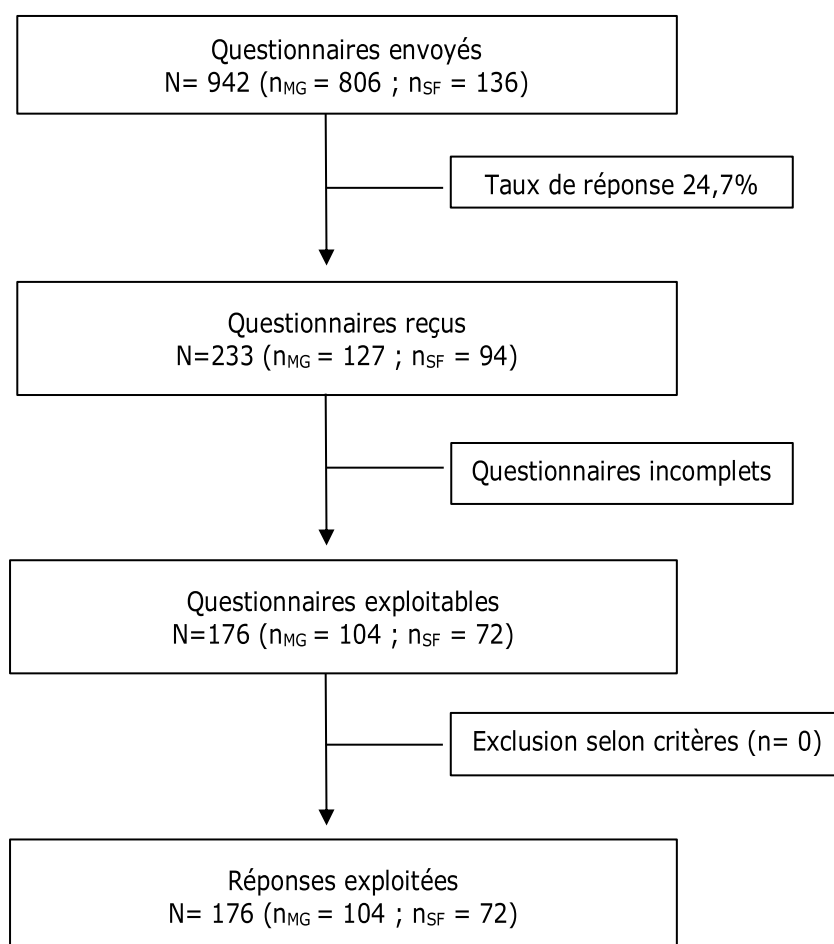


Figure 1 : Diagramme de flux

1. Caractéristiques générales

Les caractéristiques générales de la population sont résumées dans le tableau 1. On constate un nombre légèrement plus important de MG que de SF dans les réponses obtenues avec une proportion respective de 59% et 41%.

1.1. Genre

Au sein de la population une différence significative ($p\text{-value} < 0,01$) sur le plan du genre des répondants. En effet, on note une majorité de femmes dans les deux professions, qui sont cependant plus largement présentes chez les SF. En effet, on dénombre un seul homme SF répondant contre 71 femmes, constituant une proportion de 1.4% de notre échantillon.

1.2. Âge

La tranche d'âge des 30-40 ans est majoritaire sur l'ensemble de la population des répondants ($p = 0.37$) avec 40,78% des MG et 40,3% des SF. La répartition est cependant plus uniforme chez les MG, probablement en lien avec la taille de l'échantillon plus importante.

1.3. Département d'exercice

Conformément à la répartition démographique des professions des SF et des MG, l'essentiel des répondants est originaire du Maine et Loire. Les départements de la Sarthe et de la Mayenne, quant à eux, comportent un nombre de répondants équivalents, permettant une bonne comparabilité de l'ensemble de la population sur cette caractéristique.

1.4. Type de patientèle

Le type de patientèle soigné par les MG et les SF des différents départements étudiés ne comporte pas de différence significative malgré la répartition des populations hétérogène au sein de ces territoires. Parmi les MG, on observe que l'exercice majoritaire se partage entre un milieu urbain ou semi-rural pour respectivement 39,81% et 41,75% des MG répondants, tandis que pour les SF, la majorité des patientes (49,4%) semble provenir d'un milieu essentiellement semi-rural.

1.5. Mode d'exercice

L'essentiel de notre échantillon exerce en cabinet libéral, quelle que soit la profession. Les MSP (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles) semblent représenter la majorité des structures où exercent les répondants MG et SF ayant précisé les détails de leur exercice ($n(\text{MG}) = 32$; $n(\text{SF}) = 10$), suivi par les cabinets de groupe et les pôles de santé pour les MG. Parmi ces praticiens libéraux, certains déclarent un exercice couplé avec des vacations hospitalières en service de gynécologie pour 3.88% de MG ($n=4$) et 2.8% de SF ($n=2$). Les médecins concernés déclarent effectuer des vacations dans un planning familial ou dans un centre d'IVG au sein d'une structure hospitalière. Concernant les sage-femmes, elles déclarent effectuer des vacations en service de suite de couche ou en salle de naissance en milieu hospitalier. Par ailleurs, certains professionnels déclarent effectuer des vacations dans d'autres structures à vocation gynécologique. C'est le cas pour 2,91% des MG interrogés ($n=3$), œuvrant dans un centre de santé à orientation gynécologique ou dans le service de santé universitaire de l'Université d'Angers. Quant à elles, 6,9% ($n=6$) des sage-femmes expliquent effectuer des vacations dans des structures privées en salle de naissance et suite de couches, ou également dans le service de santé universitaire d'Angers.

Tableau I : Caractéristiques de la population

Critères	Détails critères	MG		SF		Total		p-value ($<0,05$)
		n _{MG}	%	n _{SF}	%	N	%	
Genre	Homme	34	33,01%	1	1,4%	35	19,9%	< 0.01
	Femme	70	67,96%	71	98,6%	141	80,1%	
Age	20-30 ans	4	3,88%	8	11,1%	12	6,8%	0.37
	30-40 ans	42	40,78%	29	40,3%	71	40,3%	
	40-50 ans	27	26,21%	20	27,8%	47	26,7%	
	50-60 ans	19	18,45%	9	12,5%	28	15,9%	
	> 60 ans	11	10,68%	6	8,3%	17	9,7%	
Département d'exercice	Maine-et-Loire (49)	44	42,72%	43	59,7%	87	49,4%	0.06
	Sarthe (72)	25	24,27%	18	25,0%	43	24,4%	
	Mayenne (53)	30	29,13%	11	15,3%	41	23,3%	
Type de patientèle	Urbaine	41	39,81%	28	38,9%	69	39,2%	0.39
	Semi-rurale	43	41,75%	44	61,1%	87	49,4%	
	Rurale	26	25,24%	27	37,5%	53	30,1%	
Mode d'exercice	Cabinet libéral	27	26,21%	71	98,6%	98	55,7%	0.17
	Libéral + hospitalière	4	3,88%	2	2,8%	6	3,4%	
	Libéral + autre	3	2,91%	5	6,9%	8	4,5%	

2. Formation universitaire

2.1. Durée et modalité de formation initiale concernant la contraception

Les médecins interrogés rapportent pour l'essentiel d'entre eux (48.08%) un temps de formation estimé lors de leur formation initiale à plus de 10 heures, à l'instar des sage-femmes qui répondent à l'identique pour 45,8% d'entre elles. Le temps de formation initiale dans le tronc commun des deux professions semble donc comparable ($p = 0,7$).

C'est également le cas des modalités de la formation qui ont été reçues uniformément entre les deux populations essentiellement à travers des cours magistraux et des stages et, pour une minorité des répondants, de travaux pratiques. A la suite de leurs études, les répondants ont, pour la plupart, poursuivi une formation à certains gestes techniques inhérents à la

contraception féminine. Les sage-femmes représentent la majorité de ces professionnels avec 87,5%, contre 72,1% des médecins ($p = 0,014$).

2.2. Formations universitaires complémentaires et estimation de la compétence en matière de contraception

On observe également une plus grande tendance à suivre des formations universitaires diplômantes supplémentaires chez les sage-femmes. En effet, un peu plus d'un tiers de la population étudiée déclare avoir suivi une formation universitaire complémentaire (DU par exemple), dont 61,1% de sage-femmes et seulement 18,3% de médecins généralistes ($p < 0,01$).

3. Pratiques

3.1. Habitudes de prescription des moyens de contraception

Le tableau 2 résume les habitudes de prescription des praticiens interrogés quant à leurs intentions de prescription de première intention pour une jeune femme nullipare sans antécédent médical ou chirurgical notable. Quelle que soit la profession, les SF et les MG proposent de façon similaire et assez large la POP (Pilule Oestro-Progestative) et la PP (Pilule Progestative).

Tableau II : Proposition de prescription d'une 1ère contraception pour une jeune patiente nullipare

	MG		SF		Total		p-value ($<0,05$)
	(n)	(%)	(n)	(%)	(N)	(%)	
POP	102	98,08%	66	91,67%	168	95,45%	0,23
PP	55	52,88%	39	54,17%	94	53,41%	0,87
Patch	20	19,23%	33	45,83%	53	30,11%	$< 0,01$
Anneau	21	20,19%	32	44,44%	53	30,11%	$< 0,01$
Implant	65	62,50%	50	69,44%	115	65,34%	0,34
DIU hormonal	57	54,81%	51	70,83%	108	61,36%	0,03
DIU cuivre	55	52,88%	52	72,22%	107	60,80%	$< 0,01$
Préservatifs	51	49,04%	47	65,28%	98	55,68%	0,03
Spermicide	1	0,96%	7	9,72%	8	4,55%	$< 0,01$
Progestérone injectable	1	0,96%	4	5,56%	5	2,84%	0,16
Stérilisation définitive	3	2,88%	2	2,78%	5	2,84%	1
Méthodes naturelles	2	1,92%	6	8,33%	8	4,55%	0,06
Autres (=diaphragme)	2	1,92%	8	11,11%	10	5,68%	0,02

POP = Pilule Oestro-Progestative ; PP= Pilule Progestative ; DIU = Dispositif Intra-Utérin

3.2. Éléments influençant la prescription

Parmi la multiplicité des moyens contraceptifs disponibles, il est parfois difficile pour la patiente d'effectuer, seule, un choix. Le professionnel de santé prescripteur peut parfois l'aider à les orienter, il a donc été demandé aux répondants d'identifier certains facteurs pouvant aiguiller le choix des dispositifs contraceptifs proposés en 1ère intention, hormis les antécédents médicaux ou chirurgicaux de la patiente. On remarque notamment que le facteur d'influence majeur pour les deux professions reste de façon équivalente les préférences de la patiente.

Le tableau III et la figure 2 résument les facteurs influençant la prescription de contraception pour les praticiens étudiés. On remarque que les éléments discriminant les deux professions sont notamment l'âge de la patiente pour 81% des MG et seulement 66% des SF, la parité de la patiente (53% des MG contre 37% de SF) et enfin l'expérience personnelle du praticien (25% des MG contre 11% des SF).

Tableau III : Facteurs d'influence des prescriptions

	MG		SF		Total		p-value
	n	%	n	%	N	%	
Âge patiente	85	81,73%	48	66,67%	133	75,57%	0.02
Parité	55	52,88%	27	37,50%	82	46,59%	0.04
Formation universitaire	8	7,69%	7	9,72%	15	8,52%	0.63
Préférences patiente	97	93,27%	70	97,22%	167	94,89%	0.31
Réseaux sociaux/médias	1	0,96%	1	1,39%	2	1,14%	1
Expérience personnelle	27	25,96%	8	11,11%	35	19,89%	0.01
Autre	15	14,42%	11	15,28%	26	14,77%	0.88

Autre : revues médicales, remboursement, but de la contraception (symptômes, IST ect...), profil des règles...

Par ailleurs, les éléments d'influence similaire pour les deux corporations sont la formation universitaire, les préférences de la patiente et les autres facteurs qui, pour les MG, sont essentiellement le taux de remboursement du moyen contraceptif en question et les caractéristiques des cycles et des règles de la patiente. Pour les SF, les autres facteurs précisés sont également les caractéristiques des cycles et des règles de la patiente, mais aussi le statut célibataire ou en couple stable.

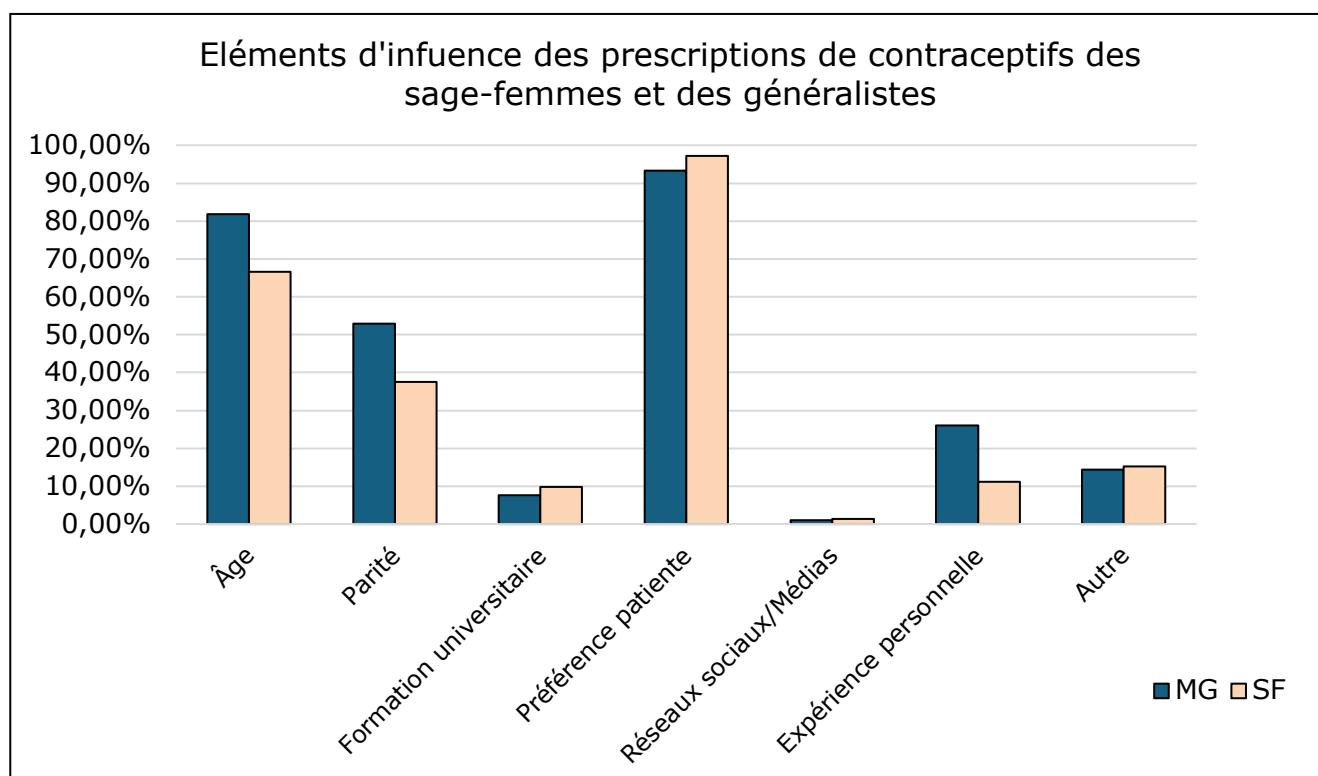


Figure 2 : Éléments d'influence des prescriptions de contraceptifs des sage-femmes et des généralistes

3.3. Contraception d'urgence et prévention des oublis

Les deux professions déclarent prescrire de façon uniforme ($p=0,46$) une méthode contraceptive d'urgence en cas de rapport à risque de grossesse. 64,08% des MG déclarent prescrire systématiquement une contraception d'urgence, à l'instar de 69,44% des SF de l'échantillon. La figure n°3 résume ces pratiques.

Parmi les répondants ayant détaillé leurs réponses (62 MG et 48 SF), 54 MG (soit 87,1%) et 44 SF (soit 91,67%) déclarent privilégier le Lévonorgestrel ($p=0,55$). 6 MG (soit 9,68%) et 5 SF (soit 10,42%) privilégient l'acétate d'ulipristal ($p=1$) et 2 MG et 2 SF (soit respectivement 3,22% et 4,17%) informent de la possibilité de pose de DIU au cuivre sans prescrire systématiquement le dispositif ($p=1$).

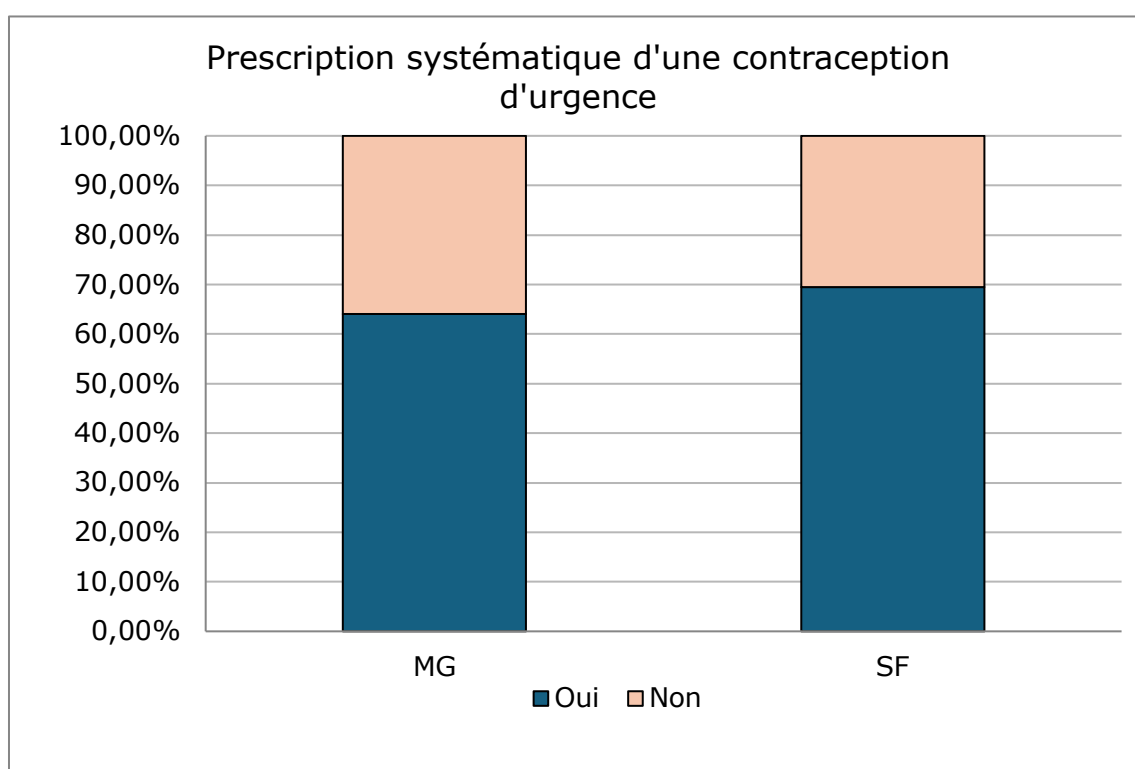


Figure 3 : Prescription de la contraception d'urgence

On observe également que les habitudes semblent similaires concernant les consignes et conseils donnés aux patientes en cas d'oubli de pilule contraceptive (cf Tableau IV). Les SF

semblent cependant plus facilement fournir ces conseils à la patiente directement sur l'ordonnance comportant le moyen de contraception choisi ($p < 0,01$).

Tableau IV : Modalités de dispensation des conseils de prévention des oublis

	MG		SF		Total		P-value
	(n)	(%)	(n)	(%)	(N)	(%)	
Sur l'ordonnance	36	34,62%	39	54,17%	75	42,61%	< 0,01
Document à part	22	21,15%	23	31,94%	45	25,57%	0,11
A l'oral uniquement	93	89,42%	64	88,89%	157	89,20%	0,91
1 ^{er} consultation uniquement	85	81,73%	53	73,61%	138	78,41%	0,33
A chaque renouvellement	69	66,35%	53	73,61%	122	69,32%	0,3
Autre : Site internet, application, carte...	14	13,46%	10	13,89%	24	13,64%	0,94

3.4. Gestes techniques pratiqués

Les professionnels interrogés ont été en majorité formés aux gestes techniques réalisés dans le cadre de la contraception féminine, quelle que soit la profession des répondants. Le tableau V et la figure 4 résument les différents gestes techniques pratiqués en fonction de la profession des répondants.

Tableau V : Gestes techniques pratiqués en consultation

	MG		SF		Total		p-value
	(n)	(%)	(n)	(%)	(N)	(%)	
Pose DIU	63	61%	64	88,89%	127	72,16%	< 0,01
Retrait DIU	93	89,42%	67	93,06%	160	90,91%	0.41
Pose implant	90	86,54%	53	73,61%	143	81,25%	0.03
Retrait implant	93	89,42%	52	72,22%	145	82,39%	< 0,01
Dém. anneau	23	22,12%	36	50,00%	59	33,52%	< 0,01
Dém. Préservatif masculin	15	14,42%	20	27,78%	35	19,89%	0.03
Dém. Préservatif féminin	15	14,42%	14	19%	29	16,48%	0.38
Autres : diaphragme, dém. pose DIU	3	2,88%	14	19,44%	17	9,66%	< 0,01

Dém. : Démonstration ; DIU : Dispositif intra-utérin

On remarque que le geste technique le plus pratiqué chez les SF est la pose de DIU pour 88,9% des réponses (contre 61% des MG) tandis que le retrait des DIU est pratiqué de façon comparable par les deux professions ($p= 0,41$). En revanche, l'implant contraceptif est davantage réalisé par les MG à 86,5% ainsi que son retrait (89,4%).

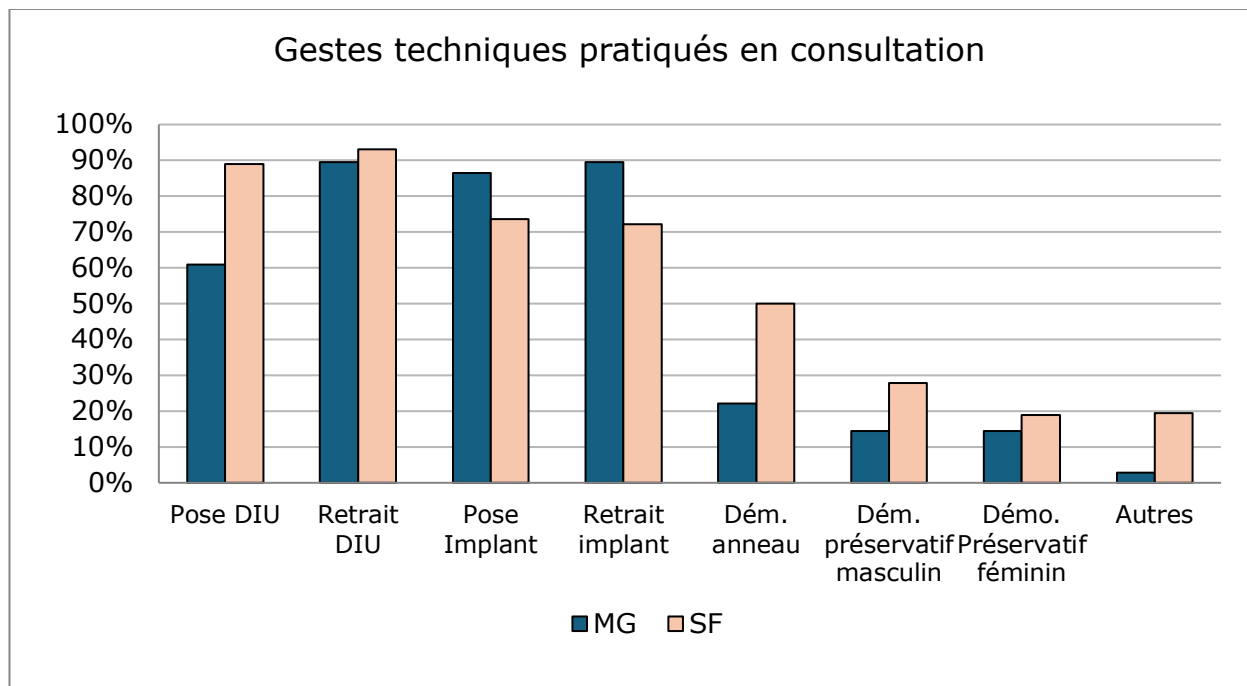


Figure 4 : Gestes techniques pratiqués en consultation

Par ailleurs, on constate que les sage-femmes réalisent davantage des démonstrations explicatives aux patientes pour les aider quant au choix de leur contraception. C'est le cas notamment pour la démonstration de l'anneau vaginal (50%), le préservatif masculin (27,8%) ainsi que d'autres démonstrations comme le DIU ou le diaphragme (19,4%).

4. Cas cliniques

4.1. Cas clinique n°1

Pour ce premier cas clinique, nous avons demandé aux répondants les moyens de contraception qu'ils proposeraient à une patiente mineure de 16 ans, sans antécédent notable

venant à leur consultation et souhaitant entamer une contraception à l'insu de ses parents.

Les résultats sont résumés dans le tableau VI et la figure 5.

Tableau VI : Propositions de prescription pour le cas clinique n°1

	MG		SF		Total		P-value
	n	%	n	%	N	%	
POP	99	95,19%	62	86,11%	161	91,48%	0,05
Patch	8	7,69%	15	20,83%	23	13,07%	0,01
Anneau	10	9,62%	13	18,06%	23	13,07%	0,12
PP	29	27,88%	30	41,67%	59	33,52%	0,07
Implant	37	35,58%	44	61,11%	81	46,02%	< 0,01
DIU hormonal	31	29,81%	28	38,89%	59	33,52%	0,26
DIU cuivre	30	28,85%	35	48,61%	65	36,93%	0,01
Préservatifs masculins	42	40,38%	52	72,22%	94	53,41%	< 0,01
Préservatifs féminins	16	15,38%	19	26,39%	35	19,89%	0,09
Spermicide	2	1,92%	2	2,78%	4	2,27%	1
Méthodes naturelles	3	2,88%	6	8,33%	9	5,11%	0,16

Pour cette première situation, on constate que les propositions des deux professions de notre échantillon se rejoignent dans une large proposition de prescription de la POP (95,19% des MG et 86% des SF) mais également dans la proposition à moindre mesure d'une PP, d'un anneau vaginal, d'un DIU hormonal, et des préservatifs féminins. Nos répondants affirment également proposer pour 2,88% des MG et 8,33% des SF évoquer les méthodes naturelles (retrait, le calcul de cycle, mesure de la température vaginale, etc...), tout en précisant dans leur réponse qu'ils insistent sur leur moindre efficacité.

Par ailleurs, il apparaît que les SF proposent plus largement le patch ($p < 0,01$), l'implant contraceptif ($p < 0,01$), le DIU au cuivre ($p = 0,01$) et les préservatifs masculins ($p < 0,01$) que les MG interrogés.

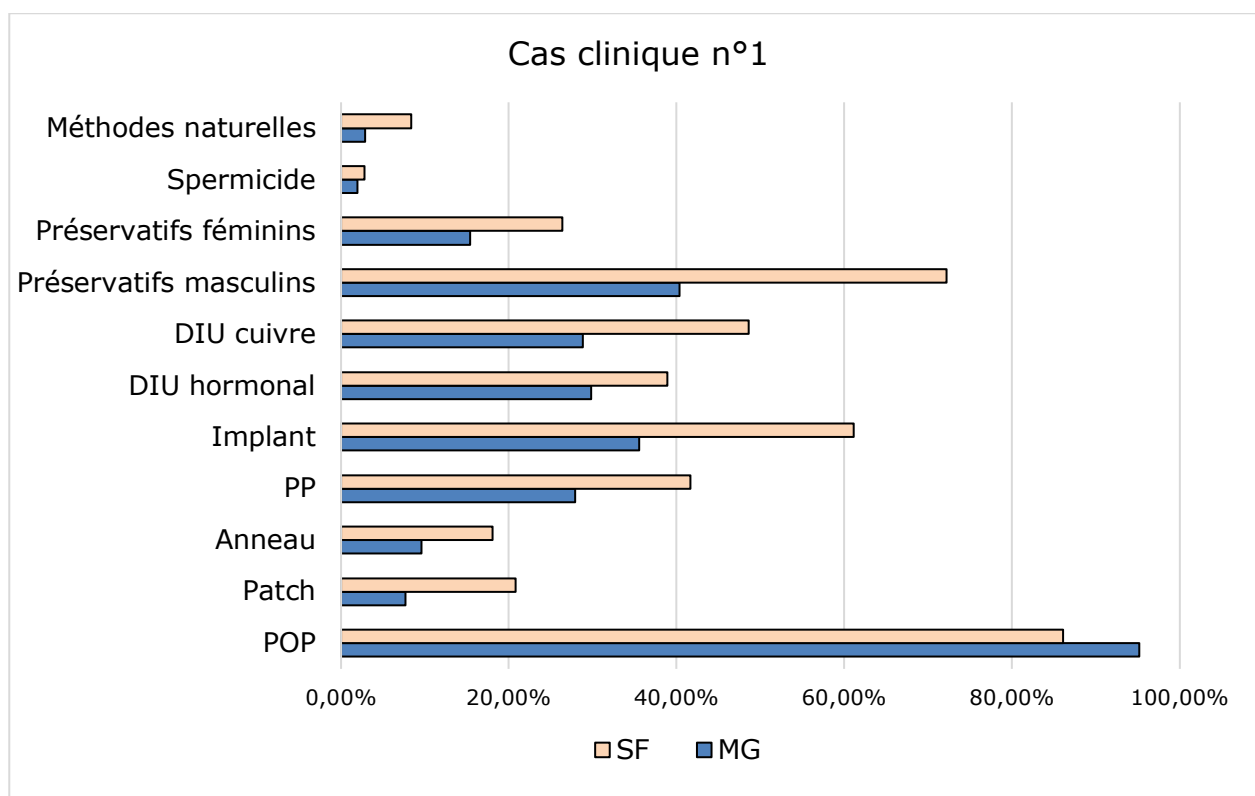


Figure 5 : Cas clinique n°1

4.2. Cas clinique n°2

Ce deuxième cas clinique de notre questionnaire explore les intentions de prescriptions des répondants pour une femme de 50 ans sans antécédents médicaux ou chirurgicaux. Les résultats sont résumés dans le tableau VII et la figure 6.

Tableau VII : Propositions de prescription pour le cas clinique n°2

	MG		SF		total		p-value
	n	%	n	%	N	%	
POP	26	25,00%	10	13,89%	36	20,45%	0,09
Patch	0	0,00%	2	2,78%	2	1,14%	0,17
Anneau	1	0,96%	0	0,00%	1	0,57%	1
PP	84	80,77%	57	79,17%	141	80,11%	0,84
Implant	21	20,19%	25	34,72%	46	26,14%	0,04
DIU hormonal	45	43,27%	40	55,56%	85	48,30%	0,13
DIU cuivre	39	37,50%	40	55,56%	79	44,89%	0,02
Préservatifs masculins	25	24,04%	32	44,44%	57	32,39%	< 0,01

Préservatifs féminins	11	10,58%	16	22,22%	27	15,34%	0,05
Spermicide	4	3,85%	9	12,50%	13	7,39%	0,04
Méthodes naturelles	10	9,62%	16	22,22%	26	14,77%	0,03

Pour cette patiente, les médecins et les sage-femmes s'accordent concernant la pilule progestative qui reste le moyen contraceptif privilégié (80,77% des MG et 79,17% des SF). On ne retrouve pas non plus de différence significative dans les propositions de prescription de DIU hormonal et de préservatifs féminins, le patch ainsi que l'anneau et la pilule oestro-progestative qui sont tous deux minoritaires dans les intentions de prescription.

Les sage-femmes proposent cependant davantage l'implant ($p= 0,04$), le DIU au cuivre ($p= 0,02$), les préservatifs masculins ($p< 0,01$), les spermicides ($p= 0,04$) et les méthodes naturelles ($p= 0,03$).

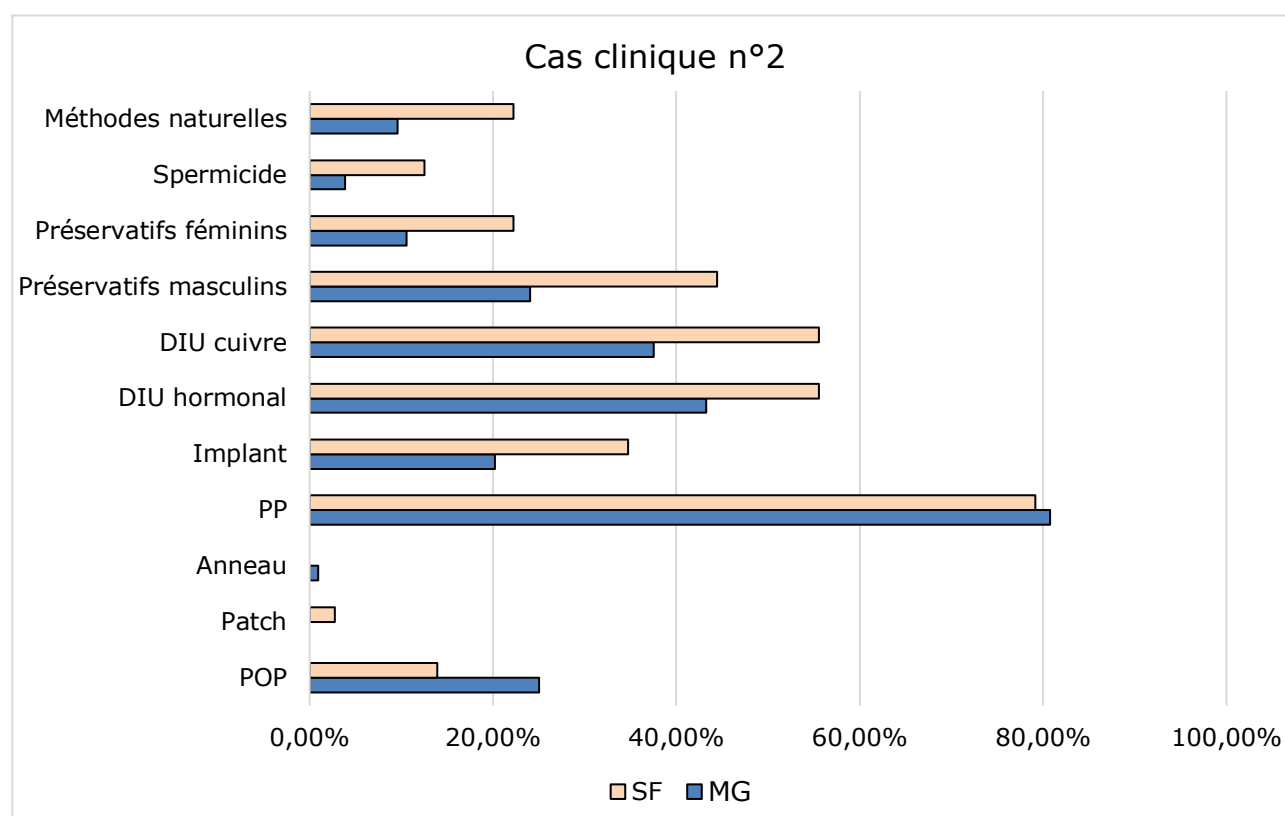


Figure 6 : Cas clinique n°2

4.3. Cas clinique n°3

Pour ce dernier cas pratique, il s'agissait d'une patiente de 30 ans, souhaitant changer de moyen de contraception tout en évitant l'utilisation des hormones de synthèse et les DIU qu'elle craint. Les résultats sont résumés dans le tableau VIII et la figure 7.

Tableau VIII : Propositions de prescription pour le cas clinique n°3

	MG		SF		total		p-value
	(n)	%	(n)	%	(N)	%	
POP	3	2,88%	1	1,39%	4	2,27%	0,65
Patch	1	0,96%	5	6,94%	6	3,41%	0,04
Anneau	8	7,69%	3	4,17%	11	6,25%	0,52
PP	8	7,69%	3	4,17%	11	6,25%	0,53
Implant	12	11,54%	5	6,94%	17	9,66%	0,44
DIU hormonal	8	7,69%	7	9,72%	15	8,52%	0,78
DIU cuivre	23	22,12%	19	26,39%	42	23,86%	0,59
Préservatifs masculins	88	84,62%	64	88,89%	152	86,36%	0,51
Préservatifs féminins	69	66,35%	40	55,56%	109	61,93%	0,15
Spermicide	22	21,15%	33	45,83%	55	31,25%	< 0,01
Méthodes naturelles	22	21,15%	39	54,17%	61	34,66%	< 0,01

Devant ce nombre limité de possibilités, nos répondants s'accordent pour privilégier la contraception mécanique avec les préservatifs masculins et féminins ($p=0,51$ et $p= 0,16$ respectivement). Par ailleurs, le DIU au cuivre est malgré tout proposé par 22,12% des MG et 26,39% des SF. Les autres moyens contraceptifs sont proposés de façon équivalente par les deux professions.

On peut cependant noter qu'une proportion non négligeable de sage-femmes propose davantage dans ce cas précis les méthodes dites "naturelles" ainsi que les spermicides ($p<$

0,01). Le patch est également une option choisie par quasiment 7% de sage-femmes, contre seulement 0,96% de MG.

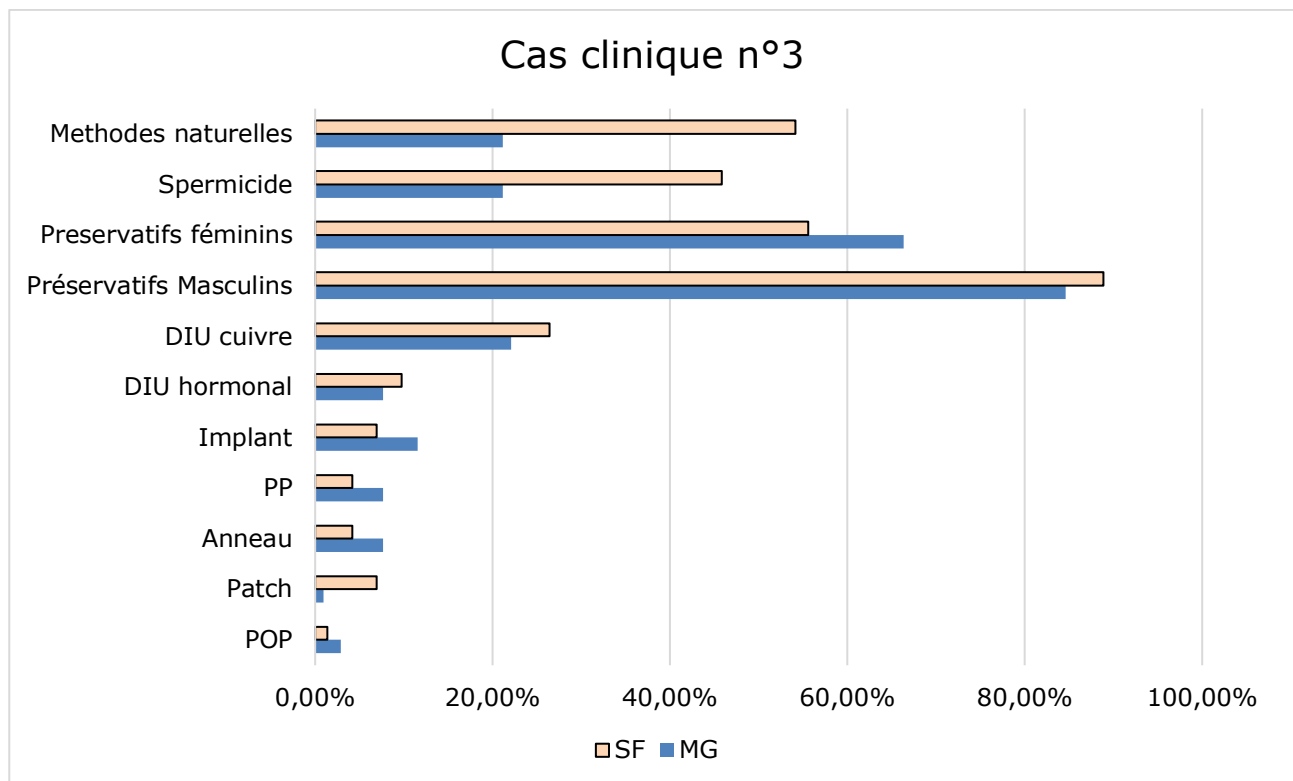


Figure 7 : Cas clinique n°3

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Forces et limites

1.1. Forces

En France, les sage-femmes peuvent prescrire des moyens contraceptifs depuis le 1er janvier 2018. Devant l'expansion récente de leurs missions concernant la santé sexuelle des femmes, peu d'études ont été réalisées sur leurs habitudes de prescription. De ce fait, il s'agit donc d'une étude originale et innovante car nous n'avons que peu de comparatifs des habitudes des médecins généralistes et des sage femmes en matière de prescription, et surtout sur la contraception.

De plus, cette étude permet également de comparer les habitudes de prescription des professions en fonction de leurs formations respectives et ainsi de recueillir leur opinion sur la qualité de celle-ci en matière de contraception. Notre travail fait écho à une enquête similaire réalisée dans un mémoire de fin d'études de sage-femme par M. Bousendorfer en 2011 (9) proposant aux élèves sage-femmes d'estimer la qualité de leur propre formation concernant la contraception. Il a notamment été mis en lumière dans cette étude un manque de formation ressenti par les étudiants pour les gestes techniques tels que la pose de DIU ou d'implants. Néanmoins, ce travail se concentre uniquement sur les études de maïeutique et ne compare et n'évoque aucunement les étudiants en médecine.

Ce travail de thèse est également fort de sa représentativité des différents modes et lieux d'exercices grâce à la diffusion du questionnaire à l'échelle d'une hémi-région. En effet, les professionnels de santé interrogés sont originaires de trois départements différents des Pays de la Loire, ce qui permet donc d'avoir des données bien plus exhaustives sur les pratiques effectuées dans ce territoire. De plus, un taux de participation de quasiment 25% permet d'asseoir une validité externe confortable au sein de cette enquête.

Cette thèse est donc innovante sur plusieurs points, et contribue à une meilleure compréhension des pratiques contraceptives parmi les professionnels de santé. Par ailleurs, il permet à ces deux professions œuvrant parallèlement pour la santé des femmes de mieux connaître leurs pratiques respectives et d'améliorer leur coopération en bénéficiant de formations ciblées pour une meilleure prise en charge des patientes.

1.2. Limites

Il existe tout de même des limites à cette étude, et notamment des biais inhérents à la méthode utilisée pour cette enquête, à savoir l'utilisation de questionnaires.

Tout d'abord, nous pouvons relever un possible biais de perception, entraînant une mauvaise compréhension des énoncés des questions posées et donc une mauvaise interprétation de ceux-ci. Cela a pu notamment être le cas au cours des cas cliniques, intégrant un choix multiple qui ne précisait pas si les méthodes sélectionnées étaient considérées comme en association ou alors isolées.

De plus, comme tout questionnaire, il persiste le risque de biais de réponse, où les participants préfèrent fournir des réponses qui paraissent plus acceptables socialement, que celles correspondant à leur véritable pratique. Ce biais est d'autant plus à prendre en considération sur des sujets plus délicats dans nos sociétés comme la contraception, où certains professionnels ne souhaitent pas faire connaître leurs opinions à ce sujet ni leurs pratiques réelles.

La principale limite de cette étude est probablement un biais d'auto-sélection. En répondant au questionnaire proposé dans ce travail, il est probable que seuls les médecins généralistes se sentant concernés par la thématique de la contraception et pratiquant régulièrement la gynécologie ont répondu au questionnaire impactant l'échantillonnage et entravant la représentativité des réponses de la population de généralistes en matière de contraception. Ce biais est d'autant plus mis en valeur par le fait que la grande majorité des répondants sont des femmes (soit 98.6% des SF et 68% des médecins généralistes), qui sont elles-mêmes directement plus renseignées et intéressées par le sujet de la contraception. Cependant, cette

différence était attendue, à l'image de la répartition des genres au niveau national de ces deux professions. En effet, selon la DREES, (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) (10), on estime au 1er janvier 2023 la proportion de SF hommes à l'échelle nationale à 2,78% contre 97,22% de femmes. Concernant les MG, la parité est quasiment atteinte à l'échelle nationale avec 50,98% de femmes et 49,02% d'hommes, cette proportion étant différente de notre étude, cela semble donc confirmer ce probable biais d'auto sélection.

2. Réponses à l'objectif principal

L'objectif principal était d'identifier des différences d'habitude de prescription et de gestes en matière de contraception entre les sage-femmes et les médecins généralistes. Nous avons pu mettre en lumière certaines différences dans la pratique de ces deux professions.

2.1. Gestes techniques

2.1.1. DIU

Les sage-femmes interrogées dans notre étude prescrivent et posent davantage de DIU que les médecins généralistes. Cependant, le retrait est équivalent dans les deux professions. Ce constat nous permet de supposer que les sage-femmes ont possiblement bénéficié de davantage d'entraînement et de pratique de pose de DIU au cours de leur formation, mais sont également possiblement plus à l'aise avec l'examen gynécologique que les médecins, qui le pratiquent moins fréquemment. Il paraît également intéressant de mentionner le Baromètre santé de 2016 (11), dans lequel on observe une augmentation de la demande et de l'utilisation du DIU par les patientes, notamment chez les plus jeunes. Le DIU tend donc à remplacer progressivement la POP, notamment chez les jeunes femmes de 20 à 34 ans, pour devenir le premier contraceptif utilisé à partir de 35 ans.

Ce constat a été retrouvé dans une étude de 2022, menée par M. Reynaud, sage-femme (12) portant sur la pratique des médecins généralistes et des SF de Normandie sur les moyens de contraception réversibles à longue durée d'action. Dans cette étude, les SF ont posé mais aussi retiré plus de DIU que les médecins généralistes. 57% de ces derniers ne posaient pas de DIU par manque de pratique, de formation mais aussi de matériel. Par ailleurs, les médecins interrogés évoquent de nombreux effets indésirables lors de la pose. Dans cette étude, l'autrice explique les différences de pratique observées dans la formation continue des SF, plus fournie dans cette thématique que pour les médecins généralistes.

Une thèse réalisée en 2018 par A. De Verbizier propose un état des lieux des pratiques concernant les DIU chez les médecins généralistes en Lorraine (13). Dans cette étude, seulement 8% des médecins prescripteurs réalisaient la pose du DIU, proportion bien inférieure à celle retrouvée dans notre étude. La thèse de De Verbizier met également en lumière certains obstacles entravant la pratique gynécologique chez les MG et notamment le manque de demande des patientes mais également le caractère chronophage de ce type d'examen et le manque de formation et de pratique ressenti par les praticiens.

Néanmoins, il est à noter que les MG sont facilement réfractaires à proposer un DIU chez les nullipares, contrairement aux recommandations de la HAS (14) qui valident cette pratique chez ce type de patiente. Par ailleurs, le DIU bénéficie d'un nombre très limité de contre-indication (malformation utérine, infection pelvienne haute aiguë expliquant la nécessité d'une recherche d'infection sexuellement transmissible au préalable de la pose, et des métrorragies sans étiologie retrouvée. Cette tendance au sein de la profession peut partiellement expliquer ces résultats obtenus dans notre étude.

Dans sa thèse, A. De Verbizier (13), relève également comme freins principaux des MG à la proposition de DIU : le risque infectieux de ce type de dispositif, une contre-indication théorique ou l'existence de contraceptions alternatives jugées moins invasives. Les MG ressentaient également un manque de formation concernant la gynécologie, qui s'apprend essentiellement durant l'externat, l'internat ne permettant pas à tous de réaliser des stages en gynécologie.

2.1.2. Implants

Ce travail de thèse met également en valeur la plus grande tendance des MG à poser et retirer les implants que les SF. Ces résultats vont cependant à contre-courant de ceux retrouvés par M. Reynaud (12) qui retrouvait dans son étude une plus grande proportion de sage-femme réalisant ces gestes, même si les taux de prescription étaient les mêmes pour ces deux professions. Néanmoins, cette différence de proportion est à nuancer devant les effectifs plus faibles que ceux de notre étude dans les 2 professions (55 MG, 54SF).

En effet, un autre travail réalisé par S. Parenti en 2016 (15) et portant sur les freins et motivations d'un suivi gynécologique de prévention chez les sage femmes, retrouve que "la pose et le retrait de l'implant sont les actes les moins pratiqués par les sages femmes". Pour expliquer cette tendance, l'étude évoquait un possible manque de formation et l'assimilation de ce geste à un acte de chirurgie qui pouvait freiner les sage-femmes libérales. Dans la même idée, J. Boch, dans son travail de mémoire de fin d'études de maïeutique portant sur les connaissances des SF libérales à propos de l'implant contraceptif (16), met en évidence que pour 61.5% des SF ne posant pas d'implant, le principal frein est leur manque de formation,

notamment technique, ou lors des stages qui ne leur confère, selon elles, pas suffisamment sérénité pour pratiquer ce geste en sécurité.

Enfin, nous avons mis en évidence dans notre étude que les SF réalisent davantage de démonstration de pose de l'anneau vaginal, du préservatif masculin ou encore du DIU ou du diaphragme que les MG. La littérature à notre disposition ne retrouve cependant pas d'études réalisées sur le sujet nous permettant de nuancer nos résultats.

2.2. Conseils pour les oublis de pilule et contraception d'urgence

Les sage-femmes et les médecins généralistes prescrivent de façon similaire les méthodes de contraception d'urgence. En effet, notre travail ne retrouve aucune différence statistique ni dans la fréquence de ces prescriptions ni dans la nature de celles-ci.

Par ailleurs, les pratiques sont également comparables concernant les conseils dispensés aux patientes en cas d'oubli de prise de pilule. Aucune différence significative n'est retrouvée, hormis le support utilisé (sur l'ordonnance du moyen contraceptif prescrit pour davantage de SF). De plus, la fréquence de ces explications est également similaire entre les deux professions.

La bibliographie menée sur ce sujet contient des études centrées sur les médecins généralistes français, mais n'étudient pas les sage-femmes. Notamment, une étude menée en 2018 (17) sur 89 médecins généralistes de l'Oise relève que 82% d'entre eux recherchent systématiquement des oublis de prise de pilule lors des consultations de renouvellement. En parallèle, 77% de ces praticiens ne fournissent pas de support écrit à leur patiente. Proportion que notre étude a tendance à nuancer car au total, 55% des médecins de notre étude

fournissent à leur patiente un support écrit contenant ces conseils. Pour 34% des MG, ce support n'est autre que l'ordonnance elle-même, et pour 21% des praticiens, il s'agit d'un document différent mis à part.

Une minorité de médecins et de sage femmes (respectivement 13,5 et 13,9%) utilisent des ressources pour aider les patientes à mieux réagir en cas d'oubli de pilule contraceptive.

Parmi les répondants ayant apporté des précisions quant aux ressources utilisées, une majorité de praticiens renvoie vers le site gouvernemental "Question Sexualité" (questionsexualite.fr) ou alors "Mon Urgence Pilule" (monurgencepilule.fr) contenant des conseils sur la gestion des oublis. Par ailleurs des cartes format carte bancaire contiennent l'essentiel à retenir pour la gestion des oublis de pilule contraceptive, permettant une meilleure accessibilité de l'information à tout moment par la patiente. Enfin, il existe également des applications smartphones optimisant la gestion des prises et des oublis éventuels, tout en limitant le risque de leur apparition par des rappels de prise et des conseils personnalisés.

2.3. Dans la pratique

Il est important de rappeler que les contraceptifs ont une efficacité variée dans la pratique et qu'aucun d'entre eux ne garantit une efficacité infallible. Un outil a été créé pour comparer l'efficacité de chaque moyen de contraception : l'indice de Pearl (18). Il s'agit d'un indice théorique qui correspond au nombre de grossesses "accidentelles" sur 100 femmes durant un an d'utilisation optimale de la méthode. L'implant est donc le moyen de contraception le plus efficace avec un indice de Pearl à 0.05, suivi par la vasectomie (indice 0.1) et le DIU au Lévonorgestrel (indice 0.2). Pour les moyens de contraception les moins efficaces, on retrouve le retrait (indice de 4), les méthodes "naturelles" (indice 25), les spermicides (indice 18) et les

capes cervicales (indice 26). Il faut donc, avant la réalisation de la prescription, rappeler à la patiente ces différences d'efficacité, et cela à chaque demande de changement de moyen de contraception.

2.3.1. Cas clinique n°1

Le premier cas clinique proposé portait sur la première contraception chez une patiente mineure sans antécédents particuliers. Dans les deux professions, le premier moyen de contraception proposé est en majorité la POP, suivie par le préservatif masculin. On remarque essentiellement que les SF proposent davantage l'implant, le patch, le DIU au cuivre (comme évoqué précédemment) et le préservatif masculin que leurs collègues MG.

Depuis le 1er juillet 2016 (19), les frais liés à la contraception chez les patientes mineures à partir de 15 ans sont pris en charge à 100%. De plus, ces patientes peuvent garder l'anonymat via l'inscription d'un numéro de sécurité social anonyme sur les ordonnances et les feuilles de soins.

Pour ce cas pratique, la HAS (14) rappelle que "l'âge en lui-même ne devrait pas limiter le choix de la méthode contraceptive, en dehors de la contraception définitive". De ce fait, la femme mineure doit pouvoir choisir le moyen de contraception qu'elle souhaite dans l'entièreté du panel disponible, avec comme seule limitation les contre-indications médicales éventuelles. Pour les oestroprogestatifs par exemple, ils sont notamment contre-indiqués chez les moins de 35 ans si elles présentent des migraines avec aura. Il n'existe cependant pas de contre-indication absolue chez les jeunes patientes tabagiques mais il conviendra de surveiller tout signe de thrombose veineuse cérébrale et encourager au sevrage. A noter que les oestroprogestatifs sous forme d'anneau ou de patch ne doivent être proposés que s'il existe

une intolérance aux pilules de première et seconde générations et s'il n'existe pas d'autre type de contraception disponible ou souhaité par la patiente. Pour les progestatifs, les seules contre-indications sont les accidents thromboemboliques veineux évolutifs, les saignements génitaux inexpliqués, les pathologies hépatiques sévères et les cancers du sein ou de l'utérus.

Dans notre étude, nous ne mettons pas en lumière de différence significative dans le taux de proposition de pose de DIU hormonal, cependant il existe une plus large proposition de la part des SF du DIU non hormonal sans pouvoir trouver d'explication claire sur cette tendance. Les dernières recommandations de la HAS réaffirment que les DIU hormonaux ou non peuvent être proposés aux femmes quelles que soient la parité et la gestité de celles-ci. Les seules contre-indications à la pose de DIU ont été rappelées précédemment.

Enfin, pour les méthodes barrière (préservatif masculin et féminin, diaphragme, spermicides...) et les méthodes naturelles, la HAS rappelle leur moindre efficacité et dans le choix de la patiente, "l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable". Raison pour laquelle ces techniques sont généralement moins recommandées chez les adolescentes ou les jeunes adultes, pour lesquelles une grossesse non souhaitée pourrait avoir des implications plus importantes qu'une patiente plus âgée et potentiellement moins précaire. Ainsi, il semblerait que proposer le préservatif masculin ou le patch en première intention chez les patientes mineures ne soit pas un choix optimal.

2.3.2. Cas clinique n°2

Pour la deuxième situation clinique, nous proposons la situation d'une patiente de 50 ans sans antécédents médicaux ou chirurgicaux notables, non tabagique, et actuellement sous pilule oestroprogestative bien tolérée et consultant pour le renouvellement de celle-ci. Les deux

professions s'accordent sur le fait de proposer préférentiellement une pilule progestative chez cette patiente. Cependant, les SF vont également proposer davantage l'implant, le DIU non hormonal, les préservatifs masculins, spermicides et autres méthodes naturelles.

Une minorité de professionnels propose de renouveler la pilule oestroprogestative de la patiente, avec une plus grande tendance chez les SF, sans pour autant retrouver de différence significative.

Chez les patientes de plus de 40 ans, il est important de contrôler les facteurs de risque de thrombose veineuse, comme le tabagisme, les migraines avec aura, les facteurs de risques cardiovasculaires tels que la dyslipidémie ou le diabète (20). Il convient donc d'évaluer de façon rapprochée, chez ces patientes, tous ces risques notamment vasculaires, face aux bénéfices apportés par ce moyen de contraception (minéralisation osseuse, diminution des symptômes de carence oestrogénique débutants). Au moindre doute, il conviendra d'arrêter les oestroprogestatifs dès que possible.

De plus, dans une revue de la littérature effectuée par M. Lambert (et al) en 2018 portant sur la contraception après 40 ans (21), il est recommandé d'arrêter toute contraception oestroprogestative chez les patientes de 50 ans et plus devant l'augmentation du risque vasculaire associé à ces âges.

Dans ce contexte, il est possible de proposer une contraception par microprogestatifs, mais ils peuvent être la source d'effets secondaires invalidants tels les spotting, et altérer la qualité de vie des patientes. Le DIU au lévonorgestrel peut être particulièrement adapté à cette population car évite les dysménorrhées et les ménorragies mais peut cependant masquer l'apparition de la ménopause puisque responsable d'une aménorrhée. Enfin, on peut proposer

une contraception par DIU non hormonal, conservant les cycles naturels, qui pourra être maintenue jusqu'à la ménopause si il a été posé après 40 ans.

Ainsi, dans ce cas clinique, il paraît adapté de proposer à cette patiente tous les autres contraceptifs alternatifs non oestroprogestatifs. Il paraît particulièrement recommandé de proposer en priorité les microprogestatifs et les contraceptifs de longue durée d'action (DIU) pour améliorer leur qualité de vie et diminuer le risque de grossesses non souhaitées.

2.3.3. Cas clinique n°3

Le dernier cas clinique portait sur une patiente de 30 ans souhaitant une contraception sans hormones, mais dont la difficulté résidait dans le fait que cette patiente refusait la pose de DIU, jugée trop invasive.

Les réponses communes ont été de proposer une contraception mécanique par préservatifs masculins ou féminin ou un stérilet au cuivre avec comme justification qu'ils essaient de rassurer au mieux la patiente. Comme les cas précédents, les SF proposent davantage les méthodes "naturelles" et les spermicides, ainsi que les patchs oestro-progestatifs.

Le modèle actuel vis à vis de la contraception se rapproche d'une "hormonophobie". En effet, les différents effets indésirables et faits de société largement diffusés sur les réseaux sociaux et les médias participent à une méfiance croissante des patientes contre les hormones de synthèse. Cette baisse d'utilisation des moyens contraceptifs hormonaux fait suite à la mésaventure largement médiatisée d'une jeune patiente, usagère d'une pilule de troisième génération, victime d'un accident vasculaire cérébral en 2013. Ce drame enclenche la "crise

de la pilule”, aboutissant au retrait du remboursement de ce type de pilule contraceptive et le début d’une aversion croissante des patientes envers les hormones.

Dans son article portant sur le choix contraceptif des jeunes femmes, C. Thomé (22) retrouve cette inquiétude des patientes et l’explique par l’aspect “non naturel” de la prise d’hormones, la crainte d’effets indésirables ou d’effets retardés. Dans sa thèse portant sur l’expérience des médecins généralistes concernant le refus des contraceptions hormonales, P. Dupouet (23), les interroge sur la prise en charge de ces situations complexes. Il commence par évoquer la nécessité d’une consultation dédiée à la contraception et de profiter de celle-ci pour créer une alliance thérapeutique avec la patiente.

P. Dupouet évoque également que face aux patientes ne souhaitant que des méthodes naturelles, statistiquement plus à risque de grossesses non désirées, certains généralistes préfèrent ne pas prendre la responsabilité d’une grossesse accidentelle et préfèrent orienter vers les SF, plus à même de proposer et réaliser le suivi de ces méthodes. Il est parfois possible de déconstruire certaines idées reçues durant ces consultations dédiées, notamment sur les effets indésirables de différents moyens de contraception, ou la peur de certains gestes techniques (pose de DIU, implant...). Il propose de verbaliser à la patiente la balance bénéfice/risque en expliquant l’indice de Pearl de chaque méthode, pour lui permettre de faire un choix plus éclairé. Si la patiente reste indécise, on peut proposer la contraception mécanique ou la stérilisation définitive (non évoquée dans le questionnaire).

A la lecture des réponses de ces 3 cas cliniques, il apparaît que les sage-femmes et les médecins généralistes s’accordent à proposer le panel le plus large possible de moyens de contraception aux patientes. Cependant, les SF ont visiblement tendance à proposer un panel

de moyens de contraception plus vastes que les MG, notamment les méthodes alternatives de contraception telles que les méthodes naturelles, les capes cervicales ou encore les spermicides, malgré leur faible indice de Pearl, et cela bien que les différentes recommandations récentes ne penchent pas en faveur de ces moyens. Ces résultats peuvent être expliqués par la notion “d’hypermédicalisation de la contraception”, cité par la HAS (24) dans un état des lieux de la prescription des contraceptifs. En effet, les MG ont tendance à prescrire des moyens de contraception avec un indice de Pearl élevé, au détriment de l’écoute des choix de la patiente.

L’étude “TANCO” (25), réalisée en 2018 auprès des femmes dans 11 pays européens, portant sur leur contraception, affirme que les femmes choisissent leur moyen de contraception surtout en fonction de leur efficacité et des effets secondaires connus. De ce fait, cette “hypermédicalisation” des médecins généralistes n’est pas forcément délétère quant à la liberté de choix de la patiente et cette même étude rappelle que les femmes sont en demande d’explications et d’informations vis-à-vis de la contraception, pour pouvoir faire un choix éclairé par la suite.

3. Objectifs secondaires

3.1. Impact de la formation

L’une de nos hypothèses plaçait la formation des professionnels comme élément essentiel influençant des habitudes de prescription. Cependant, bien que le cursus de formation soit différent, les modalités et la durée de la formation sur la contraception sont similaires entre les deux professions. Malgré ces similarités dans la formation universitaire initiale, les SF se

forment davantage sur les gestes techniques et suivent davantage de DU (Diplôme Universitaire) en lien avec la contraception.

Le travail que nous avons réalisé met en évidence une satisfaction moindre des sage-femmes quant à leurs compétences estimées à la sortie de leurs études. En effet, 62,5% d'entre elles ne s'estiment pas suffisamment formées à la thématique de la contraception. En revanche, les médecins s'estiment plus satisfaits de leur formation avec 57,7% de réponses en ce sens ($p < 0,01$).

Une étude réalisée en 2011 par M. Bousendorfer (9) pour son mémoire de fin d'étude de SF portant sur l'évaluation de la formation des SF en matière de contraception. Elle a interrogé quelques étudiants en maïeutique partout en France, soit au total 192 personnes. Ces étudiants expriment être satisfaits de leur formation théorique sur la contraception, mais auraient souhaité être davantage formés sur les gestes techniques et pratiques en stage avant la fin de leurs études. Ces résultats semblent être confirmés par une étude plus récente, réalisée par M. Seure, portant sur la formation en gynécologie des SF d'Ile de France en 2021 (26), où 40,6% des sages femmes estimaient que leur formation en gynécologie (dont la contraception) était insuffisante. Les futures SF semblaient également manquer d'opportunités pour apprendre et s'entraîner aux gestes techniques en stage notamment pour la pose et le retrait d'implants et de DIU, ce qui pourrait expliquer que les sage-femmes réalisent plus de diplômes universitaires pour pallier ce manque de formation pratique et théorique.

Les médecins généralistes semblent plus satisfaits de leur formation initiale dans notre étude. Cependant, cette opinion ne semble pas être représentative sur tout le territoire. Dans une thèse portant sur les freins à la pratique de la gynécologie par les médecins généralistes dans

la Manche (27), en 2018, M. Loyer évoquait 3 freins principaux, qui étaient dans l'ordre : la perception des patientes, le manque de formation et la méconnaissance des patientes de ces aptitudes chez leur généraliste. La principale proposition de cette thèse était la mise en place de formations spécifiques à la gynécologie comprenant des ateliers pratiques sur les gestes réalisés en matière de contraception.

De plus la HAS confirme ces constats et évoque dans son état des lieux des pratiques contraceptives de 2013 (24) une "formation initiale et continue insuffisante des médecins et Sages Femmes" devant la persistance "d'idées reçues et de pratiques classiques voire stéréotypées". Malgré cela, une notion ressort sur le fait que les nouvelles générations de médecins généralistes paraissent mieux formés depuis l'instauration d'un internat de médecine générale.

Pour conclure, les SF ne sont pas suffisamment satisfaites de leur formation en matière de contraception, que ce soit sur le plan théorique ou pratique, ce qui explique leur tendance à suivre davantage de formation après leur années d'études. Les MG interrogés paraissent satisfaits de leur formation initiale et ressentent moins le besoin d'approfondir leurs connaissances après l'internat pour la majorité. On remarque que dans la pratique, les sage-femmes proposent plus de moyens de contraception variés, qu'ils soient recommandés spécifiquement par la HAS ou non. Ce qui peut être expliqué par leur manque de formation théorique initiale en matière de gynécologie.

3.2. Autres éléments influençant les prescriptions

Selon la HAS (28), "la méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie par et avec elle, en fonction de sa réalité quotidienne et des éventuelles contre-indications". De ce

fait, la prescription de moyen de contraception ne devrait être influencée que par la patiente et sa propre santé. Les SF et les MG de notre étude confirment cet adage et déclarent en grande majorité et de façon similaire prendre en considération en premier lieu les préférences des patientes. Or, il ressort de notre étude que les médecins généralistes estiment prendre leur décision de prescription également en regard de leur propre expérience personnelle, outre l'âge de la patiente et les antécédents de parité de celle-ci.

La HAS (14) ajoute que le choix de la contraception doit également prendre en compte "l'évolution de sa situation personnelle, la baisse progressive de la fertilité, l'augmentation des risques cardiovasculaires et l'évolution des contre-indications". De ce fait, les MG suivent également cette recommandation en évoquant l'âge, car les facteurs de risque cardiovasculaires se majorent avec le temps, faisant apparaître de nouvelles contre-indications aux oestroprogestatif. Mais il est quand même rappelé que "l'âge en lui-même ne devrait pas limiter les choix de la méthode (...)", seulement les contre-indications qui peuvent en découler.

De plus, la parité ne devrait pas être un facteur influençant la prescription des moyens de contraception. Dans son travail de thèse sur la pose de DIU par les médecins généralistes, A. De Verbizier (13) retrouvait que la plupart des praticiens de son étude ne prescrivait pas de DIU aux nullipares, alors qu'il existe des DIU de taille adaptée à cette population, ce qui est également rappelé dans le rapport de la HAS de 2013 (28). Il semble donc primordial de le rappeler régulièrement aux médecins généralistes, via leur formation initiale ou continue, afin de garantir un choix plus éclairé des patientes quant à leur contraception.

Enfin, les médecins généralistes évoquent également leurs expériences personnelles. On peut donc supposer que le fait d'être une femme, par exemple, et avoir pu expérimenter

personnellement certains moyens de contraception peut aider à conseiller les femmes. Dans cette idée, il est retrouvé dans le travail de A. De Verbizier (13), que le fait d'être une femme médecin influençait de façon positive la prescription et la pose de DIU. Cependant, cela ne semble pas influencer autant la prescription des SF, chez qui il existe une écrasante majorité féminine. Il semble qu'elles prendraient davantage de distance vis à vis de leur expérience personnelle en comparaison aux femmes médecins qui laissent visiblement plus de place à leur propre vécu, peut-être au détriment du choix de la patiente dans certaines situations.

4. CONCLUSION

Pour clore ce travail de thèse, au cours de cette étude, nous avons pu mettre en lumière les différences d'approche des médecins et des sage-femmes concernant leurs habitudes de prescription de contraceptifs.

Notamment les sage-femmes semblent proposer davantage de moyens contraceptifs aux femmes, tout en les conseillant dans leur choix. Les médecins semblent plus limiter leurs propositions en les personnalisant en fonction de l'âge de la patiente et de leurs connaissances. Il a pu également être identifié que les prescripteurs sont influencés, entre autres, par l'âge de la patiente, mais que les médecins s'appuient également sur les antécédents de parité de la patiente et de leur propre expérience personnelle. Les sage-femmes quant à elles ne se distinguent dans aucun des éléments d'influence proposés dans notre questionnaire.

Nous avons également pu mettre en évidence que les sages femmes posent plus de stérilet, et inversement les médecins généralistes déclarent poser et retirer plus d'implants.

Ces différences de prescription et de gestes ont pu être influencés par des différences de formation. On peut clairement mettre en évidence que les sage-femmes ne sont pas satisfaites de la leur en matière de prévention et de gynécologie, contrairement aux médecins généralistes de Maine et Loire, Mayenne et Sarthe. Bien que l'internat de médecine générale contienne des stages obligatoires en gynécologie ou pédiatrie depuis 2017, les internes ne disposent pas de formation systématique aux gestes techniques en matière de contraception. On peut supposer que l'ajout d'une formation technique commune pourrait permettre d'accroître le panel de contraceptifs proposés aux patientes.

Cependant, notre thèse se focalisant sur le point de vue des praticiens sur leurs prescriptions, il pourrait être pertinent d'analyser à travers une étude ultérieure le point de vue comparatif des patientes sur la prise en charge et l'approche des sage-femmes et des médecins (non seulement généralistes mais pourquoi pas gynécologues), afin de recueillir également leurs attentes spécifiques au cours des consultations avec chaque professionnel.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Bajos N, Moreau C. FECOND Fécondité - Contraception - Dysfonctions sexuelles en France métropolitaine - Panel Internet (2011-2012).
- 2) Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [En ligne]. Les compétences des sages-femmes - Conseil national de l'Ordre des sages-femmes ; [cité le 18 juin 2023]. Disponible sur : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>.
- 3) ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (octobre 2016). Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes des Pays de la Loire. N°15. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale [En ligne]. 8 pages. Disponible sur : https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2016_PDF/2016_panel3_mg_suivi_gyneco_15.pdf
- 4) Loquin Delphine. Consultation "Contraception" : les attentes des adolescentes, étude qualitative auprès de 14 adolescentes venant consulter au centre de planification d'éducation familiale Flora Tristan d'Angers [Thèse de doctorat en médecine]. Angers : Université d'Angers ; 2014. 116 p.
- 5) Douguet F, Vilbrod A. En ville : l'exercice du métier de sage-femme en maisons et pôles de santé pluriprofessionnels [En ligne]. Paris ; mai 2016. 241 p. Rapport de l'ONDPS. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes_mai2016.pdf
- 6) Loi Rist visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, Loi n° 2021-502, 26 avril 2021.
- 7) Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. Études et résultats [En ligne]. 7 mars 2012 (cité le 30 août 2023) ; (791) : 8-6;7. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er791.pdf>
- 8) Sharzad ; La collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes : enquête analytique de pratique dans les départements du Bas-Rhin et du Haut-Rhin [Thèse de doctorat en Médecine]. Strasbourg : Faculté de médecine de Strasbourg ; 2021. 104 p.
- 9) Bousendorfer Marion. Évaluation de la formation initiale des sages-femmes en contraception (mémoire). Université de Lorraine. 2011. 84 p. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01881385/document>
- 10) Démographie des professionnels de santé - DREES [En ligne] ; [cité le 22 sep 2024]. Disponible : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>.
- 11) Rahib Delphine, Le Guen Mireille, Lydie Nathalie ; Baromètre santé 2016 Contraception - Santé Publique France [En ligne] ; [cité le 21/08/2024]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante->

- 12) Reynaud ; Etat des lieux sur la pratique (prescriptive et de pose) des médecins généralistes et des sages-femmes libéraux de Normandie concernant les moyens de contraception réversibles à longue durée d'action. Étude comparative. [Mémoire]. Ecole de Sage-femme de Caen ; 2021. 32 p. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03709197v1/file/REYNAUD%20Manon.pdf>
- 13) De Verbizier Alice ; Dispositifs intra-utérins en médecine générale en Lorraine. Etat des lieux des pratiques concernant les dispositifs intra-utérins, facteurs influençant leur prescription et leur pose par les médecins généralistes [En ligne] [Thèse de doctorat en Médecine]. Université de Lorraine ; 2011. 119 p. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731868v1/document>
- 14) Haute Autorité de Santé [En ligne]. Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) ; [cité le 21/08/2024]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg
- 15) Parenti Sarah ; Suivi gynécologique de prévention : Freins et motivations chez les sages-femmes libérales [Mémoire de diplôme d'état de sage-femme]. Ecole de maïeutique de Limoges ; 2016. 41 p.
- 16) Boch Julie ; État des lieux des connaissances des sages sages-femmes libérales concernant l'utilisation de l'implant contraceptif Nexplanon [Mémoire de diplôme d'état de Sage-femme]. Université de Grenoble ; 2022. 38 p. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03941763v1/file/MS22_2_boch_julie_dif.pdf
- 17) Fortuné Angélique ; La prise en charge de l'oubli de pilule contraceptive par les médecins généralistes de l'Oise [Mémoire de diplôme d'état de sage-femme] ; Faculté de Médecine d'Amiens ; 2018. 46 p. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02109144/document>
- 18) Haute Autorité de Santé [En ligne]. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles; [cité le 21/08/2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
- 19) Décret n° 2016-865 du 29 juin 2016 relatif à la participation de l'assuré pour les frais liés à la contraception des mineures d'au moins quinze ans, Décret [En ligne], 30 juin 2016 [cité le 13 août 2024] (France). Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/6/29/2016-865/jo/texte>
- 20) VIDAL [En ligne]. Recommandations Contraception ; [cité le 14/08/2024]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/contraception-1626.html#prise-en-charge>

- 21) Lambert M, Begon E, Hocké C. La contraception après 40 ans. RPC Contraception CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Amp Senol [En ligne]. Déc 2018 [cité le 17/08/2024] ; 46(12):865-72. Disponible : <https://www.em-consulte.com/article/1263536/la-contraception-apres-40%C2%A0ans-rpc-contraception-cn>
- 22) Thomé C. Après la pilule. Le choix contraceptif des jeunes femmes à l'épreuve du rejet des hormones. Santé Publique [En ligne]. 2024 [cité le 13 août 2024] ; 36(1):87-96. Disponible : <https://shs.cairn.info/revue-sante-publique-2024-1-page-87?lang=fr>
- 23) Dupouet Priscille ; L'expérience des médecins généralistes concernant le refus des contraceptions [En ligne] [Thèse de doctorat en Médecine]. Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes ; 2021. 125 p. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03325739/file/Priscille%20Dupouet%20Th%C3%A8se%2002.05.2021%20%282%29%20-%20Copie.pdf>
- 24) Haute Autorité de Santé [En ligne]. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée ; [cité le 12/08/2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
- 25) Merki-Feld GS, Caetano C, Porz TC, Bitzer J. Are there unmet needs in contraceptive counselling and choice ? Findings of the European TANCO Study. Eur J Contracept Amp Reprod Health Care [En ligne]. 4 mai 2018 [cité le 6/09/2024] ; 23(3):183-93. Disponible : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13625187.2018.1465546>
- 26) Seure Mélanie. La formation en gynécologie chez les étudiants sage-femmes d'île de France [En ligne] [Mémoire de diplôme d'état de sage-femme]. Ecole de sage-femme Saint Antoine - Université de la Sorbonne ; 2021. 52 p. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03419748/document>
- 27) Loyer Marie. Les freins à la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes de la Manche [En ligne] [Thèse de doctorat en Médecine]. Université de Caen ; 2018. 50 p. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02103763v1/file/LOYER%20Marie.pdf>
- 28) Haute Autorité de Santé [En ligne]. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes ; 17 sep 2019 [cité le 22 sep 2024]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux	11
Figure 2 : Éléments d'influence des prescriptions de contraceptifs des sage-femmes et des généralistes.....	17
Figure 3 : Prescription de la contraception d'urgence.....	18
Figure 4 : Gestes techniques pratiqués en consultation.....	20
Figure 5 : Cas clinique n°1	22
Figure 6 : Cas clinique n°2	23
Figure 7 : Cas clinique n°3	25

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques de la population.....	14
Tableau II : Proposition de prescription d'une 1ère contraception pour une jeune patiente nullipare	16
Tableau III : Facteurs d'influence des prescriptions.....	17
Tableau IV : Modalités de dispensation des conseils de prévention des oublis	19
Tableau V : Gestes techniques pratiqués en consultation	19
Tableau VI : Propositions de prescription pour le cas clinique n°1	21
Tableau VII : Propositions de prescription pour le cas clinique n°2	22
Tableau VIII : Propositions de prescription pour le cas clinique n°3	24

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	D
LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS.....	I
LISTE DES ABREVIATIONS	X
INTRODUCTION	4
MÉTHODES	9
RÉSULTATS	11
1. Caractéristiques générales	11
1.1. Genre	12
1.2. Âge.....	12
1.3. Département d'exercice	12
1.4. Type de patientèle	12
1.5. Mode d'exercice.....	13
2. Formation universitaire	14
2.1. Durée et modalité de formation initiale concernant la contraception	14
2.2. Formations universitaires complémentaires et estimation de la compétence en matière de contraception	15
3. Pratiques.....	15
3.1. Habitudes de prescription des moyens de contraception	15
3.2. Éléments influençant la prescription	16
3.3. Contraception d'urgence et prévention des oublis	18
3.4. Gestes techniques pratiqués.....	19
4. Cas cliniques	20
4.1. Cas clinique n°1	20
4.2. Cas clinique n°2	22
4.3. Cas clinique n°3	24
DISCUSSION ET CONCLUSION	25
1. Forces et limites	25
1.1. Forces.....	25
1.2. Limites	27
2. Réponses à l'objectif principal.....	28
2.1. Gestes techniques.....	28
2.1.1. DIU	28
2.1.2. Implants.....	30
2.2. Conseils pour les oublis de pilule et contraception d'urgence.....	31
2.3. Dans la pratique	32
2.3.1. Cas clinique n°1	33
2.3.2. Cas clinique n°2	34
2.3.3. Cas clinique n°3	36
3. Objectifs secondaires	38
3.1. Impact de la formation	38
3.2. Autres éléments influençant les prescriptions.....	40
4. CONCLUSION.....	42

BIBLIOGRAPHIE	44
LISTE DES FIGURES	47
LISTE DES TABLEAUX.....	48
TABLE DES MATIERES	49
ANNEXES	1

ANNEXES

Questionnaire de thèse :

Bienvenue dans ce questionnaire de thèse qui se penche sur les pratiques professionnelles des médecins généralistes et des sage-femmes en matière de prescriptions et de gestes médicaux dans le cadre de la contraception.

Cette recherche vise à explorer les nuances et les divergences dans les habitudes de prescription ainsi que les gestes médicaux effectués par ces deux professions. En effet, les médecins généralistes et les sage-femmes occupent des rôles cruciaux dans la prestation des soins de santé primaire chez la femme, chacun apportant une expertise unique à la prise en charge des patientes. Cette étude se propose donc d'analyser de manière approfondie les différences et les similitudes de leurs approches, en mettant en lumière les défis, les opportunités et les implications potentielles pour l'amélioration de la qualité des soins, et notamment vis-à-vis de la formation de chacun.

Merci de consacrer de votre temps à partager votre expérience pour enrichir cette recherche.

Renseignements généraux

Tout d'abord, merci de répondre à ces quelques questions pour mieux vous connaître ainsi que vos conditions d'exercice.

Quelle est votre profession ? Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Sage-femme
- ☐ Autre

Quel est votre genre ? Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Homme
- ☐ Femme
- ☐ Non genré

Quel est votre âge ? Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ 20-30 ans
- ☐ 30-40 ans
- ☐ 40-50 ans
- ☐ 50-60 ans
- ☐ 60-70 ans
- ☐ > 70 ans

Quel est votre département d'exercice ? Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- 49 Maine et Loire
- 72 Sarthe
- 53 Mayenne

Quel est le type de population que vous rencontrez lors de votre exercice ? Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Rural
- ☐ Semi rural
- ☐ Urbain

Dans quel type de structure exercez-vous ? Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- ☐ Cabinet libéral
- ☐ Hospitalier en gynécologie
- ☐ Autre :

Formation

Nous allons maintenant évoquer votre formation professionnelle à propos de la contraception.

Combien de temps a été consacré à la contraception durant votre formation ? Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- 0 à 5h
- 5 à 10h
- Plus de 10h

Sous quel format a été réalisée cette formation ? Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Cours magistraux
- ☐ Travaux pratiques
- ☐ Stage

Avez-vous déjà eu une formation ou des travaux pratiques sur les différents gestes à réaliser dans le contexte de la contraception ? Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- ☐ Oui, lesquels ?
- ☐ Non

Avez-vous suivi un diplôme universitaire (DU) ou une autre formation complémentaire à votre formation initiale concernant la contraception ? Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- ☐ Oui : quelle formation ?
- ☐ Non

Vous estimez-vous suffisamment formé(e) à la contraception féminine au cours de votre formation universitaire ? Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si non, comment cette formation pourrait-elle être optimisée d'après vous?

Pratique et habitudes

Cette partie du questionnaire vise à étudier vos habitudes et pratiques vis à vis de la contraception dans votre exercice, en fonction de votre profession.

Quel(s) moyen(s) de contraception de première intention proposez-vous habituellement à une jeune femme nullipare sans antécédent médical ? Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Pilule oestroprogestative
- Pilule progestative
- Patch
- Anneau contraceptif
- Implant
- DIU hormonal
- DIU en cuivre
- Préservatifs (masculins ou féminin)
- Spermicide
- Progestérone injectable
- Stérilisation définitive
- Méthodes "naturelles" (retrait, calcul de cycle)
- Autre

Quels sont les éléments influençant vos habitudes de prescription hormis les contre-indications médicales en lien avec les antécédents de la patiente ? Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- Age de la patiente
- Antécédents de parité
- Formation universitaire
- Préférences de la patiente
- Réseaux sociaux et médias
- Expérience personnelle
- Autre :

Quels sont les gestes techniques que vous réalisez dans le cadre de la contraception ? Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- Pose de DIU
- Retrait de DIU
- Pose d'un implant
- Retrait d'un implant
- Démonstration de la pose d'un anneau vaginale
- Démonstration de l'utilisation d'un préservatif masculin
- Démonstration de l'utilisation d'un préservatif féminin
- Autre :

Donnez-vous des astuces pour la prise de pilule ou des consignes en cas d'oubli ? Comment et à quelle fréquence ? Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- Pas de consigne particulière, pourquoi ?
- Par écrit sur l'ordonnance
- Par écrit sur feuille dédiée
- A l'oral
- Lors de la première consultation dédiée à la contraception
- A chaque renouvellement
- Autre :

Prescrivez-vous systématiquement une contraception d'urgence ? Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- Oui, laquelle ?
- Non, pourquoi ?

Donnez-vous aux patientes des ressources d'information sur la contraception (sites, adresses, prospectus, associations...) ? Si oui, lesquelles ?

Mise en pratique

Nous allons vous proposer quelques cas cliniques et nous vous demanderons de sélectionner quelle contraception vous proposeriez à cette patiente si elle se présentait à vous.

Il est possible de laisser des commentaires à chaque réponse pour expliquer la raison de vos choix.

Cas clinique n°1 :

Jeune patiente de 16 ans, ayant des rapports sexuels depuis quelques mois. Pas d'antécédent notable, ne fume pas, G0P0. Elle se présente sans ses parents et souhaiterait avoir une contraception sans que ses parents ne soient au courant, elle n'a jamais eu de contraception jusqu'ici. Ses cycles sont réguliers, non hyperalgiques et d'abondance normale.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- Pilule oestroprogestative
- Patch
- Anneau
- Pilule progestative
- Implant
- DIU hormonal
- DIU en cuivre.
- Préservatifs masculins
- Préservatifs féminins
- Spermicide
- Autres méthodes "naturelles" (calcul de cycle, retrait)

Cas clinique n°2 :

Femme de 50 ans, sans antécédent particulier, G2P3, sous pilule oestroprogestative depuis quelques années. Bonne tolérance de la pilule, ne déclare aucun oubli. Elle vient à votre consultation pour son renouvellement.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- Pilule oestroprogestative
- Patch
- Anneau
- Pilule progestative
- Implant
- DIU hormonal
- DIU en cuivre
- Préservatifs masculins
- Préservatifs féminins
- Spermicide
- Autres méthodes "naturelles" (calcul de cycle, retrait...)

Cas clinique n°3 :

Jeune femme de 30 ans ayant arrêté d'elle-même sa pilule oestroprogestative, ne souhaitant plus de traitement hormonal. Elle refuse également la pose d'un DIU au cuivre par crainte de la pose.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- Pilule oestroprogestative
- Patch
- Anneau
- Pilule progestative
- Implant
- DIU hormonal
- DIU en cuivre
- Préservatifs masculins
- Préservatifs féminins
- Spermicide
- Autre méthodes "naturelles" (calcul de cycle, retrait...)

Fin du questionnaire

Nous arrivons à la fin de ce questionnaire.

Ayant conscience de votre emploi du temps chargé, nous tenions à vous remercier d'avoir pris le temps pour répondre à ce questionnaire.

Nous sommes impatientes de partager les résultats de cette enquête dans l'espoir que cela suscitera des discussions et des initiatives visant à améliorer la prestation des soins de santé en matière de contraception.

Bonne journée.

Sincèrement,

Marion BAPTISTE et Ondine COIGNARD

HABITUDES DE PRESCRIPTION ET PRATIQUES EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION CHEZ LES GÉNÉRALISTES ET LES SAGE-FEMMES LIBÉRALES

RÉSUMÉ

INTRODUCTION - Depuis plusieurs années, la France voit une diminution du nombre de médecins de toute spécialité sur l'ensemble de son territoire, et donc les interlocuteurs possibles pour les patients quant à leurs questions sur leur santé. Il en est de même pour le suivi gynécologique et notamment pour la contraception. Face à cette pénurie médicale grandissante, le champ des compétences des sage-femmes dans le domaine du suivi gynécologique et donc de la contraception s'étend petit à petit, jusqu'à faire partie intégrante du suivi gynécologique comme c'est le cas à l'heure actuelle.

METHODES - Il s'agit d'une étude de pratique comparative prospective, dont les résultats ont été recueillis à partir de questionnaires envoyés en ligne aux médecins généralistes et sage-femmes libérales des départements du Maine et Loire, Sarthe et Mayenne. L'objectif principal est d'identifier les différences d'habitudes de prescriptions et gestes pratiqués dans le cadre de la contraception féminine. Les objectifs secondaires sont d'étudier de surcroît les facteurs influençant ces différences entre les deux professions.

RESULTATS - Le taux de participation était de 24,7%, soit un total de 176 réponses. On constate que les sage-femmes proposent un plus large panel de contraceptifs que les généralistes, y compris des méthodes moins efficaces. Elles posent plus de DIU, mais moins d'implants contraceptifs. Les sage-femmes se forment davantage que les médecins car moins satisfaites de leur formation initiale concernant la contraception et notamment les gestes techniques. Les médecins sont davantage influencés par leur expérience personnelle, l'âge et la parité de la patiente dans leurs prescriptions.

CONCLUSION - Les médecins et les sage-femmes ont une approche différente de leurs prescriptions mais privilégient en priorité les préférences de la patiente. Les deux professions souhaiteraient davantage de formations pratiques pour permettre un choix plus éclairé aux patientes quant à leur contraception.

Mots-clés : Médecins généralistes ; Sage-femme ; Contraception ; Maine-et-Loire ; Sarthe ; Mayenne ; Gynécologie ; Médecine générale

PRESCRIPTION HABITS AND PRACTICES REGARDING CONTRACEPTION AMONG GENERAL PRACTITIONERS AND INDEPENDENT MIDWIVES.

ABSTRACT

INTRODUCTION - For several years, France has seen a decrease in the number of doctors of all specialties across its entire territory, which has reduced the available contacts for patients with health-related questions. The same is true for gynecological follow-up, particularly regarding contraception. In response to this growing medical shortage, the scope of midwives' competencies in gynecological care and contraception has gradually expanded, to the point where it is now an integral part of gynecological follow-up.

METHODS - This is a prospective comparative practice study, with results collected from online questionnaires sent to general practitioners and freelance midwives in the Maine-et-Loire, Sarthe, and Mayenne departments. The main objective is to identify the differences in prescription habits and procedures performed in the context of female contraception. The secondary objectives are to study, in addition, the factors influencing these differences between the two professions.

RESULTS - The participation rate was 24.7%, for a total of 176 responses. It was observed that midwives offer a wider range of contraceptives than general practitioners, including less effective methods. They insert more IUDs but fewer contraceptive implants. Midwives receive more training than doctors because they are less satisfied with their initial training concerning contraception, particularly the technical procedures. Physicians are more influenced by their personal experience, the patient's age, and parity when making prescriptions.

CONCLUSION - Doctors and midwives have different approaches to their prescriptions but prioritize the patient's preferences. Both professions would like more practical training to provide patients with more informed choices regarding contraception.

Keywords : General practitioners ; Midwife ; Contraception ; Maine-et-Loire ; Sarthe ; Mayenne ; Gynecology ; General medicine