

ANNÉE : 2022

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Spécialité : Médecine générale

Par :

Mme **Charlotte PICARD** née le 5 mars 1992 à Orsay (91)

Présentée et soutenue publiquement le 08/11/2022

À la Faculté de Médecine Sorbonne Université

***Évaluation des pratiques et modalités d'information utilisées par les
professionnels de santé en consultation de contraception***

Présidente du Jury : Pr Sophie CHRISTIN-MAITRE, PUPH Endocrinologie, Sorbonne Université

Directrice de thèse : Dr Pascaline MOUREY, CCU Médecine Générale, Université Paris-Saclay

Membres du Jury :

Pr Frédérique NOËL, PA Médecine Générale, Université Paris-Saclay

Dr Alexandre VIVANTI, MCU Gynécologie Obstétrique, Université Paris-Saclay

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Sophie CHRISTIN-MAITRE, vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez croire en l'expression de ma profonde reconnaissance.

À Madame le Professeur Frédérique NOËL, vous avez accepté d'apporter votre expérience à la critique de ce travail, je vous en suis très reconnaissante.

À Monsieur le Docteur Alexandre VIVANTI, vous avez accepté de participer au jury de cette thèse, veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

À ma directrice de thèse, Madame le Docteur Pascaline MOUREY, je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Je te suis profondément reconnaissante de ton aide et ton implication tout au long de ce projet. Je te témoigne ici ma sincère gratitude.

Aux CDOM, CDOSF, aux URML, à l'association des internes de gynécologie médicale, à la fédération nationale des collèges de gynécologie médicale, au syndicat ReAGJIR, aux services de PMI et aux CPEF ayant accepté de diffuser mon questionnaire de thèse, je vous remercie profondément pour votre aide dans ce projet. À l'ensemble des professionnels de santé ayant répondu à mon questionnaire de thèse, sans votre contribution, ce travail n'aurait pas été possible.

À ma famille, et tout particulièrement à mes parents, à Marianne et à Louis, je vous remercie pour votre soutien inconditionnel tout au long de mes études de médecine et de ce travail de thèse. À Marianne, je te remercie profondément pour toutes les heures de labeur que tu as passé à mes côtés, ton expertise statistique, ta patience et ton travail de relecture assidu. À ma grand-mère, je te remercie pour tous ces moments de joie et de rire. À Marie, je te remercie pour ton aide précieuse et tes conseils ajustés lors de la finalisation de cette thèse.

À Quentin, ces derniers mois ont été difficiles, mais tu n'as cessé de me soutenir avec patience et amour, je te remercie infiniment.

À mes amis. À Marion, je te remercie pour toutes ces années d'amitié et ton soutien sans faille. À Marie-Claire et Florie, merci pour toutes ces années de médecine à vos côtés.

À mes collègues, Jonathan, Hassanine, Delphine et Lydie, je vous remercie pour votre soutien tout au long de ce parcours de thèse.

À l'ensemble des professionnels de santé croisés tout au long de mes stages, je vous remercie pour l'expérience que vous m'avez transmise.

À ma tutrice Grâce, je te remercie de m'avoir donné le goût de la médecine générale au cours de mon dernier trimestre d'externat. Je te suis profondément reconnaissante pour ton accompagnement au cours de mes années d'internat et ton soutien jusqu'à l'aboutissement de cette thèse.

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	3
LISTE DES ABRÉVIATIONS	7
1 INTRODUCTION	8
1.1 Émergence du questionnement sur l'information contraceptive.....	8
1.1.1 Norme contraceptive française	8
1.1.2 Crise de la pilule et modification des pratiques contraceptives	9
1.1.3 Discours des patientes dans les médias	9
1.1.4 Grossesses non désirées.....	10
1.2 Attentes des patientes et bénéfices d'une meilleure information	10
1.3 Recommandations de la HAS en matière d'information contraceptive	12
1.4 Question de recherche	14
1.5 Objectif de l'étude	16
2 MATÉRIEL ET MÉTHODE	17
2.1 Type d'étude.....	17
2.2 Objectif principal et secondaire.....	17
2.3 Population.....	17
2.4 Questionnaire	18
2.4.1 Conception du questionnaire	18
2.4.2 Données collectées.....	18
2.4.3 Calcul du score d'adéquation aux recommandations (SAR).....	19
2.4.4 Diffusion du questionnaire	20
2.5 Analyse statistique.....	20
2.6 Aspects règlementaires	21
3 RÉSULTATS.....	22
3.1 Description de la population de l'étude	22
3.1.1 Données sociodémographiques	22
3.1.2 Mode d'exercice	22
3.1.3 Formation et activité de gynécologie	23
3.2 Information délivrée lors de la consultation de contraception.....	25
3.2.1 Description de l'information délivrée.....	25
3.2.2 Facteurs associés au respect des recommandations	29
3.3 Site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité »	31
3.3.1 Description de l'utilisation et de l'évaluation du site.....	31
3.3.2 Facteurs associés à l'utilisation du site.....	32

3.3.3	Association entre l'utilisation du site et le SAR	34
4	DISCUSSION	36
4.1	Discussion de la méthodologie	36
4.1.1	Points forts de l'étude	36
4.1.2	Limites de l'étude	36
4.2	Discussion des résultats.....	37
4.2.1	Population.....	37
4.2.2	Information en consultation de contraception	39
4.2.3	Facteurs associés à une meilleure délivrance de l'information	42
4.2.4	Utilisation du site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité »	45
4.3	Enseignements et perspectives	46
4.3.1	La question du temps de consultation et de la cotation	46
4.3.2	Coopération entre professionnels de santé	47
4.3.3	Implication des pouvoirs publics	48
5	CONCLUSION	50
	BIBLIOGRAPHIE	51
	ANNEXES.....	57
	Annexe 1 : Questionnaire.....	57
	Annexe 2 : Réalisation du Score d'Adéquation aux Recommandations (SAR).....	64
	Annexe 3 : Mail de présentation aux professionnels de santé	66
	Annexe 4 : Caractéristiques des professionnels liées au SAR total, modèle linéaire univarié (N = 896)	67
	Annexe 5 : Comparaison des professionnels selon leur utilisation ou leur conseil du site, modèle linéaire univarié (N = 571)	68
	RÉSUMÉ	69
	SUMMARY.....	70

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AIGM : Association des Internes de Gynécologie Médicale

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CDOSF : Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-Femmes

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

CPP : Centre de Périnatalité de Proximité

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DPO : Délégué à la Protection des Données

ET : Écart-Type

FCU : Frottis Cervico-Utérin

FNCGM : Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale

HAS : Haute Autorité de Santé

INDS : Institut National des Données de Santé

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

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MSU : Maître de Stage Universitaire

OR : Odds Ratio

PMI : Protection Maternelle et Infantile

ReAGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

SAMI : Service d'Accueil Médical Initial

SAR : Score d'Adéquation aux Recommandations

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

1 INTRODUCTION

1.1 Émergence du questionnement sur l'information contraceptive

1.1.1 Norme contraceptive française

Différents travaux de sociologie (1,2) décrivent une « norme contraceptive » française très stéréotypée : utilisation du préservatif au début de la vie sexuelle, puis de la pilule chez les patientes nullipares au sein d'une relation stable et enfin du dispositif intra-utérin (DIU) chez la femme primipare ou multipare. Le modèle contraceptif français a longtemps été influencé par un natalisme marqué, avec par conséquent une moindre promotion des méthodes contraceptives définitives par les professionnels de santé, participant à une restriction du choix contraceptif.

En comparaison avec d'autres systèmes contraceptifs, le système français est « pilulocentré ». En Angleterre par exemple, les professionnels proposent un large panel contraceptif sur la base d'une uniformisation des pratiques et d'un discours homogène parmi les différents professionnels de santé. Avec des orientations en matière de politique contraceptive très différentes, le Royaume-Uni comme les États-Unis favorisent ainsi le recours aux méthodes de longue durée d'action (DIU hormonal, DIU au cuivre ou implant) ou aux contraceptions définitives. Nous nous interrogeons de ce fait sur les modalités du choix contraceptif effectué lors des consultations de contraception en France.

Dans son article paru en 2021 (1), Alexandra Roux évoque par ailleurs un modèle dans lequel le paternalisme peut rester très présent au sein des consultations de contraception, avec un choix du contraceptif encore essentiellement réalisé par le professionnel de santé, en fonction des critères qui lui sont propres, et une place limitée laissée au choix de la patiente. Le professionnel opèrerait ainsi une présélection dans les contraceptifs qu'il propose aux patientes, limitant donc le choix de celles-ci.

Ce modèle stéréotypé français a été bouleversé par le scandale des pilules de 3^e et 4^e générations, avec une remise en question de l'information contraceptive et du choix laissé aux patientes lors de la prescription de leur contraception.

1.1.2 Crise de la pilule et modification des pratiques contraceptives

Depuis plusieurs années, la pilule contraceptive est en perte de vitesse, rompant avec la norme contraceptive française. Ces modifications ont été amorcées à la suite du scandale sur les pilules de 3^e et 4^e générations en 2012, et elles perdurent aujourd’hui. D’après le rapport de l’Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) publié en septembre 2021 (3), la tendance est prédominante concernant les contraceptifs oraux combinés (ventes en baisse de 33 % sur 10 ans), au profit notamment du DIU au cuivre (doublement des ventes sur cette même période). L’utilisation du DIU au lévonorgestrel et de l’implant à l’étonogestrel est stable depuis 10 ans. Par ailleurs, la vente des anneaux vaginaux a diminué de moitié depuis 10 ans.

Les résultats du Baromètre santé 2016 (4) présentaient déjà des tendances similaires concernant les contraceptifs oraux avec un report, depuis 2010, vers le DIU et le préservatif. La contraception en France demeure principalement médicalisée. Le taux d’utilisation des autres méthodes (diaphragme, cape et méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait) reste faible. La hausse de l’utilisation des méthodes traditionnelles entre 2010 et 2013 ne s’est pas confirmée sur l’étude du Baromètre santé 2016. Enfin, la contraception définitive reste peu utilisée en France par rapport au Royaume-Uni.

Dans un modèle stéréotypé très figé, une évolution du paysage contraceptif français semble voir le jour depuis le scandale des pilules de 3^e et 4^e générations en 2012. Cet évènement a suscité un débat médiatique autour de la sécurité des méthodes contraceptives. Ces éléments posent la question d’un manque d’information des patientes lors de la prescription de leur contraceptif.

1.1.3 Discours des patientes dans les médias

Le questionnement sur un potentiel manque d’information des patientes lors des consultations de contraception est relayé par les médias. Dans l’émission de radiophonie « Le téléphone sonne » sur France Inter, lors de la session intitulée « Bien choisir sa contraception » (5), les auditrices décrivent la persistance d’une démarche paternaliste de la part de certains médecins, notamment au travers du refus de la pose de DIU chez une femme nullipare, ou du refus de la stérilisation tubaire pour les femmes jeunes de plus de 18 ans.

D'après le podcast « Ma contraception et moi » réalisé par l'équipe de MadmoiZelle (6), les femmes interviewées évoquent leur souhait de connaître l'ensemble des méthodes contraceptives, leur efficacité pratique, leur mode d'action, leur mode d'utilisation et les effets indésirables potentiels. À travers cette émission, les femmes expriment leurs attentes concernant l'information sur les éventuelles contre-indications des méthodes contraceptives, ce qui leur permettrait de mieux comprendre les questions du professionnel de santé. Le podcast suggère que les femmes préparent leur consultation de gynécologie en s'informant sur les différents contraceptifs et en relevant leurs exigences essentielles pour le choix de leur contraceptif. La prise en compte de ces paramètres pourrait permettre un meilleur choix contraceptif et un meilleur usage afin de limiter le nombre de grossesses non désirées.

1.1.4 Grossesses non désirées

En tant que marqueur des échecs contraceptifs, le nombre important d'IVG soulève la question d'une utilisation des contraceptifs mal adaptée aux besoins et spécificités des patientes ainsi que d'un mésusage de certains contraceptifs, par manque d'information. En effet, malgré un taux élevé d'utilisation de la contraception (seuls 8 % des femmes concernées par la contraception déclarent ne pas utiliser de moyen pour éviter une grossesse (4)), le taux global de recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) suit une tendance haussière entre 1995 et 2019 (7). Dans son rapport établi en 2013 (8), la HAS affirme que 1 grossesse sur 3 est déclarée « non prévue », et parmi ces grossesses, 2/3 surviennent sous contraception.

Dans cette première partie, nous avons évoqué un manque d'information et de liberté de choix au cours des consultations de contraception, dénoncé par les patientes. Par ailleurs, le modèle contraceptif français « pilulocentré » semble évoluer depuis le scandale des pilules de 3^e et 4^e générations. Le nombre d'IVG demeure cependant élevé. La question du bénéfice d'une information contraceptive exhaustive et d'une prise en compte des attentes des patientes lors des consultations de contraception émerge ainsi clairement.

1.2 Attentes des patientes et bénéfices d'une meilleure information

L'information délivrée par les professionnels de santé semble essentielle pour un choix éclairé et personnalisé. C'est ainsi que l'étude CHOICE (9) réalisée aux États-Unis montrait qu'une information hiérarchisée sur l'efficacité des différents moyens contraceptifs modifiait

le choix des patientes, qui s'orientaient plus fréquemment vers des méthodes contraceptives plus efficaces (DIU cuivre, DIU hormonal et implant), et révélait une meilleure persistance de ces méthodes contraceptives après 3 ans de suivi.

De nombreuses études attestaient des attentes de la part des patientes au cours de leur consultation de contraception : une information complète, claire et personnalisée. D'après la thèse de Manon Medeiros Maia Roux et Charline Vincent (10) réalisée en 2019 sur le vécu des femmes concernant le choix de leur contraception, les femmes interrogées se plaignaient d'un manque d'information et de dialogue avec le professionnel de santé. Ce constat se retrouvait également dans l'étude de Leslie Sgorlon (11) : plus de la moitié des patientes avait ressenti un manque d'information pour réaliser un choix contraceptif éclairé et 1/3 des patientes avait vécu son choix contraceptif comme imposé. Dans une thèse concernant les attentes des femmes lors de la première consultation de contraception (12), les patientes sollicitaient le professionnel de santé pour une information sur les différents contraceptifs et un accompagnement dans le choix de la méthode contraceptive. Les patientes recherchaient une information adaptée et singulière exposant les effets indésirables potentiels et l'efficacité des contraceptifs, selon une thèse parue en 2021 (13). Au cours de ces consultations dédiées à la contraception, le professionnel de santé présentait principalement un rôle d'éducation, informant la patiente et permettant une décision partagée. L'ensemble de ces études souligne également l'intérêt de l'utilisation de supports d'aide à l'information.

En Angleterre, les professionnels de santé utilisent systématiquement une brochure papier d'information lors des consultations de contraception, incluant un tableau récapitulatif des différentes méthodes contraceptives (2). Cet outil permet une harmonisation des pratiques entre les différents professionnels de santé et une information exhaustive concernant la contraception. Actuellement en France, il n'existe pas d'outil utilisé de manière universelle par tous les professionnels de santé. Cependant, certains outils existent depuis plusieurs années, réalisés par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ou Santé Publique France, comme le site « Choisir sa contraception » récemment incorporé à un site plus global « QuestionSexualité » (14).

L'utilisation d'un support d'aide à l'information papier ou numérique pourrait être un outil intéressant selon les résultats de l'étude de Manon Medeiros Maia Roux et Charline

Vincent réalisée en 2019 (10). La thèse de Marion Delbosco (15) confirmait aussi cette observation : les femmes appréciaient la facilité d'accès à l'information numérique, mais elles attendaient de leur médecin une aide dans leurs recherches afin d'être orientées vers des sites fiables. L'information numérique semble ainsi être un support intéressant pour le choix et l'observance d'une méthode contraceptive, en complément de l'information délivrée par le professionnel de santé.

Les outils d'aide à l'information permettent de présenter l'ensemble du panel contraceptif, mais également la conduite à tenir en cas d'oubli ou l'utilisation de la contraception d'urgence. Santé Publique France a repris la carte réalisée initialement par l'INPES pour l'information des patientes en cas d'oubli de leur pilule (16). Son format de « carte de crédit » en fait un aide-mémoire facile à conserver. Dans une étude pilote de type « avant-après », Elodie Pignard a testé l'intérêt de cet outil auprès des médecins généralistes et de leurs patientes (17). Le recours à cette carte par les médecins, lors des consultations de contraception, semblait alors améliorer les connaissances des patientes sur la conduite à tenir en cas d'oubli à 3 mois.

Pour optimiser la prise des contraceptifs oraux, il existe des applications mobiles. Parmi elles, Pill'oops, développée par le planning familial, fait référence (18). Cette application renseigne aussi les patientes sur la conduite à tenir en cas d'oubli selon la pilule utilisée. D'après la thèse de Camille Rannou (19), 12 % des femmes de 20 à 24 ans utilisatrices d'une contraception orale adoptaient une application mobile pour faciliter la gestion quotidienne de leur contraception.

Ainsi, les attentes des patientes en termes d'information et de choix contraceptif sont fortes. L'utilisation de supports, papier ou numérique, pourrait permettre d'améliorer cette information. Les dernières recommandations des autorités de santé en matière de consultation de contraception évoluent en ce sens.

1.3 [Recommandations de la HAS en matière d'information contraceptive](#)

En 2019, la HAS a actualisé ses recommandations concernant la contraception chez la femme et l'adolescente en âge de procréer (20). Ces dernières suivent les demandes des patientes citées précédemment. Les auteurs préconisent un choix personnalisé après une information éclairée, individualisée et hiérarchisée. La méthode contraceptive doit être

adaptée à chaque femme, en fonction des éventuelles contre-indications et de la réalité de son quotidien. Il est recommandé que la contraception soit choisie par et avec la femme au cours d'une consultation dédiée. Le partenaire peut être impliqué dans ce choix, pour une meilleure observance. Au cours de cette consultation, le professionnel de santé doit évaluer les attentes, les besoins, les connaissances et les habitudes de vie de la femme. Il est recommandé d'informer la patiente indépendamment de son âge sur l'ensemble des méthodes contraceptives.

Chaque contraception devrait être évoquée avec son mode d'emploi, son efficacité (optimale et en utilisation courante), ses contre-indications, ses risques, ses effets indésirables potentiels, ses avantages, sa procédure d'instauration et d'arrêt, son coût ainsi que son remboursement. Au cours de la consultation de contraception, une information sur les infections sexuellement transmissibles (IST), leur dépistage et le port du préservatif est essentielle. Par ailleurs, en cas d'oubli ou de retard de contraception orale, de mise en place d'un patch ou d'un anneau contraceptif, le professionnel de santé devrait indiquer la conduite à tenir à sa patiente. L'utilisation de la contraception d'urgence devrait également être détaillée.

Au cours de chaque nouvelle consultation de contraception, il apparaît nécessaire de réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée, son observance et sa tolérance. Les éventuels effets indésirables devraient être recherchés. Les besoins et attentes de la patiente en matière de contraception peuvent en effet évoluer au cours du temps, et la prescription d'une méthode contraceptive n'est pas immuable.

Pour les consultations de contraception, la HAS précise que le professionnel peut s'aider d'un support tel que la brochure « Choisir sa contraception » (21) de Santé Publique France ou le site éponyme (14) (référencés dans les ressources des recommandations). L'ANSM, dans sa communication de septembre 2021 « Contraception : où en sommes-nous ? » (3), présente également le site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité » et notamment le questionnaire dédié aux femmes pour les orienter dans leur choix contraceptif (22). Ce dernier peut être utilisé en prévision d'une consultation de contraception, les résultats permettant d'engager la discussion avec le professionnel de santé.

Dans les recommandations de délivrance de la contraception (23), la HAS préconise de s'assurer de l'observance du contraceptif oral. Le professionnel de santé peut conseiller d'associer la prise de la pilule à un geste du quotidien, à une alarme ou une application sur smartphone afin de faciliter une prise à heure fixe.

Ainsi, la HAS recommande une information claire et exhaustive en consultation de contraception pour permettre la réalisation d'un choix éclairé par la patiente. Devant ces éléments, nous nous interrogeons sur la qualité et la forme de l'information délivrée par les professionnels de santé en pratique courante.

1.4 Question de recherche

Le contenu et les modalités de l'information délivrée au cours d'une consultation de contraception ont été explorés par quelques études ces dernières années.

Selon une étude réalisée à Marseille auprès de 110 médecins généralistes (24), les médecins ne déclaraient pas présenter l'intégralité des méthodes contraceptives lors d'une consultation de contraception, et peu d'entre eux utilisaient un support d'aide à la décision. La réalisation d'une formation complémentaire en gynécologie influencerait significativement la délivrance de l'information. La conduite à tenir en cas d'oubli et la contraception d'urgence étaient peu réévaluées lors des renouvellements. Une seule question portait sur la forme de l'information délivrée et l'utilisation éventuelle de supports pour la présentation des différents contraceptifs. Il s'agit de l'étude la plus complète sur le sujet de l'information contraceptive délivrée par les professionnels de santé.

Lauren Ausset s'est intéressée aux consultations de renouvellement de contraception en Aquitaine, en interrogeant les internes sur les pratiques de leur maître de stage universitaire (MSU) ; 110 terrains de stage ont été évalués (25). Il en ressort que peu de temps était accordé à l'interrogatoire et peu d'items étaient abordés lors de ces consultations.

Une thèse évaluait les pratiques des médecins généralistes d'Île-de-France en 2013 (26) et portait sur un échantillon de 163 professionnels. 2/3 des médecins généralistes acceptaient d'initier une contraception en fin de consultation, et les points essentiels à aborder pour une bonne adhésion à la contraception n'étaient pas systématiquement traités par manque de temps. Cette analyse prenait peu en compte l'utilisation de supports ou d'outils numériques pour la délivrance de l'information contraceptive (une seule question sur

le site « Choisir sa contraception »). La conduite à tenir en cas d'oubli et la contraception d'urgence étaient peu réévaluées lors des renouvellements.

Les consultations de contraception devraient faire l'objet d'une consultation dédiée selon les recommandations de la HAS, au cours de laquelle un rappel sur la prévention des IST par les préservatifs est essentiel. Ces derniers sont remboursables sous prescription depuis fin 2018 (27), une mesure qui a été accueillie favorablement par les professionnels de santé, bien qu'ils soient peu informés sur le sujet. Elle permet de véhiculer un message de prévention contre les IST, selon une étude qualitative réalisée dans l'agglomération grenobloise auprès des sages-femmes et des médecins généralistes (28). Ce type de prescription ouvrait le dialogue sur la santé sexuelle, bien que ce sujet soit encore perçu comme tabou par certains médecins généralistes, d'après le travail de Marie Baurain (29).

Les études sur le contenu et les modalités de l'information contraceptive délivrée par les professionnels de santé portaient sur des effectifs restreints d'une centaine de professionnels. La question de l'utilisation de supports récapitulatifs de l'ensemble des contraceptifs, de supports visuels ou de supports d'information concernant la gestion des oublis de contraceptifs oraux semblait peu évaluée. Pourtant, l'utilisation de ces outils, à l'image du site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité », est conseillée par la HAS. Le recours à cet outil étant peu recherché dans les études précédentes, il nous a paru intéressant d'explorer cette question.

Par ailleurs, les études citées précédemment décrivent essentiellement les pratiques des médecins généralistes, mais ceux-ci ne sont pas les seuls à réaliser des consultations de contraception. D'après le rapport de synthèse d'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse réalisé suite à la loi du 4 juillet 2001 (30), l'accès à la contraception est essentiellement effectué par l'intermédiaire d'un médecin, le plus souvent gynécologue (ces spécialistes assurent ainsi plus de 60 % des prescriptions contre 39 % pour les médecins généralistes). Ce rapport date de 2009, année à partir de laquelle les sages-femmes ont acquis la compétence pour le suivi gynécologique de prévention et la consultation de contraception, à condition de référer la patiente au médecin en cas de situation pathologique (31,32). Ce pan de l'activité des sages-femmes, récent, est encore peu connu et peu exploité par les patientes. En effet, d'après la revue de littérature d'Héloïse Guyomard (33), 80 % à 91 % des femmes avaient un

suivi gynécologique régulier assuré pour seulement 8 % à 23 % par les médecins généralistes et pour moins de 2 % par les sages-femmes. L'évolution démographique des gynécologues en ville étant défavorable, une part de leur activité est reprise par les médecins généralistes et les sages-femmes. Devant ces différents éléments, nous souhaitons interroger pour notre étude l'ensemble des professionnels de santé de premier recours prescripteurs de contraception, à savoir : sages-femmes, gynécologues et médecins généralistes.

Les mémoires de sages-femmes évaluant les consultations de contraception s'intéressaient essentiellement aux actes réalisés et à leurs pratiques de consultation. Il n'existe pas d'étude sur le contenu et les modalités d'information lors de ces consultations.

D'autre part, aucune thèse de médecine ne s'intéresse à l'ensemble des professionnels de santé dans le cadre de l'évaluation de l'information contraceptive en consultation de contraception, ce qui motive ce travail de thèse et constitue toute son originalité.

1.5 Objectif de l'étude

Dans un contexte où l'importance d'une information contraceptive de qualité a été établie et soulignée par les recommandations de la HAS, la manière dont les professionnels de santé délivrent cette information reste encore mal connue. L'utilisation de supports de présentation, pour enrichir l'information délivrée lors des consultations de contraception, semblait utile mais encore peu explorée, notamment concernant l'utilisation du site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité » de Santé Publique France.

Nous avons ainsi choisi d'orienter notre travail sur l'évaluation des pratiques et des modalités d'information utilisées par l'ensemble des professionnels de santé prescripteurs de contraception dans le cadre de ces consultations. Notre analyse a été basée sur les recommandations de la HAS déjà citées. Par ailleurs, nous avons étudié l'utilisation des supports de présentation des différentes contraceptions, et en particulier l'utilisation du site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité ».

2 MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle et transversale visant à décrire les modalités et pratiques de l'information contraceptive délivrée par les professionnels de santé, sur la base d'un questionnaire en ligne diffusé à l'échelle nationale aux médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues.

2.2 Objectif principal et secondaire

L'objectif principal de l'étude était de décrire les pratiques et modalités d'information utilisées pendant les consultations de contraception en mesurant leur conformité aux recommandations de la HAS actualisées en 2019.

Les objectifs secondaires étaient :

- D'évaluer les facteurs associés au respect des recommandations ;
- D'évaluer l'utilisation d'un outil développé pour améliorer l'information des patientes sur la contraception, le site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité ».

2.3 Population

L'étude s'adressait aux professionnels de santé (salariés, installés ou remplaçants, thésés ou non) réalisant des consultations de contraception : sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues médicaux ou obstétriciens. L'étude incluait les professionnels exerçant en France (DOM-TOM inclus), en cabinet médical, en Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF), en centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ou en Centre de Périnatalité de Proximité (CPP).

Les professionnels exerçant en milieu hospitalier (hors CPEF ou CPP) ont été exclus afin de se concentrer sur les consultations de premier recours et d'éviter les consultations spécialisées.

2.4 Questionnaire

2.4.1 Conception du questionnaire

Nous avons conçu le questionnaire à partir des recommandations de la HAS actualisées en 2019 concernant les consultations de contraception. Au regard de ces recommandations, nous avons identifié les informations qu'il est recommandé de transmettre lors de ces consultations, qui nous ont permis de constituer les différents items du questionnaire (voir Annexe 1). Le recueil des données a été effectué par un questionnaire en ligne autoadministré en utilisant l'outil Framiform[®]. Le questionnaire a été testé par 5 médecins généralistes avant d'être diffusé à grande échelle.

2.4.2 Données collectées

Dans la première partie du questionnaire, nous avons recueilli les données sociodémographiques des répondants, les caractéristiques de leur exercice et leur formation professionnelle.

La deuxième partie du questionnaire portait sur six grands thèmes dégagés des recommandations de la HAS :

- Le type et le nombre de méthodes contraceptives présentées lors d'une première consultation de contraception ou d'une demande de changement de contraception chez une patiente en bonne santé ;
- L'utilisation d'un support récapitulatif des différents contraceptifs (par exemple tableau récapitulatif papier ou numérique) et l'utilisation d'un support visuel (schéma, dessin, photo ou échantillon de démonstration des différents contraceptifs) ;
- La réalisation d'une consultation dédiée et les informations données lors de l'initiation d'une contraception : l'efficacité, le mode d'emploi, les contre-indications, les effets indésirables possibles, le coût et le remboursement des différents contraceptifs présentés ;
- La réalisation d'une consultation dédiée et les informations recherchées lors d'un renouvellement de contraception : la présence d'effets indésirables et la satisfaction vis-à-vis de la méthode contraceptive utilisée ;

- La gestion des oublis de contraception orale, l'utilisation de support pour l'information en cas d'oubli, la distribution de conseils d'aide à la prise du contraceptif, la prescription de la contraception d'urgence ;
- Les thèmes abordés lors de la consultation de contraception : la sexualité, le dépistage des IST et la prescription de préservatifs.

Pour clôturer cette section du questionnaire, nous avons demandé aux répondants de se prononcer sur la durée qui leur paraissait nécessaire pour aborder l'ensemble des items recommandés par la HAS lors d'une consultation.

Enfin, la dernière partie du questionnaire détaillait l'utilisation et l'opinion des professionnels sur le site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité » lors des consultations de contraception. Au sein de cette partie, nous avons évalué le site sur 5 critères (l'utilité lors de la consultation, l'utilité pour la patiente, la qualité des informations, la lisibilité et la navigation) cotés de 0 (très mauvaise) à 5 (excellente). Une dernière question portait sur la recommandation du site à un confrère.

2.4.3 Calcul du score d'adéquation aux recommandations (SAR)

Afin d'évaluer la conformité des pratiques aux recommandations de la HAS, nous avons réalisé un score appelé SAR (Score d'Adéquation aux Recommandations) divisé en 6 catégories. Chaque catégorie correspond à un grand thème abordé dans les recommandations citées plus haut : diversité des méthodes contraceptives présentées, utilisation d'un support récapitulatif ou visuel, informations données lors de l'initiation d'une contraception, éléments abordés lors du renouvellement d'une contraception, gestion des oublis et différents thèmes évoqués lors de la consultation. Les données recueillies dans la deuxième partie du questionnaire étaient majoritairement cotées suivant une échelle de fréquence par graduation de 0,25, allant de 0 (jamais) à 1 (systématiquement), parfois suivant une réponse binaire, « oui » ou « non ». Nous avons établi un score pour chaque catégorie, exprimé sur 10, 0 étant le score le plus défavorable et 10 le plus favorable (voir Annexe 2).

Nous avons ensuite additionné les scores des six catégories pour obtenir le score total, en choisissant d'appliquer une pondération deux fois plus importante à la première catégorie, qui nous semble la plus importante. Au sein des recommandations de la HAS, le point déterminant repose en effet sur l'information des patientes, et leur libre choix en toute

connaissance des différentes contraceptions existantes (dans le respect de leurs contre-indications). La diversité des méthodes présentées est essentielle pour un choix adapté à chacune.

2.4.4 Diffusion du questionnaire

Le lien du questionnaire a été diffusé par mail (voir Annexe 3) aux Conseils de l'Ordre départementaux des sages-femmes (CDOSF), aux Conseils de l'Ordre départementaux des médecins (CDOM) et aux Unions régionales des médecins libéraux des différentes régions de France (URML). Nous avons procédé à une diffusion du questionnaire sur les réseaux sociaux (Facebook) de groupes d'internes ou de médecins de France. L'Association des internes de gynécologie médicale (AIGM) et la Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM) ont été sollicitées pour transmettre le questionnaire à leurs adhérents. Le syndicat du Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (ReAGJIR), par le biais de ses antennes locales, et la mailing list du Service d'Accueil Médical Initial (SAMI) du Val-de-Marne ont permis une diffusion plus large aux médecins généralistes. Enfin, nous avons demandé à la direction de la PMI de l'Essonne et aux CPEF de Seine-et-Marne de diffuser notre questionnaire aux professionnels concernés.

Le recueil des données a été effectué du 19 avril 2022 au 12 juin 2022.

2.5 Analyse statistique

Les données du questionnaire ont été exploitées *via* le logiciel RStudio (version : 2022.2.3.0, RStudio, Inc., États-Unis).

Nous avons tout d'abord porté notre attention sur la description des données collectées dans notre échantillon. Les variables qualitatives ont été exprimées par modalité en termes d'effectif total et de pourcentage. Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne et leur écart-type (ET) dans l'échantillon. Nous avons analysé la distribution des variables suivant la profession des répondants (sage-femme, médecin généraliste ou gynécologue). La comparaison de pourcentages a été réalisée à l'aide du test du Chi-2, celle de moyennes à l'aide du test t de Student. Le risque d'erreur consentie α a été fixé à 5 %.

Afin de déterminer les variables associées au SAR, nous avons dans un premier temps réalisé des régressions linéaires univariées pour analyser l'association entre le SAR et chacune des données sociodémographiques. Nous avons ensuite retenu uniquement les variables

significativement associées au SAR, avec une p-value inférieure à 0,15 en analyse univariée, pour les inclure dans un modèle de régression linéaire multivariée avec un seuil de significativité pour une p-value inférieure à 0,05.

Nous avons utilisé la même démarche pour étudier l'utilisation du site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité » avec, dans un premier temps, une analyse descriptive portant sur son utilisation et l'opinion des professionnels à son sujet. Par la suite, nous avons déterminé les facteurs associés à son utilisation, en appliquant la méthode préalablement décrite pour le SAR, et en réalisant d'abord des analyses univariées puis multivariées, à l'aide d'une régression logistique.

2.6 Aspects règlementaires

La déclaration a été effectuée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 27 février 2022 concernant le traitement des données selon le texte de référence MR-4 (recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé). L'inscription au registre de l'Institut National des Données de Santé (INDS) a été réalisée auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) de la faculté de Paris-Saclay le 24 mars 2022.

3 RÉSULTATS

Nous avons obtenu 896 réponses à notre questionnaire : 427 réponses de médecins généralistes, 384 réponses de sages-femmes et 85 réponses de gynécologues. Les résultats qui suivent étaient déclaratifs, ils correspondaient aux réponses des professionnels de santé au questionnaire en ligne.

3.1 Description de la population de l'étude

3.1.1 Données sociodémographiques

L'ensemble des caractéristiques des répondants est résumé dans le tableau I.

La moyenne d'âge de l'échantillon était de 41,4 ans (ET 11,4), les gynécologues étaient plus âgées avec une moyenne de 49,0 ans (ET 12,8), contre 41,5 ans (ET 10,2) pour les sages-femmes et 39,8 ans (ET 11,6) pour les médecins généralistes (p -value < 0,01), cf. Figure 1.

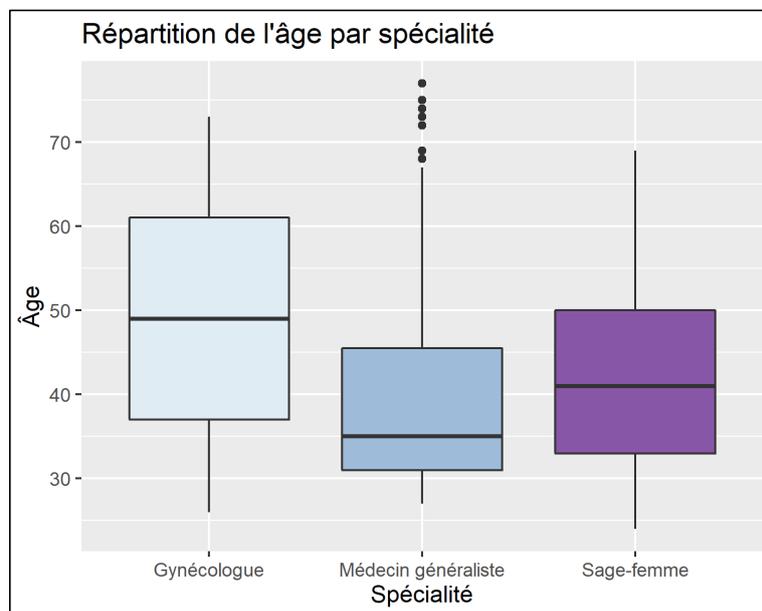


Figure 1 : Boîte à moustaches, répartition de l'âge par spécialité dans l'échantillon

Les professionnels de santé répondants étaient essentiellement des femmes (87,2 %). Cette proportion était plus importante au sein des sages-femmes (98,2 %) que des gynécologues (84,7 %) ou des médecins généralistes (77,8 %, p -value < 0,01).

3.1.2 Mode d'exercice

La majorité des répondants était installée (87,1 %). Les remplaçants étaient plus nombreux parmi les médecins généralistes avec près de 1 médecin généraliste sur 5 (contre 3,7 % des sages-femmes et 10,6 % des gynécologues, p -value < 0,01). L'échantillon pratiquait

surtout en milieu urbain, en particulier pour les gynécologues (81,2 %, p-value < 0,01). L'activité des généralistes était principalement partagée entre milieu urbain (39,1 %) et semi-rural (39,1 %). La majeure partie de l'échantillon (63,5 %) exerçait en cabinet de groupe, à l'exception des gynécologues qui exerçaient préférentiellement seuls (40,0 %, p-value < 0,01). L'exercice en CPEF, PMI ou CPP concernait 15,2 % de notre échantillon. 27 professionnels de santé avaient une activité partagée entre un cabinet et une structure médico-sociale de type PMI, CPEF ou CPP.

La durée moyenne d'une consultation variait selon la spécialité : 31,4 minutes (ET 7,5) pour les sages-femmes, 21,9 minutes (ET 4,8) pour les gynécologues et 19,2 minutes (ET 4,2) pour les médecins généralistes (p-value < 0,01).

3.1.3 Formation et activité de gynécologie

Dans notre questionnaire, l'évaluation de la formation spécifique des professionnels aux consultations de contraception regroupait la formation médicale continue, la réalisation de diplôme universitaire ou de diplôme interuniversitaire, et pour les médecins généralistes la réalisation d'un stage d'internat en gynécologie ou CPEF. Au sein de notre échantillon, les sages-femmes avaient davantage réalisé des formations complémentaires à ces consultations (86,7 %, contre 76,1 % pour les médecins généralistes et 69,4 % pour les gynécologues, p-value < 0,01).

Les médecins généralistes réalisaient pour 47,3 % d'entre eux 1 à 5 consultations de contraception par semaine, et pour 40,1 % moins de 1 consultation de contraception par semaine. 4,9 % des médecins généralistes de l'échantillon effectuaient plus de 10 consultations de contraception par semaine.

L'IVG était pratiquée par 20,2 % de l'échantillon, et cette proportion était la plus importante chez les gynécologues (49,4 %, p-value < 0,01). Près de 71,8 % des répondants pratiquaient la pose ou le retrait des implants contraceptifs, et cette activité était très pratiquée chez les gynécologues (98,8 %) et les sages-femmes (86,7 %, p-value < 0,01). Au sein de notre échantillon, 61,8 % des répondants accomplissaient la pose d'un dispositif intra-utérin : seul 1/3 des médecins généralistes réalisait cet acte (p-value < 0,01). Le frottis cervico-utérin et l'examen gynécologique étaient réalisés par plus de 8 professionnels sur 10 au sein de notre échantillon. Parmi les différents actes gynécologiques étudiés dans notre

questionnaire (examen gynécologique, FCU, implant, DIU, IVG), en moyenne, les gynécologues exécutaient 4,4 gestes gynécologiques différents (ET 0,8), les sages-femmes 3,9 (ET 1,1) et les médecins généralistes 2,6 (ET 1,7, p-value < 0,01).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de l'échantillon dans son ensemble, et par spécialité (N = 896)

Variable et modalités	Effectif (Fréquence) / Moyenne (Ecart-type)				p-value
	Effectif total (N=896)	Médecins généralistes (N=427)	Sages-femmes (N=384)	Gynécologues (N=85)	
Âge (années)					<0,01
<31	157 (17,5%)	81 (19,0%)	68 (17,7%)	8 (9,4%)	
[31-40]	345 (38,5%)	210 (49,2%)	117 (30,5%)	18 (21,2%)	
[41-50]	183 (20,4%)	51 (11,9%)	113 (29,4%)	19 (22,4%)	
>50	211 (23,6%)	85 (19,9%)	86 (22,4%)	40 (47,1%)	
Sexe					<0,01
Masculin	115 (12,8%)	95 (22,3%)	7 (1,8%)	13 (15,3%)	
Féminin	781 (87,2%)	332 (77,8%)	377 (98,2%)	72 (84,7%)	
Remplaçant					<0,01
Oui	116 (13,0%)	93 (21,8%)	14 (3,7%)	9 (10,6%)	
Activité universitaire*					0,24
Oui	271 (30,3%)	137 (32,1%)	105 (27,3%)	29 (34,1%)	
Lieu d'exercice					<0,01
Urbain	413 (46,1%)	167 (39,1%)	177 (46,1%)	69 (81,2%)	
Semi-rural	315 (35,2%)	167 (39,1%)	135 (35,2%)	13 (15,3%)	
Rural	168 (18,8%)	93 (21,8%)	72 (18,8%)	3 (3,5%)	
Mode d'exercice					<0,01
Seul	164 (18,3%)	54 (12,7%)	76 (19,8%)	34 (40,0%)	
Groupe	569 (63,5%)	349 (81,7%)	188 (49,0%)	32 (37,7%)	
PMI/CPEF/PPP	136 (15,2%)	10 (2,3%)	113 (29,4%)	13 (15,3%)	
Mixte	27 (3,0%)	14 (3,3%)	7 (1,8%)	6 (7,1%)	
Années d'exercice	14,2 (11,6)	11,6 (11,5)	16,1 (10,8)	19,1 (12,5)	<0,01
Formation spécifique à la contraception					<0,01
Oui	717 (80,0%)	325 (76,1%)	333 (86,7%)	59 (69,4%)	
Durée moyenne de consultation (minutes)	24,7 (8,3)	19,2 (4,2)	31,4 (7,5)	21,9 (4,8)	<0,01
IVG					<0,01
Oui	181 (20,2%)	41 (9,6%)	98 (25,5%)	42 (49,4%)	
Implant					<0,01
Oui	643 (71,8%)	234 (54,8%)	333 (86,7%)	76 (89,4%)	
DIU					<0,01
Oui	554 (61,8%)	144 (33,7%)	326 (84,9%)	84 (98,8%)	
FCU					<0,01
Oui	784 (87,5%)	339 (79,4%)	361 (94,0%)	84 (98,8%)	
Examen gynécologique					<0,01
Oui	803 (89,6%)	353 (82,7%)	366 (95,3%)	84 (98,8%)	
Nombre de gestes gynécologiques réalisés[†]	3,3 (1,4)	2,6 (1,5)	3,9 (1,1)	4,4 (0,8)	<0,01

*Maîtrise de stage, enseignement, direction de thèse ou mémoire, tutorat (médecins généralistes)

[†]Parmi les différents actes gynécologiques étudiés : IVG, implant, DIU, FCU et examen gynécologique

3.2 Information délivrée lors de la consultation de contraception

3.2.1 Description de l'information délivrée

L'ensemble des informations délivrées lors de la consultation de contraception est synthétisé dans le tableau II.

3.2.1.1 Catégorie 1 : Contraceptifs présentés

Le contraceptif le plus souvent présenté lors des consultations d'initiation ou de changement de contraception, chez une patiente jeune sans antécédent, était la pilule œstroprogestative, présentée systématiquement ou souvent par 98,0 % de l'échantillon (100,0 % des gynécologues, p-value = 0,03). En deuxième contraceptif le plus fréquemment présenté, nous retrouvons le DIU au cuivre, présenté systématiquement ou souvent par 86,1 % de l'échantillon, puis le préservatif masculin (80,9 %). L'implant, le DIU hormonal et la pilule microprogestative étaient présentés systématiquement ou souvent par 8 professionnels sur 10. Concernant ces 5 derniers modes de contraception, les sages-femmes rapportaient une présentation plus exhaustive : elles présentaient systématiquement ou souvent le DIU au cuivre pour 93,5 % d'entre elles, le préservatif masculin pour 92,2 % d'entre elles, l'implant pour 90,6 % d'entre elles, le DIU hormonal pour 89,8 % d'entre elles et la pilule microprogestative pour 86,5 % d'entre elles (p-value < 0,01). A contrario, la présentation des contraceptifs injectables était marginale, évoquée systématiquement ou souvent par 9,4 % des professionnels de l'échantillon. Au sein des méthodes barrières, le préservatif féminin était peu évoqué : parfois, rarement ou jamais par 71,1 % de l'échantillon (89,4 % des gynécologues, p-value < 0,01), tout comme les autres méthodes barrières (cape cervicale, diaphragme, spermicides) : parfois, rarement ou jamais par 82,2 % de l'échantillon (94,1 % des gynécologues, p-value < 0,01). La ligature des trompes et la vasectomie étaient systématiquement ou souvent présentées par un peu moins de 1 professionnel sur 5. Les sages-femmes présentaient davantage ces méthodes définitives (systématiquement ou souvent pour 27,1 % d'entre elles, p-value < 0,01). Elles proposaient aussi plus fréquemment les méthodes naturelles (19,3 %), le patch (63,3 %) et l'anneau (63,8 %, p-value < 0,01 pour chacune de ces méthodes).

En moyenne, les professionnels de l'échantillon présentaient 5,8 types de contraception par consultation (ET 2,8). Les sages-femmes en présentaient 6,9 (ET 3,1) contre

5,0 (ET 1,9) pour les gynécologues et 4,9 (ET 2,2) pour les médecins généralistes (p-value < 0,01).

3.2.1.2 Catégorie 2 : Utilisation de support d'information

Dans notre échantillon, 64,1 % des répondants utilisaient un support récapitulatif des différents contraceptifs, et cette proportion augmentait à 82,6 % pour les sages-femmes (p-value < 0,01). L'utilisation d'outils visuels pour présenter les différentes méthodes contraceptives (images, vidéos ou échantillons de laboratoire) concernait 82,4 % de notre échantillon, cette utilisation prédominait chez les sages-femmes (97,1 %) et les gynécologues (91,8 %, p-value < 0,01).

3.2.1.3 Catégorie 3 : Information lors de l'initiation d'une contraception

Lors de l'initiation d'un contraceptif, plus de 9 professionnels sur 10 expliquaient systématiquement ou souvent l'efficacité (96,5 % des gynécologues, p-value = 0,01), le mode d'emploi (99,2 % des sages-femmes, p-value = 0,01), les contre-indications (97,6 % des gynécologues, p-value = 0,14) et les effets secondaires (97,1 % des sages-femmes, p-value = 0,01) des méthodes contraceptives. Le coût et le remboursement des contraceptifs étaient présentés systématiquement ou souvent par 73,6 % de l'échantillon (81,5 % des sages-femmes, p-value < 0,01). Pour délivrer l'ensemble de ces informations, 87,8 % des professionnels de santé effectuaient systématiquement ou souvent une consultation dédiée.

3.2.1.4 Catégorie 4 : Information lors du renouvellement

Lors du renouvellement d'une contraception, la présence d'effets secondaires et la satisfaction de la méthode actuelle étaient systématiquement ou souvent recherchées par environ 98 % de l'échantillon. La totalité de l'effectif des gynécologues recherchait la satisfaction de la contraception actuelle (contre 99,7 % des sages-femmes et 96,7 % des médecins généralistes, p-value < 0,01). La réalisation d'une consultation dédiée était plus rare que pour une initiation de contraception (parfois, rarement ou jamais par 38,7 % de l'échantillon).

3.2.1.5 Catégorie 5 : Gestion des oublis de contraception orale

Concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, l'information était fréquemment donnée aux patientes, plus majoritairement lors de l'initiation (97,9 %), mais également lors du renouvellement de contraceptif (79,6 %) au sein de notre échantillon

(respectivement 99,5 % (p-value = 0,01) et 84,9 % (p-value < 0,01) pour les sages-femmes qui évoquaient ce point le plus fréquemment). Cette information était transmise préférentiellement à l'oral, et 50,9 % des professionnels apportaient en plus une information écrite. La prescription de la contraception d'urgence était plus aléatoire (systématiquement ou souvent par 54,6 % de l'échantillon, 63,0 % des sages-femmes, p-value < 0,01). Les principaux déterminants cités pour cette prescription étaient : lors de la première prescription d'une méthode contraceptive, chez la patiente mineure, en cas d'oubli fréquent, d'antécédent d'IVG ou de souhait de la patiente.

Les professionnels de santé conseillaient généralement à leur patiente d'associer la prise du contraceptif oral à un geste du quotidien (83,2 %) ou de mettre en place un rappel simple sur leur smartphone (86,1 %). Le conseil d'une application smartphone était parfois, rarement ou jamais réalisé par 67,6 % de l'échantillon.

3.2.1.6 Catégorie 6 : Thèmes abordés

Parmi les thèmes abordés lors des consultations de contraception, le dépistage des IST était abordé systématiquement ou souvent par 91,9 % de l'échantillon, la sexualité par 78,6 % de l'échantillon, et la prescription de préservatifs par 65,4 % de l'échantillon.

L'abord de la sexualité était plus largement réalisé par les sages-femmes : systématiquement ou souvent par 89,3 % d'entre elles (contre 70,7 % pour les médecins généralistes et 69,4 % pour les gynécologues, p-value < 0,01). Il en était de même pour la proposition de prescription de préservatifs, avec 79,4 % des sages-femmes l'effectuant systématiquement ou souvent (74,1 % pour les gynécologues, 51,1 % pour les médecins généralistes, p-value < 0,01). Les gynécologues évoquaient plus fréquemment le dépistage des IST (94,1 %, p-value = 0,41).

3.2.1.7 Durée de consultation nécessaire pour respecter les recommandations

Enfin, pour pouvoir aborder l'ensemble des points des recommandations de la HAS, les professionnels de notre échantillon estimaient, en moyenne, la durée de consultation nécessaire à 33,4 minutes (ET 11,4).

Tableau II : Caractéristiques de l'information délivrée lors d'une consultation de contraception par les professionnels de l'échantillon dans son ensemble, et par spécialité (N = 896)

Variable et modalités	Effectif (Fréquence)				p-value
	Effectif total (N=896)	Médecins généralistes (N=427)	Sages-femmes (N=384)	Gynécologues (N=85)	
Catégorie 1 : diversité de l'offre contraceptive					
Présentation pilule oestroprogestative : Sytématiquement/Souvent	878 (98,0%)	422 (98,8%)	371 (96,6%)	85 (100,0%)	0,03
Présentation pilule microprogestative : Sytématiquement/Souvent	713 (79,6%)	321 (75,2%)	332 (86,5%)	60 (70,6%)	<0,01
Présentation contraceptif injectable : Sytématiquement/Souvent	84 (9,4%)	25 (5,9%)	59 (15,4%)	0 (0,0%)	<0,01
Présentation DIU hormonal : Sytématiquement/Souvent	748 (83,5%)	340 (79,6%)	345 (89,8%)	63 (74,1%)	<0,01
Présentation DIU cuivre : Sytématiquement/Souvent	771 (86,1%)	345 (80,8%)	359 (93,5%)	67 (78,8%)	<0,01
Présentation patch : Sytématiquement/Souvent	446 (49,8%)	170 (39,8%)	243 (63,3%)	33 (38,8%)	<0,01
Présentation implant : Sytématiquement/Souvent	746 (83,3%)	333 (78,0%)	348 (90,6%)	65 (76,5%)	<0,01
Présentation anneau : Sytématiquement/Souvent	443 (49,4%)	162 (37,9%)	245 (63,8%)	36 (42,4%)	<0,01
Présentation préservatif masculin : Sytématiquement/Souvent	725 (80,9%)	312 (73,1%)	354 (92,2%)	59 (69,4%)	<0,01
Présentation préservatif féminin : Sytématiquement/Souvent	259 (28,9%)	103 (24,1%)	147 (38,3%)	9 (10,6%)	<0,01
Présentation autre méthode barrière : Sytématiquement/Souvent	159 (17,8%)	33 (7,7%)	121 (31,5%)	5 (5,9%)	<0,01
Présentation méthode naturelle : Sytématiquement/Souvent	98 (10,9%)	21 (4,9%)	74 (19,3%)	3 (3,5%)	<0,01
Présentation ligature des trompes : Sytématiquement/Souvent	169 (18,9%)	48 (11,2%)	104 (27,1%)	17 (20,0%)	<0,01
Présentation vasectomie : Sytématiquement/Souvent	171 (19,1%)	52 (12,2%)	104 (27,1%)	15 (17,6%)	<0,01
Nombre moyen de contraceptifs présentés*	5,8 (2,8)	4,9 (2,2)	6,9 (3,1)	5,0 (1,9)	<0,01
Catégorie 2 : utilisation de supports					
Outil récapitulatif : Oui	574 (64,1%)	205 (48,0%)	317 (82,6%)	52 (61,2%)	<0,01
Outil visuel : Oui	738 (82,4%)	287 (67,2%)	373 (97,1%)	78 (91,8%)	<0,01
Catégorie 3 : consultation d'initiation					
Efficacité : Sytématiquement/Souvent	830 (92,6%)	384 (89,9%)	364 (94,8%)	82 (96,5%)	0,01
Mode d'emploi : Sytématiquement/Souvent	871 (97,2%)	409 (95,8%)	381 (99,2%)	81 (95,3%)	0,01
Contre-indication : Sytématiquement/Souvent	831 (92,8%)	391 (91,6%)	357 (93,0%)	83 (97,6%)	0,14
Coût et remboursement : Sytématiquement/Souvent	659 (73,6%)	278 (65,1%)	313 (81,5%)	68 (80,0%)	<0,01
Effets secondaires : Sytématiquement/Souvent	845 (94,3%)	394 (92,3%)	373 (97,1%)	78 (91,8%)	0,01
Consultation dédiée : Sytématiquement/Souvent	787 (87,8%)	386 (90,4%)	328 (85,4%)	73 (85,9%)	0,08
Catégorie 4 : consultation de renouvellement					
Effets secondaires : Sytématiquement/Souvent	884 (98,7%)	418 (97,9%)	382 (99,5%)	84 (98,8%)	0,14
Satisfaction : Sytématiquement/Souvent	881 (98,3%)	413 (96,7%)	383 (99,7%)	85 (100,0%)	<0,01
Consultation dédiée : Sytématiquement/Souvent	549 (61,3%)	268 (62,8%)	236 (61,5%)	45 (52,9%)	0,24
Catégorie 5 : gestion des oublis					
Information oubli : lors de l'initiation : Sytématiquement/Souvent	877 (97,9%)	412 (96,5%)	382 (99,5%)	83 (97,6%)	0,01
Information oubli : lors du renouvellement : Sytématiquement/Souvent	713 (79,6%)	330 (77,3%)	326 (84,9%)	57 (67,1%)	<0,01
Information oubli : orale : Oui	810 (90,4%)	384 (89,9%)	348 (90,6%)	78 (91,8%)	0,86
Information oubli : écrite : Oui	456 (50,9%)	210 (49,2%)	213 (55,5%)	33 (38,8%)	0,01
Information oubli : carte : Oui	169 (18,9%)	48 (11,2%)	111 (28,9%)	10 (11,8%)	<0,01
Information oubli : site : Oui	154 (17,2%)	88 (20,6%)	55 (14,3%)	11 (12,9%)	0,03
Information oubli : application : Oui	64 (7,1%)	22 (5,2%)	36 (9,4%)	6 (7,1%)	0,07
Contraception d'urgence : Sytématiquement/Souvent	489 (54,6%)	206 (48,2%)	242 (63,0%)	41 (48,2%)	<0,01
Aide à la prise : application : Sytématiquement/Souvent	290 (32,4%)	127 (29,7%)	132 (34,4%)	31 (36,5%)	0,26
Aide à la prise : rappel : Sytématiquement/Souvent	771 (86,1%)	351 (82,2%)	350 (91,2%)	70 (82,4%)	<0,01
Aide à la prise : geste : Sytématiquement/Souvent	745 (83,2%)	336 (78,7%)	335 (87,2%)	74 (87,1%)	<0,01
Catégorie 6 : thèmes abordés					
Sexualité : Sytématiquement/Souvent	704 (78,6%)	302 (70,7%)	343 (89,3%)	59 (69,4%)	<0,01
IST : Sytématiquement/Souvent	823 (91,9%)	387 (90,6%)	356 (92,7%)	80 (94,1%)	0,41
Préservatif : Sytématiquement/Souvent	586 (65,4%)	218 (51,1%)	305 (79,4%)	63 (74,1%)	<0,01

*Moyenne (Ecart-type)

3.2.2 Facteurs associés au respect des recommandations

La conformité des pratiques aux recommandations concernant les consultations de contraception a été évaluée en se basant sur les résultats du SAR, noté sur 10 points. Le SAR était calculé à partir de la somme des cotations attribuées à chacune des 6 catégories précédemment décrites, avec une pondération 2 fois plus importante pour la première catégorie correspondant à la diversité des méthodes contraceptives présentées. Le détail de ce calcul est disponible au chapitre 2.4.3 et en Annexe 3. Dans notre échantillon, le SAR moyen était de 6,8/10 (ET 1,3).

Après analyse de l'association univariée (présentée en Annexe 4) entre les caractéristiques des professionnels et le SAR total, 8 variables associées au SAR total avec une p-value < 0,15 ont été retenues pour le modèle multivarié : l'âge, le sexe, la spécialité, l'installation, le mode d'exercice, la formation spécifique en gynécologie ou contraception, la durée moyenne d'une consultation et le nombre de gestes gynécologiques réalisés.

L'ensemble des résultats du modèle multivarié est présenté dans le tableau III.

En analyse multivariée, les facteurs associés à un SAR plus élevé et donc un meilleur respect des recommandations sur le contenu de l'information délivrée lors des consultations de contraception étaient :

- Le sexe féminin (0,52 point supplémentaire sur 10, IC à 95 % [0,31 – 0,73], p-value < 0,01) ;
- La profession : par rapport aux médecins généralistes, les sages-femmes avaient un score en moyenne supérieur de 0,36 point (IC à 95 % [0,14 – 0,58], p-value < 0,01), et les gynécologues inférieur de 0,12 point (IC à 95 % [-0,39 – 0,14], p-value = 0,36) ;
- La durée de consultation : chaque minute de consultation supplémentaire était associée à une augmentation du SAR de 0,03 point (IC à 95 % [0,02 – 0,04], p-value < 0,01) ;
- Le nombre d'actes gynécologiques différents pratiqués par les professionnels : le SAR était en moyenne majoré de 0,29 point par acte supplémentaire réalisé (IC à 95 % [0,23 – 0,35], p-value < 0,01) ;

- La réalisation d'une formation spécifique en gynécologie ou contraception (en moyenne 0,43 point supplémentaire, IC à 95 % [0,26 – 0,61], p-value < 0,01).

Le coefficient de détermination R² (ajusté) du modèle multivarié final est égal à 0,39, ce qui signifie que l'ensemble des variables incluses dans le modèle expliquent 39 % de la variance du SAR total.

Tableau III : Caractéristiques des professionnels liées au SAR total, modèle linéaire multivarié (N = 896)

Variable et modalités	Effectif	Valeur du SAR (points) par rapport à la référence / par unité supplémentaire	[IC95%]*	p-value
Âge (années)				0,51
<31	157	Ref.		
[31-40]	345	-0,13	[-0,33 - 0,08]	0,22
[41-50]	183	-0,18	[-0,41 - 0,06]	0,14
>50	211	-0,11	[-0,34 - 0,12]	0,36
Sexe				<0,01
Masculin	115	Ref.		
Féminin	781	0,52	[0,31 - 0,73]	<0,01
Spécialité				<0,01
Médecin généraliste	427	Ref.		
Sage-femme	384	0,36	[0,14 - 0,58]	<0,01
Gynécologue	85	-0,12	[-0,39 - 0,14]	0,36
Remplaçant				0,76
Non	780	Ref.		
Oui	116	-0,04	[-0,26 - 0,19]	0,76
Mode d'exercice				0,66
Seul	164	Ref.		
Groupe	569	0,06	[-0,12 - 0,25]	0,50
PMI/CPEF/PPP	136	-0,03	[-0,26 - 0,20]	0,81
Mixte	27	0,19	[-0,22 - 0,60]	0,36
Formation spécifique à la contraception				<0,01
Non	179	Ref.		
Oui	717	0,43	[0,26 - 0,61]	<0,01
Durée moyenne d'une consultation (minutes)	896	0,03	[0,02 - 0,04]	<0,01
Nombre de gestes gynécologiques réalisés[†]	896	0,29	[0,23 - 0,35]	<0,01

*Intervalle de confiance à 95%

[†]Parmi les différents actes gynécologiques étudiés : IVG, implant, DIU, FCU et examen gynécologique

3.3 Site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité »

3.3.1 Description de l'utilisation et de l'évaluation du site

571 répondants connaissaient le site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité » (soit 63,7 % de l'échantillon) et ont complété cette partie du questionnaire. Le tableau IV décrit les modalités d'utilisation et l'évaluation du site par ces professionnels.

Le site est utilisé durant la consultation par 34,0 % des professionnels de santé, en particulier par les généralistes qui l'utilisent dans 50,4 % des cas (p-value < 0,01). Le tableau récapitulatif des différentes contraceptions est la partie du site la plus fréquemment utilisée par les professionnels (87,6 % parmi les utilisateurs). Au sein de notre échantillon, 71,1 % des répondants conseillaient le site à leurs patientes, principalement le tableau cité précédemment (80,8 % de ceux-ci) et la section sur les différents contraceptifs (75,1 %). Les médecins généralistes conseillaient plus souvent le site (78,8 %, p-value < 0,01). Ce conseil était donné préférentiellement à l'oral par 83,5% des professionnels, mais également par le biais de la brochure explicative de Santé Publique France par 21,9 % d'entre eux (32,1 % pour les sages-femmes, p-value < 0,01). Au total, parmi les professionnels connaissant le site, 72,2 % l'utilisaient en consultation ou le conseillaient à leurs patientes.

Le site était globalement jugé par les professionnels de santé comme utile pour les patientes (4,1/5, ET 1,0), de bonne qualité (4,1/5, ET 0,9) et lisible (3,9/5, ET 1,0). Par ailleurs, notre échantillon notait en moyenne son utilité en consultation à 2,6/5 (ET 1,4), et à 3/5 (ET 1,4) pour les médecins généralistes (p-value < 0,01). Les principaux freins à son recours en consultation cités étaient : la perte de temps, la déshumanisation de l'interaction patient-soignant, la fracture numérique et la modification récente du site fin 2021. L'utilisation du site en consultation était qualifiée de chronophage par 68,7 % de l'échantillon (57,6 % des médecins généralistes, p-value < 0,01). Les répondants étaient globalement à l'aise avec les outils numériques pour 72,9 % d'entre eux, et cette proportion se majorait à 81,4 % chez les médecins généralistes. Enfin, 7 professionnels sur 10 recommanderaient le site à leur confrère. Cette proportion était majorée chez les médecins généralistes, à 83,9 % (p-value < 0,01).

Tableau IV : Caractéristiques de l'utilisation du site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité » parmi les professionnels connaissant le site (N = 571)

Variable et modalités	Effectif (Fréquence) / Moyenne (Ecart-type)				p-value
	Effectif total	Médecins généralistes	Sages-femmes	Gynécologues	
Utilisation/conseil du site	(N=571)	(N=236)	(N=291)	(N=44)	
Utilisation du site en consultation					<0,01
Oui	194 (34,0%)	119 (50,4%)	71 (24,4%)	4 (9,1%)	
Conseil du site à la patiente					<0,01
Oui	406 (71,1%)	186 (78,8%)	196 (67,4%)	24 (54,5%)	
Utilisation en consultation	(N=194)	(N=119)	(N=71)	(N=4)	
Tableau récapitulatif					0,15
Oui	170 (87,6%)	100 (84,0%)	66 (93,0%)	4 (100,0%)	
Questionnaire d'aide au choix					0,99
Oui	48 (24,7%)	29 (24,4%)	18 (25,4%)	1 (25,0%)	
Sections informatives sur les contraceptions					0,47
Oui	102 (52,6%)	65 (54,6%)	36 (50,7%)	1 (25,0%)	
Section sur la contraception d'urgence					0,92
Oui	78 (40,2%)	48 (40,3%)	28 (39,4%)	2 (50,0%)	
Conseil à la patiente	(N=406)	(N=186)	(N=196)	(N=24)	
Tableau récapitulatif					0,91
Oui	328 (80,8%)	149 (80,1%)	160 (81,6%)	19 (79,2%)	
Questionnaire d'aide au choix					0,69
Oui	218 (53,7%)	104 (55,9%)	101 (51,5%)	13 (54,2%)	
Sections informatives sur les contraceptions					<0,01
Oui	305 (75,1%)	143 (76,9%)	151 (77,0%)	11 (45,8%)	
Section sur la contraception d'urgence					0,31
Oui	228 (56,2%)	111 (59,7%)	106 (54,1%)	11 (45,8%)	
Opinion des professionnels	(N=571)	(N=236)	(N=291)	(N=44)	
Utilité du site en consultation (/5)	2,6 (1,4)	3,0 (1,4)	2,4 (1,4)	1,8 (1,3)	<0,01
Utilité du site pour les patientes (/5)	4,1 (1,0)	4,2 (1,0)	4,1 (1,0)	4,0 (1,0)	0,51
Qualité du site (/5)	4,1 (0,9)	4,2 (0,9)	4,1 (1,0)	4,0 (1,0)	0,51
Lisibilité du site (/5)	3,9 (1,0)	3,9 (1,0)	3,9 (1,0)	3,8 (1,0)	0,62
Navigation sur le site (/5)	3,7 (1,0)	3,7 (1,0)	3,7 (1,0)	3,6 (0,9)	0,87
Utilisation en consultation chronophage					<0,01
Oui	392 (68,7%)	136 (57,6%)	216 (74,2%)	40 (90,9%)	
Utilisation des outils numériques					<0,01
Difficile	14 (2,5%)	5 (2,1%)	8 (2,8%)	1 (2,3%)	
Moyen	141 (24,7%)	39 (16,5%)	92 (31,6%)	10 (22,7%)	
Facile	416 (72,9%)	192 (81,4%)	191 (65,6%)	33 (75,0%)	
Autre frein à l'utilisation du site					0,01
Oui	74 (13,0%)	25 (10,6%)	37 (12,7%)	12 (27,3%)	
Recommandation du site à un confrère					<0,01
Oui	410 (71,8%)	198 (83,9%)	192 (66,0%)	20 (45,5%)	

3.3.2 Facteurs associés à l'utilisation du site

Après analyse de l'association univariée (disponible en Annexe 5) entre les différentes caractéristiques des professionnels et leur utilisation lors de la consultation ou le conseil du site aux patientes, 7 variables associées à l'utilisation ou au conseil du site avec une p-value < 0,15 ont été retenues pour le modèle multivarié : l'âge, la spécialité, l'installation, le mode

d'exercice, la durée d'exercice, la formation spécifique en gynécologie ou contraception et la durée moyenne d'une consultation.

L'ensemble des résultats du modèle multivarié est répertorié dans le tableau V.

Les professionnels de santé utilisaient ou conseillaient plus fréquemment le site lorsqu'ils avaient reçu une formation spécifique à la gynécologie ou la contraception (OR 2,21, IC à 95 % [1,30 – 3,71], p-value < 0,01). Par contraste avec l'analyse univariée, l'âge, la spécialité, l'installation, le mode d'exercice, la durée d'exercice et la durée moyenne d'une consultation n'étaient pas significativement associés à l'utilisation ou au conseil du site dans le modèle multivarié (p-value > 0,05).

Tableau V : Comparaison des professionnels selon leur utilisation ou leur conseil du site, modèle linéaire multivarié (N = 571)

Variable et modalités	Effectif		OR [‡] (site utilisé ou conseillé)	[IC95%]*	p-value
	Site non utilisé et non conseillé (N=159)	Site utilisé et/ou conseillé (N=412)			
Âge (années)					0,43
<31	33	94	Ref.		
[31-40]	52	178	1,36	[0,75 - 2,46]	0,30
[41-50]	39	72	1,19	[0,52 - 2,80]	0,68
>50	35	68	2,15	[0,61 - 8,06]	0,24
Spécialité					0,09
Médecin généraliste	47	189	Ref.		
Sage-femme	92	199	0,93	[0,51 - 1,68]	0,81
Gynécologue	20	24	0,44	[0,21 - 0,94]	0,03
Remplaçant					0,24
Non	143	341	Ref.		
Oui	16	71	1,50	[0,78 - 3,02]	0,24
Mode d'exercice					0,57
Seul	28	53	Ref.		
Groupe	82	270	1,29	[0,72 - 2,27]	0,38
PMI/CPEF/PPP	42	74	1,01	[0,54 - 1,88]	0,98
Mixte	7	15	0,77	[0,27 - 2,32]	0,63
Années d'exercice	159	412	0,97	[0,93 - 1,01]	0,11
Formation spécifique à la contraception					<0,01
Non	33	53	Ref.		
Oui	126	359	2,21	[1,30 - 3,71]	<0,01
Durée moyenne d'une consultation (minutes)	159	412	0,98	[0,95 - 1,02]	0,32

[‡]Odds ratio

*Intervalle de confiance à 95%

3.3.3 Association entre l'utilisation du site et le SAR

Nous cherchons ici à déterminer si parmi les professionnels de notre échantillon (N = 896), l'utilisation ou le conseil du site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité » est associé à un SAR plus élevé, sur la base d'un modèle multivarié. Ce dernier décrit le lien entre le SAR, l'utilisation ou le conseil du site, et les facteurs associés au SAR en analyse univariée (avec une p-value < 0,15) déjà identifiés plus haut. À noter que les professionnels ne connaissant pas le site (N = 325) ont été classés dans la modalité « pas d'utilisation ni de conseil du site ». L'ensemble des résultats du modèle multivarié est répertorié dans le tableau VI.

L'utilisation ou le conseil du site, toutes choses égales par ailleurs, est associé à une majoration du SAR de 0,54 point (IC à 95 % [0,41 – 0,68], p-value < 0,01).

Par ailleurs, le sexe féminin, la profession de sage-femme, la formation spécifique en contraception, la durée moyenne d'une consultation et le nombre de gestes gynécologiques pratiqués restaient associés à un SAR plus élevé de manière significative.

Tableau VI : SAR selon les caractéristiques des professionnels de santé et leur utilisation ou conseil du site, modèle linéaire multivarié (N = 896)

Variable et modalités	Valeur du SAR (points) par			p-value
	Effectif	rapport à la référence / par unité supplémentaire	[IC95%]*	
Âge (années)				0,63
<31	157	Ref.		
[31-40]	345	-0,10	[-0,30 - 0,09]	0,30
[41-50]	183	-0,08	[-0,31 - 0,14]	0,47
>50	211	-0,02	[-0,24 - 0,21]	0,88
Sexe				<0,01
Masculin	115	Ref.		
Féminin	781	0,49	[0,28 - 0,69]	<0,01
Spécialité				<0,01
Médecin généraliste	427	Ref.		
Sage-femme	384	0,35	[0,14 - 0,56]	<0,01
Gynécologue	85	-0,03	[-0,28 - 0,23]	0,84
Remplaçant				0,30
Non	780	Ref.		
Oui	116	-0,11	[-0,33 - 0,10]	0,30
Mode d'exercice				0,51
Seul	164	Ref.		
Groupe	569	0,03	[-0,14 - 0,21]	0,72
PMI/CPEF/PPP	136	-0,10	[-0,32 - 0,12]	0,38
Mixte	27	0,15	[-0,25 - 0,55]	0,46
Formation spécifique à la contraception				<0,01
Non	179	Ref.		
Oui	717	0,36	[0,19 - 0,53]	<0,01
Durée moyenne d'une consultation (minutes)	896	0,03	[0,02 - 0,04]	<0,01
Nombre de gestes gynécologiques réalisés[†]	896	0,26	[0,20 - 0,31]	<0,01
Site				<0,01
Pas d'utilisation ni de conseil	484	Ref.		
Utilisation et/ou conseil	412	0,54	[0,41 - 0,68]	<0,01

*Intervalle de confiance à 95%

[†]Parmi les différents actes gynécologiques étudiés : IVG, implant, DIU, FCU et examen gynécologique

4 DISCUSSION

4.1 Discussion de la méthodologie

4.1.1 Points forts de l'étude

Les études précédentes portant sur les modalités d'information des patientes lors des consultations de contraception s'intéressaient uniquement aux médecins. À notre connaissance, aucune étude n'a été effectuée sur l'ensemble des professionnels prescripteurs de contraception. Notre étude a l'intérêt d'interroger les pratiques de l'ensemble de ces professionnels : médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues. Elle présente également l'avantage de porter sur un large échantillon de professionnels (N = 896) et sur l'ensemble du territoire français. L'étude a bénéficié notamment d'un excellent accueil auprès des sages-femmes (N = 384).

4.1.2 Limites de l'étude

4.1.2.1 Biais de sélection

Notre questionnaire était disponible en ligne, accessible *via* un lien transmis par mail, sur les sites des organismes sollicités (CDOM, CDOSE, URML, ReAGJIR, AIGM, FNCGM) ou par les réseaux sociaux. Ce mode de recrutement sélectionne des professionnels qui ne sont pas forcément représentatifs de l'ensemble de la population ciblée par notre enquête, avec notamment une sélection de professionnels plus à l'aise avec les outils numériques. Ces professionnels sont d'autant plus susceptibles d'utiliser et/ou de conseiller ces outils au cours de leur consultation. Pour limiter ce biais, une possibilité de réponse par écrit, *via* courrier postal, aurait pu être proposée. Cependant, cela aurait été bien plus long et coûteux.

Certains des organismes sollicités ont diffusé notre questionnaire aux professionnels de santé concernés par mail, à condition toutefois qu'ils acceptent de recevoir ce type de communication. Les réponses étaient réalisées sur la base du volontariat, nous ne connaissons pas le taux de réponse au questionnaire puisqu'il nous est impossible d'estimer le nombre de professionnels touchés par les publications sur les réseaux sociaux, les sites de diffusion et les mails adressés par les structures sollicitées (chiffres non communiqués pour la majeure partie d'entre elles). Ainsi, nous envisageons que les professionnels les plus impliqués et intéressés par les consultations de contraception ont répondu en majorité, ce qui peut entraîner un biais, les professionnels les plus intéressés par la question étant probablement ceux dont les

pratiques sont le plus en adéquation avec les recommandations. Cependant, la stratégie de diffusion du questionnaire était basée sur des réseaux généralistes, et non spécialisés dans la contraception, limitant ce biais.

4.1.2.2 *Biais de classement*

Plusieurs paramètres peuvent être responsables d'une différence entre les réponses et la réalité. En premier lieu, les questions peuvent être mal interprétées par les répondants. Pour minimiser ce biais, nous avons testé le questionnaire auprès de 5 professionnels de santé avant sa diffusion à grande échelle.

Par la suite, l'étude étant déclarative, le professionnel peut, par sentiment d'être jugé ou noté dans sa pratique, améliorer sa réponse par rapport à son exercice réel. Ce biais de classement, appelé biais de déclaration, entraîne une surestimation des réponses avec, possiblement, une meilleure adéquation aux recommandations.

4.2 Discussion des résultats

4.2.1 Population

Notre échantillon, constitué en majeure partie de médecins généralistes (N = 427, soit 47,7 %), est en cohérence avec la démographie médicale (34) puisque ceux-ci représentent la plus grande part des médecins en France (94 538 en exercice en 2021 sur un total de 214 224 médecins, soit 44,1 %). Leur moyenne d'âge au sein de notre échantillon était de 39,8 ans contre 51,1 ans dans la population de médecins généralistes français en exercice. Notre échantillon était plus jeune, probablement en lien avec notre mode de recrutement par voie numérique. Notre panel de médecins généralistes présentait une proportion plus élevée de femmes (77,8 %) que celle retrouvée à l'échelle nationale (46,5 %). Cela peut s'expliquer par un intérêt plus important des femmes pour les consultations de contraception et la proportion plus importante de femmes parmi les jeunes médecins généralistes. La contraception reste pour l'heure une affaire de femmes, l'essor des méthodes contraceptives hormonales depuis plus de 50 ans alimentant un panel contraceptif essentiellement féminin. L'usage des méthodes contraceptives masculines est timide, et actuellement seules 3 méthodes contraceptives masculines sont recommandées par les autorités sanitaires : l'utilisation du préservatif masculin, le retrait et la vasectomie. La pilule masculine, dont l'arrivée sur le marché est annoncée depuis de nombreuses années, se fait attendre. La surreprésentation

des femmes généralistes dans notre échantillon peut, ainsi, s'expliquer par une implication plus importante des femmes dans la prescription de contraceptifs.

Les sages-femmes représentaient le second principal effectif (N = 384), soit 42,9 % de notre échantillon. Pourtant, d'après les données démographiques (34), le nombre de sages-femmes en exercice en France en 2021 (tout mode d'exercice confondu) était de 23 397, soit un nombre bien inférieur à celui des médecins généralistes. Cette profession était ainsi surreprésentée dans notre étude. La moyenne d'âge des sages-femmes dans l'étude était de 41,5 ans, similaire à la moyenne d'âge de la profession sur l'ensemble du territoire (41,0 ans). La proportion de femmes, très élevée au sein de cette profession, était dans l'étude de 98,2 %, soit en adéquation avec les chiffres retrouvés sur le plan national (97 %).

Enfin, le nombre de gynécologues dans notre échantillon était bien inférieur (N = 85). En France en 2018 (35), le nombre total de gynécologues s'élève à 7 825 (gynécologues médicaux : 2 795 et gynécologues obstétriciens : 5 030), tout mode d'exercice confondu. Les gynécologues sont ainsi 12 fois moins nombreux que les généralistes à l'échelle nationale, tandis que dans notre échantillon le rapport était de seulement 5. Par ailleurs, de nombreux gynécologues obstétriciens travaillent en structure hospitalière et n'étaient donc pas visés par nos critères d'inclusion, ce qui confirme une surreprésentation des gynécologues dans notre étude par rapport aux chiffres à l'échelle nationale. Le facteur évident est qu'a priori, ils se sentent davantage concernés par la contraception. Dans notre étude, les gynécologues présentaient une moyenne d'âge de 49,0 ans, soit un chiffre proche de la moyenne d'âge de l'ensemble des gynécologues sur le territoire (53,2 ans). Dans notre échantillon de gynécologues, 84,7 % étaient des femmes, ce chiffre s'approchant de la proportion féminine au sein des gynécologues médicaux (73,6 %), loin de celle des gynécologues obstétriciens (48,8 %). Cela peut s'expliquer du fait de l'exercice préférentiellement hospitalier des gynécologues obstétriciens, non visé par l'étude. Ces derniers devaient ainsi être moins nombreux que leurs collègues médicaux au sein de notre échantillon (pas de distinguo dans notre questionnaire entre ces deux professions). Nous retrouvons une surreprésentation des femmes dans cette spécialité comme pour les médecins généralistes.

4.2.2 Information en consultation de contraception

4.2.2.1 Méthodes contraceptives présentées

Pour un choix libre et éclairé des patientes, une information exhaustive sur l'ensemble des méthodes contraceptives s'impose. Dans notre étude, les professionnels déclaraient présenter en moyenne 5,8 méthodes différentes. Selon la thèse de Leslie Sgorlon réalisée en 2019 (11), les patientes déclarent être informées en moyenne sur seulement 3,75 moyens contraceptifs. Au sein de notre échantillon, les professionnels déclaraient informer les patientes de manière plus exhaustive que lors des études précédentes.

Dans le volet « médecins » de l'enquête FECOND 2010 (36), portant sur 1 011 médecins généralistes ou gynécologues à l'échelle nationale, les pilules œstroprogestatives et microprogestatives, le préservatif masculin, ainsi que les DIU hormonal et au cuivre étaient recommandés par plus de 70 % des médecins interrogés. Notre étude déclarative notait également des taux importants de présentation pour ces 5 méthodes contraceptives (systématiquement ou souvent par plus de 80 % des professionnels pour chaque méthode). L'implant était cependant bien davantage présenté dans notre étude déclarative : systématiquement ou souvent par 83,3 % de l'échantillon, alors que moins de 60 % des professionnels le recommandaient en 2010. Concernant les méthodes définitives, nettement moins évoquées, les professionnels de notre échantillon déclaraient présenter à parts égales la vasectomie et la ligature des trompes (systématiquement ou souvent par environ 19 % des professionnels) alors que l'enquête FECOND faisait état d'un gradient en faveur de la ligature des trompes (recommandée par 40 % des médecins interrogés contre moins de 20 % pour la vasectomie). Pour expliquer la différence de chiffres entre l'étude FECOND et notre travail, il faut noter l'utilisation d'une échelle de fréquence différente : l'étude FECOND comptabilise les méthodes présentées « souvent » ou « parfois », contrairement à notre travail pour lequel nous retenons uniquement les modalités « systématiquement » et « souvent ». Les méthodes naturelles étaient très peu présentées en 2010, par moins de 10 % des médecins, en cohérence avec nos résultats (systématiquement ou souvent par 10,9 %). Enfin, le préservatif féminin a bénéficié d'une nette augmentation de recommandation dans notre échantillon, systématiquement ou souvent par près de 30 % des professionnels contre moins de 20 % en 2010. L'élargissement du panel contraceptif présenté dans notre étude déclarative

était visible dans chacun des sous-groupes de spécialité (médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues), avec une nette prédominance au sein des sages-femmes.

4.2.2.2 Utilisation de support d'information

Les professionnels de notre échantillon déclaraient recourir fréquemment à l'utilisation d'outils récapitulatifs (64,0 %) et visuels (83,4 %), et cette proportion était largement augmentée dans le sous-groupe des sages-femmes. L'utilisation de ces outils était bien moindre dans les études effectuées antérieurement, notamment dans la thèse de Julie Allemoz (24), avec une utilisation de support visuel (schéma ou dessin) par moins de 40 % des médecins généralistes interrogés. Lors d'une enquête auprès des patientes (11), seuls 18,5 % d'entre elles avaient bénéficié d'une présentation avec un support papier. Elles étaient 94,4 % à qualifier le recours à ce type de support d'«utile». À l'heure de l'omniprésence du numérique, les patientes plébiscitaient l'emploi d'un support d'information numérique par leur professionnel de santé (15). Ce type d'outil était présenté comme un complément à l'information délivrée lors de la consultation, permettant de pallier le manque de temps des médecins pour une information complète et exhaustive.

4.2.2.3 Consultation d'initiation de contraception

Concernant l'information délivrée lors des consultations d'initiation de contraception, l'ensemble de notre panel de professionnels déclarait présenter une information complète. La réalisation d'une consultation dédiée uniquement à la contraception était très largement accomplie notamment chez les médecins généralistes (systématiquement ou souvent par 90,4 % d'entre eux). Cela peut s'expliquer notamment par la création d'une cotation spécifique (CCP : consultation de contraception et de prévention) fin 2017. Cette cotation visait les jeunes femmes de 15 à 18 ans lors d'une première consultation de contraception, valorisée à hauteur de 46 euros, et intégralement prise en charge par la Sécurité sociale. Cette mesure a récemment été élargie aux jeunes femmes et jeunes hommes de 15 à 26 ans.

4.2.2.4 Consultation de renouvellement de contraception

Lors du renouvellement d'une contraception, la proportion de consultation dédiée était plus faible, notamment chez les médecins généralistes. Dans une étude qualitative auprès de patientes consultant leur médecin généraliste pour le renouvellement de leur contraception orale au cours d'une consultation non dédiée (37), la plupart d'entre elles ne ressentaient pas la nécessité d'une consultation dédiée à leur contraception, puisque tout se

passait bien. Les facteurs expliquant leur demande de renouvellement de contraception au cours d'une consultation à motifs multiples, auprès de leur généraliste, étaient principalement la rapidité d'accès à la consultation et leur manque d'anticipation concernant le renouvellement. Ainsi, les médecins généralistes semblent avoir un rôle à jouer pour expliquer aux patientes l'intérêt d'une consultation annuelle dédiée à leur contraception. L'adéquation de la contraception avec le mode de vie et les souhaits de la patiente devrait être réévaluée à chaque renouvellement, le choix contraceptif n'étant pas immuable. La réalisation d'une telle consultation permettrait d'aborder la satisfaction du contraceptif en cours et d'évoquer les éventuelles alternatives, le dépistage des IST ou la sexualité. La problématique des consultations dédiées paraît moins cruciale pour les gynécologues et sages-femmes, leur champ d'activité étant plus limité que celui des médecins généralistes. Au sein de notre étude cependant, les renouvellements de contraception étaient réalisés dans seulement un peu plus de 1 cas sur 2 au cours d'une consultation dédiée par les professionnels de ces spécialités. Chaque profession entend le terme de « consultation dédiée » selon ses représentations. Il est par exemple possible que pour les gynécologues ou les sages-femmes, la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus par la réalisation du FCU, au cours d'une consultation pour le renouvellement d'une contraception, soit considérée comme une consultation non dédiée à la contraception.

4.2.2.5 *Gestion de l'oubli*

La gestion de l'oubli était déclarée systématiquement ou souvent évoquée par le professionnel lors de l'initiation d'une contraception (à 97,9 %) et de moindre occurrence lors de son renouvellement (à 79,6 %). Par comparaison, au cours d'une étude à Marseille (24), les médecins évoquaient la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule dans 76,4 % des consultations lors d'une initiation, et 16,4 % des consultations lors du renouvellement. Dans notre étude déclarative, cette information était surtout donnée à l'oral, mais la moitié des professionnels utilisaient également un support écrit. Le recours à la carte réalisée par Santé Publique France restait faible, avec moins d'1 professionnel sur 5. D'après le travail de thèse de Marion Duchêne (38), lors d'une enquête auprès des femmes sous contraceptif oral, 55 % des femmes se disaient informées de la conduite à tenir en cas d'inobservance, l'information n'était renouvelée que dans 42 % des cas et les patientes jugeaient l'information plus claire lorsqu'elle était délivrée par écrit ou de façon répétée. Notre panel de professionnels présente

de meilleurs résultats, mais cette étude encourage à davantage répéter les consignes en cas d'oubli de pilule, et l'utilisation d'un support écrit pour appuyer cette information.

4.2.2.6 Thèmes abordés

La sexualité demeurait un thème moins abordé par les médecins généralistes et les gynécologues. Les principaux freins retrouvés lors de l'étude de Marie Baurain (29) sont notamment le manque de temps et de formation des médecins généralistes, le sujet tabou et les représentations du professionnel, ainsi que l'appréhension du jugement du patient. La prescription de préservatifs était abordée moins fréquemment par les médecins généralistes (systématiquement ou souvent par seulement 51,6 % d'entre eux). Une étude observationnelle auprès de médecins généralistes et sages-femmes de Bretagne (39) présente des résultats assez similaires, avec la prescription de préservatifs réalisée par moins de 1 médecin généraliste sur 2, par contraste avec les sages-femmes qui en prescrivaient pour 85,5 % d'entre elles. Le principal frein à cette prescription était le manque de communication sur le sujet auprès des patients.

4.2.3 Facteurs associés à une meilleure délivrance de l'information

4.2.3.1 Création du score d'adéquation aux recommandations

Tout d'abord, aucun instrument validé d'évaluation de l'information délivrée en consultation de contraception n'existe à ce jour. Nous avons créé une échelle d'évaluation pour cette étude (SAR), tout en nous appuyant sur les recommandations officielles de la HAS dans ce domaine, pour sélectionner les éléments importants à prendre en compte. Le choix de majorer le poids de la diversité de l'offre contraceptive au sein de ce score est subjectif. Cependant, cet élément nous paraissait primordial pour une information éclairée des patientes et est particulièrement mis en avant dans les recommandations de la HAS.

Dans les analyses des facteurs associés au respect des recommandations, à propos des actes gynécologiques réalisés par les professionnels de santé, nous avons choisi de conserver uniquement la variable « Nombre de gestes gynécologiques réalisés ». En effet, il s'agissait d'une composition des 5 variables d'actes gynécologiques (IVG, DIU, implant, FCU et examen gynécologique) et ces 5 variables étaient très corrélées entre elles. Par ailleurs, toutes ces variables étaient significativement associées au SAR total, tout comme la variable globale « Nombre de gestes gynécologiques réalisés ».

4.2.3.2 Influence du genre du professionnel sur le SAR

Notre étude retrouvait une association positive entre le sexe féminin et l'adéquation des pratiques aux recommandations de la HAS. Plusieurs travaux (40,41) ont mis en évidence l'influence du sexe du médecin sur la prise en charge du patient en matière de prévention, avec une pratique qui semblait moins genrée parmi les médecins de sexe féminin. Dans le domaine de l'information contraceptive, quelques études soulignaient déjà l'influence du sexe féminin et de la formation spécifique en gynécologie ou contraception chez les médecins généralistes. Dans son étude descriptive auprès des médecins généralistes installés à Marseille (24), Julie Allemoz décrivait une association entre la pratique d'une formation en gynécologie ou le sexe du praticien et l'information délivrée sur la contraception. D'après une étude sur les consultations de suivi de contraception réalisée auprès des internes en stage chez le praticien (25), le sexe du MSU et la réalisation d'une formation en gynécologie influençaient le nombre de sujets abordés lors de ces consultations et la recherche d'effets secondaires.

4.2.3.3 Influence de la formation du professionnel sur le SAR

Plus le professionnel était formé à la contraception, plus la diversité de méthodes contraceptives présentées était importante. L'étude de la littérature d'Héloïse Guyomard (33) révélait l'association entre le suivi d'une formation complémentaire en gynécologie ou contraception par les médecins généralistes et l'importance de leur activité gynécologique ou de la réalisation de gestes techniques dans ce domaine. Il semble par ailleurs évident qu'un praticien n'effectuant pas la pose d'un DIU ou celle d'un implant soit moins disposé à recommander ces méthodes à sa patiente. La formation et la pratique de gestes gynécologiques influent ainsi directement sur l'offre contraceptive.

Les instances de santé publique jouent un rôle crucial dans les pratiques des professionnels de santé par le biais de l'organisation de leur formation. En Angleterre (1,2) par exemple, les pratiques des professionnels de santé sont harmonisées par un encadrement protocolaire et par un encadrement de leur formation (initiale et continue), notamment lors de l'accompagnement au choix contraceptif. Cette formation, en particulier continue, fait l'objet d'une forte supervision institutionnelle avec une démarche de perfectionnement et de mise à jour permanente. Le professionnel de santé britannique présente de ce fait systématiquement un large panel de contraceptifs aux patientes. Contrairement au Royaume-

Uni, il n'existe pas en France de réel contrôle de formation continue. Ainsi, les politiques publiques façonnent les systèmes contraceptifs.

4.2.3.4 Influence de la durée de consultation sur le SAR

Le lien entre la durée de consultation et l'adéquation aux recommandations était significativement présent dans notre analyse. En moyenne, notre échantillon préconisait d'ailleurs une consultation de 33,4 minutes pour pouvoir aborder l'ensemble des éléments recommandés par la HAS, soit plus de 14 minutes supplémentaires par rapport à la durée moyenne de consultation des médecins généralistes. Au travers de la revue de la littérature d'Héloïse Guyomard (33), un des obstacles à la réalisation de consultations gynécologiques, souligné par l'ensemble des médecins généralistes, était leur caractère chronophage.

4.2.3.5 Influence de la spécialité sur le SAR

Nous retrouvons globalement au sein de notre étude une nette différence de pratiques entre les médecins (généralistes ou gynécologues) et les sages-femmes. Ces dernières délivraient une information contraceptive plus en adéquation avec les recommandations, de manière significative. Plusieurs paramètres peuvent expliquer cette différence. Tout d'abord, d'après notre étude, elles réalisaient des consultations plus longues (31 minutes contre 19 minutes pour un médecin généraliste, en moyenne). Au-delà de la durée de consultation, nos analyses multivariées, qui permettaient d'étudier l'influence de la profession sur le score toutes choses (dont la durée de consultation) égales par ailleurs, mettaient en évidence une spécificité de la pratique des sages-femmes dans l'information délivrée aux patientes. Leur exercice en matière de contraception est plus récent, avec un enseignement et un apprentissage probablement moins imprégnés du modèle paternaliste ou de la « norme contraceptive française » que leurs collègues médecins. L'extension de leurs compétences à la contraception remonte à 2009, dans un contexte où le choix contraceptif par les patientes est un enjeu majeur d'efficacité des méthodes contraceptives. En effet, la campagne « la meilleure contraception c'est celle que l'on choisit » a été lancée par l'INPES en septembre 2007 (42). Avec cette chronologie, nous pouvons concevoir que les compétences des sages-femmes en matière de contraception se sont constituées avec le précepte fort de décision partagée, de choix avec la patiente et de discussion, la patiente étant actrice de cette décision.

4.2.4 Utilisation du site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité »

Une proportion significative de professionnels de santé de l'échantillon connaissait le site (63,7 % de l'échantillon) et parmi ces professionnels 72,2 % déclaraient l'utiliser en consultation ou le conseiller à leur patiente. Il était globalement jugé comme utile pour les patientes, de bonne qualité et lisible. Les principales critiques à son utilisation étaient : la perte de temps, la déshumanisation de l'interaction patient-soignant, la fracture numérique et la modification récente du site fin 2021. Notre étude a montré que le site était largement utilisé en consultation et conseillé par les médecins généralistes. Par cet outil, les médecins généralistes délivrent une information complète dans un temps restreint tout en autonomisant les patientes. Elles peuvent, après la consultation, compléter ou approfondir l'information reçue du professionnel sur l'ensemble des méthodes contraceptives, leurs caractéristiques, et réaliser le questionnaire d'aide au choix. Les patientes sont ainsi au centre de la consultation, au cœur du choix sur leur contraception, tout en ayant la possibilité d'approfondir leurs connaissances, à partir de cet outil de qualité et selon leur besoin.

La campagne de promotion du choix contraceptif par l'INPES précédemment citée a également lancé le site « Choisir sa contraception », pour permettre l'accès à une information de qualité sur l'ensemble des méthodes contraceptives aux femmes. Notre étude a montré une association entre la qualité des pratiques selon les recommandations de la HAS et l'utilisation ou le conseil du site aux patientes. À notre connaissance, aucune étude n'évalue l'utilisation ou le conseil de cette page, actuellement rattachée au site plus global « QuestionSexualité », conçu par Santé Publique France. L'utilisation du site en consultation permet d'harmoniser les pratiques entre les professionnels, avec un seul et même support pour l'ensemble des professionnels, une seule et même information pour toutes les patientes. Cet outil, conçu initialement à destination des patientes, devrait être promu auprès de l'ensemble des professionnels de santé, à minima pour le conseiller à leurs patientes. Ce type d'action existe en Angleterre (2) depuis de nombreuses années, avec l'utilisation systématique d'une brochure d'information lors des consultations de contraception, incluant un tableau récapitulatif des différents contraceptifs, participant à l'harmonisation des pratiques.

4.3 Enseignements et perspectives

La consultation de contraception est particulière : elle transforme l'interaction entre le professionnel de santé et sa patiente de par son caractère non thérapeutique (36). Il n'existe ni maladie à diagnostiquer, ni demande de soins, il s'agit uniquement d'une consultation de prévention (d'une grossesse non désirée). L'information claire et loyale en est un déterminant essentiel, permettant d'améliorer l'adéquation de la méthode avec le mode de vie et les préférences de la patiente, donc l'efficacité de la contraception. C'est ainsi le choix de la patiente et non du médecin qui conditionne l'efficacité de la contraception.

4.3.1 La question du temps de consultation et de la cotation

Notre étude a souligné l'influence du temps de consultation sur la qualité de l'information délivrée aux patientes. Les consultations de contraception nécessitent de prendre le temps de discuter avec la patiente de ses souhaits, de ses attentes en matière de contraception, mais également de s'enquérir de son quotidien, son environnement et son vécu. Au cours de son travail de thèse, Sandra Pfeiffer (43) soulignait la demande des patientes pour plus d'autonomie dans le choix de leur contraception. Les patientes sollicitaient un temps d'échange et d'écoute plus long avec le professionnel de santé, contribuant à renforcer la relation de confiance entre les deux interlocuteurs. Ainsi, les outils tels que le site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité » permettent de renforcer l'information de la patiente, mais la consultation et la discussion avec le professionnel de santé restent essentielles pour un choix libre et éclairé.

Les médecins généralistes disposent en moyenne d'un temps de consultation plus court, ils sont également soumis à un risque plus important de consultation à motifs multiples. Dans ce contexte, ils délivraient une information plus limitée sur l'offre et l'utilisation de contraceptifs. Comme nous l'avons notifié précédemment, une cotation spécifique pour la réalisation d'une première consultation de contraception existe depuis fin 2017. D'après un rapport de la DREES du 7 juillet 2021 (44), 30 % des médecins généralistes interrogés ont utilisé cette cotation au cours des 6 derniers mois. Selon plusieurs études (45–48), cette cotation n'a pas révolutionné la pratique des médecins généralistes. La modification du temps alloué à cette consultation depuis sa revalorisation financière était mitigée dans les résultats de l'ensemble de ces études. Elle a cependant permis de sensibiliser les médecins généralistes à la prévention et la santé sexuelle lors des consultations de contraception des jeunes

patientes. Les freins révélés à son recours étaient notamment l'oubli et la méconnaissance de la cotation. Dans ces études, les médecins généralistes souhaitaient la création de recommandations de pratiques claires, avec l'aide d'un support à utiliser en consultation, et l'élargissement des critères de cotation, notamment à l'ensemble des patients de la classe d'âge concernée. L'utilisation de la cotation a récemment été élargie aux patientes de 15 à 26 ans (en janvier 2022) et aux jeunes patients de la même tranche d'âge (en avril 2022). À travers ces résultats, nous pouvons observer une faible utilisation de cette cotation, principalement par manque de connaissance et d'information des professionnels concernant la cotation et sa mise en application. Une campagne de communication à ce sujet, à destination des professionnels de santé, et des médecins généralistes en particulier, pourrait être bénéfique en ce sens.

En Grande-Bretagne depuis 2009, les professionnels de santé de premier recours bénéficient d'une incitation financière lorsqu'ils présentent les méthodes contraceptives réversibles de longue durée d'action (implant, contraceptif injectable, DIU au cuivre et hormonal). Une étude publiée en 2020 sur l'ensemble du territoire (49) comparait la prescription de ces méthodes contraceptives et le taux d'IVG avant et 4 ans après, et montrait que ces mesures ont entraîné une augmentation significative de la prescription de ce type de méthode et une baisse significative du taux d'IVG sur la même période.

4.3.2 [Coopération entre professionnels de santé](#)

Notre étude montre une qualité particulière des consultations de contraception réalisées par les sages-femmes. Ces résultats confirment leur légitimité dans ce domaine, alors que cette activité des sages-femmes est encore peu connue par les patientes.

Nous pourrions envisager une prise en charge en coopération avec ces professionnels, notamment pour ceux parmi les médecins généralistes qui sont peu à l'aise avec le suivi gynécologique ou peu intéressés par ce domaine. Dans une étude qualitative évoquant les difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de la prescription et du suivi de la contraception (50), les points soulevés étaient leur formation, leur expérience, le manque de temps, une difficulté d'organisation et les caractéristiques de la patiente. La formation initiale était jugée comme insuffisante par de nombreux médecins. Au cours de notre travail, nous avons montré que les professionnels ayant réalisé une formation complémentaire en contraception ou gynécologie présentaient des pratiques de meilleure qualité selon les

recommandations de la HAS. D'après l'étude de Claire Galichon (50), les médecins généralistes interrogés faisaient peu appel aux autres professionnels prescripteurs de contraception. Nous pourrions ainsi envisager que les médecins généralistes qui le souhaitent travaillent en coopération avec les autres professionnels (sages-femmes et gynécologues) pour l'information, l'initiation et le suivi de la contraception de leurs patientes. Souvent, le suivi gynécologique réalisé par le gynécologue est dissocié du suivi par le médecin généraliste, avec une certaine opacité et une absence d'interaction entre les professionnels (peu de comptes-rendus de consultation par exemple).

Par ailleurs, l'éducation et l'information sur les différentes méthodes contraceptives pourraient être réalisées par d'autres acteurs, avant la consultation avec le médecin. L'information préalable pourrait être assurée par un infirmier formé, avec le développement actuel des infirmiers de pratique avancée, permettant une information large avec l'ensemble des supports validés (brochure ou site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité », échantillons de démonstration des différents contraceptifs). Ce type d'information pourrait être délivré à l'échelle individuelle ou au cours de séances « d'éducation thérapeutique » par petits groupes, car l'expérience, les questions des différents participants et la dynamique de groupe peuvent nourrir et enrichir les échanges.

4.3.3 Implication des pouvoirs publics

Enfin, les pouvoirs publics participent à cette éducation, notamment au travers du développement du site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité ». Ce dernier semble en effet particulièrement adapté pour compléter l'information délivrée par le professionnel de santé, puisque notre étude relève un fort taux d'utilisation et de satisfaction par les professionnels de santé.

Les résultats de notre étude étaient en faveur d'une large utilisation et recommandation du site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité » par les médecins généralistes, semblant témoigner d'une plus grande autonomisation des patientes pour leur information en matière de contraception. Les médecins orientent ainsi leurs patientes vers une source d'information extérieure très large et complète au travers d'un site fiable. Ce dernier a récemment intégré la question de la sexualité, sujet qui reste difficile à aborder par les patientes. Par la promotion de cet outil, les médecins généralistes semblent trouver une

solution adaptée au moindre temps de consultation dont ils disposent, pour délivrer une information diversifiée sur l'offre contraceptive.

Santé Publique France a récemment enrichi le site d'un questionnaire patiente (questionnaire évoquant principalement les méthodes contraceptives féminines). Ce dernier permet d'aiguiller les femmes vers la ou les méthodes contraceptives qui semblent leur convenir. Ces outils, disponibles pour toutes et tous, partout, sous réserve d'un accès internet et d'un niveau de littératie en santé suffisant, devraient être promus pour que l'ensemble des femmes puissent préparer leur consultation et se documenter en amont de celle-ci. Cette information préalable permettrait ensuite de nourrir la discussion avec le professionnel et l'émergence de questions. Il reste cependant essentiel de concevoir le développement de ce type d'outil parallèlement à une approche spécifique pour les patients ayant un faible niveau de littératie en santé, qui ne pourraient se saisir de ce type de support de manière autonome.

À l'évidence, ce type d'outil ne remplacera pas l'acte de prescription par les professionnels de santé, ni l'échange avec la patiente lors de la consultation. Le rôle du professionnel reste notamment d'éclairer le choix en fonction des souhaits de la patiente, et surtout de détecter les contre-indications éventuelles à certaines méthodes contraceptives.

5 CONCLUSION

Notre étude observationnelle transversale a porté sur un échantillon de 896 professionnels de santé. Ils ont déclaré présenter en moyenne 5,8 méthodes contraceptives par consultation de contraception, utiliser pour 64,1 % d'entre eux un support récapitulatif et pour 82,4 % un support visuel. Lors de l'initiation d'une contraception, nos résultats montrent la délivrance d'une information le plus souvent exhaustive, et au cours d'une consultation dédiée (systématiquement ou souvent dans 87,8 % des cas) contrairement au renouvellement de la contraception (61,3 % des cas). Les professionnels ont déclaré aborder systématiquement ou souvent la gestion des oublis dans 97,9 % des cas lors de l'initiation d'un contraceptif, contre 79,6 % lors de son renouvellement, le dépistage des IST dans 91,9 % des cas, la sexualité dans 78,6 % des cas et la prescription de préservatifs dans 65,4 % des cas.

L'adéquation des pratiques aux recommandations était influencée positivement par le sexe féminin, la profession de sage-femme, la durée de consultation, un plus grand nombre de gestes gynécologiques effectués et la réalisation d'une formation en contraception.

Le site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité » était connu par 63,7 % des personnes interrogées. Parmi ces dernières 72,2 % ont déclaré l'utiliser ou le conseiller à leurs patientes. Les professionnels de santé utilisaient ou conseillaient plus fréquemment le site lorsqu'ils avaient reçu une formation spécifique à la gynécologie ou la contraception. L'utilisation ou le conseil du site étaient associés à des pratiques davantage en conformité avec les recommandations.

Le temps de consultation est ainsi un déterminant pour une médecine optimale. La coopération entre les professionnels de santé paraît être une piste à développer. L'utilisation de supports récapitulatifs ou visuels semble pallier au manque de temps afin de promouvoir une offre contraceptive plus large, à l'image du site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité ». Cependant, cette approche n'est pas généralisable à toutes les femmes et ne doit se concevoir que parallèlement à une démarche spécifique pour les patientes de faible niveau de littératie en santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Roux A. Sociologie de la contraception en France. médecine/sciences. juin 2021;37(6-7):647-53.
2. Ventola C. Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines [Internet] [Thèse de doctorat en santé publique spécialité sociologie]. [Villejuif]: Université Paris Saclay; 2017. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01795009>. [dernière consultation le 14 sept 2021]
3. ANSM. Actualité - Contraception : où en sommes-nous ? [Internet]. ANSM. 2021. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/contraception-ou-en-sommes-nous>. [dernière consultation le 3 oct 2021]
4. Rahib D, Le Guen M, Lydié L. Baromètre santé 2016 Contraception. Santé Publique France. 2017;8.
5. Bien choisir sa contraception [Internet]. Le téléphone sonne. France inter; 2021. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/emissions/le-telephone-sonne/le-telephone-sonne-du-mardi-28-septembre-2021>. [dernière consultation le 3 oct 2021]
6. Meunier E. Ma contraception et moi [Internet].. (Ma contraception et moi). Disponible sur: <https://www.madmoizelle.com/ma-contraception-et-moi-podcast-982661>. [dernière consultation le 18 janv 2022]
7. Vilain A, Allain S, Dubost CL, Fresson J, Rey S. Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. sept 2020;(1163):7.
8. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf. [dernière consultation le 22 août 2022]
9. Diedrich JT, Zhao Q, Madden T, Secura GM, Peipert JF. Three-year continuation of reversible contraception. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1 nov 2015;213(5):662.e1-662.e8.
10. Vincent C, Medeiros Maia Roux M. Choisir sa contraception : le point de vue des femmes des Hautes-Pyrénées [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [Toulouse]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2964/>. [dernière consultation le 14 sept 2021]
11. Sgorlon L. La délivrance de l'information par le professionnel de santé à la patiente à propos de contraception : une étude descriptive transversale [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [Montpellier]: Université de Montpellier; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02883692>. [dernière consultation le 5 oct 2021]

12. Lefebvre-Dubois C. Attentes et connaissances des femmes au moment de la première consultation pour demande de contraception [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02108237>. [dernière consultation le 18 janv 2022]
13. Roch N. Attentes des femmes concernant l'information délivrée en consultation de médecine générale, lors d'une consultation dédiée à la contraception [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Paris (2019-....). Faculté de santé; 2021.
14. Santé publique France. Choisir sa contraception | QuestionSexualité [Internet]. QuestionSexualité. Disponible sur: <https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception>. [dernière consultation le 14 sept 2021]
15. Delbosco M. Choix et échec des méthodes contraceptives actuelles : place de l'information numérique chez les femmes de 15 à 45 ans. Étude qualitative menée en 2017 en Haute-Corse (2B) [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [Nice]: Université Nice-Sophia Antipolis; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01873422>. [dernière consultation le 14 sept 2021]
16. Santé publique France. Que faire en cas d'oubli de pilule ? Il faut réagir vite [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/que-faire-en-cas-d-oubli-de-pilule-il-faut-reagir-vite>. [dernière consultation le 17 janv 2022]
17. Pignard E. Étude pilote du projet OPTIMEGE, Oubli de Pilule et ouTil d'Information en MEdecine GENérale, concernant l'intérêt de la carte INPES intitulée « Que faire en cas d'oubli de pilule ? » [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [Grenoble]: UGA UFRM - Université Grenoble Alpes - UFR Médecine; 2014. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00939281>. [dernière consultation le 14 déc 2021]
18. Delavaquerie G. La contraception et votre smartphone [Internet]. Guide Conceptions.org. (s. d.). Disponible sur: <https://www.conceptions.org/la-contraception-et-votre-smartphone/>. [dernière consultation le 14 sept 2021]
19. Rannou C. Les connaissances et pratiques des jeunes femmes, de 20 à 24 ans, face à l'oubli de pilule. Étude quantitative, transversale et descriptive réalisée auprès de 382 femmes sur la période du 1er juillet 2018 au 30 septembre 2018 [Internet] [Mémoire de fin d'étude]. [Brest]: UBO UFR MSS ESF - Université de Bretagne Occidentale - École de sages-femmes; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02187122>. [dernière consultation le 14 déc 2021]
20. HAS. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. 2013. Disponible sur: https://webzine.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes. [dernière consultation le 14 sept 2021]
21. Santé publique France. Choisir sa contraception [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/choisir-sa-contraception>. [dernière consultation le 14 sept 2021]

22. Santé publique France. Un nouvel outil d'information pour mieux choisir sa méthode contraceptive [Internet]. Santé publique France. 2020. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/un-nouvel-outil-d-information-pour-mieux-choisir-sa-methode-contraceptive>. [dernière consultation le 24 nov 2021]
23. HAS. Contraception hormonale orale : dispensation en officine [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1720982/fr/contraception-hormonale-orale-dispensation-en-officine. [dernière consultation le 20 févr 2022]
24. Allemoz J. La délivrance de l'information sur la contraception : état des lieux des pratiques des médecins généralistes à Marseille [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [Marseille]: Aix Marseille Université; 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03049011>. [dernière consultation le 14 sept 2021]
25. Ausset L. Consultation de suivi de contraception en médecine générale : pratiques et contenu de l'interrogatoire des médecins généralistes en Aquitaine [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03287527>. [dernière consultation le 14 déc 2021]
26. Chapuis-Sicard C. Évaluation des pratiques de prescription de la contraception par les médecins généralistes depuis les dernières recommandations HAS de 2004 [Thèse d'exercice de médecine]. [Paris]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2013.
27. Buzyn A. Premier préservatif remboursé par l'Assurance maladie - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé. 2018. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/premier-preservatif-rembourse-par-l-assurance-maladie>. [dernière consultation le 7 févr 2022]
28. Legros S, Meyer A. Prescription du préservatif masculin : étude qualitative sur l'opinion des médecins généralistes et sages-femmes dans l'agglomération grenobloise [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02879874>. [dernière consultation le 7 févr 2022]
29. Baurain M. Parlons sexualité ! Les médecins généralistes sont-ils prêts à améliorer leur abord de la santé sexuelle avec leurs patients ? [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [Nice]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01956357>. [dernière consultation le 25 janv 2022]
30. Aubin C, Jourdain Menninger D. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2009 oct. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000047.pdf>. [dernière consultation le 18 janv 2022]
31. Article 86 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. Code de santé publique, LOI n° 2009-879

- juill 22, 2009. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879795
32. Titre V : Profession de sage-femme (Articles L4151-1 à L4152-9) [Internet]. Code de la santé publique, Article L4151-1 janv, 2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155060/
 33. Guyomard H. Etat des lieux du suivi gynécologique en Médecine Générale : Revue de littérature [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [Angers]: Université d'Angers; 2018. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20127032/2018MCEM9882/fichier/9882F.pdf>
 34. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Monziols M, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;(76). Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76_0.pdf
 35. Douguet F, Vilbrod A. La sage-femme, le généraliste et le gynécologue: les enjeux des relations entre des métiers en tension [Internet]. Paris: ONDPS; 2021 p. 224. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ondps_labers_la_sage-femme_le_generaliste_et_le_gynecologue.pdf
 36. Roux A, Ventola C, Bajos N. Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France. Sciences sociales et santé. 22 sept 2017;35(3):41.
 37. Zaoui J. Renouvellement de contraception orale en médecine générale: étude qualitative des facteurs déterminant la demande non dédiée des patientes de plus de dix-huit ans dans le Nord-Pas-de-Calais [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016. Disponible sur: https://pepitempot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2016/2016LIL2M035.pdf. [dernière consultation le 4 avr 2022]
 38. Duchêne M. Les femmes sous contraceptif oral sont-elles informées des situations à risque de grossesse non programmée ? : étude épidémiologique quantitative menée dans l'arrondissement de Cahors [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2022.
 39. Bougeard P. Prescription de préservatifs: une nouvelle approche de la santé sexuelle en consultation de premier recours chez les 15-30 ans ? Etude observationnelle auprès de médecins généralistes et de sages-femmes en Bretagne [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [France]: Université de Rennes 1; 2020. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/c1d9e9e4-f1de-42ca-8acc-7714f38b26ab>. [dernière consultation le 7 févr 2022]
 40. Delpech R, Ringa V, Falcoff H, Rigal L. Primary prevention of cardiovascular disease: More patient gender-based differences in risk evaluation among male general practitioners. Eur J Prev Cardiol. nov 2016;23(17):1831-8.

41. Krähenmann-Müller S, Virgini VS, Blum MR, da Costa BR, Collet TH, Martin Y, et al. Patient and physician gender concordance in preventive care in university primary care settings. *Prev Med.* oct 2014;67:242-7.
42. Dalban-Moreynas G, Garnier S. La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit [Internet]. INPES; 2007. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/LA_MEILLEURE_CONTRACEPTION_C_EST_CELLE_QUE_L_ON_CHOISIT.pdf. [dernière consultation le 30 août 2022]
43. Pfeiffer S. Enquête qualitative sur le ressenti des patientes concernant l'information reçue au sujet de leur contraception orale, en particulier en cas d'oubli [Internet] [Thèse d'exercice]. [Strasbourg]: Université de Strasbourg; 2021. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2021/2021_PFEIFFER_Sandra.pdf. [dernière consultation le 3 janv 2022]
44. Metten MA, Buyck JF, David S, Rocheteau M, Hérault T, Bertet JG, et al. Opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de prévention. *juill 2021;(1197):6*.
45. Fèvre A. La cotation « Consultation de Contraception et de Prévention » : enquête de pratique auprès de 1138 médecins généralistes libéraux installés en France [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [Montpellier]: Université de Montpellier; 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03152385>. [dernière consultation le 15 janv 2022]
46. Guerin H. Analyse des pratiques des médecins généralistes d'Occitanie lors des consultations de santé sexuelle chez l'adolescente, depuis la création de la cotation « consultation de contraception et prévention » : étude quantitative par questionnaire [Internet] [exercice]. [Toulouse]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2020. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3200/>. [dernière consultation le 15 janv 2022]
47. Delalande B. Perception de la première consultation de contraception et de prévention: étude qualitative auprès de médecins généralistes du Cher [Thèse d'exercice de médecine]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2019.
48. Decaudain H. Consultation dédiée à la première prescription de contraception des mineures de 15 à 18 ans: analyse des modifications de pratique des médecins généralistes depuis la revalorisation de la cotation de cette consultation [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [Lille]: Université de Lille; 2019. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM205.pdf. [dernière consultation le 16 janv 2022]
49. Ma R, Cecil E, Bottle A, French R, Saxena S. Impact of a pay-for-performance scheme for long-acting reversible contraceptive (LARC) advice on contraceptive uptake and abortion in British primary care: An interrupted time series study. *PLOS Medicine.* 14 sept 2020;17(9):e1003333.

50. Galichon C. La prescription et le suivi de la contraception : difficultés rencontrées par le médecin généraliste [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2014. Disponible sur: <https://core.ac.uk/reader/52192860>. [dernière consultation le 10 oct 2021]

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Légende :

- question à réponse unique
- question à réponses multiples

Informations descriptives :

- 1- Quel âge avez-vous ? (en années) : [champ libre]
- 2- Etes-vous ? :
 - Homme
 - Femme
- 3- Etes- vous ? :
 - Médecin généraliste
 - Sage-femme
 - Gynécologue
- 4- Etes-vous :
 - Remplaçant.e
 - Installé.e
 - Salarié.e
 - Libéral.e

Etes-vous thésé.e ? [médecins généralistes et gynécologues uniquement]

 - Oui
 - Non
- 5- Avez-vous une activité universitaire ? [médecins généralistes uniquement]
 - Maître de stage universitaire
 - Directeur/directrice de thèse
 - Tuteur/tutrice
 - Enseignant.e
 - Aucune
- 5- Avez-vous une activité universitaire ? [sages-femmes uniquement]
 - Encadrement de stagiaire
 - Directeur/directrice de mémoire
 - Enseignant.e
 - Aucune
- 5- Avez-vous une activité universitaire ? [gynécologues uniquement]
 - Encadrement d'interne ou d'externe
 - Directeur/directrice de thèse
 - Enseignant.e
 - Aucune
- 6- Quel est votre lieu d'exercice ? :
 - Urbain
 - Semi-rural
 - Rural

- 7- Quel est votre mode d'exercice ?
- Seul
 - Cabinet de groupe
 - Maison de santé pluridisciplinaire
 - PMI
 - CPEF ou CPP
- 8- Depuis combien de temps exercez-vous ? (remplacement inclus) (en années) : [champ libre]
- 9- Avez-vous réalisé une formation spécifique à la gynécologie ? [médecins généralistes uniquement]
- Formation initiale (stage en gynécologie/CPEF)
 - Formation continue (DPC : Développement Professionnel Continu, revues scientifiques, congrès ...)
 - Diplôme d'Université (DU) ou Diplôme Interuniversitaire (DIU)
 - Autre > Pouvez-vous préciser ? [champ libre]
 - Aucune
- 9- Avez-vous réalisé une formation spécifique à la gynécologie ? [sages-femmes et gynécologues]
- Formation continue (DPC : Développement Professionnel Continu, revues scientifiques, congrès...)
 - Diplôme d'Université (DU) ou Diplôme Interuniversitaire (DIU)
 - Autre > Pouvez-vous préciser ? [champ libre]
 - Aucune
- 10- Quelle est la durée moyenne de vos consultations ? (en minutes) : [champ libre]
- 11- À quelle fréquence effectuez-vous une consultation de contraception ? [médecins généralistes uniquement]
- Moins d'une fois par semaine
 - Une à cinq fois par semaine
 - Six à dix fois par semaine
 - Plus de dix fois par semaine
- 12- Quelle.s activité.s de gynécologie pratiquez-vous ?
- Activité d'orthogénie (réalisation d'IVG)
 - Pose et/ou retrait d'implant
 - Pose et retrait de DIU
 - Frottis cervico-utérin
 - Examen gynécologique
 - Autre > Pouvez-vous préciser ? [champ libre]
 - Aucune

Consultations de contraception :

Informations pour le choix contraceptif :

13- Lors des consultations de contraception (première prescription ou demande de changement de méthode contraceptive), chez un.e patient.e jeune en bonne santé, sans antécédent, vous présentez :

	Systematiquement	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
La pilule œstroprogestative					
La pilule microprogestative					
Les contraceptifs injectables					
Le DIU hormonal					
Le DIU au cuivre					
Le patch					
L'implant					
L'anneau vaginal					
Les méthodes barrières (préservatifs, cape, diaphragmes, spermicides...)					
Les méthodes naturelles (MAMA, courbe de température, abstinence périodique, méthode de la glaire cervicale, retrait)					
La ligature des trompes (stérilisation féminine)					
La vasectomie (stérilisation masculine)					

14- Lors des consultations de contraception (première prescription ou demande de changement de méthode contraceptive), chez un.e patient.e en bonne santé, sans antécédent, combien de méthodes contraceptives présentez-vous en moyenne ? [champ libre]

15- Utilisez-vous un ou des outil.s de présentation récapitulatif.s de l'ensemble des méthodes de contraception ? (par exemple tableau récapitulatif)

- Papier/brochure
- Numérique (site internet ou application)
- Autres > Pouvez-vous préciser ? [champ libre]
- Aucun

16- Utilisez-vous un ou des outil.s de présentation visuelle des différentes méthodes de contraception ?

- Schéma ou dessin ou photo
- Echantillons de démonstration des différentes contraceptions (DIU, plaquettes de pilule, implant...)
- Vidéo
- Autres > Pouvez-vous préciser ? [champ libre]
- Aucun

Comment avez-vous connu ce.s outil.s ?

- Formation initiale
- Stage
- Confrère ou consœur
- Stagiaire (étudiant, externe, interne)
- Congrès, DPC (Développement Professionnel Continu)
- Revue médicale
- Autre

17- Connaissez-vous le site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité » ?

- Oui
- Non

18- Lors des consultations de contraception (première prescription ou demande de changement de méthode contraceptive), vous présentez pour chaque méthode contraceptive exposée :

	Systematiquement	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Leur efficacité					
Leur mode d'emploi et mode d'action					
Leurs contre-indications et risques					
Leur remboursement et leur coût					
Les effets indésirables possibles					

19- Lors du renouvellement d'un contraceptif, recherchez-vous la présence d'effets indésirables de la méthode contraceptive utilisée ?

- Systematiquement
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

20- Lors du renouvellement d'un contraceptif, interrogez-vous la patiente sur sa satisfaction de la méthode contraceptive utilisée ?

- Systematiquement
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Gestion des oublis :

21- Lors de l'initiation d'une contraception par pilule, abordez-vous le sujet de la conduite en cas d'oubli de pilule ?

- Systematiquement
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

22- Lors du renouvellement d'une contraception par pilule, abordez-vous le sujet de la conduite en cas d'oubli de pilule ?

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Lorsque vous évoquez la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, sous quelle forme transmettez-vous l'information ? (plusieurs réponses possibles)

- Orale
- Ecrite sur l'ordonnance
- Carte INPES
- Adresse site internet
- Application smartphone
- Autre > Pouvez-vous préciser ? [champ libre]

23- Concernant la contraception d'urgence, la prescrivez-vous ?

- Systématiquement sur l'ordonnance du contraceptif
- Souvent sur l'ordonnance du contraceptif
- Parfois sur l'ordonnance du contraceptif
- Rarement sur l'ordonnance du contraceptif
- Jamais

Selon quel.s critère.s prescrivez-vous la contraception d'urgence sur l'ordonnance du contraceptif ? [si réponse 23- tout sauf « jamais »] [champ libre]

Aide à la prise du contraceptif :

24- Pour aider les patientes à ne pas oublier leur pilule, conseillez-vous à vos patientes :

	Systématiquement	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Une application smartphone					
Un rappel simple (réveil) sur leur smartphone					
Associer la prise du contraceptif à un geste du quotidien					

Si vous conseillez au moins une application smartphone, pouvez-vous en préciser le.s nom.s ? [champ libre]

Thèmes abordés pendant les consultations de contraception :

25- Lors des consultations de contraception, abordez-vous avec vos patient.e.s :

	Systématiquement	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Le thème de la sexualité					
Le dépistage des IST (Infections sexuellement transmissibles)					
La prescription de préservatifs					

Consultations dédiées :

26- Lors d'une première consultation de contraception, effectuez-vous une consultation dédiée uniquement à la contraception ?

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

27- Lors d'un renouvellement de contraception, effectuez-vous une consultation dédiée uniquement à la contraception ?

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

28- Toutes les questions précédentes sont tirées des recommandations de la HAS concernant les consultations de contraception. Quelle durée de consultation serait nécessaire pour aborder tous ces points, selon vous ? (en minutes) [champ libre]

Le site « Choisir sa contraception – QuestionSexualité » : [Section déroulée si réponse 17- « Oui »]

Utilisation du site « Choisir sa contraception – QuestionSexualité » :

29- Lors des consultations de contraception, utilisez-vous le site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité » pour informer votre patient.e ?

- Oui
- Non

Lors des consultations de contraception, quelle.s partie.s du site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité » utilisez-vous ? [Si réponse 29- « Oui »]

- Le tableau comparatif récapitulant l'ensemble des méthodes contraceptives
- Le questionnaire d'aide au choix
- Les sections informatives sur chaque méthode contraceptive
- La section informative sur la contraception d'urgence
- Autre partie du site > Pouvez-vous préciser ? [champ libre]

30- Conseillez-vous le site « Choisir sa contraception – QuestionSexualité » à votre patient.e ?

- Oui
- Non

Quelle.s partie.s du site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité » conseillez-vous à votre patient.e ? [Si réponse 30- « Oui »]

- Le tableau comparatif récapitulant l'ensemble des méthodes contraceptives
- Le questionnaire d'aide au choix
- Les sections informatives sur chaque méthode contraceptive
- La section informative sur la contraception d'urgence
- Autre partie du site > Pouvez-vous préciser ? [champ libre]

Sous quelle forme conseillez-vous le site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité » à votre patient.e ?

- Sur papier
- Sur l'ordonnance
- Avec la brochure « Choisir sa contraception » de l'INPES
- À l'oral
- Autre > Pouvez-vous préciser ? [champ libre]

Freins à l'utilisation du site « Choisir sa contraception – QuestionSexualité » :

31- Comment évaluez-vous le site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité » selon les critères suivants ?

	0 (très mauvaise)	1	2	3	4	5 (excellente)
L'utilité du site pendant la consultation de contraception						
L'utilité du site pour les patient.e.s						
La qualité des informations contenues						
La lisibilité, la clarté et la compréhension des informations contenues						
La navigation sur le site						

32- L'utilisation du site « Choisir sa contraception – QuestionSexualité » pendant la consultation de contraception vous paraît-elle chronophage ?

- Oui
- Non

33- Êtes-vous à l'aise avec les outils numériques ?

- Tout à fait
- Moyennement
- Pas du tout

34- Relevez-vous d'autres freins à l'utilisation du site « Choisir sa contraception – QuestionSexualité » ?

- Oui > Le ou lesquel.s ? [champ libre]
- Non

35- Recommanderiez-vous l'utilisation du site à un confrère pour ses consultations de contraception ?

- Oui
- Non

Annexe 2 : Réalisation du Score d'Adéquation aux Recommandations (SAR)

Afin d'évaluer la conformité des pratiques aux recommandations de la HAS, nous avons réalisé un score d'adéquation divisé en six catégories. Chaque catégorie correspond à un grand thème abordé dans les recommandations. Nous avons établi un score pour chaque catégorie, rapporté sur 10, 0 étant le score le plus défavorable et 10 le plus favorable.

Pour la première catégorie, le score est basé sur le nombre de méthodes contraceptives présentées rapporté au nombre maximal observé, soit 15.

La deuxième catégorie portait sur l'utilisation, lors des consultations, d'un support récapitulatif des différentes méthodes contraceptives et d'un support visuel de présentation (schéma, dessin, échantillon de démonstration des différents contraceptifs ou vidéo). En cas d'utilisation d'un support récapitulatif, le répondant obtenait un point, un point était également accordé en cas d'utilisation d'un support visuel (les deux étant cumulatifs).

Les informations données lors de l'initiation d'une contraception étaient traitées dans la troisième catégorie : l'efficacité, le mode d'emploi, les contre-indications, le remboursement, les effets indésirables possibles des différentes méthodes contraceptives exposées et la réalisation d'une consultation dédiée à ce motif. Chacun des six éléments évoqués était coté suivant une échelle de fréquence par graduation de 0,25, de 0 (jamais) à 1 (systématiquement). Le score de la troisième catégorie correspondait ainsi à la somme des six items.

La quatrième catégorie se référait aux éléments abordés lors du renouvellement d'une contraception : la présence d'effets indésirables, la satisfaction de la méthode utilisée et la réalisation d'une consultation dédiée à la contraception. L'échelle de fréquence décrite précédemment était alors utilisée, et le score de la catégorie calculé comme la somme des trois composantes.

Nous avons examiné la gestion des oublis dans la cinquième catégorie : l'information sur la conduite à tenir en cas d'oubli lors de l'initiation d'une contraception et lors d'un renouvellement, la prescription de la contraception d'urgence sur l'ordonnance du contraceptif, le format de l'information de la conduite à tenir en cas d'oubli (oral ou écrit) ainsi que les conseils proposés pour éviter les oublis. Les trois premiers paramètres étaient cotés selon l'échelle de fréquence déjà citée. Concernant le support de l'information sur la conduite

à tenir en cas d'oubli, 0,5 point était accordé dans le cas d'une information orale, et de même dans le cas d'une information écrite (sur l'ordonnance, carte INPES, site internet ou application smartphone), les deux étant cumulatifs. Au sujet des conseils d'aide à la prise de contraception orale, trois types de recommandations étaient recherchés dans notre questionnaire : l'utilisation d'une application sur smartphone, l'utilisation d'un rappel simple ou réveil, et l'association à un geste du quotidien. Ces trois éléments étaient évalués sur la base de l'échelle de fréquence décrite plus haut. Nous avons retenu pour le score de cette catégorie la moyenne des points relatifs à ces trois conseils, ainsi que les points des quatre items précédents.

La dernière catégorie retranscrivait les thématiques abordées lors des consultations de contraception selon l'échelle de fréquence déjà utilisée : la sexualité, le dépistage des IST et la prescription de préservatifs. Le score de cette catégorie était établi comme la somme des points liés à ces trois composantes.

Nous avons ensuite additionné les scores des six catégories pour obtenir le score total, en choisissant d'appliquer une pondération deux fois plus importante pour la première catégorie, qui nous semble la plus importante. Au sein des recommandations de la HAS, le point déterminant repose en effet sur l'information des patientes, et leur libre choix en toute connaissance des différentes contraceptions existantes. La diversité des méthodes présentées est essentielle pour un choix adapté à chacune.

Annexe 3 : Mail de présentation aux professionnels de santé

Bonjour,

Je suis interne en Médecine Générale à l'université Paris-Saclay.

Je réalise actuellement mon travail de thèse sur **les pratiques et modalités d'information utilisées par les professionnels de santé en consultation de contraception.**

Je vous sollicite pour répondre au questionnaire en ligne élaboré dans le cadre de ce travail.

Ce questionnaire s'adresse aux professionnel.le.s de santé (salarié.e.s installé.e.s ou remplaçant.e.s) réalisant des consultations de contraception en **ville** ou en Centre de Planification et d'Éducation Familiale (**CPEF**) ou en centre de Protection Maternelle et Infantile (**PMI**) :

- **Sages-femmes**
- **Médecins généralistes**
- **Gynécologues médicaux ou obstétriciens**

Le questionnaire est anonyme. Il comprend une trentaine de QCM. La durée moyenne de réponse au questionnaire est de 7 à 10 minutes.

Le lien suivant vous mènera au questionnaire en ligne :

<https://framaforms.org/information-contraceptive-delivree-par-les-professionnels-de-sante-1643137248>

Je vous remercie par avance pour le temps que vous accorderez à mon questionnaire, votre participation m'est très précieuse.

Mme Charlotte PICARD, interne en médecine générale

thesedesmgcharlottepicard@gmail.com

Annexe 4 : Caractéristiques des professionnels liées au SAR total, modèle linéaire univarié (N = 896)

Variable et modalités	Effectif	Valeur du SAR (points) par rapport à la référence / par unité supplémentaire	[IC95%]*	p-value
Âge (années)				0,04
<31	157	Ref.		
[31-40]	345	-0,18	[-0,41 - 0,06]	0,15
[41-50]	183	0,09	[-0,17 - 0,36]	0,49
>50	211	-0,22	[-0,48 - 0,04]	0,09
Sexe				<0,01
Masculin	115	Ref.		
Féminin	781	1,34	[1,11 - 1,57]	<0,01
Spécialité				<0,01
Médecin généraliste	427	Ref.		
Sage-femme	384	1,22	[1,07 - 1,38]	<0,01
Gynécologue	85	0,44	[0,18 - 0,70]	<0,01
Remplaçant				<0,01
Non	780	Ref.		
Oui	116	-0,40	[-0,65 - -0,15]	<0,01
Activité universitaire				0,25
Non	625	Ref.		
Oui	271	0,11	[-0,07 - 0,29]	0,25
Lieu d'exercice				0,45
Urbain	413	Ref.		
Semi-rural	315	-0,12	[-0,30 - 0,07]	0,21
Rural	168	-0,08	[-0,30 - 0,15]	0,50
Mode d'exercice				<0,01
Seul	164	Ref.		
Groupe	569	-0,04	[-0,25 - 0,18]	0,73
PMI/CPEF/PPP	136	0,57	[0,29 - 0,85]	<0,01
Mixte	27	0,49	[-0,02 - 1,00]	0,06
Années d'exercice	896	0,00	[-0,01 - 0,01]	0,64
Formation spécifique à la contraception				<0,01
Non	179	Ref.		
Oui	717	0,95	[0,75 - 1,14]	<0,01
Durée moyenne d'une consultation (minutes)	896	0,06	[0,06 - 0,07]	<0,01
Nombre de gestes gynécologiques réalisés[†]	896	0,43	[0,38 - 0,48]	<0,01

*Intervalle de confiance à 95%

[†]Parmi les différents actes gynécologiques étudiés : IVG, implant, DIU, FCU et examen gynécologique

Annexe 5 : Comparaison des professionnels selon leur utilisation ou leur conseil du site, modèle linéaire univarié (N = 571)

Variable et modalités	Effectif		OR [‡] (site utilisé ou conseillé)	[IC95%]*	p-value
	Site non utilisé et non conseillé (N=159)	Site utilisé et/ou conseillé (N=412)			
Âge (années)					0,04
<31	33	94	Ref.		
[31-40]	52	178	1,20	[0,72 - 1,98]	0,47
[41-50]	39	72	0,65	[0,37 - 1,13]	0,13
>50	35	68	0,68	[0,39 - 1,20]	0,19
Sexe					0,44
Masculin	9	31	Ref.		
Féminin	150	381	0,74	[0,32 - 1,53]	0,44
Spécialité					<0,01
Médecin généraliste	47	189	Ref.		
Sage-femme	92	199	0,54	[0,36 - 0,80]	<0,01
Gynécologue	20	24	0,30	[0,15 - 0,59]	<0,01
Remplaçant					0,04
Non	143	341	Ref.		
Oui	16	71	1,86	[1,07 - 3,42]	0,04
Activité universitaire					0,18
Non	119	285	Ref.		
Oui	40	127	1,33	[0,88 - 2,02]	0,18
Lieu					0,91
Urbain	76	199	Ref.		
Semi-rural	54	144	1,02	[0,68 - 1,54]	0,93
Rural	29	69	0,91	[0,55 - 1,52]	0,71
Mode d'exercice					0,02
Seul	28	53	Ref.		
Groupe	82	270	1,74	[1,02 - 2,91]	0,04
PMI/CPEF/PPP	42	74	0,93	[0,51 - 1,68]	0,81
Mixte	7	15	1,13	[0,42 - 3,26]	0,81
Années d'exercice	159	412	0,98	[0,96 - 0,99]	<0,01
Formation spécifique à la contraception					0,02
Non	33	53	Ref.		
Oui	126	359	1,77	[1,09 - 2,85]	0,02
Durée moyenne d'une consultation (minutes)	159	412	0,97	[0,95 - 0,99]	0,01
Nombre de gestes gynécologiques réalisés[†]	159	412	1,06	[0,92 - 1,22]	0,43

[‡]Odds ratio

*Intervalle de confiance à 95%

[†]Parmi les différents actes gynécologiques étudiés : IVG, implant, DIU, FCU et examen gynécologique

RÉSUMÉ

Contexte : L'importance d'une information contraceptive de qualité a été établie et soulignée par les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). L'objectif de cette étude était d'évaluer les pratiques et modalités de délivrance de l'information par les professionnels de santé en consultation de contraception.

Méthode : Notre étude était quantitative, descriptive, transversale. Le questionnaire, basé sur les recommandations de la HAS (2019), a été distribué en ligne entre avril et juin 2022.

Résultats : 896 professionnels de santé (427 médecins généralistes, 384 sages-femmes et 85 gynécologues) ont répondu à notre questionnaire. Ils ont déclaré présenter en moyenne 5,8 méthodes contraceptives et utiliser pour une large majorité des supports récapitulatifs et/ou visuels. Lors de l'initiation d'une contraception, nos résultats montrent la délivrance d'une information le plus souvent exhaustive, et au cours d'une consultation dédiée (systématiquement ou souvent dans 87,8 % des cas), moins fréquemment lors du renouvellement de contraception (61,3 % des cas). Les professionnels ont déclaré aborder systématiquement ou souvent la gestion des oublis dans 97,9 % des cas lors de l'initiation d'un contraceptif, contre 79,6 % lors de son renouvellement, le dépistage des infections sexuellement transmissibles dans 91,9 % des cas, la sexualité dans 78,6 % des cas et la prescription de préservatifs dans 65,4 % des cas. Le sexe féminin, la profession de sage-femme, la durée de consultation, un plus grand nombre de gestes gynécologiques effectués et la réalisation d'une formation spécifique en contraception étaient associés positivement à des pratiques davantage en adéquation avec les recommandations. Le site « Choisir sa contraception / QuestionSexualité » était connu par 63,7 % des professionnels interrogés. Parmi ces derniers, 72,2 % ont déclaré l'utiliser ou le conseiller à leurs patientes.

Conclusion : Le temps de consultation est ainsi un déterminant pour une médecine de qualité. L'utilisation de support d'information semble être une solution à une durée de consultation restreinte. La coopération entre les professionnels de santé paraît être une piste à développer.

Mots-clés : Contraception, information, support d'information, pratiques professionnelles, sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues, recommandations.

SUMMARY

Context: The importance of quality contraceptive information has been established and underlined by the recommendations of the Haute Autorité de Santé (HAS). The aim of this study was to evaluate the practices and methods of information delivery by health professionals in contraceptive consultations.

Method: Our study was quantitative, descriptive and cross-sectional. The questionnaire, based on the HAS recommendations (2019), was distributed online between April and June 2022.

Results: 896 health professionals (427 general practitioners, 384 midwives and 85 gynaecologists) responded to our questionnaire. They declared presenting an average of 5.8 contraceptive methods and using, for the most part, summary and/or visual aids. When initiating contraception, our results show that information is most often provided in full and during a dedicated consultation (systematically or often in 87.8% of cases), less frequently during contraceptive renewal (61.3% of cases). Professionals said that they systematically or often discussed the management of omissions in 97.9% of cases when initiating a contraceptive, as opposed to 79.6% when renewing it, screening for sexually transmitted infections in 91.9% of cases, sexuality in 78.6% of cases and the prescription of condoms in 65.4% of cases. The female sex, the profession of midwife, the length of consultation, a greater number of gynaecological procedures performed and the completion of specific contraceptive training were positively associated with practices more in line with the recommendations. The "Choisir sa contraception / QuestionSexualité" website was known by 63.7% of the professionals questioned. Of these, 72.2% said they used it or advised it to their patients.

Conclusion: Consultation time is thus a determining factor for quality medicine. The use of information material seems to be a solution to a limited consultation time. Cooperation between health professionals seems to be an avenue to be developed.

Keywords: Contraception, information, information support, professional practices, midwives, general practitioners, gynaecologists, recommendations