

Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 24 octobre 2024

Par Fanny LAVAL CHASSAGNE

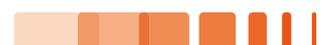
**Satisfaction et attentes des femmes majeures non ménopausées
envers leur médecin généraliste en matière de contraception.**

Thèse dirigée par M. le Docteur Clément BOURGAIN

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER
Mme le Professeur Marie-Pierre TEISSIER
M. le Professeur Gaëtan HOUDARD
M. le Docteur Clément BOURGAIN

Présidente
Juge
Juge
Directeur de Thèse



Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 24 octobre 2024

Par Fanny LAVAL CHASSAGNE

Satisfaction et attentes des femmes majeures non ménopausées envers leur médecin généraliste en matière de contraception.

Thèse dirigée par M. le Docteur Clément BOURGAIN

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER
Mme le Professeur Marie-Pierre TEISSIER
M. le Professeur Gaëtan HOUDARD
M. le Docteur Clément BOURGAIN

Présidente
Juge
Juge
Directeur de Thèse

Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Asseseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE

DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale

HOUDARD Gaëtan (du 01-09-2019 au 31-08-2025)

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

BUREAU-YNIESTA Coralie (du 01-09-2022 au 31-08-2025)

LAUCHET Nadège (du 01-09-2020 au 31-08-2023)

SEVE Léa (du 01-09-2021 au 31-08-2024)

Professeurs Emérites

ADENIS Jean-Paul du 01-09-2017 au 31-08-2021

ALDIGIER Jean-Claude du 01-09-2018 au 31-08-2022

BESSEDE Jean-Pierre du 01-09-2018 au 31-08-2022

BUCHON Daniel du 01-09-2019 au 31-08-2022

DARDE Marie-Laure du 01-09-2021 au 31-08-2023

DESSPORT Jean-Claude du 01-09-2020 au 31-08-2022

MABIT Christian du 01-09-2022 au 31-08-2024

MERLE Louis du 01-09-2017 au 31-08-2022

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2023

NATHAN-DENIZOT Nathalie du 01-09-2022 au 31-08-2024

TREVES Richard du 01-09-2021 au 31-08-2023

TUBIANA-MATHIEU Nicole du 01-09-2018 au 31-08-2021

VALLAT Jean-Michel du 01-09-2019 au 31-08-2023

VIROT Patrice du 01-09-2021 au 31-08-2023

Assistants Hospitaliers Universitaires

ABDALLAH Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
APPOURCHAUX Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
BUSQUET Clémence	HEMATOLOGIE
CHAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MARTIN ép. DE VAULX Laury	ANESTHESIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
MONTMAGNON Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
SERVASIER Lisa	CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ABDELKAFI Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
AGUADO Benoît	PNEUMOLOGIE
ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
BAUDOUIN Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BLANCHET Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
BLANQUART Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
BOGEY Clément	RADIOLOGIE

BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BURGUIERE Loïc	SOINS PALLIATIFS
CHASTAINGT Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COLLIN Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
COUMES-SALOMON Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
CURUMTHAULEE Faiz	OPHTALMOLOGIE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DU FAYET DE LA TOUR Anaïs	MEDECINE LEGALE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
FRACHET Simon	NEUROLOGIE
GIOVARA Robin	CHIRURGIE INFANTILE
LADRAT Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
LAGOUEYTE Benoit	ORL
LAPLACE Benjamin	PSYCHIATRIE
LEMACON Camille	RHUMATOLOGIE
MEYNARD Alexandre	NEUROCHIRURGIE
MOI BERTOLO Emilie	DERMATOLOGIE
MOHAND O'AMAR ép. DARI Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
NASSER Yara	ENDOCRINOLOGIE
PAGES Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE

RATTI Nina	MEDECINE INTERNE
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE
SALLEE Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SEGUY ép. REBIERE Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
THEVENOT Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
TRAN Gia Van	NEUROCHIRURGIE
VERNAT-TABARLY Odile	OPHTALMOLOGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BOURGAIN Clément
HERAULT Kévin
RUDELLE Karen

Praticiens Hospitaliers Universitaires

HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

Remerciements

Aux membres du jury,

À madame le Professeur Nathalie DUMOITIER, Je tiens à vous exprimer ma profonde reconnaissance pour l'investissement que vous mettez dans notre formation du DES de médecine générale. Votre bienveillance à mon égard n'a jamais failli. Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury.

À madame le Professeur Marie-Pierre TEISSIER, je tiens à vous remercier pour la richesse de vos enseignements depuis mes premières années d'étude de médecine. Je suis honorée que vous ayez accepté de faire partie de mon jury. Soyez assurée de toute ma reconnaissance et mon respect.

À monsieur le Professeur Gaëtan HOUDARD, je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Je vous remercie également pour votre bienveillance tout au long de ma formation.

À mon directeur de thèse, monsieur le Docteur Clément BOURGAIN, je tiens à te remercier d'avoir accepté de diriger cette thèse. Tes conseils avisés, tes remarques constructives et ta patience tout au long de ce parcours ont été essentiels. Merci d'avoir consacré du temps pour mon travail.

À l'ensemble de mes maitres de stage,

J'ai été chanceuse d'être accueillie par des personnes bienveillantes comme vous. Merci pour le temps accordé à ma formation.

Un merci particulier à **Marie-Julie CEYRAT,** tu as été une véritable source d'inspiration. J'admire ton organisation de travail, ta rigueur et ton implication envers tes patients.

À Sylvie CLAUX, j'admire ta douceur, ta gentillesse et ton dévouement.

À Annelise MASDUPUY-ALLEMAN, je vous remercie d'avoir toujours été à l'écoute et soucieuse de mon bien être tout au long de mes études.

À François TESTUT et à son épouse, je vous remercie pour votre accueil chaleureux et pour tout ce que vous m'avez enseigné, que ce soit en médecine ou dans d'autres domaines, sans oublier les délicieux repas partagés.

À Anne SABOUREAU, merci pour ce stage en PMI, j'ai beaucoup appris auprès de vous dans le domaine de la pédiatrie. J'apprécie particulièrement votre spontanéité.

À ma tutrice, Pauline PEPY, merci pour ton accompagnement de qualité, ta bienveillance, et pour la relecture attentive de mes récits. Mon grand intérêt pour la pratique de la gynécologie en médecine générale est né du stage d'externat que j'ai réalisé chez toi.

Aux membres de l'équipe médicale et paramédicale des urgences du CH de Brive,

Je vous remercie de m'avoir chaleureusement accueillie lors de mon premier stage d'internat, alors que j'arrivais avec une certaine appréhension. Un merci tout particulier à **Pauline.F, Julie.T et Jean-Baptiste.C** à qui je pouvais poser mes questions et confier mes craintes en toute transparence. Vous avez su m'apporter un soutien sincère, toujours avec gentillesse et bonne humeur.

Mention particulière à mes « chefs » qui sont devenus des précieux amis :

À Gaël et Galdric, mes jumeaux urgentistes préférés. Votre arrivée a été un souffle de renouveau dans un moment de doute. J'ai découvert des personnes entières et au grand cœur comme il en existe peu. Vous avez été de véritables piliers pour moi et je vous en remercie. Merci pour les fous rires, les vacances à la montagne, et tous ces moments partagés. Je souhaite que notre amitié perdure et les moments partagés plus nombreux.

À Charlène, ma Doc à paillettes, ma rencontre exceptionnelle de l'internat. Nous avons assistée l'une et l'autre à nos débuts, moi en tant qu'interne, toi en tant que « chef ». Nous nous sommes mutuellement soutenues et rassurées. Je te remercie pour tout ce que tu as apporté à ma vie, autant sur le plan personnel que professionnel. Merci pour ces moments de réconfort, ces confidences, ces voyages, ces soirées. Tu es bien plus qu'une simple amie.

À Anelise et Florence, mes co-internes, nous avons tissé des liens indéfectibles, et nos différences ont su se compléter à merveille. Vous avez apporté de la joie à mes années d'internat. Vous êtes des personnes formidables et je vous souhaite d'être épanouie dans vos vies respectives. J'espère que le groupe « défouloir » restera actif.

Aux équipes médicales et paramédicales de MIR/MIT du CH de Brive,

Je vous remercie tous pour votre bienveillance à mon égard. Un merci spécial à **Marion.G, Patricia.D, Naouel.B, Xavier.E, Adel.B et Guillaume.V**, vous m'avez apporté de précieux enseignements tant dans vos spécialités respectives que, pour certains, sur le plan sportif. En effet, je ne peux pas parler de vous sans mentionner nos parties de foot en salle du jeudi soir. Je suis ravie de vous compter désormais parmi mes confrères spécialistes de confiance.

Merci également à mes co-internes de MIR/MIT, **Camille, Adélaïde, Maxime, Safi**, j'espère que nos chemins se croiseront à nouveau. Mention particulière à **Alexandra**, ma partenaire de « l'enfer ». Je suis sincèrement heureuse de t'avoir découverte et j'espère que nous pourrons nous voir plus souvent. N'oublie pas, Brive c'est sympa...

Au service de gynécologie-obstétrique du CH de Brive, à l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale, merci pour votre accueil. Merci Christelle, Bibi et Clémence pour ces nombreuses gardes passées ensemble. Mon attrait pour ce domaine a mûri au fil des mois grâce à vous. Merci de m'avoir confortée dans le choix de mon sujet de thèse.

À mes co-internes de gynéco du tonner **Salwa, Manon, Charly et Timothée**, nous étions la meilleure team d'interne jamais connue à ce jour j'en suis certaine. À nos parties de Pédantix, nos fous rires, notre répertoire de citations, notre d*d* phone, et j'en passe. Merci d'avoir rendu ce stage encore meilleur. Nos moments resteront gravés.

À mes co-internes de DES, en particulier **Pauline.R et Marion.D**, je suis ravie d'avoir pu faire plus ample connaissance avec vous pendant ces années d'internat.

À **Quentin.S**, grâce à tes talents de comique, tu as rendu nos cours et « révisions » d'externat beaucoup plus faciles. Nous formions une formidable team de blaireaux. J'espère que ta vie dans le sud te réussit, et je ne doute pas une seconde que tu sois un excellent gériatre.

À **Pauline.B**, nous n'avons partagé que les deux premières années d'étude ensemble, mais pourtant, nous avons vécu beaucoup d'aventure ! Même si cela fait 6 ans que nous sommes à l'autre bout du monde l'une de l'autre, nous savons que notre amitié existera toujours

À **Charlotte**, membre des blaireaux, toi qui est partie trop tôt, je ne t'oublie pas.

À tous ceux que je n'ai pas expressément cités, et qui ont participé au bon déroulement de mes études, merci.

À mes proches,

À **Mathilde**, ma partenaire de vie étudiante, mon repère. Nous ne nous sommes jamais quittées en choisissant le même parcours jusqu'à la fin. Merci pour ces heures de travail ensemble, à la BU, chez moi, chez toi, à Baby, et ailleurs, pour les moments où tu m'aidais à relativiser et où tu me redonnais confiance en moi. Sans toi, tout aurait été plus difficile. Nous sommes liées pour toujours. Je t'aime ma sœur. Merci également à **Vincent**, ton mari et aussi mon co-interne, pour ces moments partagés.

À **Marion.B**, mon double, ma Boubou. Notre rencontre il y a 10 ans à la fac semblait écrite. Nous avons développé une amitié exceptionnelle, loyale, et nous nous sommes toujours épaulées. Je te remercie pour toutes ces soirées autour des plats de mamie Pierrette après la BU à refaire le monde et pour nos soirées parfois trop arrosées. Tu as su m'apporter à la fois folie et raison. Merci pour ton soutien tout au long de l'écriture de ma thèse et pour ta relecture attentive. Je sais que nous avons toute la vie devant nous pour continuer le récit de notre belle amitié. Je t'aime très fort.

À **Pauline.R**, ma Paupau. Je te remercie pour les moments précieux passés à tes côtés depuis toutes ces années, pour ton réconfort apaisant lorsque ça n'allait pas, et pour tous ces moments de bitchage qu'on adore. L'éloignement a été une épreuve que nous avons surmontée, grâce à la force de notre amitié. Je t'aime. Merci à ton mari, **Xavier**, pour la relecture de ma traduction. César, j'ai hâte de te rencontrer.

À **Léa Marchat**, Lélé, ma pétillante amie, je suis si chanceuse d'avoir pu te rencontrer. J'admire la femme que tu es devenue et je te remercie pour tous ces beaux moments partagés ensemble et ton soutien durant mes études. À **Achille**, ton fils, qui a apporté de la gaieté avec son arrivée durant ma dernière année d'internat. Je vous aime.

À mes amis du collège, Victorine, Etienne, Cyril, Adrien, Lucas, vous avez contribué à ma réussite en m'apportant de nombreux moments de bonheur. À ceux dont le chemin s'est écarté du mien, vous avez joué un rôle important dans mes études.

À Antoine, mon précieux ami, je te remercie de m'accompagner avec sincérité et bienveillance depuis plus de 15 ans. Continuons à partager de beaux moments ensemble.

À Eva, du collège à la faculté, notre amitié s'est épanouie avec le temps. Reviens vite de ton long voyage, j'ai si hâte de te retrouver en Corrèze pour que tu m'embarques dans toutes « tes babosseries post thèse ».

À Rémy, tu as fêté avec moi les soirées médecine comme si tu faisais partie intégrante de la faculté, jusqu'à même vouloir t'incruster à une colle avec moi. Tu étais là aussi pour les moins bons moments m'apportant du réconfort. Notre amitié est indéfectible et doit être choyée. Peu importe les chemins que tu choisis, je serai toujours là.

À Loris, mon ami d'enfance, mon roux adoré, je te remercie pour tous ces moments de taquinage, qui sont notre façon d'exprimer notre attachement l'un envers l'autre.

À Mathieu.S, mon ami, le chou de mon mari, merci pour ton aide précieuse à la compréhension d'Excel. Sans tes conseils, je ne sais pas si j'aurais réussi un jour à commencer le traitement de mes données.

À mes amis rencontrés plus récemment, **Marion, Julie, Tony, Régis**. Je vous remercie pour les nombreux moments passés ensemble. Notre voyage à Malte est un très bon souvenir que nous partageons. Merci pour les multiples parties de tour de France, mes préférées étaient celles où je gagnais. Vous avez été d'une oreille attentive, et je suis heureuse de vous compter dans ma vie.

À ma famille,

À Léa Tino, toi ma meilleure amie, ma bestouille depuis 25 ans. Tu fais partie intégrante de ma famille. Merci pour tout le soutien que tu m'as apporté et pour tous les moments de vie vécus ensemble. Tu sais trouver les mots justes et tu as toujours été très attentive à mon bien-être au cours de mes études. Sans toi ma vie ne serait pas si belle. À toutes nos aventures et aux prochaines. Je t'aime de tout mon cœur.

À mes frères, Maxime, Alexandre, la prune de mes yeux. Je ne vous remercie pas pour le bruit que vous avez fait pendant mes heures de révisions, mais c'est oublié, car cela ne m'a pas porté préjudice et que vous avez toujours été des petits frères adorables. Merci Alexandre d'accepter de faire des footings avec nous, je sais que c'est une véritable preuve d'amour envers ta fratrie. Que notre complicité ne cesse de grandir. Je vous aime par-dessus tout.

À mes parents, merci pour l'éducation que vous m'avez donnée, merci d'avoir toujours tout fait pour que je réussisse et d'avoir toujours cru en moi. Sans vous, rien de tout cela n'aurait été possible. Je vous dois tout. **Papa**, tu peux continuer à m'appeler tous les jours, et même si je râle, n'oublie pas que je t'aime « grand comme la mer, grand comme le ciel ». **Maman**, même si tu n'es plus mon doudou pour m'aider à m'endormir, j'aurai toujours besoin de toi, je t'aime.

À mes beaux-parents, Sylvie, Christophe et Isa, et à Mathieu, je vous remercie de m'avoir si bien accueillie dans vos vies. Vous m'avez apporté un soutien précieux et sincère durant toutes ces années.

À mes grands-parents,

À papi Manu et mamie Rose, je vous remercie pour l'amour que vous m'avez toujours donné. Soyez fiers de tout ce que vous avez accompli pour votre grande famille, il nous revient désormais de veiller sur vous.

À mamie Jeanine, merci pour tout ce que tu as fait pour moi. Ce lien unique que nous partageons est inexplicable.

À toi, mon papi Michel, je sais que, de là-haut, tu es fier de moi. Bien que tu aies rejoint un autre monde avant ma première année de médecine, ta présence ne m'a jamais vraiment quittée. Tu m'as donné la force de surmonter les moments les plus difficiles, et c'est à toi que je dédie chacune de mes réussites. Tu me manques.

À Thomas, mon amour, mon mari. Voilà plus de 8 ans que tu fais partie de ma vie. Je te remercie de m'avoir suivie à Limoges par amour, même si tu détestais cette ville. Tu m'as soutenue, tu as su m'épauler comme personne. Notre début de vie commune a été atypique, entre mes concessions pour mes études et les tiennes pour ta carrière sportive. La rigueur et la persévérance requises étaient les mêmes. Merci d'avoir essuyé mes larmes et de m'avoir fait tant rire. Je veux vivre toute ma vie à tes côtés et j'ai hâte de voir ce que notre futur nous réserve. « *Parce que c'est toi* » je t'aime.

Un dernier merci à ma regrettée **Zanka**, et à **Romy**, ma petite boule de poils à quatre pattes adorée, qui m'ont apporté un soutien constant avec leurs câlins réconfortants.

Aux autres membres de ma famille que je n'ai pas cités, mes oncles et tantes, mes cousins. Merci d'avoir suivi mon parcours de près ou de loin avec bienveillance.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

AME : Aide Médicale d'État

CCP : Consultation de Contraception et Prévention

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

COC : Contraception Orale Combinée

CSS : Centre de Santé Sexuelle

DCI : Dénomination Commune Internationale

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DIU : Dispositif Intra-utérin

DU : Diplôme Universitaire

DPC : Développement Professionnel Continu

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SNS : Stratégie Nationale de Santé

SNSS : Stratégie Nationale de Santé Sexuelle

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ZAC : Zone d'Action Complémentaire

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

Table des matières

Introduction.....	23
I. Généralités	24
I.1. La contraception au cœur de la santé sexuelle	24
I.1.1. Définitions	24
I.1.2. La Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030	24
I.1.3. L'histoire de la contraception	25
I.1.4. Les pratiques contraceptives au rythme des progrès et des polémiques	26
I.2. Etat des lieux de la contraception en France.....	27
I.2.1. Le paradoxe	27
I.2.2. L'offre de soin en contraception	28
I.2.2.1. Les prescripteurs	28
I.2.2.2. Les frais liés à la contraception	28
I.3. Le médecin généraliste au cœur de la santé reproductive.....	29
I.3.1. Ses rôles concernant les échanges autour de la contraception.....	30
I.3.1.1. Rôle d'information et de prévention	30
I.3.1.2. Rôle d'écoute active et d'adaptation.....	30
I.3.1.3. Rôle d'accompagnement et de suivi.....	30
I.3.2. Les freins du côté des médecins généralistes concernant la contraception	30
I.4. Situation démographique des principaux prescripteurs de contraception	31
I.4.1. L'accès à la contraception face à la désertification médicale	31
I.4.2. A l'échelle locale dans le département de la Corrèze	32
I.4.2.1. Le département de la Corrèze	32
I.4.2.2. Les gynécologues médicaux et obstétriciens	32
I.4.2.3. Les médecins généralistes	32
I.4.2.4. Les sages-femmes	33
I.4.2.5. Les centres de santé sexuelle	33
II. Matériel et Méthodes	34
II.1. Le choix du sujet et la question de recherche	34
II.2. Les objectifs de l'étude	34
II.3. Le type d'étude	34
II.4. La population ciblée.....	34
II.5. Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	34
II.6. Elaboration du questionnaire	35
II.7. Diffusion du questionnaire et collecte des informations.....	35
II.8. Le recueil de données et analyse des résultats.....	35
II.9. Ethique.....	36
II.10. La méthode de recherche bibliographique	36
III. Résultats	37
III.1. Caractéristiques des patientes	37
III.2. Satisfaction et attentes des femmes.....	42
III.3. Le médecin généraliste : apte au suivi gynécologique des femmes ?.....	47
III.4. Lien entre l'abord du sujet par le médecin généraliste et caractéristiques des femmes et des médecins.....	48
III.5. Facteurs liés à l'avis des femmes sur les échanges avec leur médecin généraliste ..	50
III.6. Remarques des femmes.....	54

IV. Discussion.....	55
IV.1. Les caractéristiques de la population étudiée	55
IV.2. Analyse des résultats en lien avec l'objectif principal.....	56
IV.3. Analyse des résultats en lien avec les objectifs secondaires.....	59
IV.3.1. Les facteurs liés à la satisfaction et les attentes des femmes	59
IV.3.2. L'abord spontané du médecin généraliste lié à certaines caractéristiques des femmes et d'eux-mêmes.....	60
IV.3.3. L'avis des femmes concernant le suivi gynécologique par un médecin généraliste	61
IV.3.4. Information du médecin généraliste et survenue d'IVG.....	62
IV.4. Forces et limites de l'étude.....	62
IV.4.1. Les forces	62
IV.4.2. Les limites.....	63
IV.5. Perspectives d'évolution.....	64
V. Conclusion	65
VI. Références bibliographiques	66
VII. Annexes	70
VIII. Serment d'Hippocrate	75

Table des illustrations

Figure 1 : Zonage des ZIP et ZAC des médecins généralistes en Corrèze en 2022. Source : ARS Nouvelle-Aquitaine	33
Figure 2 : Diagramme de flux	37
Figure 3 : Représentation des contraceptions dans les différentes catégories d'âge	39
Figure 4 : Abord du sujet de la contraception avec leur médecin généraliste.....	42
Figure 5 : Représentation de l'abord spontané de la contraception par le médecin généraliste en fonction du souhait d'abord de la patiente.....	43
Figure 6 : Sentiment de se sentir écoutée par leur médecin généraliste	44
Figure 7 : Souhait que leur médecin généraliste soit plus investi concernant la contraception	44
Figure 8 : Fait de trouver leurs réponses auprès de leur médecin généraliste concernant la contraception	45
Figure 9 : Gêne ressentie à aborder le sujet de la contraception avec leur médecin généraliste	46
Figure 10 : Nuage de mots extraits des commentaires libres à la fin du questionnaire	54

Table des tableaux

Tableau 1 : Objectifs concernant l'axe III de la SNSS 2017-2030 d'après l'auteur : Ministère des affaires sociales et de la santé (3)	25
Tableau 2 : Remboursement par l'Assurance Maladie des différents contraceptifs d'après l'auteur : Service-Public.fr (27)	29
Tableau 3 : Caractéristiques socio-démographiques et moyen de contraception des femmes	38
Tableau 4 : Suivi et sources d'informations principales des femmes	40
Tableau 5 : Caractéristiques des médecins généralistes et influence du genre sur le suivi ..	41
Tableau 6 : Interruption volontaire de grossesse et informations délivrées par le médecin...	42
Tableau 7 : Avis des femmes concernant l'aptitude des médecins généralistes à réaliser un suivi gynécologique	47
Tableau 8 : Lien entre abord spontané de la contraception par le médecin généraliste et les caractéristiques des femmes et des médecins	49
Tableau 9 : Lien entre le fait de trouver leurs réponses auprès de leur médecin généraliste et caractéristiques et suivi des femmes	51
Tableau 10 : Lien entre le souhait que leur médecin généraliste montre un plus grand intérêt au sujet et les caractéristiques et suivi des femmes	53

Introduction

Au fil du temps, le panel contraceptif s'est considérablement élargi et son accès s'est amélioré, offrant aux femmes et à leur partenaire, une multitude d'options. Selon les données les plus récentes retrouvées dans l'enquête Baromètre Santé 2016, 92 % des femmes françaises concernées par la contraception ont recours à un moyen contraceptif (1). Néanmoins, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse a de nouveau augmenté en 2022 après deux années de baisse dues à la pandémie de Covid-19, atteignant son plus haut niveau depuis 1990 (2). Ces données soulèvent des questions sur les causes de cette réalité.

La stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030, aborde, entre autres, cette problématique de santé publique en adoptant des mesures visant à promouvoir la santé reproductive, notamment par le renforcement de l'éducation et l'information des patients ainsi que la formation des professionnels de santé en matière de santé sexuelle (3).

Le médecin généraliste joue un rôle central dans la santé sexuelle des femmes. Il n'est pas rare de les entendre exprimer leur frustration face aux demandes inopinées de renouvellement de contraception en fin de consultation. Les professionnels pourraient alors percevoir un manque d'intérêt de leurs patientes concernant ce sujet. Cependant, la littérature montre que les femmes souhaiteraient être mieux informées par leur médecin concernant la contraception. Notamment, l'étude ECLAT réalisée en 2022, interrogeant 700 jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans, révèle que plus de la moitié d'entre elles souhaiteraient recevoir davantage d'informations sur ce sujet (4).

Notre étude est née de la réunion de ces éléments. Alors que l'évaluation des connaissances des médecins sur les moyens contraceptifs a été souvent étudiée, la satisfaction des femmes à l'égard de leur médecin généraliste concernant les informations reçues sur ce sujet l'est beaucoup moins. Une étude quantitative réalisée en 2022 par le Dr Darrousez a révélé que les femmes sont majoritairement « plutôt satisfaites » de leur consultation de renouvellement de contraception orale avec leur médecin généraliste, bien que plus de 40 % d'entre elles ne se sentent pas suffisamment informées notamment sur les alternatives contraceptives à la pilule (5). Avec l'évolution du paysage contraceptif et des pratiques, il semble pertinent de s'intéresser à l'ensemble des options contraceptives, que les patientes soient déjà utilisatrices ou simplement en quête d'information auprès de leur médecin référent.

De plus, un certain nombre d'études autour de ce sujet se concentrent sur les femmes jeunes. Très peu d'études portent sur les attentes des femmes plus âgées, notamment celles de plus de 40 ans, en matière de contraception et aucune n'a été retrouvée concernant leurs échanges avec leur médecin généraliste sur ce sujet. Pourtant la prise en charge contraceptive est parfois jugée complexe par le médecin généraliste et les interrogations nombreuses chez cette population (6). Les IVG augmentent également dans cette catégorie d'âge avec un taux dépassant celui des mineurs (7,5 ‰ chez les femmes de ≥ 40 ans contre 5 ‰ chez les < 18 ans) (2). Il est donc aussi pertinent de s'intéresser à cette tranche d'âge.

L'objectif de notre étude sera donc de décrire la satisfaction des femmes et leurs attentes envers leur médecin généraliste concernant la contraception afin d'identifier d'éventuelles possibilités d'amélioration dans le champ de la communication et de l'éducation, dans le but d'améliorer la santé sexuelle.

I. Généralités

I.1. La contraception au cœur de la santé sexuelle

I.1.1. Définitions

Selon l'OMS, la contraception est définie comme « *l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de fécondation et ou l'éviter* ». En d'autres termes, la contraception correspond à l'ensemble des moyens, naturels ou non, visant à empêcher la survenue d'une grossesse.

Elle définit la santé sexuelle comme un « *état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité* » et non seulement « *l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité* » (7).

L'efficacité théorique des méthodes contraceptives est évaluée par l'indice de Pearl, qui mesure le nombre de grossesses accidentelles pour 100 femmes utilisant un moyen contraceptif de manière optimale sur une période de 12 mois (8). Elle est à différencier de l'efficacité pratique qui englobe également le risque propre à son utilisation. Cet écart est minime voir nul pour des méthodes comme l'implant ou le dispositif intra-utérin (DIU) mais peut être notable, atteignant environ 8 % à 10 % des naissances en France chez les utilisatrices de la pilule ou du préservatif (9).

La définition retenue par Santé publique France d'une femme concernée par la contraception est la suivante : ce sont des « *femmes qui n'ont pas de désir d'enfant, qui ne sont pas ménopausées, non stériles, non enceintes et ont eu un rapport sexuel avec un homme au cours des douze derniers mois.* » (1). A l'heure actuelle, elles représentent trois quarts des femmes françaises.

I.1.2. La Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030

La santé sexuelle est devenue un des objectifs nationaux de programme d'amélioration en santé publique. Lancée en 2017, la première Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 fixe les grandes orientations nationales, en coordination interministérielle, pour améliorer la santé sexuelle d'ici 2030.

Les priorités stratégiques sont les suivantes (3,10) :

- Promouvoir la santé sexuelle et renforcer la prévention en particulier chez les jeunes,
- Améliorer le parcours de soins pour les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH et les hépatites virales,
- **Renforcer la santé reproductive et accroître la pertinence et la qualité des soins,**
- Répondre aux besoins de toutes les populations en luttant contre les inégalités sociales et territoriales,
- Encourager la recherche, le développement des connaissances et l'innovation en santé sexuelle,
- Prendre en compte les spécificités de l'Outre-Mer.

Dans notre étude, nous nous intéresserons plus spécifiquement aux objectifs fixés concernant l'amélioration de la santé reproductive (tableau 1).

Tableau 1 : Objectifs concernant l'axe III de la SNSS 2017-2030 d'après l'auteur : Ministère des affaires sociales et de la santé (3)

Objectif n°1 : garantir l'accès aux méthodes de contraception de leur choix pour les femmes et pour les hommes	
1.1 Renforcer l'information sur les moyens de contraception	<ul style="list-style-type: none"> - continuer à promouvoir le choix contraceptif adapté à chaque situation individuelle (en prenant en compte les <u>changements de contraception, âge extrême</u> de la vie féconde, développer l'information sur les alternatives à la contraception orale, ...) - Déployer une information sur les méthodes contraceptives pour les personnes en situation de handicap
1.2 Améliorer l'accès à la contraception	<ul style="list-style-type: none"> - renforcer l'implication des médecins dans les programmes de prévention et promotion de la santé - conforter l'accès aux soins - améliorer l'accès à la contraception définitive
1.3 Mobiliser l'ensemble des professionnels de santé et mobiliser de nouveaux acteurs	<ul style="list-style-type: none"> - <u>renforcer le rôle du médecin traitant autour de la santé sexuelle</u> - rappeler les compétences des professionnels de santé en matière de contraception (généralistes, gynécologique, sages-femmes, infirmiers, pharmaciens) - augmenter l'offre pour l'accès à une contraception adaptée chez les moins de 25 ans
Objectif n°2 : <u>réduire les grossesses non prévues et non désirées</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé sur les <u>différents moyens de contraception et l'approche privilégiant le choix éclairé par la personne de son moyen de contraception, formation à la pause des DIU et nouvelles contraceptions</u> ▪ Assurer une offre diversifiée de proximité répondant aux besoins de sexualité et d'IVG ▪ Etudier la délégation de compétence en matière de contraception et d'IVG médicamenteuse ▪ Étudier la collaboration entre professionnels de santé et acteurs des associations pour fluidifier le parcours IVG et contraception 	

I.1.3. L'histoire de la contraception

Les méthodes de contrôle des naissances existent depuis l'Antiquité, utilisant diverses techniques comme des tampons occlusifs, pessaires, pompes vaginales, sachets pénienis puis des préservatifs en papier et caoutchouc, et divers produits aux propriétés supposées spermicides (11).

En 1920, le Parlement adopte une loi interdisant la propagande et la vente des méthodes anticonceptionnelles pour encourager la reproduction après la Première Guerre mondiale (12). Malgré cela, les couples français continuent d'utiliser des méthodes illégalement comme le retrait et le préservatif. Les méthodes naturelles telles que les méthodes Ogino et Knauss sont également pratiquées mais avec un taux d'échec élevé (11).

Dans les années 60, la pilule associant de l'œstrogène et de la progestérone, et le dispositif intra-utérin, composé de divers matériaux, arrivent sur le marché grâce aux médecins promouvant le « *birth control* ». Les américains sont les premiers à commercialiser la pilule

en 1960, et la Grande-Bretagne est le premier pays d'Europe à la diffuser (11). Ce n'est qu'en 1967 que la contraception a été légalisée en France par la Loi Neuwirth après une forte mobilisation et de vifs débats politiques, scientifiques et religieux (13). La pilule, permettant aux femmes de contrôler efficacement leur fertilité, devient un symbole d'émancipation et de libération sexuelle. En 20 ans, le pourcentage de femmes utilisant la pilule passera de 4 à 30 % (11). Le dispositif intra-utérin est autorisé en France en 1972.

En 1974, la pilule devient remboursée par la Sécurité Sociale et gratuite et anonyme pour les mineures dans les centres de planification familiaux et l'interruption volontaire de grossesse est légalisée grâce à Simone Veil en 1975 (14).

Entre les années 1995 et 2000, le marché contraceptif français ne cesse de grandir. Des contraceptifs hormonaux réversibles de longue durée d'action font leur apparition avec notamment les DIU au lévonorgestrel en 1995 et l'implant à l'étonogestrel en 1999. Le premier contraceptif d'urgence (Norlevo®) est mis sur le marché en 1999. L'anneau et le patch oestroprogestatifs arrivent en 2002 et 2003 respectivement (1,14). La contraception définitive féminine et masculine est autorisée en 2001.

1.1.4. Les pratiques contraceptives au rythme des progrès et des polémiques

Depuis les années 2000, des progrès pour un meilleur accès à la contraception et à l'avortement pour les mineures sont réalisés avec notamment la fin de l'autorisation parentale (2). La contraception d'urgence devient gratuite pour les mineures en 2002 (15).

Les méthodes contraceptives deviennent plus nombreuses et plus accessibles à toutes. Néanmoins, le modèle contraceptif français est resté longtemps traditionnel : préservatif en début de vie sexuelle, pilule ensuite avec la régularisation de la vie sexuelle, puis stérilet à partir de 30 ans souvent proposé après le premier enfant malgré son autorisation depuis 2004 chez les nullipares (3). Cette « norme » contraceptive tend à disparaître mais reste ancrée dans les mœurs de certains professionnels de santé.

En 2012, avec la « crise de la pilule », débat médiatique à la suite de plusieurs plaintes dans les suites d'accident thromboembolique veineux survenu sous pilule oestro-progestative de troisième génération, une baisse globale du recours à la contraception orale combinée (COC) et un report vers le DIU et le préservatif ont été constatés. Entre 2010 et 2016, l'utilisation de la pilule a chuté de 27 % mais reste toujours le premier moyen utilisé (4,12). Cette polémique a conduit au déremboursement des pilules de 3^e et 4^e génération en 2013 (16). Cette crise sanitaire a encouragé les femmes à explorer de nouvelles méthodes, notamment les DIU, et à dialoguer avec les professionnels de santé. La responsabilité masculine en terme de contraception a également été mise en avant.

Les taux d'utilisation des autres méthodes restent faibles en général. Alors que certains progressent comme l'implant hormonal (+ 1,9 % entre 2010 et 2016), d'autres diminuent progressivement comme les anneaux vaginaux avec une baisse des ventes de 50 % entre 2011 et 2021 (1,17). Les méthodes naturelles, comme le retrait ou la méthode des températures, concernent moins de 5 % des femmes en 2016. La contraception définitive en France obtient un taux de 4,5 % en 2016 dont environ 0,8 % de contraception définitive masculine (1).

La représentation de l'utilisation de la contraception en France est différente de celle dans le monde. En effet, la stérilisation définitive féminine est la plus employée à l'échelle mondiale (22,9 % des femmes utilisant un moyen de contraception) devant l'utilisation de préservatifs

masculins (21,8 %) puis le stérilet (16,8 %). La pilule, elle, arrive seulement en 4^{ème} position avec 15,7 % (18).

Les préoccupations concernant les hormones pouvant être perçues comme nuisibles pour la santé et l'environnement, exacerbée par l'essor des réseaux sociaux, incitent certaines femmes à se tourner vers des méthodes contraceptives mécaniques ou naturelles (14). Notamment, les ventes de DIU au cuivre sont en progression depuis une quinzaine d'années, avec un doublement des ventes entre 2010 et 2019 (10).

Bien que les effets secondaires des contraceptions hormonales soient jugés répandus, ils sont souvent mal interprétés et compris. En effet, dans une étude nationale avec un échantillon de 1084 femmes âgée de 15 à 49 ans, 83 % d'entre-elles déclarent avoir déjà entendu parler des effets secondaires que peut avoir la pilule mais seulement 43 % pensent bien les connaître. De plus, 41 % des femmes de cette étude prenant la pilule jugent que le débat autour de leurs effets secondaires pourrait les inciter à l'arrêter (19).

Plus de 50 ans après la loi Neuwirth, la médicalisation de la contraception est contestée. La « crise des pilules » a pu conduire à un nouveau dialogue entre utilisatrices et soignants, mettant davantage l'accent sur l'information et les préférences des femmes (12).

I.2. Etat des lieux de la contraception en France

I.2.1. Le paradoxe

La France se situe parmi les pays européens ayant une prévalence contraceptive élevée. Selon la dernière enquête Baromètre France en 2016, neuf femmes sur dix concernées utilisent un moyen de contraception (1). 71,8 % d'entre elles recourent à une méthode médicalisée pour assurer leur contraception.

La couverture contraceptive ainsi que les améliorations d'accès auraient pu faire espérer une diminution progressive du recours à l'IVG. Cependant, le nombre d'IVG par an reste relativement stable. En 2022, 234 300 IVG ont été enregistrées en France, soit 17 000 de plus qu'en 2021 et 7000 de plus qu'en 2019 (2).

Depuis 2022, l'IVG est autorisée jusqu'à la fin de la 14^{ème} semaine de grossesse. Nous pourrions nous demander si l'augmentation du nombre d'IVG ne pourrait pas s'expliquer par l'allongement du délai de recours. Or, ces IVG dites tardives, représentent moins d'un cinquième du surplus observé entre 2021 et 2022, et moins de la moitié comparativement à l'année précédant la pandémie Covid (2).

L'indice conjoncturel d'avortement représente le nombre moyen théorique d'IVG qu'une femme subirait si elle avait, à chaque âge de sa vie féconde, la même probabilité d'avorter que celle observée pour l'ensemble des femmes de l'année. Cet indice, calculé à 0,58 en 2022, a tendance à croître depuis le milieu des années 1990 (2,3).

Selon le rapport de la SNSS, un tiers des grossesses reste non prévu et aboutit 6 fois sur 10 à une IVG. Autrement dit, deux IVG sur trois sont réalisées chez des femmes ayant un moyen de contraception. Egalement, nous comptons environ deux naissances en moyenne par femme, dont 1,6 prévues, 0,2 « non pensées », 0,15 « arrivées trop tôt » car mal planifiées et 0,05 non désirées, car la femme n'était pas en souhait d'avoir un enfant (3). Un des objectifs de cette stratégie nationale concernant la santé reproductive serait de réduire d'un tiers l'indice de grossesses non prévues chez les femmes.

La différence entre l'efficacité contraceptive théorique et pratique est bien réelle. Les études attribuent cet écart à un manque d'informations objectives et de compréhension sur les différentes méthodes entraînant une utilisation imparfaite (20).

Un autre obstacle est l'inadéquation entre le contraceptif utilisé et le mode de vie des femmes, la praticité et l'impact sur la vie quotidienne étant essentiels pour leur acceptation. La norme contraceptive française n'est donc pas adaptée à toutes, ce qui entraîne une mauvaise observance, des échecs contraceptifs et des grossesses non désirées. Le rôle de prévention du médecin généraliste prend alors tout son sens (2,21).

I.2.2. L'offre de soin en contraception

I.2.2.1. Les prescripteurs

La majorité des moyens de contraception nécessitent une prescription et/ou une pose par un professionnel de santé avéré. Celle-ci doit être faite par un médecin ou une sage-femme (22).

Le Conseil National de Gynécologie Obstétrique Français précise que « *les spécialistes de la gynécologie-obstétrique n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les problèmes de contraception, pour les examens systématiques et de dépistage, pour les traitements les plus courants ou pour le traitement hormonal de la ménopause* » (23). Cela sous-entend l'importance du rôle des médecins généralistes et des sages-femmes.

Depuis 2004, les sages-femmes peuvent prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches ou après une IVG, et depuis 2009, elles sont autorisées à prescrire et poser toutes les méthodes contraceptives (15). Entre 2013 et 2016, les prescriptions effectuées par une sage-femme ont augmenté passant de 2,7 % à 4,9 % (24).

Les centres de santé sexuelle (CSS), anciennement appelés centres de planification familiaux, offrent des consultations de contraception et prévention sexuelle à tous, mineurs et majeurs, avec ou sans couverture sociale, et délivre certains contraceptifs gratuitement (25).

Depuis 2012, le renouvellement de contraception est réalisable par les pharmaciens et les infirmières dans le but de faciliter le parcours de soins et d'éviter une éventuelle interruption de traitement. Ce renouvellement est possible à condition que l'ordonnance date de moins d'un an et pour une durée non renouvelable de 6 mois maximum (25).

Selon une analyse représentative du paysage contraceptif français réalisée en 2019 en France, les médecins généralistes sont les prescripteurs principaux des trois méthodes de contraception remboursées les plus fréquentes (contraception orale, DIU, implant) représentant 45 % des prescriptions, suivis par les gynécologues libéraux (35 %), les prescripteurs hospitaliers (16 %) puis les sages-femmes libérales (5 %) (26).

I.2.2.2. Les frais liés à la contraception

Depuis 2017, la première « Consultation de Contraception et Prévention » est prise en charge par la sécurité sociale pour les jeunes femmes de 15 à 18 ans puis étendue depuis 2022 aux moins de 26 ans et depuis 2023 aux jeunes hommes âgés de moins de 26 ans. La cotation CCP est actuellement valorisée à 47,50 euros pour le médecin généraliste, une seule fois au cours de la vie du patient. La SNSS a récemment transformé cette consultation en une consultation globale « santé sexuelle » (10).

Depuis 2023, les frais suivants liés avec la contraception pour les femmes de moins de 26 ans sont pris en charge par l'Assurance maladie sans avance de frais :

- Consultation initiale d'accès à la contraception et consultation annuelle de suivi hors dépassements d'honoraire,
- Examens annuels de biologie médicale en rapport (glycémie à jeun, cholestérol, triglycérides),
- Pose, changement ou retrait de contraceptifs et tous actes en rapport avec ces derniers,
- Délivrance de contraceptifs remboursables en pharmacie avec prescription médicale.

Les moyens contraceptifs ne sont pas tous couverts par l'Assurance maladie (tableau 2). Les complémentaires santé peuvent éventuellement prendre en charge tout ou partie du restant des frais.

Les préservatifs inscrits sur une liste des produits et prestations remboursables peuvent être pris en charge par l'assurance maladie sans prescription médicale pour les jeunes femmes ou hommes âgés de moins de 26 ans depuis le 1^{er} janvier 2023. Par ailleurs, certains contraceptifs sont gratuits dans les centres de santé sexuelle pour les jeunes mineures.

Tableau 2 : Remboursement par l'Assurance Maladie des différents contraceptifs d'après l'auteur : Service-Public.fr (27)

Dispositifs	Prise en charge par l'Assurance maladie	
	< 26 ans	≥ 26 ans
DIU	À 100%	À 65%
Pilule	Certaines à 100% d'autre non remboursées	Certaines sont remboursées à 65% d'autres non
Patch	Non	Non
Implant	À 100%	À 65%
Anneau vaginal	Non	Non
Cape Cervicale	Non	Non
Diaphragme	À 100%	À 65%
Préservatif externe des 5 marques suivantes : Eden®, sortez couverts®, Be Loved®, Sure&Smile®, Manic Classic® Préservatif interne Ormelle®, Be love free®, So Sexy & Smile®	À 100% sans prescription (y compris bénéficiaire de l'AME, et ressortissants Union européenne)	À 60% sur prescription
Spermicide	Non	Non
Progestatif injectable	À 100%	À 65%
Contraception définitive	À 80%	À 80%

I.3. Le médecin généraliste au cœur de la santé reproductive

De manière générale, les médecins généralistes occupent une position privilégiée en tant que professionnels de santé les plus proches de leurs patients, souvent consultés en premier dans le parcours de soins. Ils établissent une relation de confiance basée sur le dialogue et l'écoute, connaissant le mode de vie de leurs patients et prenant en compte les aspects physiques, psychologiques et culturels dans leur prise en charge.

I.3.1. Ses rôles concernant les échanges autour de la contraception

I.3.1.1. Rôle d'information et de prévention

Le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans l'information et la prévention, en aidant les patients à prendre des décisions éclairées concernant leur contraception. Il doit fournir des informations complètes et accessibles sur les différentes méthodes, en expliquant clairement les avantages, risques et options disponibles. Ce rôle d'information est crucial pour permettre à la patiente de faire des choix adaptés à ses besoins dans un climat de sécurité et de confiance. Le médecin généraliste doit être un réel partenaire d'échange pour la patiente. Pour parvenir à un échange qualitatif, le médecin doit utiliser tous les outils nécessaires à une bonne communication (28) : Utilisation de questions ouvertes, reformulation, clarification, négociation, empathie et communication non verbale.

I.3.1.2. Rôle d'écoute active et d'adaptation

Le médecin généraliste doit pratiquer une écoute active et une adaptation constantes, en prenant en compte non seulement les aspects médicaux mais aussi les motivations et les attentes personnelles de la patiente. Il devra également être empathique et n'apporter aucun jugement sur les différentes situations rencontrées. En permettant à la patiente de participer activement à la décision et en respectant ses choix, le médecin renforce la relation de confiance et améliore la qualité des soins.

I.3.1.3. Rôle d'accompagnement et de suivi

Une fois la méthode choisie, le médecin généraliste peut alors la prescrire et en réaliser la pose si besoin. Evidemment, si le choix s'oriente vers une méthode définitive ou une méthode dont il ne pratique pas la pose ou qu'il juge ne pas bien connaître, le médecin généraliste doit lui donner toutes les clés pour y réfléchir, et savoir adresser la patiente et/ou son partenaire vers le spécialiste adapté. Il doit ensuite réaliser un suivi attentif, et évaluer l'efficacité, la tolérance, et la satisfaction de la méthode. Il est important d'encourager la patiente à poser des questions et à exprimer ses préoccupations, tout en restant ouvert à la réévaluation de la méthode en cas de besoin (29).

Certaines pathologies, facteurs de risque ou interactions médicamenteuses peuvent rendre certaines méthodes contraceptives inadaptées voire contre-indiquées. Il est donc important que le médecin reste attentif et réévalue régulièrement la méthode contraceptive. Lorsqu'un changement de méthode s'impose, parfois à contrecœur pour une femme satisfaite de sa contraception, il est essentiel de lui expliquer en détail les raisons de ce changement et de prendre en compte ses préférences autant que possible.

Une contraception n'est pas toujours prescrite dans le but premier d'éviter une grossesse. Selon l'étude ECLAT, 73 % des femmes interrogées avaient choisi un moyen de contraception précis également pour « régler un problème » comme réguler les cycles, diminuer les douleurs menstruelles ou encore avoir un effet cutané. Là encore, le médecin devra être attentif et adapter ses recommandations à la situation qui peut évoluer dans le temps (4,30).

I.3.2. Les freins du côté des médecins généralistes concernant la contraception

Une étude de 2013 montre que, sur 147 médecins généralistes interrogés, 30 % ne proposaient que la pilule à une jeune femme souhaitant démarrer une contraception, tandis

que 66 % et 77,6 % des généralistes admettaient ne pas savoir poser un implant ou un DIU, respectivement (31).

En 2019, seulement 2 % des médecins généralistes prescrivait des contraceptifs intra-utérins, et l'implant n'était prescrit que dans 1 % des cas (26). Ces chiffres soulèvent la question des freins à la prescription de ces méthodes : idées reçues, habitude de prescription, manque de formation et contraintes techniques ou financières liées à la pose des dispositifs (30,32).

De nombreuses femmes consultent d'abord leur médecin généraliste pour des conseils en matière de contraception, par habitude ou faute d'accès rapide aux spécialistes. Or, une connaissance limitée de certaines méthodes contraceptives chez les médecins généralistes peut influencer directement le choix de la patiente, ce qui représente une vraie problématique.

Les études montrent un lien entre la diversité des recommandations des généralistes et leur niveau de formation en contraception, et ce, qu'il s'agisse de la formation universitaire, formation médicales continues ou auto-formation (33). Ceux formés il y a plusieurs années étaient généralement peu sensibilisés à la santé sexuelle et prise en charge de la contraception dans leurs cursus d'internes, hormis ceux qui choisissaient de suivre une formation en gynécologie. Aujourd'hui, les internes en médecine générale bénéficient d'une formation en gynécologie lors de leurs stages obligatoires, bien que la qualité de cette formation et l'investissement dans celle-ci peuvent varier.

Certains médecins généralistes poursuivent leur formation par des congrès, des journées de formation médicale continue (FMC) ou obtiennent un diplôme universitaire (DU) ou interuniversitaire. Selon les études, entre 6 et 25 % des médecins généralistes sont titulaires de l'un de ces diplômes, et ces médecins ont une activité gynécologique plus importante et effectuent plus de gestes techniques que leurs confrères (32,34). Ces disparités soulignent l'importance de renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé sur les moyens de contraception, comme le prévoit la SNSS 2017-2030. Depuis 2018, le service sanitaire des étudiants en santé permet de choisir comme thème prioritaire la santé sexuelle et reproductive pour s'approprier les enjeux de prévention et de promotion dans ce domaine (10). Cette thématique fait également partie des orientations prioritaires du Développement professionnel continu (DPC).

Egalement, l'attention des professionnels de santé dans l'identification des besoins contraceptifs et de la santé sexuelle en général des femmes ou des hommes peut être compromise par certaines représentations socioculturelles ou préjugés, tels que ceux concernant la sexualité des femmes proches de la ménopause, la non-reconnaissance de la sexualité des personnes en situation de handicap ou atteint de maladies chroniques par exemple. D'autres freins rapportés dans les études incluent le comportement des patientes, la présence de gynécologues de proximité et les propres représentations des médecins sur ce sujet comme la pudeur ou le manque d'intérêt pour la gynécologie en général (32).

I.4. Situation démographique des principaux prescripteurs de contraception

I.4.1. L'accès à la contraception face à la désertification médicale

Avec la forte baisse du nombre de médecins, l'accès aux soins pour tous, partout sur le territoire, est une préoccupation majeure pour les Français. Les patients rencontrent de plus en plus de difficultés à trouver un médecin traitant ou un spécialiste, et ceux qui en ont, doivent faire face à des délais d'attente de plus en plus longs pour obtenir un rendez-vous.

Selon les données d'Ipsos en 2024, le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un gynécologue est de 2 mois en moyenne (contre 1 mois et 3 semaines en 2019) tandis qu'il est de 10 jours chez un médecin généraliste (contre 4 jours en 2019). Par ailleurs, les femmes vivant en milieu rural mettent en moyenne 42 minutes pour se rendre en consultation chez un gynécologue, contre 29 minutes en milieu urbain. Le temps moyen pour consulter un médecin généraliste est de 18 minutes (35).

À l'échelle nationale, les spécialités médicales qui présentent les soldes les plus déficitaires entre 2021 et 2022 sont la médecine générale (-658 en valeur absolue), la médecine du travail, la gynécologie médicale et obstétrique (-128) (36). Entre 2007 et 2017, le nombre de gynécologues de ville a diminué de 41 %. En 2022, la densité moyenne nationale était de 3,1 pour 100 000 femmes pour les gynécologues médicaux et de 8,4 pour les gynécologues obstétriciens. L'évolution moyenne des effectifs en France à l'horizon 2030 de cette spécialité est estimée à -22 % pour les gynécologues médicaux et de -16 % pour les obstétriciens (37,38).

Face à ces constats, il est probable que l'activité des médecins généralistes et des sages-femmes dans ce domaine continue encore de croître au cours des prochaines années.

I.4.2. A l'échelle locale dans le département de la Corrèze

I.4.2.1. Le département de la Corrèze

La Corrèze est un département du sud-ouest de la France, située dans la région Nouvelle-Aquitaine, anciennement région du Limousin. Il est limitrophe des départements de la Haute-Vienne et de la Creuse, des départements du Puy-de-Dôme et du Cantal, du Lot et de la Dordogne. En 2021, la Corrèze comptait 238 784 habitants dont environ 46 300 femmes âgées de 18 à 54 ans (39). Ce département, à fort caractère rural, est particulièrement touché par le manque de médecins. En effet, la problématique de désertification médicale s'est encore aggravée en 2022.

I.4.2.2. Les gynécologues médicaux et obstétriciens

En 2022, la densité de gynécologues-obstétriciens dans l'ancienne du Limousin était de 10,6 pour 100 000 habitants. À l'horizon 2030, les effectifs devraient diminuer de -29 %, soit la baisse la plus marquée en France (Evolution moyenne des effectifs en France : -16 %) (38).

Selon les chiffres du Conseil de l'Ordre des Médecins de la Corrèze, 15 gynécologues-obstétriciens (libéraux et hospitaliers) exercent dans le département, dont la majorité en secteur 2 avec des éventuels dépassements d'honoraires. En 2023, seulement un praticien exerce la gynécologie médicale.

La Corrèze compte trois maternités : celle de Tulle et de Brive (niveau 2), et celle d'Ussel (niveau 1). Au moment de la rédaction de ce travail de thèse en 2024, les gynécologues de la maternité de Brive (la plus grande de Corrèze) n'acceptent plus de nouvelles patientes non enceintes du fait d'une surcharge de travail et d'un manque de personnel médical.

I.4.2.3. Les médecins généralistes

La médecine générale est particulièrement touchée par la désertification en Corrèze, avec 15 départs pour seulement 8 installations en 2022, soit un taux d'évolution négatif de -3,8 % (40).

Actuellement, 155 médecins généralistes exercent en cabinet libéral et 23 exercent la médecine générale avec une activité salariée. 20 médecins ayant le Diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale ont un exercice particulier ne relevant pas de la médecine générale. Notamment, un d'entre eux exerce la gynécologie (41). Les médecins généralistes exerçant en milieu hospitalier ne sont pas inclus dans ces chiffres. La densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants en Corrèze s'élève à 146, contre 173 en Haute-Vienne et 128 en Creuse. L'ensemble du territoire est caractérisé par une offre de soin insuffisante avec certaines zones classée en zone d'intervention prioritaire (ZIP)(40) (figure 1).

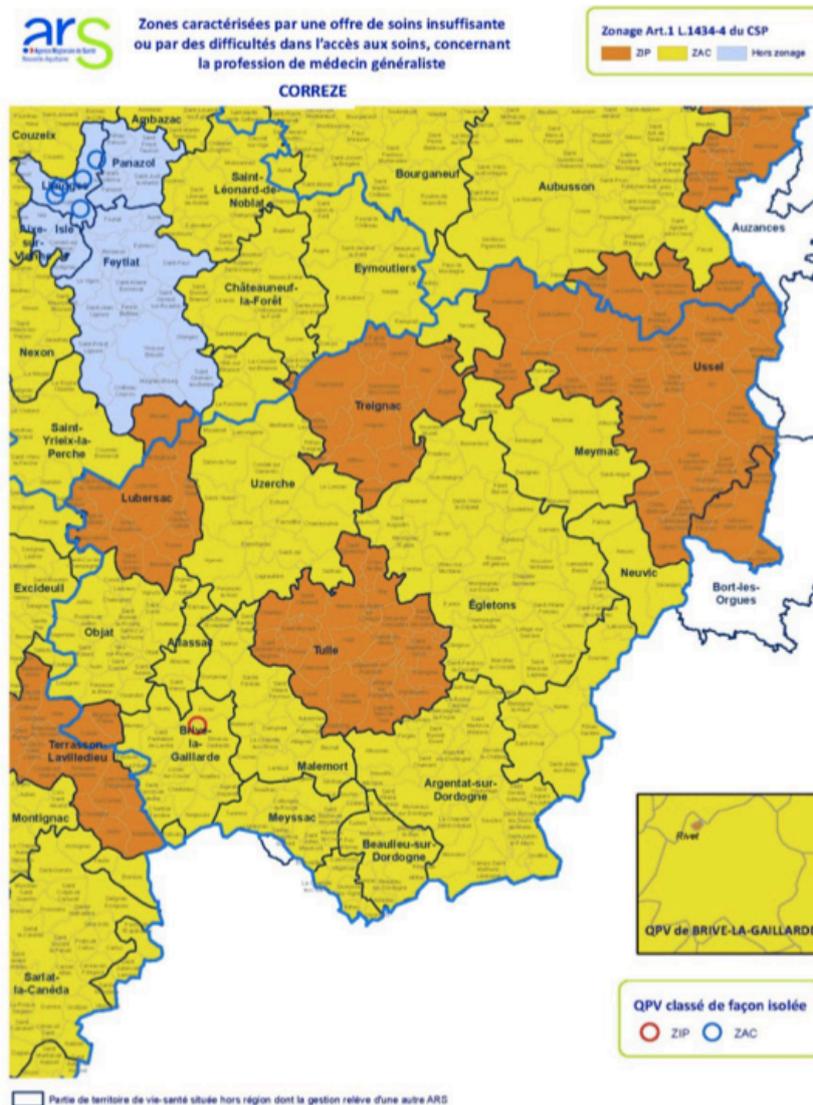


Figure 1 : Zonage des ZIP et ZAC des médecins généralistes en Corrèze en 2022.
Source : ARS Nouvelle-Aquitaine

I.4.2.4. Les sages-femmes

En 2024, 20 sages-femmes exercent en libéral en Corrèze (42). Les chiffres des sages-femmes exerçant en maternité n'ont pas été communiqués.

I.4.2.5. Les centres de santé sexuelle

Les centres de santé sexuelle sont au nombre de 3 dans le territoire, situés à Tulle, Brive et Ussel.

II. Matériel et Méthodes

II.1. Le choix du sujet et la question de recherche

En tenant compte des éléments décrits précédemment, nous nous sommes interrogés sur la perception des femmes quant à leur relation avec leur médecin généraliste en matière de contraception afin de trouver une piste d'amélioration pour répondre à la SNSS.

Le département de la Corrèze a été choisi en raison de l'intérêt pour une population vivant en zone de sous-densité médicale et mon souhait d'y exercer ma pratique.

L'approche, l'écoute, l'investissement, la clarification des interrogations des patientes et la confiance sont des piliers essentiels pour établir une bonne relation médecin-patient, notamment concernant le sujet de la contraception. Nous avons donc choisi d'explorer ces différents aspects pour répondre à notre objectif principal.

II.2. Les objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de décrire la satisfaction et les attentes des femmes majeures non ménopausées envers leur médecin généraliste sur le sujet de la contraception en Corrèze.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Identifier d'éventuels facteurs influençant la satisfaction et les attentes des femmes,
- Explorer le lien entre l'initiative du médecin généraliste à aborder spontanément le sujet de la contraception et les caractéristiques des patientes et du médecin,
- Recueillir l'avis des femmes vis-à-vis de la pratique d'un suivi gynécologique par un médecin généraliste,
- Recueillir l'avis des femmes ayant déjà eu recours à une IVG sur un lien potentiel entre la survenue de celle-ci et le manque d'information sur le sujet de contraception par leur médecin généraliste.

II.3. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, transversale, multicentrique, réalisée via la diffusion d'un auto-questionnaire pour patiente anonymisée et volontaire.

II.4. La population ciblée

La population cible était l'ensemble des femmes de 18 à 55 ans non ménopausées ayant un médecin généraliste en Corrèze.

II.5. Les critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Être de sexe féminin,
- Être âgée de 18 à 55 ans inclus et sous réserve d'être non ménopausée,
- Savoir lire et écrire le français,
- Avoir un médecin généraliste en Corrèze.

Les critères d'exclusion étaient :

- Être de sexe masculin,
- Être âgée de 17 ans ou moins ou de plus de 55 ans,
- Être ménopausée,
- Avoir répondu aux questions de manière illisible ou avoir laissé plus de deux questions sans réponse dans le questionnaire.

II.6. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a fait l'objet de nombreuses modifications pour garantir sa clarté et sa compréhension par toutes les participantes. Réalisé avec le logiciel Microsoft Word®, il se compose de 20 questions, dont la majorité sont à réponse binaire ou à choix multiples, avec quelques questions ouvertes permettant aux femmes d'exprimer leurs choix ou de fournir des informations complémentaires.

Le questionnaire a été conçu pour être rempli rapidement, en moins de 6 minutes et de manière anonyme, afin de maximiser le nombre de réponses collectées en salle d'attente.

Il se divise en deux parties : la première concerne les caractéristiques des patientes, tandis que la seconde est dédiée à leur ressenti vis-à-vis de leur médecin généraliste sur le sujet de la contraception. La fin de la deuxième partie aborde la place du médecin généraliste dans le suivi gynécologique standard et interroge les femmes sur leur éventuelle expérience d'IVG.

II.7. Diffusion du questionnaire et collecte des informations

Un courriel a été rédigé puis diffusé par le Conseil de l'Ordre à tous les médecins généralistes de Corrèze qui ont été sélectionnés sur la base du volontariat.

Une affiche explicative a été exposée en salle d'attente (annexe 1). Le questionnaire a été diffusé sous deux formats pour optimiser le taux de réponse : une version papier et une version en ligne via Google Forms® accessible par QR code (annexe 2). Une urne a été placée en salle d'attente pour permettre aux patientes de déposer leur questionnaire rempli, garantissant ainsi l'anonymat des réponses.

Les questionnaires ont été distribués dans 14 cabinets médicaux regroupant au total 26 médecins généralistes (annexe 3). La diffusion a eu lieu du 5 juin au 29 septembre 2023.

II.8. Le recueil de données et analyse des résultats

Les données issues des questionnaires format papier ont été retranscrites dans un tableur sur Microsoft Excel®. Pour le format en ligne, les données ont été recueillies individuellement et de façon anonyme grâce à Google Forms® puis retranscrites sur le logiciel Microsoft Excel® également.

Toutes les données ont été décrites en termes d'effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives et en termes de moyennes et d'écart-types pour les variables quantitatives.

Ensuite, nous avons cherché à déterminer si certains facteurs étudiés pouvaient être liés à différentes questions ciblées. Un descriptif croisé a été réalisé, suivi de tests d'association statistique avec un risque alpha de 5 %. Ces tests étaient des tests du χ^2 d'indépendance lorsque tous les effectifs théoriques étaient supérieurs à cinq et des tests exacts de Fisher dans le cas contraire. La p-valeur a permis de juger la significativité. Certaines données non

pertinentes ou non significatives ont été exclues des tableaux pour faciliter la lecture des résultats.

Ces analyses ont été réalisées avec les logiciels Microsoft Excel®, R® et Rstudio®. Les figures ont été réalisées avec le logiciel Microsoft Excel® et les tableaux avec le logiciel Microsoft Word®.

II.9. Ethique

Après demande auprès de la déléguée à la protection des données de l'Université de Limoges, il a été confirmé que, dans la mesure où le questionnaire est anonyme et ne permet pas la ré-identification des personnes, le RGPD n'a pas à s'appliquer.

II.10. La méthode de recherche bibliographique

L'étude bibliographique a été réalisée grâce aux bases de données telles que PubMed, Kaolim, Scopus, Sudoc, Cairn. Le moteur de recherche Google a également été utilisé.

Les recherches bibliographiques ont été répertoriées à l'aide du logiciel Zotero®.

III. Résultats

III.1. Caractéristiques des patientes

Notre étude porte sur un total de 213 patientes âgées de 18 à 55 ans, non ménopausées, et ayant leur médecin généraliste en Corrèze. 22 questionnaires ont été exclus pour différentes raisons : neuf en raison d'un âge ne correspondant pas aux critères d'inclusion, un en raison du sexe masculin du répondant, et 12 pour remplissage insuffisant du questionnaire (figure 2).

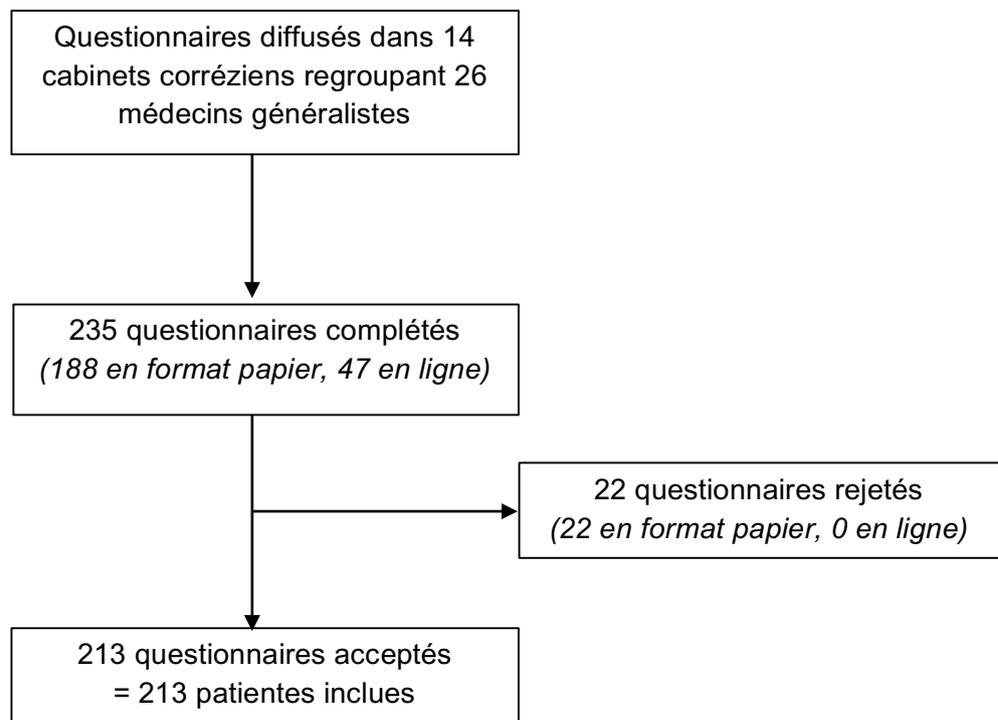


Figure 2 : Diagramme de flux

▪ Âge et parentalité

La moyenne d'âge des participantes était de 35 ans (écart-type à 9), avec comme catégorie d'âge la plus représentée celle des femmes âgées de 31 à 39 ans (39 %) (tableau 3). La plus jeune participante était âgée de 18 ans et la plus âgée de 54 ans.

Un peu plus de la moitié des participantes résidaient en zone rurale (56 %), parmi lesquelles 43 % vivaient entre 11 et 20 km d'une ville, et 14 % à plus de 20 km. La majorité de l'échantillon était composée d'employées (61 %), et 10 % étaient étudiantes. La grande majorité des femmes avaient des enfants (73 %).

▪ Moyen de contraception

En ce qui concerne la contraception, 74 % femmes en utilisaient actuellement une, tandis que 26 % n'en utilisaient pas (tableau 3).

Environ un tiers des femmes utilisant une contraception prenaient une pilule contraceptive (34 %). Parmi elles, 49 % optaient pour une pilule progestative, 32 % pour une pilule œstro-progestative et 19 % prenaient une pilule dont le type n'était pas mentionné. Près de la moitié

des femmes utilisaient un dispositif intra-utérin comme moyen de contraception (46 %) et parmi elles, 44 % étaient utilisatrices d'un DIU au cuivre. Toutefois, 26 % des utilisatrices de DIU n'avaient pas mentionné le type qu'elles utilisaient. Les autres méthodes recensées étaient la contraception définitive (ligature des trompes, vasectomie et méthode Essure® regroupant 8 % des patientes), l'implant (4 %), le préservatif seul (3 %), et l'anneau et les méthodes naturelles (1 % pour chacune de ces méthodes).

Tableau 3 : Caractéristiques socio-démographiques et moyen de contraception des femmes

	Effectif (n=213)	%
Catégorie d'âge		
18-24 ans	24	11 %
25-30 ans	42	20 %
31-39 ans	83	39 %
40-45 ans	38	18 %
≥ 46 ans	26	12 %
Milieu de vie		
Rural :	119	56 %
≤ 10 km d'une unité urbaine	23	19 %
11-20km d'une unité urbaine	51	43 %
> 20 km d'une unité urbaine	17	14 %
<i>Pas de réponse</i>	28	24 %
Urbain	94	44 %
Catégorie socio-professionnelle		
Salariées	130	61 %
Etudiantes	21	10 %
Commerçantes, artisanes, cheffes d'entreprise	17	8 %
Agricultrices exploitantes	2	1 %
Sans activité professionnelle	11	5 %
Autres	32	15 %
Nombre d'enfants		
N'a pas d'enfants	57	27 %
A des enfants :	156	73 %
1 enfant	45	29 %
≥ 2 enfants	111	71 %
Moyen de contraception		
Oui :	158	74 %
Contraception orale	53	34 %
<i>Pilule progestative</i>	26	49 %
<i>Pilule œstro-progestative</i>	17	32 %
<i>Type de pilule non précisé</i>	10	19 %
Dispositif intra-utérin	73	46 %
<i>DIU au cuivre</i>	32	44 %
<i>DIU hormonal</i>	22	30 %
<i>Type de DIU non précisé</i>	19	26 %
Autres méthodes hormonales*	8	5 %
Méthodes irréversibles**	12	8 %
Autres***	12	8 %
Non	55	26 %

* Implant (6) / Anneau (2)

** Ligature de trompes (8) / Méthode Essure (3) / Vasectomie (1)

*** Méthodes naturelles (2) / Préservatifs (6) / Non précisé (4)

En examinant les différentes tranches d'âge de notre échantillon et leur moyen de contraception en cours, la pilule était majoritaire chez les femmes majeures âgées de moins de 25 ans utilisant un moyen de contraception (50 % des cas contre 20 % pour le DIU) (figure 3). Les autres méthodes hormonales étaient utilisées par 15% de cette tranche d'âge et arrivent en troisième position.

Chez les 25-30 ans, l'utilisation de la pilule et du DIU était quasiment semblable (45 % pour le DIU et 42 % pour la pilule). Concernant les femmes âgées de plus de 30 ans, le DIU était la méthode contraceptive la plus utilisée dans toutes les tranches d'âge (49 % des 31-39 ans, 46 % des 40-45 ans, et 69 % des ≥ 46 ans).

La pilule arrivait à la troisième position des femmes de plus de 46 ans, après l'utilisation des méthodes définitives féminines ou masculines et le DIU (figure 3).

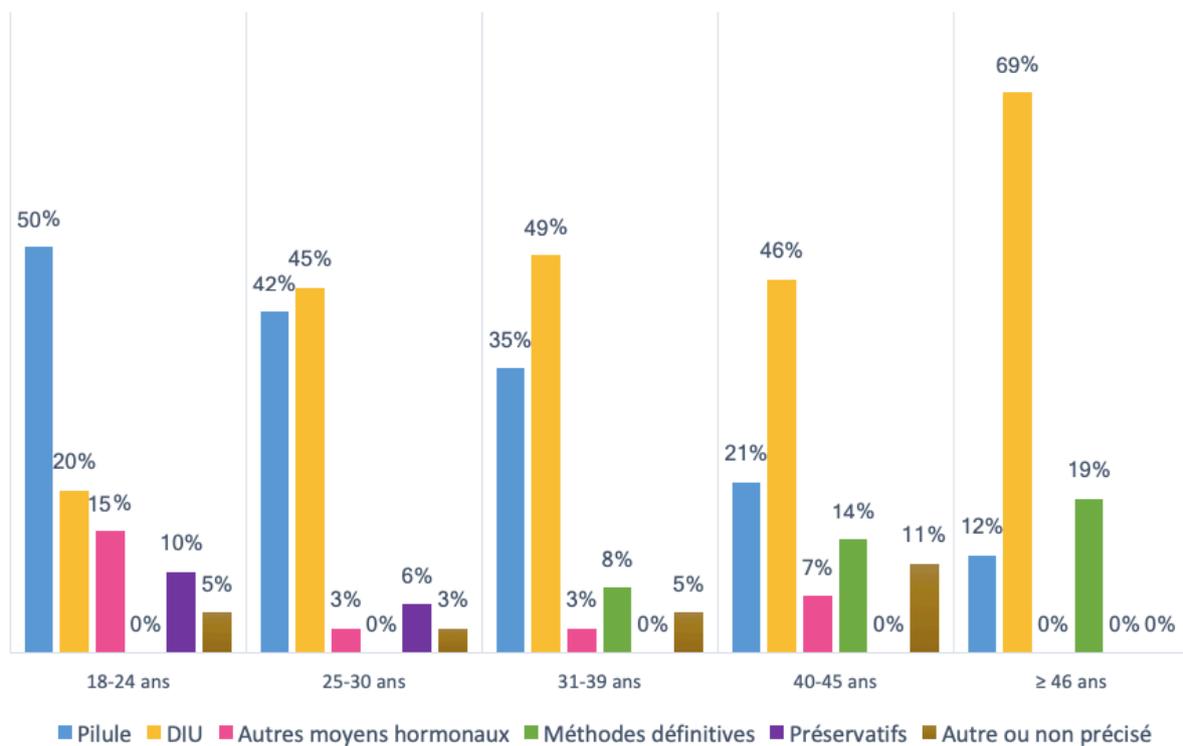


Figure 3 : Représentation des contraceptions dans les différentes catégories d'âge

▪ Suivi gynécologique

Concernant leur suivi gynécologique, 77 % d'entre elles en avaient un régulier (tableau 4). Parmi les 48 femmes qui n'avaient pas de suivi régulier, la raison la plus fréquemment donnée était le fait qu'elles étaient en bonne santé et n'en avaient pas besoin (33 %), la deuxième raison étant l'absence de gynécologue à proximité (25 %), et la dernière raison fréquente était le manque de temps (19 %).

▪ **Praticien en charge du suivi et source d'information**

Concernant le praticien en charge du suivi de leur contraception, 46 % des femmes étaient suivies par un gynécologue uniquement, 20 % par leur médecin généraliste et 13 % par une sage-femme. 7 % d'entre elles étaient conjointement suivies par leur gynécologue et leur médecin traitant (tableau 4).

Le gynécologue était l'une des sources principales d'information en termes de contraception dans 62 % des cas, le médecin généraliste dans 30 % des cas et la sage-femme dans 24 % des cas. A noter également que 12 % des femmes puisaient leurs informations en termes de contraception principalement sur internet ou les réseaux sociaux et 5 % auprès de leur famille ou de leurs proches.

Tableau 4 : Suivi et sources d'informations principales des femmes

	Effectif (n=213)	%
Suivi gynécologique régulier		
Oui	165	77 %
Non :	48	23 %
<i>Bonne santé, n'en ressent pas le besoin</i>	16	33 %
<i>Absence de gynécologue à proximité</i>	12	25 %
<i>Manque de temps</i>	9	19 %
<i>Réticences socio-culturelles</i>	4	8 %
<i>Pas informée sur le suivi annuel</i>	2	4 %
<i>Autre</i>	3	6 %
<i>Non précisé</i>	2	4 %
Source(s) principale(s) d'information sur la contraception		
Gynécologue	133	62 %
Médecin généraliste	63	30 %
Sage-femme	52	24 %
Internet / réseaux sociaux	26	12 %
Membre de la famille ou proche	11	5 %
Planning familial	6	3 %
Autre*	7	3 %
Praticien(s) en charge du suivi de contraception		
Gynécologue	99	46 %
Médecin généraliste	43	20 %
Sage-femme	28	13 %
Gynécologue et médecin généraliste conjointement	14	7 %
Gynécologue et sage-femme conjointement	10	5 %
Autre**	8	4 %
Pas de réponse	11	5 %

* Autre médecin ou professionnel de santé (1) / Infirmière (1) / Non précisé (5)

** Autre médecin ou professionnel de santé (1) / Planning familial (3) / Sage-femme + médecin généraliste (4)

▪ **Caractéristique des médecins généralistes**

Dans l'échantillon, exactement la moitié des patientes ont déclaré que leur médecin généraliste était une femme (50 %) et l'autre moitié qu'il s'agissait d'un homme (tableau 5). De plus, si la moitié des femmes ne savaient pas dire si leur médecin généraliste avait un diplôme complémentaire en gynécologie, 11 % ont déclaré que oui et 38 % que ce n'était pas le cas.

Au total, 30 % des femmes estimaient que le sexe de leur médecin généraliste influençait leur choix en matière de suivi gynécologique. Plus précisément :

- 11 % ont déclaré que le sexe de leur médecin généraliste avait influencé leur choix de confier leur suivi à ce dernier ou cette dernière, que ce soit pour le suivi gynécologique ou pour le renouvellement d'une contraception,
- 19 % pensaient que le sexe de leur médecin traitant était influant pour le suivi gynécologique mais pas pour le renouvellement d'une éventuelle contraception.

Tableau 5 : Caractéristiques des médecins généralistes et influence du genre sur le suivi

	Effectif (n=213)	%
Sexe du médecin généraliste		
Femme	106	50 %
Homme	106	50 %
Pas de réponse	1	0 %
Diplôme complémentaire en gynécologie		
Oui	24	11 %
Non	82	38 %
Je ne sais pas	106	50 %
Pas de réponse	1	0 %
Suivi gynécologique influencé par le sexe		
Oui :	64	30 %
Pour le suivi et pour un renouvellement de contraception	24	11 %
Pour le suivi mais pas pour renouvellement de contraception	40	19 %
Non	149	70 %

▪ **Recours à l'IVG**

Concernant le recours à l'interruption volontaire de grossesse, 25 % des femmes étaient concernées (21 % des femmes une seule fois et 4 % deux fois ou plus, deux femmes n'ont pas mentionné le nombre) (tableau 6).

Parmi ces femmes, 76 % d'entre elles ont précisé qu'une meilleure information de leur médecin généraliste concernant la contraception n'aurait probablement pas changé les choses concernant cette ou ces IVG, et 15 % ont déclaré que si.

Tableau 6 : Interruption volontaire de grossesse et informations délivrées par le médecin

	Effectif (n=213)	%
A déjà réalisé une IVG		
Oui :	54	25 %
<i>Meilleure information du MG aurait pu changer les choses</i>	8	15 %
<i>Meilleure information du MG n'aurait pas pu changer les choses</i>	41	76 %
<i>Je ne sais pas</i>	5	9 %
Non	158	74 %
Pas de réponse	1	0 %
Nombre d'IVG déjà réalisées		
Une seule	45	21 %
2 ou plus	8	4 %
Aucune	158	74 %
Pas de réponse ou non précisé	2	1 %

MG = Médecin généraliste

III.2. Satisfaction et attentes des femmes

▪ Abord du sujet de la contraception

Concernant l'abord du thème de la contraception par leur médecin généraliste, seulement 43 % des femmes (n = 92 / 213) déclaraient que ce dernier le faisait de manière spontanée en consultation (figure 4). En revanche, 61 % (n = 130 / 213) ont déclaré qu'elles souhaiteraient que ce sujet soit abordé spontanément, et non seulement à leur demande.

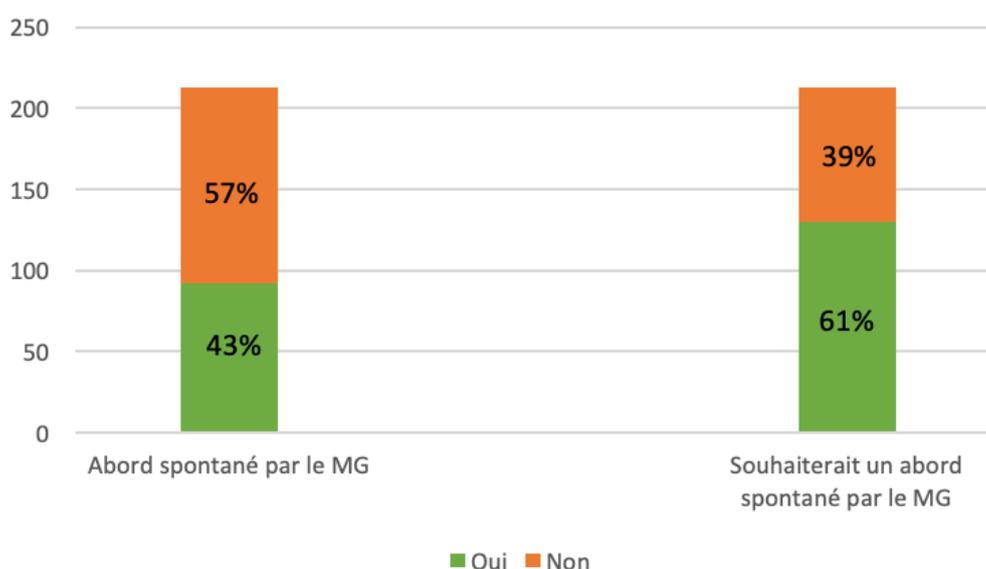


Figure 4 : Abord du sujet de la contraception avec leur médecin généraliste.

Nous avons donc analysé les réponses à la question "Votre médecin aborde-t-il spontanément le sujet de la contraception ?" en tenant compte de leur préférence pour un abord spontané par le médecin généraliste ou pour un abord à leur demande (figure 5).

Parmi les 83 femmes qui ont indiqué préférer que le sujet soit abordé uniquement à leur demande, 59 ont déclaré que leur médecin n'abordait pas la contraception de manière spontanée. Ainsi, il semble que 71 % (n = 59 / 83) de ces patientes soient satisfaites de l'approche de leur médecin généraliste. Quant à celles qui souhaiteraient que le sujet soit abordé spontanément, seulement 52 % (n = 68 / 130) ont indiqué que leur médecin le faisait effectivement.

En croisant ces données, on constate que 60 % (n= (59 + 68) / 213) des femmes interrogées sont satisfaites de la manière dont leur médecin généraliste aborde le thème de la contraception.

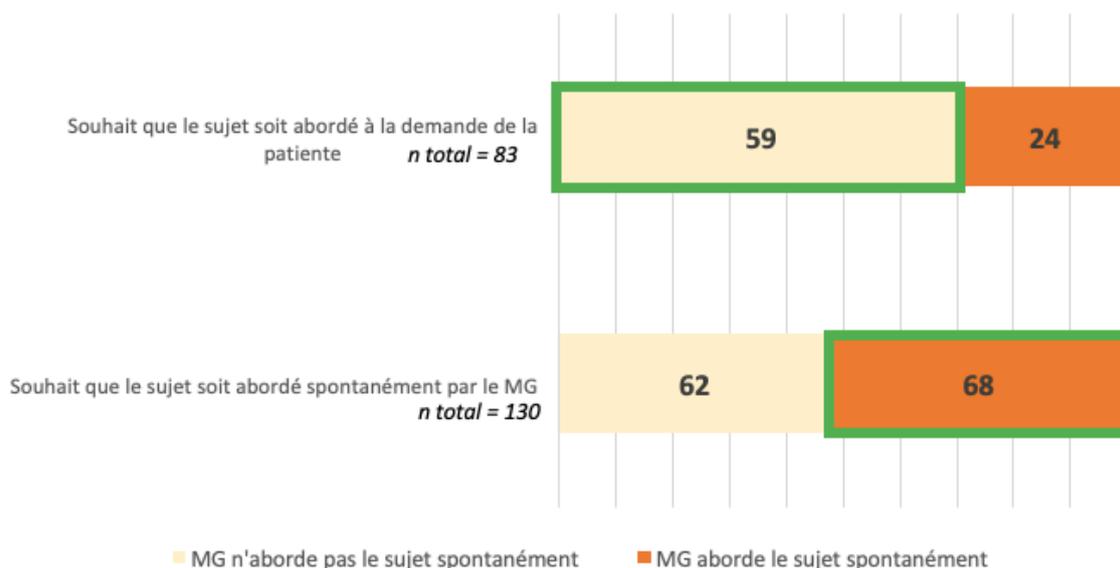


Figure 5 : Représentation de l'abord spontané de la contraception par le médecin généraliste en fonction du souhait d'abord de la patiente.

Pour finir, concernant l'abord du sujet, nous avons interrogé les femmes sur la fréquence d'abord idéale. 51 % des femmes (n = 108 / 213) estimaient que la fréquence idéale d'abord de la question serait d'environ une fois par an. En revanche, 17 % (n = 37 / 213) souhaiteraient l'aborder tous les 6 mois, 4 % (n = 8 / 217) trois fois par an ou plus, et 8 % (n = 16 / 213) préféreraient que le sujet ne soit jamais abordé avec leur médecin généraliste. Neuf femmes (4 %) n'ont pas répondu à cette question.

▪ Écoute du médecin généraliste

La grande majorité des femmes déclaraient se sentir suffisamment écoutées par leur médecin généraliste concernant le sujet de contraception (n = 182, soit 85 % de l'effectif). 11 % des femmes (n = 23 / 213) estimaient ne pas se sentir suffisamment écoutées et 8 femmes n'ont pas répondu à la question (figure 6).

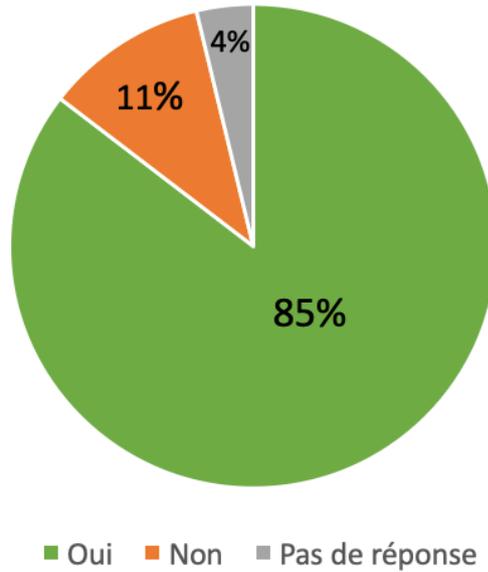


Figure 6 : Sentiment de se sentir écoutée par leur médecin généraliste

▪ **Investissement du médecin généraliste**

Nous avons également interrogé les femmes sur leur souhait que leur médecin généraliste montre plus d'intérêt pour leur contraception. Un peu moins d'un tiers des femmes interrogées (n = 59 / 213) souhaiteraient que leur médecin généraliste manifeste effectivement un plus grand intérêt à ce sujet (figure 7). En revanche, 49 % d'entre elles (n = 105 / 213) estimaient que leur médecin généraliste était déjà suffisamment investi dans leur contraception, et 23 % (n = 48 / 213) ne souhaitaient pas qu'il ou elle y porte un plus grand intérêt pour d'autres raisons.

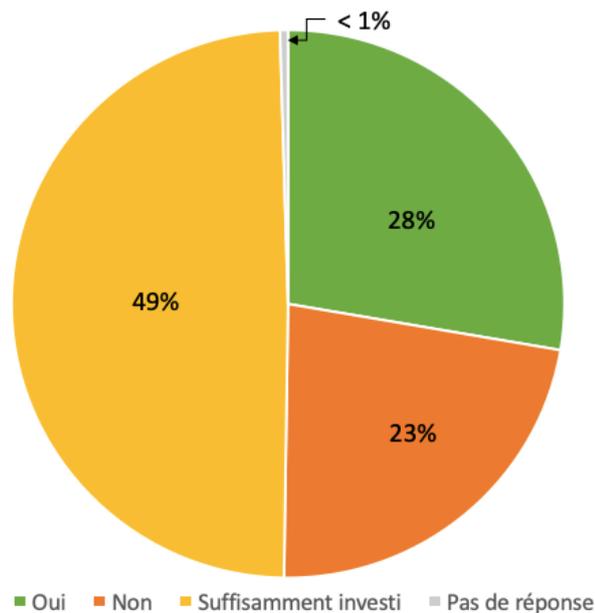


Figure 7 : Souhait que leur médecin généraliste soit plus investi concernant la contraception

▪ **Les réponses apportées par le médecin généraliste concernant la contraception**

Concernant le contenu des discussions en matière de contraception avec leur médecin, 69 % des femmes (n = 147 / 213) déclaraient trouver les réponses à leurs questions auprès de leur médecin généraliste (figure 8). En revanche, 29 % d'entre elles déclaraient que ce n'était pas le cas. Nous avons donc donné la possibilité à ces 62 femmes ayant répondu négativement de s'exprimer librement sur les raisons, à l'occasion d'une question ouverte. Une codification des réponses a été réalisée.

Parmi ces femmes, 39 % (n = 24 / 62) ont mentionné que le sujet de la contraception n'était pas abordé avec leur médecin généraliste sans raison précise. Cependant, neuf femmes précisait que le sujet était abordé avec un(e) autre professionnel(le) de santé. Quatre d'entre elles estimaient que leur médecin généraliste n'avait pas assez de connaissance pour pouvoir répondre à leurs questions et cinq patientes étaient insatisfaites des réponses fournies ou sentaient un manque d'intérêt de leur médecin pour la question. Deux femmes ont expliqué cela par le sexe masculin de leur médecin généraliste, et l'une d'entre elles a ajouté le fait que le médecin était âgé. Une femme aurait souhaité « *avoir plus de documentation écrite* » et une autre expliquait cela par un changement récent de médecin généraliste. Enfin, 26 % d'entre elles (n = 16 / 62) n'ont pas souhaité donner d'explications.

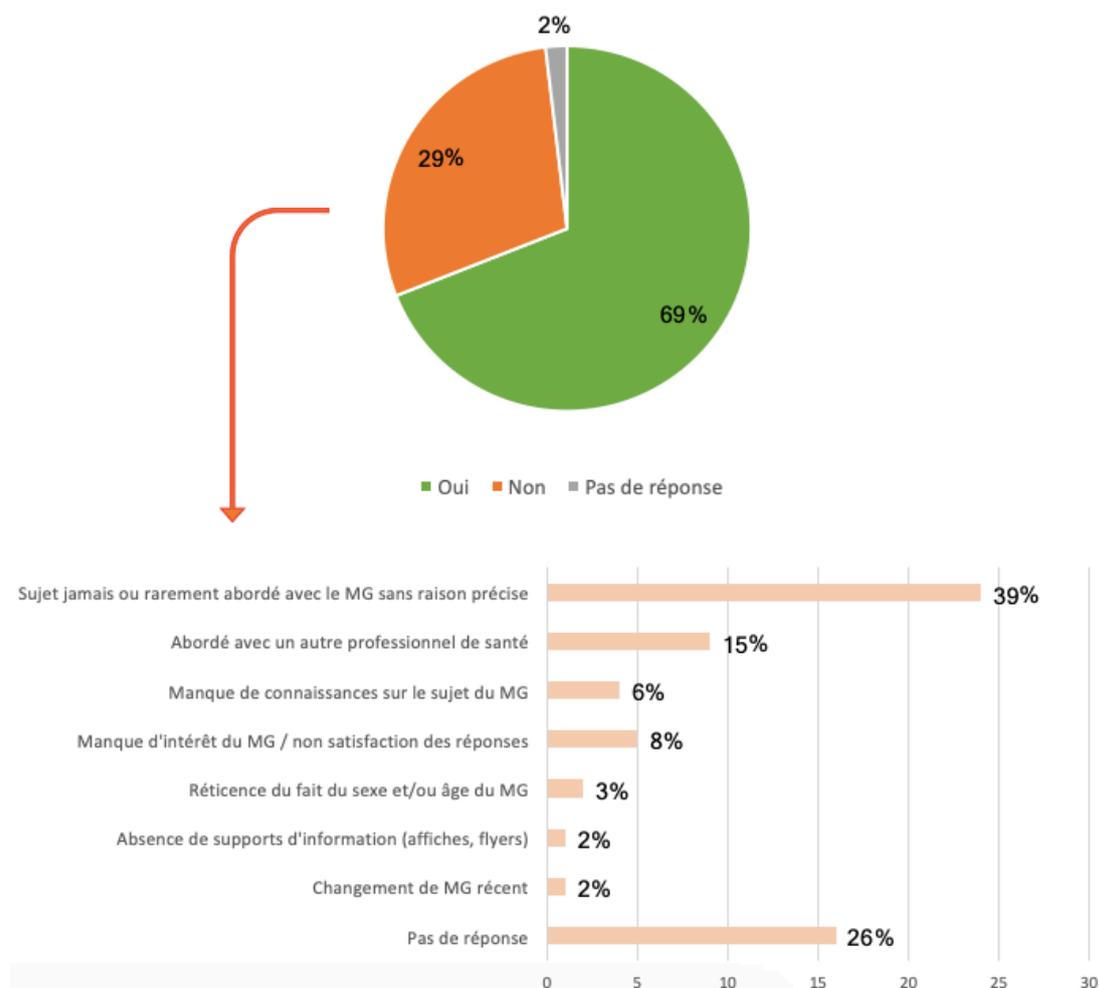


Figure 8 : Fait de trouver leurs réponses auprès de leur médecin généraliste concernant la contraception

▪ **L'aisance des femmes avec leur médecin généraliste**

Ensuite, nous avons cherché à savoir si elles ressentait éventuellement une gêne à aborder le thème de la contraception avec leur médecin généraliste. 93 % (n = 199 / 213) ont déclaré que non mais tout de même 6 % (n = 13 / 213) ont déclaré ressentir en effet une gêne (figure 9).

Parmi les 13 femmes ressentant une gêne, quatre n'ont pas précisé pourquoi mais deux d'entre elles ont mentionné que cela était dû à la proximité qu'elles avaient avec leur médecin, deux autres au « *manque d'habitude* » d'aborder ce sujet, et deux autres au fait que le médecin généraliste était soit trop âgé, soit de sexe masculin. Les autres raisons avancées étaient le fait de « *ressentir de la pudeur* » en raison de leur jeune âge, qu'il s'agissait d'un « *sujet trop intime* » ou encore par « *peur de ne pas être prise au sérieux* ».

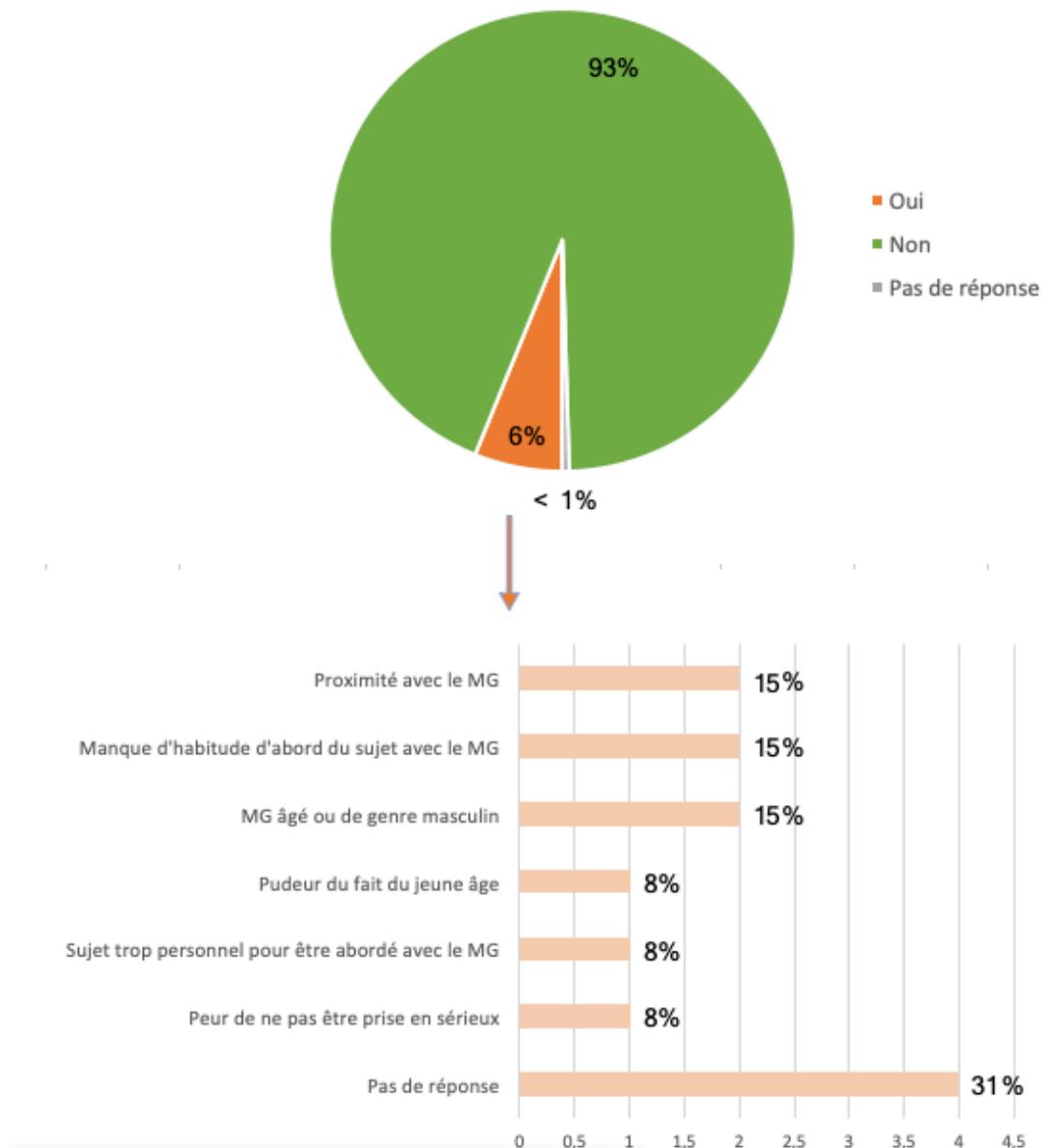


Figure 9 : Gêne ressentie à aborder le sujet de la contraception avec leur médecin généraliste

III.3. Le médecin généraliste : apte au suivi gynécologique des femmes ?

Nous avons également interrogé les femmes sur l'aptitude des médecins généralistes à réaliser un suivi gynécologique standard, en précisant dans l'intitulé de la question ce que cela impliquait. 79 % des femmes interrogées estimaient qu'un médecin généraliste était apte à réaliser un suivi gynécologique standard tandis que 18 % pensaient le contraire. Six femmes n'ont pas répondu à cette question (tableau 7).

Les trois principales raisons avancées par les 38 femmes ayant répondu négativement étaient le manque de temps et le « *risque de surcharge de travail* » (16 %), le manque de formation (16 %) et le fait que cela ne relevait pas de leur spécialité (13 %). De plus, trois femmes ont exprimé une gêne face à leur médecin généraliste.

Tableau 7 : Avis des femmes concernant l'aptitude des médecins généralistes à réaliser un suivi gynécologique

	Effectif (n=213)	%
Aptitude médecin généraliste à réaliser un suivi gynécologique standard		
Oui	169	79 %
Non :	38	18 %
<i>Pas le temps, risque de surcharge de travail</i>	6	16 %
<i>Manque de formation</i>	6	16 %
<i>Ce n'est pas leur spécialité</i>	5	13 %
<i>Trop personnel, gênant, vis-à-vis du statut du MG</i>	3	8 %
<i>Peur que le MG passe à côté d'un diagnostic</i>	2	5 %
<i>Préférence d'être suivie par un autre professionnel de santé</i>	1	3 %
<i>Pas de réponse</i>	18	47 %
Pas de réponse	6	3 %

III.4. Lien entre l'abord du sujet par le médecin généraliste et caractéristiques des femmes et des médecins

▪ Lien avec les facteurs socio-démographiques des femmes

En premier lieu, concernant l'abord spontané de la contraception par le médecin généraliste, certains facteurs se sont révélés significativement associés à cette question (tableau 8). Tout d'abord, le fait que les femmes vivaient en milieu urbain était associé à un abord plus fréquent du sujet de la contraception de manière spontanée ($p = 0,0393$). En effet, parmi les femmes dont le médecin abordait ce sujet spontanément, 52 % résidaient en milieu urbain, alors que parmi celles dont le médecin ne l'abordait pas spontanément, 62 % vivaient en milieu rural.

▪ Lien avec le suivi et sources d'informations principales des femmes

Lorsque le médecin abordait spontanément le sujet, il était la source d'information principale en matière de contraception dans 45 % des cas contre 18 % des cas quand il ne l'abordait pas spontanément ($p < 0,0001$).

Aussi, dans ce dernier cas, la source principale d'information des patientes était internet dans 17 % des cas contre 5 % lorsque le médecin abordait la question spontanément, ce qui rendait cette source significativement différente selon que le médecin aborde spontanément la question ou non ($p = 0,0085$). Les autres sources d'information n'étaient pas liées significativement à l'abord spontané de la question par le médecin généraliste.

▪ Lien avec les facteurs relatifs au médecin généraliste

Enfin, le sexe du médecin était significativement lié à l'abord de la question de la contraception de manière spontanée (tableau 8) ($p = 0,0003$). Les médecins généralistes qui abordaient spontanément ce sujet étaient des femmes dans 64 % des cas, alors que les médecins généralistes ne le faisant pas spontanément étaient des femmes dans seulement 39 % des cas.

De plus, le fait d'avoir un diplôme complémentaire en gynécologie était également lié à l'abord spontané de la contraception, dans le sens où les médecins ayant un diplôme l'abordaient plus souvent spontanément ($p = 0,0339$).

Tableau 8 : Lien entre abord spontané de la contraception par le médecin généraliste et les caractéristiques des femmes et des médecins

	Oui (n = 92)	Non (n = 121)	p-valeur
	n (%)	n (%)	
Facteurs socio-démographiques			
Catégorie d'âge	92	121	
18-24 ans	16 (17 %)	8 (7 %)	
25-30 ans	12 (13 %)	30 (25 %)	
31-39 ans	35 (38 %)	48 (40 %)	
40-45 ans	18 (20 %)	20 (17 %)	
≥ 46 ans	11 (12 %)	15 (12 %)	0,0526
Milieu de vie	92	121	
Rural	44 (48 %)	75 (62 %)	
Urbain	48 (52 %)	46 (38 %)	0,0393
Suivi gynécologique			
Moyen de contraception	92	121	
Pilule	28 (30 %)	25 (21 %)	
Dispositif intra-utérin	25 (27 %)	48 (40 %)	
Autre moyen de contraception	16 (17 %)	16 (13 %)	
Pas de moyen de contraception	23 (25 %)	32 (26 %)	0,1693
Source(s) principale(s) d'information sur la contraception	92	121	
Gynécologue	57 (62 %)	76 (63 %)	0,8986
Médecin généraliste	41 (45 %)	22 (18 %)	< 0,0001
Sage-femme	20 (22 %)	32 (26 %)	0,4283
Planning familial	2 (2 %)	4 (3 %)	0,9390
Membre de votre famille ou ami(e)s	2 (2 %)	9 (7 %)	0,1594
Internet / réseaux sociaux	5 (5 %)	21 (17 %)	0,0085
Autre **	1 (1 %)	6 (5 %)	0,2372
Praticien en charge du suivi de contraception	88	114	
Gynécologue et médecin généraliste	5 (6 %)	9 (8 %)	
Gynécologue et sage-femme	3 (3 %)	7 (6 %)	
Gynécologue	39 (44 %)	60 (53 %)	
Médecin généraliste	28 (32 %)	15 (13 %)	
Sage-femme	10 (11 %)	18 (16 %)	
Autre ***	3 (3 %)	5 (4 %)	0,0576*
Facteurs relatifs aux médecins généralistes			
Sexe du médecin généraliste	92	120	
Femme	59 (64 %)	47 (39 %)	
Homme	33 (36 %)	73 (61 %)	0,0003
Diplôme complémentaire en gynécologie	92	120	
Oui	15 (16 %)	9 (8 %)	
Non	28 (30 %)	54 (45 %)	
Je ne sais pas	49 (53 %)	57 (48 %)	0,0339

* Test exact de Fisher

** Autre médecin ou professionnel de santé (1) / Infirmière (1) / Non précisé (5)

*** Autre médecin ou professionnel de santé (1) / Planning familial (3) / Sage-femme + médecin généraliste (4)

III.5. Facteurs liés à l'avis des femmes sur les échanges avec leur médecin généraliste

- Fait de trouver ses réponses chez le médecin généraliste
 - **Lien entre le fait de trouver ses réponses chez le médecin généraliste et facteurs socio-démographiques des femmes**

Concernant la question de savoir si les patientes trouvent ses réponses auprès de leur médecin généraliste en matière de contraception, aucun facteur socio-démographique n'y était associé significativement (tableau 9).

- **Lien entre le fait de trouver ses réponses chez le médecin généraliste et suivi et sources d'information des femmes**

En revanche, on retrouvait des différences quant à la source principale d'information sur la contraception (tableau 9). Le fait de trouver ses réponses chez le médecin généraliste était lié significativement au fait de déclarer que la source principale d'information était le médecin généraliste lui-même ($p < 0,0001$). Toutefois, on peut noter que parmi les autres sources d'information, seul le fait d'avoir une sage-femme comme source d'information principale était lié au fait de trouver ses réponses chez le médecin généraliste ($p = 0,0213$). En effet, pour les autres sources d'informations principales, le médecin généraliste n'était pas significativement plus ou moins source d'information malgré tout.

- **Lien entre le fait de trouver ses réponses chez le médecin généraliste et aptitude à gérer le suivi gynécologique**

Parmi les autres résultats importants, il ressort que le fait de trouver ses réponses ou non chez le médecin généraliste était lié au fait de penser qu'il est apte à réaliser un suivi gynécologique ($p = 0,0183$) (tableau 9). En effet, lorsque les patientes déclaraient trouver leurs réponses chez le médecin généraliste en termes de contraception, 85 % d'entre elles le ou la pensaient apte à réaliser un suivi gynécologique. Hormis ces relations plutôt attendues, aucun autre facteur étudié n'était lié significativement à cette question.

- **Lien entre le fait de trouver ses réponses chez le médecin généraliste et le fait d'avoir déjà eu recours à une IVG ou non**

Aucun lien significatif n'a été retrouvé ($p = 0,5995$).

Tableau 9 : Lien entre le fait de trouver leurs réponses auprès de leur médecin généraliste et caractéristiques et suivi des femmes

	Oui (n = 147) n (%)	Non (n = 62) n (%)	p-valeur
Facteurs socio-démographiques			
Catégorie d'âge	147	62	
18-24 ans	19 (13 %)	5 (8 %)	
25-30 ans	24 (16 %)	18 (29 %)	
31-39 ans	59 (40 %)	21 (34 %)	
40-45 ans	25 (17 %)	13 (21 %)	
≥ 46 ans	20 (14 %)	5 (8 %)	0,1750
Milieu de vie	147	62	
Rural	80 (54 %)	35 (57 %)	
Urbain	67 (46 %)	27 (43 %)	0,7876
Suivi gynécologique			
Moyen de contraception	147	62	
Pilule	40 (27 %)	12 (19 %)	
Dispositif intra-utérin	46 (31 %)	27 (44 %)	
Autre moyen de contraception	22 (15 %)	10 (16 %)	
Non	39 (27 %)	13 (21 %)	0,3159
Source(s) principale(s) d'information sur la contraception	147	62	
Gynécologue	91 (62 %)	39 (63 %)	0,8918
Médecin généraliste	55 (37 %)	5 (8 %)	< 0,0001
Sage-femme	30 (20 %)	22 (36 %)	0,0213
Planning familial	3 (2 %)	3 (5 %)	0,3646*
Membre de votre famille ou ami(e)s	8 (5 %)	3 (5 %)	1,0000
Internet / réseaux sociaux	15 (10 %)	11 (18 %)	0,1315
Autre **	4 (3 %)	3 (5 %)	0,4256*
Praticien en charge du suivi de contraception	139	60	
Gynécologue et médecin généraliste	11 (8 %)	2 (3 %)	
Gynécologue et sage-femme	6 (4 %)	4 (7 %)	
Gynécologue	63 (45 %)	35 (58 %)	
Médecin généraliste	38 (27 %)	4 (7 %)	
Sage-femme	17 (12 %)	11 (18 %)	
Autre ***	4 (3 %)	4 (7 %)	0,0056*
Facteurs relatifs aux médecins généralistes			
Sexe du médecin généraliste	147	61	
Femme	78 (53 %)	27 (44 %)	
Homme	69 (47 %)	34 (56 %)	0,2479
Aptitude médecin généraliste à réaliser suivi gynécologique	144	59	
Oui	123 (85 %)	42 (71 %)	
Non	21 (15 %)	17 (29 %)	0,0183

* Test exact de Fisher

** Autre médecin ou professionnel de santé (1) / Infirmière (1) / Non précisé (5)

*** Autre médecin ou professionnel de santé (1) / Planning familial (3) / Sage-femme + médecin généraliste (4)

- Volonté que le médecin généraliste montre un plus grand intérêt sur ce sujet

Assez peu de facteurs étaient liés au fait de souhaiter que leur médecin généraliste montre un plus grand intérêt au sujet de la contraception (tableau 10). En effet, aucun facteur socio-démographique n'y était lié, ni le moyen contraceptif ou le suivi, ni aucun facteur lié au médecin lui-même.

- **Lien entre le souhait que le médecin généraliste montre un plus grand intérêt et sources d'information**

Seules certaines sources d'information principale y étaient liées ainsi que le praticien en charge du suivi gynécologique (tableau 10).

Les femmes prenant leur information directement de leur médecin généraliste avaient plus tendance à les trouver déjà suffisamment impliqués ($p = 0,0182$). De plus, parmi les femmes ne souhaitant pas que leur médecin généraliste soit plus impliqué, 8 % obtenaient leurs informations principalement au planning familial contre 2 % des femmes qui voudraient que leur médecin soit plus impliqué et enfin 1 % des femmes qui déclaraient que celui-ci ou celle-ci est déjà suffisamment investie ($p = 0,0407$).

Comme mentionné précédemment, ce souhait était également significativement lié au praticien en charge du suivi gynécologique ($p = 0,0196$). Les femmes considérant que leur médecin généraliste était déjà suffisamment investi étaient plus souvent suivies par ce dernier (27 % contre 16 % et 12 % dans les deux autres catégories). Celles désirant une plus grande implication du médecin généraliste étaient plus souvent suivies par un gynécologue (60 % contre 45 % dans les autres catégories). Enfin, les patientes ne souhaitant pas que leur médecin généraliste porte un plus grand intérêt étaient plus souvent suivies par une sage-femme (27 % contre 14 % et 5 % dans les deux autres catégories).

- **Lien entre le souhait que le médecin généraliste montre un plus grand intérêt et le fait d'avoir déjà eu recours à une IVG ou non**

Aucun lien significatif n'a été retrouvé ($p = 0,1374$).

Tableau 10 : Lien entre le souhait que leur médecin généraliste montre un plus grand intérêt au sujet et les caractéristiques et suivi des femmes

	Oui	Non	Déjà suffisamment investi	p-valeur
	(n = 59)	(n = 48)	(n = 105)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Facteurs socio-démographiques				
Catégorie d'âge	59	48	105	
18-24 ans	7 (12 %)	5 (10 %)	12 (11 %)	
25-30 ans	20 (34 %)	9 (19 %)	13 (12 %)	
31-39 ans	17 (29 %)	21 (44 %)	45 (43 %)	
40-45 ans	10 (17 %)	6 (12 %)	21 (20 %)	
≥ 46 ans	5 (8 %)	7 (15 %)	14 (13 %)	0,1043
Suivi gynécologique				
Suivi gynécologique régulier	59	48	105	
Oui	49 (83 %)	32 (67 %)	84 (80 %)	
Non	10 (17 %)	16 (33 %)	21 (20 %)	0,0961
Moyen de contraception	59	48	105	
Pilule	19 (32 %)	8 (17 %)	25 (24 %)	
Dispositif intra-utérin	21 (36 %)	17 (35 %)	35 (33 %)	
Autre moyen de contraception	9 (15 %)	7 (15 %)	16 (15 %)	
Non	10 (17 %)	16 (33 %)	29 (28 %)	0,4580
Source(s) principale(s) d'information sur la contraception	59	48	105	
Gynécologue	40 (68 %)	27 (56 %)	65 (62 %)	0,4692
Médecin généraliste	13 (22 %)	9 (19 %)	40 (38 %)	0,0182
Sage-femme	10 (17 %)	16 (33 %)	26 (25 %)	0,1463
Planning familial	1 (2 %)	4 (8 %)	1 (1 %)	0,0407*
Membre de votre famille ou ami(e)s	5 (8 %)	1 (2 %)	4 (4 %)	0,2993*
Internet / réseaux sociaux	6 (10 %)	10 (21 %)	10 (10 %)	0,1195
Autre **	2 (3 %)	2 (4 %)	3 (3 %)	0,8864*
Praticien en charge du suivi de contraception	58	40	103	
Gynécologue et médecin généraliste	4 (7 %)	2 (5 %)	8 (8 %)	
Gynécologue et sage-femme	3 (5 %)	1 (3 %)	6 (6 %)	
Gynécologue	35 (60 %)	18 (45 %)	46 (45 %)	
Médecin généraliste	9 (16 %)	5 (12 %)	28 (27 %)	
Sage-femme	3 (5 %)	11 (27 %)	14 (14 %)	
Autre ***	4 (7 %)	3 (8 %)	1 (1 %)	0,0196*

* Test exact de Fisher

** Autre médecin ou professionnel de santé (1) / Infirmière (1) / Non précisé (5)

*** Autre médecin ou professionnel de santé (1) / Planning familial (3) / Sage-femme + médecin généraliste (4)

- Fait de se sentir écoutée par leur médecin généraliste sur ce sujet

Enfin, le fait de se sentir suffisamment écoutée par le médecin généraliste n'était associé de manière significative à aucun des facteurs étudiés.

III.6. Remarques des femmes

À la fin du questionnaire, les femmes avaient la possibilité de laisser un commentaire libre, si elles le souhaitaient.

Sur les 213 femmes, 26 ont choisi d'en inscrire un soit 12 % des répondantes. Si certaines ont simplement exprimé leur gratitude pour l'intérêt porté à leur avis sur le sujet, ou ont inscrit des encouragements, 19 ont formulé des remarques complémentaires (figure 10). Plusieurs ont souligné la relation de confiance avec leur médecin généraliste et ont mentionné que celui-ci était « à l'écoute ». Certaines ont exprimé des interrogations concernant divers sujets liés à la gynécologie. Une patiente a stipulé avoir un « mauvais suivi gynécologique qui pourrait être meilleur si son médecin réalisait les frottis et palpations mammaires ».

En revanche, deux d'entre elles ont indiqué que « faire de la gynécologie ne relevait pas du ressort du médecin de campagne », en raison du manque de généralistes dans ces zones et « du temps qui serait mieux employé auprès des personnes malades et atteintes de maladies chroniques ».



Figure 10 : Nuage de mots extraits des commentaires libres à la fin du questionnaire

IV. Discussion

IV.1. Les caractéristiques de la population étudiée

Notre étude inclut toutes les femmes majeures non ménopausées, avec une attention particulière aux tranches d'âge associées aux changements de méthodes contraceptives. Ceci est en accord avec un des objectifs de la SNSS 2017-2030 qui est de « *développer la communication prenant en compte les moments de la vie représentant une période de moindre vigilance contraceptive* » (3).

Nous avons inclus les femmes jusqu'à 55 ans, sous réserve qu'elles ne soient pas encore ménopausées, contrairement à la plupart des études portant sur la contraception qui fixent la limite supérieure à 49 ans. La ménopause survient généralement entre 45 et 55 ans avec un âge moyen retenu en France de 51 ans (43). Dans notre étude, 14 femmes avaient entre 50 et 55 ans, tandis que 93 % de nos participantes étaient âgées de 18 à 49 ans, avec une forte représentation des 31-39 ans, une catégorie souvent confrontée au changement contraceptif. La tranche d'âge des 15-18 ans n'a pas été incluse, car elle a déjà été étudiée plusieurs fois, notamment pour la première consultation de contraception et les attentes envers le médecin (44,45).

La Corrèze, département à caractère rural, est bien représentée dans notre étude, avec 56 % des patientes vivant en zone rurale, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne départementale de 45 % en 2010 (46). Ces chiffres sont plus importants que la population générale française (47).

73 % des femmes de notre étude avaient déjà un ou plusieurs enfants, ce qui se rapproche des chiffres observés dans l'étude baromètre santé 2016 qui concerne 67,5 % des femmes.

Dans notre étude, 77 % des femmes utilisent une méthode contraceptive. Ce résultat est bien moindre que les 92 % retrouvés dans la littérature pour les femmes concernées par la contraception mais cela était attendu puisque notre étude inclut toutes les femmes non ménopausées majeures, qu'elles soient concernées ou non par la contraception au moment de l'étude (9). Néanmoins, aucune donnée n'a été retrouvée dans la littérature concernant les femmes majeures non ménopausées françaises. En revanche, une enquête réalisée en 2019 a révélé que près de 60% des femmes non ménopausées âgées de plus de 15 ans utilisaient un moyen de contraception (48).

Dans notre échantillon de patientes utilisant un moyen de contraception, le DIU est la première méthode utilisée (46 %) suivie de la pilule (34 %). Ce résultat diffère de la littérature (1). Néanmoins, aucune étude à grande échelle n'a été réalisée depuis 2019 sur l'ensemble de la population non ménopausée (26).

Si on s'intéresse à la tendance observée en fonction des tranches d'âges, la pilule reste majoritairement utilisée chez les 18-24 ans dans notre étude, ce qui est également retrouvé dans la littérature, suivi par le DIU, puis les autres méthodes hormonales (50 %, 20 % et 15 % respectivement). On observe une diminution de l'utilisation de la pilule contraceptive avec l'augmentation de l'âge des patientes, ce qui est concordant avec la littérature (1,49). Le DIU arrive à la première place par la suite dans toutes les catégories d'âge étudiées. Ce résultat est différent des études réalisées entre 2014 et 2016 (1,4,12). Une nouvelle enquête à grande échelle semblable à celle de Baromètre santé 2016 mériterait d'être réalisée pour juger de l'évolution des pratiques et voir si nos données s'en rapprochent.

En ce qui concerne le suivi gynécologique régulier, 77 % des patientes interrogées en avaient un. Ce pourcentage est similaire à celui retrouvé aux 78 % observés dans une étude réalisée par le Conseil National de l'Ordre des sages-femmes en 2017 (15). La principale raison de l'absence de suivi était le fait de se sentir en bonne santé et de ne pas en avoir besoin, ce qui était également la première raison retrouvée dans cette étude. La deuxième raison était l'absence de gynécologue à proximité (25 % des réponses), cette réponse était alors la cinquième raison rapportée dans l'étude de 2017. On peut notamment expliquer cela par la démographie de gynécologue plus faible à l'échelle du département ainsi que l'accentuation de cette carence au fur et à mesure des années. Egalement, plus de la moitié de l'échantillon vivant en milieu rural réside à plus de 10 km d'une unité urbaine, dont 14 % à plus de 20 km. Les gynécologues corréziens se trouvant principalement en ville, cela peut expliquer la difficulté d'accessibilité.

Tout de même 46 % d'entre elles étaient suivies par un gynécologue, 20 % par un médecin généraliste et 13 % par une sage-femme pour leur contraception. Une minorité avait un suivi pluridisciplinaire. Ces chiffres sont semblables à ceux retrouvés dans deux études de 2018 et 2021 concernant le suivi gynécologique au sens large (50,51).

Concernant la source principale d'information, bien que la question soit au singulier avec l'indication d'une réponse unique attendue, certaines femmes ont coché plusieurs sources (33 % de l'échantillon). Après réflexion, nous avons finalement pris en compte toutes les réponses, reconnaissant que les sources d'informations importantes peuvent en effet être multiples et complémentaires. Le gynécologue était cité comme une des sources principales d'information en termes de contraception dans 62 % des cas, le médecin généraliste dans 30 % des cas et la sage-femme dans 24 % des cas. Ces chiffres sont très proches de ceux retrouvés dans l'étude Ipsos de 2015, qui montrait que 61 % des femmes âgées de 20 à 35 ans étaient influencées par leur gynécologue et 31 % par leur médecin généraliste (52). À noter que dans notre étude, 12 % des femmes puisaient leurs informations principalement sur internet ou les réseaux sociaux et 5 % auprès de leur famille ou de proches.

IV.2. Analyse des résultats en lien avec l'objectif principal

Pour l'analyse des résultats et pour faciliter la compréhension concernant la satisfaction et les attentes des femmes envers leur médecin généraliste, nous avons choisi de considérer les réponses aux questions concernées comme suit :

- > 75 % des réponses favorables : très bonne satisfaction globale,
- 50-75 % des réponses favorables : plutôt bonne satisfaction globale,
- < 50 % des réponses favorables : plutôt mauvaise satisfaction globale.

Des femmes plutôt satisfaites de l'approche de leur médecin généraliste :

Que le sujet soit abordé spontanément ou non par le médecin généraliste, **60 % des femmes de notre étude se considèrent satisfaites par leur approche.**

En effet, certaines patientes souhaitent que ce sujet soit abordé par le médecin généraliste et d'autres préfèrent le faire elles-mêmes. L'étude qualitative du Dr Nuel réalisée en 2018 montre que « les patientes qui n'osent pas demander » ont tendance à vouloir que le médecin initie la conversation sur ce sujet mais d'autres insistent sur le caractère un peu intrusif et préfèrent l'aborder elles-mêmes (53).

Un peu moins des deux tiers des femmes (61 %) souhaitent que l'abord soit fait par le médecin généraliste spontanément, et 43 % ont déclaré qu'il le faisait. Parmi celles qui souhaiteraient que l'abord du sujet se fasse par le médecin, seulement un peu plus de la moitié des femmes ont indiqué que leur médecin le faisait réellement. Ainsi, 48 % de ces femmes tout de même n'étaient donc pas satisfaites de l'approche non spontanée de leur médecin généraliste. Dans un travail de thèse réalisé en 2023 sur une population réunionnaise, 69 % des femmes déclaraient vouloir que leur médecin traitant aborde lui-même cette question plus fréquemment (21).

Concernant les attentes des femmes sur la fréquence idéale souhaitée, **la majorité des patientes (51 %) souhaiteraient l'aborder une fois par an.** Le souhait de nos participantes se rapproche de la réalité théorique puisque la fréquence de suivi en l'absence d'anomalie est d'une fois par an, hormis la première année suivant la primo-prescription (29).

Des résultats très satisfaisants concernant l'écoute de leur médecin généraliste :

85 % des femmes ont déclaré se sentir suffisamment écoutées par leur médecin généraliste en matière de contraception. Ce résultat est très satisfaisant, puisqu'un des grands rôles du médecin généraliste est d'être à l'écoute de son patient. Néanmoins, il ne faut pas oublier les 15 % de femmes estimant ne pas être suffisamment écoutées. Il aurait été intéressant de recueillir leurs témoignages pour identifier des pistes d'amélioration, comme ceux recueillis par l'HAS concernant les attentes et difficultés rencontrées par les personnes souhaitant choisir une contraception en 2014. Notamment dans ces derniers, à la réponse « *qu'est-ce qui est important pour vous ?* », nombreux sont ceux qui ont évoqué prioritairement l'écoute du professionnel et sa prise en compte du mode de vie, objectifs et préférences du patient (54).

Des femmes plutôt satisfaites des réponses données par leur médecin généraliste :

69 % des femmes de notre étude déclaraient trouver les réponses à leurs questions en matière de contraception auprès de leur médecin généraliste. Tout de même 30 % d'entre elles ne les trouvaient pas, ce qui reste un pourcentage non négligeable.

Parmi ces femmes, environ 39 % ont déclaré ne pas trouver leurs réponses tout simplement parce qu'elles n'abordaient pas le sujet avec leur médecin généraliste. Il aurait été intéressant d'approfondir les raisons derrière ce non-abord : est-ce parce qu'elles trouvent les réponses ailleurs ? Ou est-ce un regret de ne pas avoir abordé le sujet ? Certaines ont précisé qu'elles en discutaient tout simplement avec un autre professionnel de santé. Il n'est pas rare, notamment dans les cabinets de groupe, qu'un médecin généraliste autre que le médecin traitant soit sollicité pour des motifs gynécologiques.

14 % de celles ayant répondu ne pas trouver leurs réponses ont déclaré que cela était dû au manque de connaissance ou d'intérêt du médecin généraliste, ce qui avait déjà été mentionné dans une précédente étude (53). Parmi les autres facteurs modifiables, une patiente a déploré l'absence de supports d'information.

Évidemment, le fait de trouver les réponses aux questions est un critère subjectif. L'objectif ici n'est pas d'évaluer la qualité des réponses, mais le ressenti et la satisfaction de la patiente.

Bien que celle-ci porte uniquement sur les femmes de moins de 25 ans, l'étude ECLAT 2022 a montré que plus de 80 % des femmes interrogées se trouvent bien informées ou très bien informées par leur professionnel de santé (médecin généraliste ou autre) (4).

Des femmes qui sont plutôt satisfaites de l'intérêt que porte leur médecin généraliste sur le sujet :

49 % des femmes ont déclaré que leur médecin généraliste était suffisamment investi concernant le sujet de contraception, et 23 % des femmes ont répondu qu'elles ne souhaitent pas que leur médecin soit plus investi. **Au total, 72 % ont donc déclaré qu'elles ne souhaitent pas que leur médecin généraliste montre plus d'intérêt au sujet de contraception**, qu'il soit suffisamment investi ou pour d'autres raisons.

Cependant, plus d'un quart des femmes (28 %) attendent que leur médecin généraliste soit plus impliqué sur le sujet. Il existe donc des pistes d'amélioration. Une étude a montré que certaines femmes craignent le désintérêt de leur médecin généraliste pour le sujet de contraception, et donc n'osaient pas l'aborder par défaut de sollicitation du médecin (53). Il faut donc être très attentif à ce profil de femmes, qui peuvent être exposées à une mauvaise utilisation de contraception et aux grossesses non désirées.

Des femmes qui ne sont pas gênées de parler de contraception avec leur médecin généraliste :

Pratiquement la totalité des femmes interrogées (93 %) ont déclaré se sentir à l'aise avec leur médecin généraliste concernant le sujet de contraception, ce qui rend ce résultat très satisfaisant. Cela suggère qu'elles sont dans un climat de confiance avec leur médecin généraliste. Ce résultat est conforme à celui retrouvé dans une étude qualitative réalisée en 2022 par le Dr Dreller, montrant que les femmes de manière générale sont plutôt à l'aise pour parler de contraception avec les médecins, que ce soit gynécologue ou médecin généraliste (55).

La grande majorité des femmes sont donc satisfaites de leurs échanges avec leur médecin généraliste concernant le sujet de contraception dans les différents aspects étudiés. Ce résultat peut être mis en corrélation avec celui obtenu dans la thèse du Dr Darrousez, qui montrait que la grande majorité des femmes étaient globalement satisfaites de leur médecin généraliste concernant la contraception orale (5).

IV.3. Analyse des résultats en lien avec les objectifs secondaires

IV.3.1. Les facteurs liés à la satisfaction et les attentes des femmes

Nous avons cherché à identifier les facteurs influençant significativement la satisfaction des femmes vis-à-vis des réponses apportées par le médecin généraliste, leurs attentes quant à l'investissement de ce dernier, ainsi que leur sentiment d'être écoutées.

Les résultats montrent que les femmes trouvant leurs réponses chez leur médecin généraliste en termes de contraception déclaraient que leur médecin généraliste était le plus souvent source d'information principale ($p < 0,001$). De plus, celles qui identifiaient leur médecin généraliste comme leur principale source d'information avaient davantage tendance à les trouver suffisamment investis ($p = 0,0182$). Ces résultats sont logiques et rassurants.

À l'inverse, **les femmes insatisfaites des réponses apportées par leur médecin généraliste avaient significativement plus souvent un(e) sage-femme comme source d'information principale comparativement à celles déclarant trouver leurs réponses chez le médecin généraliste** ($p = 0,0213$). Nous pouvons imaginer que, face à leur insatisfaction, ces patientes se sont tournées vers un(e) sage-femme, ou que leur médecin généraliste les a directement orientées vers ce professionnel.

Egalement, parmi celles satisfaites des réponses obtenues de leur médecin généraliste, 85% le jugeaient apte à réaliser le suivi gynécologique ($p = 0,0183$). Nous pouvons supposer que parmi ces femmes, certaines d'entre elles sont déjà suivies par leur médecin généraliste, ce qui pourrait influencer leurs réponses. Dans la thèse du Dr Bertin, toutes les femmes suivies par leur médecin généraliste pour la gynécologie étaient satisfaites des informations reçues (56). On peut souligner que, même parmi les femmes insatisfaites des réponses de leur médecin généraliste, plus de deux tiers estimaient qu'un médecin généraliste était apte à réaliser le suivi gynécologique de manière significative (71 %, contre 29 %).

Nous avons également retrouvé des liens significatifs entre les attentes des femmes en termes d'investissement du médecin généraliste concernant la contraception et le praticien en charge du suivi contraceptif ($p = 0,0196$). Celles qui trouvaient leur médecin généraliste suffisamment investi étaient plus souvent suivies par ce dernier pour leur contraception (27 % contre 16 et 12 % dans les deux autres catégories). Ce résultat est cohérent. Les femmes désirant un plus grand intérêt de leur médecin généraliste étaient plus souvent suivies par un gynécologue en comparaison avec les autres groupes. Cela pourrait s'expliquer par la difficulté d'accès aux gynécologues, rendant l'investissement du médecin généraliste d'autant plus crucial. Ces résultats s'accordent avec une étude montrant que les patientes suivies par un gynécologue accordent également beaucoup d'importance aux informations fournies sur le sujet par leur médecin généraliste (56). Enfin, les patientes ne voulant pas que leur médecin généraliste montre un plus grand intérêt étaient significativement plus souvent suivies par un(e) sage-femme (27 % contre 14 % et 5 % dans les deux autres catégories). Cela pourrait être dû à un accès plus facile aux sages-femmes, à la qualité des informations fournies et du temps accordé, ou simplement à un choix personnel. Néanmoins, il est essentiel que les médecins généralistes restent disponibles et intéressés par la contraception de leurs patientes, même si elles sont suivies par un autre professionnel.

Aucun facteur sociodémographique des femmes n'était significativement lié aux questions de satisfaction. De même, aucun facteur n'était lié au sentiment d'être suffisamment écoutée par

leur médecin généraliste. Pour renforcer la validité de ces résultats et augmenter la puissance, il serait pertinent de mener une nouvelle étude à plus grande échelle.

IV.3.2. L'abord spontané du médecin généraliste lié à certaines caractéristiques des femmes et d'eux-mêmes

Nous avons tout d'abord trouvé un lien significatif entre l'abord spontané et le milieu de vie des patientes. **Les médecins abordaient plus spontanément le sujet de la contraception avec les patientes vivant en milieu urbain** (52 % contre 48 % ; $p = 0,0393$). Tandis que les médecins de femmes rurales étaient moins enclins à le faire spontanément (62 % contre 38 %). En supposant que les milieux d'exercice des médecins correspondent aux milieux de vie des femmes, on peut donc dire que les médecins en milieu urbain aborderaient plus spontanément le sujet de contraception que ceux en milieu rural. Il est difficile de trouver une explication à ces résultats. Nous pouvons émettre des hypothèses : meilleur accès à la formation médicale continue en milieu urbain ? Contrainte de temps pouvant entraîner une délégation à d'autres professionnels en milieu rural ?

Dans tous les cas, **le médecin était plus fréquemment l'une des sources d'information principales lorsqu'il l'abordait spontanément**, comparativement à ceux qui ne l'abordaient pas spontanément ($p < 0,0001$). Ce résultat peut être expliqué par le fait que les médecins le faisant spontanément sont généralement plus engagés dans le sujet et sont plus susceptibles de donner des informations.

L'absence d'initiative des médecins à aborder spontanément le sujet de la contraception était significativement associée au fait que les femmes cherchent leurs informations sur internet et/ou les réseaux sociaux (17 %, contre 5 % lorsque le médecin aborde le sujet spontanément ; $p = 0,0085$). Certaines informations retrouvées sur internet peuvent être incorrectes et inadaptées. Cela peut donc engendrer une mauvaise pratique de la contraception et conduire à des grossesses non désirées. Même si l'abord ne se fait pas spontanément par le médecin généraliste en consultation pour diverses raisons, il est important d'orienter ces femmes vers des sources d'informations fiables (57–59).

Concernant les caractéristiques des médecins, de manière significative, ceux qui abordaient spontanément le sujet étaient le plus souvent des femmes dans 64% des cas, contre 39% seulement chez ceux qui ne le faisaient pas ($p = 0,0339$). Ce résultat s'aligne avec l'intérêt particulier des femmes médecins pour la gynécologie. Il est important de rappeler que la répartition des femmes et des hommes est équilibrée dans notre échantillon. Cela est représentatif de la population de médecins généralistes à l'échelle nationale, avec une tendance à la féminisation de la profession ces dernières années, puisque 52 % des médecins généralistes étaient des femmes en 2022 (36).

Nous avons également retrouvé que le fait que le médecin généraliste de la patiente soit titulaire d'un diplôme complémentaire en gynécologie type DU est lié au fait qu'il aborde plus spontanément le sujet de la contraception ($p = 0,0339$). Encore une fois, ce résultat est logique et attendu.

IV.3.3. L'avis des femmes concernant le suivi gynécologique par un médecin généraliste

Plus des trois quarts des femmes interrogées estimaient qu'un médecin généraliste était apte à réaliser un suivi gynécologique standard (79 %). Ce résultat concorde avec un travail de thèse récent (60). Il s'agit donc d'une observation rassurante compte tenu de la situation actuelle. De plus, avec la féminisation croissante de la profession et l'amélioration de la formation des internes, il est probable que davantage de médecins généralistes pratiquent la gynécologie.

Parmi les réponses négatives, on peut souligner la crainte des femmes concernant la disponibilité du médecin pour répondre aux autres besoins ainsi que le manque de formation. Cela a donc soulevé une interrogation sur les connaissances des patientes concernant les compétences du médecin généraliste. En effet, les patientes dont le médecin généraliste ne pratiquait aucune forme de gynécologie pouvaient penser que cela était une généralité due à un manque de formation. Le Dr Plantevin a réalisé un travail sur ce sujet et a démontré que seulement 7,7 % des patientes interrogées connaissaient toutes les compétences gynécologiques que les médecins généralistes pouvaient avoir (34). Il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude comparant l'avis des femmes avant et après avoir expliqué les compétences que peut avoir un médecin généraliste dans ce domaine.

De plus, quelques femmes ont exprimé une gêne face à l'idée que leur médecin généraliste soit également en charge du suivi gynécologique en plus du suivi de leurs problèmes de santé généraux, ce qui est également décrit fréquemment comme freins dans différents travaux (51,60,61). Ce sentiment de familiarité et de proximité peut rassurer certaines patientes, tandis que pour d'autres, cela engendre une crainte du jugement.

Il est également intéressant de voir que 70 % des femmes indiquaient ne pas être influencées par le genre du médecin concernant le suivi gynécologique. Ce résultat concorde avec plusieurs études récentes (50,60). Ce taux n'a pas toujours été aussi haut dans la littérature. Une étude de Spaich et al. a comparé l'évolution de la perception et du choix du genre du praticien entre 1998 et 2018, mettant en évidence que 71 % des femmes étaient indifférentes au genre du praticien contre 58 % auparavant (62).

Une autre étude montre que les patientes n'ont pas de préférence pour le genre de leur médecin généraliste, qu'il s'agisse de prescription de contraception ou de l'examen gynécologique (63). Dans notre étude, 11 % des femmes ont déclaré que le sexe de leur médecin généraliste influençait leur choix dans les deux cas, tandis que 19 % étaient sensibles au genre du médecin dans le cadre du suivi gynécologique mais pas dans le cadre d'un renouvellement de contraception. On peut supposer que le facteur influençant cette distinction est la réalisation de l'examen gynécologique et la peur du dénudement. Un travail de thèse a été réalisé sur la place de la pudeur dans le cadre d'un examen gynécologique en médecine générale (64).

Deux femmes ont également évoqué une gêne à aborder le sujet en raison de l'âge avancé en plus du genre du médecin. Cela concerne une très faible proportion de notre échantillon. Une étude qualitative récente de 2023 montre que la majorité des 13 femmes interrogées avaient plus de difficultés à aborder la santé sexuelle avec un médecin homme ou plus âgé, bien que ces freins puissent être surmontés (65).

IV.3.4. Information du médecin généraliste et survenue d'IVG

Dans notre étude, 25 % des femmes avaient vécu au moins une interruption volontaire de grossesse au cours de leur vie. Ce pourcentage est un peu inférieur aux estimations de la littérature, qui le situent à 33 % chez les femmes françaises en âge de procréer (66).

Parmi ces femmes, **76 % ont indiqué qu'une meilleure information de la part de leur médecin généraliste sur la contraception n'aurait probablement pas modifié le cours des événements**. Ce résultat est globalement rassurant quant au rôle du médecin généraliste dans la prévention. Il suppose aussi que l'information, bien que cruciale, ne suffit pas pour prévenir les IVG, car les choix personnels, sociaux et économiques jouent également un rôle important.

Tout de même, huit femmes ont déclaré qu'une meilleure information par le médecin généraliste aurait pu prévenir l'IVG et cinq ont répondu qu'elles ne savaient pas si cela aurait changé les choses. Une étude future pourrait explorer ce profil de femmes afin de comprendre leur perception de ce que le médecin généraliste aurait pu faire pour prévenir l'IVG, tout en respectant l'éthique et la sensibilité liées à cet événement qui peut être particulièrement traumatisant.

IV.4. Forces et limites de l'étude

IV.4.1. Les forces

Une des principales forces de cette étude réside dans la simplicité et la rapidité d'exécution du questionnaire.

Le caractère anonyme et confidentiel des réponses permet aux participantes de s'exprimer librement, sans crainte de jugement ou d'influence extérieure. Cela renforce la fiabilité des résultats.

La possibilité de répondre au questionnaire, soit en format papier, soit en ligne, augmente les chances de participation. Les femmes qui n'auraient pas eu le temps d'y répondre sur papier en salle d'attente peuvent facilement le compléter ultérieurement en ligne, en scannant le QR code fourni.

L'aspect innovant de cette étude est qu'elle se concentre sur la satisfaction vis-à-vis du médecin généraliste, plutôt que sur le moyen de contraception lui-même. Cette approche est d'autant plus pertinente qu'aucune étude récente n'aborde ce sujet sur cette catégorie de population, hormis l'étude du Dr Darrousez, qui se concentrait uniquement sur la contraception orale (5).

Bien que le taux de refus n'ait pas été mesuré en raison des différentes méthodes de diffusion du questionnaire selon les cabinets, les retours des professionnels de santé ont été majoritairement positifs. De plus, certains questionnaires contenaient des commentaires favorables sur l'étude, témoignant de l'intérêt des participantes.

Enfin, le choix d'une étude quantitative a permis d'optimiser l'objectivité des résultats. Cette étude est reproductible et pourrait permettre, à plus grande échelle, de généraliser les résultats à une population plus large.

IV.4.2. Les limites

▪ Biais de sélection

Bien que tous les médecins généralistes corréziens aient été initialement sollicités sans distinction, l'échantillon de cette étude a été constitué à partir de la patientèle de médecins généralistes sélectionnés de manière non aléatoire, en fonction de la réponse favorable des praticiens.

Certains de ces médecins m'avaient accueillie en stage, ce qui pourrait les avoir rendus plus investis dans mon travail de thèse. De plus, il est possible que les médecins ayant accepté de participer soient plus sensibilisés aux questions de gynécologie, ce qui pourrait expliquer une implication dans le suivi contraceptif de leurs patientes. Cela introduit un biais de sélection, en favorisant certaines réponses. Une randomisation aurait permis de minimiser ce biais.

Le nombre de femmes corrésiennes majeures non ménopausées est difficile à quantifier et donc la taille de l'échantillon pour avoir une marge d'erreur à 5% est difficile à calculer précisément. Un plus grand nombre de réponses aurait augmenté la puissance de cette étude. Par ailleurs, la taille de l'échantillon est trop faible pour être représentatif de l'ensemble de la population féminine française majeure non ménopausée.

Egalement, certains médecins ont laissé les patientes libres de répondre au questionnaire en le déposant en salle d'attente, tandis que d'autres ont directement sollicité certaines patientes, ce qui a pu influencer indirectement leurs réponses ou favoriser un certain profil de répondante, introduisant ainsi un autre biais de sélection.

Il aurait peut-être été préférable de cibler les femmes majeures concernées par la contraception, conformément à la définition proposée par l'étude Baromètre santé 2016, plutôt que les femmes majeures non ménopausées. En effet, les attentes vis-à-vis du médecin généraliste chez des femmes n'étant jamais concernées strictement par la contraception sont évidemment peu pertinentes à étudier (absence de rapports hétérosexuels, stérilité, etc). Cependant, il est probable que ces femmes aient choisi de ne pas répondre au questionnaire. Il semble néanmoins intéressant de recueillir les réponses des femmes qui, bien qu'elles ne soient pas concernées par la contraception au moment de l'étude (grossesse, désir de grossesse, absence de rapports sexuels) pourraient l'être de nouveau à l'avenir et être en quête d'informations.

Le fait de ne pas disposer de questionnaires dans les salles d'attente des gynécologues, des sages-femmes ou encore dans les centres de santé sexuelle peut également être perçu comme un biais de sélection. Ce choix a cependant été délibéré pour garantir le fait que les participantes soient bien des patientes de médecins généralistes corréziens. Le questionnaire était accessible pour l'ensemble des femmes, qu'elles consultent ou non pour un sujet gynécologique.

▪ Biais de compréhension et de suggestion

Les réponses étaient auto-déclarées, et une partie des réponses était dichotomique, ce qui permet de recueillir des réponses dans un délai court et de diffuser facilement le questionnaire. Néanmoins, certaines questions ont pu être mal comprises, et il n'y avait personne pour apporter plus de précisions aux participantes. Quelques questions sont restées sans réponse. Il pouvait également s'agir d'un manque de temps ou d'un acte volontaire de la part des participantes.

De plus, le mode déclaratif peut entraîner un biais de désirabilité sociale. C'est-à-dire que les répondantes peuvent adapter leurs réponses à ce qu'elles pensent être attendu.

- **Biais de mémorisation**

Le recueil des données étant basé sur des déclarations auto-rapportées, il existe un risque de biais de mémorisation. Notamment concernant la question en rapport avec l'IVG « *pensez-vous qu'une meilleure information sur la contraception par votre médecin traitant aurait pu changer les choses ?* ». Ces IVG ont pu avoir lieu plusieurs années auparavant, ou les participantes ont pu choisir d'atténuer volontairement ces souvenirs, ce qui pourrait limiter leur réflexion sur le sujet. Cependant, la majorité des questions portaient sur des faits et ressentis actuels.

- **Biais méthodologique**

Comme mentionné précédemment, certaines questions sont restées sans réponse. Nous avons choisi d'exclure les questionnaires comportant plus de deux réponses manquantes.

Le nombre restreint de questions et le peu de questions ouvertes ont pu limiter la diversité et la précision des réponses recueillies. De plus, le caractère quantitatif de l'étude restreint l'interprétation des résultats en raison d'un manque d'explications contextuelles et d'approfondissement.

Enfin, le fait de recueillir des données uniquement en cabinet de médecine générale limite la validité externe. Une diffusion sur internet par le biais notamment des réseaux sociaux aurait permis de recueillir un plus grand nombre de réponses. Néanmoins, cela aurait multiplié le nombre de biais (technologique, éthique, de confidentialité, etc.).

IV.5. Perspectives d'évolution

Les consultations sur la contraception doivent placer la patiente, ainsi que son partenaire si elle le souhaite, au cœur des décisions. Le médecin généraliste doit non seulement tenir compte du mode de vie de la patiente et des dynamiques du couple ou du partenariat sexuel, mais aussi de respecter l'autonomie des femmes, en comprenant que certaines préfèrent que leur médecin généraliste soit informé mais non impliqué dans leur contraception.

Pour ne pas paraître intrusif tout en manifestant un intérêt approprié, il pourrait être judicieux de proposer une approche consistant à envoyer systématiquement des courriers ou des SMS aux femmes, ainsi qu'à leur partenaire, pour les inviter à une consultation dédiée avec leur médecin généraliste à différentes étapes clés de leur vie. L'assurance maladie a déjà mis en place un document pour les moins de 26 ans (59). Cette idée a également été proposée par le Dr Oléron dans sa thèse concernant les femmes de moins de 30 ans (67). Une étude pourrait évaluer la pertinence de créer une brochure destinée aux femmes plus âgées, les incitant à discuter de contraception et de santé sexuelle avec leurs médecins généralistes. Ces brochures pourraient éventuellement s'inspirer des invitations reçues pour les différents dépistages organisés.

V. Conclusion

L'amélioration de la santé sexuelle et plus particulièrement de l'accès à la contraception est une priorité nationale de santé publique, avec pour un des objectifs la réduction du recours à l'interruption volontaire de grossesse. Le médecin généraliste, pilier des soins primaires, joue un rôle essentiel en tant qu'interlocuteur de confiance. Ses compétences en communication et son investissement sont cruciaux pour établir une relation de qualité avec ses patient(e)s, favorisant ainsi une meilleure adhésion aux méthodes contraceptives. Interroger les femmes a confirmé l'importance de ces valeurs.

Les femmes corréziennes majeures, non ménopausées, sont majoritairement plutôt satisfaites de leurs rapports avec leur médecin généraliste concernant le sujet de la contraception. Notamment, 85 % des femmes interrogées sont satisfaites de l'écoute de leur médecin généraliste et 93 % se sentent à l'aise concernant ce sujet avec eux, ce qui rend ces deux paramètres particulièrement très satisfaisants.

Cependant, des pistes d'amélioration ont été identifiées. Une approche plus proactive des médecins généralistes est souhaitée, puisque 61% des femmes de l'étude souhaitent que le médecin aborde le sujet de contraception spontanément, alors que seulement 43 % déclarent que c'est effectivement le cas. De plus, la formation médicale continue des médecins généralistes en matière de contraception est essentielle, car tout de même 30 % des femmes interrogées se disent insatisfaites des réponses fournies, et 28 % aimeraient que leur médecin s'investisse davantage. Par ailleurs, la baisse de la densité des gynécologues et les disparités territoriales renforcent le rôle des généralistes dans le suivi gynécologique, un rôle que plus des trois quarts des femmes interrogées jugent adapté.

Afin de renforcer la représentativité des résultats, il serait pertinent de mener une nouvelle étude à plus grande échelle.

VI. Références bibliographiques

1. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016 - Contraception. 2016;
2. Vilain A, Fresson J. Le nombre des interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022. DRESS. sept 2023;Etudes et Résultats(1281).
3. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017 - 2030. [cité 8 mai 2024];(Axe III).
Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
4. BVA. Etude ECLAT - Etat des lieux et des connaissances de la contraception liés aux nouvelles tendances [Internet]. 2022 juin 7 [cité 5 févr 2024]; Paris, France.
Disponible sur : https://www.bva-xsight.com/wp-content/uploads/2022/06/Etude-ECLAT_EFFIK_presentation-BVA-_070622_VF.pdf
5. Darrousez L. Satisfaction et attente des femmes envers le médecin généraliste dans le cadre d'une consultation pour le renouvellement de contraception par voie orale. Université de Lille; 2022.
6. Lambert M, Begon E, Hocké C. Contraception for women after 40: CNGOF Contraception Guidelines. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018;46(12):865-72.
7. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 9 juill 2024]. Santé sexuelle. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>
8. AMELI. Efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. [cité 26 août 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/correze/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>
9. Inserm [Internet]. [cité 3 juill 2024]. Contraception · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/dossier/contraception/>
10. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Feuille de route santé sexuelle 2021-2024 [cité 9 juill 2024].
Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_sante_sexuelle_16122021.pdf
11. Chosson M. Association Nationale des centres d'IVG et de contraception. 2013. La contraception au fil du temps.
12. Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C, Ventola C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. Popul Sociétés. 2017;549(10):1-4.
13. Assemblée nationale - 1967 : La légalisation de la pilule [Internet]. [cité 30 août 2024]. Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967_legalisation_pilule/
14. Plu-Bureau G, Raccah-Tebeka B. L'histoire de la contraception s'écrit encore ! médecine/sciences. 1 août 2020;36(8-9):687-8.
15. CNOSF. La contraception et les françaises : une information suffisante ? 2017 [cité 25 juill 2024]; Disponible sur : https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/09/Dossier_contraception.pdf
16. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Popul Sociétés. 2014;511(5):1-4.
17. Santé publique France. Contraception : où en sommes-nous ? [Internet]. [cité 10 juill 2024]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/contraception-ou-en-sommes-nous>
18. United Nations department of E and SA. Meeting the changing needs for family

- planning : contraceptive use by age and method. 2022 [Internet]. [cité 3 juill 2024];
Disponible sur :
https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2023/Feb/undesapd_2022_world-family-planning.pdf
19. Kraus F, Cébille P. Contraception : Pourquoi les femmes délaissent la pilule ? 2018;
 20. Barjot P, Graesslin O, Cohen D, Vaillant P, Clerson P, Hoffet M. Grossesses survenant sous contraception orale : les leçons de l'étude GRECO. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 févr 2006;34(2):120-6.
 21. Laborde M. Les femmes sont-elles satisfaites de leur contraception à La Réunion ? La Réunion; 2023.
 22. AMELI. Contraception : médicaments et dispositifs [Internet]. [cité 28 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/correze/medecin/exercice-liberal/regles-de-prescription-et-formalites/medicaments-et-dispositifs/contraception>
 23. CNGOF. RCP contraception 2018 [Internet]. [cité 26 juill 2024]. Disponible sur : https://cngof.fr/app/pdf/RPC//RPC%20DU%20CNGOF/2018/CNGOF_RPC_2018-CONTRACEPTION.pdf?x29325
 24. Le Guen M, Agius R, Panjo H, Moreau C. La « crise des pilules » en France : les femmes ont-elles davantage consulté un.e gynécologue afin d'accéder plus facilement au DIU ? *Revue d'épidémiologie Santé Publique.* 1 nov 2020;68(6):347-55.
 25. Ameli. Contraception : prescription et délivrance [Internet]. [cité 9 juill 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/correze/pharmacien/exercice-professionnel/delivrance-produits-sante/regles-delivrance-prise-charge/delivrance-contraception>
 26. Donval L, Oufkir N, Bondu D, Daoud E, Dumas E, Reyat F, et al. Évolution des pratiques contraceptives en France : un état des lieux de 2014 à 2019. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* 1 juill 2022;50(7):535-41.
 27. Service Public. Contraception [Internet]. [cité 9 juill 2024]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F707>
 28. DUMG Limoges. Cours communication. 2021.
 29. HAS. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. 2013 [cité 11 févr 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
 30. Questionner sa pratique pour aider une femme à choisir sa contraception. *Revue Prescrire.* janv 2019;39(N°423):62-8.
 31. Chapuis-Sicard C. Evaluation des pratiques de prescription de la contraception par les médecins généralistes depuis les dernières recommandations HAS de 2004 [Internet]. [Paris, France]; 2013 [cité 23 juill 2024]. Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3840_CHAPUIS_these.pdf
 32. Héloïse G. Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : revue de la littérature. 2018;
 33. Roux A, Ventola C, Bajos N. Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France. sept 2017;35(3):41-70.
 34. Plantevin M. Connaissances des patientes concernant les compétences gynécologiques des médecins généralistes. Aix Marseille; 2020.
 35. IPSOS. Accès aux soins : vers une bombe à retardement de santé publique ? [Internet]. 2024 mars [cité 23 juill 2024]. Disponible sur : <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2024-03/ipsos-fhf-acces-aux-soins-2024-rapport-complet.pdf>

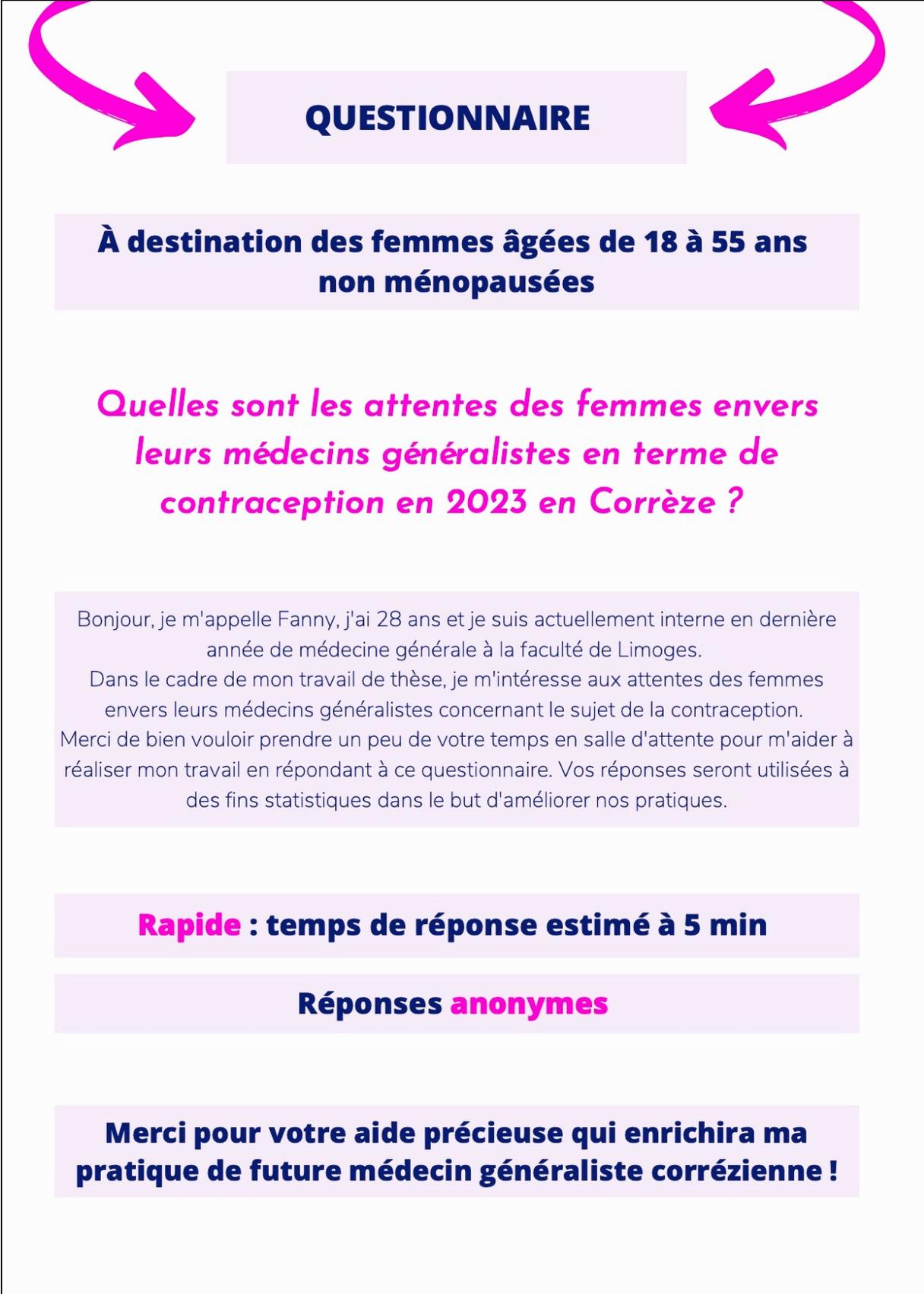
36. Arnault DF. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France. 2022
37. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? 2021;
38. Profil Médecin. Chiffres clés : Gynécologue-obstétricien. [Internet]. 2022. [cité 28 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-gynecologue-obstetrique/>
39. Insee. Recensement 2021 : résultats sur un territoire, bases de données et fichiers détail. [Internet]. [cité 9 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/8183122>
40. CPAM de la Corrèze 2022 : S'engager [Internet]. [cité 4 janv 2024]. Disponible sur : https://rapport-annuel.assurance-maladie.fr/cpam-correze/s_engager
41. CDOM Corrèze. Démographie médicale dans le département de la Corrèze. 2024.
42. Ameli. Annuaire Sage-femme dans le département Corrèze [Internet]. [cité 2 sept 2024]. Disponible sur : <https://annuaire.sante.ameli.fr/trouver-un-professionnel-de-sante/sage-femme/19-correze>
43. Inserm. Ménopause · Inserm, La science pour la santé. [Internet]. [cité 27 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/menopause/>
44. Aupetit D. Quels sont les freins ressentis par les adolescentes pour aborder la contraception avec leur médecin traitant ? [Internet]. Poitiers; 2013 [cité 5 févr 2024]. Disponible sur : <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/dfbdd258-764a-4fb8-b485-dbfbe83c42ad>
45. Anne B. Etude descriptive sur le ressenti des lycéennes concernant l'information sur la contraception et la place du médecin généraliste en tant qu'interlocuteur : une étude un an après la mise en place du pass contraception en Limousin. Limoges; 2015.
46. Insee. Observation sociale des territoires - Corrèze - les dossiers INSEE Limousin [Internet]. [cité 25 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1291965>
47. Statista. Population rurale en France. [Internet]. [cité 26 août 2024]. Disponible sur : <https://fr.statista.com/statistiques/473813/population-rurale-en-france/>
48. Statista. Part des femmes utilisant une forme de contraception en France. [Internet]. [cité 28 août 2024]. Disponible sur : <https://fr.statista.com/statistiques/1364056/femmes-utilisant-methode-contraceptive-france/>
49. Gynécologie Obstétrique Pratique [Internet]. 2021 [cité 25 juill 2024]. Contraception en 2021– Quelles tendances ? Disponible sur: <https://www.gynecologie-pratique.com/journal/article/005927-contraception-en-2021-queelles-tendances>
50. DROSZCZ M. Suivi gynécologique des patientes aveyronnaises : critères de choix du praticien [Internet]. Toulouse III; 2021 [cité 5 févr 2024]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3716/1/2021TOU31033.pdf>
51. Timsit C. Arguments de décision dans le choix par les femmes entre gynécologue, sage-femme ou médecin traitant dans le suivi gynécologique, le dépistage et le suivi de grossesse non pathologique : étude chez 126 patientes. 2018;
52. Ipsos. Les jeunes femmes sont-elles ouvertes au changement ? [Internet]. 2015 [cité 11 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-jeunes-femmes-sont-elles-ouvertes-au-changement>
53. Nuel M. quelles sont les attentes des patientes lors du renouvellement de leur contraception par leur médecin généraliste ? Angers; 2018.
54. HAS. Choisir sa contraception avec un professionnel de santé - témoignages. 2014 [cité 27 août 2024]; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-08/temoignages_femmes_hommes.pdf
55. Dreller K. Ressenti des femmes en âge de procréer à propos de leur contraception en

Lorraine. Nancy; 2022

56. Bertin M. Place des médecins généralistes dans les échecs de contraception menant à l'interruption volontaire de grossesse : étude quantitative observationnelle transversale. Picardie; 2023.
57. INPES, AFC, MFPF, CRIPS. Choisir sa contraception [Internet]. [cité 28 févr 2024]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4021/document/choisir-contraception_inpes.pdf
58. Santé publique France. Choisir sa contraception | Question Sexualité [Internet]. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception>
59. Ameli. Flyers contraception gratuite moins de 26 ans [Internet]. [cité 3 août 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Contraception-gratuite-moins-26%20ans-flyer.pdf>
60. Couprie Q. Les freins et les facteurs favorisant la consultation gynécologique en médecine générale: étude qualitative, le point de vue des femmes. 2022;
61. Cretin F. Facteurs déterminant le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2014.
62. Spaich S, Weiss C, Sütterlin M. Altered patient perceptions and preferences regarding male and female gynecologists: a comparison between 1997 and 2018. Arch Gynecol Obstet. nov 2019;300(5):1331-41.
63. Dusz L. Abord de la sexualité en médecine générale. Dijon; 2017.
64. Ordronneau AC. Place de la pudeur au sein d'une relation médecin-patient dans le cadre d'un examen gynécologique en médecine générale : étude qualitative réalisée en région Picardie. 9 sept 2020;56.
65. Crisologo J. Aborder la santé sexuelle en médecine générale : étude qualitative sur le vécu et les attentes des patientes. 2023;
66. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. Popul Sociétés. 2015;518(1):1-4.
67. Oléron AF. Que pensent les femmes de 18-30 ans des méthodes d'éducation à la contraception dans la commune de Béziers ? Montpellier; 2019.

VII. Annexes

Annexe 1. Affiche de présentation de l'étude	71
Annexe 2. Questionnaire de l'étude	72
Annexe 3. Représentation des lieux de dépose des questionnaires (pastilles vertes) d'après la source Wikimedia Commons®	74



QUESTIONNAIRE

À destination des femmes âgées de 18 à 55 ans non ménopausées

Quelles sont les attentes des femmes envers leurs médecins généralistes en terme de contraception en 2023 en Corrèze ?

Bonjour, je m'appelle Fanny, j'ai 28 ans et je suis actuellement interne en dernière année de médecine générale à la faculté de Limoges.

Dans le cadre de mon travail de thèse, je m'intéresse aux attentes des femmes envers leurs médecins généralistes concernant le sujet de la contraception.

Merci de bien vouloir prendre un peu de votre temps en salle d'attente pour m'aider à réaliser mon travail en répondant à ce questionnaire. Vos réponses seront utilisées à des fins statistiques dans le but d'améliorer nos pratiques.

Rapide : temps de réponse estimé à 5 min

Réponses anonymes

Merci pour votre aide précieuse qui enrichira ma pratique de future médecin généraliste corrézienne !

Annexe 2. Questionnaire de l'étude

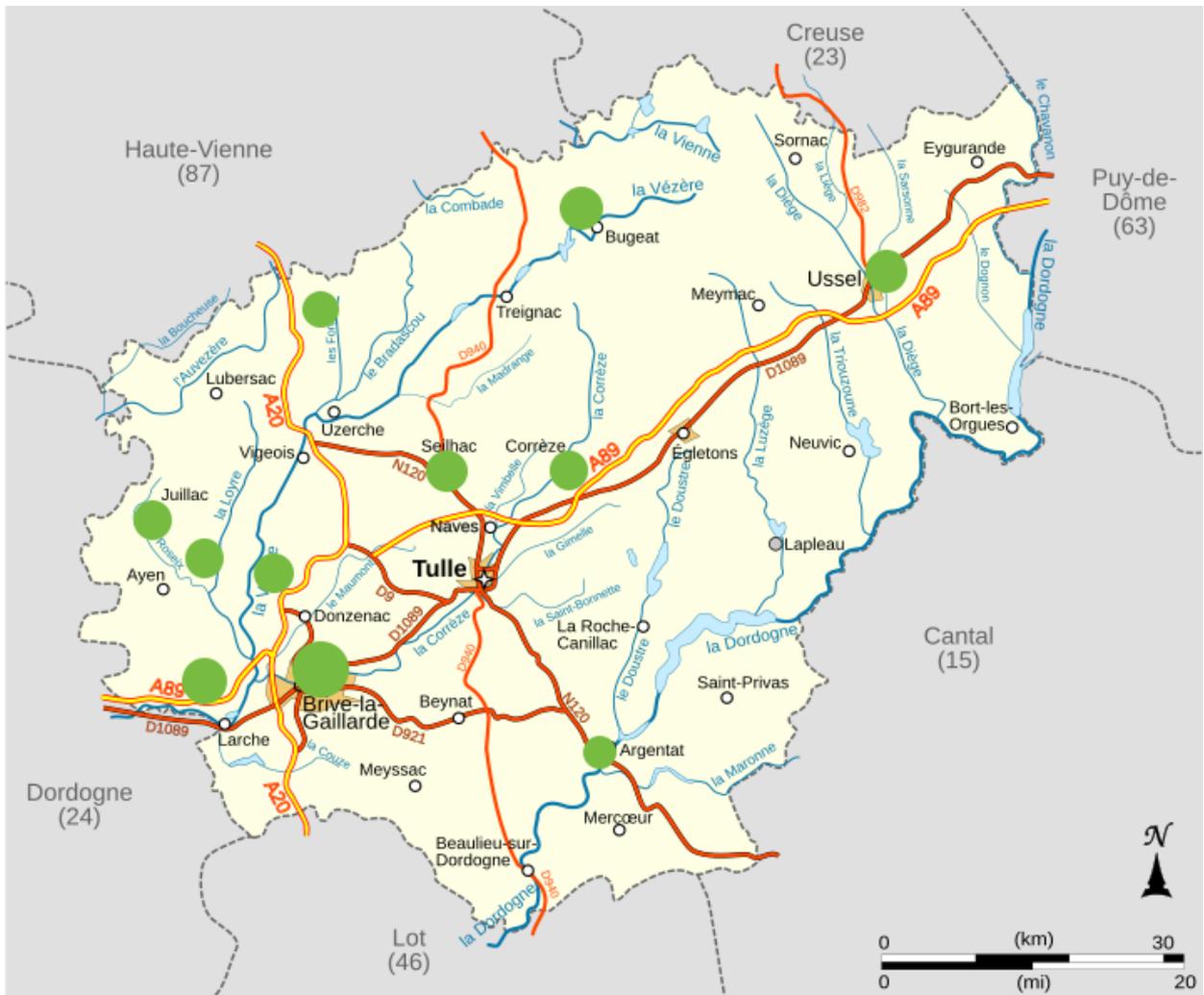
PARTIE 1

1. Quel âge avez-vous ?
2. Dans quel milieu vivez-vous ? Urbain (commune > 2000 habitants) Rural (< 2000 habitants)
Distance d'une unité urbaine : km
3. Dans quelle catégorie socioprofessionnelle vous situez-vous ?
- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Employés | <input type="checkbox"/> Commerçants, artisans, chefs d'entreprise | <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Etudiants | <input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants | <input type="checkbox"/> Ouvriers |
| | | <input type="checkbox"/> Autre : |
4. Avez-vous un ou des enfants ?
- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui (1 seul) | <input type="checkbox"/> Oui (2 ou 3) | <input type="checkbox"/> Oui (4 ou 5) | <input type="checkbox"/> Oui (> 5) |
| <input type="checkbox"/> Non | | | |
5. Avez-vous un suivi gynécologique régulier (gynécologue, sage-femme ou médecin généraliste) ? (1 fois par an)
- | | | |
|------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Absence de gynécologue à proximité |
| Si non pourquoi : | | <input type="checkbox"/> Pas informée sur le suivi annuel |
| | | <input type="checkbox"/> Manque de temps |
| | | <input type="checkbox"/> Raison économique |
| | | <input type="checkbox"/> Réticences socio-culturelles |
| | | <input type="checkbox"/> Vous êtes en bonne santé et n'en ressentez pas le besoin |
6. Utilisez-vous actuellement un moyen de contraception ? (Pilule, stérilet, implant, patch, anneau, préservatifs, contraception définitive féminine ou masculine...)
- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Oui | Si oui merci de bien vouloir préciser lequel (si pilule ou stérilet précisez le nom si possible) : |
| <input type="checkbox"/> Non | |
7. Quelle est votre principale source d'information concernant le sujet de la contraception ?
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gynécologue | <input type="checkbox"/> Planning familial |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme | <input type="checkbox"/> Membre de votre famille |
| <input type="checkbox"/> Infirmier(e) | <input type="checkbox"/> Internet / réseaux sociaux |
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Autre : |

PARTIE 2

8. Qui prend en charge votre suivi et le renouvellement de votre éventuelle contraception actuelle ?
- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Gynécologue |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme |
| <input type="checkbox"/> Professionnel du planning familial |
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste |
| <input type="checkbox"/> Autre médecin ou professionnel de santé : |
9. Votre médecin traitant aborde-t-il **spontanément** avec vous le sujet de contraception (différentes méthodes, effets indésirables, conduite à tenir en cas de mauvaise utilisation...)?
- | |
|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui |
| <input type="checkbox"/> Non |
10. Trouvez-vous vos réponses chez votre médecin généraliste en terme de contraception ?
- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Oui |
| <input type="checkbox"/> Non Si non pourquoi : |
11. Aimerez-vous que votre médecin traitant montre un plus grand intérêt sur le sujet de la contraception ?
- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Oui |
| <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Il est déjà suffisamment investi |

**Annexe 3. Représentation des lieux de dépose des questionnaires (pastilles vertes)
d'après la source Wikimedia Commons®**



VIII. Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Satisfaction et attentes des femmes majeures non ménopausées envers leur médecin généraliste en matière de contraception

Introduction : Malgré un accès élargi à la contraception, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse a augmenté en 2022, soulevant des questions sur la qualité des informations délivrées. La stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 vise à renforcer l'éducation et l'information en matière de santé reproductive, un domaine dans lequel le médecin généraliste joue un rôle crucial.

Matériels et Méthodes : L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la satisfaction et les attentes des femmes non ménopausées, âgées de 18 à 55 ans, envers leur médecin généraliste sur le sujet de la contraception dans le département de la Corrèze. Cette étude quantitative, descriptive, multicentrique, a été réalisée par diffusion de questionnaires anonymes dans les salles d'attente de médecins généralistes entre juin et septembre 2023.

Résultats : 213 patientes ont été incluses. La grande majorité (85 %) d'entre elles se sentent suffisamment écoutée par leur médecin généraliste concernant la contraception et 93 % se sentent à l'aise pour en parler avec lui. 69 % des femmes déclarent trouver leurs réponses sur ce sujet auprès de leur médecin généraliste et 60 % sont satisfaites de son approche. 49 % ont déclaré qu'il est suffisamment investi, tandis que 28 % souhaitent qu'il le soit davantage.

Conclusion : La majorité des femmes de l'étude sont plutôt satisfaites de la qualité de l'échange avec leur médecin généraliste concernant le sujet de la contraception, bien qu'un certain nombre d'entre elles souhaitent plus d'investissement et une approche plus proactive. La satisfaction et les attentes des femmes mériteraient d'être étudiées dans une étude de plus grande envergure afin d'être plus représentative de la population française concernée.

Mots-clés : contraception, attentes, satisfaction, femmes non ménopausées, médecin généraliste, suivi gynécologique, santé reproductive, IVG

Satisfaction and expectations of non-menopausal women aged 18 and over towards their general practitioner regarding contraception

Introduction : Despite wider access to contraception, the number of elective abortions increased in 2022, raising questions about the quality of the information provided. France's 2017-2030 sexual health national strategy aims to strengthen reproductive health education and information, an area in which general practitioners (GPs) play a crucial role.

Materials and Methods : The main objective of this study is to assess the satisfaction and expectations of non-menopausal women, aged 18 to 55, towards their general practitioner on the subject of contraception in the Corrèze department. This quantitative, descriptive, multicentric study was conducted through the distribution of anonymous questionnaires in GP's waiting rooms between June and September 2023.

Results : A total of 213 patients were included. The vast majority (85 %) feel sufficiently listened to by their GP about contraception, and 93 % feel comfortable talking to them about it. 69 % of women say they found answers to their questions about this subject from their GP, and 60 % are satisfied with their approach. 49 % say their GPs are sufficiently involved, while 28 % wish they were more engaged.

Conclusion : The majority of women in the study are quite satisfied with the quality of the exchange with their GP on the subject of contraception, although a number of them would like to see more involvement and a more proactive approach. Women's satisfaction and expectations deserve to be explored in a larger-scale study, to be more representative of the French population concerned.

Keywords : contraception, expectations, satisfaction, non-menopausal women, general practitioner, GP, gynecological care, reproductive health, elective abortion

