Mémoire

Université de Limoges

## Faculté de Médecine
## École de Sages-Femmes

**Diplôme d'État de Sage-femme**

2020-2021

# Connaissances des internes de médecine générale sur la contraception et sa prescription

Présenté et soutenu publiquement le 4 mai 2021
par

**Justine BOFARULL**

Expert scientifique : Daniel BUCHON

Expert méthodologique : Agnès BARAILLE

CHU Centre hospitalier universitaire Limoges

Région Nouvelle-Aquitaine

*« La chose la plus importante à toute la vie est le choix du métier. »*
**Blaise Pascal**


License CC BY-NC-ND 3.0

## Remerciements

A mon directeur de mémoire, le professeur Daniel BUCHON, pour son accompagnement.

Aux sage-femmes enseignantes pour ces quatre années d'études, ainsi que Véronique. Une pensée toute particulière à Agnès BARAILLE qui a su me redonner confiance. Merci pour son écoute, sa disponibilité ainsi que ses nombreuses corrections qui m'ont permis de mener à bien ce travail.

Aux sages-femmes qui m'ont appris, enseigné et encouragé.

Merci à ma promotion pour le soutien qu'elles ont pu être et très particulièrement Marie, Manon, Annaëlle et Margot.

A ma colocataire Salomé, à Marie, Maurane, Zoé, Melvin pour leur bonne humeur et leur présence.

A tous : mes parents, ma famille, mes amis, mes proches pour m'avoir toujours encouragé et soutenu.


License CC BY-NC-ND 3.0

## 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/*

License CC BY-NC-ND 3.0

## Abréviations

**AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché

**BERCER** : Bienvenu, Entretien, Renseignements, Choix, Explications, Retour

**CNGOF** : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

**COP** : Contraception Oestroprogestative

**CU** : Contraception d'Urgence

**CSBM** : Consommation des Soins et des Biens Médicaux

**DES** : Diplôme d'Études Spécialisées

**DIU** : Dispositif Intra-Utérin

**DIU** : Diplôme Inter-Universitaire

**DMO** : Densité Minérale Osseuse

**FCV** : Frottis Cervico-Vaginal

**FMC** : Formation Médicale Continue

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales

**IMC** : Indice de Masse Corporelle

**IMG** : Internes de Médecine Générale

**IST** : Infections Sexuellement Transmissibles

**IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse

**MG** : Médecin Généraliste

**PACES** : Première Année Commune aux Études de Santé


License CC BY-NC-ND 3.0

## Table des matières


Première partie : Introduction ..... 8
1. Recommandations ..... 8
1.1. Organisation de la consultation ..... 8
1.2. Anamnèse indispensable ..... 9
2. Les différents types de contraceptions ..... 10
2.1. Les contraceptions oestro-progestatives ..... 10
2.1.1 Les contre-indications ..... 10
2.2. Les contraceptions progestatives ..... 10
2.2.1 Les microprogestatifs ..... 10
2.2.2 Les macroprogestatifs ..... 11
2.2.3 Les contre-indications ..... 11
2.3. Les dispositifs intra-utérins ..... 11
2.3.1 Les contre-indications ..... 12
2.4. Les contraceptions mécaniques ..... 12
2.5. Les contraceptions d'urgence ..... 12
2.6. Les prescripteurs ..... 13
3. Enseignements théoriques ..... 13
4. Enseignements pratique ..... 13
Deuxième partie : Matériel et Méthode ..... 15
1. Méthodologie ..... 15
1.1. Critère d'éligibilité de la population ..... 15
1.2. Faisabilité de modalité d'identification des participants ..... 15
1.3. Critère d'évaluation ..... 15
1.4. Plan d'étude ..... 16
1.5. Collecte des données ..... 16
2. Méthode d'analyse ..... 16
Troisième partie : Résultats et Discussion ..... 17
1. Résultats ..... 17
1.1. Taux de réponses ..... 17
1.2. Caractéristiques de la population ..... 17
1.2.1 Répartition de la population selon le sexe ..... 17
1.2.2 Répartition de la population selon l'âge ..... 17
1.2.3 Répartition de la population en fonction de la participation à différents stages ..... 17
1.2.3.1. Stage en gynécologie-obstétrique ..... 17
1.2.3.2. Stage en médecine générale ..... 18
1.2.4 Répartition de la population en fonction de la prescription de contraception ..... 18
1.3. Évaluation des connaissances générales sur la contraception et son suivi ..... 18
1.3.1 Les différentes formes de contraception oestroprogestative et microprogestatives ..... 18
1.3.2 Les mécanismes d'actions des différentes contraceptions ..... 20
1.3.3 Les contre-indications des COP ..... 20



License CC BY-NC-ND 3.0

1.3.4 Les dispositifs intra-utérins ..... 21
1.3.5 Le suivi de contraception ..... 22
1.3.6 Les contraceptions d'urgence (CU) ..... 24
1.3.7 Répartition de la promotion selon la connaissance de la signification de l'acronyme BERCER et l'application de cette méthode ..... 24
1.3.8 Les cas cliniques ..... 26
1.4. Sentiment de la population vis-à-vis de la prescription et du suivi de contraception 27
1.4.1 Répartition de la population selon le sentiment d'assurance pour la prescription d'une contraception ..... 27
1.4.2 Répartition de la population selon le sentiment d'assurance pour assurer le suivi d'une contraception ..... 29
1.4.3 Avis de la population quant à la formation ..... 30
1.4.4 Suggestions pour améliorer la formation sur la contraception et son suivi ..... 32
1.5. Niveau de connaissance des internes de médecine générale ..... 32
2. Discussion ..... 34
2.1. Les points forts de l'étude ..... 34
2.2. Les limites de l'étude ..... 34
2.3. La méthode BERCER ..... 35
2.4. Les connaissances des IMG sur la contraception ..... 35
2.4.1 Selon les stages réalisés ..... 35
2.4.2 La différence hommes/femmes ..... 36
2.4.3 Le niveau de connaissance ..... 37
2.4.4 Les connaissances des mécanismes d'actions et des contre-indications ..... 38
2.4.5 Le suivi de contraception ..... 38
2.4.6 Les contraceptions d'urgence ..... 40
2.4.7 Le sentiment d'assurance ..... 40
Conclusion ..... 43
Références bibliographiques ..... 44
Annexes ..... 46


License CC BY-NC-ND 3.0

## Première partie : Introduction

Le Collège National des Obstétriciens et Gynécologues Français (CNGOF) définit la contraception comme « l'ensemble des méthodes (naturelles ou non) visant à empêcher une grossesse non désirée et de façon réversible. » (1)

L'évolution du système de soin, marquée par la diminution du nombre de gynécologues et leur inégale répartition territoriale, place les médecins généralistes au premier plan pour la prescription et le suivi de la contraception. Leur statut de « médecin de famille » renforce particulièrement ce rôle. Ces derniers sont parmi les premiers prescripteurs, préférés aux gynécologues selon le rapport d'élaboration « Contraception : aides pour la décision médicale partagée », publié par la Haute Autorité de Santé en 2010 (temps de parole plus important, moindre coût, meilleure connaissance de par la récurrence des consultations). (2)

La France présente une très bonne couverture contraceptive, cependant le nombre d'interruptions volontaires de grossesse reste stable, c'est le « Paradoxe Français ». (3) (4)

Pour pallier ce problème et afin d'adapter les prescriptions aux besoins de chaque femme la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations.

### 1. Recommandations

#### 1.1. Organisation de la consultation

La HAS, recommande une consultation entièrement dédiée à la contraception et menée selon la méthode BERCER. Méthode de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui se déroule en 6 étapes et qui est l'acronyme de : (5)

- Bienvenue : accueil de la patiente, présentation du soignant, cette étape vise à favoriser la relation de confiance et rassurer la consultante.
- Entretien : interrogatoire pour le recueil d'informations sur la femme, sa santé, ses habitudes de vie, ses besoins. Cette étape interactive mène ensuite à un examen clinique.
- Renseignements : délivrance par le professionnel d'informations fiables et compréhensibles sur les méthodes préférées par la patiente (risques, contre-indications, effets secondaires, inconvénients, coût…)
- Choix : celui-ci revient à la patiente seule, le soignant doit s'assurer de son accord.


License CC BY-NC-ND 3.0

- Explications : phase d'enseignement du fonctionnement de la méthode choisie, explications des possibilités de rattrapage en cas d'échec ; programmation de la prochaine consultation.
- Retour : consultation de suivi, réévaluation de la tolérance, de l'observance, de la satisfaction de la méthode choisie ; possibilité de changement si elle est inadaptée. Planification du prochain rendez-vous.

L'application de cette méthode permet de définir la contraception la plus adaptée à la consultante et de respecter son choix dans un climat d'écoute bienveillante.

Le prescripteur doit présenter les différentes méthodes contraceptives afin que la patiente puisse prendre sa décision de manière éclairée. Le suivi de contraception se fait 3 à 6 mois après le premier rendez-vous puis tous les ans.

### 1.2. Anamnèse indispensable

Le mode de vie de la patiente doit être investigué afin de tenir compte dans la prescription des aspects sociaux, culturels, économiques et psychologiques. Il faut rechercher le but premier de cette contraception (par exemple : régularisation des cycles menstruels, diminution de l'acné, éviter une grossesse non désirée).

Puis l'interrogatoire portera sur l'âge, les antécédents personnels et familiaux au premier degré de la patiente, en recherchant :

- Les facteurs de risques thromboemboliques : antécédents de phlébite, embolie pulmonaire, troubles de la coagulation connus ;
- Les facteurs de risques cardio-vasculaires : obésité, tabac, hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète, migraines avec ou sans aura et les maladies chroniques. (6)

L'examen clinique général comporte la prise de la tension artérielle, le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC). L'examen gynécologique n'est pas obligatoire et peut être programmé ultérieurement.

A la suite de cet interrogatoire, le professionnel expose les différents moyens contraceptifs utilisables en tenant compte des différentes contre-indications qui leur sont propres, mais aussi et surtout du souhait de la patiente. En effet, le choix final lui revient à elle seule. Un moyen contraceptif adapté à la consultante et/ou au couple permet une meilleure observance.


License CC BY-NC-ND 3.0

## 2. Les différents types de contraceptions

### 2.1. Les contraceptions oestro-progestatives

Les contraceptions oestro-progestatives (COP) sont disponibles sous différentes formes telles que le patch, l'anneau vaginal et la pilule. Celles-ci agissent en inhibant l'ovulation, en coagulant la glaire cervicale et en rendant l'endomètre impropre à la nidation.

Les principaux effets indésirables des COP sont d'augmenter, entre autres, le risque thrombo-embolique artériel et veineux, ainsi que le risque d'apparition d'une hypertension artérielle ou d'une dyslipidémie. Ainsi la surveillance de l'utilisation d'une COP est réalisée après 3 mois d'utilisation puis tous les 5 ans en l'absence de facteurs de risques et sans anomalie du précédent bilan ; elle comprend un bilan biologique (glycémie à jeun, dosage du cholestérol total et des triglycérides) et un examen clinique. (1)

#### 2.1.1 Les contre-indications

L'anamnèse permettra de rechercher les éléments à prendre en compte dans la prescription. En effet, les contre-indications absolues à une COP sont : âge > 40 ans, migraines avec aura, hypertension artérielle, diabète compliqué, antécédent personnel ou familial au premier degré thrombo-embolique veineux ou artériel.

Il n'est pas possible de prescrire une COP chez une patiente présentant plus d'un des facteurs de risque suivants : IMC > 30, âge > 35 ans, tabac, diabète, migraine sans aura, hyperlipidémie.

Durant le post-partum, la COP est autorisée après 42 jours si la femme n'allaite pas, dans le cas contraire elle ne pourra être prescrite qu'après 6 mois. (6) (7)

### 2.2. Les contraceptions progestatives

#### 2.2.1 Les microprogestatifs

Il existe des contraceptions microprogestatives qui sont disponibles sous forme de pilule, et d'implant. Celles-ci agissent en coagulant la glaire cervicale et en rendant la nidation impossible. Le blocage de l'ovulation dépend du progestatif utilisé. Les principaux effets indésirables sont des saignements très irréguliers (spotting) ou l'aménorrhée, la prise de poids. (1)


License CC BY-NC-ND 3.0

### 2.2.2 Les macroprogestatifs

Les hormones macroprogestatives ont le même effet sur la glaire et l'endomètre que les microprogestatifs et ont un fort effet anti-gonadotrope : ils inhibent l'ovulation. Cependant les macroprogestatifs per os n'ont pas d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour la contraception. (1) (7)

La formule injectable : Depo-Provera® (acétate de médroxyprogestérone) peut être prescrite comme méthode contraceptive dans des situations particulières ou lorsque les autres moyens sont mal tolérés ou contre-indiqués. L'injection est réalisée en intra-musculaire toutes les 12 semaines. L'utilisation de Depo-Provera® entraine une diminution de la densité minérale osseuse (DMO), et sa prescription n'est donc pas recommandée chez les adolescentes ainsi que chez les patientes présentant des facteurs de risques d'ostéoporose. Les principaux effets indésirables sont similaires à ceux des contraceptions microprogestatives. (8)

### 2.2.3 Les contre-indications

L'utilisation de progestatifs (micro ou macro) est contre-indiquée en cas de thrombose veineuse profonde en cours ainsi qu'en cas d'atteinte hépatique sévère (cirrhose, adénome, cancer).

Les contraceptions microprogestatives sont contre-indiquées les 21 premiers jours du post-partum, selon la HAS. (1)

Les macroprogestatifs présentent des contre-indications qui leurs sont propres : antécédent ou cancer mammaire ou endométrial, hypertension artérielle, antécédent ou accident thrombo-embolique artériel, obésité, diabète.

## 2.3. Les dispositifs intra-utérins

Il existe deux types de dispositif intra-utérin (DIU). Le stérilet aux hormones micro-progestatives présente les mêmes effets que les pilules ou l'implant.

Le DIU au cuivre ne libère aucune hormone. Le cuivre est cytotoxique sur les gamètes mâles et crée une inflammation locale au niveau de l'endomètre rendant la nidation impossible. Son principal effet indésirable est d'augmenter la quantité ainsi que la durée des saignements menstruels.

Un contrôle est réalisé 1 à 2 mois après la mise en place du DIU puis une fois par an. (1)


License CC BY-NC-ND 3.0

### 2.3.1 Les contre-indications

Les DIU sont contre-indiqués lorsque les patientes présentent des pathologies ou malformations de l'utérus, des situations à risque infectieux (Infections sexuellement transmissibles (IST), infections génitales hautes…), une grossesse en cours, ou des saignements génitaux inexpliqués.

Les contre-indications du stérilet hormonal sont identiques à celles de l'implant ou des pilules microprogestatives.

## 2.4. Les contraceptions mécaniques

Le diaphragme et la cape cervicale sont des contraceptions mécaniques soumises à une prescription médicale. Le préservatif masculin, le préservatif féminin (seules contraceptions efficaces contre les IST) ainsi que les spermicides sont disponibles en pharmacie sans ordonnance. (1) Depuis le 10 Novembre 2018, le préservatif masculin, sous présentation d'une ordonnance, est pris en charge par l'Assurance Maladie. Par cette démarche, le gouvernement renforce la lutte contre la transmission des IST. (9)

## 2.5. Les contraceptions d'urgence

Les contraceptions d'urgence (CU) sont des contraceptions proposées à la suite d'un rapport sexuel non ou mal protégé.

Les contraceptions d'urgence hormonales agissent en retardant l'ovulation. La « pilule du lendemain » Norlevo® (lévonorgestrel) peut être prise jusqu'à 3 jours après le rapport à risque (de préférence dans les 12 heures) ; la pilule EllaOne® (ulipristal acétate) peut être prise jusqu'à 5 jours après le rapport à risque. (10) Celles-ci peuvent être délivrées sans prescription médicale et sont entièrement gratuites pour les mineures.

Le stérilet au cuivre est également utilisable comme contraception d'urgence. Il peut être mis en place jusqu'à 5 jours après le rapport potentiellement fécondant. Le DIU est considéré comme la CU la plus efficace. (11)


License CC BY-NC-ND 3.0

### 2.6. Les prescripteurs

Les pharmaciens et les infirmiers sont autorisés à renouveler une ordonnance de contraception pour une durée maximale de six mois, quand celle-ci date de moins d'un an. Les infirmiers scolaires sont eux, autorisés à délivrer des contraceptions d'urgence. Cependant les prescripteurs sont les gynécologues, les sages-femmes et les médecins généralistes. Durant leur formation, les internes de médecine générale (IMG) reçoivent un enseignement théorique et pratique à ce sujet. (12) (13)

## 3. Enseignements théoriques

La contraception et sa prescription sont enseignées au cours de la Première Année Commune aux Études de Santé (PACES), puis en 2ème et 3ème année du Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (DFGSM). (14)

Le programme des IMG est fixé par l'« Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine » modifié par l'arrêté du 27/11/2017. (15)

La durée totale du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale est de six semestres après l'examen national classant. A Limoges, les enseignements facultaires traitant de la contraception comprennent 4 heures de cours, durant la première année du DES, avec un atelier de simulation de pose de stérilets et d'implants contraceptifs. (15)

Selon l'arrêté du 21 avril 2017, l'étudiant doit être capable « (…) de suivre et de mettre en œuvre des politiques de santé publique, notamment dans le cadre de l'hygiène, de la vaccination, de l'éducation à la santé sexuelle et reproductive ».

## 4. Enseignements pratique

Les IMG effectuent des stages dans des centres hospitaliers et auprès de médecins généralistes pratiquant une activité gynécologique, intervenant dans des centres d'orthogénie ou des centres de planification familiale. Durant ces stages, chaque étudiant devra être confronté, entre autres, selon le référentiel métier, à la famille de situations numéro 5 : « situations autour de la sexualité et de la génitalité », pour lesquelles il devra gérer « des situations de prescription, de suivi, information et éducation pour toutes les formes de contraception en situation commune, à risque, et en situation d'urgence ; en abordant la sexualité en fonction du contexte (…) » (Annexe 2)


License CC BY-NC-ND 3.0

Au cours de ces stages plusieurs objectifs sont à atteindre concernant la contraception et sa prescription. Les internes doivent approfondir leurs savoirs sur les différentes contraceptions, leurs indications, contre-indications, les modalités de prescription, les modalités de mise en place et maîtriser la méthode BERCER. Il est également primordial d'acquérir le savoir-faire et le savoir-être lors de la prescription d'une contraception et de pouvoir en assurer le suivi.

Au vu de l'importance du « médecin de famille » et de sa place en tant que prescripteur de contraception, nous pouvons nous demander quelles sont les connaissances des internes de médecine générale en dernière année du diplôme d'étude spécialisé (DES) à propos de la contraception.

L'objectif principal est d'évaluer les connaissances des internes concernant les différentes méthodes contraceptives, et leur prescription.

L'objectif secondaire est d'évaluer l'application de la méthode BERCER par les internes de médecine générale ainsi que de mettre en évidence les connaissances à approfondir.


License CC BY-NC-ND 3.0

## Deuxième partie : Matériel et Méthode

### 1. Méthodologie

L'évaluation des connaissances des IMG à propos de la contraception et de son suivi a été réalisé à travers une étude descriptive transversale monocentrique par le biais d'un questionnaire. (Annexe I)

#### 1.1. Critère d'éligibilité de la population

L'étude a été réalisée sur la promotion de troisième année du DES de médecine générale de la faculté de Limoges de l'année 2019-2020, soit 36 étudiants.

#### 1.2. Faisabilité de modalité d'identification des participants

Le questionnaire était anonyme. Environ 15 minutes étaient nécessaires pour répondre aux 27 questions qui le composaient.

Le questionnaire se divisait en quatre parties. Il portait d'abord sur des variables qui permettent de décrire la population étudiée : l'âge et le genre ; sur des variables qui pourraient avoir un lien avec le niveau de connaissance : la réalisation de stage en gynécologie obstétrique, auprès d'un médecin généraliste. Ensuite des questions de connaissances générales sur la contraception et son suivi : les différentes formes, mécanismes d'actions, indications, contre-indications, les connaissances sur la contraception d'urgence ; puis trois cas cliniques et enfin deux questions concernant l'acronyme BERCER et sa mise en pratique. Pour finir nous nous sommes intéressés à l'avis des internes de médecine générale avec des questions ouvertes.

#### 1.3. Critère d'évaluation

Le critère d'évaluation principal était le niveau de connaissances des internes de médecine générale sur la contraception, il était évalué par une note.

Pour que l'analyse des données soit facilitée, les réponses étaient dichotomiques. Les variables étudiées étaient donc quantitatives et qualitatives.


License CC BY-NC-ND 3.0

### 1.4. Plan d'étude

Un questionnaire a été distribué en mains propres aux internes de médecine générale en 3ème année au début d'un travail dirigé obligatoire le 4 Février 2020 et récupéré sitôt celui-ci complété. La promotion était divisée en quatre groupes de neuf étudiants en raison de la planification des enseignements dispensés ce jour-là. Aucune communication n'a été possible entre les différents groupes.

Le questionnaire avait été testé auparavant auprès de la promotion de 4ème année de sages-femmes le vendredi 10 Janvier 2020, afin d'évaluer plus précisément le temps nécessaire pour le compléter et apporter, si besoin, des clarifications aux questions.

### 1.5. Collecte des données

Le recueil de données a été réalisé sur Excel. L'analyse des données a été faîte par rapport à une note attribuée selon le niveau de connaissance.

## 2. Méthode d'analyse

Le questionnaire a été complété de manière anonyme. Des points étaient attribués aux items justes. La note de 0 était attribuée aux items faux ou sans réponse.

La partie sur les connaissances générales était notée sur 18 points, les cas cliniques étaient notés sur 9 points et la méthode BERCER sur 3 points. La note était donc attribuée sur 30 puis ensuite ramenée à 20. Cette note a permis d'évaluer le niveau de connaissances de chaque participant. Celui-ci est classé en 4 groupes :

- Insuffisant : note < 10
- Moyen : 10 ≤ note ≤ 12
- Satisfaisant : 12 < note ≤ 14
- Très satisfaisant : note > 14

Nous avons ensuite regroupé « insuffisant » et « moyen » en « niveau de connaissances insatisfaisant », et « satisfaisant » et « très satisfaisant » en « niveau de connaissances satisfaisant » pour avoir un niveau global.


License CC BY-NC-ND 3.0

## Troisième partie : Résultats et Discussion

### 1. Résultats

#### 1.1. Taux de réponses

Pour cette étude le questionnaire a été distribué à l'ensemble de la promotion de troisième année du DES de médecine générale, soit 36 étudiants avec un taux de participation de 100%, tous les questionnaires ont été récupérés.

#### 1.2. Caractéristiques de la population

##### 1.2.1 Répartition de la population selon le sexe

La promotion était composée de 36 étudiants également répartis : 18 hommes et 18 femmes.

##### 1.2.2 Répartition de la population selon l'âge

Les internes étaient âgés de 26 à 35 ans, l'âge moyen de la promotion était de 28,31 ans. L'âge moyen chez les femmes était de 28,61 ans et était de 28 ans chez les hommes.

##### 1.2.3 Répartition de la population en fonction de la participation à différents stages

###### 1.2.3.1. Stage en gynécologie-obstétrique

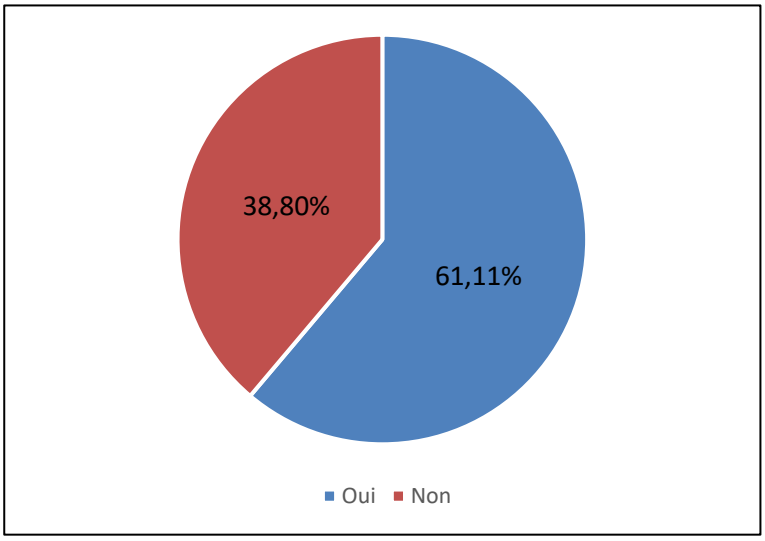


Figure 1 : Répartition de la population en fonction de la participation à un stage en gynécologie obstétrique


License CC BY-NC-ND 3.0

61,11% des internes (22 étudiants) avaient réalisé un stage en gynécologie-obstétrique durant leur internat ; parmi eux :

- 50% (11 internes) avaient un niveau de **connaissance insatisfaisant**
- 50% (11 internes) avaient un niveau de **connaissance satisfaisant**

Parmi les 11 étudiants ayant un **niveau insatisfaisant** :

- 6 avaient un niveau de connaissance insuffisant (note < 10)
- 5 avaient un niveau de connaissance moyen (10 ≤ note ≤ 12)

Parmi les 11 étudiants ayant un **niveau satisfaisant** :

- 7 avaient un niveau de connaissance satisfaisant
- 4 avaient un niveau de connaissance très satisfaisant

Parmi les 14 étudiants (38,89%) n'ayant pas fait de stage en gynécologie-obstétrique :

- 64,28% (9 étudiants) avaient un niveau de **connaissance insatisfaisant**
- 35,72% (5 étudiants) avaient un niveau de **connaissance satisfaisant**

#### 1.2.3.2. Stage en médecine générale

Tous les étudiants avaient effectué un stage auprès d'un médecin généraliste au cours de leur internat.

### 1.2.4 Répartition de la population en fonction de la prescription de contraception

Parmi les 36 étudiants de la promotion, 35 avaient déjà eu à prescrire ou assurer le suivi d'une contraception au cours d'un de leur stage, soit 97,22% contre 1 étudiant, soit 2,78% qui ne l'avait jamais fait.

## 1.3. Évaluation des connaissances générales sur la contraception et son suivi

### 1.3.1 Les différentes formes de contraception oestroprogestative et microprogestatives

Parmi les 36 étudiants de la promotion :

- 19 (soit 52,78%) ne savaient pas quelles sont les différentes formes de contraceptions oestro-progestatives (COP), contre 17 qui avaient répondu correctement.
- 17 (soit 47,22%) ne savaient pas quelles sont les différentes formes de contraception microprogestatives, contre 19 qui avaient répondu correctement.


License CC BY-NC-ND 3.0

- L'ensemble de la promotion avait répondu de manière incorrecte à la question portant sur les différentes formes de contraception mécanique.

Toutefois pour cette dernière question un biais, que nous exposerons plus tard, pourrait expliquer ce résultat.

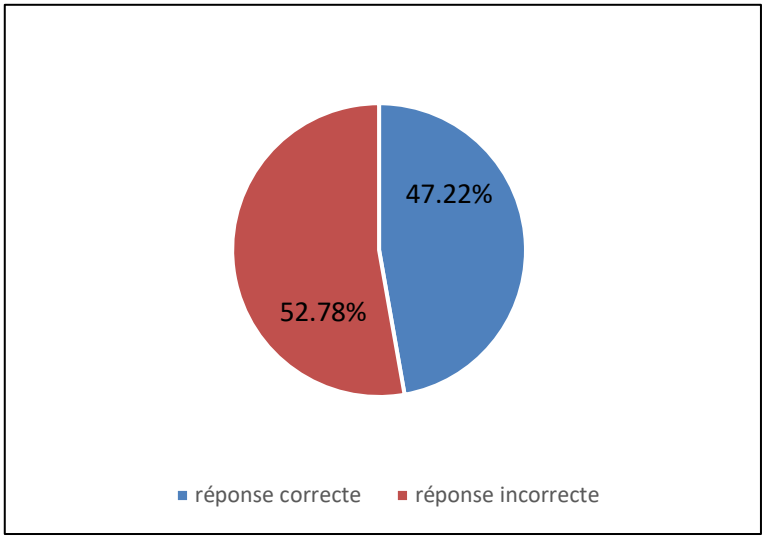


Figure 2 : Répartition de la promotion selon la connaissance des différentes COP

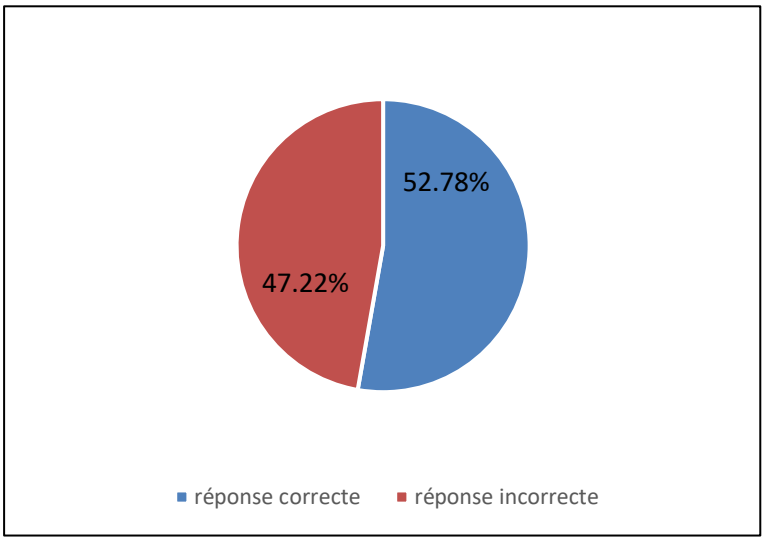


Figure 3 : Répartition de la promotion selon la connaissance des différentes contraception micro-progestatives

Pour la question sur les COP : 12 femmes (66,67%) avaient donné une réponse correcte contre 5 hommes (27,78%).

Pour la question sur les contraceptions microprogestatives : 12 femmes (66,67%) avaient donné une réponse correcte contre 7 hommes (38,89%).


License CC BY-NC-ND 3.0

### 1.3.2 Les mécanismes d'actions des différentes contraceptions

- 17 IMG sur 36, soit 42,22%, avaient la totalité des points à la question abordant les mécanismes d'actions des COP.
- 6 IMG sur 36, soit 16,67%, avaient la totalité des points à la question abordant les mécanismes d'actions des contraceptions microprogestatives.

50% des IMG femmes (9 IMG) avaient la totalité des points contre 44,44% des IMG hommes (8 IMG) à propos des mécanismes d'actions des COP.

22,22% des IMG femmes (4 IMG) avaient la totalité des points contre 11,11% des IMG hommes (2 IMG) à propos des mécanismes d'action des contraceptions microprogestatives.

### 1.3.3 Les contre-indications des COP

Sur l'ensemble de la promotion, à la question portant sur les contre-indications absolues des COP :

- 77,78% (28 IMG) avaient plus de la moitié des points (soit > 1,25)
- 28,57% (8 IMG) avaient la moitié ou moins de la moitié des points (soit < 1,25)
- Aucun IMG n'avait la totalité des points (soit 2,5)

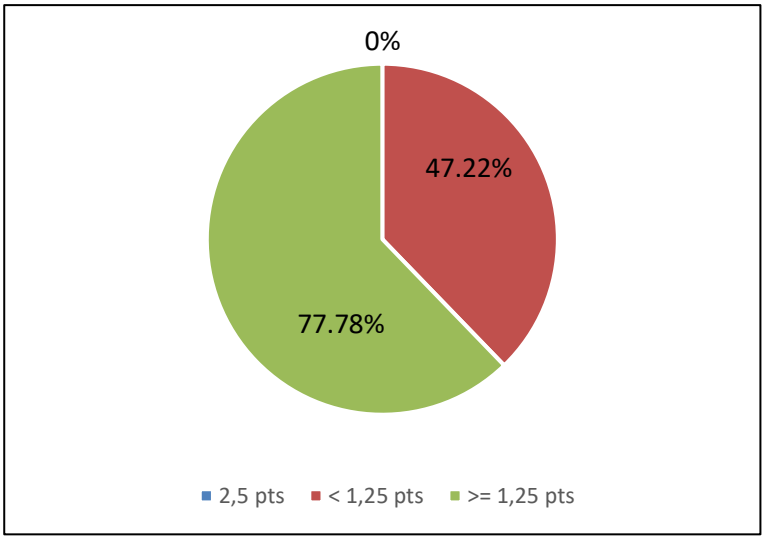


Figure 4 : Répartition de la promotion selon le nombre de points à la question sur les CI absolues des COP


License CC BY-NC-ND 3.0

Aucun des IMG, tout sexe confondu, n'avait la totalité des points sur les CI absolues des COP.

A la question « Il est possible de prescrire une COP à une patiente présentant deux facteurs de risques mineurs » :

- 10 IMG (27,78%) avaient répondu correctement
- 17 IMG (47,22%) avaient répondu de manière incorrecte
- 8 IMG (22,22%) avaient répondu « je ne sais pas »
- 1 IMG (2,78%) n'avait pas répondu

Au total, 72,22% c'est-à-dire 26 IMG ne donnaient pas la réponse correcte.

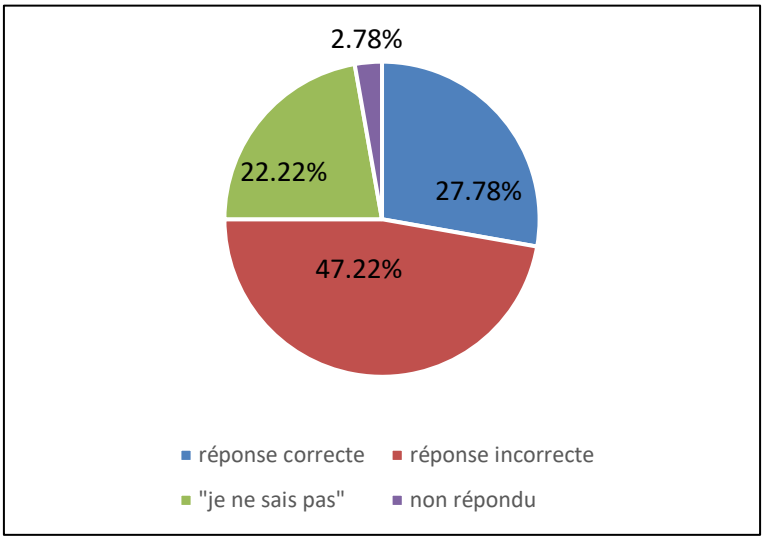


Figure 5 : Répartition de la promotion selon les réponses à la question 11

33,33% des IMG femmes (6 IMG) avaient la totalité des points contre 22,22% des IMG hommes (4 IMG) à la question sur le cumul de deux facteurs de risques mineurs.

### 1.3.4 Les dispositifs intra-utérins

L'ensemble de la promotion avait donné la réponse correcte quant au fait qu'il est possible de poser un dispositif intra-utérin aussi bien sur les femmes nullipares que sur les femmes multipares.

A l'item « un dispositif intra-utérin peut être posé à n'importe quel moment du cycle »

- 66,66% (24 IMG) avaient donné une **réponse correcte**
- 25% (9 IMG) avaient donné une **réponse incorrecte**
- 5,56% (2 IMG) ne savaient pas
- 2,78% (1 IMG) n'avaient pas répondu


License CC BY-NC-ND 3.0

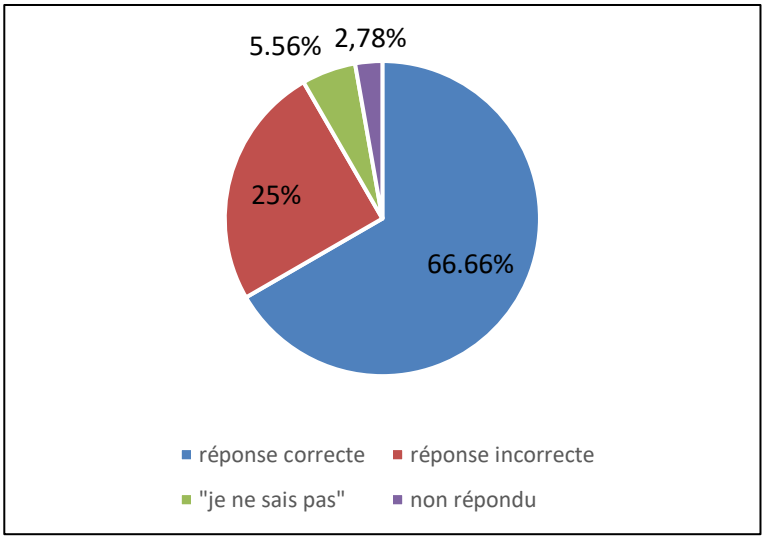


Figure 6 : Répartition de la promotion selon les réponses à la question 17

### 1.3.5 Le suivi de contraception

La question sur le bilan de suivi des COP était une question ouverte. La réponse attendue était : Cholestérol total (HDL, LDL), triglycérides et glycémie à jeun. La totalité des points était alors accordée et la question était considérée comme « juste ». A l'inverse, si une des trois réponses manquait, la question était considérée « fausse » et aucun point n'était compté.

Les réponses contenant plus que le bilan recherchant les anomalies lipidiques ont également été considérés fausses.

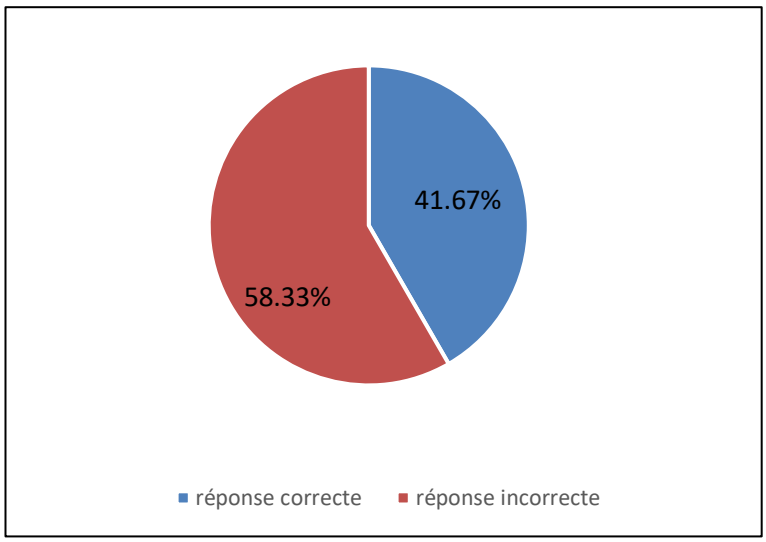


Figure 7 : Répartition de la promotion selon le taux de réponse correcte et incorrecte à la question 14


License CC BY-NC-ND 3.0

La question 14 porte sur le bilan de suivi d'une COP, sur les 36 IMG :

- 15 (41,67%) avaient donné une réponse correcte
- 21 (58,33%) avaient donné une réponse incorrecte

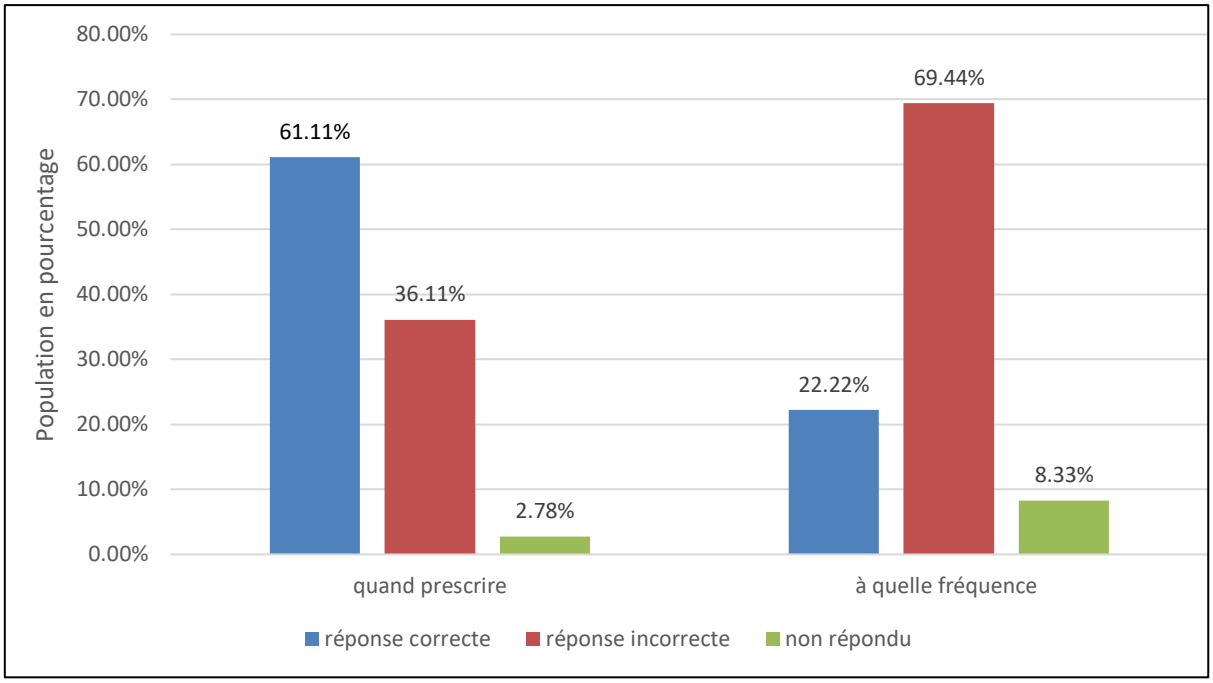


Figure 8 : Répartition de la promotion selon le taux de réponse correcte et incorrecte aux questions relatives au bilan de suivi des COP

50% des IMG femmes (9 IMG) avaient la bonne réponse sur la question abordant le bilan de suivi des COP, contre 33,33% des IMG hommes (6 IMG).

« Quand prescrivez-vous ce bilan ? » :

- 61,11% (22 IMG) avaient donné une **réponse correcte**
- 36,11% (11 IMG) avaient donné une **réponse incorrecte**
- 2,78% (1 IMG) n'avaient pas répondu

72,22% des IMG femmes (13 IMG) avaient la bonne réponse, contre 50% des IMG hommes (9 IMG).

« A quelle fréquence ? » :

- 22,22% (8 IMG) avaient donné une **réponse correcte**
- 69,44% (25 IMG) avaient donné une **réponse incorrecte**
- 8,33% (3 IMG) n'avaient pas répondu

27,78% des IMG femmes (5 IMG) avaient la bonne réponse, contre 16,67% des IMG hommes (3 IMG).


License CC BY-NC-ND 3.0

### 1.3.6 Les contraceptions d'urgence (CU)

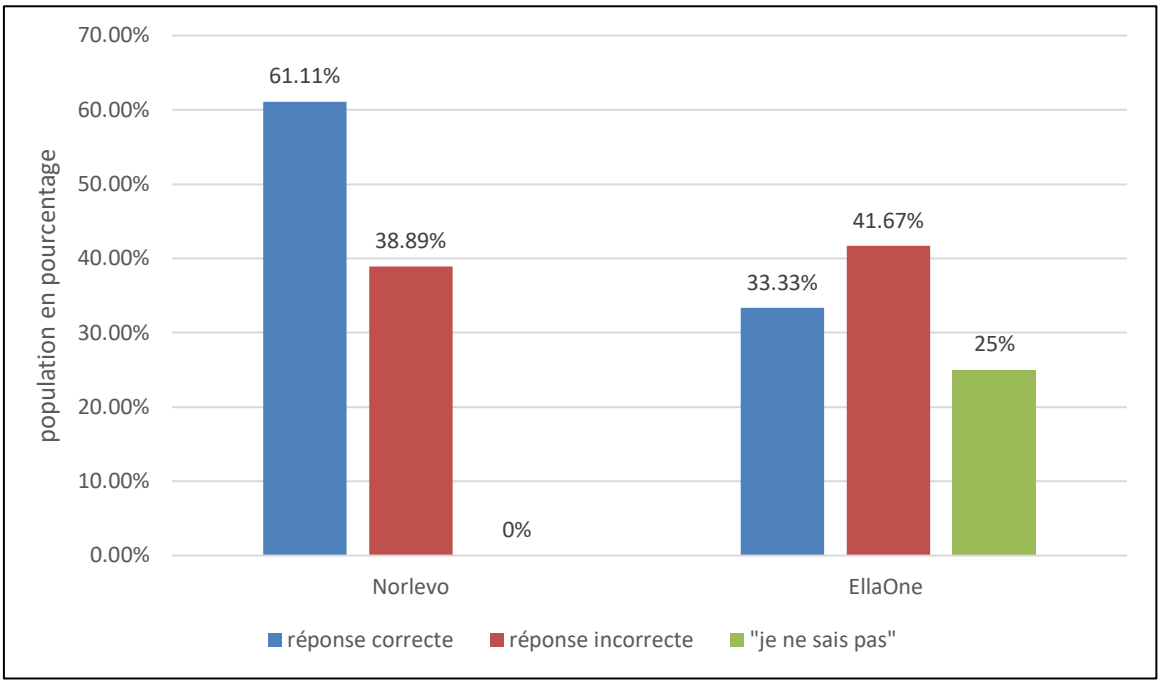


Figure 9 : Répartition de la promotion selon le taux de réponse correcte et incorrecte sur le délai maximum de prise des CU orale

Parmi la promotion, 22 IMG savaient quel est le délai maximum de prise de la CU Norlevo® et 12 IMG pour la CU EllaOne®.

Pour la pilule Norlevo® : 12 IMG femmes (66,67%) avaient la bonne réponse, contre 10 IMG hommes (55,56%). Pour la pilule EllaOne® : 8 IMG femmes (44,44%) avaient la bonne réponse, contre 4 IMG hommes (22,22%).

### 1.3.7 Répartition de la promotion selon la connaissance de la signification de l'acronyme BERCER et l'application de cette méthode

Sur l'ensemble de la promotion, un seul étudiant connaissait la signification de l'acronyme BERCER (soit 2,78%), et son niveau de connaissance était satisfaisant (12 < note $\leq$ 14). 35 étudiants ne connaissaient pas la réponse.


License CC BY-NC-ND 3.0

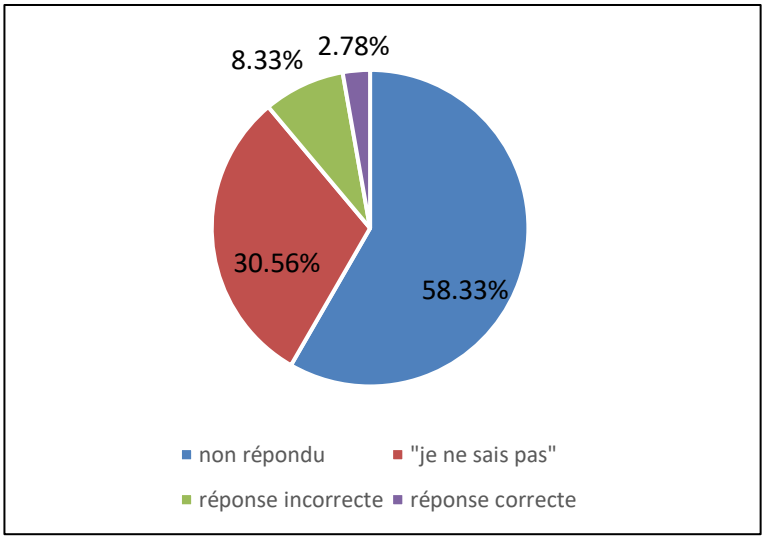


Figure 10 : Répartition de la promotion selon la connaissance de la signification de l'acronyme BERCER

- 21 étudiants n'avaient pas répondu ou avaient répondu « ? »
- 11 avaient répondu qu'ils ne savaient pas
- 3 avaient donné une mauvaise réponse

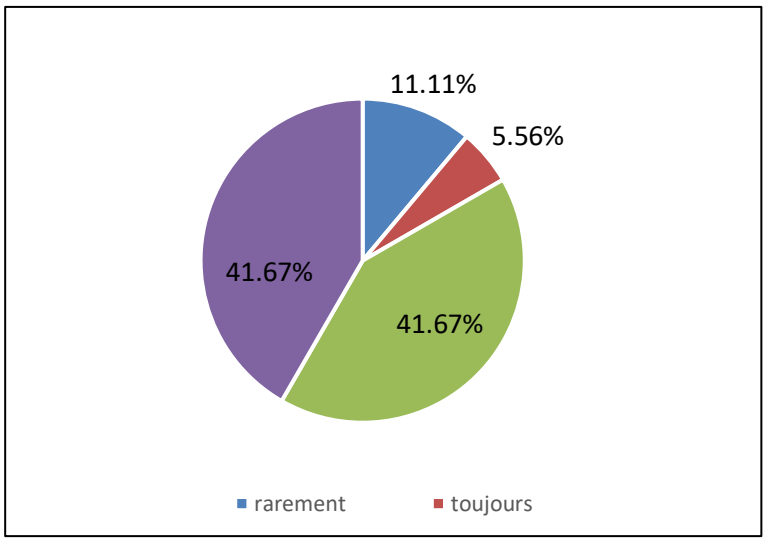


Figure 11 : Répartition de la population en fonction de l'application de la méthode BERCER

- 4 étudiants avaient déclaré appliquer « rarement » la méthode BERCER
- 2 étudiants avaient déclaré appliquer « toujours » la méthode BERCER
- 15 étudiants avaient déclaré ne jamais appliquer la méthode BERCER
- 15 étudiants n'avaient pas répondu à cette question


License CC BY-NC-ND 3.0

### 1.3.8 Les cas cliniques

Le premier cas clinique mettait en jeu les connaissances générales sur la COP (différentes formes, indications, contre-indications) :

- 41,67% (15 IMG) avaient répondu correctement
- 55,56% (20 IMG) avaient faux
- 2,78% (1 IMG) n'avaient pas répondu entièrement

Le second cas clinique portant sur les CU (indications) :

- 5,56% (2 IMG) avaient répondu correctement
- 80,56% (29 IMG) avaient faux
- 11,11% (4 IMG) n'avaient pas répondu

Le dernier cas clinique portait sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule oestroprogestative et était divisé en deux questions (20 et 21).

Pour la question 20 :

- 50% (18 IMG) avaient répondu correctement
- 50% (18 IMG) n'avaient pas répondu à certains items ou avaient coché « je ne sais pas »

Pour la question 21 :

- 30,11% (13 IMG) avaient répondu correctement
- 69,89% (23 IMG) n'avaient pas répondu à certains items ou avaient coché « je ne sais pas »


License CC BY-NC-ND 3.0

### 1.4. Sentiment de la population vis-à-vis de la prescription et du suivi de contraception

#### 1.4.1 Répartition de la population selon le sentiment d'assurance pour la prescription d'une contraception

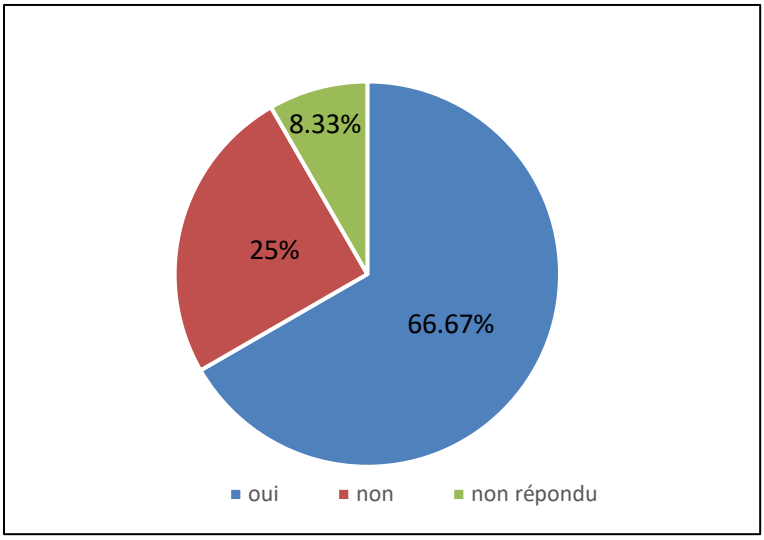


Figure 12 : Répartition de la promotion selon le sentiment d'assurance pour la prescription de contraception

66,67%, soit 24 IMG (11 femmes et 13 hommes) se sentaient prêts à assurer la prescription de contraception à leur patientèle.

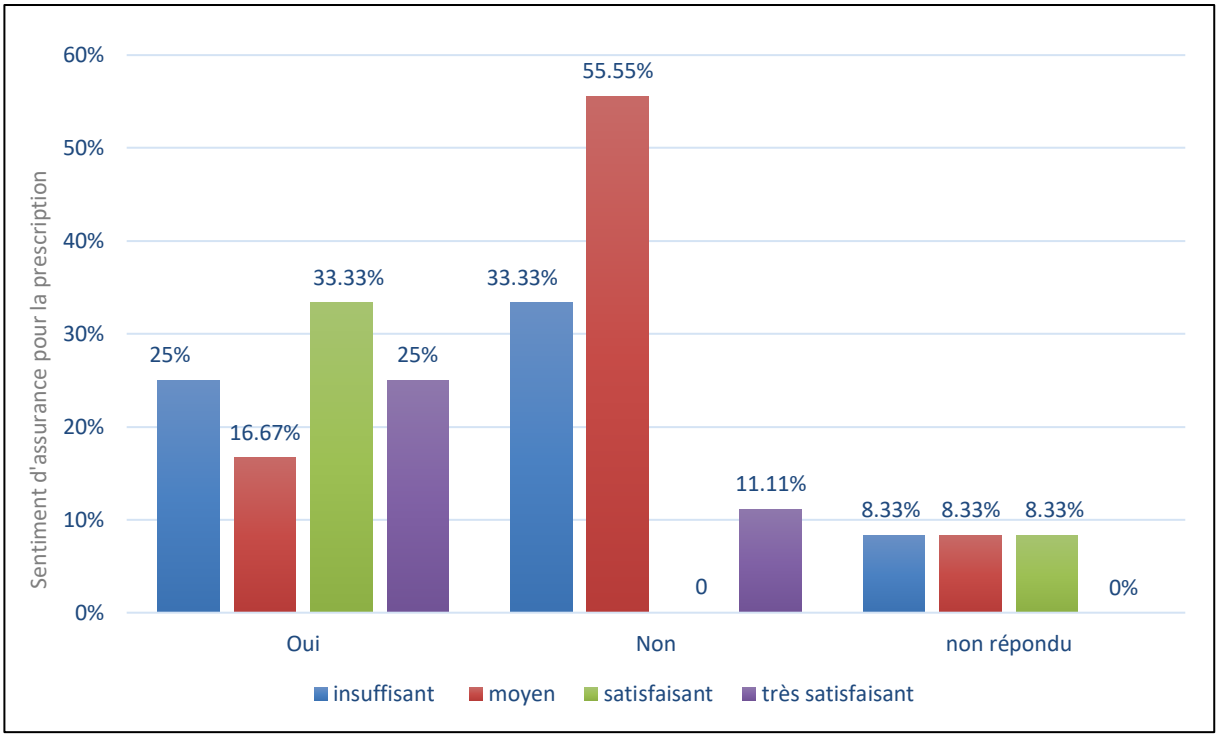


Figure 13 : Répartition de la promotion selon le sentiment d'assurance en fonction du niveau de connaissance


License CC BY-NC-ND 3.0

Parmi les internes ayant répondu « oui » à la question « Vous sentez-vous prêt à assurer la prescription de contraception de votre patientèle ? » :

- 25% (6 IMG) avaient un niveau de connaissance insuffisant
- 16,67% (4 IMG) avaient un niveau de connaissance moyen
- 33,33% (8 IMG) avaient un niveau de connaissance satisfaisant
- 25% (6 IMG) avaient un niveau de connaissance très satisfaisant

Ainsi **41,67%** (10 IMG, dont 7 hommes et 3 femmes) avec un **niveau de connaissance insatisfaisant** et **58,33%** (14 IMG), dont 6 hommes et 8 femmes) avec un **niveau de connaissance satisfaisant** se sentaient prêts à prescrire des moyens de contraception.

Parmi les internes ayant répondu « non » à cette même question :

- 33,33% (3 IMG) avaient un niveau de connaissance insuffisant
- 55,55% (5 IMG) avaient un niveau de connaissance moyen
- Aucun n'avait un niveau de connaissance satisfaisant
- 11,11% (1 IMG) avait un niveau de connaissance très satisfaisant

Au total **88,88%** (8 IMG, dont 3 hommes et 5 femmes) avec un **niveau de connaissance insatisfaisant** et **11,11%** (1 IMG, femme) avec un **niveau de connaissance satisfaisant** ne se sentaient pas prêts à prescrire des moyens de contraception. 3 internes n'ont pas répondu.

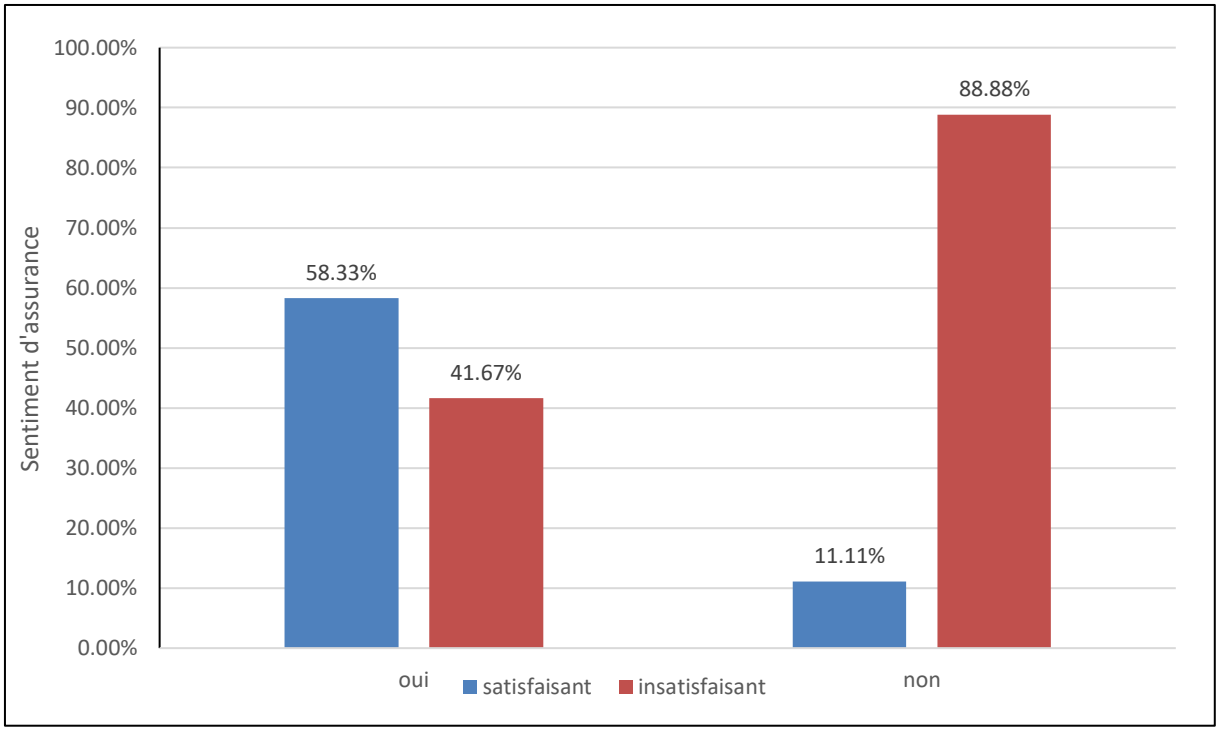


Figure 14 : Répartition de la promotion selon le sentiment d'assurance en fonction du niveau de connaissance satisfaisant ou insatisfaisant


License CC BY-NC-ND 3.0

### 1.4.2 Répartition de la population selon le sentiment d'assurance pour assurer le suivi d'une contraception

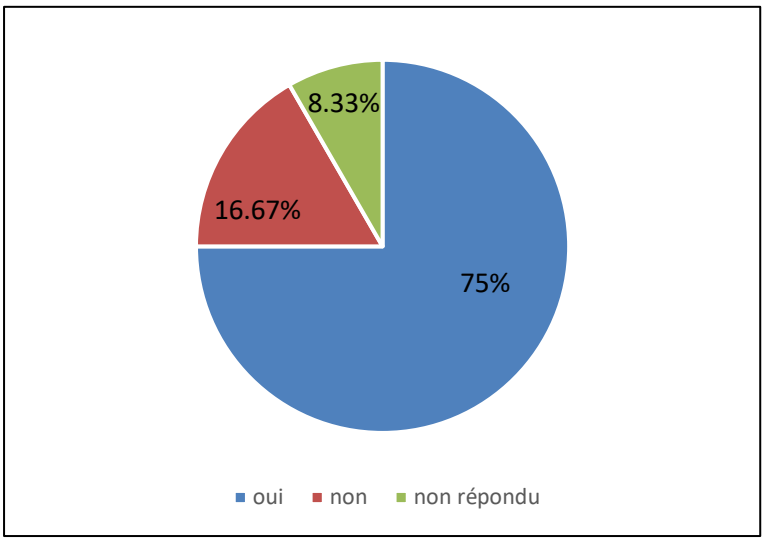


Figure 15 : Répartition de la promotion selon le sentiment d'assurance pour assurer le suivi d'une contraception

- 27 internes, soit 75% avaient répondu « oui » (13 hommes et 14 femmes)
- 6 internes, soit 16,67% avaient répondu « non » (4 femmes et 2 hommes)
- 3 internes, soit 8,33% n'avaient pas répondu à cette question.

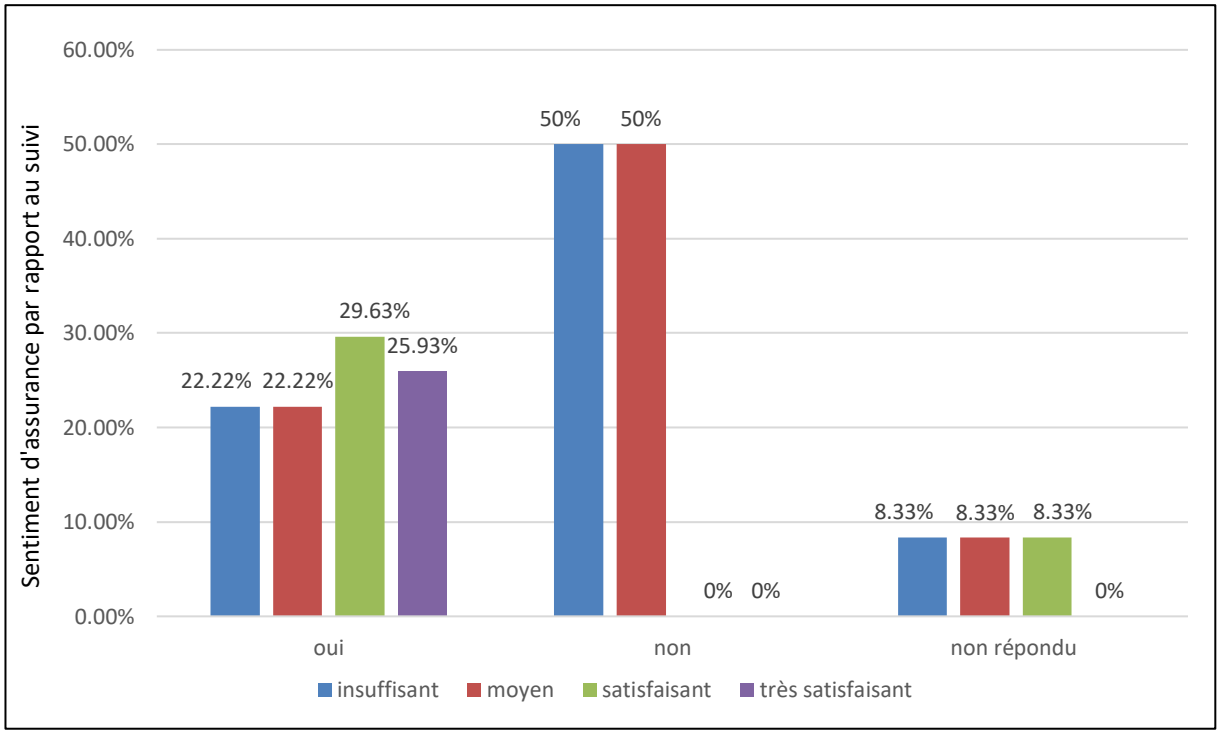


Figure 16 : Répartition de la promotion selon le sentiment d'assurance pour assurer le suivi d'une contraception en fonction du niveau de connaissance


License CC BY-NC-ND 3.0

Parmi les internes ayant répondu « oui » à la question « Vous sentez-vous prêt à assurer le suivi de contraception de votre patientèle ? » :

- 22,22% (6 IMG) avaient un niveau de connaissance insuffisant
- 22,22% (6 IMG) avaient un niveau de connaissance moyen
- 29,63% (8 IMG) avaient ont un niveau de connaissance satisfaisant
- 25,93% (7 IMG) avaient un niveau de connaissance très satisfaisant

Soit **42,42%** (12 IMG, dont 8 hommes et 4 femmes) avec un **niveau de connaissance insuffisant** et **55,56%** (15 IMG, dont 6 hommes et 9 femmes) avec un **niveau de connaissance satisfaisant** se sentaient prêts à assurer le suivi de contraception de leur patientèle.

Parmi les internes ayant répondu « non » à cette même question :

- 50% (3 IMG) avaient un niveau de connaissance insuffisant
- 50% (3 IMG) avaient un niveau de connaissance moyen
- Aucun n'a un niveau de connaissance satisfaisant
- Aucun n'a un niveau de connaissance très satisfaisant

Soit 100**%** (6 IMG, dont 2 hommes et 4 femmes) avec un niveau de connaissance insuffisant ne se sentaient pas prêt à assurer le suivi de contraception de leur patientèle.

### 1.4.3 Avis de la population quant à la formation

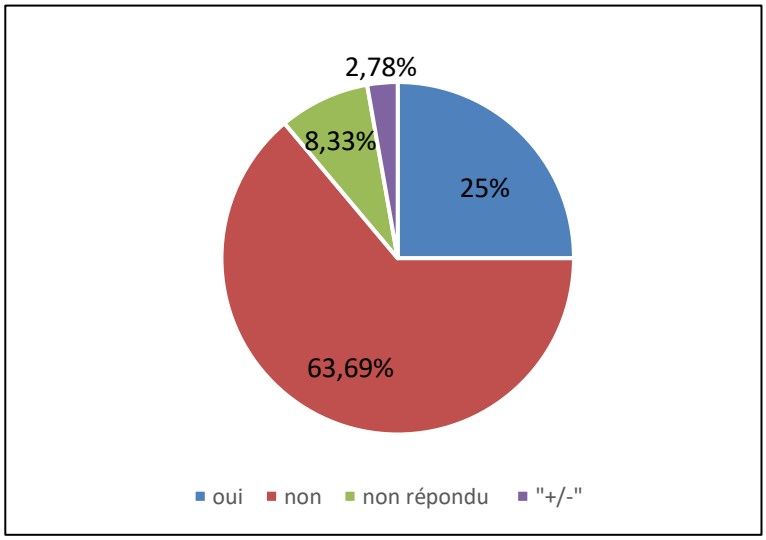


Figure 17 : Répartition de la promotion selon leur avis quant à leur formation


License CC BY-NC-ND 3.0

A la question « pensez-vous que votre formation est suffisante ? » :

- 9 IMG avaient répondu « oui »
- 23 IMG avaient répondu « non »
- 3 IMG n'avaient pas répondu
- 1 IMG avait rajouté « +/- »

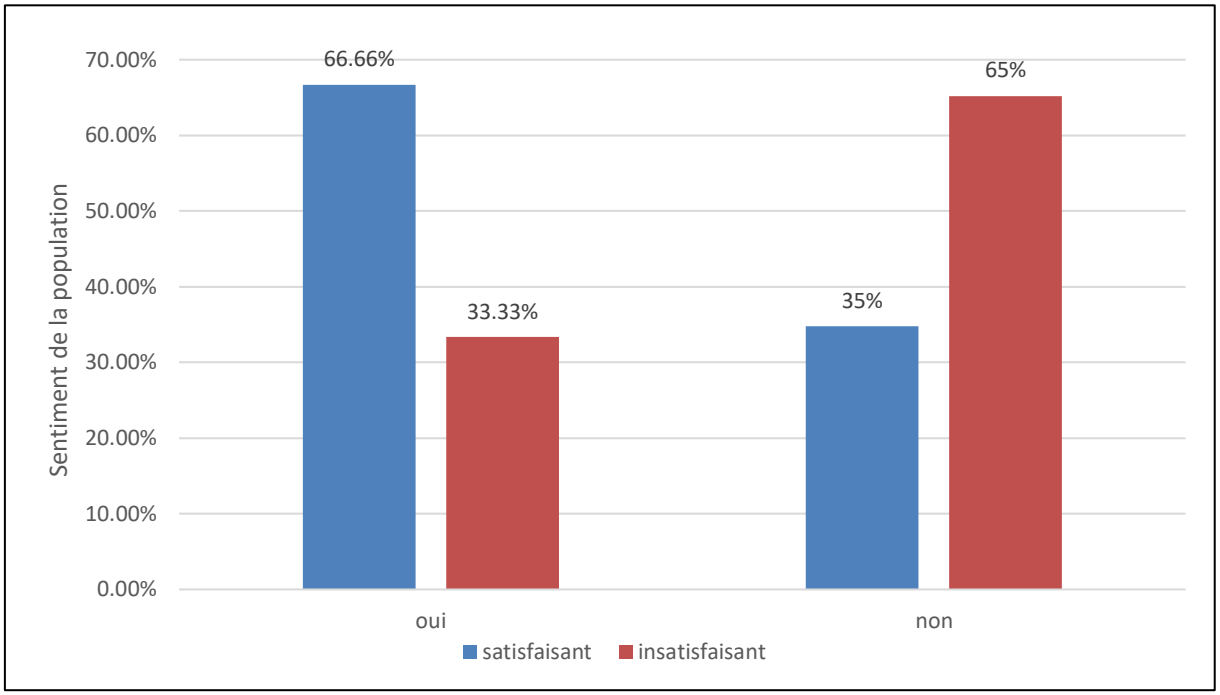


Figure 18 : Répartition de la promotion selon leur avis quant à leur formation sur la contraception

Sur l'ensemble de la promotion des IMG, parmi les 9 ayant répondu que la formation sur la contraception au cours de leur cursus est suffisante :

- 2 IMG ont un niveau de connaissance insuffisant
- 1 IMG a un niveau de connaissance moyen
- 3 IMG ont un niveau de connaissance satisfaisant
- 3 ont un niveau de connaissance très satisfaisant

Parmi les 23 IMG pensant que leur formation n'est pas suffisante :

- 7 IMG ont un niveau insuffisant
- 8 IMG ont un niveau moyen
- 5 IMG ont un niveau satisfaisant
- 3 IMG ont un niveau très satisfaisant


License CC BY-NC-ND 3.0

Finalement 3 IMG avec un niveau insatisfaisant et 6 IMG avec un niveau satisfaisant pensent que la formation en matière de contraception est suffisante. 15 IMG avec un niveau de connaissance insatisfaisant et 8 IMG avec un niveau de connaissance satisfaisant pensent que la formation est insuffisante.

### 1.4.4 Suggestions pour améliorer la formation sur la contraception et son suivi

Seulement 10 IMG (27,78%) avaient répondu à cette question ouverte.

Parmi eux, 2 IMG pensaient que la formation est suffisante, et proposaient :

- De renouveler les connaissances dans des formations de développement continu
- Des stages ou conférences avec des gynécologues-obstétriciens ou des sages-femmes
- Des diplôme interuniversitaire ou diplôme universitaire pour formation complémentaire à la contraception pour les médecins généralistes

Les autres IMG pensaient que la formation est insuffisante et proposaient :

- Des rappels de cours durant l'internat
- Des cours pratiques et interventions de professionnels pour la pose des DIU, des implants contraceptifs

## 1.5. Niveau de connaissance des internes de médecine générale

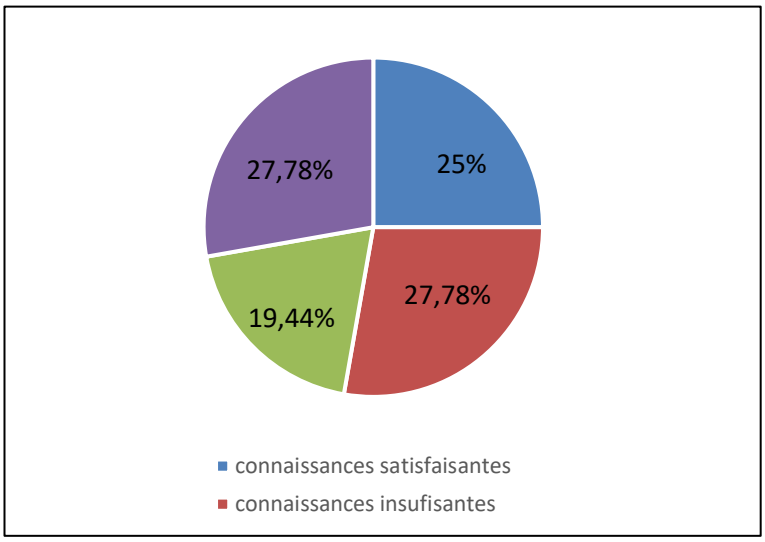


Figure 19 : Niveau de connaissance des internes de médecine générale en 3ème année du DES sur la contraception et sa prescription


License CC BY-NC-ND 3.0

Sur l'ensemble de la promotion des IMG :

- **27,78%** (10 IMG, dont 6 hommes et 4 femmes) avaient une note inférieure à 10, donc un **niveau de connaissance insuffisant**
- **27,78%** (10 IMG, dont 6 hommes et 4 femmes) avaient une note comprise entre 10 et 12, donc un **niveau de connaissance moyen**
- **25%** (9 IMG, dont 4 hommes et 5 femmes) avaient une note comprise entre 12 et 14, donc un **niveau de connaissance satisfaisant**
- **19,44%** (7 IMG, dont 2 hommes et 5 femmes) avaient une note supérieure à 14, donc un **niveau de connaissance très satisfaisant**

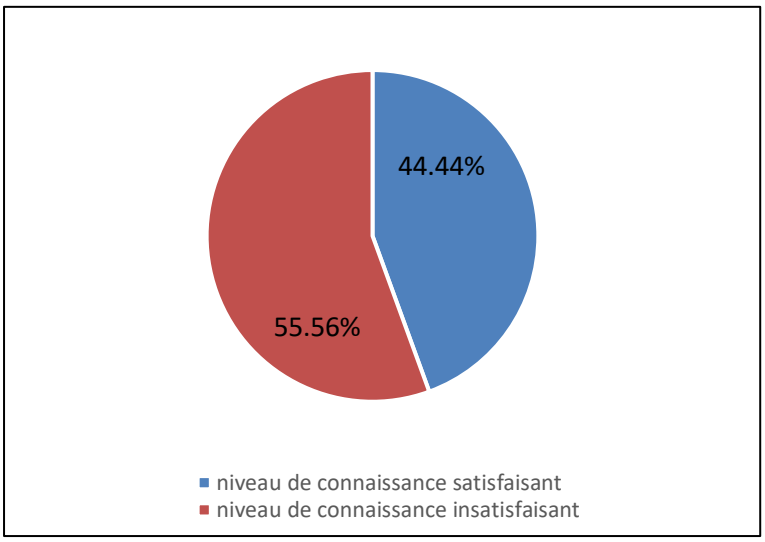


Figure 20 : Répartition de la promotion selon le niveau de connaissance satisfaisant ou insatisfaisant

Soit **20 IMG** (12 hommes et 8 femmes) avec **un niveau de connaissance insatisfaisant** et **16 IMG** (6 hommes et 10 femmes) avec **un niveau de connaissance satisfaisant**.


License CC BY-NC-ND 3.0

## 2. Discussion

### 2.1. Les points forts de l'étude

L'un des principaux points forts de cette étude était le taux de participation : 100% des IMG de troisième année de la faculté de Limoges ont répondu à ce questionnaire. Ceci permet d'avoir une estimation fiable des connaissances de la promotion à propos de la contraception et de sa prescription à la veille de leur exercice professionnel. De plus, la parité était respectée : 18 femmes et 18 hommes. Avec une moyenne d'âge de 28 ans de part et d'autre. Aucune communication entre les IMG n'a été possible car les questionnaires ont été distribués et ramassés le même jour, lors d'un cours obligatoire.
Le fait que le questionnaire comptait des cases « je ne sais pas » pour répondre aux questions, diminuait la probabilité que les IMG répondent au hasard à une question lorsqu'ils n'étaient pas sûrs. De plus, le fait que la promotion de quatrième année de sage-femme ait pu effectuer un pré-test sur le questionnaire était un réel point positif pour ce travail.

### 2.2. Les limites de l'étude

Une des limites de cette étude est que seule la promotion de troisième année des IMG de Limoges ait été interrogée. Celle-ci n'est donc pas représentative du niveau national des IMG à propos de la contraception et de sa prescription. De plus, l'étude des connaissances reposant sur les déclarations des répondants peut représenter un biais d'information. En effet, chacun avait la possibilité de répondre au hasard. Si l'item « je ne sais pas » peut être considéré comme un point fort ainsi que nous l'avons dit précédemment, il peut également constituer une limite dans la mesure où l'étudiant devait reconnaitre qu'il ignorait la réponse ; il pouvait préférer ne pas répondre.

Le temps pour répondre à ce questionnaire (15 minutes environ) peut représenter une limite dans le sens où certains IMG ont pu bâcler leurs réponses pour terminer dans le temps imparti.

Plusieurs biais méthodologiques sont à relever. D'abord, les bilans de suivi de contraception qui contenaient autre chose que le bilan de suivi strict ont été considérés comme faux, sans distinction entre les IMG ayant prescrit un bilan de suivi en plus d'autres analyses et les IMG dont le bilan de suivi était incomplet. Puis, sur la question concernant la méthode BERCER les étudiants n'ayant pas répondu ou ayant répondu un point d'interrogation à la question ont été regroupés ; cependant les réponses « ? » auraient aussi pu être comptabilisées avec les réponses « je ne sais pas ». Enfin, un biais méthodologique a pu conduire à un biais de mesure. En effet, la réponse attendue à la question des contraceptions mécaniques était les méthodes dites locales ou barrières telles que le diaphragme, le


License CC BY-NC-ND 3.0

préservatif masculin et féminin, la cape vaginale, etc… cependant l'ensemble de la promotion a répondu le stérilet au cuivre car c'est une contraception non hormonale, aussi appelée « méthode mécanique ».

### 2.3. La méthode BERCER

Nous pouvons nous étonner du résultat de la question portant sur la signification de l'acronyme BERCER et son application. En effet, 35 IMG sur 36 déclaraient avoir déjà prescrit une contraception, ce qui est cohérent avec le modèle d'apprentissage par compétences (Annexe 2, famille de compétences numéro 5) pourtant 35 ne connaissaient pas la signification de l'acronyme BERCER. Néanmoins 6 déclaraient l'appliquer contre 30 au total, qui n'avaient pas répondu (15 IMG) ou avaient déclaré ne pas appliquer cette méthode (15 IMG).

Nous pouvons donc nous interroger sur le fait qu'une méthode dont on ne connait pas la signification puisse être réellement appliquée. A l'inverse, le fait de ne pas connaître la signification de cet acronyme n'empêche pas la conduite d'une consultation de contraception selon la méthode recommandée par la HAS. Effectivement, l'acronyme BERCER qui signifie : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour, renvoie à une pratique de la médecine prenant en compte la volonté du patient et son consentement après information. Consentement qui est au centre de la relation patient/médecin : il est primordial de délivrer des informations fiables et précises pour que ce dernier puisse prendre ses décisions de manière « libre et éclairée », mais également de prendre en compte son souhait, quel que soit le motif de consultation. (16) Il est donc logique de penser que les IMG appliquent cette méthode sans toutefois le savoir, en respectant simplement les principes de base d'une consultation et d'une relation médecin/patient.

### 2.4. Les connaissances des IMG sur la contraception

#### 2.4.1 Selon les stages réalisés

Le niveau de connaissance des IMG ayant fait un stage en gynécologie-obstétrique (GO) était supérieur à celui que les IMG qui n'en n'avaient pas fait. Il est satisfaisant pour la moitié des IMG ayant fait un stage en GO ; un peu plus d'un tiers de ceux qui n'y sont pas allés avait un niveau de connaissance satisfaisant. Nous pouvons donc penser que le passage dans un service de gynécologie-obstétrique permet d'assoir ou de faire progresser les connaissances sur la contraception grâce à l'observation des professionnels et de la mise en pratique. Dans sa thèse de docteur en médecine publiée en 2016, V. DESHAYS montrait que 90% des médecins ayant effectué des stages en GO au cours de leurs études pratiquaient de


License CC BY-NC-ND 3.0

la gynécologie, contre 83,7% pour les médecins qui n'en avaient pas fait. (17) Ces résultats laissaient donc penser que les stages effectués au cours du cursus universitaire ont une influence sur la pratique ultérieure des médecins généralistes.

### 2.4.2 La différence hommes/femmes

Sur l'ensemble de la promotion de troisième année du DES de médecine générale moins de la moitié avait un niveau de connaissance satisfaisant (10 femmes et 6 hommes). Il est important de relever que tout au long du questionnaire, les femmes obtenaient plus de points et donnaient plus de réponses correctes que les hommes. Nous pouvons supposer que les femmes se sentent plus concernées par la contraception et/ou qu'elles ont acquis des connaissances en plus de leur cursus scolaire et universitaire de par leur expérience personnelle.

La thèse de docteur en médecine de S. DIAS en 2010 (18) avait pour objectif de réaliser un état des lieux sur la pratique de la GO par les médecins généralistes (MG) en Ile-de-France. Elle mettait en évidence que les activités de GO représentaient 12,6% de l'activité des praticiens femmes, contre 4,8% pour les praticiens hommes. Le premier motif de consultation était la contraception à 84,7%, le plus souvent pour une instauration ou un renouvellement de pilule. Ces résultats confortent donc l'idée que les MG sont largement sollicités dans le cadre de la contraception et doivent avoir des connaissances adaptées. Les IMG doivent d'ailleurs avoir été mis en situation de gérer « des situations de prescription de suivi (…) de contraception. (Annexe II, famille de compétence 5)

Des résultats similaires étaient retrouvés dans la thèse de docteur en médecine en 2013 de R. CHAMPEAUX (19) qui analysait les freins et les facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale, en prenant en compte le point de vue des patientes et des médecins généralistes dans le département des Deux Sèvres. Une fois encore, les femmes pratiquaient davantage la gynécologie. En effet, elles avaient 50% d'activité gynécologique par semaine contre moins de 10% pour les hommes. Le facteur de motivation le plus fréquent chez les femmes (81,2%) était la motivation personnelle, ce qui n'était pas le cas pour les hommes. Nous constatons donc un intérêt plus prononcé de la part des femmes pour la contraception et la gynécologie. Ce résultat peut également expliquer que dans notre étude elles avaient des connaissances supérieures en contraception. En outre, R. CHAMPEAUX mettait en évidence que 77,4% des MG déclaraient que l'activité gynécologique au sein de leur cabinet depuis 3 ans était stable ou en augmentation, en relevant toutefois une


License CC BY-NC-ND 3.0

variation en fonction du sexe du praticien. En effet, plus de 90% des femmes le constataient, contre moins de 70% pour les hommes. De plus, il notait que 45,2% des consultations gynécologiques avaient pour objectif le renouvellement de traitements tels que la contraception. Là encore, ce pourcentage est en rapport avec les résultats de la thèse de S. DIAS et pourraient expliquer ceux de notre étude selon lesquels les femmes avaient de meilleures connaissances.

### 2.4.3 Le niveau de connaissance

Notre travail révélait un défaut de connaissances générales des IMG sur la contraception et son suivi. Effectivement, plus de la moitié de la promotion avait un niveau de connaissance insatisfaisant : une note inférieure ou égale à 12, et ce à la veille de leur exercice professionnel. Ces chiffres se rapprochent de ceux de l'article « Connaissances et savoir-faire déclarés des internes de médecine générale en matière de contraception : une étude menée en subdivision d'internant de Poitou-Charentes (France) » publiée en 2014. (20) Les résultats révélaient « un manque important déclaré de connaissances et d'habiletés des internes dans le domaine de la contraception ».

Comme nous avons pu le constater ci-dessus, à travers différentes thèses et articles datant de 2010 puis 2013, 2014 et 2016, les résultats étaient unanimes quant au fait que les MG avaient un manque de connaissances en matière de contraception et que les femmes pratiquaient davantage la gynécologie.

Nous pouvons nous demander si ces données ne seraient pas en lien direct avec la formation en gynécologie et plus précisément en contraception. Effectivement, l'organisation des études n'ayant pas changé, les cours sur la contraception et son suivi sont dispensés seulement lors de la première (2h), deuxième et troisième année de médecine. Pendant les trois années d'internat seulement 4 heures de cours et un travail dirigé de deux heures sont dédiés à ce sujet, ce qui peut sembler peu, et à distance des premiers cours théoriques pour certains IMG. Pour autant, dans sa thèse S. DIAS, relevait que 82,6% de la formation en GO des praticiens était uniquement universitaire. Quelques-uns complétaient leur formation lors de formation médicale continue (FMC) (46,4%), avec un diplôme inter-universitaire (DIU) (3,2%), ou dans la littérature et/ou sur internet (41,3%). (18)

Dans notre étude, seulement 9 IMG pensaient que leur formation était suffisante contre 23 IMG qui pensaient qu'elle ne l'était pas. S. DIAS mettait en évidence que, tout sexe confondu,


License CC BY-NC-ND 3.0

les praticiens déclaraient que la faible pratique de la GO venait d'un manque de formation à 27,3% ; dans celle de R. CHAMPEAUX l'un des freins à la pratique de la gynécologie était :

- Le manque de formation pour 30% des praticiens interrogés
- Le manque de compétences pour 40,6% des moins de 50 ans et pour 38,3% des plus de 50 ans

De surcroît, plus de la moitié des répondants pensaient que les futurs médecins n'étaient pas bien formés pour prendre en charge les patientes au niveau gynécologique. (18) (19)

### 2.4.4 Les connaissances des mécanismes d'actions et des contre-indications

Nous pouvons considérer que plus de la moitié de la promotion ne connaissait pas ou de manière incomplète les mécanismes d'actions pour les COP (17 IMG avaient la totalité des points) et que plus des trois quarts ignoraient tout ou partie des mécanismes d'action des microprogestatifs (6 avaient la totalité des points). Ces résultats ne sont pas en eux-mêmes une preuve que les IMG ne sont pas suffisamment formés. En effet, ce n'est pas parce que les mécanismes d'action ne sont pas connus de façon exacte qu'il n'est pas possible de prescrire de manière sécuritaire, contrairement aux CI et particulièrement les CI absolues. Cependant, nous pouvons nous demander comment vont-ils pouvoir informer leurs patientes de manière adaptée sur l'importance d'une prise régulière, ou sur la façon de réagir en cas d'oubli de pilule s'ils ne connaissent pas les mécanismes d'action des différents types de pilule ou de contraceptif.

Quant aux CI absolues de nombreuses lacunes ont été mises en évidence puisqu'aucun IMG n'avait la totalité des points et presque un tiers seulement avait la moitié ou moins de la moitié des points à ces QCM.

Ces futurs professionnels vont donc prescrire des méthodes contraceptives sans savoir quels en sont les risques, si elles sont prescriptibles à leur patiente selon les facteurs de risques qui lui sont propres. Ce résultat est d'autant plus surprenant qu'il survient moins de 10 ans après le scandale des pilules de troisième et de quatrième génération. (21) Les IMG interrogés étaient au début de leur cursus en 2012-2013. Nous aurions pu penser qu'ils avaient été sensibilisés par la polémique et donc plus vigilants aux CI des COP.

### 2.4.5 Le suivi de contraception

Les questions portant sur le suivi de contraception étaient des questions ouvertes : « Quel est le bilan à prescrire pour le suivi d'une COP ? », « Quand prescrivez-vous ce


License CC BY-NC-ND 3.0

bilan ? » et enfin « A quelle fréquence ? ». Les réponses attendues étaient celles qui figurent dans les recommandations du CNGOF datant de 2015. (1)

Plus de la moitié de la promotion avait donné des réponses incorrectes sur le bilan lui-même, plus d'un tiers avait tort sur la date qui est recommandée pour la prescription de ce bilan (3 mois d'utilisation) et près de 70% ne le faisait pas à la bonne fréquence. Nos résultats sont en corrélation avec ceux retrouvés dans la thèse de F-L. FLEURAT pourtant sur « L'évaluation des pratiques professionnelles lors de la prescription d'une contraception chez les médecins généralistes en Limousin en 2014 ». (22) En effet, il retrouve que 91% des MG interrogés effectuaient un bilan biologique lors de la prescription d'une COP lorsqu'il n'y a aucun antécédent particulier. Parmi eux, un peu plus d'un quart le faisait à 3 mois conformément aux recommandations. 34% des MG interrogés prescrivaient **uniquement** le bilan recommandé (glycémie à jeun et bilan lipidique) ; 83,33% prescrivaient **entre autres** ce bilan et 8,33% n'avaient pas recherché au moins l'association entre la glycémie et le bilan lipidique. Ces chiffres nous permettent de relever que déjà en 2014, les MG avaient un défaut de connaissance quant au suivi. Par ailleurs, ces bilans prescrits et non recommandés ne s'intègrent pas dans le devoir déontologique de maîtrise des dépenses de santé de ces professionnels.

Parmi les MG interrogés pour la thèse de F-L FLEURAT, 45% disaient « avoir lu les recommandations » et 42% disaient ne pas les connaitre. Cependant, nous remarquons que, d'après l'étude de l'auteur, pour la majorité des réponses il n'existe pas de différence significative entre les réponses des médecins ayant lu les recommandations et ceux qui ne l'ont pas fait, donc : « le fait d'avoir lu les recommandations n'est pas corrélé au fait d'avoir fourni une bonne combinaison de réponses ». Nous pouvons donc penser que la majorité des MG ne se sentent pas concernés par la contraception ou s'en désintéressent. Pourtant ils sont au premier plan de la prescription de contraceptif. Pour les patientes interrogées par R. CHAMPEAUX (19) la confiance, l'accessibilité et la compétence sont les trois principales raisons du suivi gynécologique par le médecin traitant. De plus, 92,8% des médecins interrogés pensaient qu'il était nécessaire de faire de la gynécologie. De surcroît, selon le baromètre santé 2016 portant sur la contraception, la pilule reste le moyen de contraception le plus utilisé. (23)

Il est donc primordial pour les futurs praticiens de connaître et de maîtriser la contraception et les recommandations qui y sont associées dans le but de prescrire de manière sécuritaire et de répondre aux besoins des patientes.


License CC BY-NC-ND 3.0

### 2.4.6 Les contraceptions d'urgence

Pour ce qui est de la CU, seulement 61,11% des IMG avaient répondu correctement à la question sur la durée maximum de prise de Norlevo®, et seulement 33,33% avaient donné la bonne réponse pour la prise d'EllaOne® avec un quart de la promotion qui avait répondu « je ne sais pas » à ce QCM. Le cas clinique portant sur ce thème semble confirmer que les IMG ne connaissaient pas les indications des CU. Effectivement, pour le cas clinique abordant la conduite à tenir lorsqu'une patiente se présente après un rapport sexuel à risque et sans contraception, seulement 2 IMG ont répondu correctement et plus de 80% de la promotion avait faux. Pour le cas clinique traitant d'un oubli de pilule inférieur à 12h, la moitié de la promotion donnait la bonne réponse. Pour un oubli de pilule supérieur à 12h, moins d'un tiers de la promotion donnait la réponse exacte. Ce résultat était cohérent avec le précédent, mettant en évidence un manque de connaissance des mécanismes d'action des COP. Une fois encore, notre étude relève un défaut de connaissance sur des thèmes qui devraient être maîtrisés.

Le fait que les prescripteurs ne puissent correctement informer et prescrire la contraception et les CU peut-il être un facteur qui participe au fait que le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) ne diminue pas en France ? « Le « paradoxe » français se traduit par une situation caractérisée à la fois par un taux de natalité et un taux de diffusion de la contraception parmi les plus élevés d'Europe et un taux d'IVG stabilisé à un niveau relativement important. » (24) (25) (26) Selon un article publié en 2016 par Santé Publique France : « 6,2% des femmes de 15 à 49 ans exposées à un risque de grossesse non prévue ont eu recours à la CU au cours des 12 derniers mois. » Le taux d'utilisation de CU pour les utilisatrices de pilule était de 13,9% en 2016. (27) Cet article démontrait également un lien direct entre l'utilisation de la CU et la bonne connaissance des détails de prise. En effet, les femmes mieux informées y avaient plus recours. Ceci permet de souligner de nouveau l'importance de l'information des femmes à propos de leur contraception et particulièrement, sur les conduites à tenir en cas d'oubli. Ce rôle revient au prescripteur, il est donc primordial que celui-ci connaisse parfaitement les indications, les modalités de prise des CU mais avant tout qu'il sache expliquer l'utilisation correcte des différentes contraceptions pour prévenir le recours à la CU et surtout le recours à l'IVG.

### 2.4.7 Le sentiment d'assurance

Dans notre étude, presque 70% des IMG interrogés se sentaient prêts à prescrire des moyens de contraception. Parmi eux, un quart avait un niveau de connaissance insuffisant et presque 20% un niveau de connaissance moyen. Au total, les IMG qui avaient un niveau de


License CC BY-NC-ND 3.0

connaissance insatisfaisant, se sentaient davantage prêts à **assurer la prescription** de contraception que ceux qui avaient un niveau de connaissance satisfaisant, ce qui peut sembler paradoxal au vu de leurs connaissances. Toujours dans notre étude, 75% des IMG se sentaient prêts à **assurer le suivi** de contraception de leur patientèle, pourtant presque la moitié avait un niveau de connaissance insatisfaisant.

Nous pouvons mettre en opposition le fait que les IMG ne savent pas comment prescrire la contraception de façon sécuritaire avec le fait qu'ils soient parmi les premiers prescripteurs. Ce propos est également soutenu par la thèse V. DESHAYS rédigée en 2016 (17). Elle s'était particulièrement intéressée aux médecins généralistes du Limousin. Elle retrouvait une pratique de la gynécologie pour 86,5% des répondants donc un intérêt et une pratique majeure, avec une variation en fonction du lieu d'activité, qui restait très élevée : 90% en Corrèze, 95,5% en Creuse et 83,6% en Haute-Vienne. Elle insistait aussi, dans sa conclusion, sur le fait que la pratique de la gynécologie par les médecins généralistes revêtait une dimension de santé publique du fait de la répartition démographique des gynécologues.

En effet, selon le dernier rapport du Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France (SYNGOF) datant de 2015, au 1er Février 2014 il y avait 12,4 médecins pratiquant la gynécologie médicale pour 100 000 femmes de 15 ans et plus. Du fait de ce manque de gynécologues, les MG sont propulsés au premier plan pour le suivi global d'une femme en bonne santé. Il y a donc un réel enjeu pour le suivi et la santé des femmes, à ce que les MG et futurs MG se sentent prêts et surtout qu'ils soient réellement compétents. (27) (28)

Les internes interrogés pour notre étude avaient-ils une idée réelle de leur niveau et de leurs connaissances en matière de contraception ? Effectivement, au vu des résultats de notre étude, nous pouvons nous demander quelle sera leur attitude lorsqu'ils se retrouveront dans une situation de prescription, de suivi ou de conseils en matière de contraception, dans le cas où ils ne se sentaient pas prêts à le faire : réorienteront-ils leurs patientes ? Mais surtout, quelle position adopteront-ils s'ils se sentaient prêts mais qu'ils n'avaient pas conscience que leurs connaissances sont insuffisantes ? Ces résultats sont d'autant plus inquiétants que l'absence de doutes par rapports à leurs connaissances n'incite pas à en acquérir ou à les approfondir.

Comme nous l'avons relevé précédemment, dans les thèses de S. DIAS et de R. CHAMPEAUX, (18) (19) les médecins généralistes interrogés avaient déclaré ne pas être suffisamment formés et avoir un manque de compétences pour la pratique de la gynécologie. Nous pouvons donc penser que depuis 2013 la formation universitaire n'a pas suffisamment


License CC BY-NC-ND 3.0

évolué et présente toujours les mêmes cibles d'améliorations pour la pratique et le savoir des futurs médecins généralistes.

A l'heure où la simulation est en plein essor dans la formation générale et la formation médicale en particulier, des séances basées sur des jeux de rôles pourraient être proposées. En effet, la cinquième famille de situation (Annexe 2) décrit les différentes situations auxquelles devra avoir été confronté chaque IMG. Afin d'optimiser son apprentissage, la simulation pourrait être l'opportunité d'approfondir ses compétences tant au niveau théorique que du savoir-faire et du savoir-être.


License CC BY-NC-ND 3.0

## Conclusion

L'évolution de la démographie médicale et notamment la diminution du nombre de gynécologues obstétriciens obligent les patientes à se tourner vers d'autres prescripteurs pour leur suivi et particulièrement pour ce qui est de la contraception. En effet, les médecins traitants pratiquent de plus en plus de gynécologie au sein de leur cabinet et sont donc amenés à prescrire, entre autres, des contraceptifs, à en assurer le suivi, à prendre en charge la situation d'oubli, et à répondre aux questions sur l'utilisation des contraceptifs d'urgence.

Pourtant, notre étude a révélé qu'un quart de la promotion des internes de médecine générale pensait que leur formation est insuffisante, et que plus de la moitié avait des connaissances insatisfaisantes en matière de contraception.

Comment pourrait-être organisée la formation dans le but de permettre aux internes d'avoir des connaissances solides et fiables sur la contraception et son suivi ? Ces derniers proposaient des stages auprès de sages-femmes ou de gynécologues-obstétriciens, ainsi que des rappels de cours théoriques au cours de l'internat, et des cours pratiques pour la pose de certains contraceptifs. Ce n'était que leurs préconisations mais les résultats de notre travail laissent penser qu'il est effectivement nécessaire d'améliorer la formation des IMG ainsi que l'évaluation de leurs connaissances en fin de cursus. La simulation pourrait être un outil à exploiter dans cette perspective.


License CC BY-NC-ND 3.0

## Références bibliographiques


1. CNGOF. La contraception [Internet]. cngof.fr. 2015 [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/communiques-de-presse/104-la-contraception
2. Haute Autorité de Santé. rapport_elaboration.pdf [Internet]. 2014 [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-08/rapport_elaboration.pdf
3. Legendre N. Le paradoxe français de la contraception. /data/revues/16340760/00090080/4/ [Internet]. 2010 [cité 6 juin 2019]; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/247013
4. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017 [Internet]. drees.solidarites-sante.gouv.fr. 2018 [cité 29 mars 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1081.pdf
5. INPES. Comment aider une femme à choisir sa contraception [Internet]. 2013 [cité 6 juin 2019]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf
6. Haute Autorité de Santé. Contraception : prescription et conseils femmes [Internet]. 2015 [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf
7. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme en post-partum [Internet]. 2017 [cité 20 juin 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj-contraception-post-partum-060215.pdf
8. Agence Nationale de Sécurité du médicament et des produits de santé. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. 2012 [cité 23 juin 2019]. Disponible sur: http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0213820.htm
9. Ministère des Solidarités et de la Santé. Premier préservatif remboursé par l'Assurance maladie [Internet]. 2018. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/181127-cp_prise_en_charge_preservatif.pdf
10. Haute Autorité de Santé. Fiche Contraception d'Urgence [Internet]. 2015 [cité 6 juin 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf
11. Santé Publique France. Choisir sa contraception [Internet]. Choisir sa contraception. [cité 27 août 2019]. Disponible sur: https://www.choisirsacontraception.fr/urgences/la-contraception-d-urgence/le-diu-au-cuivre.htm
12. Ordre National des infirmiers. Conseil National - Contraception d'urgence : une avancée pour la santé publique, une reconnaissance pour les infirmières [Internet]. 2016 [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/actualites-delordre/contraception-durgence-une-avancee-pour-la-sante-publique-une-reconnaissance-pour-les-infirmieres.html
13. ameli. Droit de renouvellement des contraceptifs oraux [Internet]. 2017 [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/prescription-prise-charge/regles-exercice-formalites/droit-renouvellement-contraceptifs-oraux
14. Faculté de médecine- Université de Limoges. Curriculum des études médicales Diplôme de formation générale en science médicale (DFGSM) 2ème et 3ème année. 2018.
15. Legifrance. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034502881&dateTexte=20190505
16. Bergoignan-Esper C. Le consentement médical en droit français. avr 2011;15 à 23.



License CC BY-NC-ND 3.0

17. DESHAYS V. Les freins au suivi de la grossesse en médecine générale [Internet]. [Limoges]: Limoges; 2016. Disponible sur: http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-47423
18. DIAS S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France [Internet]. [Paris]: Paris-Diderot; 2010. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3432_THESE-DIAS.pdf
19. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes. Enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres [Internet]. [Poitiers]: Poitiers; 2013. Disponible sur: http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/62bd3a15-c39a-4613-ace3-54e608bfe46b
20. Grandcolin S, Du Breuillac J, Birault F, Gomes J, Chapuis A-L. Connaissances et savoir-faire déclarés des internes de médecine générale en matière de contraception : une étude menée en subdivision d'internat de Poitou-Charentes (France). Pédagogie Médicale. févr 2014;15(1):53-60.
21. Le Monde. Après le scnadale des pilule de 3ème génération, moins d'mbolies chez les femmes. nov 2014; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sante/article/2014/11/06/apres-le-scandale-des-pilules-de-3e-generation-moins-d-embolies-chez-les-femmes_4519772_1651302.html
22. Fleurat François-Louis. Evaluation des pratiques professionnelles lors de la prescription d'une contraception chez les médecins généralistes en Limousin en 2014 [Internet]. [Limoges]; 2015. Disponible sur: http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-45315?lightbox=true
23. Santé Publique France. BAROMÈTRE SANTÉ 2016 CONTRACEPTION Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. 2017.
24. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et modalités de prise en charge. Rev Fr Aff Soc. janv 2011;116 à 147.
25. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. has-sante.fr. 04/13. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
26. Mazuy Magali, Laurent Toulemon, Elodie Baril. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. Population. mars 2014;69(3):365 à 398.
27. Rahib NLD, groupe Baromètre santé 2016. L'utilisation de la contraception d'urgence en France métropolitaine en 2016 : niveau et déterminants. BEH 29. juin 2018;591.
28. SYNGOF. Données chiffrées en gynécologie obstétrique et gynécologie médicale [Internet]. 2015. Disponible sur: https://syngof.fr/wp-content/uploads/2015/10/2015-Demographie-Gynecologie.pdf


License CC BY-NC-ND 3.0

## Annexes

Annexe 1. Questionnaire ..... 47
Annexe 2. Les grandes familles de situations ..... 53


License CC BY-NC-ND 3.0

**Annexe 1. Questionnaire**

Je suis Justine Bofarull, je suis étudiante 4ème année à l'école de sage-femme de Limoges. Je réalise mon mémoire de fin d'étude sur les « connaissances des internes de médecine générale sur la contraception et sa prescription ». Ce questionnaire est anonyme, il faut 15 minutes environ pour le compléter. Il contient des questions à choix multiples ainsi que des cas cliniques.
Merci de votre participation.

# I. La population :

**1. Vous êtes :**

□ Un homme □ Une femme

Vous avez …….. ans

**2. Avez-vous déjà effectué des stages en gynécologie-obstétrique au cours de votre internat :**

□ Oui
□ Non

**3. Avez-vous déjà effectué des stages auprès d'un médecin généraliste au cours de votre internat :**

□ Oui
□ Non

**4. Au cours de vos stages vous avez déjà eu à prescrire une contraception ou à en assurer le suivi :**

□ Oui
□ Non


License CC BY-NC-ND 3.0

## II. Connaissances générales, mécanisme d'action et suivi :

**5. Quelles sont les différentes formes de contraception oestro-progestative ?**

**6. Quelles sont les différentes formes de contraception micro-progestative ?**

**7. Quelles sont les différentes formes de contraception mécaniques féminines ?**

**8. Les contraceptions oestro-progestatives agissent :**

- En bloquant l'ovulation :
  □ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas
- En inhibant le pouvoir fécondant des spermatozoïdes :
  □ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas
- En rendant la glaire cervicale plus épaisse :
  □ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas
- En atrophiant l'endomètre :
  □ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas

**9. Les contraceptions micro-progestatives agissent :**

- En bloquant l'ovulation :
  □ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas
- En inhibant le pouvoir fécondant des spermatozoïdes :
  □ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas
- En coagulant la glaire cervicale :
  □ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas
- En atrophiant l'endomètre :
  □ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas


License CC BY-NC-ND 3.0

**10. Les contraceptions oestro-progestatives sont contre-indiquées de manière absolue chez les patientes :**

- Avec une hypertension équilibrée :
  □ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas

- Avec une hypertension déséquilibrée :
  □ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas

- Fumeuses :
  □ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas

- De plus de 35 ans sans facteurs de risque :
  □ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas

- Avec une hyperlipidémie :
  □ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas

- Obèses (IMC > 30) :
  □ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas

- Migraineuses (sans aura) :
  □ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas

- Avec un antécédent familial au 1er degré thrombo-embolique artériel ou veineux :

  □ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas

- Avec un antécédent personnel thrombo-embolique artériel ou veineux :

  □ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas

- En post-partum jusqu'à 21 jours :
  □ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas

**11. Il est possible de prescrire une COP à une patiente qui présente deux facteurs de risque mineurs :**

□ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas


License CC BY-NC-ND 3.0

**12. La pilule Norlevo® peut être prise jusqu'à, maximum : (une seule réponse attendue)**

□ 12h après le rapport à risque
□ 24h après le rapport à risque
□ 50h après le rapport à risque
□ 72h après le rapport à risque
□ 120h après le rapport à risque
□ Je ne sais pas

**13. La pilule EllaOne® peut être prise jusqu'à, maximum : (une seule réponse attendue)**

□ 12h après le rapport à risque
□ 24h après le rapport à risque
□ 50h après le rapport à risque
□ 72h après le rapport à risque
□ 120h après le rapport à risque
□ Je ne sais pas

**14. Quel est le bilan biologique à prescrire pour le suivi d'une contraception oestro-progestative ?**

**15. Quand prescrivez-vous ce bilan ?**

**16. A quelle fréquence ?**

**17. Un dispositif intra-utérin peut être posé :**

Chez une nullipare :
□ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas

Chez une multipare :
□ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas

A n'importe quel moment du cycle menstruel :
□ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas


License CC BY-NC-ND 3.0

# III. Cas cliniques

Madame A, âgée de 39 ans, fumeuse (15 cigarettes par jour) vient consulter pour une contraception. Elle a accouché de son troisième enfant il y a 4 mois. Avant sa grossesse elle prenait une pilule oestro-progestative, qui lui convient parfaitement et souhaite la reprendre. Elle ne veut pas de contraception mécanique.
Elle est en bonne santé. Sa tension artérielle est normale. Aucun antécédent.

**18. Que lui proposez-vous ?**

- Une pilule oestro-progestative
- Une pilule microprogestative
- Un stérilet au cuivre
- Un stérilet microprogestatif
- Un anneau vaginal
- Le patch
- Je ne sais pas

**19. Une jeune femme de 19 ans se présente parce qu'elle a eu un rapport sexuel non protégé il y a 75h ; elle n'a pas de contraception, que pouvez-vous lui proposer comme contraception d'urgence ?**

- Un dispositif intra-utérin au cuivre
- Un dispositif intra-utérin microprogestatif
- Norlevo®
- EllaOne®
- Je ne sais pas

Une jeune femme vous téléphone car elle a oublié sa pilule oestroprogestative la veille et vient de s'en apercevoir (deuxième semaine de comprimés actifs). Elle voudrait savoir ce qu'elle doit faire. Elle a eu un rapport sexuel non protégé il y a 4 jours.

**20. Si l'oubli est < 12h :**

Elle doit prend immédiatement le comprimé oublié :
Vrai Faux Je ne sais pas

La couverture contraceptive est maintenue :
Vrai Faux Je ne sais pas

Vous lui prescrivez une contraception d'urgence :
Vrai Faux Je ne sais pas

Elle doit utiliser des préservatifs lors des rapports pendant les 7 prochains jours :
Vrai Faux Je ne sais pas


License CC BY-NC-ND 3.0

**21. Si l'oubli est > 12h :**

Elle doit prend immédiatement le comprimé oublié :

□ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas

La couverture contraceptive est maintenue :

□ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas

Vous lui prescrivez une contraception d'urgence :

□ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas

Elle doit utiliser des préservatifs lors des rapports pendant les 7 prochains jours :

□ Vrai □ Faux □ Je ne sais pas

# IV. La méthode BERCER

**22. Que signifie l'acronyme BERCER ?**

**23. Vous appliquez cette méthode :**

□ Toujours □ Rarement □ Jamais

# V. Votre avis

**24. Vous sentez-vous prêt à assurer la prescription de contraception de votre patientèle ?**

□ Oui

□ Non

**25. Vous sentez-vous prêt à assurer le suivi de contraception de votre patientèle ?**

□ Oui

□ Non

**26. Pensez-vous que votre formation à propos de la contraception est suffisante ?**

□ Oui

□ Non

**27. Avez-vous des suggestions pour l'améliorer ?**


License CC BY-NC-ND 3.0

## Annexe 2. Les grandes familles de situations

Source : C. Attali, J.-F. Huez, T. Valetet, A.-M. Lehr-Drylewicz, 2013.



# Les grandes familles de situations cliniques

**Claude Attali[1], Jean-François Huez[2], Thierry Valette[3], Anne-Marie Lehr-Drylewicz[4]**

1. Département universitaire d'enseignement et de recherche en médecine générale, Université Paris-Est Créteil.
2. Département universitaire de médecine générale, Université d'Angers.
3. Département universitaire de médecine générale; Université de Poitiers.
4. Département universitaire de médecine générale, Université de Tours.

**exercer 2013;108:165-9.**

*attcl@wanadoo.fr*

*In the competency-based learning model, a list of the situations that trainees should be facing during their internship, in order to acquire the expected know-how, was a need. This list was developed using a unformalized expert consensus, where the experts were all experienced general practice teachers. A former list, gathering together all the situations used for teaching purposes in the various French universities had been published in 2001. Starting from this list, the expert designed a new one, by discussion and amendment. The level of comprehensiveness was a constant preoccupation. The final choice of 11 large families of situation is consistent with the competency-based model. The priority is that the student should face situations belonging to each of these families, knowing that he will not face every possible primary care situation. These families can be combined in a single situation. The frequency of their respective occurrences depends on the departments or practices where the training takes place. The aim of this list is to standardize and facilitate the work of the scholars who wish to adopt or have already adopted the competency-based learning model. It can be used to design and evaluate teaching programs and internship courses. It is essential for the certification of the competencies of the general practice trainees.*

Mots-clés
Apprentissage par compétences
Certification
Situations cliniques

Key words
Competency-based learning
Certification
Clinical situations

## Introduction

Dans le modèle d'apprentissage par compétences, après les avoir définies et décrit les différents niveaux de compétences[1,2], il était nécessaire de lister les situations auxquelles les internes devront être confrontés durant leur DES afin d'acquérir les savoir-agir leur permettant de remplir les missions que la société attend d'eux[3,4].
Le « Référentiel métier et compétences » des médecins généralistes avait déjà proposé une liste de situations cliniques types permettant de repérer les tâches à réaliser pour assurer correctement le métier de médecin généraliste[5]. Dans le cadre de la formation initiale, ces situations devaient être complétées par une liste plus générique de grandes familles de situations.
Ce travail avait donc pour but de fournir le descriptif de l'ensemble des familles de situations ou problèmes complexes devant lesquelles l'interne de médecine générale devra avoir été placé au cours de ses trois années de DES afin d'évaluer ses performances et donc ses compétences.

## Méthode

Cette liste a été produite à partir d'un consensus non formalisé d'experts, tous enseignants de médecine générale.

Les experts sont partis des listes de situations utilisées pour la formation dans les différentes facultés de médecine de France, listes dont les têtes de chapitre ont été regroupées et publiées en mars 2011[6].
Les auteurs ont ensuite travaillé par courriels, par tours successifs de relecture/amendements pour produire une liste générique couvrant au mieux le champ de la discipline sans être exhaustive de toutes les situations cliniques possibles. Des intervenants extérieurs ont été sollicités en raison de leurs expertises dans des domaines plus spécifiques (aspects juridiques, sociaux, etc.).
Cette liste a été ensuite amendée par le groupe des titulaires de la discipline au début de l'année 2013. Enfin, le groupe d'experts a revu chaque famille de situation pour la préciser.

## Résultats

Les familles de situation retenues sont au nombre de onze et sont détaillées ci-dessous. Par « être en mesure de gérer ces situations », on entend que l'interne soit en capacité de poser un diagnostic global de la situation selon le modèle biopsychosocial, d'élaborer un projet d'intervention négocié avec le patient, de mettre en œuvre un projet de soin selon le modèle EBM[7], d'effectuer un suivi rapproché, d'assurer la continuité de la prise en charge, puis d'effectuer un suivi différé dans le temps.




License CC BY-NC-ND 3.0

### 1. Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, et dans les stages hospitaliers de médecine polyvalente.
L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- des situations de patients atteints de pathologies chroniques organiques et psychologiques de toute nature, à tous les âges de la vie ;
- des situations de patients asymptomatiques qui présentent des facteurs de risque dont le contrôle a montré son efficacité sur la probabilité de survenue d'événements morbides à court, moyen et long terme ;
- des situations de maintien à domicile de patients souffrant de déficiences motrices, sensitives, cognitives entraînant une perte d'autonomie (problèmes locomoteurs, neurologiques, sensoriels) ;
- des situations de patients souffrant de problèmes d'addiction, de dépendance et de mésusage de substances psychoactives ;
- des situations de patients présentant des pathologies chroniques très graves, de patients en soins palliatifs et de patients en fin de vie ;
- des situations de patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques ou récurrentes prévalentes (dépression, anxiété généralisée, troubles bipolaires, psychoses) ;
- des situations de patients présentant des douleurs chroniques ou récurrentes.

### 2. Situations liées à des problèmes aigus/non programmés/fréquents/exemplaires

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, et dans les stages hospitaliers de médecine polyvalente et d'urgence.
L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- des situations de patients présentant des plaintes médicalement inexpliquées/plaintes d'origine fonctionnelle/plaintes somatiques inexpliquées.
  Caractéristiques de ces situations : le patient présente de nombreux symptômes physiques sans explication nette ; il est inquiet au sujet d'une maladie physique. Des symptômes associés d'anxiété et/ou de dépression sont courants. L'exploration médicale et les examens complémentaires sont souvent inutiles et fréquemment négatifs ;
- des situations de patients qui présentent des troubles somatiques, en particulier les pathologies prévalentes de toutes natures, à tous les âges de la vie.

### 3. Situations liées à des problèmes aigus/non programmés/dans le cadre des urgences réelles ou ressenties

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, et dans les stages hospitaliers de médecine polyvalente et d'urgence.
Caractéristique de ces situations : les présentations des situations urgentes ne sont pas univoques. Il peut s'agir d'urgences « vraies » ou « ressenties », d'urgences où le risque vital est évident ou au contraire où ce risque n'est pas évident à première vue, nécessitant une analyse globale de la situation clinique. Il existe aussi des urgences psychiatriques et des urgences médico-sociales pour lesquelles la démarche décisionnelle est par nature différente.
L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- des situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature somatique médicaux : défaillances des fonctions vitales ou risque de défaillances de ces fonctions ;
- des situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature chirurgicale ;
- des situations de patients qui présentent des plaintes du domaine des urgences ressenties ;
- des situations de patients présentant des crises aiguës de nature psychiatrique ou psychique/ou relationnelle (patient très agressif) ;
  Caractéristiques de ces situations : situations dans lesquelles la relation thérapeutique peut être perturbée par la symptomatologie psychique. Le MG peut intervenir sans l'accord du patient. La demande de soins peut venir de l'entourage ou de la société. Le MG peut courir un danger personnel, et le patient peut courir un risque vital. Le MG risque de s'impliquer hors de son rôle habituel de médecin ;
- des situations de patients présentant des problèmes médico-sociaux aigus nécessitant une réponse rapide.

### 4. Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, et dans les stages hospitaliers de pédiatrie et d'urgence.
L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- des situations concernant les nourrissons et les enfants dans les consultations systématiques de surveillance ;
- des situations de parents inquiets des plaintes et symptômes de leur nourrisson ;
- des situations concernant des adolescents sur le plan somatique et psychique, préventif, éducatif et relationnel.



Justine BOFARULL | Mémoire | Diplôme d'État de Sage-femme | Université de Limoges | 4 mai 2021
License CC BY-NC-ND 3.0

## 5. Situations autour de la sexualité et de la génitalité

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, dans les stages ambulatoires femme/enfant et dans les stages hospitaliers de gynécologie.
L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- des situations de prescription, suivi, information et éducation pour toutes les formes de contraception en situation commune, à risque, et en situation d'urgence ; en abordant la sexualité en fonction du contexte ;
- des situations autour d'un projet de grossesse, suivre une grossesse normale dans toutes ses dimensions, de repérer et orienter les grossesses à risque quel qu'en soit le terme ;
- des situations concernant des femmes en périménopause puis en ménopause, analyser avec la patiente les risques et bénéfices des traitements ; d'aborder la sexualité dans ce contexte ;
- des situations de demandes d'IVG dans le cadre réglementaire ;
- des situations de demande programmée ou non d'une femme présentant une plainte indifférenciée dont l'origine gynécologique est probable ;
- des situations de dépistage des cancers mammaires et génitaux en fonction des niveaux de risque de la femme.

## 6. Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.
Caractéristiques de ces situations : le médecin généraliste, médecin de plusieurs membres de la famille en situation de conflit peut se trouver dans une situation déontologique délicate.
L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations où la dynamique familiale est perturbée ;
- des situations de conflits intrafamiliaux aigus ou pérennes ;
- des situations de violences et d'abus intrafamiliaux actuels ou anciens.

## 7. Situations de problèmes de santé et /ou de souffrance liés au travail

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.
Caractéristiques de ces situations : ces situations entraînent très souvent des conflits ouverts ou larvés avec les employeurs. Dans l'intérêt du patient, la collaboration avec le médecin du travail, lorsqu'elle est possible, doit se faire en respectant le secret professionnel.
L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations de patients présentant des troubles physiques et/ou psychiques liés directement ou indirectement au travail ;
- des situations de patients présentant des problèmes de reconnaissance de pathologies liées au travail (accident de travail, harcèlement et maladie professionnelle) ;
- des situations de patients posant des problèmes d'aptitude ou de reprise de travail ou d'aptitude à leur poste.

## 8. Situations dont les aspects légaux, déontologiques et ou juridiques/ médicolégaux sont au premier plan

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.
Caractéristiques de ces situations : la demande initiale peut émaner du patient ou d'une institution. Il peut exister une obligation éventuelle de signalement.
L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations dans lesquelles le secret médical peut être questionné ;
- des situations de demande de certificats ou de documents médico-légaux ou assurantiels ;
- des situations de désaccord profond ou de conflit entre les soignants ;
- des situations où la sécurité du patient n'est pas respectée ;
- des situations d'erreurs médicales, en connaissant les différents temps successifs d'une démarche permettant une culture positive de l'erreur.

## 9. Situations avec des patients difficiles/ exigeants

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.
Caractéristiques de ces situations : devant des patients agressifs ou des patients qui mettent le médecin constamment en échec, le risque de rejet ou de banalisation des plaintes est fréquent et le risque d'erreur toujours possible.
L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations de patients ou de familles affichant un mode relationnel agressif ;
- des situations de patients ou de familles dont les demandes sont abusives ou irrecevables d'un point de vue médical, réglementaire, éthique, juridique ou déontologique ;

© Richard Villalon – Fotolia.com



Justine BOFARULL | Mémoire | Diplôme d'État de Sage-femme | Université de Limoges | 4 mai 2021
License CC BY-NC-ND 3.0

- des situations de patients ou de familles pour lesquels toutes les tentatives d'intervention, de quelques natures qu'elles soient, se soldent par des échecs.

### 10. Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.
Caractéristiques de ces situations : elles posent le problème de la limite du champ médical et du champ social. Dans le modèle biopsychosocial, ces situations sont au moins en partie dans le champ de la médecine. Elles nécessitent une collaboration avec des travailleurs sociaux.
L'interne devra être mis en situation de gérer :
- des situations dans lesquelles les problèmes sociaux entraînent des inégalités de santé ;
- des situations de patients en précarité ;
- des situations de rupture professionnelle et ou familiale avec risque de désocialisation.

### 11. Situations avec des patients d'une autre culture

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.
Caractéristiques de ces situations : dans ces situations, le risque d'incompréhension est majeur (incompréhension liée à la langue mais aussi à des représentations auxquelles le MG n'a pas accès facilement). Des problèmes psychosociaux peuvent aggraver ces situations.
L'interne devra être mis en situation de gérer :
- des situations de patients migrants en situation irrégulière/précaire ;
- des situations de patients migrants voyageurs (qui retournent régulièrement dans leur pays d'origine) ;
- des situations de patients et familles d'une autre culture qui sont installés durablement en France.

## Discussion

Tout au long de l'élaboration de ce travail, la question s'est posée du niveau d'exhaustivité pertinent et cohérent dans le modèle choisi.
Concernant par exemple des situations de patients qui présentent des troubles somatiques, en particulier les pathologies prévalentes de toutes natures, à tous les âges de la vie, nous avons beaucoup hésité avant de renoncer à faire une liste des problèmes les plus fréquemment rencontrés en pratique courante (problèmes ostéoarticulaires traumatiques ou non, infectieux, touchant le revêtement cutané, etc.). Nous avons postulé que les équipes d'enseignants seraient en mesure de faire des choix pertinents dans leurs contextes.
D'autres auteurs ont fait le choix d'une liste plus complète à partir d'une méthode Delphi, c'est en particulier le cas de Tim Allen et de son équipe qui ont abordé la question des compétences par le biais des situations les plus fréquentes à gérer[8]. C'est aussi le choix fait par le Collège Royal de médecine de famille canadien qui propose une liste de sujets prioritaires et éléments clés pour la formation et l'évaluation en médecine familiale[9]. Par ailleurs, la Société française de médecine générale a publié une typologie des actes effectués en médecine générale[10-12]. Nous proposons à ceux qui le désirent de se référer à ces publications en cas de besoin. Notre choix est d'éviter un recensement se voulant exhaustif des situations de médecine générale. L'exhaustivité fait courir le risque de revenir à un empilement d'objectifs de formation nécessitant une moindre réflexivité des étudiants et un mode d'évaluation standardisé contradictoire avec l'approche par compétences[13].
Le choix de onze grandes familles est au contraire cohérent avec le modèle d'apprentissage par compétence, privilégiant le fait que l'étudiant soit à la fois confronté aux grandes familles de situations et acceptant que durant son cursus il ne puisse être confronté à toutes les situations qu'il aura à gérer dans sa pratique future.
Par ailleurs, cette option est complémentaire de la production de niveaux de compétence dans l'optique d'une évaluation certificative crédible.
En effet, dans ce modèle, il est postulé que si l'étudiant a acquis le niveau de compétence attendu en fin de cursus pour ces grandes familles de situations, il devrait alors être suffisamment réflexif pour être en mesure de transférer ces savoir-agir en cas de confrontation à des situations particulières nouvelles pour lui.
Cependant, il est préférable de multiplier le nombre des situations dans chaque famille afin de s'assurer de l'acquisition et de l'utilisation de savoir-agir dans un groupe suffisant de situations dans des contextes variés.
Cet objectif se heurte en pratique en France à la faible exposition des internes dans le milieu de leur exercice futur. Il est donc indispensable que les stages ambulatoires soient les lieux privilégiés d'exposition à ces grandes familles de situations.
Par ailleurs, ces familles de situations peuvent être associées entre elles. Leur prévalence peut varier selon les lieux d'exercice et de formation. Les internes en formation qui y sont confrontés devront mobiliser les compétences génériques afin de réaliser les tâches et actions nécessaires pour être en mesure de gérer ces situations. Les témoignages de leurs travaux et de leur réflexivité seront apportés par les traces écrites de leurs apprentissages qui peuvent être regroupées dans un portfolio, et par l'argumentation de ces traces en entretien.



Justine BOFARULL | Mémoire | Diplôme d'État de Sage-femme | Université de Limoges | 4 mai 2021
License CC BY-NC-ND 3.0

## Conclusion

La production d'une liste de onze situations types par un groupe d'enseignants experts a pour ambition d'harmoniser et de faciliter le travail des départements qui souhaitent réaliser ou qui ont déjà mis en place une pédagogie d'apprentissage par compétences. Elle peut ainsi servir de support pour la construction des programmes d'enseignement et aider à la réalisation et à la cohérence des maquettes de stage. Elle peut aussi servir à l'évaluation des programmes et des maquettes. C'est un outil indispensable pour répondre à l'exigence sociétale de médecins généralistes compétents, et donc pour la certification des compétences des internes du DES de médecine générale.

Contributions

Cette liste a été élaborée avec le concours de Céline Baron, Philippe Binder, Jacques Birgé, Eric Cailliez, Catherine de Casabianca, Marie-Hélène Certain, Philippe Cornet, Christian Dumay, Bernard Elghozi, François Garnier, Julien Le Breton, Benoît Weiler, Christian Ghasarossian, Vincent Renard.

Les enseignants PU et MCU titulaires de médecine générale ont amendé et validé cette liste.

## Résumé

*Dans le modèle d'apprentissage par compétences, il était nécessaire de lister les situations auxquelles les internes devront être confrontés durant leur DES afin d'acquérir les savoir-agir leur permettant de remplir les missions que la société attend d'eux. La liste a été produite à partir d'un consensus non formalisé d'experts, tous enseignants de médecine générale. Les experts sont partis des listes de situations utilisées pour la formation dans les différentes facultés de médecine de France, listes dont les têtes de chapitre avaient été regroupées et publiées en mars 2011. Les auteurs ont ensuite travaillé par courriels, par tours successifs de relecture/amendements.*

*Tout au long de l'élaboration de ce travail, la question s'est posée du niveau d'exhaustivité pertinent et cohérent dans le modèle choisi. Le choix de onze grandes familles est cohérent avec le modèle d'apprentissage par compétence, privilégiant le fait que l'étudiant soit à la fois confronté aux grandes familles de situations et acceptant, que durant son cursus, il ne puisse être confronté à toutes les situations qu'il aura à gérer dans sa pratique future. Ces familles de situations peuvent être associées entre elles. Leur prévalence peut varier selon les lieux d'exercice et de formation.*

### Références

1. Compagnon L, Bail P, Huez JF, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. exercer 2013;108:148-55.
2. Compagnon L, Bail P, Huez JF, B. et al. Les niveaux de compétence. exercer 2013;108:156-64.
3. Attali C, Ghasarossian C, Bail P, et al. La certification de la compétence des internes de médecine générale : mode d'emploi exercer 2005;74:96-102.
4. http://www.sante.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html.
5. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. Paris : Berger Levrault, 2009.
6. Attali C, Bail P, Compagnon L, Lebeau JP, Piriou C. Guide pratique de l'enseignant clinicien ambulatoire en médecine générale maître de stage des universités. Certifier les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale Vol 4. Ed L&C, Paris, Mars 2011.
7. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray Muir JA, Haynes RB, Richardson W. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996;312:71-2.
8. Allen T, Brailovsky C, Rainsberry P, et al. Defining competency-based evaluation objectives in family medecine. Dimensions of competence and priority topics for assessmemt. Can Fam physician 2011;57:e31-40.
9. www.cfpc.ca/.
10. Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson JF, Boisnault. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale Revue du Praticien Medecine Generale 2004;18:781-4.
11. Société française de médecine générale. Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale – Révision 2010. Sémiologie des situations cliniques en médecine générale. Paris : SFMG, 2010.
12. Société française de médecine générale. Observatoire de la médecine générale. Informations épidémiologiques sur les pathologies et leur prise en charge en ville. http://omg.sfmg.org/.
13. Nguyen DQ, Blais JG. Approche par objectifs ou approche par compétences. Pédagogie Médicale 2007;8:232-51.



Justine BOFARULL | Mémoire | Diplôme d'État de Sage-femme | Université de Limoges | 4 mai 2021
License CC BY-NC-ND 3.0

**Connaissances des internes de médecine générale sur la contraception et sa prescription**

Nous nous sommes intéressés aux connaissances sur la contraception des internes de médecine générale de Limoges en troisième année du diplôme d'études spécialisées. Ces futurs professionnels qui seront bientôt parmi les premiers prescripteurs. Cette étude était descriptive transversale monocentrique, menée par le biais d'un questionnaire auquel l'ensemble de la promotion avait répondu. Ce dernier contenait des questions à choix multiples et des questions ouvertes sur les connaissances générales sur la contraception ainsi que trois cas cliniques de situations classiques pouvant être rencontrées au cours de la vie professionnelle. Les notes obtenues avaient permis de considérer deux groupes en fonction du niveau de connaissance : niveau insatisfaisant ou satisfaisant. Notre hypothèse selon laquelle 80% de la promotion avait des connaissances satisfaisantes n'a pas été vérifiée. Cependant, nous avons confirmé notre seconde hypothèse : à savoir que les connaissances à améliorer étaient les mêmes pour tous les internes de la promotion. Nous avons également pu relever que les femmes avaient, de manière générale, de meilleures connaissances que les hommes en matière de contraception et que plus de la moitié de la promotion pensait que leur formation est insuffisante.

Mots-clés : connaissances, questionnaire, contraception, prescription, suivi, internes médecine générale, Limoges