



HAL
open science

État des lieux des pratiques des médecins généralistes libéraux concernant l'implant contraceptif: enquête en Haute-Normandie

Anne Péran

► **To cite this version:**

Anne Péran. État des lieux des pratiques des médecins généralistes libéraux concernant l'implant contraceptif: enquête en Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01207164

HAL Id: dumas-01207164

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01207164>

Submitted on 30 Sep 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE ROUEN
UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2014-2015

THESE
pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 03 septembre 2015

par

Anne PERAN

Née le 21/01/1986 à Rouen

***ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DES
MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX
CONCERNANT L'IMPLANT CONTRACEPTIF :
ENQUETE EN HAUTE-NORMANDIE***

Président du jury : *Madame le Professeur Véronique MERLE*

Membres du jury : *Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL*

Monsieur le Professeur Eric VERSPYCK

Directeur de thèse : *Monsieur le Docteur Pascal BOULET*

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie Chirurgie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	plastique Chirurgie
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre</i>)	HCN	pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr Jean-François CAILLARD (<i>surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier LE LOET	HCN	Rhumatologie
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne

Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN	Neurologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc PERON (<i>surnombre</i>)	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive

Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mr Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique Mme
Nathalie DOURMAP	Pharmacologie Mme
Isabelle DUBUC	Pharmacologie Mr
Abdelhakim ELOMRI	PharmacognosieMr
François ESTOUR	Chimie Organique

Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Souleymane ABDOUL-AZIZE	Biochimie
Mme Maïté NIEPCERON	Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie Mme
Martine PESTEL-CARON	Microbiologie Mme
Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine Générale
-----------------------------	-----	-------------------

Mr Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
-------------------------	-----	-------------------

Mr Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal BOULET	UFR	Médecine générale
-------------------------	-----	-------------------

Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
-------------------------------	-----	-------------------

Mme Yveline SEVRIN	UFR	Médecine générale
---------------------------	-----	-------------------

Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Docteur Pascal BOULET

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger ce travail. Merci de m'avoir accordé un soutien précieux, et une disponibilité pour sa réalisation. Merci de m'avoir prodigué un enseignement essentiel à la pratique de mon exercice futur.

Professeur Véronique MERLE

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse.

Veillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et de ma reconnaissance.

Professeur Jean-Loup HERMIL

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Je vous remercie pour votre accompagnement durant mes études.

Veillez trouver ici l'expression de mes remerciements les plus sincères.

Professeur Eric VERSPYCK

Vous avez accepté avec gentillesse de faire partie de ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de mon plus profond respect et de ma reconnaissance.

Monsieur Mher Berge JOULAKIAN

Tu m'as fait profiter de ton expertise en statistiques. Sans ton aide, l'analyse statistique de ce travail aurait été moins rigoureuse. Je te remercie sincèrement pour ta disponibilité et ta patience.

Merci à tous les médecins qui ont pris le temps de participer à cette étude.

A ma sœur Cécile, mon modèle, qui a été présente à chaque étape de ce travail et qui m'a fait bénéficier de toute sa sagesse et de son expérience. Merci pour ton soutien et ta patience.

A mon neveu, Thomas, mon petit chat ! Tu remplis ma vie de bonheur à un point tel que je n'aurais pu imaginer. Ne grandis pas trop vite !

A mes parents, merci d'être toujours là pour moi. Sans votre foi en mes capacités, je ne serais probablement pas où j'en suis aujourd'hui. Merci pour votre soutien et votre amour. Je vous aime si fort.

A ma cousine Marine, presque une sœur, avec laquelle je partage tout et qui m'a donné la confiance nécessaire pour m'inscrire en faculté de médecine il y a dix ans.

A Moussette et à Noémie, des amies hors-pair qui comptent énormément pour moi et pour lesquelles je serai toujours présente. (Mes BFF !)

A Marie, tu m'as fait l'honneur de me choisir parmi tes témoins lors de ton mariage avec Guillaume. Merci d'être toujours aussi entière et spontanée.

A Raphaël et Mona, merci pour vos excellents conseils tout au long de ce travail, votre aide m'a été très précieuse et vous avez su m'éclairer quand j'étais perdue.

A l'équipe médicale du service de gynécologie-obstétrique d'Elbeuf, vous avez su me transmettre un enseignement dans une discipline qui m'attirait peu de prime abord et qui fait désormais partie de ma pratique quotidienne et de mes domaines de prédilection.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	16
DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	17
A - LA DEMOGRAPHIE MEDICALE : PASSE, PRESENT, AVENIR	17
1. <i>Les médecins généralistes et les spécialistes en gynécologie : effectifs et caractéristiques.....</i>	<i>17</i>
2. <i>Postes offerts aux épreuves classantes nationales.....</i>	<i>18</i>
3. <i>Un mot sur les sages-femmes</i>	<i>19</i>
4. <i>Comparaison des variations entre 2007 et 2015 au niveau national et au niveau départemental en Haute Normandie.....</i>	<i>20</i>
5. <i>Projections à l'horizon 2030.....</i>	<i>20</i>
B - LES FRANÇAISES UTILISENT-ELLES UN CONTRACEPTIF ADAPTE À LEUR MODE DE VIE ?	21
1. <i>Généralités sur la contraception</i>	<i>21</i>
2. <i>Focus sur l'implant</i>	<i>25</i>
3. <i>Cas particulier des femmes fumeuses.....</i>	<i>31</i>
4. <i>Les échecs de la contraception : contraception d'urgence et interruption volontaire de grossesse.....</i>	<i>32</i>
ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX CONCERNANT L'IMPLANT CONTRACEPTIF : ENQUETE EN HAUTE-NORMANDIE.....	37
A – INTRODUCTION	37
B – METHODE	37
1. <i>Constitution de l'échantillon</i>	<i>37</i>
2. <i>Elaboration du questionnaire.....</i>	<i>38</i>
3. <i>Durée de l'enquête</i>	<i>39</i>
4. <i>Analyse statistique des données.....</i>	<i>39</i>
C - RESULTATS	40
1. <i>Taux de réponses et nombre de médecins inclus.....</i>	<i>40</i>
2. <i>Caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes de notre échantillon.....</i>	<i>40</i>
3. <i>L'activité de gynécologie en général.....</i>	<i>42</i>

4. Connaissances théoriques de l'implant.....	46
5. Formation pratique à la pose et au retrait de l'implant.....	49
6. Analyse des pratiques des gestes de gynécologie médicale par les médecins généralistes.....	53
7. Facteurs intervenant dans les choix de prescription de l'implant sous-cutané.....	58
8. Commentaires libres.....	60
D – DISCUSSION	62
1. Les femmes médecins généralistes majoritaires dans le domaine de la contraception.....	62
2. L'implant contraceptif, un mode de contraception maîtrisé par le médecin généraliste dans les années à venir ?.....	63
3. Des différences significatives entre la prescription théorique de l'implant et sa mise en en place technique.....	63
4. Comparaison aux données de la littérature.....	65
5. Limites et forces de l'étude.....	67
E - CONCLUSION ET PERSPECTIVES	70
BIBLIOGRAPHIE	71
TABLE DES ILLUSTRATIONS	73
LISTE DES ABREVIATIONS	75
ANNEXES	76
Annexe 1 : Comment insérer NEXPLANON®.....	76
Annexe 2 : Comment retirer NEXPLANON®.....	80
Annexe 3 : Questionnaire.....	83
Annexe 4 : Commentaires libres des médecins généralistes interrogés.....	89
RESUME	93

INTRODUCTION

La société offre aujourd'hui aux femmes en âge de procréer un éventail de solutions pour se prémunir d'une grossesse non désirée. Un choix éclairé de la patiente est nécessaire afin que son médecin lui prescrive la méthode contraceptive la plus adaptée pour elle.

Le nombre de gynécologues à activité médicale ambulatoire en France est faible et va diminuer dans les années à venir. Devant le nombre croissant de demandes et la baisse des effectifs de spécialistes depuis quelques années, les médecins généralistes sont amenés à gérer la contraception au cabinet médical au quotidien. Ils ont l'avantage de bien connaître les antécédents et l'histoire familiale de leurs patientes, ainsi que leurs traitements et leurs habitudes de vie.

Devant les contre-indications à la contraception oestro-progestative (notamment le tabac), les patientes sont amenées à se tourner vers d'autres moyens de contraception parmi lesquels figure l'implant contraceptif.

Aussi, on note une stabilité globale du nombre d'IVG qui reste élevé, notamment chez les jeunes femmes et l'implant peut faire partie des contraceptions de choix à proposer aux patientes en prévention primaire ou secondaire.

De ce constat est née la problématique de savoir si l'implant est proposé par les médecins généralistes au cours des consultations dédiées à la contraception et les raisons qui motivent leurs choix .

Il nous a donc paru intéressant d'étudier leurs pratiques dans ce domaine.

Dans une première partie, nous présenterons un état des lieux épidémiologique concernant la démographie médicale actuelle et concernant les différents moyens de contraception disponibles en France actuellement, en particulier l'implant contraceptif.

Dans une deuxième partie, nous étudierons les réponses des médecins afin de connaître leurs habitudes de prescription dans le domaine de la contraception et plus précisément concernant l'implant sous-cutané, leurs connaissances théoriques et leur perception de l'implant afin d'identifier les facteurs favorisant et freinant sa prescription.

DONNÉES EPIDEMIOLOGIQUES

A - LA DEMOGRAPHIE MEDICALE : PASSÉ, PRESENT, AVENIR

Selon l'Atlas de démographie médicale élaboré par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (1), il existait au 1^{er} janvier 2015 un peu moins de 200 000 médecins exerçant en activité régulière en France métropolitaine, toutes spécialités confondues.

L'évolution structurelle du profil des médecins, plus âgés, se confirme. (2)

Leur moyenne d'âge en 2014 est relativement élevée, malgré le renouvellement des générations : 53 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes. Par ailleurs, l'âge moyen des nouveaux médecins inscrits en 2013 est de 34,2 ans.

La part des femmes dans la population globale vient affirmer une tendance à la hausse, continue depuis plusieurs années : elles représentent 44% des médecins en 2014 et 58% des nouveaux inscrits en 2013.

Nous nous intéressons plus particulièrement à deux spécialités : la médecine générale et la gynécologie, elle même divisée en 3 sous groupes selon le type d'activité (médicale, obstétricale et mixte).

La spécialité de gynécologie médicale comprend les spécialistes en gynécologie médicale et obstétrique et les spécialistes en gynécologie médicale.

1. Les médecins généralistes et les spécialistes en gynécologie : effectifs et caractéristiques

a) Les médecins généralistes

Les médecins généralistes représentent environ 45% de l'ensemble des médecins soit près de 90 000 selon l'Atlas de démographie médicale 2015.

En Haute-Normandie, on recense 2235 médecins inscrits aux tableaux des Ordres départementaux en activité régulière.

Agés en moyenne de 53 ans, les médecins généralistes sont représentés en légère majorité par des hommes : 56,5% contre 43,5% de femmes.

30% des médecins généralistes sont âgés de 60 ans et plus et 13,8% sont âgés de moins de 40 ans.

Parmi les jeunes générations de moins de 40 ans, les femmes représentent 63% des effectifs.

La densité pour 100 000 habitants est de 118,7 médecins.

b) Les spécialistes en gynécologie médicale

Au niveau national, selon les données de l'Atlas de démographie médicale 2015, on recense 7 000 spécialistes en gynécologie (parmi ces derniers 19 % ont une activité médicale, 20% ont une activité mixte à la fois médicale et obstétricale et 61 % ont une activité obstétricale)(1).

En Haute-Normandie, on recense 50 spécialistes en gynécologie médicale.

Agés en moyenne de 60ans, les gynécologues médicaux sont représentés en majorité par des femmes.

73% des spécialistes en gynécologie médicale et 58% des spécialistes en gynécologie mixte ont plus de 60 ans ; La population de spécialistes de moins de 40 ans est quasi nulle.

La densité pour 100 000 habitants est respectivement de 2,7 et 2,5.

2. Postes offerts aux épreuves classantes nationales

Chaque année, par arrêté publié au Journal Officiel, le Ministre des Affaires Sociales et de la Santé et le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche fixe le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales.

Selon l'arrêté du 10 juillet 2014 publié au Journal Officiel (3), on recensait pour l'année universitaire 2014-2015 un total de 48 postes offerts en gynécologie médicale dont 1 seul poste pour la Haute-Normandie et 3 752 postes de médecine générale dont 104 pour la Haute-Normandie. Par ailleurs, pour l'année universitaire 2014-2015, à l'échelle nationale, 136 postes dont 108 en médecine générale (6 pour la région Haute-Normandie) ont été offerts aux étudiants ayant signé un contrat d'engagement de service public. Aucun poste en gynécologie médicale n'a été offert dans ce cadre.

3. Un mot sur les sages femmes

Le programme de travail pour 2015 de l'ONDPS, qui propose le numerus clausus aux ministres de la santé et de l'enseignement supérieur depuis 2013, s'articulera autour de deux axes principaux :

- la régulation de la démographie des professionnels de santé (flux d'effectifs à former et répartition géographique)

et

- l'évolution des professions de santé, de leurs missions et de leur organisation.

Les travaux menés en 2010, 2012 et 2013 par l'ONDPS ont soulevé une contradiction : un cadre de régulation rigide en amont depuis quelques années (nombre et répartition géographique des écoles), alors que les conséquences de certaines évolutions mériteraient d'être expertisées, notamment l'introduction de la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention par la sage-femme (avec la réserve qu'elle adresse la patiente à un médecin en cas de situation pathologique).(4)

Les projections démographiques réalisées par la DREES, qui modélisent l'évolution de la densité de sages-femmes rapportée aux femmes de 16 à 49 ans, montrent que le nombre de sages-femmes libérales devrait poursuivre sa croissance : entre 2011 et 2030, il devrait augmenter de 5,6 % par an en moyenne, alors que le nombre de sages-femmes salariées devrait rester pratiquement stable (+0,4 % par an).

Au total, la part des sages-femmes exerçant en libéral devrait doubler entre 2011 et 2030 : en 2030, une sage-femme sur trois exercerait en libéral.

D'après le rapport 2013-2014 de l'ONDPS publié en février 2015 (5), on estime à environ 26100 le nombre de sages-femmes à l'horizon 2030, soit 8700 sages-femmes qui exerceraient en libéral.(6)

4. Comparaison des variations entre 2007 et 2015 au niveau national et au niveau départemental en Haute Normandie

Les médecins généralistes voient leur effectif baisser avec une variation entre 2007 et 2015 évaluée à -7,4% au niveau national.

Entre 2007 et 2015, au niveau national, la spécialité de gynécologie observe un net abandon de la discipline médicale (respectivement -26% et -37% pour les activités médicale et mixte) au profit de l'activité obstétricale pour laquelle on note une augmentation de l'effectif de presque +33%.

En Haute-Normandie, les disparités sont plus creusées. (1)

Il y a certes une diminution d'effectif dans les deux disciplines mais la consultation du médecin généraliste reste largement plus accessible que la consultation d'un spécialiste en gynécologie médicale.

Par ailleurs, la population de spécialistes en gynécologie médicale vieillit et ne se renouvèle quasiment pas.

5. Projections à l'horizon 2030

D'après les projections citées dans l'Atlas de démographie médicale 2014 (2), la tendance à la baisse d'effectif a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2020 pour atteindre 86 203 médecins généralistes en activité régulière.

En 2013, on recensait environ 1000 gynécologues médicaux en exercice dont 78 % avaient plus de 55 ans. Selon les projections, 60 % auront pris leur retraite en 2020.(7)

Ces données démographiques permettent d'expliquer en partie le paradoxe actuel entre l'offre et la demande et montrent la nécessité d'inclure l'activité de gynécologie médicale aux consultations de médecine générale malgré le développement parallèle, progressif mais moindre en terme d'effectif, de l'activité libérale des sages-femmes.

La prise en charge gynécologique classique devient désormais du ressort de la médecine générale. Bien connaître les différents moyens contraceptifs, parmi lesquels figure l'implant, permet de prendre en charge, dans les meilleures conditions, une patiente utilisant une contraception.

D'autres données démographiques, concernant cette fois les patientes, nous amènent à nous interroger également sur le choix de la contraception.

Après une brève présentation des différents moyens de contraception disponibles actuellement, et une présentation plus approfondie sur l'implant, nous avons choisi de nous intéresser de plus près à certains facteurs liés au comportement des patientes : d'une part la consommation de tabac qui peut représenter une majoration du risque cardiovasculaire selon la contraception choisie, et d'autre part, les échecs de la contraception qui se traduisent par le recours à une contraception d'urgence, par des grossesses non désirées, voire par le recours à l' Interruption Volontaire de Grossesse.

B - LES FRANÇAISES UTILISENT-ELLES UN CONTRACEPTIF ADAPTÉ À LEUR MODE DE VIE ?

1. Généralités sur la contraception

La contraception est représentée par un panel de méthodes qui englobe :

- Les méthodes médicalisées :
 - les méthodes hormonales
 - oestroprogestatives (EP) (la pilule, le patch et l'anneau vaginal)
 - progestatives (la pilule, l'implant sous-cutané, le dispositif intra-utérin (DIU hormonal) et le progestatif injectable)
 - les méthodes non-hormonales
 - le dispositif intra-utérin (DIU au cuivre)
 - les méthodes de stérilisation (masculine et féminine)
 - et les méthodes non-médicalisées :
 - les méthodes dites « barrières » (préservatifs féminin et masculin, cape cervicale, diaphragme, spermicide)
 - les méthodes naturelles (abstinence périodique, retrait)

L'efficacité contraceptive est mesurée par l'indice de Pearl (nombre de grossesses non planifiées par année pour 100 femmes utilisant cette méthode).

D'après le Baromètre santé 2010 de l'INPES (8), 90,2 % des femmes sexuellement actives au cours des 12 derniers mois, non stériles, ayant un partenaire homme, non enceintes et ne cherchant pas à avoir un enfant utilisent une méthode de contraception.

La pilule est le contraceptif le plus utilisé par les femmes en France.

En 2010, 70,8 % des femmes de moins de 35 ans qui déclarent « faire quelque chose pour éviter une grossesse » utilisent la pilule.

Tout âge confondu, le dispositif Intra utérin (DIU) est le second moyen de contraception le plus utilisé mais il concerne surtout les femmes de plus de 35 ans.

(9) (Tableau 1)

	Contraception définitive (stérilisation)	DIU (ou stérilet)	Implant, patch, anneau, injection	Pilule	Préservatif	Méthodes locales	Méthodes naturelles
15-19 ans	-	-	2,8	78,9	18,3	-	-
20-24 ans	-	3,7	5,4	70,8	83,4	7,2	-
25-34 ans	0,5	20,3	6,2	63,4	8,7	0,1	0,8
35-44 ans	3,5	36,0	3,9	43,4	11,6	0,2	1,4
45-49 ans	5,2	43,2	3,4	35,5	9,7	0,4	2,6
Total	2,2	26,0	4,7	55,5	10,3	0,1	1,2

* : lorsque plusieurs méthodes étaient citées, la plus « sûre » a été retenue ; ainsi, c'est la méthode apparaissant la plus à gauche dans le tableau qui a été privilégiée.

Champ : France métropolitaine. Femmes non enceintes déclarant utiliser systématiquement ou non, un moyen pour éviter une grossesse, sexuellement actives dans les douze derniers mois, ayant un partenaire homme au moment de l'enquête.

Source : Baromètre Santé 2010.

TABLEAU 1 : PRINCIPALES MÉTHODES CONTRACEPTIVES UTILISÉES PAR LES FEMMES AGÉES DE 15 À 49 ANS EN 2010 (EN %) DECLARANT UTILISER UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE.

Le modèle contraceptif français semble peu flexible. Il est caractérisé par un recours important au préservatif au début de la vie sexuelle, l'utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise et le recours au DIU quand les couples ont eu les enfants qu'ils désiraient.

Les statistiques recueillies au niveau mondial dans le cadre de l'Organisation des Nations Unies sur la diffusion des méthodes contraceptives montrent bien la spécificité du modèle français, notamment par rapport aux autres pays de niveau de développement comparable.

On observe en particulier que la place prédominante occupée en France par la contraception orale n'a pas d'équivalent à l'étranger. (Figures 1 et 2) (10)

Méthodes de contraception les plus utilisées dans quelques pays du monde (pour 100 couples mariés pratiquant la contraception en 2000)

- Stérilisation
- Stérilet
- Pilule
- Autre méthode

Source : Nations unies, *World Contraceptive Use*, 2003
Fiche pédagogique, INED, www.ined.fr

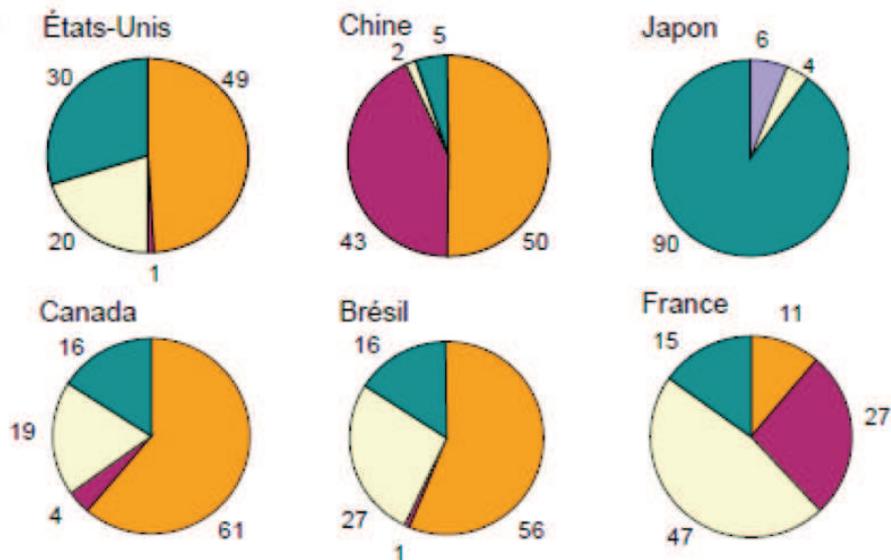


FIGURE 1 : MÉTHODES DE CONTRACEPTION LES PLUS UTILISÉES DANS LE MONDE (RAPPORT IGAS)

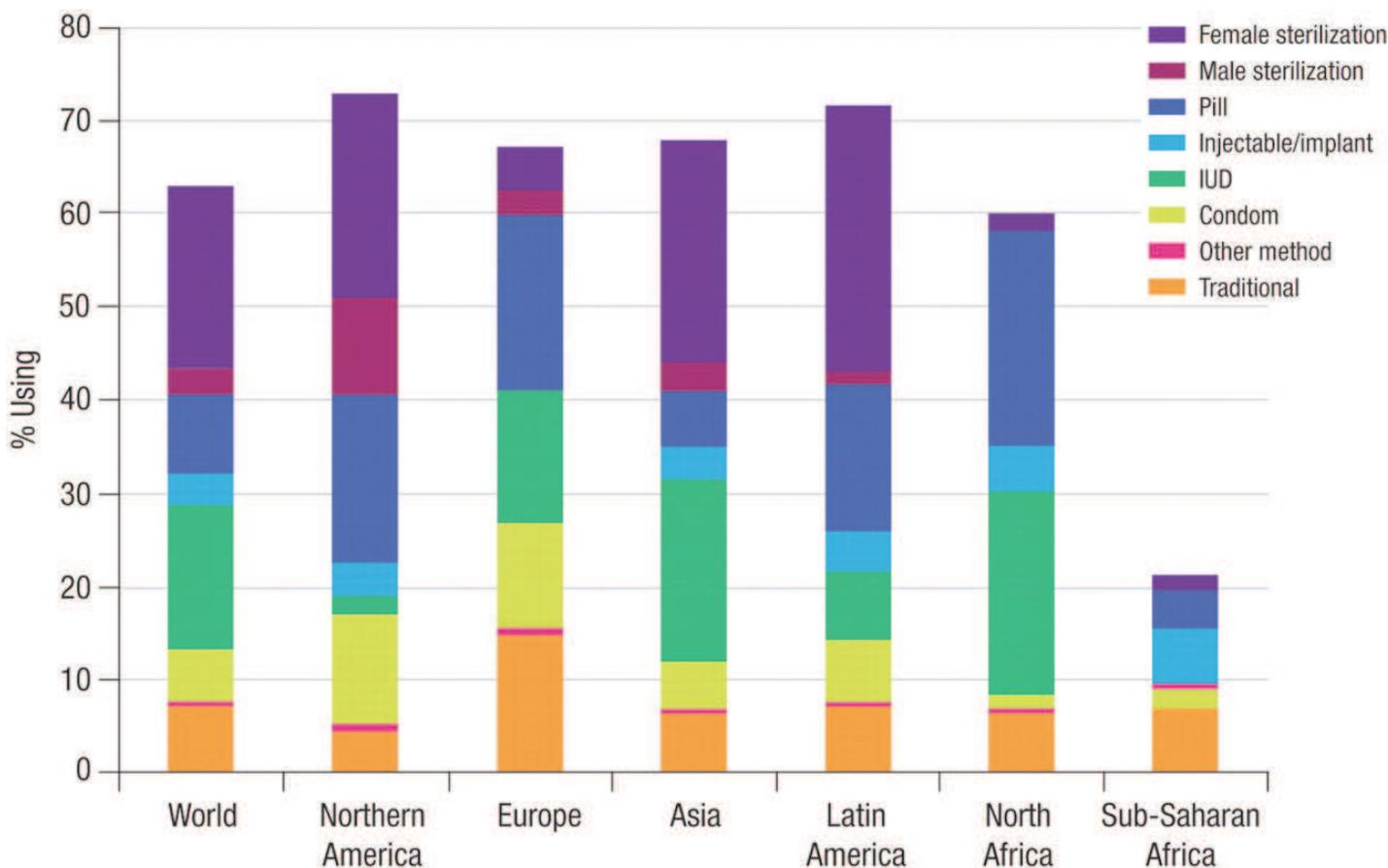


FIGURE 2 : ESTIMATED METHOD-SPECIFIC CONTRACEPTIVE PREVALENCE BY MAJOR GLOBAL REGION (CLELAND, 2009). REPRINTED FROM CLELAND (2009). COPYRIGHT (2009), WITH PERMISSION FROM ELSEVIER.

Les différents modes de contraception médicalisés ont fait la preuve de leur efficacité biologique. Ainsi, plus de 99 % des femmes utilisant parfaitement ces méthodes ne connaissent pas de grossesse non désirée durant la première année de leur utilisation. Toutefois, comme le rappellent les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2013 (11), l'efficacité biologique de ses méthodes n'est pas le seul élément à prendre en compte pour assurer une protection suffisante. En effet, lors de la prescription d'un contraceptif et lors de l'échange précédant cette prescription, le professionnel doit également composer avec des éléments médicaux et psychosociaux. Ces facteurs peuvent impacter l'adhésion des patientes à la contraception proposée et rendre difficile l'observance ou la bonne utilisation de la méthode. Ainsi, en situation courante l'efficacité de la contraception orale passe de 99,9 % à 92 % (Tableau 2).

Niveau d'efficacité	Méthode	% grossesses en pratique courante sur 12 mois	% grossesses en utilisation optimale sur 12 mois
Toujours très efficace	Implants	0,1	0,1
Toujours très efficace	Vasectomie	0,2	0,1
Toujours très efficace	Stérilisation féminine	0,5	0,5
Toujours très efficace	Progestatifs injectables	0,3	0,3
Toujours très efficace	DIU (stérilet)	0,8	0,6
Très efficace en utilisation optimale, efficace en emploi courant	Pilule oestroprogestative ¹⁴	6 à 8	0,1
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Préservatif masculin	14	3
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Préservatif féminin	21	5
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Retrait	19	4
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Méthodes naturelles	20	1 à 9

Source : OMS

TABLEAU 2 : EFFICACITE PRATIQUE DE DIFFERENTES METHODES DE CONTRACEPTION SELON L'OMS

Il est donc important que la prescription d'une méthode de contraception prenne en compte les conditions de vie de la femme, et que la femme participe activement au choix de sa contraception.

Les éléments de dialogue et d'aide au choix de la méthode contraceptive la plus adaptée, rappelés dans les recommandations de l'ANAES de 2004 (actuellement HAS) (12), doivent donc faire partie intégrante de la consultation de contraception.

Par ailleurs, une meilleure connaissance de la diversité des moyens contraceptifs par la patiente serait en faveur d'un choix plus éclairé.

2. Focus sur l'implant

Le seul implant contraceptif commercialisé actuellement en France est le Nexplanon® (étonogestrel 68 mg).



FIGURE 3 : PHOTOGRAPHIE DU DISPOSITIF NEXPLANON® : BATONNET



FIGURE 4 : PHOTOGRAPHIE DU DISPOSITIF NEXPLANON® : APPLICATEUR

a) présentation

NEXPLANON® est un implant contraceptif préchargé dans d'aiguille d'un applicateur stérile à usage unique. L'implant est un bâtonnet blanc flexible de 4 cm de long et 2 mm de diamètre, qui contient 68 milligrammes d'une hormone de synthèse : l'étonogestrel.

L'appliqueur permet au professionnel de santé d'insérer l'implant pour un usage sous-cutané au niveau de la face interne du bras non dominant (Annexe 1). Celui-ci sera retiré au bout de trois ans par un professionnel de santé expérimenté, ou au bout de 2 ans si la patiente présente un surpoids (cf. partie b ci après) (Annexe 2).

L'étonogestrel est une hormone féminine synthétique proche de la progestérone.

Une petite quantité d'étonogestrel est libérée en continu dans la circulation sanguine. Le bâtonnet lui-même est composé d'une matière plastique non biodégradable. Il contient également une petite quantité de sulfate de baryum qui le rend radio-opaque.

b) mécanisme, délai et durée d'action

L'effet contraceptif de l'étonogestrel est principalement dû à une inhibition de l'ovulation. Cette hormone de synthèse entraîne aussi des modifications de la glaire cervicale, qui devient non favorable au passage des spermatozoïdes.

Après l'insertion de l'implant, l'étonogestrel est rapidement absorbé dans la circulation. Les concentrations sériques permettant l'inhibition de l'ovulation sont atteintes en un jour, les concentrations sériques maximales sont atteintes en un à treize jours.

Le taux de libération de l'étonogestrel diminue avec le temps : il est approximativement de 60-70 µg/jour pendant cinq à six semaines puis diminue pour atteindre approximativement 35-45 µg/jour à la fin de la première année, environ 30-40 µg/jour à la fin de la deuxième année et environ 25-30 µg/jour à la fin de la troisième année.

Il doit donc être retiré au bout de trois ans (Annexe 2) ou moins pour les femmes en surpoids (pour ces dernières, il est recommandé de le retirer après une période de deux ans).

En effet, l'effet contraceptif de NEXPLANON® est lié aux concentrations plasmatiques d'étonogestrel, qui sont inversement proportionnelles au poids corporel, et qui diminuent avec le temps après l'insertion. L'expérience clinique chez les femmes en surpoids au cours de la troisième année d'utilisation est limitée. Il ne peut donc être exclu que l'effet contraceptif, chez ces femmes au cours de la troisième année d'utilisation, puisse être inférieur à celui observé chez les femmes de poids « normal », ayant un IMC (Indice de Masse Corporel) compris entre 18,5 et 25. Les professionnels de santé habilités à prescrire Nexplanon doivent donc envisager de remplacer plus tôt l'implant chez les femmes en surpoids.

c) moment de l'insertion

Au moment de l'insertion de l'implant, il faut s'assurer qu'aucune grossesse n'est en cours. Plusieurs situations peuvent être rencontrées, nous avons choisi de présenter les plus fréquentes sous forme de tableau. (Tableau 3)

ABSENCE DE CONTRACEPTION HORMONALE PREALABLE	Entre le 1 ^{er} et le 5 ^{ème} jour du cycle menstruel		
EN RELAIS D'UNE CONTRACEPTION HORMONALE	OESTROPROGESTATIVE	PILULE	Dans les 24heures Suivant la prise du dernier comprimé actif
		ANNEAU VAGINAL	Le jour même du retrait de l'anneau
		PATCH TRANSDERMIQUE	Le jour même du retrait du patch
	MICROPROGESTATIVE	PILULE	Dans les 24heures Suivant la prise du dernier comprimé
		IMPLANT/DIU	Retrait et remplacement par l'implant dans le même temps
		INJECTABLE	Le jour prévu d'une nouvelle injection
APRES UNE IVG OU UNE FAUSSE COUCHE PRECOCE	Entre le 1 ^{er} et le 5 ^{ème} jour suivant l'ivg ou la fausse couche		
APRES L'ACCOUCHEMENT	FEMMES ALLAITANT	4 semaines après l'accouchement + CNH* pendant 7 jours suivant l'insertion	
	FEMMES N'ALLAITANT PAS	Entre le 21 ^{ème} et le 28 ^{ème} jour suivant l'accouchement	

TABLEAU 3 : CHOIX DU MOMENT DE L'INSERTION DE L'IMPLANT CONTRACEPTIF

*CNH = Contraception non hormonale

Si les moments recommandés ne sont pas respectés, l'insertion de l'implant est possible mais elle impose une contraception supplémentaire non hormonale (préservatif recommandé) pendant sept jours suivant l'insertion.

A noter : le DIU au cuivre suit les mêmes recommandations que le DIU hormonal.

d) contre-indications

Les contre-indications à la prescription de l'implant sont peu nombreuses, nous les avons recueillies d'après la version 2015 de la banque de données des médicaments Vidal.

- Accident thromboembolique veineux évolutif.
- Tumeurs malignes, connues ou suspectées, sensibles aux stéroïdes sexuels.
- Présence ou antécédent de tumeurs du foie (bénignes ou malignes).
- Présence ou antécédent d'affection hépatique sévère tant que les paramètres de la fonction hépatique ne se sont pas normalisés.
- Hémorragies génitales non diagnostiquées.
- Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients.

e) effets indésirables

Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés sont représentés notamment par les saignements imprévisibles, l'acné, et la prise de poids. En effet, pendant l'utilisation de l'implant, il est probable que les femmes observent des changements de leur profil de saignement vaginal qui seront imprédictibles. Ceux-ci peuvent être caractérisés par l'apparition de saignements vaginaux irréguliers (absents, moins fréquents, plus fréquents ou continus) et par des changements de l'intensité des saignements (réduits ou augmentés) ou de leur durée. Lors des essais cliniques, les changements du profil de saignement ont été la raison la plus fréquente d'arrêt du traitement. (14)(15)

Les effets indésirables rapportés au cours des essais cliniques et possiblement liés à l'utilisation de NEXPLANON ont été listés dans le tableau 4.

(Source : VIDAL® 2015)

Classe de systèmes d'organes	Réactions indésirables		
	Très fréquent (≥1/10)	Fréquent (≥1/100 à <1/10)	Peu fréquent (≥1/1000 à <1/100)
Infections et infestations	Infection vaginale		Pharyngite, rhinite, infection des voies urinaires
Affections du système immunitaire			Hypersensibilité
Affections du métabolisme et de la nutrition		Augmentation de l'appétit	
Affections psychiatriques		Instabilité émotionnelle, humeur dépressive, nervosité, diminution de la libido	Anxiété, insomnie
Affections du système nerveux	Céphalées	Etourdissements	Migraine, somnolence
Affections vasculaires		Bouffées de chaleur	
Affections gastro-intestinales		Douleur abdominale, nausée, flatulences	Vomissements, constipation, diarrhée
Affections de la peau et du tissu sous-cutané	Acné	Alopécie	Hypertrichose, rash, prurit
Affections musculo-squelettiques et systémiques			Dorsalgies, arthralgies, myalgies, douleurs musculo-squelettiques
Affections du rein et des voies urinaires			Dysurie
Affections des organes de reproduction et du sein	Tensions mammaires, mastodynie, règles irrégulières	Dysménorrhée, kyste ovarien	Pertes vaginales, gêne vulvo-vaginale, galactorrhée, augmentation du volume des seins, prurit génital
Troubles généraux et anomalies au site d'administration		Douleur au site d'insertion, réaction au site d'insertion, fatigue, symptômes pseudo-grippaux, douleur	Pyrexie, œdème
Investigations	Prise de poids	Perte de poids	

TABLEAU 4 : EFFETS INDESIRABLES POSSIBLEMENT LIES A L'UTILISATION DE NEXPLANON®

f) efficacité

Comme nous l'avons souligné précédemment, l'implant est une méthode contraceptive qui a une très bonne efficacité avec un indice de Pearl calculé à 0,1%. Il se place en tête devant les autres moyens de contraception disponibles, du fait de son observance optimale (efficacité optimale et efficacité en pratique courante identiques).

g) coût et tarification

L'implant sous-cutané NEXPLANON® est remboursé à 65% par la Sécurité Sociale et coûte 104,58 €.

La classification commune des actes médicaux (CCAM) est une nomenclature française destinée à coder les gestes pratiqués par les médecins et à établir les honoraires des actes réalisés lors des consultations.

L'acte : *Pose d'implant pharmacologique sous-cutané* sous le code QZLA004 est au tarif de 17,99€.

L'acte : *Ablation ou changement d'implant pharmacologique sous-cutané* sous le code QZGA002 est au tarif de 41,80€.

L'analyse du dossier d'autorisation de mise sur le marché ne fait pas référence pour ce type de contraception hormonale au statut tabagique des femmes. Cet implant apparaît à ce jour comme le plus efficace (indice de Pearl = 0 à 3 ans d'utilisation), pour la prévention des grossesses. (16)

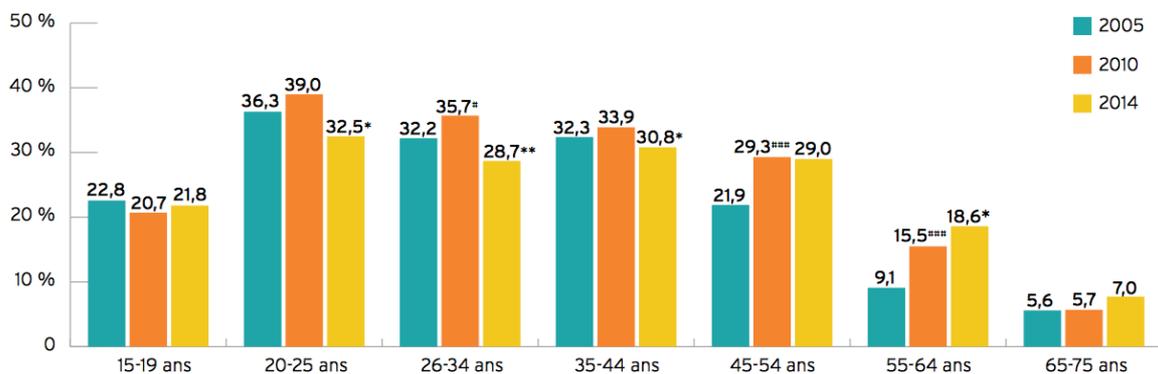
Il représente donc l'un des modes de contraception médicale les plus pertinents chez les fumeuses, sans augmenter chez celles-ci leurs risques cardiovasculaires ou thromboemboliques.

Ces derniers restent liés au degré et à la durée du tabagisme. Le passage à ce type de contraception ne doit donc pas dispenser de conseiller et de prendre en charge le sevrage tabagique.

3. Cas particulier des femmes fumeuses

Depuis le début des années 1990, l'INPES mène, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une série d'enquêtes appelées « Baromètres santé », qui abordent les différents comportements et attitudes de santé des Français. Celui de 2010 avait montré une hausse de la prévalence tabagique par rapport à 2005, notamment chez les femmes. Celui de 2014 montre une tendance à la diminution de la prévalence tabagique chez les femmes entre 15 et 45 ans notamment. (8)

Les chiffres restent élevés puisqu'en 2014, on remarque que la tranche d'âge de femmes pour lesquelles la prévalence tabagique est la plus forte est celle des 20-25ans : presque une femme sur trois, suivie des 35-44ans (30,8%), puis des 26-34ans (28,7%) et enfin des 15-19ans représentant malgré tout plus d'une femme fumeuse sur cinq. (Figure 5)



Source : Baromètres santé 2005, 2010 et 2014, Inpes.

Note : Les * indiquent une évolution significative entre 2010 et 2014 (* : p<0,05 ; ** : p<0,01). Les # indiquent une évolution significative entre 2005 et 2010 (# : p<0,05 ; *** : p<0,001).

FIGURE 5 : ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE DU TABAGISME RÉGULIER CHEZ LES FEMMES ENTRE 2005 ET 2014, PAR TRANCHE D'ÂGE (15-75 ANS)

Le tabagisme, présenté comme une contre-indication relative à la prescription de la pilule oestro-progestative avant l'âge de 35ans et contre-indication absolue au delà de 35ans, continue à être mentionné dans le Vidal® 2015 pour les pilules oestroprogestatives des quatre générations commercialisées.

Le risque cardiaque de l'association tabac-pilule est âge-dépendant. Il est d'autant plus grand que la patiente est âgée, pouvant devenir jusqu'à 100 fois plus élevé après 35 ans.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié le risque d'infarctus selon l'âge, le statut tabagique et l'utilisation de pilule. (17) (tableau 5)

Risque d'infarctus	Âge	Tabac	EPS
4/100 000	< 35 ans	Non	Non
4/100 000	< 35 ans	Non	Oui
8/100 000	< 35 ans	Oui	Non
43/100 000	< 35 ans	Oui	Oui
10/100 000	> 35 ans	Non	Non
40/100 000	> 35 ans	Non	Oui
88/100 000	> 35 ans	Oui	Non
485/100 000	> 35 ans	Oui	Oui

TABLEAU 5 : RISQUE D'INFARCTUS (POUR 100 000 FEMMES PAR ANNEE) SELON L'AGE, LE TABAGISME ET LA PRISE D'ŒSTROPROGESTATIFS DE SYNTHÈSE (EPS) (D'APRÈS WHO)

On remarque que c'est le tabagisme qui représente le facteur de risque multiplicatif le plus grand : les femmes fumeuses utilisatrices d'œstroprogestatifs de synthèse (EPS) voient leur risque d'infarctus multiplié par dix avant 35 ans et par 12 après 35 ans. Les femmes non fumeuses utilisatrices d'EPS ont un risque toujours plus faible que les femmes fumeuses qui arrêtent la pilule.

De plus, le tabagisme qui est déjà le premier facteur de risque d'infarctus dans la population générale, est aussi le premier facteur de risque de décès par infarctus chez les utilisatrices de pilule.

[4. Les échecs de la contraception : contraception d'urgence et Interruption Volontaire de Grossesse](#)

[a\) Le recours à la contraception d'urgence](#)

Des études de prévalence sur l'usage de la contraception d'urgence, réalisées dans différents pays, ont montré que 10 à 20 % des femmes auraient déjà utilisé cette « pilule du lendemain » au cours de leur vie. En France, 8 à 10 % des femmes de 15-44 ans sexuellement actives ont déclaré en 1999 avoir déjà utilisé une contraception d'urgence au cours de leur vie, elles étaient 13 % en 2005. (18)

D'après une étude de l'Observatoire Régional de la Santé en Haute-Normandie (ORSHN) (19) dressant un état des lieux des connaissances, attitudes et représentations des adolescentes sur la contraception en Haute-Normandie, on peut s'apercevoir que le recours à la contraception d'urgence concerne 38,4% des jeunes filles qui ont déjà eu un rapport sexuel. Parmi elles, 56% déclarent y avoir eu recours une seule fois, pour les autres le recours a été répété deux fois ou plus. (Tableau 6)

Avez-vous déjà eu recours à la contraception d'urgence ?	% en Haute-Normandie
Jamais	61,2 %
Une fois	21,4 %
Deux fois	11,0 %
Trois fois et plus	6,1 %
Non renseigné	0,4 %
Total	100,0 %

TABLEAU 6 : RECOURS À LA CONTRACEPTION D'URGENCE PARMIS LES JEUNES FILLES AYANT DÉJÀ EU UN RAPPORT SEXUEL EN HAUTE-NORMANDIE (N=767)

83,5% des jeunes filles ayant eu recours à la contraception d'urgence déclaraient utiliser au moins une contraception (pilule et/ou préservatif). (Tableau 7)

Si recours à la contraception d'urgence, utilisiez-vous ?	% en Haute-Normandie
La pilule	34,8 %
Le préservatif	33,3 %
La pilule + le préservatif	14,1 %
Aucun moyen de contraception	13,4 %
Autre	1,5 %
Non renseigné	3,0 %
Total	100,0 %

TABLEAU 7 : UTILISATION D'UNE CONTRACEPTION POUR LES JEUNES FILLES AYANT EU RECOURS À LA CONTRACEPTION D'URGENCE EN HAUTE-NORMANDIE (N=285)

L'analyse des causes du recours à la contraception d'urgence fait apparaître des taux d'échecs non négligeables de la contraception.

En 2005, une majorité de femmes a déclaré avoir eu recours à la contraception d'urgence suite à une erreur d'utilisation de la contraception régulière.

Les trois premières causes d'utilisation de la contraception d'urgence sont les mêmes quelque soit l'âge des femmes : l'oubli de pilule, le problème avec le préservatif et un rapport sans contraception. Elles représentent entre 70 et 91% des causes d'utilisation de la pilule du lendemain avec des variations selon les classes d'âge.

Un problème d'utilisation du préservatif était plus souvent évoqué par les femmes de 15-19 ans, l'oubli de pilule par les femmes de 20-24 ans, et le rapport sans contraception par les femmes de 35-54ans.

(Tableau 8)

	15-19 ans n=75	20-24 ans n=58	25-34 ans n=84	35-54 ans n=47	15-54 ans N=264
Oubli de pilule	28,9	42,3	29,0	12,8	30,1
Problème avec le préservatif	40,0	22,4	29,4	27,7	30,7
Rapport sans contraception	22,3	18,0	23,5	29,8	22,7
Erreur dans les dates	3,3	9,9	4,5	14,9	6,3
Retrait du partenaire trop tard	2,2	6,9	10,3	8,5	6,7
Autre raisons ou raisons inconnues	3,4	0,7	3,2	6,4	3,5

Source : Baromètre Santé 2005.

TABLEAU 8 : CIRCONSTANCES DU DERNIER RECOURS À LA CONTRACEPTION D'URGENCE AU COURS DES 12 MOIS PRECEDANT L'ENQUETE EN 2005

b) Le recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse

Malgré la multiplication de l'offre contraceptive, la médiatisation des moyens de contraception et les efforts des services de santé, le nombre des interruptions volontaires de grossesses (IVG) reste stable avec des fluctuations à la hausse ou à la baisse depuis une dizaine d'années. En 2012, plus de 219 000 IVG ont été réalisées en France, soit un taux de recours à l'IVG moyen de 14,5 pour 1000 femmes.

Le groupe d'âge le plus concerné par les IVG est celui des 20–24ans avec 27 IVG pour 1000 femmes. (20)

Après une augmentation chez les mineures (13 230 en 2006 contre 10 722 en 2002), le nombre des IVG dans cette tranche d'âge se stabilise avec 12 000 IVG chez les moins de 18ans en 2010. (Figure 6)

Malgré cette stabilisation, la France reste un pays où le nombre d'IVG est élevé d'où l'importance des campagnes de prévention comme la campagne « choisir sa contraception »(21) et des enquêtes de santé publique.(22)

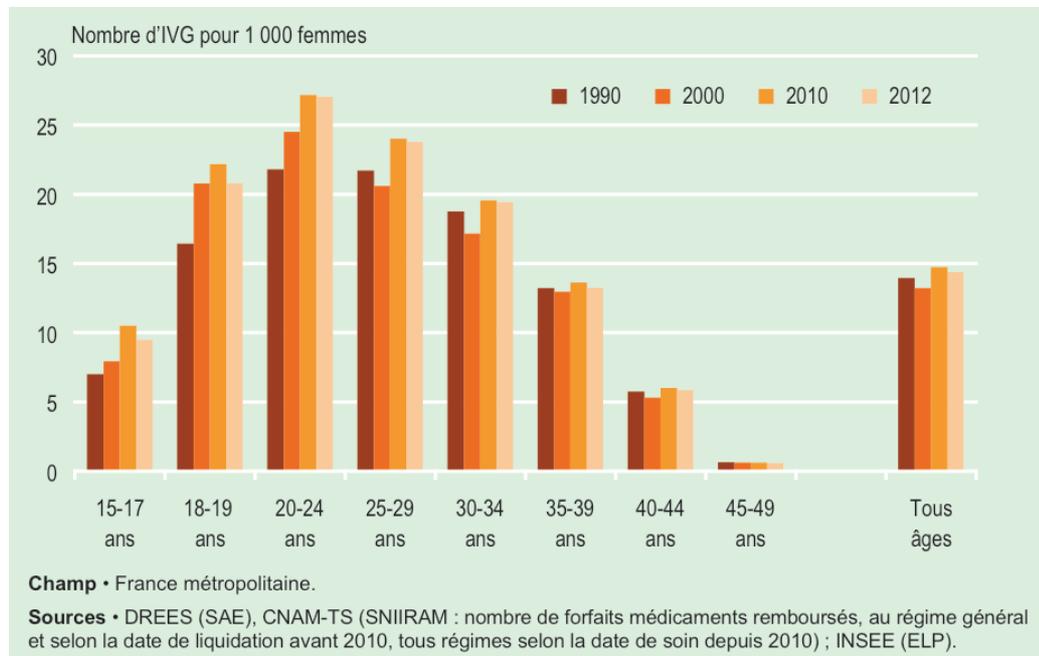


FIGURE 6 : ÉVOLUTION DU TAUX DE RECOURS A L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE SELON L'ÂGE

Les données de l'enquête COCON (23), permettent d'éclairer le paradoxe contraceptif français c'est à dire la relative stabilité du recours à l'IVG dans un contexte de diffusion massive des méthodes médicalisées de contraception, dont l'efficacité est très élevée. On a ainsi montré que les échecs de contraception restent fréquents : aujourd'hui encore une grossesse sur trois est qualifiée de « non prévue » (contre près d'une sur deux en 1975), qui donnera lieu, dans 60% des cas, à une Interruption Volontaire de Grossesse (24). Deux grossesses non prévues sur trois surviennent chez des femmes qui déclarent utiliser une contraception au moment de la survenue de ladite grossesse. Cette couverture contraceptive reposait dans près de la moitié des cas sur une méthode de contraception médicalisée présentant une efficacité théorique très élevée (pilule ou DIU) , l'autre moitié utilisait une méthode de contraception non médicalisée. (tableau 9)

Situation contraceptive	Ensemble des grossesses non prévues	Grossesses non prévues ayant donné lieu à une IVG
Pas de contraception	34,5	28,1
Pilule	20,9	23,1
Stérilet	8,7	7,0
Préservatif	11,8	19,3
Méthode naturelle	21,8	19,1
Autre méthode	2,0	3,4
Total	100 %	100%

TABLEAU 9 : SITUATION CONTRACEPTIVE LORS DE LA SURVENUE D'UNE GROSSESSE NON PRÉVUE (SOURCE : ENQUETE COCON)

(23)

De ce constat, nous pouvons envisager l'implant contraceptif comme une alternative judicieuse pour éviter la survenue de grossesses non désirées dans le but de participer à la baisse du nombre d'Interruptions Volontaires de Grossesse.

Il nous a donc paru intéressant, devant la prise en charge croissante de la contraception par les médecins généralistes, de nous interroger sur leurs pratiques concernant cette méthode de contraception.

ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES LIBÉRAUX CONCERNANT L'IMPLANT CONTRACEPTIF : enquête en Haute-Normandie

A – INTRODUCTION

L'implant contraceptif en France est encore une contraception de second choix d'après les recommandations officielles, pourtant, c'est la méthode de contraception la plus efficace (théoriquement et en pratique), et elle semble être un choix plus qu'opportun pour une population pour laquelle l'observance d'une contraception orale quotidienne est pénible et lourde de conséquences.

C'est pourquoi nous nous sommes intéressés à la place qu'il tenait au sein des consultations de contraception des médecins généralistes en Haute-Normandie.

L'objectif principal de notre étude a été d'évaluer les pratiques des médecins généralistes Hauts-normands vis à vis de l'implant contraceptif.

L'objectif secondaire était de déterminer les facteurs associés à la prescription ou non de l'implant contraceptif.

A ce titre, nous avons réalisé, à partir d'un questionnaire anonyme, une étude épidémiologique descriptive transversale sur un mode déclaratif auprès d'un échantillon de médecins généralistes de notre région.

B – MÉTHODE

1. Constitution de l'échantillon

Une liste d'adresses mails de médecins généralistes libéraux, exerçant en Haute-Normandie, a d'abord été obtenue. Cette liste a été élaborée grâce à la sollicitation de plusieurs médecins généralistes qui ont accepté de donner l'adresse mail de leurs confrères.

Les critères d'inclusion des médecins généralistes étaient les suivants :

- médecins en exercice en Haute-Normandie pendant la période de l'enquête
- une adresse mail valide

Au total, 380 adresses mails valides de médecins généralistes haut-normands ont été obtenues.

Afin d'obtenir un maximum de réponses, nous n'avons pas souhaité réaliser un tirage au sort au préalable pour la constitution de notre échantillon.

2. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire soumis aux médecins généralistes (annexe 3) présentait trois grandes parties :

- Une première partie « qui êtes-vous » permettant de déterminer les caractéristiques démographiques des médecins interrogés.
- Une deuxième partie s'intéressant plus particulièrement à leurs habitudes de prescription dans le domaine de la contraception.
- Une troisième partie propre à l'implant avec des questions portant sur leurs connaissances, leurs pratiques des gestes techniques, et leur perception personnelle (motivations/freins).

Ce questionnaire ne comprenait quasiment que des questions à réponse fermée permettant un temps de réponse rapide pour le praticien.

Un espace d'expression libre était prévu en fin de questionnaire afin de laisser au médecin la possibilité d'émettre un commentaire complémentaire à ses réponses.

L'objectif était d'obtenir un temps de remplissage du questionnaire n'excédant pas plus de cinq minutes.

Pour simplifier le recueil des réponses, seule une version mail a été réalisée pour ce questionnaire. Celle-ci a été élaborée grâce au programme de Google Drive « créer un questionnaire en ligne ».

Un court mot d'introduction permettant de me présenter et de présenter cette étude de pratique a été envoyé avec le questionnaire.

Enfin, ce questionnaire a été testé au préalable auprès d'une dizaine de médecins généralistes volontaires afin d'évaluer la durée de remplissage et le ressenti par rapport à la formulation des questions. Ceci a permis d'apporter les ajustements nécessaires avant l'envoi définitif du questionnaire aux médecins de notre échantillon.

3. Durée de l'enquête

Le questionnaire a été envoyé aux 380 médecins généralistes de la liste le 20 mai 2014.

Un mail de relance a été envoyé le 28 mai 2014. Le recueil des données a été réalisé entre le 20 mai 2014 et 1er septembre 2014.

Cette date a été choisie devant l'absence de réponse pendant trente jours consécutifs.

4. Analyse statistique des données

Concernant l'analyse descriptive des variables nous avons utilisé le logiciel R.

La significativité des associations entre variables catégorielles ont été testées par le test de Fisher exact qui est une version du test du Chi 2 qui ne requiert pas de conditions de validité particulière et qui donne la valeur du « petit p » exacte.

On estime que les différences sont significatives lorsque le p est inférieur à 0,05.

Les variables ayant une association significative avec l'utilisation de l'implant ont été incluses dans un modèle de régression logistique afin de quantifier, à l'aide d'odds ratios (OR), l'effet propre de chacune après ajustement sur les autres variables du modèle.

La significativité des associations entre variables quantitatives et qualitatives a été testée par le test de Student.

C - RÉSULTATS

1. Taux de réponses et nombre de médecins inclus

Parmi les 380 médecins généralistes de la mailing liste obtenue, nous avons obtenu 152 réponses soit un taux de réponse total de 40 %.

Toutes les réponses reçues ont pu être exploitées.

2. Caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes de notre échantillon

Notre échantillon comptait un total de 152 médecins généralistes.

Parmi eux 87 hommes et 65 femmes représentant respectivement 57% et 43% des médecins de l'étude.

La moyenne de la durée d'exercice de notre échantillon est de 19,6 ans.

La majorité des médecins interrogés travaillent dans un cabinet de groupe (80%).

Parmi eux, 11 possèdent un diplôme universitaire en Gynécologie Médicale (7%) : 8 femmes et 3 hommes.

20% des médecins interrogés ont une activité relative à la contraception qu'on peut qualifier de forte (plus de 30 consultations relatives à la contraception par mois) ; 66% ont une activité moyenne (entre 10 et 30 consultations par mois), et les 14% restants ont une activité faible (moins de 10 consultations relatives à la contraception par mois)

Il apparaît qu'environ un médecin interrogé sur deux n'a pas reçu de formation pratique à la pose ou au retrait de l'implant contraceptif.

Ces résultats sont présentés dans le tableau suivant. (Tableau 10)

Caractéristiques	N total = 152
Sexe	
homme	87 (57%)
femme	65 (43%)
sex-ratio homme/femme	1,34
Lieu d'exercice	
rural	40 (26%)
semi-rural	62 (41%)
urbain	50 (33%)
Mode d'exercice	
seul	30 (20%)
cabinet de groupe	122 (80%)
Durée d'exercice moyenne en années	19,6
+/- écart-type	+/- 11,25
(médiane ; min-max)	(19,6 ; 0,8-48,5)
Formation médicale diplômante en gynécologie	
absence	141 (93%)
présence	11 (7%)
Nombre de consultations mensuelles relatives à la contraception	
moins de 10 (faible)	21 (14%)
entre 10 et 30 (moyen)	100 (66%)
plus de 30 (fréquent)	30 (20%)
Formation pratique à la pose et au retrait de l'implant	
absence	74 (49%)
présence	78 (51%)

TABLEAU 10 : CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES MEDECINS DE NOTRE ECHANTILLON

3. L'activité de gynécologie en général

a) Nombre de consultations mensuelles relatives à la contraception

Nous avons étudié le nombre de consultations mensuelles relatives à la contraception en fonction du sexe et du milieu d'exercice de chaque médecin.

La majorité des médecins a un nombre de consultations relatives à la contraception compris entre 10 et 30 par mois (n=100 ; 66%).

Il apparaît une différence significative entre les hommes et les femmes (p= 0,003).

31% des femmes de l'échantillon déclarent avoir plus de 30 consultations mensuelles relatives à la contraception contre 11% des hommes de l'échantillon.

A contrario, presque 20% des hommes déclarent avoir moins de 10 consultations mensuelles relatives à la contraception contre 6% des femmes.(Figure 7)

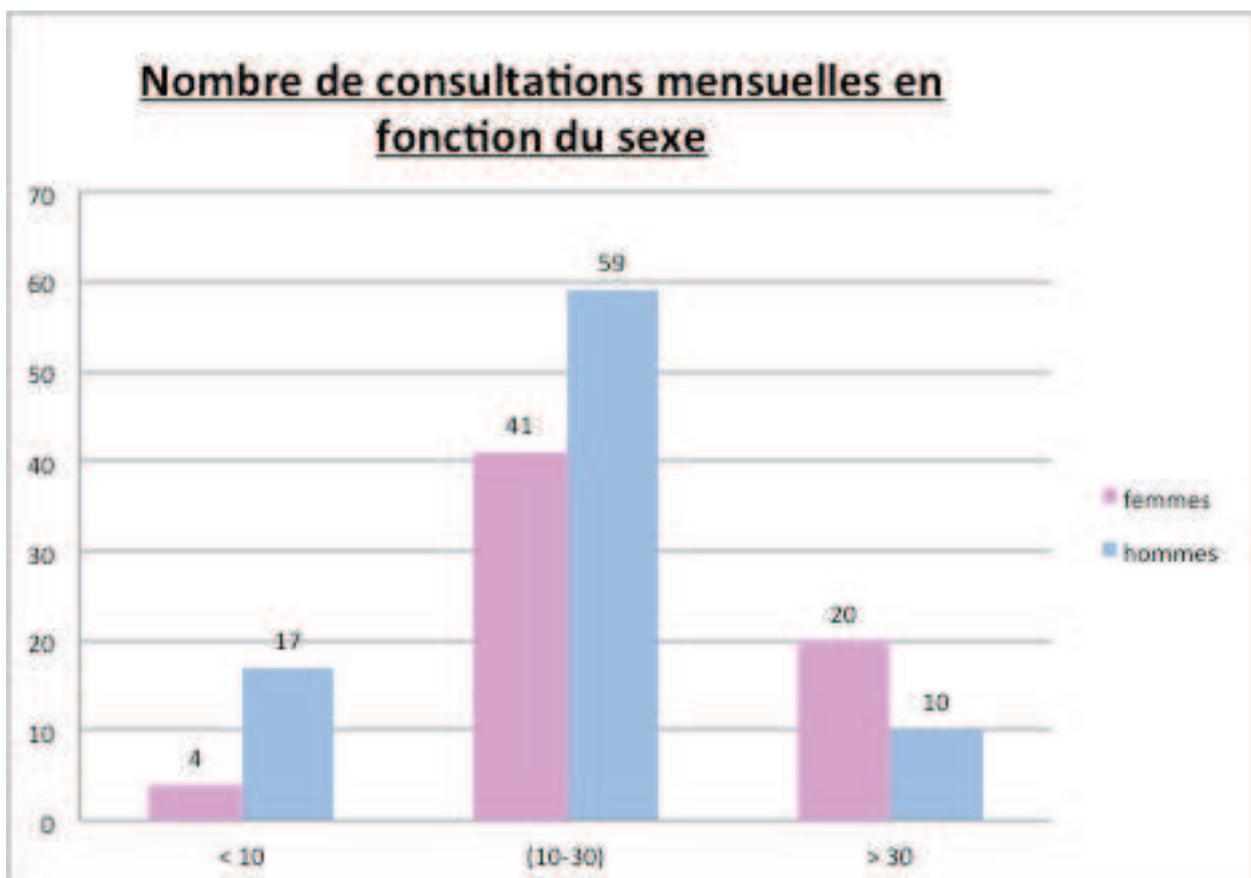


FIGURE 7: REPARTITION DU NOMBRE DE CONSULTATIONS MENSUELLES EN FONCTION DU SEXE

En revanche, on ne retrouve pas de différence significative selon le milieu d'exercice (p=0,217). (Figure 8)

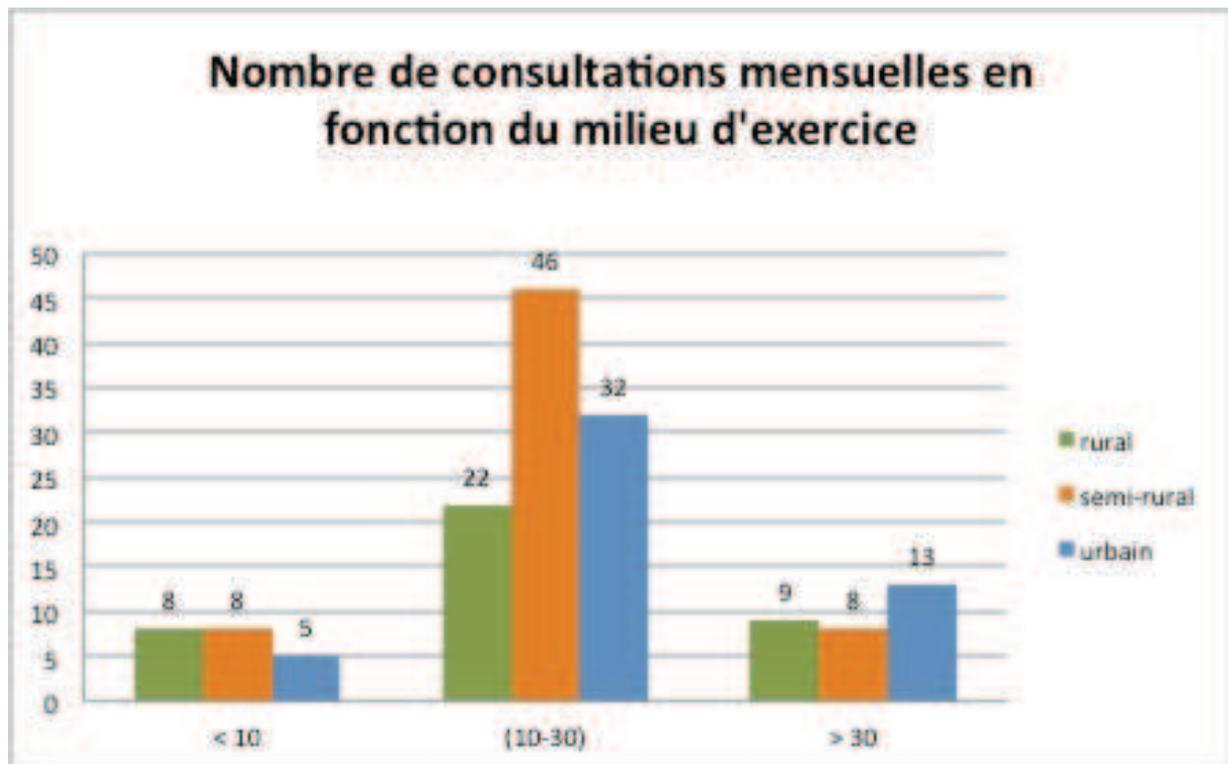


FIGURE 8 REPARTITION DU NOMBRE DE CONSULTATIONS MENSUELLES EN FONCTION DU MILIEU D'EXERCICE

b) Fréquence de prescription des différents moyens de contraception

Les médecins généralistes de notre échantillon semblent suivre le modèle français précédemment évoqué, à savoir : une majorité de prescription de pilules et de dispositifs intra-utérin. (Figure 9)

Toutefois, l'implant arrive juste derrière avec 26 % de prescription très fréquente.

Les nouveaux contraceptifs tels que l'anneau vaginal et le patch transdermique restent largement sous-prescrits comparativement aux autres moyens de contraception précédemment cités avec respectivement 2,6 % de prescription fréquente pour l'anneau et 0,3 % de prescription fréquente pour le patch.

(Tableau 11)

La forme injectable de la contraception progestative est faiblement représentée en terme de prescription, ce qui est compréhensible puisqu'elle n'est à considérer, d'après les recommandations de l'HAS, qu'en cas de difficultés d'observance dans des contextes socioculturels particuliers.(25)

.

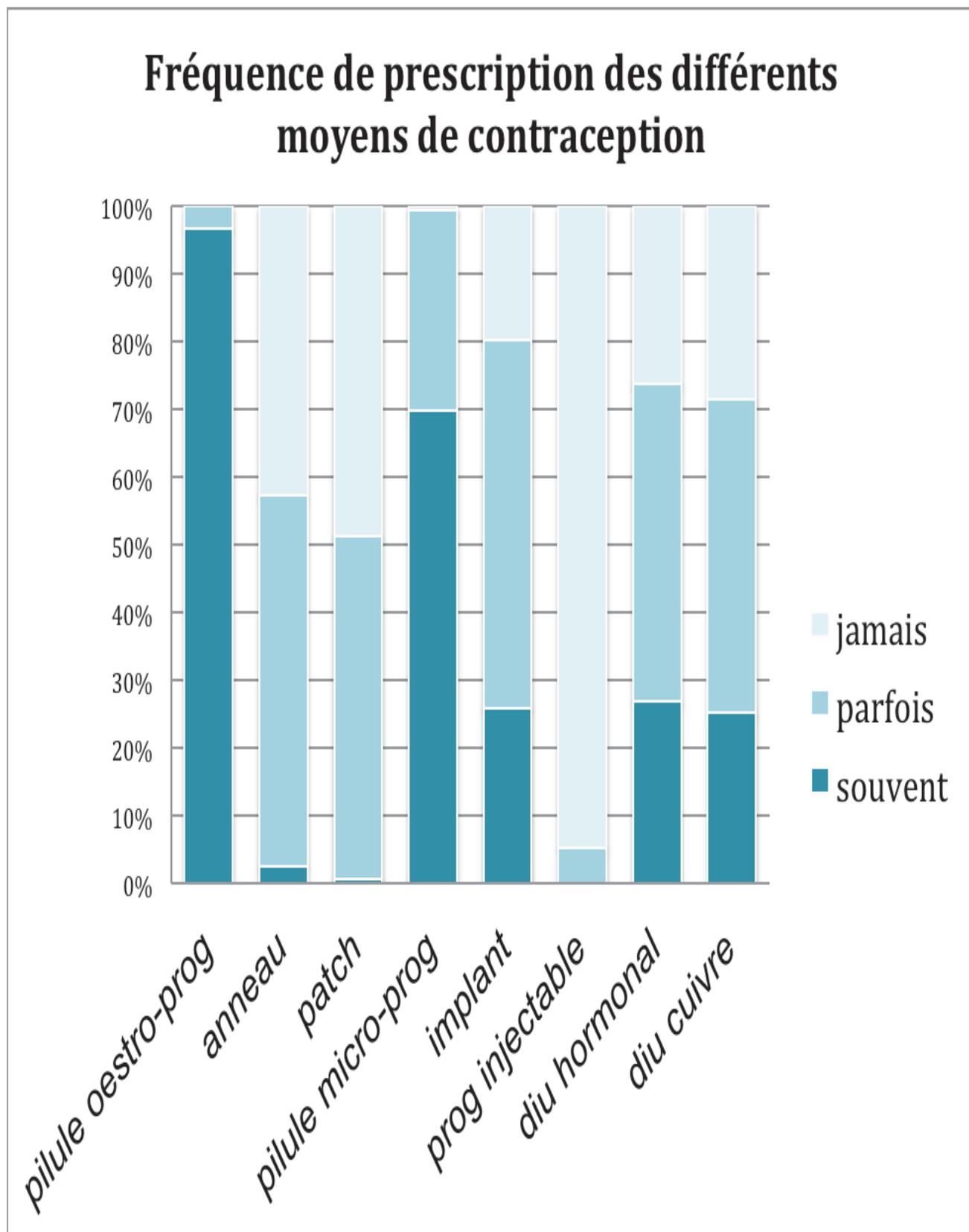


FIGURE 9 : FREQUENCE DE PRESCRIPTION DES DIFFERENTS MOYENS DE CONTRACEPTION

	SOUVENT	PARFOIS	JAMAIS
PILULE OESTRO-PROGESTATIVE	147 (96,7%)	5 (3,3%)	0 (0%)
ANNEAU VAGINAL	4 (2,6%)	83 (54,6%)	65 (42,8%)
PATCH TRANSDERMIQUE	1 (0,3%)	77 (50,7%)	74 (48,7%)
PILULE MICROPROGESTATIVE	106 (69,7%)	45 (29,6%)	1 (0,7%)
IMPLANT SOUS CUTANE	39 (25,8%)	82 (54,3%)	30 (19,9%)
PROGESTATIF INJECTABLE	0 (0%)	8 (5,3%)	144 (94,7%)
DIU HORMONAL	41 (27,0%)	71 (46,7%)	40 (26,3%)
DIU AU CUIVRE	38 (25,2%)	70 (46,4%)	43 (28,5%)

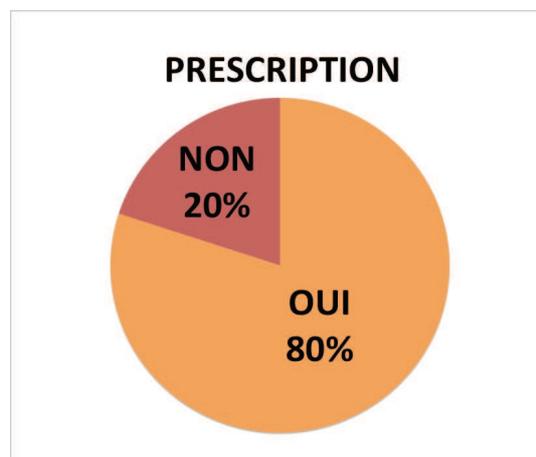
TABLEAU 11 : FREQUENCE DE PRESCRIPTION DES DIFFERENTS MOYENS DE CONTRACEPTION (VALEURS ABSOLUES ET POURCENTAGES)

c) Focus sur l'implant

Dans notre étude, 80% des médecins généralistes (n=121) déclarent prescrire l'implant.

57% (n=86) déclarent le poser et 62% (n=94) déclarent le retirer.

(Figures 10-11-12)





FIGURES 10-11-12 : PROPORTION DES MEDECINS GENERALISTES DE NOTRE ECHANTILLON QUI DECLARENT PRESCRIRE, POSER ET RETIRER L'IMPLANT

4. Connaissances théoriques de l'implant

Une partie de notre questionnaire testait les connaissances des médecins généralistes (cf. annexe 3).

Au total, cinq questions ont été posées et sept bonnes réponses étaient possibles grâce à la possibilité de réponses multiples.

Nous avons choisi d'établir un score allant de 0 à 7 points afin d'évaluer les connaissances sur l'implant des médecins généralistes de notre échantillon.

- 1 bonne réponse = 1 point
- 1 mauvaise réponse = 0 point

L'absence de réponse était considérée comme une mauvaise réponse.

Les résultats sont représentés dans la figure 13 ci-après.

Aucun médecin n'a eu un score égal à 0.

Un médecin n'a eu qu'une bonne réponse.

Quatre médecins ont eu deux bonnes réponses.

La majorité des répondeurs avait un score compris entre 3 et 6 (n= 142 ; 93 %).

Cinq médecins ont su répondre parfaitement aux questions de connaissance avec un score de 7/7.

(Figure 13)

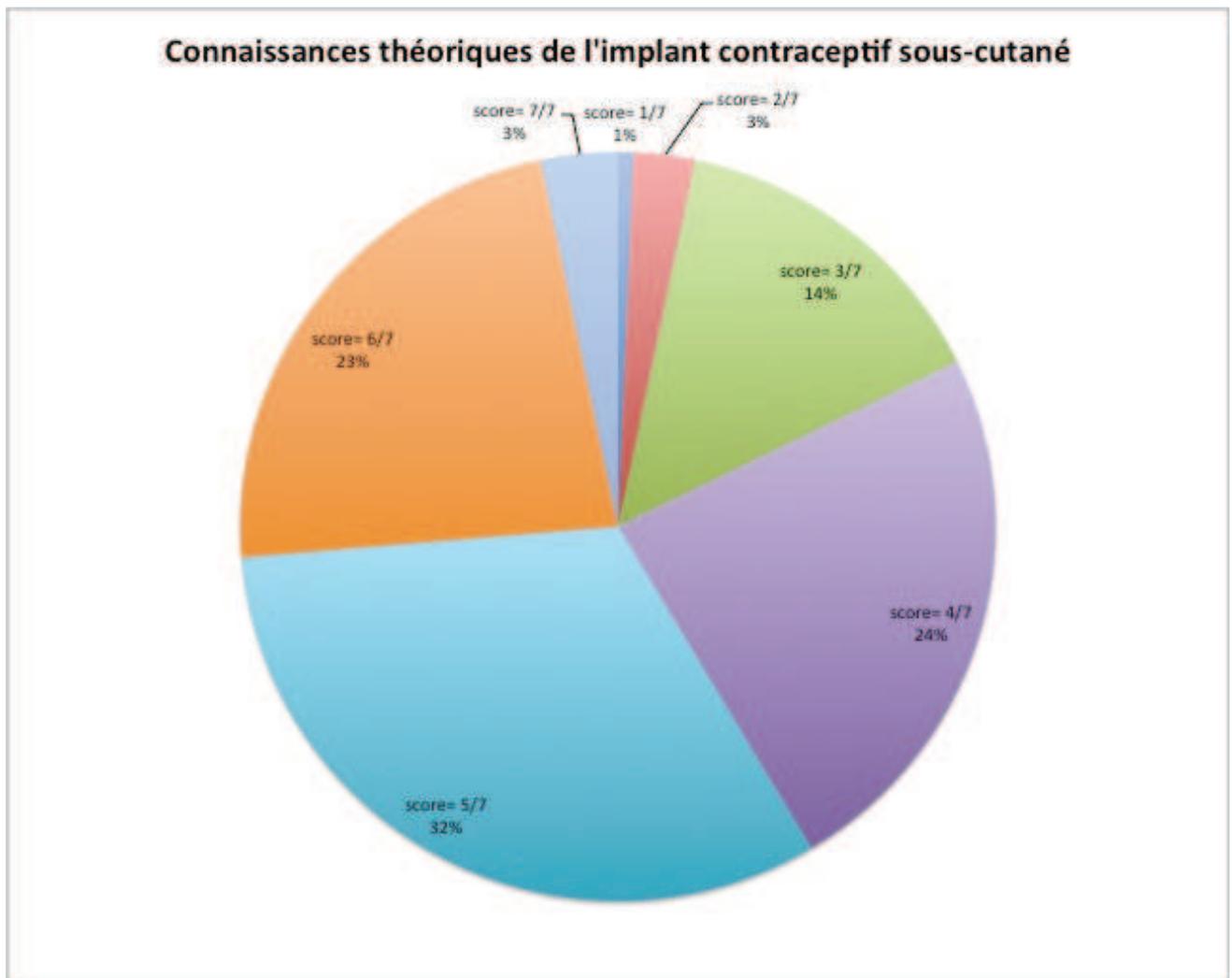


FIGURE 13: CONNAISSANCES THEORIQUES DE L'IMPLANT CONTRACEPTIF SOUS-CUTANE

Nous avons choisi de définir un seuil afin de dégager 2 groupes :

- connaissances jugées incomplètes
- connaissances jugées suffisantes

Pour cela, nous avons choisi un taux arbitraire de bonnes réponses de 70% correspondant à un minimum de cinq bonnes réponses sur sept.

On constate que 59 % des médecins répondants (n= 89) ont de bonnes connaissances de l'implant mais qu'en revanche 41% d'entre eux (n=63) ont des connaissances insuffisantes. (Figure 14)

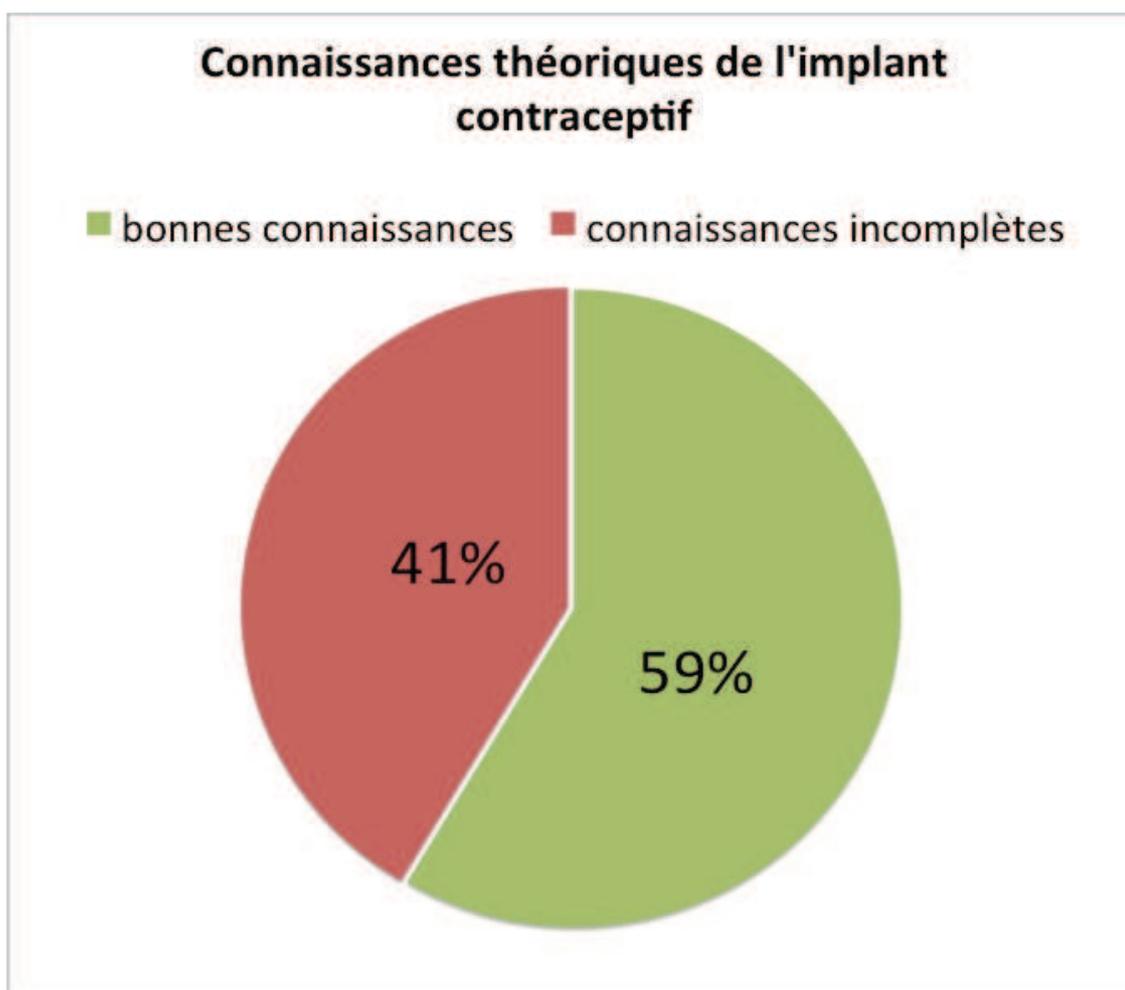


FIGURE 14 : CONNAISSANCES THEORIQUES DE L'IMPLANT CONTRACEPTIF

a) lien entre connaissances théoriques et prescription de l'implant

Les connaissances théoriques de l'implant ont été confrontées à la prescription ou non de l'implant contraceptif par les médecins généralistes.

Il apparaît que dans le groupe des médecins généralistes qui prescrivent l'implant, la moyenne des scores obtenus est de 4,818 / 7.

Dans le groupe des médecins généralistes qui ne prescrivent pas l'implant, la moyenne des scores obtenus est égale à 4,065 / 7.

Il existe une différence significative de 0,75 point entre les deux groupes ($p=0,001456$) pour un intervalle de confiance à 95% compris entre 0,2945 et 1,2128.

b) lien entre connaissances théoriques de l'implant et durée d'exercice

Les connaissances théoriques de l'implant ont été confrontées à la durée d'exercice des médecins interrogés. Nous ne retrouvons pas de différence significative, le coefficient de corrélation est de 0,04008 pour un intervalle de confiance à 95% compris entre 0,1199 et 0,1980 ; $p=0,624$.

5. Formation pratique à la pose et au retrait de l'implant

Dans notre étude, on peut s'apercevoir que quasiment un médecin interrogé sur deux ($n=74$; 49%) déclare ne pas avoir reçu de formation pratique concernant la pose et le retrait de l'implant.

Parmi les médecins formés ($n=78$), 35 déclarent avoir reçu une formation pratique au cours de la formation médicale continue (FMC), 23 déclarent avoir reçu une formation dans le cadre de leurs études, 17 déclarent avoir reçu une formation à leur cabinet par un visiteur médical, et 12 ont eu une démarche personnelle pour se former : 5 se sont formés grâce à des vidéos tutoriels sur Internet, 4 sur demande spécifique auprès de confrères spécialistes exerçant à l'hôpital ou en cabinet libéral, 1 auprès d'un confrère généraliste, 1 sur CD, 1 répond s'être formé « lui-même ».

Sur les 78 médecins formés, 8 médecins déclarent deux moyens de formation différents, et 1 médecin en déclare trois.

Nous avons étudié de plus près notre échantillon afin de connaître les caractéristiques sociologiques des médecins formés et non-formés mais aussi leurs connaissances de l'implant sous-cutané, leurs habitudes de prescription, leur pratique et enfin leurs projets dans l'avenir concernant l'implant.

a) Formation et caractéristiques sociodémographiques

Il apparaît, dans notre étude, que les femmes sont significativement plus formées que les hommes ($p=0,005$).

(Figure 15)

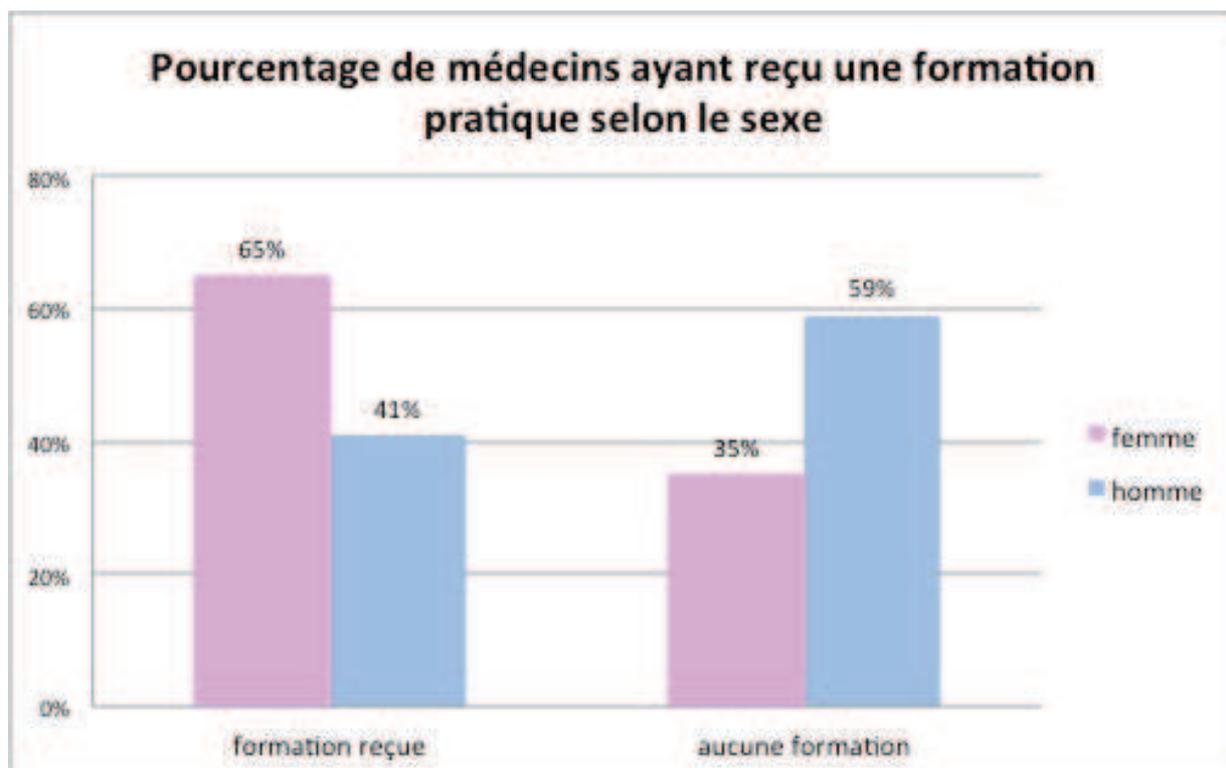


FIGURE 15: FORMATION ET SEXE

Par ailleurs, on constate que parmi les médecins de notre échantillon ayant une durée d'exercice inférieure à dix ans (n=40), et qui sont donc par extrapolation les plus jeunes, 72,5% (n=29) ont reçu une formation pratique à la pose et au retrait de l'implant. (p=0,027) (Figure 16)

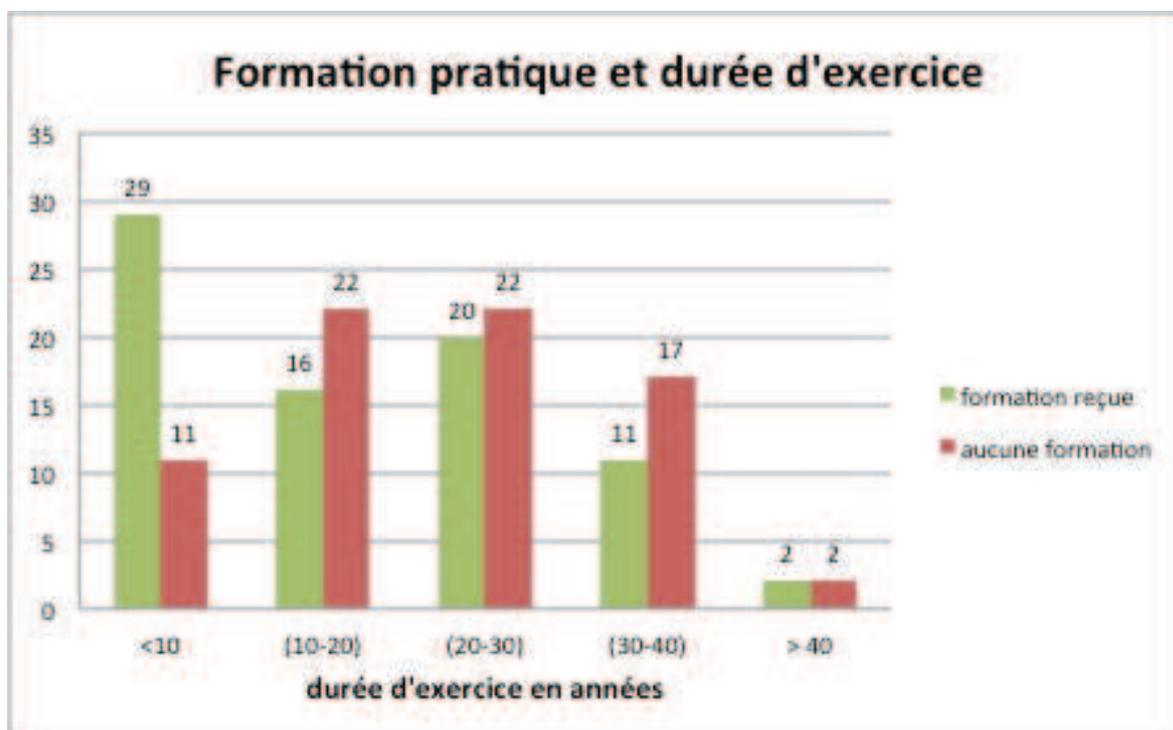


FIGURE 16: FORMATION PRATIQUE ET DUREE D'EXERCICE

Nous n'avons pas retrouvé de relation significative entre le milieu d'exercice et la formation pratique ($p=0,397$). (Figure 17)

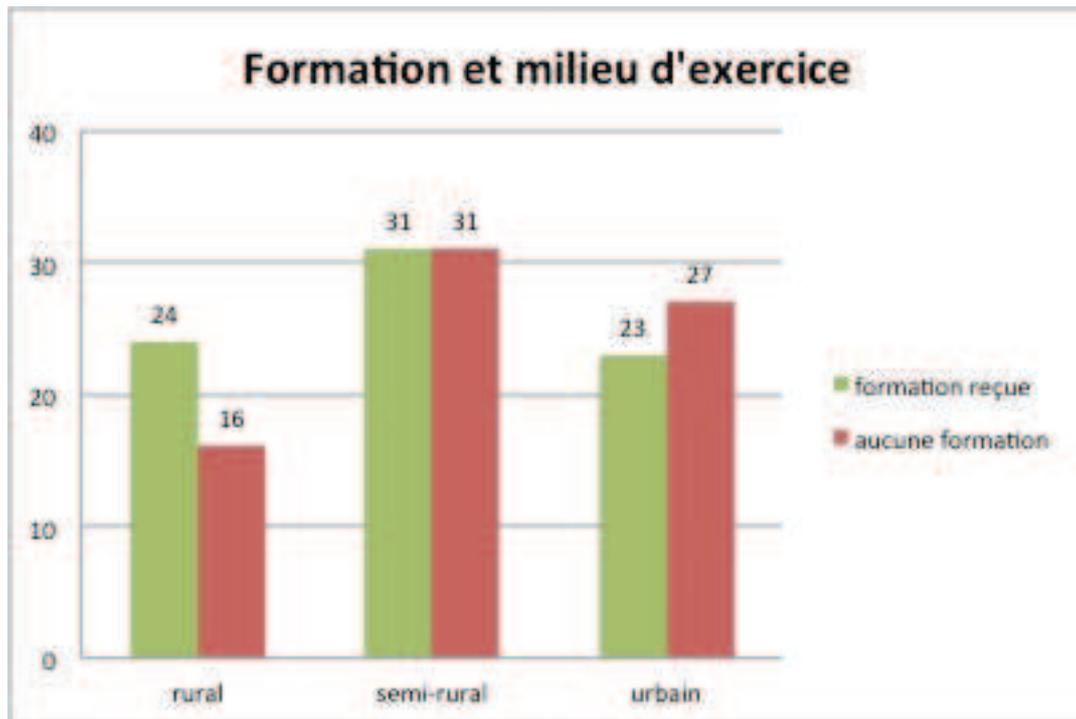


FIGURE 17 : FORMATION ET MILIEU D'EXERCICE

b) Connaissances de l'implant et formation pratique

Les connaissances théoriques de l'implant ont été confrontées à la présence ou l'absence de formation des médecins généralistes.

Il apparaît que dans le groupe des médecins généralistes non formés, la moyenne des scores obtenus est de 4,4/7.

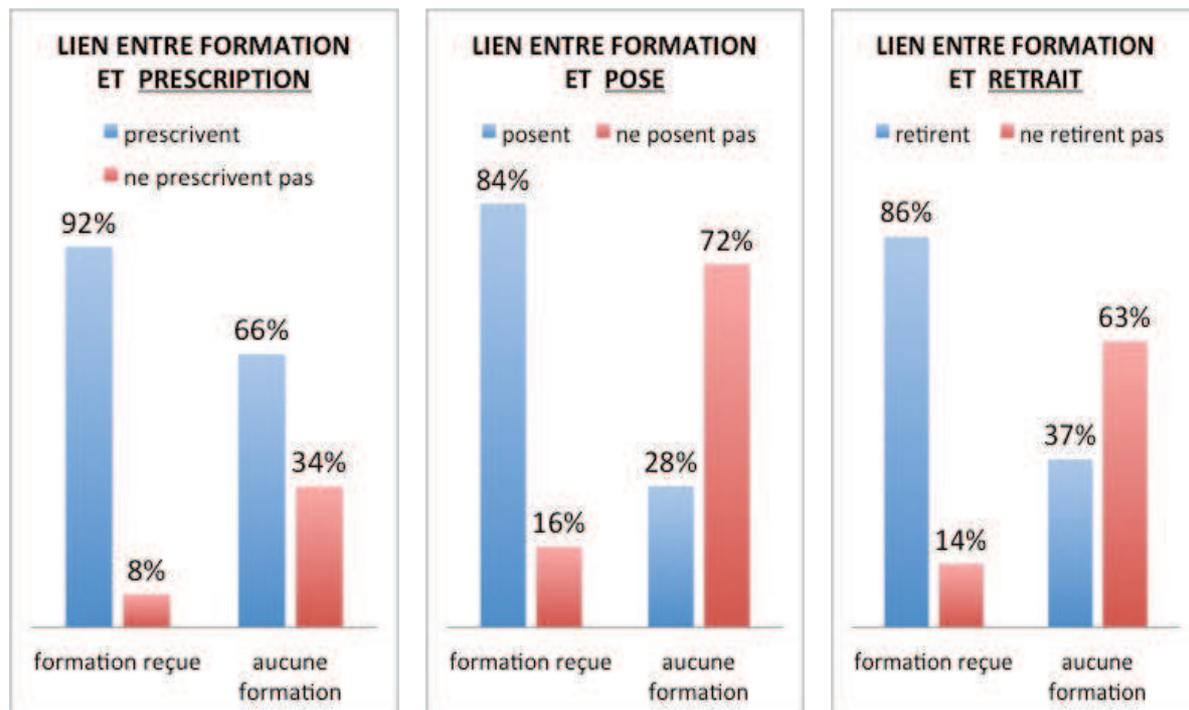
Dans le groupe des médecins généralistes qui ont reçu une formation pratique, la moyenne des scores obtenus est légèrement supérieure car elle s'élève à 4,9/7.

Il existe une différence significative de 0,5 point entre le groupe des médecins formés et celui des médecins non-formés ($p=0,005573$) pour un intervalle de confiance à 95% compris entre 0,15804 et 0,9044.

c) Impact de la formation pratique sur les habitudes de prescription et de pratique des médecins généralistes interrogés

Les médecins formés sont presque un tiers de plus à prescrire l'implant par rapport à ceux qui n'ont pas reçu de formation. Les écarts se creusent entre les deux groupes entre ceux qui posent et ne posent pas l'implant, et entre ceux qui retirent et ne retirent pas l'implant. ($p=0$)

(Figures 18-19-20)



FIGURES 18-19-20: LIENS ENTRE FORMATION PRATIQUE ET PRESCRIPTION / POSE / RETRAIT DE L'IMPLANT SOUS-CUTANE

d) formation acquise et formation souhaitée

Nous avons interrogé les médecins de notre échantillon sur leurs aspirations à recevoir

ou non une formation/formation complémentaire à la pose et au retrait de l'implant.

27% des médecins interrogés ont déclaré vouloir une formation ($n=41$).

Les trois quarts d'entre eux n'en ont jamais reçue.

Ces résultats sont significatifs ($p=0,002$). (Figure 21)

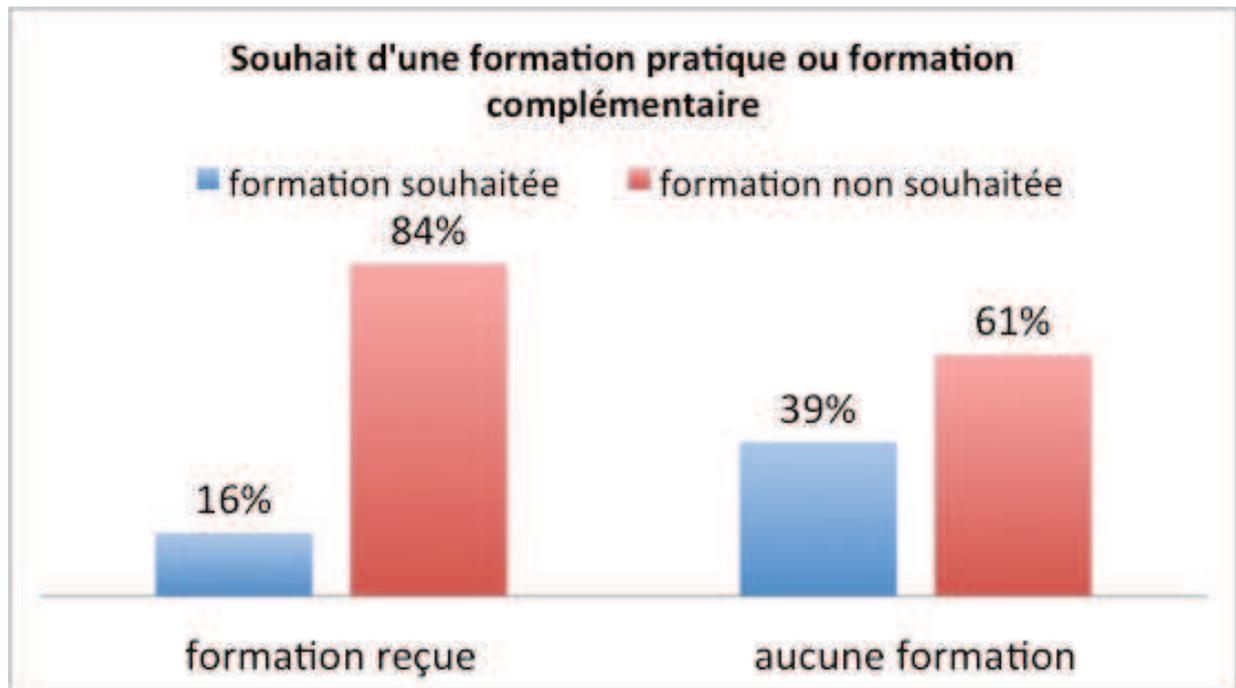


FIGURE 21 : SOUHAIT D'UNE FORMATION OU FORMATION COMPLEMENTAIRE.

Une question posée aux médecins sur leur souhait de prescrire / prescrire plus souvent l'implant à l'avenir donne des résultats non significatifs ($p=0,869$).

47% ($n=35$) des médecins formés et 49% ($n=36$) des médecins non formés envisagent de prescrire l'implant plus souvent. Ils représentent 47% ($n=71$) des médecins de notre échantillon.

6. Analyse des pratiques des gestes de gynécologie médicale par les médecins généralistes

Nous avons tout d'abord cherché à savoir si le fait de prescrire l'implant était corrélé à la pratique technique qu'il nécessite pour sa mise en place.

Nous avons cherché à connaître les caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes déclarant prescrire et/ou poser l'implant.

Par la suite nous avons cherché à établir un lien entre la pose/le retrait de l'implant et la pratique d'autres gestes réalisables au cabinet médical comme la réalisation de frottis cervico-vaginaux (FCV) et la pose/le retrait de DIU.

a) Prescription, pose et retrait de l'implant

Parmi ceux qui le prescrivent, 72% (n=86) déclarent également poser l'implant, et 74% (n=90) déclarent le retirer.

Parmi ceux qui ne le prescrivent pas, aucun ne le pose et 4 déclarent le retirer (13%) (p=0). (Figure 22)

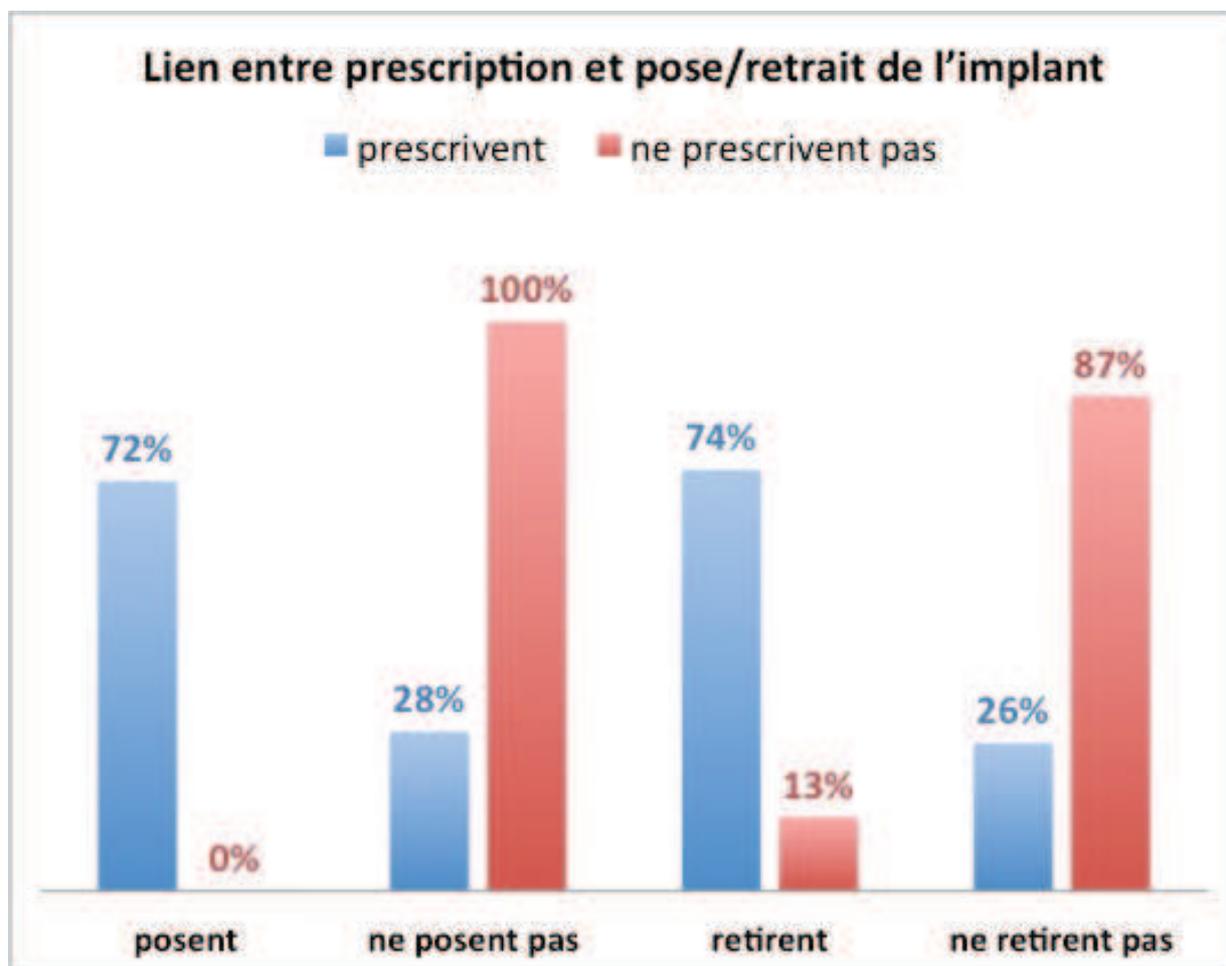


FIGURE 22 : LIEN ENTRE PRESCRIPTION ET POSE/RETRAIT DE L'IMPLANT

On remarque également que 99% (n=86) des médecins généralistes qui déclarent poser l'implant, déclarent le retirer. Seul un médecin fait exception.

Il est intéressant de voir que parmi les médecins qui déclarent ne pas poser l'implant, 13% déclarent le retirer (n=8).

(p=0). (Figure 23)

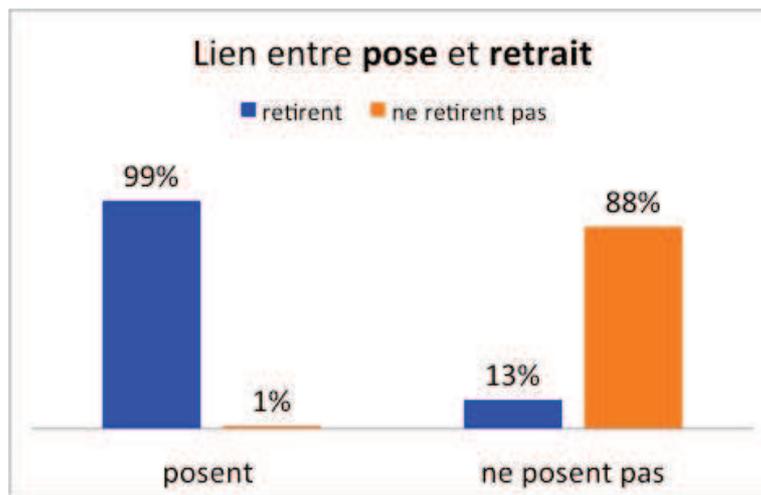


FIGURE 23 : LIEN ENTRE POSE ET RETRAIT DE L'IMPLANT SOUS-CUTANE

b) caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes qui prescrivent et/ou posent l'implant

L'étude de ces caractéristiques nous permet de connaître le profil privilégié des médecins généralistes qui prescrivent et/ou posent l'implant.

Seule l'étude de la prescription de l'implant en fonction du sexe donne des différences significatives : les femmes le prescrivent significativement plus que les hommes. ($p=0,001$). (Figure 24)

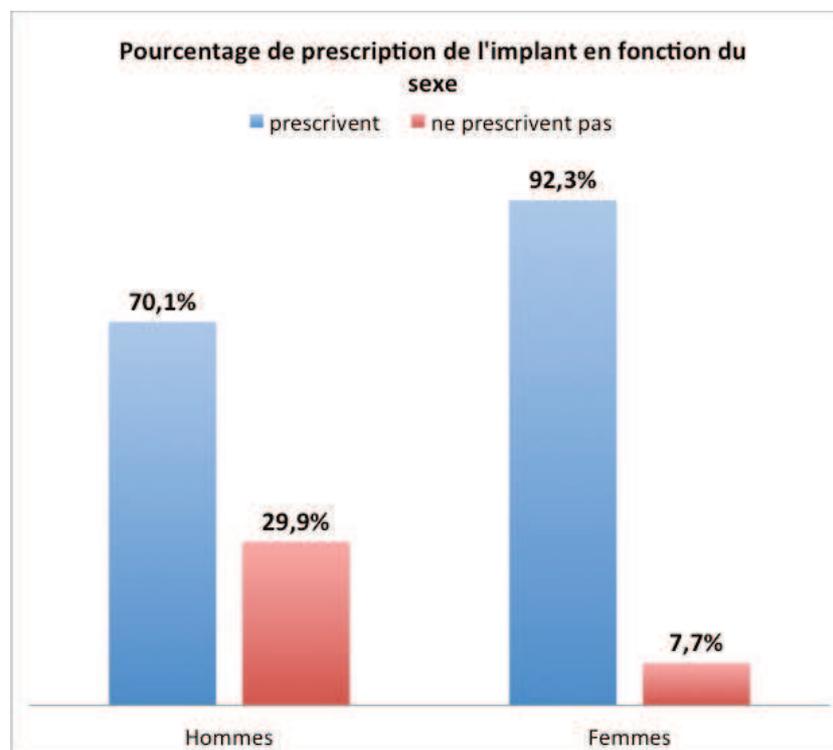


FIGURE 24 : IMPACT DU SEXE SUR LA PRESCRIPTION DE L'IMPLANT

En milieu rural, les médecins généralistes déclarent à 87,5% (n=35) prescrire l'implant, mais seuls 67,5% d'entre eux (n=27) le posent.

En milieu semi-rural, ils sont 74% (n=46) à déclarer prescrire l'implant et 53% (n=33) déclarent le poser.

En milieu urbain, ils sont 80% (n=40) à déclarer prescrire l'implant, et 52% (n =26) déclarent le poser.

Ces résultats ne sont pas significatifs (analyse de l'impact du milieu d'exercice sur la prescription : $p=0,266$ / analyse de l'impact du milieu d'exercice sur la pose : $p=0,203$).

On peut noter que les jeunes médecins généralistes de notre échantillon (durée d'exercice inférieure à dix ans) semblent être majoritaires concernant la prescription et la pose de l'implant, cependant les résultats ne sont pas significatifs (analyse de l'impact de la durée d'exercice sur la prescription : $p=0,148$ / analyse de l'impact de la durée d'exercice sur la pose : $p=0,285$).

Concernant la prescription de l'implant :

- 90% (n=36) des dits-jeunes médecins déclarent le prescrire contre 71% (n=50) des médecins généralistes ayant entre 20 et 40 ans d'expérience. (Tableau 12)

Concernant la pose de l'implant :

- 70% (n=28) parmi les dits-jeunes médecins déclarent le poser contre 53 % (+/- 0,5%) (n=57) de leurs confrères ayant entre 10 et 40 ans d'expérience. (Tableau 13)

	Prescrivent	Ne prescrivent pas	Total
Moins de 10 ans	36	4	40
Entre 10 et 20 ans	32	6	38
Entre 20 e 30 ans	30	12	42
Entre 30 et 40 ans	20	8	28
Plus de 40 ans	3	1	4
Total	121	31	152

TABLEAU 12 : IMPACT DE LA DUREE D'EXERCICE SUR LA PRESCRIPTION DE L'IMPLANT

	Posent	Ne posent pas	Total
Moins de 10 ans	28	12	40
Entre 10 et 20 ans	20	18	38
Entre 20 e 30 ans	22	19	41
Entre 30 et 40 ans	15	13	28
Plus de 40 ans	1	3	4
Total	65	86	151

TABLEAU 13 : IMPACT DE LA DUREE D'EXERCICE SUR LA POSE DE L'IMPLANT

c) analyse des autres actes de gynécologie médicale réalisables par les médecins généralistes libéraux (FCV, DIU)

Nous avons étudié la proportion de médecins généralistes de notre échantillon qui réalisaient d'autres actes de gynécologie médicale.

La réalisation de frottis cervico-vaginaux (FCV) concerne 89% (n=135) des médecins généralistes de notre étude.

La pose de dispositif intra-utérin (DIU) concerne 41% (n=62) des médecins généralistes de notre étude.

Le retrait de DIU concerne 69% (n=104) des médecins généralistes de notre étude.

Parmi ceux qui réalisent les FCV, 58,5% (n=79) déclarent poser l'implant, et 62,5% (n=85) déclarent le retirer.

Ces résultats ne sont pas significatifs (p=0,183).

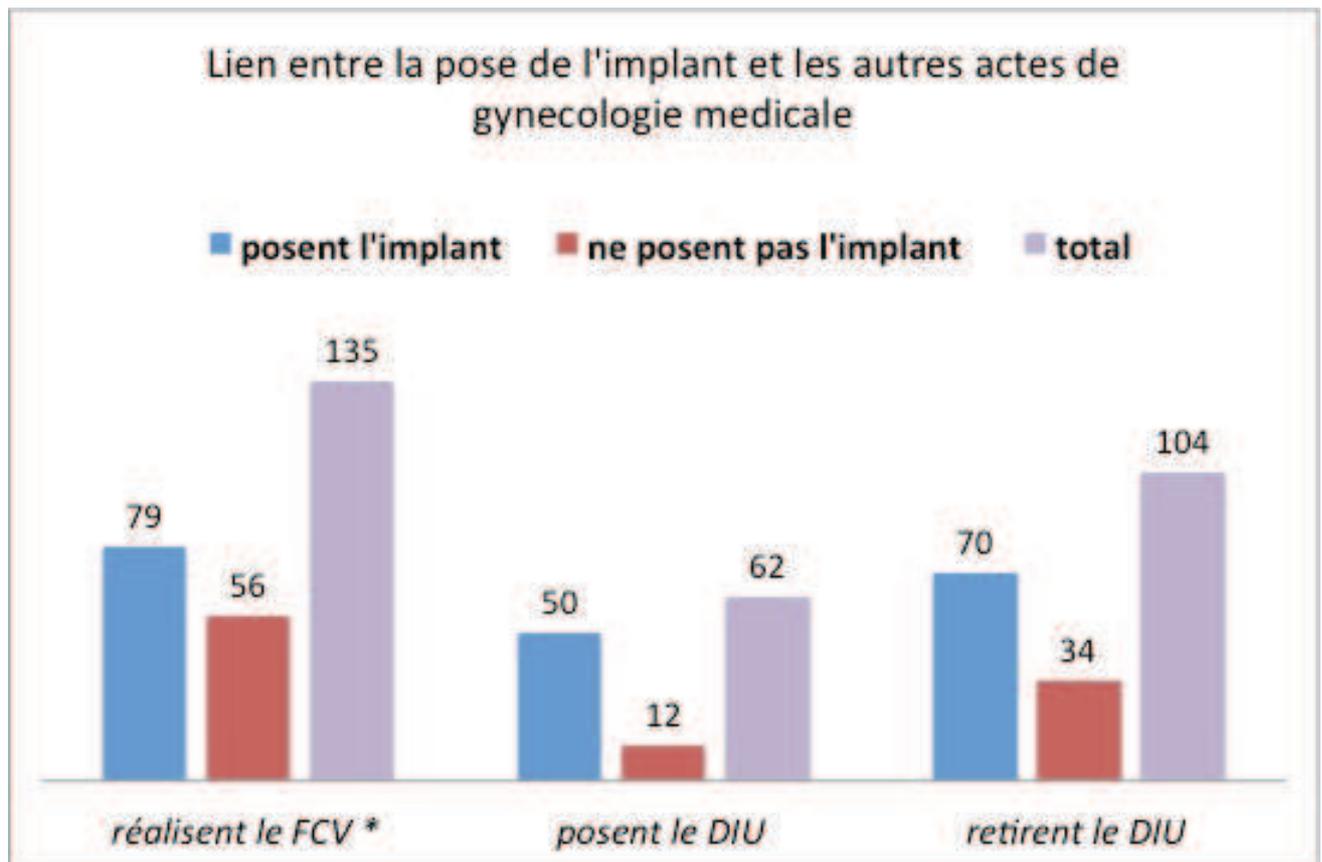
Parmi ceux qui posent les DIU, 80% (n=50) déclarent poser l'implant et 82% (n=51) déclarent le retirer.

Ces résultats sont significatifs (p=0).

Parmi ceux qui retirent les DIU, 67% (n=70) déclarent poser l'implant et 72% (n=76) déclarent le retirer.

Ces résultats sont significatifs (p=0).

(Figure 25)



* résultats non significatifs ($p=0,183$)

FIGURE 25 : LIEN ENTRE LA POSE DE L'IMPLANT, ET LA REALISATION DE FCV, LA POSE DE DIU, ET LE RETRAIT DE DIU

7. Facteurs intervenant dans les choix de prescription de l'implant sous-cutané

Nous avons interrogé les médecins de notre échantillon sur, selon eux, les avantages et les inconvénients de l'implant afin d'identifier les facteurs intervenant dans leur choix de prescrire l'implant ou non.

L'observance et l'efficacité sont clairement identifiées par les médecins de notre échantillon comme des avantages à cette contraception.

Les difficultés techniques au retrait de l'implant et la crainte d'une mauvaise tolérance apparaissent être les principaux freins à la prescription de cette contraception. Plus d'un médecin sur deux estime être freiné par la réticence / le refus des patientes à la prescription de l'implant. Un tiers d'entre eux est freiné par les difficultés techniques à la pose de l'implant et par la durée que représente l'acte. (Figures 26-27-28)

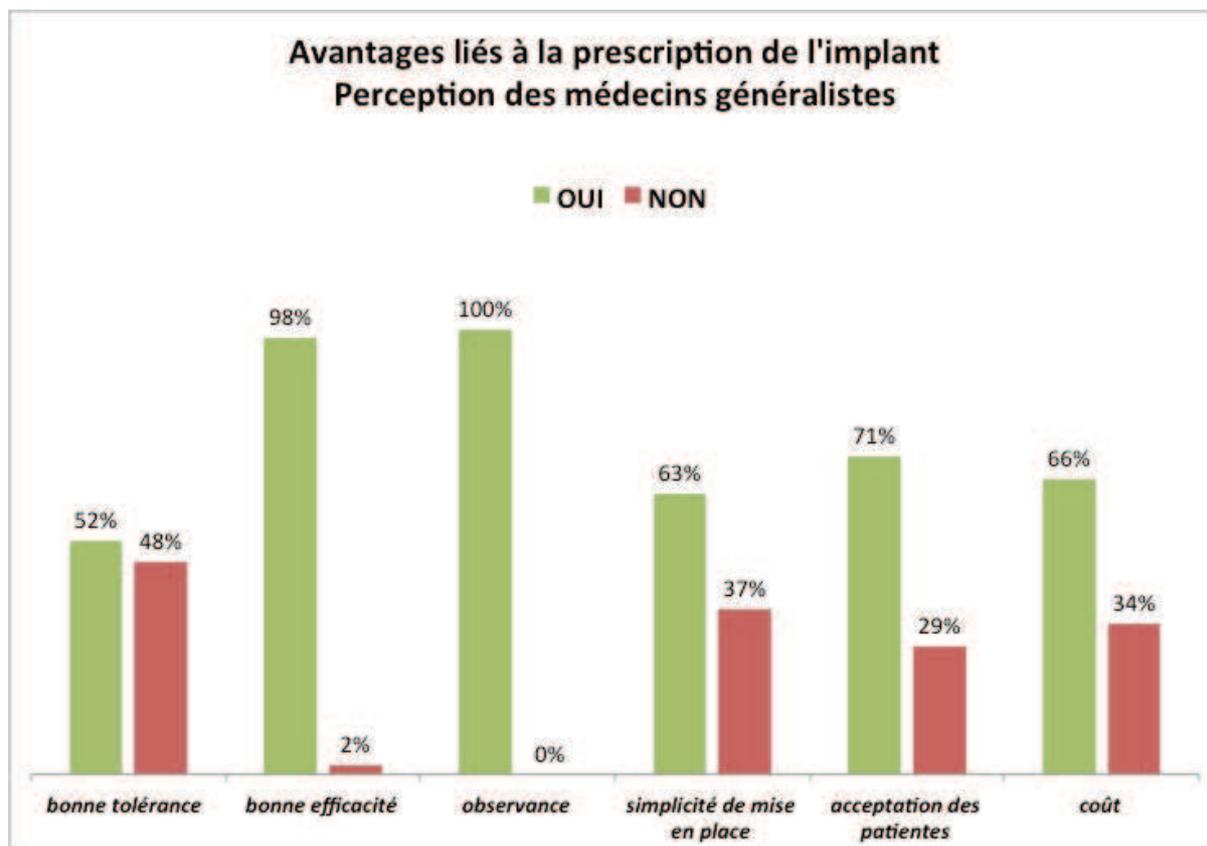


FIGURE 26 : AVANTAGES LIES A LA PRESCRIPTION DE L'IMPLANT, PERCEPTION DES MEDECINS GENERALISTES

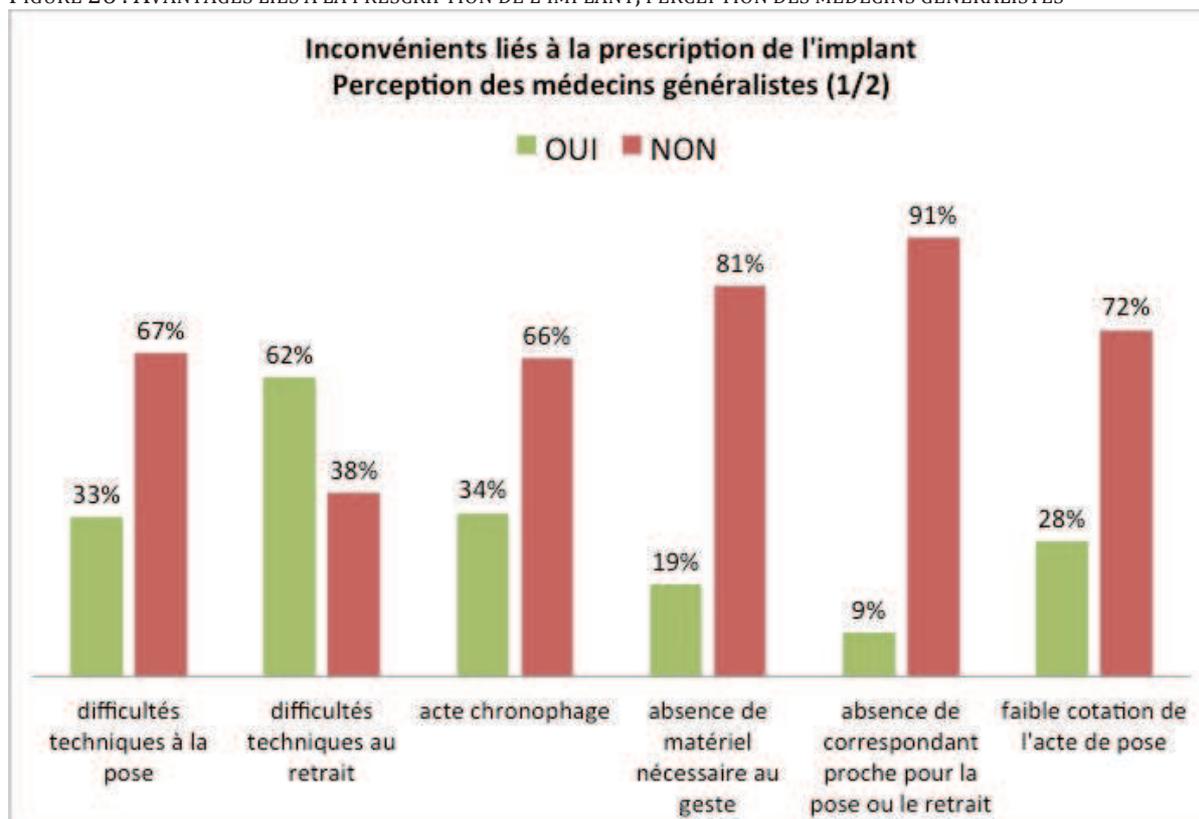


FIGURE 27 : INCONVENIENTS LIES A LA PRESCRIPTION DE L'IMPLANT, PERCEPTION DES MEDECINS GENERALISTES (1/2)

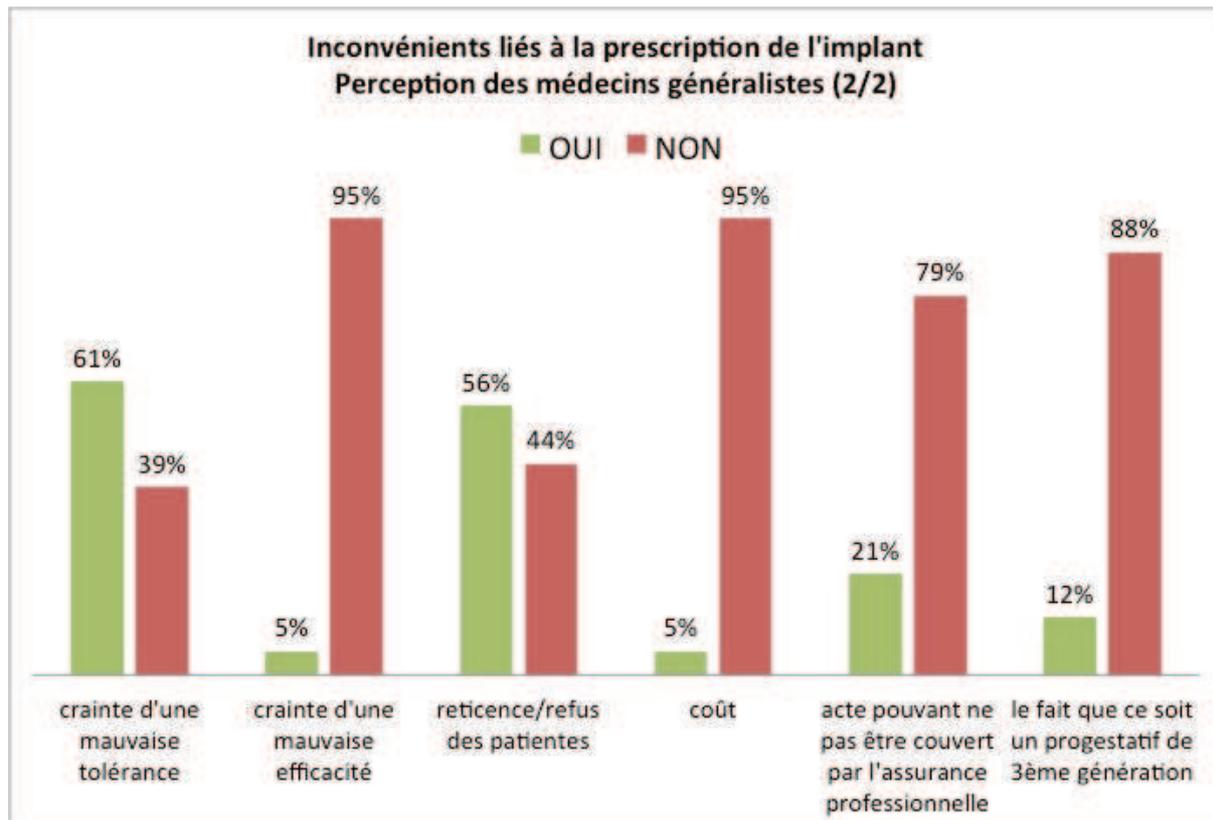


FIGURE 28 : INCONVENIENTS LIES A LA PRESCRIPTION DE L'IMPLANT, PERCEPTION DES MEDECINS GENERALISTES (2/2)

8. Commentaires libres

Les commentaires libres, peu nombreux par rapport à l'ensemble des réponses, sont généralement vifs et tranchés. Ils sont retranscrits en Annexe 4, dans leur formulation initiale par souci de transparence. Nous les avons regroupés selon les différents thèmes abordés .

a) les effets indésirables (EI)

Ils sont cités par la plupart des médecins généralistes ayant laissé un commentaire. Le premier EI cité est lié aux différents types de saignements pouvant survenir : métrorragies, méno-métrorragies et surtout spottings (saignements imprévisibles très peu abondants, généralement sous forme de traces, qui peuvent survenir entre deux menstruations). C'est le frein le plus souvent évoqué à la prescription de l'implant mais aussi la cause la plus fréquente de retrait prématuré de celui-ci.

(commentaires : 1 / 4 / 6 / 9 / 13 / 16 / 17 / 20 / 22 / 26 / 27 / 28 / 33 / 36 / 38 / 39)

En seconde position parmi les effets indésirables cités : la prise de poids faisant suite à l'insertion de l'implant. (17 / 22 / 27 / 28 / 33 / 39 / 41)

Deux médecins évoquent la survenue d'une acné. (33 / 41)

b) les difficultés liées au retrait

Ces difficultés sont également citées à plusieurs reprises comme frein à la mise en place de l'implant. L'acte technique en lui même mais aussi son coté chronophage gênent certains médecins généralistes de notre étude.

(3 / 7 / 8 / 14 / 17 / 22 / 30 / 36 / 38 / 39)

c) le manque de formation

En effet, nous l'avons déjà remarqué dans les résultats précédents, le manque de formation pratique à la technique de pose et de retrait de l'implant est un frein non négligeable de prescription de l'implant.

(12 / 15 / 18 / 24 / 31 / 34)

d) les difficultés liées au surpoids de la patientèle

A quelques reprises, les difficultés d'insertion ou de retrait ont été corrélées au surpoids de la patiente ; surpoids qui impose également une diminution de la durée d'efficacité de l'implant et nécessitant un retrait prématuré au bout de deux ans.

(8 / 16 / 26 / 36)

e) technique intrusive

Certains commentaires laissent transparaître les réticences des médecins généralistes interrogés quant à la contraception en elle-même. Vu comme une technique invasive, intrusive, l'implant n'est parfois pas proposé pour ces raisons.

(17 / 40 / 41)

f) autres commentaires

Parmi les autres commentaires, ont été mentionnés : la proposition d' une contraception orale progestative préalable à la prescription de l'implant, une cotation de l'acte de pose décourageante, une réticence de certaines patientes, un acte qui

ne tient pas de la médecine générale, une incapacité à la réalisation des techniques liée à un problème de vue .

(2 / 6 / 7 / 8 / 9 / 13 / 21)

Pour certains, l'implant est une contraception qu'ils prescrivent souvent et depuis longtemps. D'autres n'ont pas de frein à sa prescription. D'autres l'envisagent au même titre que n'importe quelle autre contraception.

(5 / 19 / 20 / 23 / 25 / 29 / 30 / 35)

D – DISCUSSION

Dans cette enquête prospective réalisée auprès des médecins généralistes de Haute-Normandie, nous avons étudié leur rôle en matière de contraception et plus précisément leurs pratiques vis à vis de l'implant contraceptif. Nous avons cherché à savoir si l'implant est un mode de contraception qu'ils connaissent, qu'ils prescrivent, qu'ils posent et/ou qu'ils retirent. Nous avons pu montrer que les praticiens interrogés ont globalement de bonnes connaissances de ce moyen de contraception et que dans notre échantillon, ils sont nombreux à le prescrire.

Nous avons aussi relevé des différences significatives entre les hommes et les femmes vis à vis de la contraception en général et vis à vis de l'implant.

1. Les femmes médecins généralistes majoritaires dans le domaine de la contraception

Actuellement, les gynécologues médicaux sont majoritairement représentés par des femmes. On pourrait supposer que les patientes n'ayant pas facilement accès à un spécialiste en gynécologie médicale se tournent plus facilement vers une femme médecin généraliste pour la gestion de leur contraception et de leur suivi gynécologique. Les résultats de notre étude montrent en effet que les femmes médecins généralistes sont plus nombreuses à recevoir des patientes dans le cadre d'une consultation dédiée à la contraception. Par ailleurs, elles sont également plus nombreuses à être formées vis à vis de l'implant contraceptif et donc plus nombreuses à le poser.

Il est difficile de savoir si :

- ce constat est la conséquence d'une forte demande, auquel cas les femmes médecins généralistes se sentiraient plus concernées, seraient plus sensibilisées à cette discipline de gynécologie médicale, et se formeraient plus dans ce sens, ou si :
- l'offre que représentent les femmes médecins généralistes en termes de suivi gynécologique et de prise en charge de la contraception conditionne les patientes à aller voir une femme médecin généraliste plutôt qu'un homme.

Les médecins généralistes en possession d'un DU de gynécologie sont représentés dans notre étude par 8 femmes et 3 hommes.

2. L'implant contraceptif , un mode de contraception maîtrisé par le médecin généraliste dans les années à venir ?

Nous avons mis en évidence que les médecins généralistes ayant une durée d'exercice inférieure à dix ans avaient reçu en très grande partie une formation vis à vis de l'implant .

Ceci s'explique très probablement par la réforme des études médicales appliquée à partir de 2004 visant à revaloriser la discipline de médecine générale reconnue alors comme spécialité à part entière avec une formation de trois ans (l'internat) suivant l'examen national classant permettant aux futurs praticiens de maîtriser les principaux axes de leur exercice futur en réalisant des stages hospitaliers ciblés et en suivant en parallèle un enseignement théorique sur les situations auxquels ils seront confrontés dans leur exercice quotidien futur. (26)

L'apprentissage de certains actes techniques, comme la pose et le retrait de l'implant contraceptif, fait partie intégrante de cet enseignement. On peut espérer à ce titre voir une augmentation du nombre de médecins généralistes formés vis à vis de l'implant dans les années à venir.

3. Des différences significatives entre la prescription théorique de l'implant et sa mise en en place technique

Notre étude a permis de mettre en évidence que le nombre de médecins généralistes prescripteurs d'implant différait du nombre de « poseurs » et de « déposeurs ».

En effet, En effet , parmi les médecins généralistes prescripteurs, une certaine proportion ne pose pas l'implant. Cette information laisse supposer que ces derniers, malgré une intention de proposer à leurs patientes ce mode de contraception, peuvent manquer de formation pour poursuivre leur démarche. Néanmoins, d'autres facteurs sont à prendre en compte et nous ne pouvons pas établir un lien de causalité stricte entre ces données. Il aurait été difficile de faire une liste exhaustive de toutes les raisons expliquant les comportements des médecins généralistes. Parmi les raisons proposées dans le questionnaire, certains médecins évoquent l'éventualité de ne pas être couverts par leur assurance professionnelle, peuvent être freinés par une cotation de l'acte de pose inférieure à la cotation de la consultation basique, d'autres par un manque de matériel au cabinet, etc.

L'un des médecins de l'échantillon explique dans son commentaire en fin de questionnaire qu'il est limité par une gêne visuelle personnelle et que de ce fait, les actes techniques au cabinet tels que la mise en place de l'implant lui sont impossibles à réaliser.

Nous avons remarqué que les médecins qui retirent l'implant sont plus nombreux que ceux qui le posent alors que le retrait de l'implant prend plus de temps et nécessite une maîtrise certaine du médecin qui le réalise.

La formation n'est pas donc pas mise en cause dans ce constat et on peut s'interroger sur les raisons qui motivent le choix des médecins généralistes qui retirent l'implant mais ne le posent pas. Une explication à cela pourrait être que ces derniers n'adhèrent pas à ce mode de contraception pour des raisons qui leur sont propres et par conséquent ils ne le prescrivent ni ne le posent mais acceptent de le retirer. La plupart des commentaires laissés par les médecins généralistes en fin de questionnaire pointe les effets indésirables liés à l'implant, notamment les saignements imprévisibles liés à cette contraception progestative qui, d'après eux, amènent souvent à un retrait prématuré de l'implant. Certains commentaires évoquent la question d'une patientèle en surpoids ou souffrant d'obésité pour laquelle, d'une part, la durée d'efficacité de l'implant est réduite à deux ans et nécessite à ce titre des changements d'implant plus fréquents, et d'autre part, pour

laquelle il existe une crainte de mal poser l'implant. Certains médecins mentionnent leur préférence pour les DIU comme alternative à la pilule plutôt que l'implant.

4. Comparaison aux données de la littérature

Notre étude a montré un taux de prescription de l'implant relativement élevé (81% des médecins généralistes interrogés) mais une décroissance du taux lorsqu'il s'agit de la pose de l'implant.

Dans d'autres régions de France, les pratiques des médecins généralistes vis à vis de l'implant contraceptif ont également été étudiées.

Une étude menée en 2009 auprès de médecins généralistes du Morbihan montrait que seul un tiers d'entre eux prescrivait l'implant, et parmi les prescripteurs, seuls 62% le posaient. Il a été mis en évidence que la raison principale liée à ces chiffres était le manque d'expérience. (27)

En 2012, une étude menée auprès de médecins généralistes montrait que moins de la moitié posaient l'implant, malgré leur attrait pour cette contraception. La cause principale retrouvée était les difficultés liées au retrait.

Cette cause représente également un frein important pour 62% des médecins généralistes de notre étude. (28)

Dans une étude réalisée dans la région Nord-Pas-De-Calais en 2013 (29), la moitié des médecins déclarait prescrire l'implant et moins de la moitié déclarait le poser ou le retirer. Dans cette même étude, la moitié des médecins généralistes interrogés déclarait avoir reçu une formation pratique et théorique concernant l'implant et un tiers se sentait insuffisamment formé.

(Rappelons que nous avons retrouvé des résultats similaires dans notre étude du point de vue de la formation des médecins généralistes puisqu'un médecin interrogé sur deux déclarait avoir reçu une formation et 27% ont déclaré en vouloir une.)

Par ailleurs, les effets indésirables, représentant le plus grand frein à la prescription de l'implant, étaient les troubles du cycle menstruel.

Dans notre étude, nous avons pu identifier plusieurs freins à la prescription de l'implant évoqués par les médecins généralistes parmi lesquels figuraient les effets indésirables représentés majoritairement par les saignements.

Plusieurs études ont été menées à travers le monde afin d'évaluer l'efficacité, la tolérance et l'acceptabilité des patientes vis à vis de l'implant contraceptif. Celles-ci ont étudié les causes de retrait prématuré et les taux de poursuite de la même contraception pendant les trois ans prévus après l'insertion.

Beaucoup d'études concluent que l'implant est globalement bien toléré et apprécié des patientes, mais le retrait prématuré reste fréquent et est pratiquement toujours causé en premier lieu par une mauvaise tolérance se traduisant pas des saignements gênants.

Une étude française rouennaise a évalué la satisfaction des femmes porteuses de l'implant entre 2001 et 2003. 81% d'entre elles déclaraient être satisfaites de l'implant malgré la survenue d'effets indésirables pour une patiente sur deux.

27% des femmes de l'étude ont fait retirer leur implant avant les trois ans de délai normalement prévu. Les effets indésirables ont été la cause principale pour 20% des femmes avec en première place les méno-métrorragies, et juste derrière la prise de poids. La durée moyenne d'utilisation de l'implant était de 16 mois. (14)

Une étude a été menée en 2009 par des médecins généralistes espagnols (30) auprès de patientes pour lesquelles ils avaient posé l'implant contraceptif. Le retrait prématuré a été constaté pour environ 30% des patientes. Les deux causes principales étaient, à ex-aequo, des saignements excessifs (12,4%) et un désir de grossesse (12,4%).

D'autres effets indésirables (hors troubles du cycle menstruel) ont été la cause d'un retrait prématuré pour 5,9% des femmes.

58% des patientes ont reçu un deuxième implant lorsque le premier devait être retiré au terme des trois ans, représentant 40% de l'échantillon total de patientes.

Une étude américaine publiée en 2015 (31) a comparé les complications et les taux de pérennité de l'implant et du DIU chez les femmes de 15 à 44ans à travers les Etats Unis.

Elle conclue globalement à une bonne tolérance de ces deux contraceptions, tout âge confondu, et une durée de maintien de la contraception élevée. Bien que les chances de poursuite soient similaires pour les deux méthodes chez les adolescentes, les implants étaient plus susceptibles d'être retirés prématurément chez les femmes de 20-24 ans (odds ratio, 1,21; intervalle de confiance à 95%, 1,06 à 1,39) et 25-44 ans (odds ratio, 1,49; intervalle de confiance à 95%, 1,35 à 1,64).

En 2009, onze essais cliniques internationaux ont été réalisés pour approuver un implant contraceptif unique à l'étonogestrel (32). Ces essais ont évalué la sécurité et l'efficacité de l'implant chez des patientes d'Asie, d'Europe, des Etats Unis et du Chili. Au total, aucune grossesse n'a été signalée lorsque les implants étaient en place. Les effets indésirables communs liés au médicament ont été : des maux de tête, un gain de poids, l'acné, la tension mammaire, une labilité émotionnelle, et des douleurs abdominales. Les changements de saignements ont également été observés mais aucun ne prédominait.

5.Limites et forces de l'étude

Sur le plan statistique :

- Comme dans toute enquête, l'absence de réponses des médecins est source de discussions et d'extrapolations. Les médecins n'ayant pas répondu au questionnaire ont pu considérer le questionnaire comme trop simple, ou à contrario trop compliqué, les mettant de ce fait en difficulté. On peut supposer qu'ils sont potentiellement moins sensibilisés au sujet évoqué et non formés à la pratique qu'engendre la prescription de l'implant sous-cutané.

Il est donc aussi possible que les médecins répondants soient davantage sensibilisés à la prise en charge de la contraception et plus particulièrement par le sujet de l'implant sous-cutané.

La représentativité des résultats est fonction du taux de réponse à l'enquête et des caractéristiques des médecins inclus par rapport à celles de l'ensemble

des médecins généralistes du département. De ce paramètre dépend la possibilité de généraliser les résultats obtenus.

- La principale difficulté des études épidémiologiques descriptives, réalisées auprès des médecins généralistes, et d'obtenir un taux de réponse satisfaisant.

En effet, ceux-ci sont régulièrement sollicités par des enquêtes et le travail administratif occupe une part non négligeable de leur temps de travail. En général le taux de réponse à des questionnaires envoyés aux médecins généralistes de la région ne dépasse pas 15 à 20 %. Nous avons obtenu 40 % de réponses, ce qui représente un pourcentage très honorable.

- La sélection de notre échantillon de médecins généralistes Haut-Normands appelle quelques remarques. Devant l'impossibilité d'obtenir une liste exhaustive des adresses mail de médecins généralistes de la région, nous avons constitué une liste à partir de contacts que nous ont communiqués certains médecins généralistes de la région. Un échantillon aurait pu être constitué en effectuant un tirage au sort aléatoire au sein d'une liste exhaustive de praticiens exerçant en Haute-Normandie. La constitution de notre échantillon présente donc un biais de sélection non négligeable qu'il convient de prendre en compte dans l'analyse des résultats.

- Cependant, en comparaison des données démographiques disponibles auprès du conseil de l'ordre des médecins, nous avons pu constater que notre échantillon était comparable en terme de sex-ratio à celui des médecins généralistes français en activité puisque d'après les données du CNOM 2015(1), le sex-ratio hommes/femmes est de 1,32 (1,34 dans notre étude).

Par ailleurs, nous avons fait le choix de demander la durée d'exercice des praticiens interrogés plutôt que leur âge ce qui limite la comparaison de notre échantillon à la moyenne française. L'âge moyen des nouveaux médecins inscrits en 2013 était de 34,2 ans. Par extrapolation, on peut estimer que la moyenne d'âge de notre échantillon de médecins généralistes serait de 53,8 ans : soit sensiblement comparable à la moyenne française actuelle qui est de 53 ans.

Concernant le questionnaire :

- Le questionnaire a été élaboré afin de répondre aux contraintes des médecins généralistes : le temps de remplissage ne devait pas excéder cinq minutes, l'utilisation de questions fermées et le format informatique devait permettre de faciliter le remplissage.

Sous cette forme, notre questionnaire présentait donc certaines limites puisque les questions étaient majoritairement des questions fermées. Nous avons donc laissé une place aux commentaires libres en fin de questionnaire afin de recueillir les impressions des médecins généralistes qui souhaitaient compléter leurs réponses et donner leur avis sur l'implant sous-cutané.

- En dehors des questions portant sur les caractéristiques sociodémographiques, les réponses aux questions n'étaient pas obligatoires, il est arrivé que certaines questions n'aient que 150 ou 151 réponses sur 152. On peut supposer que l'oubli est une cause d'absence de réponse mais certaines questions ont probablement été laissées vierges par choix, abaissant donc le nombre de réponses et la représentativité des résultats.

Concernant les résultats :

- Notre étude porte sur les pratiques des médecins généralistes vis à vis de l'implant avec pour objectif secondaire de connaître les motivations et les freins à la prescription de l'implant.

Un grand nombre de commentaires libres laissés en fin de questionnaire par les médecins généralistes a pour sujet la fréquence des effets indésirables tels que l'acné, la prise de poids et surtout les saignements imprévisibles liés à l'utilisation de l'implant. Apparaît nettement le besoin ressenti par les médecins généralistes interrogés de développer les raisons qui les freinent dans leur choix de prescription.

E - CONCLUSION ET PERSPECTIVES

La diminution progressive des gynécologues médicaux amène les patientes à se tourner de plus en plus vers d'autres professionnels de santé compétents en gynécologie, tels que les médecins généralistes et les sages-femmes, pour la prise en charge de leur contraception.

Notre étude a permis de démontrer que les médecins prescrivant l'implant ne sont pas tous en mesure de le poser. Il apparaît qu'un médecin sur deux n'a pas reçu de formation pratique à la pose/au retrait de l'implant contraceptif, alors que nombre d'entre eux sont demandeurs d'une formation.

Cette étude a également montré que les femmes médecins représentent une part majoritaire des interlocuteurs, lors des consultations sur le thème de la contraception. Elles sont également plus nombreuses que les hommes à avoir reçu une formation pratique sur la pose et le retrait de l'implant, et par conséquent plus nombreuses à le prescrire. Les médecins généralistes ayant une durée d'exercice inférieure à dix ans sont également en tête, en terme de formation pratique devant leurs confrères plus âgés.

Les nombreuses réserves des médecins généralistes, notamment quant aux effets indésirables liés à l'implant, sont légitimes. Néanmoins, il faut envisager avec la patiente, comme pour toute introduction de médicament, la balance bénéfices/risques de l'implant pour elle.

L'efficacité exemplaire et l'observance optimale de celui-ci peuvent supplanter les risques d'effets indésirables, dans le choix de la contraception, selon le profil de la patiente.

Pour le moment, il est indispensable d'apporter une formation pratique aux médecins généralistes demandeurs, tant pour l'implant que pour le dispositif intra-utérin, afin de proposer aux patientes tous les moyens de contraception médicaux existant en France actuellement, sans restriction d'accès liée au manque de compétence technique du médecin, dans le but de trouver la contraception la plus adaptée pour leur mode de vie, au décours d'une consultation dédiée, qui se fait déjà et se fera à l'avenir majoritairement au cabinet du médecin généraliste.

BIBLIOGRAPHIE

1. CNOM. Atlas de Démographie médicale 2015.
2. CNOM. Atlas de Démographie médicale 2014.
3. Arrêté du 10 juillet 2014.
4. Ministère des affaires sociales, de la Santé, et des Droits des Femmes. programme de travail 2015. 2014.
5. Rapport 2013-2014 de l'ONDPS.
6. Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. Etudes et résultats, DREES; 2012.
7. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. DREES Etudes Résultats. 2009 Février;(679).
8. Beck F, Guignard R, Richard J-B, Wilquin J-L, Peretti-Watel P. Premiers résultats du baromètre santé 2010 Evolutions récentes du tabagisme en France. INPES.
9. INPES. CONTRACEPTION : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? 2011.
10. Aubin C, MENNINGER DJ. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Rapport IGAS. 2009.
11. HAS. Contraception chez la femme adulte en âge de procréer. 2013.
12. ANAES, INPES, AFSSAPS. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. 2004.
13. GAUTIER.A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. INPES. 2011.
14. Sergent F, Clamageran C, Bastard A-M, Verspyck E, Marpeau L. Acceptabilité de l'implant contraceptif à l'étonogestrel (Implanon®). Rev Sage-Femme. 2004 Dec;3(6):261–9.
15. NEXPLANON 68 mg, implant pour usage sous-cutané. BASE DE DONNÉES PUBLIQUE DES MÉDICAMENTS. 2015.
16. Delcroix M, Gomez C, Thomas D, Jacquetin B, Marquis P. Intoxication tabagique chez la femme. Prise en charge gynécologique des femmes fumeuses. EMC - Gynécologie. 2010 Jan;5(1):1–24.
17. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Lancet. 1997 Apr 26;349(9060):1202–9.

18. Amsellem-Mainguy, Y. (2009). Recours et résistances à l'utilisation de la contraception d'urgence. *Santé de l'homme*, 399, 8-10.
19. Flamand M, Mazure G. Contraception et IVG chez les jeunes de 15 - 18 ans en Haute-Normandie. ORSHN. 2009 juin.
20. Vilain Annick. Les interruptions volontaires de grossesse en 2012. DREES; 2014.
21. www.choisirsacontraception.com.
22. INPES. Contraception que savent les Français ?
23. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2003 May;18(5):994–9.
24. Bajos N, Moreau C, Leridon H. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans. *Popul Sociétés*. 2004 décembre;(407).
25. HAS. Contraception chez l'homme et chez la femme. 2013.
26. LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.
27. Kerboul G. Place du dispositif intra-utérin, de l'implant sous-cutané, de l'anneau vaginal et du patch transdermique en médecine générale: étude auprès des médecins généralistes du Morbihan ; 2009.
28. Attal E, Dumont-Beaudonnet V. L'implant contraceptif sous-cutané : perception du médecin généraliste; 2012.
29. Dessenne C. Approche de l'utilisation de l'implant contraceptif par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. 2013.
30. Arribas-Mir L, Rueda-Lozano D, Agrela-Cardona M, Cedeno-Benavides T, Olvera-Porcel C, Bueno-Cavanillas A. Insertion and 3-year follow-up experience of 372 etonogestrel subdermal contraceptive implants by family physicians in Granada, Spain. *Contraception*. 2009 Nov;80(5):457–62.
31. Berenson AB, Tan A, Hirth JM. Complications and continuation rates associated with 2 types of long-acting contraception. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Jun;212(6):761.e1–761.e8.
32. Darney P, Patel A, Rosen K, Shapiro LS, Kaunitz AM. Safety and efficacy of a single-rod etonogestrel implant (Implanon): results from 11 international clinical trials. *Fertil Steril*. 2009 May;91(5):1646–53.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Table des figures

FIGURE 1 : MÉTHODES DE CONTRACEPTION LES PLUS UTILISÉES DANS LE MONDE (RAPPORT IGAS).....	23
FIGURE 2 : ESTIMATED METHOD-SPECIFIC CONTRACEPTIVE PREVALENCE BY MAJOR GLOBAL REGION (CLELAND, 2009). REPRINTED FROM CLELAND (2009). COPYRIGHT (2009), WITH PERMISSION FROM ELSEVIER.....	23
FIGURE 3 : PHOTOGRAPHIE DU DISPOSITIF NEXPLANON® : BATONNET.....	25
FIGURE 4 : PHOTOGRAPHIE DU DISPOSITIF NEXPLANON® : APPLICATEUR.....	25
FIGURE 5 : ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE DU TABAGISME RÉGULIER CHEZ LES FEMMES ENTRE 2005 ET 2014, PAR TRANCHE D'ÂGE (15-75 ANS)	31
FIGURE 6 : EVOLUTION DU TAUX DE RECOURS A L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE SELON L'ÂGE.....	35
FIGURE 7: REPARTITION DU NOMBRE DE CONSULTATIONS MENSUELLES EN FONCTION DU SEXE	42
FIGURE 8 : REPARTITION DU NOMBRE DE CONSULTATIONS MENSUELLES EN FONCTION DU MILIEU D'EXERCICE	43
FIGURE 9 : FREQUENCE DE PRESCRIPTION DES DIFFERENTS MOYENS DE CONTRACEPTION	44
FIGURES 10-11-12 : PROPORTION DES MEDECINS GENERALISTES DE NOTRE ECHANTILLON QUI DECLARENT PRESCRIRE, POSER ET RETIRER L'IMPLANT	46
FIGURE 13: CONNAISSANCES THEORIQUES DE L'IMPLANT CONTRACEPTIF SOUS-CUTANE.....	47
FIGURE 14 : CONNAISSANCES THEORIQUES DE L'IMPLANT CONTRACEPTIF	48
FIGURE 15: FORMATION ET SEXE	50
FIGURE 16 : FORMATION PRATIQUE ET DUREE D'EXERCICE.....	50
FIGURE 17 : FORMATION ET MILIEU D'EXERCICE	51
FIGURES 18-19-20 : LIENS ENTRE FORMATION PRATIQUE ET PRESCRIPTION / POSE / RETRAIT DE L'IMPLANT SOUS- CUTANE.....	52
FIGURE 21 : SOUHAIT D'UNE FORMATION OU FORMATION COMPLEMENTAIRE.....	53
FIGURE 22 : LIEN ENTRE PRESCRIPTION ET POSE/RETRAIT DE L'IMPLANT	54
FIGURE 23 : LIEN ENTRE POSE ET RETRAIT DE L'IMPLANT SOUS-CUTANE.....	55
FIGURE 24 : IMPACT DU SEXE SUR LA PRESCRIPTION DE L'IMPLANT	55
FIGURE 25 : LIEN ENTRE LA POSE DE L'IMPLANT, ET LA REALISATION DE FCV, LA POSE DE DIU, ET LE RETRAIT DE DIU	58
FIGURE 26 : AVANTAGES LIES A LA PRESCRIPTION DE L'IMPLANT, PERCEPTION DES MEDECINS GENERALISTES	59
FIGURE 27 : INCONVENIENTS LIES A LA PRESCRIPTION DE L'IMPLANT, PERCEPTION DES MEDECINS GENERALISTES (1/2)	59
FIGURE 28 : INCONVENIENTS LIES A LA PRESCRIPTION DE L'IMPLANT, PERCEPTION DES MEDECINS GENERALISTES (2/2)	60

Table des tableaux

TABLEAU 1 : PRINCIPALES MÉTHODES CONTRACEPTIVES UTILISÉES PAR LES FEMMES AGEES DE 15 À 49 ANS EN 2010 (EN %) DECLARANT UTILISER UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE.....	22
TABLEAU 2 : EFFICACITE PRATIQUE DE DIFFERENTES METHODES DE CONTRACEPTION SELON L'OMS	24
TABLEAU 3 : CHOIX DU MOMENT DE L'INSERTION DE L'IMPLANT CONTRACEPTIF	27
TABLEAU 4 : EFFETS INDESIRABLES POSSIBLEMENT LIES A L'UTILISATION DE NEXPLANON®	29
TABLEAU 5 : RISQUE D'INFARCTUS (POUR 100 000 FEMMES PAR ANNEE) SELON L'AGE, LE TABAGISME ET LA PRISE D'ŒSTROPROGESTATIFS DE SYNTHÈSE (EPS) (D'APRES WHO)	32
TABLEAU 6 : RECOURS À LA CONTRACEPTION D'URGENCE PARMIS LES JEUNES FILLES AYANT DÉJÀ EU UN RAPPORT SEXUEL EN HAUTE-NORMANDIE (N=767).....	33
TABLEAU 7 : UTILISATION D'UNE CONTRACEPTION POUR LES JEUNES FILLES AYANT EU RECOURS À LA CONTRACEPTION D'URGENCE EN HAUTE-NORMANDIE (N=285).....	33
TABLEAU 8 : CIRCONSTANCES DU DERNIER RECOURS À LA CONTRACEPTION D'URGENCE AU COURS DES 12 MOIS PRECEDANT L'ENQUETE EN 2005.....	34
TABLEAU 9 : SITUATION CONTRACEPTIVE LORS DE LA SURVENUE D'UNE GROSSESSE NON PRÉVUE (SOURCE : ENQUETE COCON)	36
(23) 36	
TABLEAU 10 : CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES MEDECINS DE NOTRE ECHANTILLON	41
TABLEAU 11 : FREQUENCE DE PRESCRIPTION DES DIFFERENTS MOYENS DE CONTRACEPTION (VALEURS ABSOLUES ET POUCENTAGES)	45
TABLEAU 12 : IMPACT DE LA DUREE D'EXERCICE SUR LA PRESCRIPTION DE L'IMPLANT	56
TABLEAU 13 : IMPACT DE LA DUREE D'EXERCICE SUR LA POSE DE L'IMPLANT	57

LISTE DES ABRÉVIATIONS

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

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CNH : Contraception Non Hormonale

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age

DU : Diplôme Universitaire

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des
Statistiques

EI : Effets Indésirables

EPS : Oestro Progestatifs de synthèse

FCV : Frottis Cervico-Vaginaux

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

IMS : Institution Médico Sociale

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OR : Odds Ratio

ORSHN : Observatoire Régional de la Santé en Haute-Normandie

ANNEXES

Annexe 1 : Comment insérer NEXPLANON®

(Source : Base de données publiques des médicaments)
(15)

Demandez à la patiente de s'allonger sur le dos sur la table d'examen avec son bras non dominant plié au niveau du coude et tourné vers l'extérieur, ainsi, soit son poignet est au même niveau que son oreille, soit sa main est placée près de son oreille (Figure 1).

Identifiez le site d'insertion, qui se situe à la face interne du bras non dominant, à environ 8 à 10 cm au-dessus de l'épitrachée.

Faites deux repères avec un marqueur stérile : un premier point, pour repérer l'endroit où l'implant sera inséré, et un second point, quelques centimètres au-dessus du premier repère (Figure 2).

Ce second repère servira plus tard de guide pour la direction pendant l'insertion.

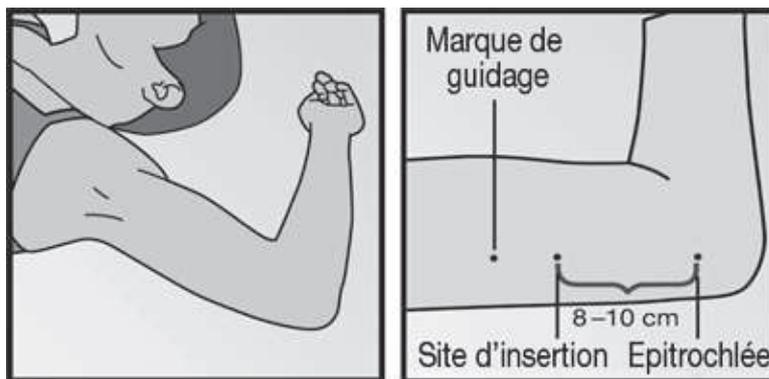


figure 1

figure 2

Nettoyez le site d'insertion avec une solution antiseptique.

Anesthésiez la zone d'insertion (par exemple, avec un anesthésique en spray ou en injectant 2 millilitres de lidocaïne à 1 % juste sous la peau le long du tunnel d'insertion prévu).

Sortez de son emballage l'applicateur NEXPLANON® préchargé stérile jetable contenant l'implant.

Tenez l'applicateur juste au-dessus de l'aiguille au niveau de la zone striée. Retirez le capuchon protecteur transparent de l'aiguille en le faisant glisser horizontalement, dans le sens de la flèche (Figure 3).

Si le capuchon ne se retire pas facilement, l'applicateur ne doit pas être utilisé. Vous pouvez voir l'implant blanc en regardant dans la pointe de l'aiguille.

Ne touchez pas la manette coulissante violette avant d'avoir entièrement inséré l'aiguille sous la peau, car l'aiguille se rétracterait et libérerait l'implant de l'applicateur.

Avec votre main libre, tendez la peau autour du site d'insertion entre le pouce et l'index. (Figure 4).

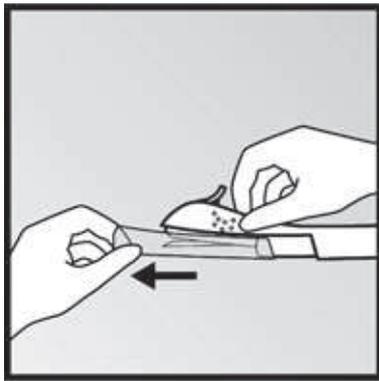


figure 3

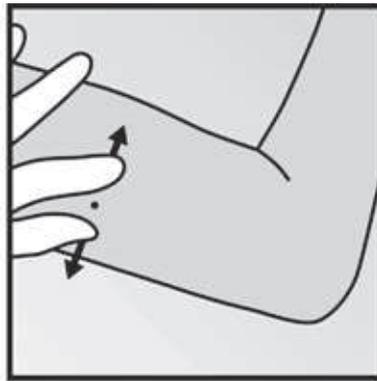


figure 4

Piquez la peau avec la pointe de l'aiguille selon un angle de 30° environ (Figure 5).

Amenez l'applicateur en position horizontale. Tout en soulevant la peau avec la pointe de l'aiguille, introduisez l'aiguille sur toute sa longueur. Vous pouvez ressentir une légère résistance mais n'exercez pas de force excessive (Figure 6). Si l'aiguille n'est pas entièrement insérée, l'implant ne sera pas correctement inséré.

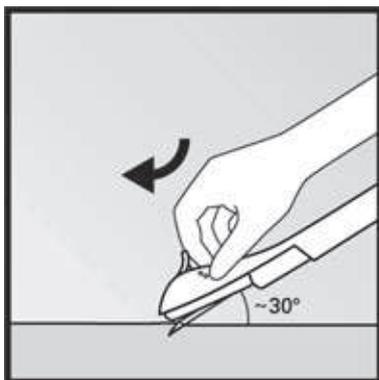


figure 5

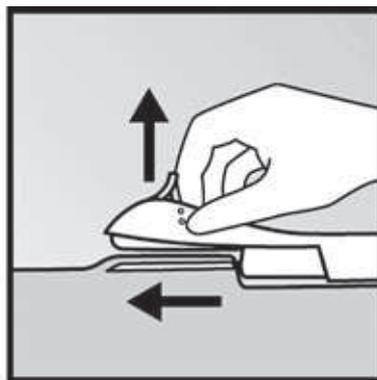


figure 6

Maintenez l'applicateur dans la même position avec l'aiguille insérée sur toute sa longueur. Si nécessaire, vous pouvez utiliser votre main libre pour maintenir l'applicateur dans la même position au cours de la procédure suivante. Déverrouillez la manette coulissante violette en la poussant légèrement vers le bas. Déplacez la manette coulissante complètement en arrière jusqu'à la butée (Figure 7). L'implant est maintenant dans sa position sous-cutanée finale et l'aiguille est verrouillée dans le corps de l'applicateur. L'applicateur peut maintenant être retiré. Si l'applicateur n'est pas maintenu dans la même position au cours de la procédure ou si la manette coulissante violette n'est pas complètement tirée en arrière, l'implant ne sera pas correctement inséré. Vérifiez toujours la présence de l'implant dans le bras de la patiente par palpation immédiatement après l'insertion. En palpant les deux extrémités de l'implant, vous devez pouvoir confirmer la présence du bâtonnet de 4 cm (Figure 8).



figure 7

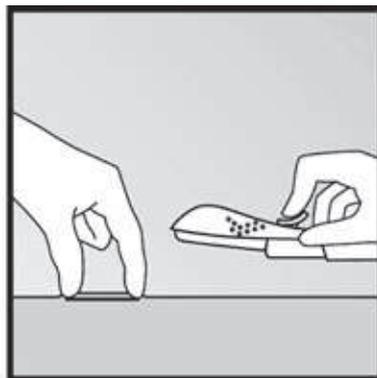


figure 8

Annexe 2 : Comment retirer NEXPLANON®

(Source : Base de données publiques des médicaments)
(15)

Nettoyez la zone où l'incision sera réalisée et appliquez un antiseptique. Localisez l'implant par palpation et marquez l'extrémité distale (l'extrémité la plus proche du coude), par exemple, avec un marqueur stérile (Figure 9).

Anesthésiez le bras, par exemple, avec 0,5 à 1 ml de lidocaïne à 1 % au niveau du repère indiquant l'endroit de l'incision (Figure 10). Veillez à injecter l'anesthésique local sous l'implant pour qu'il reste près de la surface de la peau.

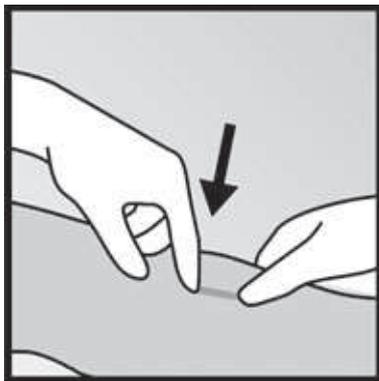


figure 9

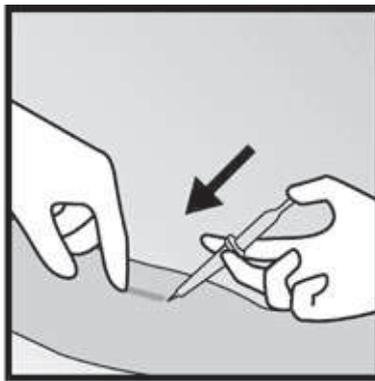


figure 10

Appuyez sur l'extrémité proximale de l'implant (Figure 11) pour l'immobiliser ; un renflement indiquant l'extrémité distale de l'implant peut apparaître. En partant de l'extrémité distale de l'implant, faire une incision longitudinale de 2 mm vers le coude.

Poussez doucement l'implant vers l'incision jusqu'à ce que l'extrémité soit visible. Saisissez l'implant avec une pince (de préférence une pince mosquito courbe) et retirez l'implant (Figure 12).

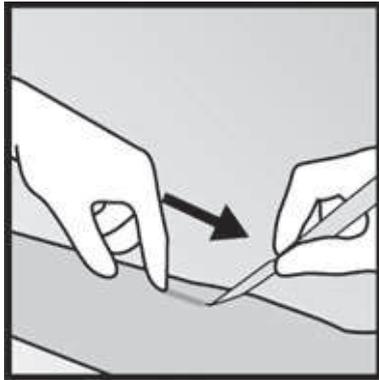


figure 11

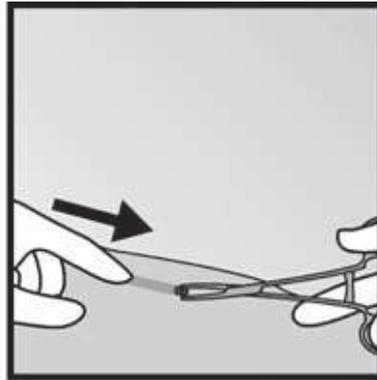


figure 12

Si l'implant est encapsulé, pratiquez une incision dans la gaine tissulaire et ensuite retirez l'implant avec une pince (Figures 13 et 14).

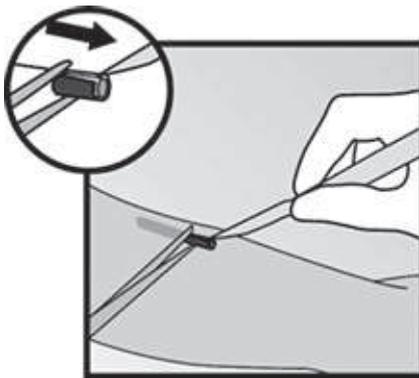


figure 13

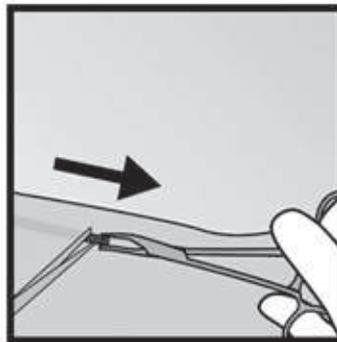
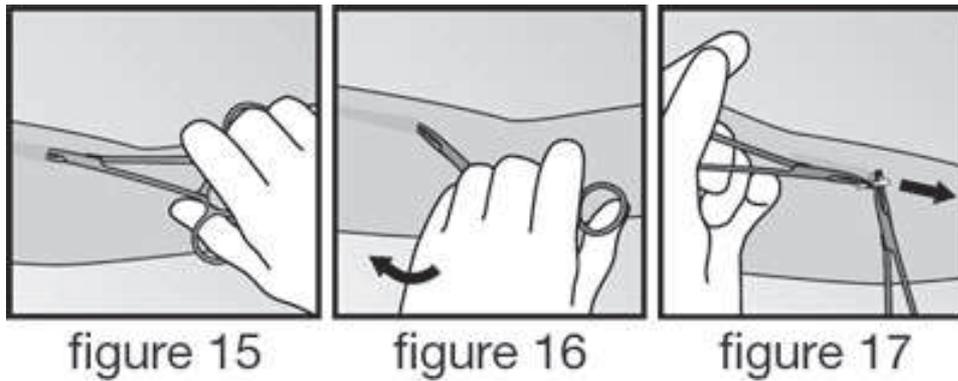


figure 14

Si l'extrémité de l'implant n'est pas visible au niveau de l'incision, insérez doucement une pince dans l'incision (Figure 15). Tournez la pince avec votre autre main (Figure 16). Avec une seconde pince, disséquez soigneusement le tissu autour de l'implant et saisissez l'implant (Figure 17). L'implant peut alors être retiré.



Vérifiez que la totalité du bâtonnet, qui mesure 4 cm de long, a été retiré en le mesurant. Des cas d'implants cassés dans le bras des patientes ont été rapportés. Dans certains cas, une difficulté de retrait de l'implant cassé a été signalée. Si un implant incomplet (moins de 4 cm) est retiré, le morceau restant devra être retiré en suivant les instructions de cette rubrique.

Si la femme souhaite continuer à utiliser NEXPLANON, un nouvel implant peut être inséré immédiatement après le retrait du précédent implant en utilisant la même incision.

Après avoir retiré l'implant, fermez l'incision avec une suture cutanée adhésive et appliquez un pansement adhésif.

Appliquez une compresse stérile avec un bandage compressif pour minimiser le risque d'ecchymose. La patiente peut retirer le bandage compressif au bout de 24 heures et le petit pansement au bout de 3 à 5 jours.

Annexe 3 : Questionnaire

Questionnaire relatif à l'implant contraceptif (Nexplanon®)

*Obligatoire

1) Qui êtes-vous ?

Sexe *

- masculin
 féminin

Lieu d'exercice *

- rural
 semi-rural
 urbain

Mode d'exercice *

- seul
 cabinet de groupe

Année d'installation / début d'exercice *

(choisir par défaut 01 janvier suivi de l'année qui correspond à votre réponse)

Possédez-vous le DU de gynécologie ? *

- oui
 non

2) Quelle est votre activité en gynécologie ?

Fréquence des consultations *

Par MOIS, nombre de consultations relatives à la contraception en général (y compris renouvellement)

- moins de 10
 entre 10 et 30
 plus de 30

Si vous n'avez aucune activité de gynécologie, vers qui adressez-vous les patientes ?

- planning familial

- gynécologue en ville
- gynécologue à l'hôpital
- confrère généraliste ayant une activité de gynécologie
- Autre :

A quelle fréquence prescrivez-vous ces différents moyens de contraception ? *

	Souvent	Parfois	Jamais
pilule oestro-progestative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anneau vaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
patch transdermique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pilule micro-progestative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
implant sous-cutané	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
progestatif injectable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DIU hormonal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DIU au cuivre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous reçu une formation pratique sur la pose/le retrait de l'implant ? *

- oui
- non

si oui, à quelle occasion ?

- lors de votre cursus hospitalo-universitaire
- à votre cabinet par un représentant médical
- lors d'une formation de groupe organisée pour les médecins généralistes installés
- Autre :

3) Vos connaissances de l'implant contraceptif (Nexplanon*)

Connaissez-vous sa durée d'efficacité ? *

(HORS CAS PARTICULIER)

- 1 an
- 2 ans
- 3 ans
- 5 ans

Connaissez-vous le(s) mécanisme(s) d'action ? *

(plusieurs réponses possibles)

- bloque l'ovulation
- bloque la nidation par atrophie de l'endomètre
- modifie la glaire cervicale

Où se pose l'implant ? *

- Face interne du bras non dominant
- Face externe du bras non dominant

Parmi les 7 autres moyens de contraception (cités dans le tableau précédent), où placez-vous l'implant en terme d'efficacité ? *

(1= meilleur indice de Pearl/ 8 = moins bon indice de Pearl)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8

Concernant le remboursement par la sécurité sociale *

- remboursé à 100%
- remboursé partiellement
- non remboursé

4) Vos prescriptions et vos actes

Vous arrive-t-il de prescrire l'implant ? *

- oui
- non

Posez-vous l'implant ? *

- oui
- non

Retirez-vous l'implant ? *

- oui
- non

Pratiquez-vous la pose de DIU ? *

- oui
- non

Pratiquez-vous le retrait de DIU ? *

- oui
 non

Pratiquez-vous la réalisation de Frottis cervico-vaginaux ? *

- oui
 non

5) Quels sont pour vous les avantages à la prescription de l'implant contraceptif ?

Bonne tolérance *

- oui
 non

Bonne efficacité *

- oui
 non

Observance optimale *

- oui
 non

Simplicité de mise en place *

- oui
 non

Acceptation des patientes *

- oui
 non

Coût *

- oui
 non

6) Quels sont pour vous les freins à la prescription de l'implant contraceptif ?

Difficultés techniques à la pose *

- oui

4/6

non

Difficultés techniques au retrait *

oui

non

Acte chronophage *

oui

non

Absence de matériel nécessaire au geste *

oui

non

Absence de correspondants spécialistes proches pour la réalisation de la pose ou du retrait *

oui

non

Faible cotation de l'acte de pose *

oui

non

Crainte d'une mauvaise tolérance *

oui

non

Crainte d'une mauvaise efficacité *

oui

non

Réticence/refus des patientes *

oui

non

Coût *

oui

non

Le fait que ce soit un progestatif de 3ème génération *

oui

non

5/6

Acte pouvant ne pas être couvert par l'assurance professionnelle *

- oui
 non

7) L'implant dans l'avenir

Vous êtes demandeur d'une formation *

(ou formation complémentaire)

- oui
 non

Vous envisagez de le prescrire/proposer plus souvent *

- oui
 non

Vos remarques ou commentaires

(texte libre)

6/6

Annexe 4 : Commentaires libres des médecins généralistes interrogés

1 « Je le pose depuis le début cela fait 9 à 10 ans je crois, le seul problème celui parfois de saignements intercurrents que l'on ne peut pas prévoir, rarement de prise poids. Très intéressant chez les distraites qui oublient. Pose de plus en plus chez la femme jeune. »

2 « problème de malvoyance DMLA pas de relief pour pose ou retrait »

3 « seul vrai problème les retraits délicats seule dans mon cabinet »

4 « Le principal problème avec l'implant, comme avec toute contraception progestative c'est le côté imprévisible des saignements. Entre les femmes qui saignent les 6 premiers mois en continu et celles qui se mettent à saigner au bout d'un an, on peut tout voir. Sans compter qu'une femme ayant parfaitement supporté son premier implant peut très bien ne pas tolérer le deuxième »

5 « prescripteur, poseur de la première heure.... »

6 « Cette contraception reste à haut risque d'effets indésirables majeurs qui amènent à son interruption au bout de quelques mois donc les patientes qui peuvent vraiment en bénéficier ne sont pas si nombreuses. Pour moi qui pratique les IVG médicamenteuses je reste amenée à le proposer parfois dans des situations complexes en terme de contraception. Je propose toujours du Luteran ou Lutenyl en continu pendant 3 mois à l'essai avant ! »

7 « Retrait souvent difficile et n'encourageant pas les patientes à en poser un autre par la suite. Je le propose pourtant systématiquement dans les modes de contraception et fais un essai préalable sous pilule micro progestative pendant 3 mois. »

8 « Pose facile mais cotation décourageante. Retrait difficile, chronophage. Patientèle souvent en surcharge pondérale donc crainte de mal poser l'implant avec perte d'efficacité Et puis c'est tellement plus facile de poser un DIU et de le retirer si besoin !!! Prescription seulement si patiente demandeuse et adressée au confrère(sœur) qui pratique souvent et en échange je pose ses DIU ..sinon très bien pour les patientes handicapées mentales (IMS locale) »

9 « je prescris 3 mois de Cerazette® pour m'assurer de la bonne tolérance au progestatif (spotting) j'ai déjà été amené à enlever l'Implanon® ou le Nexplanon® à cause de ces spottings »

10 « mon seul regret est de ne pas poser de DIU, quant à la couverture pas les assurances en réalité pour l'implant il n'y a pas de problème »

11 « Il me semble que ceux qui ne posent et ne déposent pas d'implant sont ceux qui ne pratiquent pas la gynécologie ...tout simplement.. »

12 « Je ne le pose pas car je n'ai jamais eu la formation pour. »

13 « certaines femmes ne souhaitent pas avoir un corps étranger sous leur peau par ailleurs certaines femmes sont gênées par les spotting »

14 « Le retrait est parfois difficile surtout ceux posés en milieu hospitalier! »

15 « je ne le prescrirai pas tant que je n'aurais pas eu une formation pratique »

16 « 1.se pose le problème de la moindre efficacité chez nos patientes obèses, et donc à changer plus souvent 2. je trouve que le DIU gardé en place 5 ans a plus d'avantages que l'implant gardé 3 ans, lequel a par ailleurs beaucoup de problèmes de métrorragies souvent mal acceptées par les patientes au long cours, ce qui occasionne des demandes de retrait anticipé ! 3. je pose aussi des petits DIU au cuivre chez les jeunes nullipares »

17 « Trop d'effets secondaires : poids, aménorrhée, technique invasive, retrait difficile »

18 « L'Implant est arrivé après mon cursus. La technique, la pose, la dépose, tout cela paraît théoriquement facile mais l'absence de FMC et d'enseignement de pratique de pose et de dépose font qu'il est plus simple de ne pas le faire.. Il n'y a pas de lieu ou de stage pour les praticiens de ville pour s'entraîner à une nouvelle pratique quand elle arrive.. Après l'installation des petits stages d'une à 2 semaines dans un service hospitalier devrait être possible aussi bien en Gynécologie, Obstétrique, Rhumatologie, Cardiologie pour maîtriser un nouveau concept.. Les livres ne font pas tout. L'acceptation des médecins généralistes en remise à niveau dans les CHU devrait être promue.. Cordialement. »

19 « un moyen parmi d'autres d'assurer une contraception. A discuter et à proposer au cas par cas avec les patientes »

20 « demandes de retrait pour cause de spotting assez fréquents mais quant il est bien supporté elles en redemandent »

21 « l'acte de pose devrait être coté. »

22 « Dans le cadre d'un choix de contraception, j'en parle systématiquement. Mais le caractère "définitif" de la mise en place peut être un frein (facile à poser mais beaucoup moins à retirer). Pas mal de problèmes de tolérance (prise de poids, spotting fréquents) »

23 « moyen simple et pratique de plus en plus demandé par des très jeunes femmes(18 25 ans) »

24 « il vaut mieux se former "en vrai "avant la pose (bien soulever la peau) et surtout le retrait : il faut bien tirer dessus pour l'enlever !! »

25 « La pose et l'ablation ne posent aucun problème : 10 minutes pour l'ablation. La bonne tolérance de Nexplanon® repose surtout sur une bonne étude du profil de la

patiente qui va le recevoir. »

26 « fréquentes difficultés à enlever l'implant surtout chez les femmes avec un tissu adipeux important qui ne permet pas toujours de retrouver le dispositif »

27 « dans mon expérience : mal supporté , prises de poids , spotting, ...je préfère poser des DIU même aux nullipares »

28 « bonne contraception si bien tolérée, mais saignements fréquents et prise de poids pour moi contraception de seconde intention , une pilule bien prise est plus souple »

29 « pratiquant la pose de l'implant depuis sa sortie sur le marché français, vous prêchez une convaincue.... certaines de mes patientes en sont a leur 5ème implant.... »

30 « je n'ai pas vraiment de frein pour la prescription de l'implant. La prescription en elle-même ne me paraît pas plus chronophage que pour la prescription d'une contraception orale. C'est le retrait qui est chronophage mais j'assume et je retire les implants que j'ai posés. »

31 « la plus grande limite actuellement pour moi, c'est que je n'en pose pas n'ayant pas eu de formation sur la pose (tout comme la pose de DIU) ; projet de formation personnelle en vue de pouvoir apporter ce choix à ma patientèle étant en milieu rural les patientes n'attendent que ça que je puisse poser des implants et des DIU »

32 « Ce n'est pas à mon avis un acte de médecine générale. Je pense que mon rôle est seulement de proposer ce moyen de contraception à mes patientes, éventuellement de le prescrire, et de l'adresser dans une structure outillée et compétente. »

33 « Les effets secondaires sont fréquents, méno-métrorragies, acné, prise de poids, je préfère poser un DIU »

34 « une formation est nécessaire+++++ »

35 « Je prescris déjà beaucoup »

36 « plus de saignements imprévisibles, problème du retrait seul dans son cabinet quelquefois: fibrose autour, profondeur.... vous ne parlez pas des obèses pour lesquelles il faut diminuer la durée de vie de l'implant »

37 « J'ai beaucoup de demande de retrait prématuré »

38 « Le côté chronophage vaut essentiellement pour le retrait car pour la pose 15 mn suffisent. Par rapport aux inconvénients : spotting qui deviennent parfois trop importants avec des femmes qui souhaitent du coup retirer l'implant plus tôt que prévu. (ils surviennent parfois d'un jour à l'autre alors que les 2 années auparavant la tolérance était parfaite!) »

39 « pas toujours bien supporté par les patientes car règles irrégulières, parfois trop

fréquentes, prise de poids, retrait parfois difficile surtout si la patiente a pris du poids »

40 « Je trouve la technique agressive et intrusive »

41 « effets secondaires très souvent de type acné, prise de poids, et une fois posé la femme est prisonnière pieds et mains liés de cet implant avec nécessité d'intervention médicale pouvant la libérer »

RESUME

ÉTAT DES LIEUX DE PRATIQUES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES CONCERNANT L'IMPLANT CONTRACEPTIF : ÉTUDE EN HAUTE-NORMANDIE

Etude prospective menée entre mai et septembre 2014 auprès de médecins généralistes libéraux.

Anne PERAN, interne des hôpitaux de Rouen,
Sous la direction du Docteur Pascal BOULET.

Objectif

Devant la diminution des gynécologues médicaux, la contraception doit être abordée et maîtrisée par les médecins généralistes. L'implant contraceptif en France est encore une contraception de second choix d'après les recommandations officielles, du fait d'effets indésirables non négligeables, pourtant, c'est la méthode de contraception la plus efficace, et elle semble être un choix plus qu'opportun pour une population tabagique et/ou pour laquelle l'observance d'une contraception orale est problématique.

L'objectif principal de cette étude est d'établir un état des lieux des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie vis à vis de l'implant contraceptif. L'objectif secondaire est de déterminer les facteurs associés à la prescription ou non de l'implant contraceptif.

Matériel et Méthodes

152 médecins généralistes ont répondu à notre enquête. Ils ont été contactés par mail. Leurs réponses ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire de type QCM.

Résultats

Dans notre étude, 80% des médecins généralistes déclarent prescrire l'implant. 57% déclarent le poser et 62% déclarent le retirer. Il apparaît que 49% des médecins généralistes n'ont pas reçu de formation pratique à la pose/au retrait de l'implant, parmi eux, 39% souhaitent apprendre ce geste ($p=0,002$).

Les femmes médecins et les médecins ayant une durée d'exercice inférieure à dix ans représentent les groupes significativement plus formés ($p= 0,005$ et $p=0,027$). L'observance et l'efficacité sont clairement identifiées par les médecins de notre échantillon comme des avantages à cette contraception, pour 98% et 100% d'entre eux.

Les difficultés techniques au retrait de l'implant et la crainte d'une mauvaise tolérance apparaissent être les principaux freins à la prescription de cette contraception, pour respectivement 62% et 61% d'entre eux.

Conclusion

Réalisée grâce aux éléments apportés par les médecins généralistes sur leur pratique quotidienne, cette enquête a permis de recueillir de nombreuses informations sur la prise en charge de la contraception au cabinet et plus particulièrement sur les pratiques des médecins généralistes vis à vis de l'implant.

Les diverses formations représentent une démarche indispensable pour les médecins généralistes, qui leur permet de parfaire leurs connaissances, et d'apprendre le cas échéant des pratiques techniques jusqu'alors non maîtrisées. Ces formations ciblées devraient être accessibles à tout médecin généraliste qui en fait la demande.

Mots-clés : Subdermal implant, contraception, étonogestrel, long-acting reversible contraception, unintended pregnancy.

ÉTAT DES LIEUX DE PRATIQUES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES CONCERNANT L'IMPLANT CONTRACEPTIF : ÉTUDE EN HAUTE-NORMANDIE

Etude prospective menée entre mai et septembre 2014 auprès de médecins généralistes libéraux.

Anne PERAN, interne des hôpitaux de Rouen,
Sous la direction du Docteur Pascal BOULET.

Objectif

Devant la diminution des gynécologues médicaux, la contraception doit être abordée et maîtrisée par les médecins généralistes. L'implant contraceptif en France est encore une contraception de second choix d'après les recommandations officielles, du fait d'effets indésirables non négligeables, pourtant, c'est la méthode de contraception la plus efficace, et elle semble être un choix plus qu'opportun pour une population tabagique et/ou pour laquelle l'observance d'une contraception orale est problématique.

L'objectif principal de cette étude est d'établir un état des lieux des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie vis à vis de l'implant contraceptif. L'objectif secondaire est de déterminer les facteurs associés à la prescription ou non de l'implant contraceptif.

Matériel et Méthodes

152 médecins généralistes ont répondu à notre enquête. Ils ont été contactés par mail. Leurs réponses ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire de type QCM.

Résultats

Dans notre étude, 80% des médecins généralistes déclarent prescrire l'implant. 57% déclarent le poser et 62% déclarent le retirer. Il apparaît que 49% des médecins généralistes n'ont pas reçu de formation pratique à la pose/au retrait de l'implant, parmi eux, 39% souhaitent apprendre ce geste ($p=0,002$).

Les femmes médecins et les médecins ayant une durée d'exercice inférieure à dix ans représentent les groupes significativement plus formés ($p= 0,005$ et $p=0,027$). L'observance et l'efficacité sont clairement identifiées par les médecins de notre échantillon comme des avantages à cette contraception, pour 98% et 100% d'entre eux.

Les difficultés techniques au retrait de l'implant et la crainte d'une mauvaise tolérance apparaissent être les principaux freins à la prescription de cette contraception, pour respectivement 62% et 61% d'entre eux.

Conclusion

Réalisée grâce aux éléments apportés par les médecins généralistes sur leur pratique quotidienne, cette enquête a permis de recueillir de nombreuses informations sur la prise en charge de la contraception au cabinet et plus particulièrement sur les pratiques des médecins généralistes vis à vis de l'implant.

Les diverses formations représentent une démarche indispensable pour les médecins généralistes, qui leur permet de parfaire leurs connaissances, et d'apprendre le cas échéant des pratiques techniques jusqu'alors non maîtrisées. Ces formations ciblées devraient être accessibles à tout médecin généraliste qui en fait la demande.

Mots-clés : Subdermal implant, contraception, étonogestrel, long-acting reversible contraception, unintended pregnancy.

