

# Évaluation de la prescription de première contraception par le médecin généraliste picard

Adélaïde Dupuis

▶ **To cite this version:**

Adélaïde Dupuis. Évaluation de la prescription de première contraception par le médecin généraliste picard. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01370719

**HAL Id: dumas-01370719**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01370719**

Submitted on 23 Sep 2016

**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.

**UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE**
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

ANNÉE 2016 N° : 56

**THÈSE POUR LE**

**DIPLÔME D'ÉTAT**

**DE DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

Par

**Adélaïde DUPUIS**

Présentée et soutenue publiquement le 7 juin 2016

# Évaluation de la prescription de première contraception par le médecin généraliste Picard.

PRÉSIDENT DU JURY :

Monsieur le Professeur SERGENT Fabrice

JUGES :

Monsieur le Professeur ANDREJAK Michel

Monsieur le Professeur BOUDAILLIEZ Bernard

Monsieur le Professeur SEVESTRE Henri

DIRECTRICE DE THÈSE :

Madame le Docteur PELTIER Marie-Charlotte

**REMERCIEMENTS**

Monsieur le Professeur SERGENT Fabrice
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Gynécologie Obstétrique)

*Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté au sujet.*
*Vous m'avez fait l'honneur d'avoir accepté la présidence de ce jury de thèse,*
*Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.*

Monsieur le Professeur ANDREJAK Michel
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier Consultant
(Pharmacologie Fondamentale Clinique)
Ancien Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'Amiens
Ancien Responsable du Service de Pharmacologie Clinique
Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des Populations
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail,*
*Veuillez trouver l'expression de mes remerciements et de mon profond respect.*

Monsieur le Professeur BOUDAILLIEZ Bernard
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Pédiatrie)
Pôle « Femme-Couple-Enfant »
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail,*
*J'ai pu bénéficier de votre enseignement lors de mon stage d'internat dans votre service,*
*Il fût très enrichissant*
*Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect*

Monsieur le Professeur SEVESTRE Henri
Professeur d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques à l'UFR de Médecine d'Amiens
Chef du Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU d'Amiens Picardie
Adjoint au Chef de l'Oncopôle

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail, je vous en remercie*
*Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.*

Madame le Docteur PELTIER Marie-Charlotte
Médecin généraliste
Ancien Chef de Clinique de Médecine Générale de la Faculté de Médecine d'Amiens

*Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail*
*Veuillez trouver l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.*

Madame le Docteur DELABRE-NYGA Pauline, médecin généraliste et Madame le Docteur DESSAINT Adèle, gynécologue

*Mes chères amies*
*Vous m'avez soutenu, conseillé et aidé dans ce travail*
*Soyez assurées de ma reconnaissance et de ma gratitude*

REMERCIEMENTS

***À mes très chers Parents***, merci d'avoir cru en moi, merci pour votre soutien infaillible en toutes circonstances, vous m'avez toujours entourée de votre amour et de vos valeurs. Vous m'avez accompagné avec bienveillance et patience tout au long de ces études, je suis fière de vous avoir.

***À ma Sœurette chérie*** : merci pour ces 30 dernières années, je n'ai que de bons souvenirs de notre duo, une grande sœur à l'écoute, une confidente, une force, un modèle dans tant de domaines. Je t'admire ! À tes magnifiques poussins qui font mon bonheur, ***ma filleule chérie et le Gabout'chou***, à ton ***Maxime***, mon « cher bof » !

À mes ***grands parents*** : vous êtes des modèles de droiture et de générosité, merci pour votre soutien. Et à ***toute ma famille***, oncles, tantes, cousin(e)s, mon Parrain et Nadine, merci pour votre soutien.

***À Mathieu***, à nous, merci pour ton soutien infaillible, pour ta force, pour tes attentions, tu es mon pilier. Rien ne paraît insurmontable à tes côtés, merci pour ce bonheur que tu m'apportes, pour cette vie en perpétuel mouvement, pour tout.

***À Véronique et Claude***, pour votre soutien, votre aide dans nos projets et votre bienveillance, merci de m'accueillir parmi vous. ***À Clémence***, pour ton aide précieuse en anglais, merci encore.

***À ma Foufteam*** : Adèle, Agathe, Audrey, Clémence, Isa, Pascaline, Pauline : vous êtes ma 2ème famille, je vous aime toutes sincèrement malgré le temps qui passe, malgré la distance. À nos années d'amitié, nos centaines de soirées, nos milliers de fous rires. Vous m'êtes extrêmement précieuses. ***À vos hommes*** : pour leur amitié et leur joie de vivre.

***À mon Tcho Lapin national*** : mon hémato amoureux des globules ! A nos kilomètres parcourus, à nos litres d'hypnovel, à nos apéros, nos têtes à têtes, nos séries, nos délires et à nos futures bouteilles d'oxygène à partager ! ***À Florian***, me voilà à 30 ans et 2 jours, mais finalement nous n'aurons pas à nous marier. À ton amitié sincère, à ton écoute, à ces années de complicité et de rires. ***Aux amis de la fac***, Fifi pour nos nombreuses soirées, Anne Charlotte, Florence, Christelle…

À « ***LH Beach*** » et aux nouveaux amis : Marion et Richard, Gégé et Flo, Aurélie et Flo, Lulu et Jojo, Pti biscuit, Anne-So et Cédric, (…) mais aussi à Alex de Reims et Pascal pour son bon vin !

***À la Maison Médicale Caux Estuaire*** : merci pour votre accueil chaleureux !

**TABLE DES MATIÈRES**

**LISTE DES ABBRÉVIATIONS……..7**

**I. INTRODUCTION ..... 8**
**A. Avant-propos ..... 8**
**B. Quelques dates clés en France ..... 10**
**C. Rappel des différentes méthodes contraceptives (7) (8) (9) (10) ..... 12**
1. Les méthodes naturelles ..... 12
2. Les méthodes barrières ..... 13
3. Les méthodes hormonales œstro-progestatives (OP) ..... 14
4. Les méthodes hormonales progestatives ..... 17
5. Le dispositif intra-utérin non hormonal : le stérilet au cuivre ..... 20
6. La contraception définitive féminine ..... 21
7. La contraception d'urgence ..... 21
**D. Efficacité des principales méthodes contraceptives ..... 22**
**E. Etat des lieux de la contraception en France (16) ..... 23**
**F. Justification de l'étude ..... 24**

**II. MATÉRIEL ET MÉTHODE ..... 25**
**A. Question de recherche ..... 25**
**B. Objectifs ..... 25**
**C. Caractéristiques de l'étude ..... 25**
1. Type d'étude ..... 25
2. L'échantillon ..... 25
3. Période ..... 26
*4.* Le questionnaire ..... 26
5. Retours et analyses des résultats ..... 26

**III. RÉSULTATS ..... 27**
**A. Caractéristiques des sondés : 1ère partie du questionnaire ..... 27**
*1. Sexe* ..... 27
*2. Année de naissance* ..... 27
*3. Milieu d'exercice et département* ..... 27
*4. Formation en gynécologie (choix multiple)* ..... 28
*5. Gynécologue consultable dans la localité* ..... 28
*6. Fréquence de la pratique de gynécologie* ..... 28
*7. Quels moyens de contraception prescrivez-vous habituellement ?* ..... 29
**B. Prescription initiale d'une contraception : 2ème partie du questionnaire ..... 30**
*1. Prenez-vous en charge la première prescription de contraception ?* ..... 30
*2. Faites-vous une consultation entièrement dédiée ?* ..... 30
*3. Accompagnement par une tierce personne ? Choix multiples* ..... 31
*4. Avant de prescrire, quels critères prenez-vous en compte ? Choix multiple* ..... 31
*5. Réalisez-vous un frottis avant cette première prescription ?* ..... 34
*6. Réalisez-vous un bilan biologique avant cette première prescription ?* ..... 34
*7. Expliquez-vous les avantages et inconvénients de chaque catégorie de contraceptif avant la prescription ?* ..... 35
*8. Quels moyens prescrivez-vous en primo-prescription ?* ..... 35
*9. Abordez-vous les conduites à tenir dans les cas particuliers suivants ?* ..... 36
*10. Prévoyez vous une consultation à distance pour réévaluer la tolérance et l'observance du traitement ?* ..... 37
**C. Cadre Officiel : 3ème partie du questionnaire ..... 38**
*1. Connaissez-vous les recommandations éditées par l'HAS en 2004 ?* ..... 38
*2. Connaissez-vous le modèle BERCER de la HAS ?* ..... 38

*3. Vous sentez-vous suffisamment formé/informé pour prendre en charge de façon optimale la prescription de première contraception ?*.....38
*4. Désireriez-vous des formations complémentaires sur les différentes méthodes (patchs, DIU, implants) et les gestes pratiques (pose d'implant/DIU) ?* .....39
**D. Critères secondaires .....39**
*1. Influence du sexe du prescripteur* .....39
*2. Influence de l'âge du prescripteur (tableaux de contingence en annexe 14)*.....42

**IV. DISCUSSION .....46**
**A. Points positifs .....46**
**B. Points négatifs .....46**
**C. Analyse des résultats .....47**
*1. Caractéristiques des sondés* .....47
*2. Niveau de formation* .....48
*3. Réponse à l'objectif principal de l'étude* .....49
*4. Réponse aux hypothèses secondaires* .....60

**V. CONCLUSION .....62**

**ANNEXES**

ANNEXE 1: CLASSIFICATION DES CONTRACEPTIFS ORAUX .....70
ANNEXE 2 : LES EFFETS INDÉSIRABLES DES CONTRACEPTIFS OP .....71
ANNEXE 3 : LES CONTRE INDICATIONS AUX CONTRACEPTIFS OP : .....71
ANNEXE 4: LES CONTRE-INDICATIONS AUX CONTRACEPTIONS PROGESTATIVES....73
ANNEXE 5 : LES CONTRE INDICATIONS AUX DIU .....74
ANNEXE 6 : LES EFFETS INDÉSIRABLES DES DIU AU CUIVRE .....75
ANNEXE 7 : LES CONTRACEPTIONS D'URGENCE .....75
ANNEXE 8 : INDICE DE PEARL.....76
ANNEXE 9 : SYNTHÈSE SUR LA STRATÉGIE DE CHOIX DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES : 15 MESSAGES-CLÉ.....77
ANNEXE 10 : LE QUESTIONNAIRE .....78
ANNEXE 11 : Tableaux de contingence sur le fait d'interroger sur les catégories d'antécédents en fonction de la connaissance des recommandations. .....80
ANNEXE 12 : Tableaux de contingence sur le type de méthode utilisée en primo prescription en fonction de la connaissance des recommandations. .....80
ANNEXE 13 : Tableaux de contingence sur l'influence du sexe du prescripteur sur la prise en charge de la première contraception .....81
ANNEXE 14 : Tableaux de contingence de l'influence de l'âge du prescripteur sur la prise en charge de la consultation .....84
ANNEXE 15 : CAT en cas d'oubli de pilule selon les recommandations HAS 2004 .....86

**RÉSUMÉ ..... 87**

## LISTE DES ABBRÉVIATIONS

(Par ordre d'apparition)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

HAS : Haute Autorité de Santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

PMI : Protection Maternelle et Infantile

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LH : Hormone Luteïnisante

OP : Œstro-Progestatif

FSH : Hormone Folliculo-Stimulante

EE : Ethynil-Estradiol

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AIT : Accident Ischémique Transitoire

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

DIU : Dispositif Intra Utérin

HTA : Hypertension Artérielle

IP : Indice de Pearl

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

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

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

FMC : Formation Médicale Continue

EPU : Enseignement Post Universitaire

ATCD : Antécédent

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Complémentaire

DU : Diplôme Universitaire

CAT : Conduite À Tenir

NS : Non Significatif / PS : Peu Significatif

HPV : Human Papilloma Virus

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

ECN : Epreuves Classantes Nationales

RMO : Recommandations Médicales Opposables

µg : Microgramme

# I. INTRODUCTION

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la contraception est l'ensemble des méthodes permettant d'empêcher la survenue d'une grossesse non désirée.

La contraception est une question de grande importance, son développement et sa bonne utilisation constituent de forts enjeux pour la médecine et la santé publique d'aujourd'hui et demain.

## A. Avant-propos

Le 21 décembre 1974 le Parlement a adopté la loi Veil légalisant l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), en la considérant toutefois comme un recours ultime, les législateurs espérant que le développement de la contraception conduirait à la diminution du recours à l'avortement. (1)

Cependant est survenu le « paradoxe français » : c'est l'augmentation de l'utilisation de la contraception avec une stabilité du nombre d'IVG depuis 1975 : 200000 IVG par an, avec une relative augmentation dans la tranche d'âge des 19 à 25 ans (2).

En 1978 : 52% des femmes sont sous contraception et en 2004 ce sont 82% des femmes qui sont dans ce cas ce qui induit une diminution des grossesses non désirées. Le taux stable malgré cela des IVG prouve qu'il y a plutôt une propension à recourir à l'avortement en cas de grossesse non prévue : 41% des grossesses non prévues étaient vouées a l'IVG contre 62% en 2004 : on passe de maternité sous contrainte à maternité choisie (3). L'étude COCON (4) de 2004 met en relief qu'en 1998 en France, 28% des IVG concernaient les femmes sans contraception, 23% sous pilule, 7% sous stérilet : cela prouve qu'il y a un réel problème de contraception : des adolescentes sans contraception, un mauvais contrôle de la méthode ou une contraception non adaptée à la patiente.

La question de la prise en charge contraceptive et plus particulièrement la première contraception est donc primordiale pour optimiser la prise en charge des patientes et diminuer le taux de grossesses non désirées.

Le nombre de gynécologues médicaux s'amenuisant avec les années, le médecin généraliste devient un interlocuteur de première ligne dans la prise en charge contraceptive de ses patientes.

À ce sujet, la HAS (Haute Autorité de Santé) a édité en 2004 des Recommandations, établies pour guider le médecin dans sa prise en charge thérapeutique contraceptive, lui donnant les lignes conductrices à suivre en se basant sur le modèle **BERCER** : (5)

- **Bienvenue** : cette phase vise essentiellement à favoriser une relation d'équivalence et à rassurer la consultante. Le soignant l'assure de la confidentialité des entretiens et présente le rôle,

les objectifs et le déroulement possibles de la ou des consultations.

- **Entretien** : phase interactive. Elle a pour objectif prioritaire le recueil d'informations sur la femme, son état de santé, ses besoins propres et ses éventuels problèmes. Elle donne lieu à un « entretien » et à un examen clinique. Au cours de cet entretien, le soignant explore en complément de la clinique le contexte de vie de la consultante, son expérience en matière de contraception, sa vision des choses. Cette phase est propice au développement d'un diagnostic éducatif.

- **Renseignement** : Cette phase vise à la délivrance par le soignant d'une information hiérarchisée et sur mesure, compréhensible et adaptée au rythme et aux connaissances de la consultante. Il est essentiel que le soignant s'assure de la compréhension de l'information qu'il aura fournie. Celle-ci concerne en particulier les méthodes qui intéressent la consultante ou qu'elle préfère (leurs bénéfices, leurs contre-indications, les risques graves, même exceptionnels, leur intérêt, leurs inconvénients, leurs coûts). Le soignant l'informe des options et alternatives qu'il juge adaptées à sa situation personnelle. Il est possible de fournir un document écrit en complément.

- **Choix** : la décision finale appartient à la consultante seule. Pour l'aider, son attention et sa réflexion peuvent être attirées sur des projets personnels, sa situation familiale, ses préférences et éventuellement celles de son partenaire, les bénéfices et les risques des différentes méthodes, les conséquences de son choix. Le soignant s'attache également à faire réfléchir la femme sur la possibilité qu'elle a, compte tenu de sa trajectoire personnelle, de respecter la méthode. Il s'assure au final de son plein accord et de l'absence de réticences vis-à-vis de la méthode.

- **Explication** : cette phase est orientée sur l'explication de la méthode et de son emploi et vise, s'il y a lieu, à l'établissement d'une prise en routine (par exemple des conseils sur la prise à heure régulière d'une pilule, le soir après un repas). En pratique, elle comprend si possible une démonstration de son usage et peut avantageusement même donner lieu à un apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même. Le soignant renseigne la consultante sur les possibilités de rattrapage en cas de problème et lui indique où et dans quelles conditions elle peut se procurer ces différentes méthodes. Sont enfin abordées les raisons médicales qui peuvent justifier son retour ainsi que la programmation et la planification de la consultation suivante.

- **Retour**. Les consultations de suivi sont l'occasion de réévaluer la méthode et de vérifier qu'elle est adaptée à la personne et que celle-ci en est satisfaite. C'est également l'opportunité de compléter la contraception ou éventuellement de changer de méthode si elle se révèle inadaptée ou insuffisante (en raison par exemple d'une exposition aux Infections Sexuellement Transmissibles (IST)). Le soignant s'intéresse également aux questions que se pose la consultante et s'attache à résoudre les problèmes, cliniques ou d'emploi, qu'elle a pu rencontrer dans l'intervalle des 2 consultations. Il prend en compte les modifications de sa trajectoire individuelle et sociale. L'entretien se termine par la programmation et la planification de la consultation suivante.

De manière globale, s'engager dans une démarche individuelle d'aide au choix implique pour

le médecin (ou pour le soignant menant cette consultation) :

- de réfléchir, au préalable, à la signification individuelle et sociale du geste que représente la prescription d'une méthode contraceptive ;

- de se questionner sur son propre positionnement vis-à-vis de la contraception et des différentes méthodes, ainsi que sur son rôle dans la relation avec la femme et le couple ;

- de prendre le temps d'analyser précisément avec la femme (et/ou le couple) sa situation médicale, socioculturelle, ses représentations, ses peurs et ses envies avant d'envisager avec elle une ou des méthodes contraceptives ;

- de l'informer sur les choix possibles ;

- de lui permettre de choisir la méthode qu'elle estime comme la plus adaptée ;

- de la former à l'utilisation de la méthode choisie ;

- enfin, de réévaluer périodiquement cette option avec la femme et/ou le couple.

### B. Quelques dates clés en France

Elles sont nombreuses et importantes (1) :

- ***La loi de 1920*** : a interdit tout recours à la contraception et à l'avortement
- ***En 1945*** : Création de la PMI (Protection Maternelle et Infantile) (6) suite au constat des répercussions délétères de la guerre sur l'état de santé des personnes. Son objectif était de permettre la protection généralisée de toute une population : femmes enceintes, jeunes mères et enfants jusque 6 ans
- ***Le 6 juillet 1964*** : La PMI a été rattachée au Département
- ***La loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967, loi NEUWIRTH*** : a autorisé la contraception et supprimé les dispositions législatives antérieures qui l'interdisaient.
- ***La loi n° 74 - 1026 du 4 décembre 1974*** **:** a autorisé les centres de planification ou d'éducation familiale à délivrer à titre gratuit et anonyme des contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineures désirant garder le secret. Par décret du ***6 août 1992***, ils ont été autorisés à assurer, sous la responsabilité d'un médecin, le dépistage et le traitement de certaines IST (infections sexuellement transmissibles) et le dépistage de l'infection par le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine). Depuis 2000, les activités de dépistage et de traitement réalisées dans les centres de planification concernent l'ensemble des IST.
- ***La loi n° 75-17 du 17 janvier 1975, dite loi Veil*** : a autorisé l'IVG en France et fixé les grands principes régissant sa pratique :
    - l'IVG est décidée par la femme concernée lorsqu'elle estime que sa grossesse la place dans une situation de détresse ;

- elle doit être réalisée avant le fin de la 10ème semaine de grossesse, par un médecin, dans un établissement de santé ;
- clause de conscience : médecin/personnel peuvent refuser de pratiquer l'intervention ;
- la femme doit réaliser des démarches obligatoires préalables destinées à son information et à sa réflexion ;
- deux consultations médicales espacées d'une semaine
- une consultation psycho-sociale ;

- ***La loi du 18 décembre 1989*** : pour la protection et la promotion de la santé de la famille et de l'enfance par la PMI, et le repérage avec soutien des populations « vulnérables ».
- ***La loi n°2000-1209 du 13 décembre 2000*** **:** a autorisé la délivrance de la contraception d'urgence, dans des conditions définies par décret, aux mineures désirant garder le secret dans les pharmacies et autorise l'administration de la contraception d'urgence par les infirmières, aux élèves mineures et majeures des collèges et lycées, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée. Les infirmières doivent aussi s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veiller à la mise en œuvre d'un suivi médical.
- ***La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001*** **:** le délai de recours à l'IVG est porté à 12 semaines de grossesse avec la possibilité de les pratiquer en médecine de ville. Les mineures peuvent y avoir accès sans autorisation parentale, mais accompagnées d'un majeur. Le médecin est habilité par la loi à réaliser l'ensemble des actes relatifs à l'intervention, notamment l'anesthésie. Les conditions de recours aux consultations psycho-sociales sont modifiées : une consultation psycho-sociale préalable est proposée à toutes les femmes (non obligatoire pour les majeures) et une 2ème consultation est proposée à toutes les femmes après l'intervention. Cette loi ne soumet plus la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux mineurs au consentement des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal.
- \+ séances obligatoires d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées ainsi que dans toutes les structures accueillant des personnes handicapées à raison d'au moins 3 séances annuelles et par groupes d'âge homogène.
- ***La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique*** **a** fixé dans le domaine de la contraception et de l'IVG des objectifs : l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes
- ***La loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012*** de financement de la sécurité sociale pour 2013 a prévu une prise en charge à 100% des IVG par l'Assurance Maladie.

## C. Rappel des différentes méthodes contraceptives (7) (8) (9) (10)

### 1. Les méthodes naturelles

#### a) *Le retrait ou coït interrompu*

Il s'agit d'interrompre le rapport sexuel avant l'éjaculation : méthode peu fiable car risque de grossesse de 15%, peu efficace, très astreignante et source de difficultés conjugales

#### b) *L'abstinence périodique*

##### (1) Ogino Knauss

Cette méthode se base sur la durée de vie des spermatozoïdes dans la glaire (72 heures) et sur celle de l'ovocyte (24 heures), les rapports sexuels sont déconseillés du 10 au 18$^{ème}$ jour d'un cycle de 28 jours : inefficace en cas de troubles du cycle car la date d'ovulation est variable.

##### (2) Billings ou méthode de la glaire cervicale

Abstinence dès l'apparition de la glaire, recherchée par la femme après introduction de deux doigts dans le vagin puis écartement pour apprécier la filance. Abstinence à poursuivre quatre jours après l'apparition de la dernière glaire humide.

##### (3) Température

La température corporelle s'élève de 0,2 à 0,4 °C au moment de l'ovulation. La durée de vie de l'ovocyte étant de 24h environ, les rapports sexuels non protégés qui ont lieu plus de deux jours après l'élévation de température ne peuvent, en principe, pas entraîner de grossesse. Si l'on a eu un rapport sexuel les jours qui précédent l'ovulation, les spermatozoïdes (non bloqués dans les cryptes cervicales) qui vivent jusqu'à 72 jours dans l'appareil génital de la femme, peuvent féconder l'ovocyte. La méthode est astreignante car la température doit être prise quotidiennement. De plus sa valeur prédictive positive peut être biaisée lors d'une banale hyperthermie d'étiologie infectieuse.

##### (4) Test d'ovulation

Ces tests identifient le pic de LH (Hormone Lutéïnisante), 24 à 36 heures avant l'ovulation. Ils ont une efficacité limitée en cas de syndrome des ovaires poly-kystiques étant donné que la LH est augmentée de manière basale ce qui positive le test en dehors des périodes d'ovulation

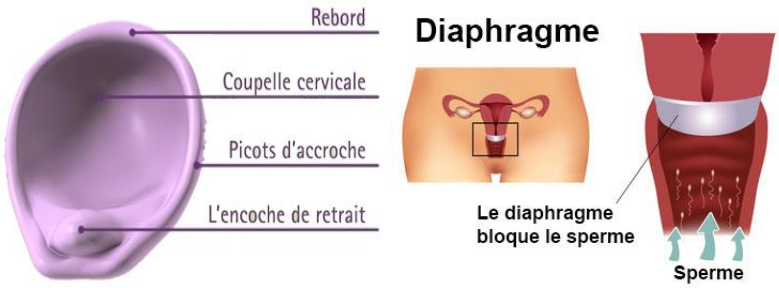
### (5) Méthode MAMA

Méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée : dans les 6 premiers mois après la naissance ou au moins jusqu'au retour de couches. Méthode très contraignante : elle suppose pour être efficace, un allaitement exclusif, à la demande, jour et nuit et l'absence de règles

## 2. Les méthodes barrière

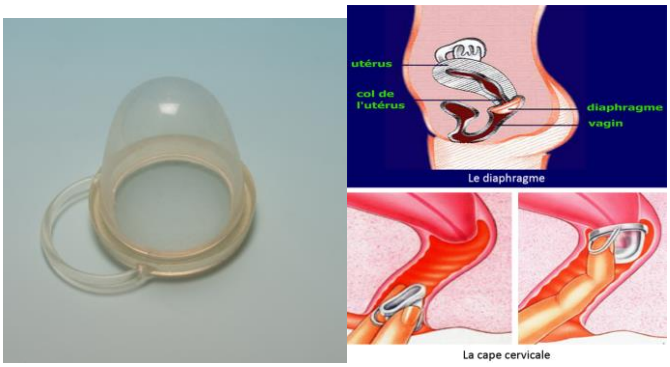
a) Diaphragme : très peu utilisé en France. C'est une membrane étanche en silicone ou en latex naturel, en forme de cupule (ou dôme) maintenue par un anneau souple. Une fois installé dans le vagin deux heures avant le rapport, il peut y rester en place 30 heures. Son utilisation associée à un spermicide augmente son efficacité. Il est réutilisable 2 ans et remboursé par l'assurance maladie à 65%. Les contre indications sont le cystocèle, prolapsus vaginal, la difficulté dans la technique de pose, la pudeur …

**Figure 1: Le diaphragme**




b) Cape cervicale : plus petite et en silicone. Elle peut être mise en place bien avant le rapport contrairement au diaphragme et gardée jusqu'à 72 heures. Les 2 méthodes sont similaires en dehors de cette différence.

**Figure 2: La cape cervicale avec le schéma de sa mise en place**



c) Spermicides : action locale. Non remboursés par la sécurité sociale. Ils détruisent ou rendent inactifs les spermatozoïdes :

- ***Crèmes et ovules*** : Ils protègent 4h mais nécessitent une application avant chaque rapport. Pas de toilette vaginale dans les 2h qui précèdent le et qui suivent le rapport.
- ***Tampons et éponges*** : Efficacité immédiate et durant 24h, pas de toilette vaginale de 4h avant à 2h après le rapport.

d) Préservatifs masculins et féminins :

Seule méthode efficace dans la prévention de la transmission des IST et des grossesses. Ils nécessitent de l'entraînement, doivent être utilisés à chaque rapport sexuel. Ils doivent être recommandés dès lors que les pratiques sexuelles exposent au risque d'IST : plusieurs partenaires, relations occasionnelles ou absence de relation stable. Particulièrement le préservatif féminin est une gaine en polyuréthane ou en nitrile lubrifié, fermé à une extrémité pour couvrir le col de l'utérus et ouverte à l'autre de manière à tapisser le vagin. C'est une méthode accessible à toutes du fait de son libre accès en pharmacie ou en grandes surfaces, l'inconvénient étant son coût. Pour optimiser leur efficacité, les campagnes de formation dans les collèges et lycées sont primordiales.

**Figure 3: Préservatifs masculins et féminins**




- **Synthèse sur les méthodes barrière** : elles comportent un risque d'échec contraceptif élevé dans leur emploi courant, elles ne sauraient donc être recommandées en tant que telles à une seule fin contraceptive mais peuvent être choisies selon les préférences des patientes.

### 3. Les méthodes hormonales œstro-progestatives (OP)

La contraception OP est basée sur l'administration d'un œstrogène et d'un progestatif de synthèse (11). Son mode d'action est le suivant :

- rétrocontrôle négatif sur l'axe hypothalamo-hypophysaire entrainant une inhibition de la

FSH (Hormone Folliculo-Stimulante) et LH et donc une inhibition de la croissance folliculaire et de l'ovulation.

- Modification de la glaire cervicale, épaisse et rare
- Atrophie de l'endomètre, inapte à la nidation sous la dépendance du progestatif

a) ***Les catégories***

(1) Voie orale : la pilule OP

Les pilules OP (ethynilestradiol (EE) + progestatif de synthèse) comptent toute une variété de produits qui diffèrent selon leur composition, leur dosage et leur coût. Elles se classent selon :

- **le progestatif** : permet de classer en 3 générations qui utilisent le même œstrogène l'EE à doses variées et des progestatifs différents : 1ère génération = C1G (NORÉTHISTÉRONE, remboursée), 2ème génération = C2G (les plus fréquentes : LÉVONORGESTREL et NORGESTREL, remboursées), 3ème génération = C3G (DÉSOGESTREL, GESTODÈNE, NORGÉSTIMATE : pas toutes remboursées) et nouvelles progestérones : dérivées de la progestérone et de la spironolactone (drospirénone, dienogest et cyprotérone )

- **ou l'œstrogène** : ** ***de synthèse*** : EE avec différents dosages : 50 microgrammes (µg) (normodosées), puis 35, 30, 20 puis 15 µg (minidosées C1G C2G et C3)

  ** ***naturel*** : Valérate d'oestradiol = Qlaira® séquentielle quadraphasique ou estradiol = Zoély® monophasique

- **ou les variations des taux d'EE :** les pilules monophasiques contiennent les mêmes doses d'hormones dans chaque comprimé alors que les doses des bi ou triphasiques varient deux ou trois fois dans le cycle.

Cf. annexe 1 : classification des contraceptifs oraux

(2) L'anneau vaginal contraceptif (NuvaRing®)

Il est souple, transparent en copolymère d'éthylène d'acétate de vinyle. Il libère en moyenne quotidiennement pendant 3 semaines consécutives 15 µg par jour d'EE et 120 µg par jour d'étonogestrel, métabolite actif du désogestrel : l'exposition à l'EE est donc significativement moindre avec cet anneau qu'avec le patch ou la contraception orale. Il est placé dans le vagin le

premier jour du cycle et retiré au bout de 3 semaines pendant une semaine pour permettre l'hémorragie de privation. Il convient parfaitement aux femmes qui ont besoin d'une contraception hormonale OP faiblement dosée efficace, de bonne tolérance et simple. Son effet principal repose sur l'inhibition de l'ovulation. Il est non remboursé.

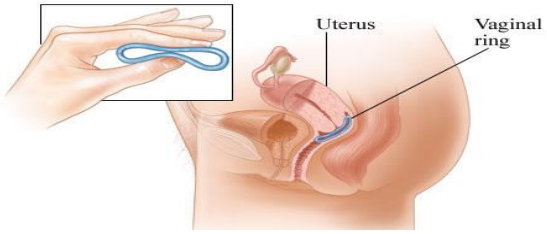
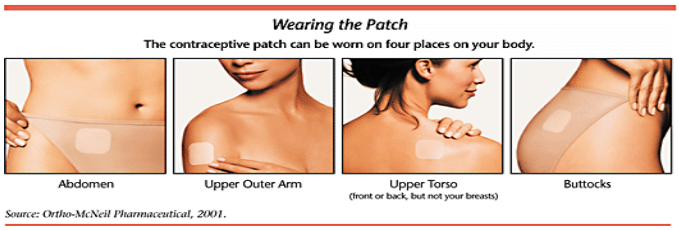



**Figure 4: L'anneau vaginal NuvaRing®**

(3) <u>Le dispositif transdermique (Evra®)</u>

C'est un contraceptif hebdomadaire qui représente trois points d'intérêt : une amélioration de l'observance, une bonne inhibition de l'activité folliculaire, et une sécurité contraceptive de 48h en cas d'oubli de changement. Il délivre quotidiennement 150 µg de norelgestromine et 20 µg d'EE. Il est changé toutes les semaines pendant 3 semaines, puis une semaine d'arrêt permet l'hémorragie de privation. Il est non remboursable.

**Figure 5 : Le patch EVRA®**




b) ***Les effets indésirables***

- <u>*Le risque thromboembolique veineux*</u> <u>(12)</u> : il est majoré pour les Contraceptifs oraux de 3ème génération (C3G) qui contiennent du gestodène ou du désogestrel ainsi que pour les contraceptifs contenant de la drospirénone et le dispositif transdermique Evra® par rapport aux C1G et C2G contenant moins de 50 mg d'EE et à l'anneau vaginal NuvaRing®. En revanche les C3G contenant du norgestimate ont un risque thromboembolique comparable aux C1G et C2G. Ce risque est majoré la première année d'utilisation puis diminue avec la durée, mais la différence entre C1G / C2G versus C3G persiste.

- *Les autres risques* (12) : thrombose artérielle, accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), syndrome coronarien aigu, angor **(liste exhaustive en Annexe 2).** Ils sont du même ordre pour toutes les formes de contraceptifs oraux OP. Par prudence on considère que ce risque est du même ordre pour les autres voies d'administration.
- D'après une étude de l'Assurance Maladie en collaboration avec l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) : le risque thromboembolique artério-veineux augmente avec l'augmentation de la dose d'EE contenue dans le contraceptif. Les autres effets indésirables sont du même ordre quels que soient le type et la dose d'œstrogène ou de progestatif et la voie d'administration (12).

c) ***Les contre indications***

Les principales sont : antécédents personnels et familiaux de thromboses, facteurs de risque cardiovasculaires, migraine, cancers hormono-dépendants **(liste exhaustive en Annexe 3)**.

d) ***Population concernée***

Au vu des données scientifiques disponibles et de l'existence d'alternatives, le service médical rendu par les C3G était insuffisant (Commission de transparence de 2012). Il faut donc préférer les C1G et C2G lors de la première contraception orale OP (12). Le sur-risque thromboembolique ne justifie pas l'arrêt brutal d'une C3G jusque là bien supportée, mais au moment du renouvellement il faudra envisager avec la patiente la contraception la plus appropriée.

### 4. Les méthodes hormonales progestatives

Elles comportent trois niveaux de mode d'action

- niveau hypothalamo-hypophysaire : action anti-gonadotrope : inhibition de l'ovulation
- niveau de la glaire cervicale : augmentation de la viscosité
- niveau endométrial (pour l'administration directe intra utérine)

a) ***Les catégories***

(1) Voie orale : la pilule progestative

Sous différentes catégories (9) :

*__microprogestative__ :

- Une ancienne : Microval® délivrant 30 µg par jour de lévonorgestrel (progestatif de 2ème génération) dont les effets androgéniques sont minimisés par le faible dosage : impose une prise à heure fixe sans interruption, tolérance de 3 heures.
- De plus récentes : Cerazette®, Antigone® délivrant 75 µg par jour de désogestrel avec une tolérance d'oubli de 12h, mais non remboursées contrairement à la première.

*__macroprogestative__ : entraine un blocage de l'ovulation (action anti-gonadotrope) : Lutéran®, Lutényl®, Androcur® pas d'Autorisation de mise sur le marché (AMM) à visée contraceptive, l'AMM est pour les troubles liés à une insuffisance en progestérone notamment en pré-ménopause (irrégularités, mastodynie..), hémorragies fonctionnelles, ménorragies et fibromes, endométriose, cycle artificiel , dysménorrhée.

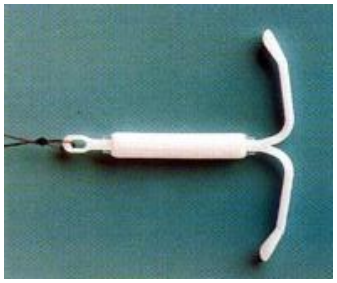
**Figure 6 : Contraceptifs Oraux Progestatifs Purs**

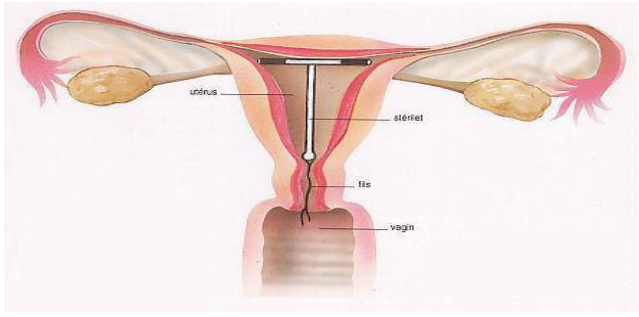
| CONTRACEPTIFS ORAUX PROGESTATIFS PURS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dérivés de la 19- nortestostérone | | | | | | | |
| 2e Génération | | | | | | | |
| MICROVAL | Codepharma | 65% | Levonorgestrel | 30 | | 28 | 28 |
| 3e Génération | | | | | | | |
| CERAZETTE | Schering Plough | | Désogestrel | 75 | | 28 | 28 |

(2) <u>Voie intra-utérine : le dispositif intra-utérin = DIU (Mirena®)</u>

Il est composé de 52 mg de lévonorgestrel (9): libération locale de 20 µg par jour sur 5 ans (durée à réévaluer à la baisse chez les patientes obèses). Il permet l'inhibition de la croissance endométriale très fréquemment à l'origine d'aménorrhées. Il est remboursable.

**Figure 7: Le DIU**






(3) <u>Voie sous-cutanée : l'implant (Nexplanon®)</u>

Il est composé de 68 mg d'étonogestrel, efficace pour trois ans (durée à réévaluer à la baisse chez les patientes obèses) (9). C'est un bâtonnet de 4 cm sur 2 mm de diamètre posé en sous-cutané de la face interne du bras non dominant. Il a une action anti-gonadotrope et une action sur la glaire cervicale. L'inconvénient principal est la survenue de spottings, métrorragies ou aménorrhées. Il s'agit du Nexplanon®, qui remplace l'Implanon® : modification du système d'insertion et présence d'un produit radio-opaque. Il est remboursable.

D'après l'étude menée par le Pr Sergent et al. en 2004 : « Acceptabilité de l'implant contraceptif à l'étonogestrel » paru dans le Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (13) : Du fait de la fréquence élevée des effets indésirables et de leur tolérance médiocre en Europe, la place de l'implant doit rester limitée aux insuffisances des méthodes classiques. Une consultation d'information préalable à la pose annonçant les bénéfices et les inconvénients du dispositif est nécessaire pour minimiser les risques de retrait prématuré.

**Figure 8 : L'implant sous cutané**



(4) <u>Voie injectable : contraceptif injectable retard</u>

Il s'agit d'acétate de médroxyprogesterone (9) : 150 mg tous les trois mois. Il revêt de nombreux effets secondaires qui le rendent peu utilisé en France (spottings, prise de poids, acné, ostéopénie, anomalie lipidiques et glucidiques).

### b) *Les effets indésirables des méthodes progestatives*

Les plus fréquents sont l'apparition ou aggravation d'une HTA non contrôlée, ou anomalies du cycle menstruel (aménorrhée, irrégularités, spottings).

Les effets propres au DIU : survenue ou récidive de migraine, migraine ophtalmique avec perte de vision asymétrique, survenue ou récidive de céphalée sévère, ictère, suspicion ou diagnostic de tumeur hormono-dépendante, pathologie artérielle sévère ou infection génitale haute.

c) ***Les contre indications***

**Cf. Annexe 4 pour chaque catégorie**

d) ***Population concernée***

Toute la population en ce qui concerne la voie orale, en revanche le Nexplanon® arrive en seconde intention en cas de contre indication ou intolérance aux OP, aux DIU ou en cas de mauvaise observance et le DIU hormonal n'est pas indiqué en 1ère intention chez les nullipares.

## 5. Le dispositif intra-utérin non hormonal : le stérilet au cuivre

a) ***Descriptif***

Inséré dans la cavité utérine, il assure une contraception à long terme réversible (9). Son efficacité repose sur la toxicité du cuivre sur les gamètes et la réaction inflammatoire endométriale. Il n'a pas d'impact sur le cycle ovarien, mais provoque des ménorragies. Il peut être laissé en place jusque 5 ans selon les modèles (Gynelle®, Mona Lisa®) mais demande une surveillance et une vigilance rapprochées en cas de douleurs pelviennes, leucorrhées et retard de règles.

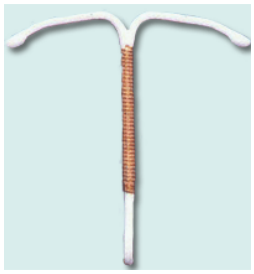
b) ***Contre indications : Cf. Annexe 5***

c) ***Effets indésirables : Cf. Annexe 6***

d) ***Population concernée***

C'est une méthode de première intention qui permet de s'exonérer des contraintes de l'observance. Il peut être proposé à toutes les femmes, quelle que soit la parité (14), en dehors des contre indications. Avant 20 ans, l'OMS considère que les avantages de cette méthode de contraception l'emportent sur les risques théoriques ou avérés, tout en rappelant les risques d'expulsion chez les nullipares et les risques d'IST dus au comportement sexuel des classes d'âge jeunes, avec notamment des risques de salpingites pouvant être responsables de stérilité tubaire.

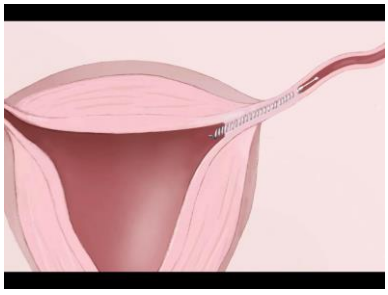
**Figure 9*: Le dispositif intra-utérin au cuivre***



## 6. La contraception définitive féminine

La stérilisation tubaire à visée contraceptive est autorisée par la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 : suppression délibérée et réfléchie de la fécondité exclusivement réservée aux patientes majeures. La démarche comprend une 1ère consultation avec le médecin qui réalisera l'intervention, avec délivrance d'une information éclairée, explication du rapport bénéfice risque, conséquences de l'intervention, avec remise d'un dossier d'information écrit et une attestation de consultation. Puis s'ensuit un délai de réflexion de 4 mois. À la 2ème consultation : confirmation par écrit de la demande avec consultation si besoin d'un conseiller conjugal, psychologue ou psychiatre.
Deux voies d'abord possibles : cœlioscopie sous anesthésie générale ou voie vaginale par hystéroscopie (méthode Essure) sans anesthésie. Elle doit être présentée comme irréversible.

**Figure 10 : Méthode Essure**



## 7. La contraception d'urgence

Deux possibilités : le DIU au cuivre ou les pilules d'urgence. Quelle que soit la méthode il est bon de proposer un bilan de dépistage à la recherche des IST (**Cf. Annexe 7).**

***La contraception d'urgence hormonale*** n'est pas efficace à 100 %. Il existe Norlevo® = Levonorgestrel® efficace pendant les 3 jours et EllaOne® efficace pendant les 5 jours suivant le rapport à risque. Ce type est d'autant plus efficace qu'il est utilisé plus précocement après le rapport non protégé. La fraction des grossesses prévenues par progestatif seul (Norlevo®/Vikela®) varie de 95 %, lorsque la prise est réalisée avant 24 h à 58 %, et lorsqu'elle est réalisée entre 48 et 72 h. La contraception d'urgence hormonale est moins efficace néanmoins plus accessible que le DIU, puisqu'elle peut être obtenue sans ordonnance et de manière anonyme en pharmacie (où elle est gratuite pour les mineures qui en font la demande et les majeures y ont accès en pharmacie, planning familial sans ordonnance pour environ 7 euros, remboursable par la sécurité sociale sur ordonnance), en centre de planification familiale ou dans les infirmeries scolaires.

***Le DIU au cuivre*** est la méthode la plus efficace mais ne peut être posé que lors d'une consultation médicale. Le taux d'échec est de 0,1 à 0,2 %, quel que soit le moment du cycle, et avec un délai de pose possible jusqu'à 5 jours après la date estimée de l'ovulation

Suite à la prise d'une contraception d'urgence, il faut conseiller à la consultante d'adopter une méthode contraceptive efficace (préservatifs) jusqu'à la fin du cycle en cours et de réaliser un test de grossesse si les règles ne surviennent pas dans les 5 à 7 jours après la date attendue. (15)

### D. Efficacité des principales méthodes contraceptives

Elle se mesure par l'indice de Pearl (IP) : nombre de grossesses pour 100 années/femmes survenant avec un moyen de contraception donné soit le nombre de grossesses survenant chez 100 femmes soumises pendant un an à ce moyen de contraception (9). Il s'agit de l'efficacité théorique avec une utilisation de la contraception en conditions optimales, différente de l'efficacité réelle en utilisation courante : plus le chiffre est bas et plus la méthode est fiable **(Cf. Annexe 8).**

Ainsi d'après les données OMS 2011 on voit que les méthodes contraceptives les plus efficaces comprennent l'implant, les contraceptions définitives, les DIU, les contraceptifs injectables, les pilules OP, les pilules progestatives, le patch et l'anneau. Et parmi ces méthodes, seuls l'implant, les contraceptions définitives et les DIU sont très efficaces également en utilisation courante. A noter que le préservatif masculin (IP 2) et féminin (IP 5) sont des méthodes efficaces en utilisation optimale, mais beaucoup moins en pratique courante d'où l'intérêt d'un bon apprentissage de l'utilisation, notamment chez les plus jeunes.

Par ailleurs les méthodes les moins fiables en pratique courante sont les capes cervicales, spermicides (d'où la nécessité absolue de coupler les deux méthodes pour augmenter l'efficacité) et retrait.

## E. Etat des lieux de la contraception en France (16)

D'après le Baromètre Santé 2010 de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), 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 d'enfant utilisent une méthode de contraception (17), la principale étant actuellement la contraception orale. Le choix dépend des facteurs culturels, médicaux, périodes de la vie... mais sauf cas particulier, c'est à la femme de choisir sa contraception ce qui est essentiel dans l'observance et donc l'efficacité de la méthode (18). Il existe d'ailleurs des brochures explicatives et de nombreux sites internet depuis plusieurs années (avec des campagnes publicitaires successives à la télévision, à la radio) (19) (20) visant à l'information et à l'éducation des patientes en terme de contraception au premier rang desquels : choisirsacontraception.fr de l'INPES (21), la contraception qui vous convient existe (22).

En 2012 : l'enquête FECOND a recensé les méthodes contraceptives utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes : (23)

- le préservatif est d'usage en début de vie sexuelle puis arrive la pilule quand la vie sexuelle se régularise puis arrive le DIU après au moins une grossesse en général
- la pilule est la méthode la plus utilisée sauf dans la tranche 40/49 ans qui préfère le DIU
- la fréquence d'utilisation de la pilule est en diminution depuis les années 2000 pour la tranche 20/24 ans, avec l'arrivée des nouvelles méthodes (implant > anneau > patch…)
- la pilule progestative représente moins de 15% des prescriptions
- le DIU représente 25% des prescriptions (dont plus de la moitié sont hormonaux), le pourcentage augmentant avec la multiparité
- augmentation de l'utilisation du préservatif chez les 15/17 ans
- la stérilisation est encore rare : 3,9% des femmes et 0,3% des hommes
- les françaises ont recours pour 6% aux méthodes naturelles
- 3% des femmes ne désirant pourtant pas de grossesse n'ont aucune méthode contraceptive.

De cet état des lieux nous pouvons conclure que certaines recommandations pour la pratique clinique de l'ANAES (Agence Nationale D'accréditation et d'Évaluation en Santé) publiées en 2004 ou les avis de la HAS parus depuis 2005 n'étaient pas toujours suivis, en particulier en ce qui concerne la prescription des DIU à tous âges.

La 2ème étude FECOND de 2013 (24) a analysé les pratiques contraceptives des françaises en 2013, comparées aux pratiques de 2010 (FECOND 2010) suite à la controverse en 2012 au sujet des pilules de 3ème et 4ème génération par rapport au risque thromboembolique veineux profond. Elle a mis en évidence que globalement « aucune désaffection vis-à-vis de la contraception n'a été

observée », ainsi parmi les femmes concernées (ni stériles ni enceintes, en relation hétérosexuelle et ne voulant pas d'enfants), seules 3% n'utilisent pas de contraception en 2013, de même qu'en 2010.

En revanche, entre 2010 et 2013 les pratiques ont évolué puisqu'une femme sur cinq déclare avoir changé de contraception depuis la controverse des pilules de 3ème génération : sans surprise le recours aux pilules a diminué passant de 50% en 2010 a 41% en 2013 (poursuit sur la même tendance déjà constatée auparavant : ce chiffré était déjà passé de 55 à 50% entre 2000 et 2010) au profit d'autres méthodes (stérilet +1,9%, préservatif +3,2%, méthodes naturelles +3,4%). En 2010 : 40% des pilules étaient des 3ème et 4ème générations contre 25% en 2013. C'est une désaffection globale pour la pilule, même si elle reste la 1ère méthode contraceptive des françaises. La diminution la plus importante se fait chez les moins de 30 ans. Chez les 15-19 ans, les pilules de 3ème et 4ème génération ont diminué de 20% avec augmentation parallèle de 13% des 2ème générations. La tranche des 25-29 ans est marquée par l'augmentation du recours au DIU/retrait/préservatif. On commence à proposer le stérilet aux 20-24 ans : de 2 à 5% entre 2010 et 2013, aux 25-29 ans passage de 8 à 16%, aux nullipares de 0,4 à 8%.

Les recommandations de 2013 préconisent l'abandon des pilules de 3ème et 4ème génération en 1ère intention.

### F. Justification de l'étude

Au vu de toutes ces données, de la complexité des enjeux de la bonne prise en charge de la contraception, de la grande diversité des méthodes contraceptives, de la diminution des gynécologues médicaux en Picardie (-15% en 5 ans (25)), de l'accès insuffisant aux PMI Picardes (notamment pour les patientes en zone rurale) il nous a semblé très intéressant d'évaluer aujourd'hui la prescription de la première contraception par les médecins généralistes picards. Ils sont les premiers acteurs de cette prescription : s'appuient-ils sur les messages clés de l'HAS sur les recommandations de bonne prise en charge de contraception ? **(Cf. Annexe 10).**

# II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

## A. Question de recherche

Quelles sont les pratiques professionnelles des médecins généralistes Picards en matière de prescription initiale d'un moyen de contraception ?

## B. Objectifs

- Principal : Nous voulions procéder à l'évaluation de la prescription d'une première contraception par les médecins généralistes Picards, et comparaison avec les recommandations de l'HAS de 2004 sur les "Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme" (5).
- Secondaire : Nous voulions trouver l'influence de l'âge et du sexe dans la prise en charge avec le postulat : les femmes et les jeunes médecins sont plus à l'aise dans cette prescription.

## C. Caractéristiques de l'étude

### 1. Type d'étude

Nous avons procédé à une étude épidémiologique descriptive par questionnaires anonymes envoyés par voie postale accompagnés d'une lettre explicative à un échantillon de médecins généralistes, avec enveloppe réponse timbrée. Nous avons reçu l'aide logistique et matérielle de l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé).

### 2. L'échantillon

L'échantillon était de 500 médecins généralistes picards (soit environ 1/3 des médecins généralistes de Picardie), l'échantillonnage aléatoire a été fait par un logiciel de randomisation de l'URPS, au sein de sa base de données référencées en janvier 2012. Cette base est similaire à celle des 1756 médecins libéraux de Picardie référencée dans l'Atlas de la Démographie Médicale réalisée par l'Ordre des Médecins (26). À chaque médecin a été attribué un numéro par ordre alphabétique afin de pouvoir créer une relance si le taux de réponses s'avérait insuffisant.

Cette base de 500 questionnaires nous a été suggérée par l'informaticien du Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens « l'objectif principal de l'étude étant descriptif il n'y a pas de

calcul d'effectif précis, nous pouvons estimer intéressante une base de 100 réponses. A priori nous attendons 20% de participation, donc il faut envoyer 500 questionnaires».

### 3. Période

L'enquête postale a été adressée le 12 mars 2014 à l'échantillon de médecins généralistes picards, seules les réponses reçues avant le 23 mai 2014 ont été prises en compte.

### *4.* Le questionnaire

Il a été élaboré à partir des recommandations **(cf. Annexe 10)** de l'HAS : « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, recommandations pour la pratique clinique».

- *La première partie* (encadré noir) étudiait les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon de praticiens interrogés : âge, sexe, milieu d'exercice, département, formations en gynécologie, gynécologue consultable dans la localité, fréquence de la pratique de la gynécologie et les moyens de contraception habituellement prescrits.
- *La deuxième partie* (questions 1 à 9) concerne la prescription initiale du moyen de contraception, elle cherchait à évaluer les pratiques professionnelles de l'échantillon de praticiens lors d'une primo prescription de contraception.
- *La dernière partie* (questions 12 à 16) s'attachait au cadre officiel : les connaissances des médecins au sujet des recommandations, de leurs connaissances personnelles.

### 5. Retours et analyses des résultats

Les questionnaires ont donc été renvoyés de manière anonyme à l'URPS, puis l'étude statistique a été élaborée grâce au logiciel de traitement de données Sphinx, fourni par l'URPS. Le chi 2 est calculé avec des effectifs théoriques égaux pour chaque modalité. L'intervalle de confiance à 95% est donné pour chaque modalité, avec un seuil de significativité $p<0,05$. Le test de Fisher est réalisé avec le site BiostaTGV pour les calculs avec petits effectifs attendus

# III. RÉSULTATS

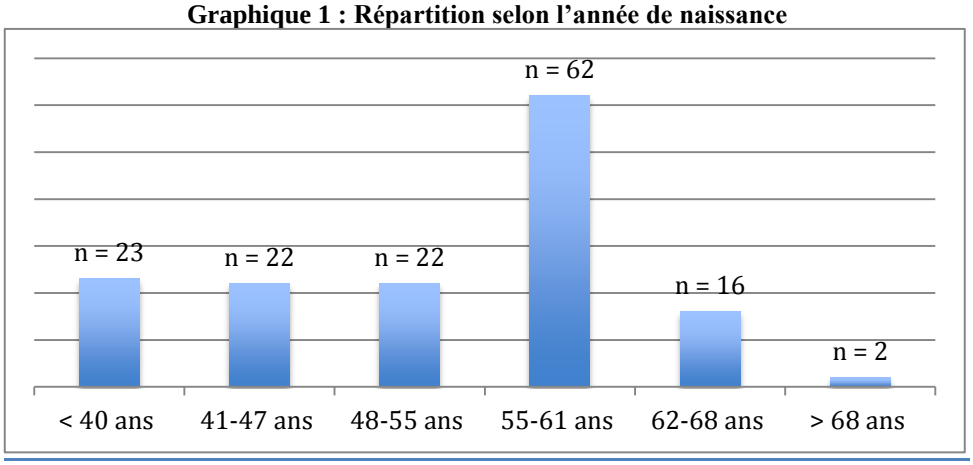
## A. Caractéristiques des sondés : 1ère partie du questionnaire

### 1. *Sexe*

L'étude comportait donc 92 hommes (62,6%) pour 55 femmes (37,4%).

### 2. *Année de naissance*

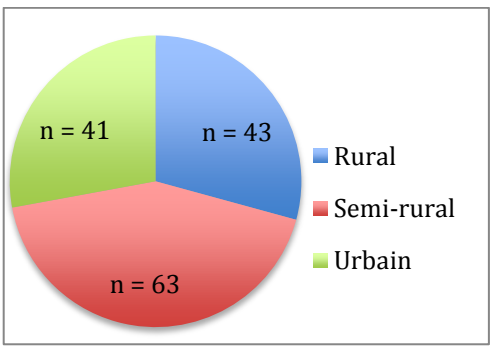
**Graphique 1 : Répartition selon l'année de naissance**

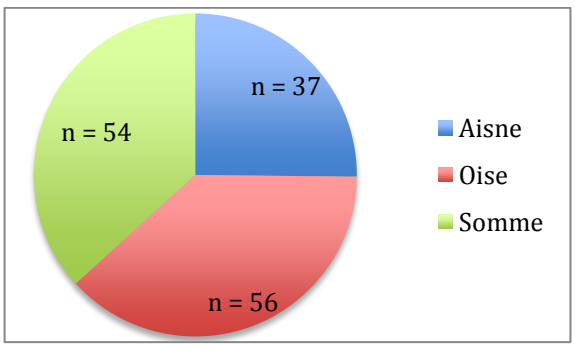



L'étude s'est déroulée en 2014 : la majorité des médecins avait entre 55 et 61 ans : 62 répondeurs soit 42,2% puis, il y avait les <40 ans : 23 répondeurs soit 15,6%. Arrivaient ensuite les catégories des 41-47 ans et 48-54 ans : 22 répondeurs dans chaque groupe soit deux fois 15%. Les 62-68 ans représentaient 16 répondeurs, soit 10,9%. Enfin 2 médecins avaient > 68 ans, soit 1,4%.

### 3. *Milieu d'exercice et département*

**Graphiques 2 et 2bis : Répartition en fonction du milieu et du département**



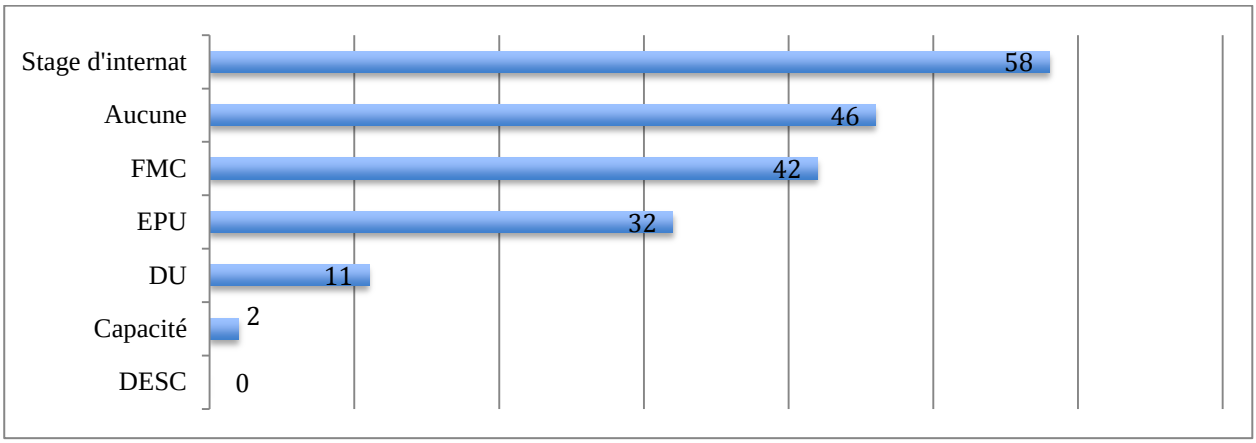




La majorité des médecins exerçaient en milieu semi rural : 63 sur 147 soit 42,9%, puis les zones rurales et urbaines étaient de même proportion, respectivement 29,3% et 27,9%. Les

répondeurs les plus nombreux étaient les Isariens et les Samariens avec respectivement 38,1% et 36,7% puis arrivaient les Axonais : 78,7%.

### *4. La formation en gynécologie (choix multiple)*

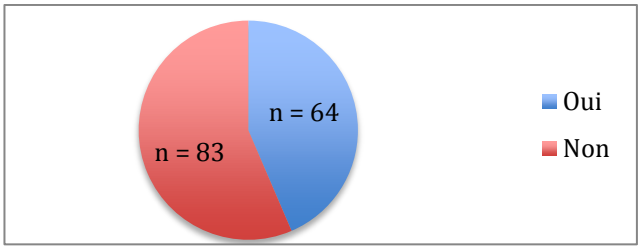
**Graphique 3 : Formation personnelle**




46 répondeurs n'avaient aucune formation spécifique gynécologique : soit 31,3% [IC95 [23,8-38,8] p<0,01]. 101 médecins (soit 68,7%) avaient des formations telles que : le stage d'internat en gynécologie pour 58 médecins (39,5% [IC95 [31,6-47,4] p<0,01]), la FMC (formation médicale continue) pour 42 médecins soit 28,6% ([IC95 [21,3-37,9] p<0,01], 32 en EPU (enseignements post universitaires) soit 21,8% [IC95 [15,1-28,4] p<0,01], 11 avec un diplôme universitaire (7,5% [IC95 [3,2-11,7] p<0,01]) et 2 avec une capacité (1,4%[IC95 [0-3,2] p<0,01]).

### *5. Gynécologue consultable dans la localité*

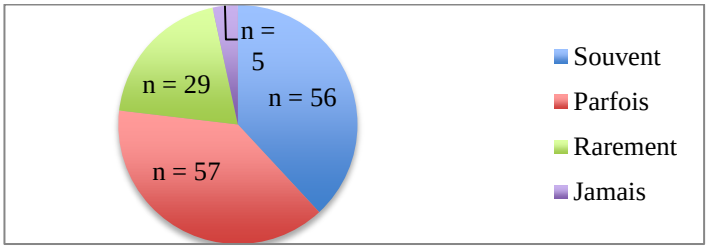
**Graphique 4 : Gynécologue consultable dans la localité**




Chez 56,5% des répondeurs (83 cas) : il n'y avait pas de gynécologue proche.

### *6. Fréquence de la pratique de gynécologie*

**Graphique 5 : Fréquence de la pratique de gynécologie**




38,1% [IC95 [30,2-45,9] p<0,01] (56 médecins) et 38,8% [IC95 [30,9-46,7] p<0,01] soit 57 médecins déclaraient respectivement pratiquer la gynécologie souvent et parfois, 19,7% [IC95 [13,3-26,2] p<0,01] soit 29 médecins parlaient d'une pratique rare et 3,4% [IC95 [0,5-6,3] p<0,01] déclaraient ne jamais pratiquer la gynécologie. Il y a une **corrélation statistiquement significative** (tableau 1) entre la fréquence de la pratique de la gynécologie et la connaissance des recommandations, mais **peu significative** entre la proximité des gynécologues et la fréquence de pratique de la gynécologie par les généralistes (tableau 2) : manque de puissance probable.

**Tableau 1 : Fréquence de la pratique de la gynécologie en fonction de la connaissance des recommandations**

| Fréquence pratique / Connaissance reco | Souvent | Parfois | Rarement | Jamais |
|---|---|---|---|---|
| **Oui** | 37 | 24 | 20 | 3 |
| **Non** | 19 | 33 | 9 | 2 |

**p =0,02**
**Test de Fisher Significatif**

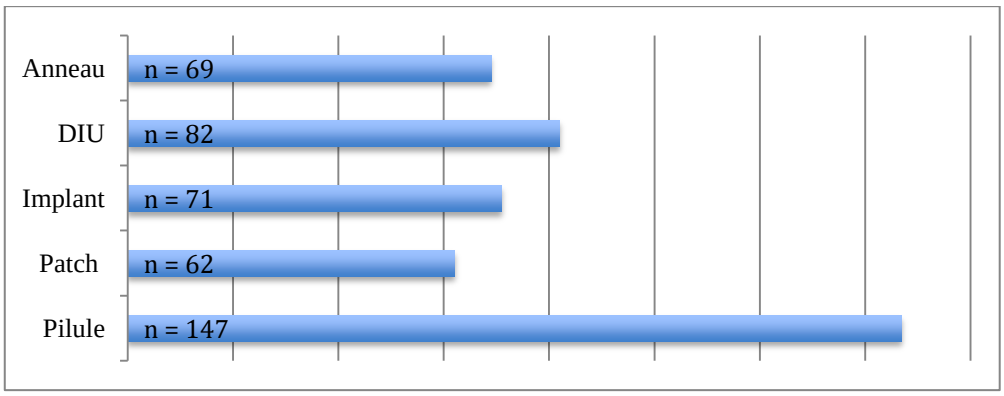
**Tableau 2 : Fréquence de la pratique de la gynécologie en fonction de la proximité du gynécologue**

| Pratique gynéco / Gynéco consultable | Souvent | Parfois | Rarement | Jamais |
|---|---|---|---|---|
| **Oui** | 22 | 25 | 13 | 5 |
| **Non** | 34 | 32 | 16 | 0 |

**p 0,05<0,07<0,2**
**Test de Fisher Peu significatif**
**Probable manque de puissance**

### 7. *Quels moyens de contraception prescrivez-vous habituellement* ?

**Graphique 6 : Moyens prescrits habituellement (pas en primo-prescription)**




La pilule était couramment prescrite chez 100% des sondés, venaient ensuite le DIU chez 82 médecins (55,8% [IC95 [47,8-63,8] p<0,01]), l'implant chez 71 médecins (48,3% [IC95 [40,2-56,4]

p<0,01]), l'anneau chez 69 médecins (46,9% [IC95 [38,9-55] p<0,01]) et enfin le patch chez 62 médecins (42,2% [IC95 [34,2-50,2] p<0,01]). **Pas de corrélation statistique** entre le fait de connaître les recommandations et le type de moyen prescrit (tableau 3).

**Tableau 3 : Moyens contraceptifs prescrits en fonction de la connaissance des recommandations**

| Connaissance reco / Moyens prescrits | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Pilule** | 84 | 63 |
| **Implant** | 43 | 28 |
| **DIU** | 49 | 33 |
| **Patch** | 40 | 22 |
| **Anneau** | 39 | 30 |

p = 0,87 ; chi 2 = 1,25 ; ddl = 4
Non significatif

## B. Prescription initiale d'une contraception : 2ème partie du questionnaire

### *1. Prenez-vous en charge la première prescription de contraception ?*

La totalité des répondeurs pratiquaient cette consultation : 100%.

### *2. Faites-vous une consultation entièrement dédiée ?*

125 répondeurs soit 85 % [IC95 [79,3-90,8] p<0,01] dédiaient une consultation à cette prise en charge, alors que 22 répondeurs soit 15 % [IC95 [9,2-20,7] p<0,01] l'incluaient dans une consultation pour un autre motif. On constate que les médecins informés des recommandations faisaient plus facilement cette consultation dédiée, **statistiquement non significatif** (tableau 4).

**Tableau 4 : Consultation dédiée en fonction de la connaissance des recommandations**

| Consultation dédiée / Connaissance reco | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Oui** | 70 | 14 |
| **Non** | 55 | 8 |

p = 0,50 ; chi 2 = 0,45 ; ddl1
Non significatif

Un médecin (0,8% des répondeurs) n'avait pas répondu sur la durée de consultation, en revanche la majorité (108 médecins soit 86,4%) estimaient y consacrer entre 15 et 20 minutes, 11 médecins (8,8%) y consacraient moins de 15 minutes et 5 médecins (4%) : plus de 20 minutes.

### 3. *Accompagnement par une tierce personne ? Choix multiples*

60,5% [IC95 [52,6-68,4] p<0,01] des médecins recevaient leur patiente seule, et 27,2% [IC95 [20-34,4] p<0,01] avec le partenaire qui est la personne la plus concernée avec la patiente elle même. Et la majorité des médecins recevaient la patiente avec un majeur (en dehors du partenaire). Ce critère n'était pas influencé par la connaissance des recommandations (tableau 5).

**Tableau 5 : Accompagnement de la patiente en fonction de la connaissance des recommandations**

| Connaissance reco \ Accompagnement | Seule | Majeur | Partenaire |
|---|---|---|---|
| Oui | 47 | 72 | 25 |
| Non | 42 | 42 | 15 |

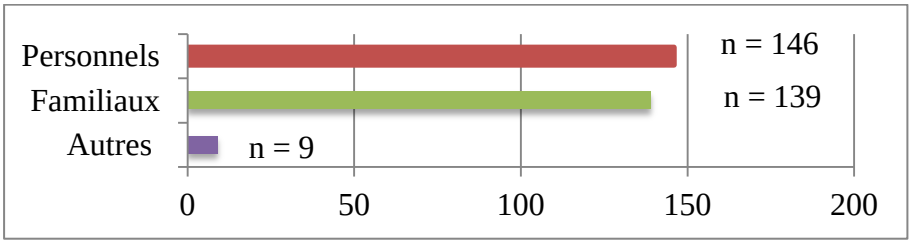
p= 0,29 ; chi 2 = 2,43 ; ddl = 2
Non significatif

### 4. *Avant de prescrire, quels critères prenez-vous en compte ? Choix multiple*

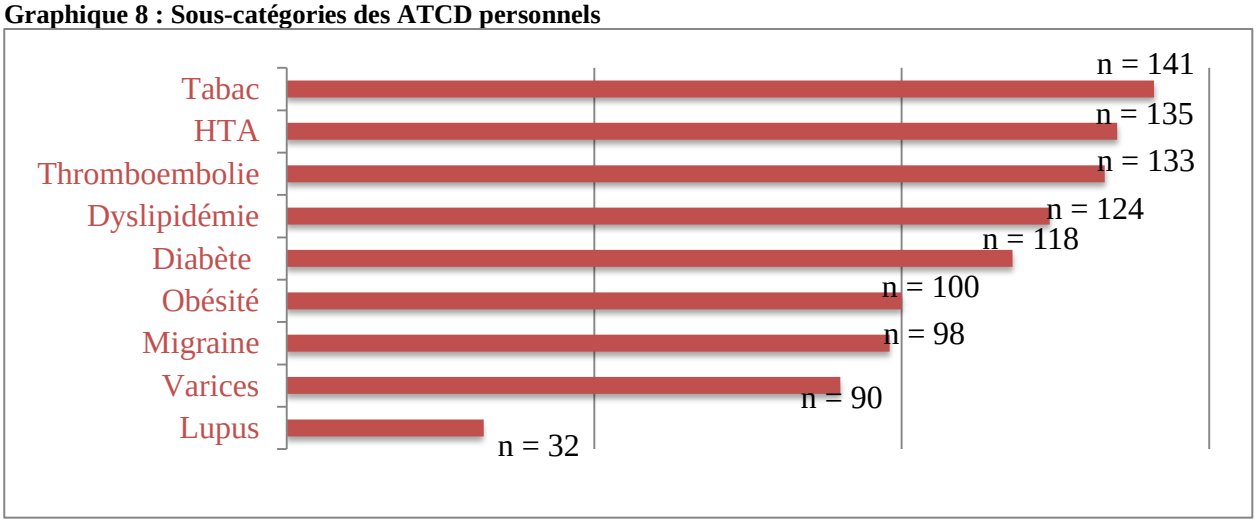
Par ordre d'importance, les critères les plus souvent recherchés étaient :

- *a) Les antécédents (ATCD)* : chez les 147 répondeurs (100%).

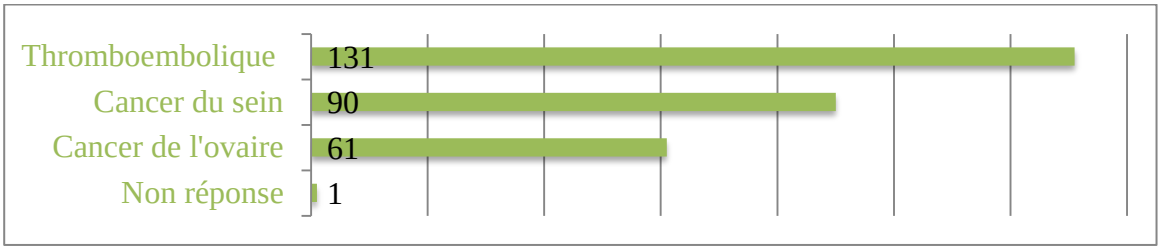
**Graphique 7 : Le type d'antécédents**



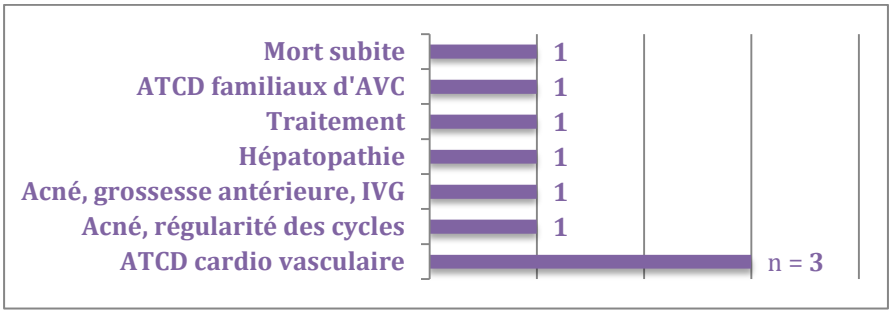

**Graphique 8 : Sous-catégories des ATCD personnels**




**Graphique 9 : Sous-catégories des ATCD familiaux**




**Graphique 10 : Sous-catégories des autres ATCD**




Les antécédents (ATCD) personnels étaient recherchés pour 146 répondeurs (99,3% [IC95 [98-100,6] p<0,01]) et les antécédents familiaux pour 139 répondeurs (94,6% [IC95 [90,9-98,2] p<0,01]). Les autres ATCD étaient recherchés par 9 médecins soit 6,1% [IC95 [3,2-11,7] p<0,01] :

- Parmi les 99,3% de répondeurs recherchant les **ATCD personnels** : le **tabac** pour 96,6%, **l'hypertension artérielle** pour 92,5%, les **ATCD thromboemboliques** pour 91,1%, la **dyslipidémie** pour 84,9%, le **diabète** pour 80,8%, l'**obésité** pour 68,5%, la **migraine** pour 67,1%, les **varices** pour 61,6% et le **lupus** pour 21,9%.
- Parmi les 94,6% de répondeurs recherchant les **ATCD familiaux** : les **antécédents thromboemboliques** pour 94,2%, puis le **cancer du sein** pour 64,7% **ou de l'ovaire** pour 43,9%.
- Les **autres ATCD** recherchés étaient variables (cf. graphique 10)

**Tableau 6 : Type d'ATCD recherché en fonction de la connaissance des recommandations**

| Connaissance reco / Antécédents | Oui | Non |
|---|---|---|
| Personnels | 84 | 62 |
| Familiaux | 80 | 59 |
| Autres | 8 | 1 |

p = 0,68

Test De Fisher Non significatif

On constate que le fait de connaître les recommandations est corrélé à un plus fort taux d'interrogatoire sur les ATCD, mais **non statistiquement significatif** (tableau 6). Il en est de même pour chaque catégorie d'antécédents, la proportion de médecins qui interrogent spécifiquement sur

les sous catégories d'antécédents est plus importante chez les connaisseurs des recommandations, mais la encore **non statistiquement significatif** (voir les tableaux de contingence, Annexe 11).

- *b) L'objectif recherché* : contraceptif, régulation du cycle, anti acné chez 129 répondeurs soit 87,8% [IC95 [82,5-93,1] p<0,01].

- *c) L'examen physique* : poids /PA chez 128 sondés soit 87,1% [IC95 [81,7-92-5] p<0,01].

- *d) Les motivations de la patiente* sont recherchées par 110 répondeurs soit 74,8% [IC95 [67,8-81,8] p<0,01]. Parmi eux : 81 médecins (73,6% [IC95 [65,4-81,9] p<0,01]) cherchaient la rigueur de leur patiente et 77 médecins (70% [IC95 [61,4-78,6] p<0,01]) cherchaient leur implication. 1 n'a pas répondu (0,9% [IC95 [0-2,7] p<0,01]. Le fait de connaître les recommandations favorise l'intérêt des médecins pour les motivations de la patiente, mais **non statistiquement significatif** (tableau 7).

**Tableau 7 : Recherche des motivations en fonction de la connaissance des recommandations**

| Connaissance reco / Motivations | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Non réponse** | 0 | 1 |
| **Rigueur** | 44 | 37 |
| **Implication** | 43 | 34 |

p = 0,68 ;
Test de Fischer Non significatif

- *e) Les déterminants socio-culturels* **:** étaient recherchés par 87 médecins soit 59,2% [IC95 [51,2-67,1] p<0,01]. Parmi eux : 72 (soit 82,8% [IC95 [74,8-90,7] p<0,01]) prenaient en compte les déterminants économiques, 53 (60,9% [IC95 [50,7-71,2] p<0,01]) les déterminants éducatifs et 34 (39,1% [IC95 [28,8-49,3] p<0,01]) les connaissances scolaires : le fait de connaître les recommandations favorise cet intérêt pour les déterminants socio culturels, mais **non statistiquement significatif** (tableau 8)**.**

**Tableau 8 : Evaluation socio-culturelle en fonction de la connaissance des recommandations**

| Connaissance reco / Socio culturel | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Économique** | 38 | 34 |
| **Éducatif** | 35 | 18 |
| **Scolaire** | 20 | 14 |

p = 0,33 ; chi2 = 2,21 ; ddl = 2
Non significatif

- *f) La fréquence des rapports* était recherchée dans 19% des cas [IC95 [12,7-25,4] p<0,01

**Tableau 9 : Critères recherchés en fonction de la connaissance des recommandations**

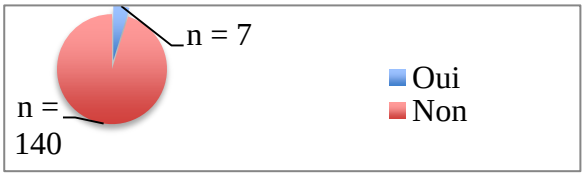
| Connaissance reco / Critères | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Objectif** | 72 | 57 |
| **Motivations** | 61 | 49 |
| **Socio-culturel** | 49 | 38 |
| **Fréquence des rapports** | 19 | 9 |
| **Antécédents** | 84 | 63 |
| **Poids, PA** | 75 | 53 |

p = 0,89 ; chi2 = 1,67 ; ddl = 5 Non significatif

Globalement les critères (objectif, motivations, déterminants socio-culturels, fréquence des rapports, ATCD et clinique) sont plus souvent recherchés par les médecins connaissant les recommandations, mais **non statistiquement significatif** (tableau 9).

### *5. Réalisez-vous un frottis avant cette première prescription ?*

**Graphique 11 : Réalisation du frottis et Tableau 10 : Réalisation du frottis en fonction de la connaissance des recommandations**



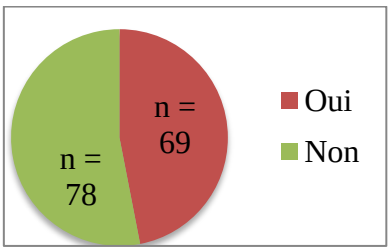

| Frottis / Connaissance reco | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Oui** | 5 | 79 |
| **Non** | 2 | 61 |

p = 0,69 ; Test de Fisher non significatif

140 répondeurs soit 95,2% [IC95 [91,7-98,7] p<0,01] ne réalisaient pas de frottis avant la primo-prescription. Les recommandations n'exigent pas de FCV avant prescription, d'ailleurs on constate bien que la majorité des médecins qui connaissaient les recommandations ne faisaient pas de frottis avant prescription, mais le test de Fischer n'était **pas significatif** (tableau 10).

### *6. Réalisez-vous un bilan biologique avant cette première prescription ?*

**Graphique 12 : Réalisation du bilan biologique**



69 répondeurs (46,9% [IC95 [38,8-55] p<0,01]) réalisaient un bilan biologique avant la prescription, mais les 53,1% restants [IC95 [45-61.2] p<0,01] réalisaient plutôt ce bilan sous 3 mois dans la majorité des cas (51/78 soit 65,4% des médecins qui différaient le bilan biologique). Le fait de connaître les recommandations n'influençait pas ce choix (tableau 11).

**Tableau 11 : Réalisation en 1ère intention d'un bilan biologique en fonction de la connaissance des recommandations**

| Biologie / Connaissance reco | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Oui** | 40 | 44 |
| **Non** | 29 | 34 |

p = 0,85 ; chi2 = 0,04 ; ddl = 1
Test de Chi 2 non significatif

### *7. Expliquez-vous les avantages et inconvénients de chaque catégorie de contraceptif avant la prescription ?*

Les médecins répondaient majoritairement oui, dans 74,8% [IC95 [67,8-81-8] p<0,01] des cas, et il existait une relation **statistiquement significative** entre le fait de connaître les recommandations et d'expliquer les avantages et inconvénients de chaque méthode contraceptive (tableau 12).

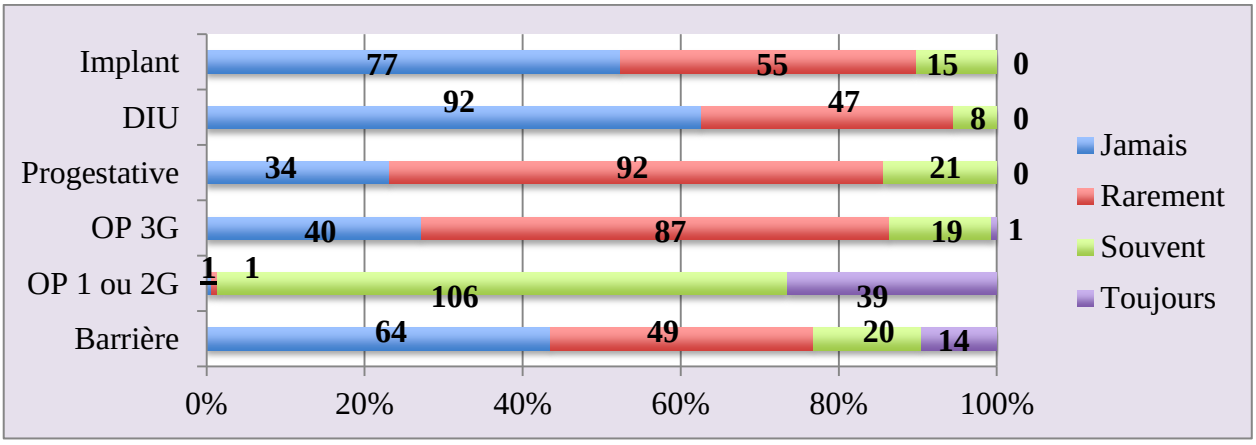
**Tableau 12 : Explications des avantages et inconvénients en fonction de la connaissance des recommandations**

| Explications / Connaissance reco | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Oui** | 72 | 12 |
| **Non** | 38 | 25 |

**p <0,001 ; chi2 = 12,33 ; ddl = 1**
**Très significatif**

### *8. Quels moyens prescrivez-vous en primo-prescription ?*

**Graphique 13 : Les moyens prescrits en primo prescription**



On tirait de ce tableau les conclusions suivantes : p<0,001 chi 2 = 555.85 ddl : 15 le test est **très significatif en ce qui concerne la fréquence de la primo-prescription en fonction du type de méthode**

- la pilule OP était la favorite des primo-prescriptions : souvent prescrite dans 72.1% des cas [IC95 [64,8-79,4] p<0,01] (106 médecins) voire toujours dans 26.5% des cas [IC95 [19,4-33.6] p<0,01] (39 médecins).

- le DIU n'était jamais prescrit pour 62.5% des sondés [IC95 [54,7-70,3] p<0,01] (92 médecins), et rarement prescrit dans 32% des cas [IC95 [24,5-39,5] p<0,01] (47 médecins).

- l'implant avait également du mal à être utilisé dans cette prescription particulière : jamais prescrit pour 52.4% des sondés [IC95 [44,3-60,5] p<0,01] (77 médecins), et rarement prescrit dans 37.4% des cas [IC95 [29,6-45,2] p<0,01] (55 médecins).

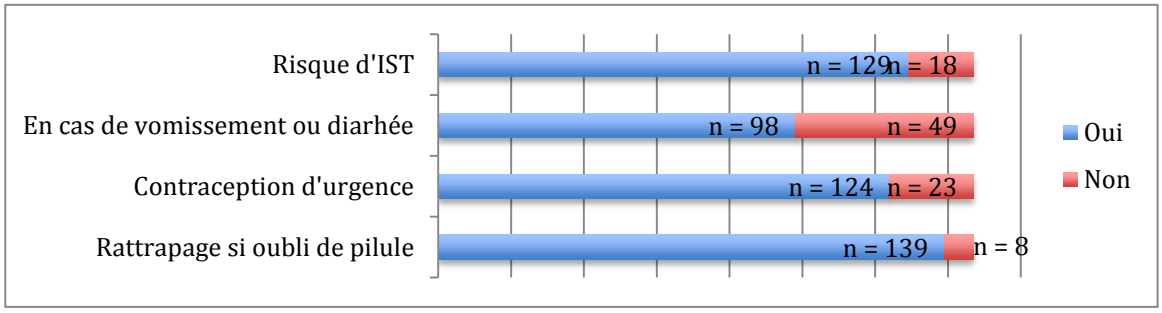
- on remarque que les prescriptions de pilule OP de 3ème génération et de pilule progestative étaient superposables

- à noter que les méthodes barrière sont toujours proposées pour 14 médecins (9,5%) et souvent pour 20 autres (13,6%)

Les différents croisements avec chi2 (ou le test de Fisher selon les effectifs) recherchant un lien entre la connaissance des recommandations et le type de primo-prescription n'ont **pas retrouvé de corrélation réellement significative** (Cf. annexe 12).

### *9. Abordez-vous les conduites à tenir dans les cas particuliers suivants ?*

**Graphique 14 Les conduites à tenir abordées**




La CAT la plus souvent abordée concernait l'oubli de pilule chez 139 médecins soit 94,6%, [IC95 [90,9-98,3] p<0,01] puis venait le thème du risque d'IST chez 129 médecins soit 87,8% [IC95 [82,5-93,1] p<0,01], ensuite le thème de la contraception d'urgence chez 124 médecins soit 84,4% [IC95 [78,5-90,3] p<0,01] et enfin la situation de diarrhée et vomissements était abordée par 98 répondeurs soit 66,7% [IC95 [59,1-74,3] p<0,01].

**Tableau 13 : CAT en cas d'oubli de la prise du contraceptif en fonction de la connaissance des recommandations**

| Oubli / Connaissance reco | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Oui** | 81 | 3 |
| **Non** | 58 | 5 |

p = 0,29
Test de Fisher
Non significatif (NS)

La majorité des médecins abordant cette CAT connaissaient les recommandations **(NS).**

**Tableau 14 : CAT pour l'utilisation de la contraception d'urgence en fonction de la connaissance des recommandations**

| Contraception d'urgence / Connaissance reco | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Oui** | 70 | 14 |
| **Non** | 54 | 9 |

p = 0,69 ; chi2 = 0,15 ; ddl = 1
Test de Chi 2
Non significatif

La majorité des médecins abordant cette CAT connaissaient les recommandations **(NS).**

**Tableau 15 : CAT en cas de diarrhées et vomissements en fonction de la connaissance des recommandations**

| Troubles digestifs / Connaissance reco | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Oui** | 61 | 23 |
| **Non** | 37 | 26 |

**p = 0,07; chi2 = 3,13 ; ddl = 1**
**Test de Chi 2 Peu significatif**
**(Probable manque de puissance)**

La majorité des médecins abordant cette CAT connaissaient les recommandations **(PS).**

**Tableau 16 : Information délivrée sur les IST en fonction de la connaissance des recommandations**

| Info IST / Connaissance reco | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Oui** | 76 | 8 |
| **Non** | 53 | 10 |

p = 0,24 ; chi2 = 1,35 ; ddl = 1
Test de chi 2
Non significatif

La connaissance des recommandations influençait de façon **non significative** le fait d'aborder le risque d'IST.

### *10. Prévoyez vous une consultation à distance pour réévaluer la tolérance et l'observance du traitement ?*

127 médecins soit 86.4% [IC95 [80,9-91,9] p<0,01] des sondés prévoyaient une consultation ultérieure, contre 13.6% [IC95 [8,1-19,1] p<0,01] qui n'en prévoyaient pas. La connaissance des recommandations influençait mais de façon **non significative** ce critère (cf. tableau 17).

**Tableau 17 : Programmation d'une consultation ultérieure en fonction de la connaissance des recommandations**

| Consult ultérieure / Connaissance reco | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Oui** | 72 | 12 |
| **Non** | 55 | 8 |

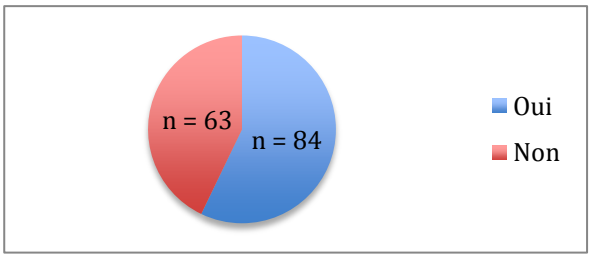
p = 0,78 ; chi2 = 0,08 ; ddl = 1

Non significatif

## C. Cadre Officiel : 3ème partie du questionnaire

### 1. *Connaissez-vous les recommandations éditées par l'HAS en 2004 ?*

**Graphique 15 : Répartition des médecins en fonction de la connaissance des recommandations**




57,1% [IC95 [49,1-65,1] p<0,01] déclaraient connaître ces recommandations.

### 2. *Connaissez-vous le modèle BERCER de la HAS ?*

92.5% [IC95 [88,2-96,8] p<0,01] ne connaissaient pas ce modèle. Il y a une corrélation statistiquement significative entre la connaissance des recommandations et du modèle **(**tableau 18).

**Tableau 18 : Connaissance du modèle BERCER en fonction de la connaissance des recommandations**

| BERCER / Connaissance reco | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Oui** | 11 | 73 |
| **Non** | 0 | 63 |

p = 0,002 ;

Test de Fisher **Très significatif**

### 3. *Vous sentez-vous suffisamment formé/informé pour prendre en charge de façon optimale la prescription de première contraception ?*

114 répondeurs soit 77.6% [IC95 [70,9-84,3] p<0,01] se sentaient suffisamment formés et informés. La majorité des médecins se sentant à l'aise était au courant des recommandations, test **statistiquement peu significatif** (tableau 19) car p <0,20 donc probable manque de puissance.

**Tableau 19 : Ressenti à l'aise des médecins en fonction de la connaissance des recommandations**

| A l'aise / Connaissance reco | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Oui** | 69 | 15 |
| **Non** | 45 | 18 |

**p = 0,12 ; chi2 = 2,37 ; ddl = 1**
**Test de Chi 2 Peu significatif**
**(probable manque de puissance)**

***4. Désireriez-vous des formations complémentaires sur les différentes méthodes (patchs, DIU, implants) et les gestes pratiques (pose d'implant/DIU) ?***

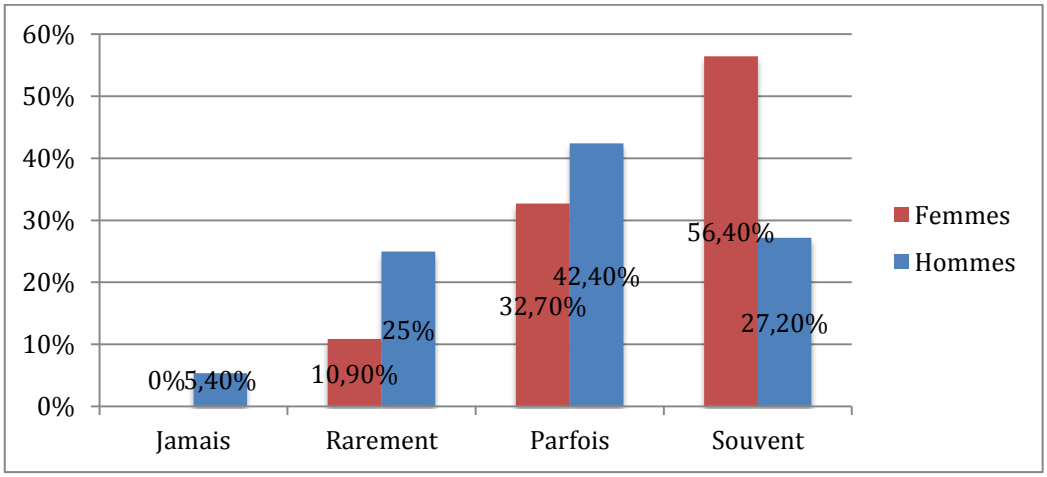
54 sondés (36,7% [IC95 [28,9-44,5] p<0,01]) aimeraient des formations complémentaires.

## D. Critères secondaires

### *1. Influence du sexe du prescripteur*

#### a) *Sur la fréquence de la pratique de la gynécologie*

**Graphique 16 : Influence du sexe du prescripteur sur la fréquence de la pratique de la gynécologie**




Sur les 55 femmes : 31 déclaraient pratiquer la gynécologie souvent soit 56,4% contre 25 hommes sur 92 soit 27,2% des hommes : le sexe du prescripteur **influençait de façon statistiquement significative** la fréquence de la pratique de gynécologie (tableau 20).

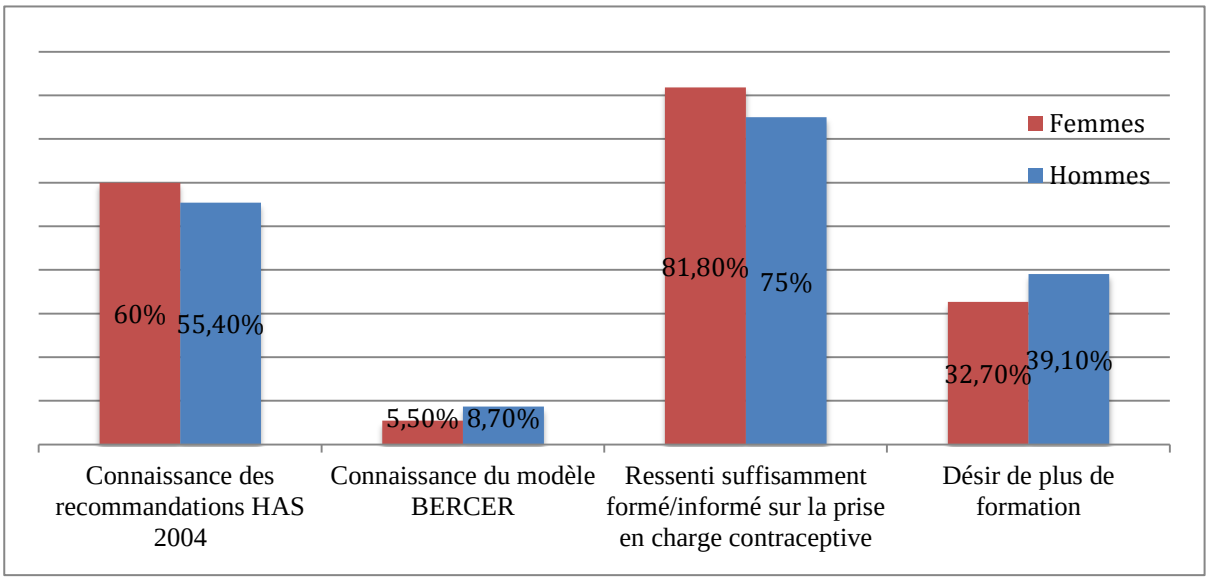
**Tableau 20 : Fréquence de la pratique de la gynécologie en fonction du sexe du prescripteur**

| Sexe / Pratique gynéco | Femmes | Hommes |
|---|---|---|
| **Souvent** | 31 | 25 |
| **Parfois** | 18 | 39 |
| **Rarement** | 6 | 23 |
| **Jamais** | 0 | 5 |

**p < 0,001**
**Test de Fisher SIGNIFICATIF**

### b) *Sur la connaissance du cadre officiel*

**Graphique 17 : Connaissance du cadre officiel en fonction du sexe du prescripteur**



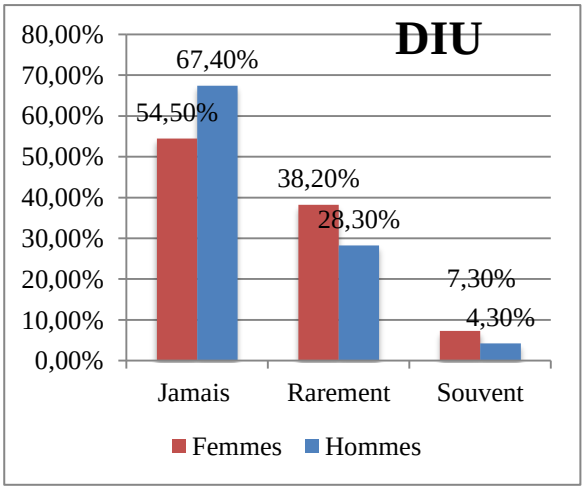

Nous pouvons tirer quelques conclusions :

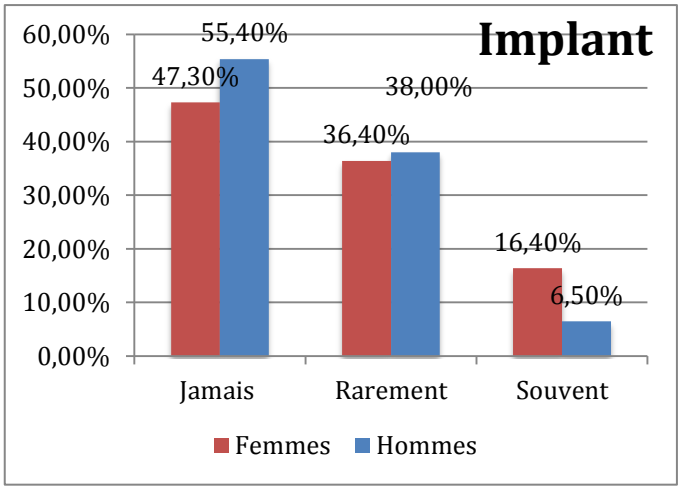
- ❖ Les recommandations HAS étaient connues par 60% des femmes versus 55,4% des hommes
- ❖ Le modèle BERCER restait peu connu : 5,5% des femmes versus 8,7% des hommes
- ❖ Les femmes étaient à 81,8% à l'aise avec la primo contraception versus 75% des hommes
- ❖ Le désir de formation était évoqué chez 32,7% des femmes versus 39,1% des hommes

### c) *Sur le profil de prescription de méthode contraceptive*

#### (1) En primo-prescription

**Graphique 18 : DIU en primo-prescription selon le sexe du prescripteur et Graphique 19 : implant en primo-prescription selon le sexe du prescripteur**

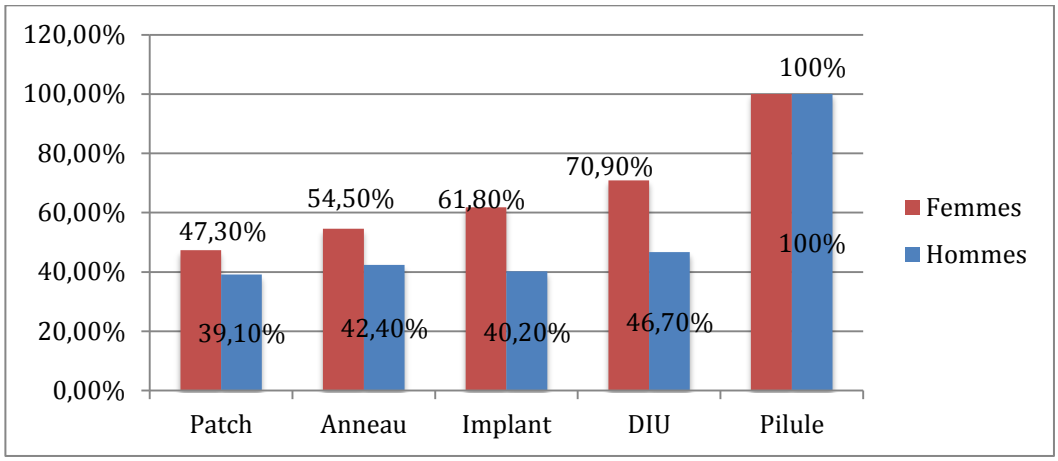



Les techniques récentes : implant et DIU étaient plus souvent prescrites par les femmes.

(2) En non primo-prescription

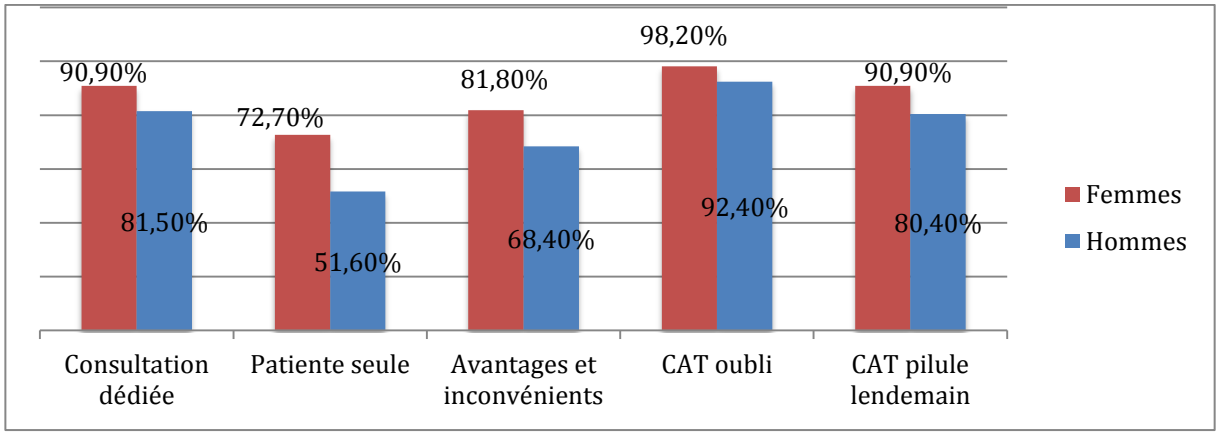
**Graphique 20 : Profil de prescription habituelle selon le sexe du prescripteur**




- **La pilule** : prescrite par 100% des hommes et des femmes.
- **Le DIU** : surtout prescrit par les femmes : 70,9% des femmes versus 46,7% des hommes.
- **L'implant** : également : 61,8% des femmes versus 40,2% des hommes.
- **L'anneau vaginal** : également : 54,5% des femmes versus 42,4% des hommes.
- **Le patch** : également : 47,3% des femmes versus 39,1% des hommes.

d) ***Sur le déroulement de la consultation***

**Graphique 21 : Influence du sexe du prescripteur sur le déroulement de la consultation (1 /2)**




Les femmes suivaient plus les recommandations HAS avec une corrélation **statistiquement significative** entre le fait d'être une femme et de recevoir la patiente seule (tableau 21).

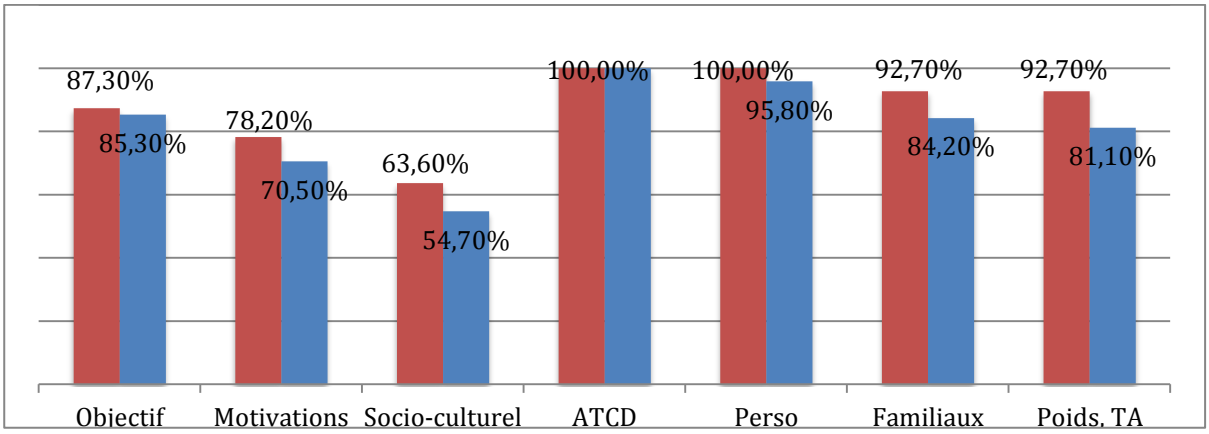
**Tableau 21 : Influence du sexe du prescripteur sur le fait de recevoir la patiente seule en consultation**

| Sexe \ Patiente seule | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Femmes** | **40** | **15** |
| **Hommes** | **49** | **43** |

**p < 0,05 ; chi2 = 5,46 ; ddl 1**

**Test significatif**

**Graphique 22 : Influence du sexe du prescripteur sur le déroulement de la consultation (2 /2)**



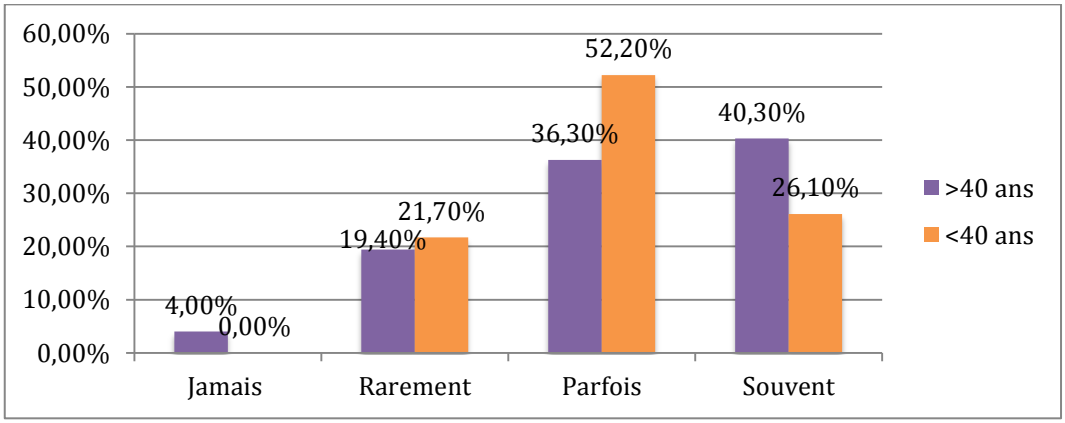

Les critères recherchés avant prescription l'étaient, le plus souvent, par les femmes.

Il y a une **corrélation statistiquement significative de l'influence du sexe féminin sur la fréquence de la pratique** (tableau 20) **et sur le fait de recevoir la patiente seule** (tableau 21). En annexe 13 on voit qu'il y a une **relation peu significative** par probable manque de puissance (0,05<p<0,2) **entre le sexe féminin et le fait de faire une consultation dédiée, d'expliquer les avantages et inconvénients, de prendre en compte l'examen physique et d'aborder la contraception d'urgence**.

### 2. *Influence de l'âge du prescripteur (tableaux de contingence en annexe 14)*

#### a) *Sur la fréquence de la pratique*

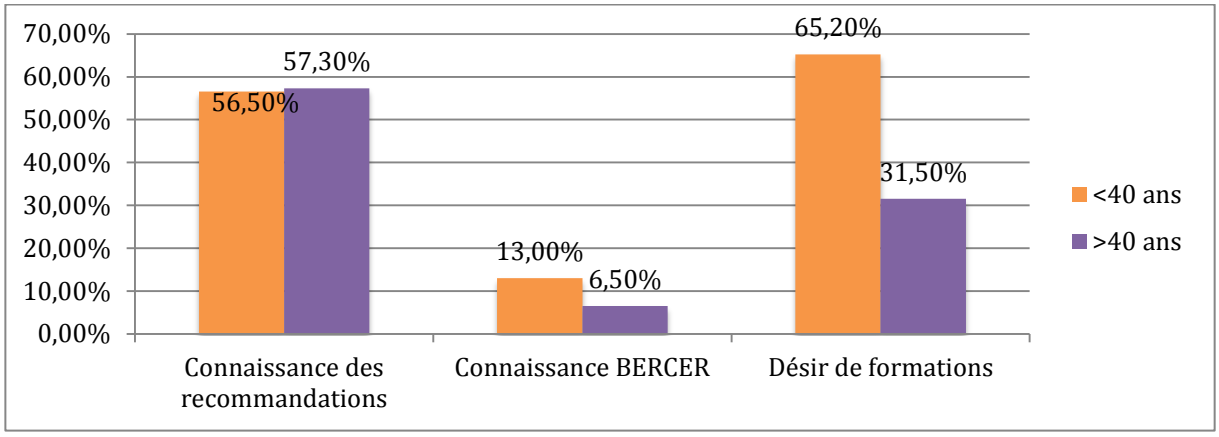
**Graphique 23 : Influence de l'âge du prescripteur sur la fréquence de la pratique de la gynécologie**




La majorité des médecins déclarant pratiquer souvent la gynécologie avait plus de 40 ans, mais sans corrélation statistiquement significative.

#### b) *Sur la connaissance du cadre officiel*

**Graphique 24 : Connaissance du cadre officiel en fonction de l'âge du prescripteur**




Les > 40 ans étaient plus nombreux à connaître les recommandations, moins désireux de se former.

**Tableau 22 : Influence du sexe du prescripteur sur le désir d'avoir des formations complémentaires**

| Désir formation / Age | Oui | Non |
|---|---|---|
| **< 40 ans** | 15 | 8 |
| **>40 ans** | 39 | 85 |

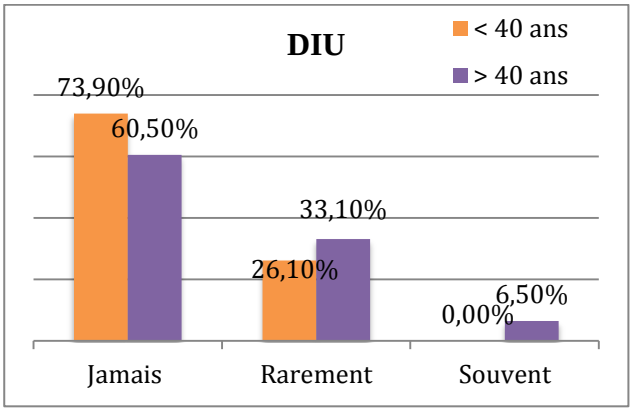
p<0,01 ; chi2 = 9,52, ddl 1
Test de chi2 significatif

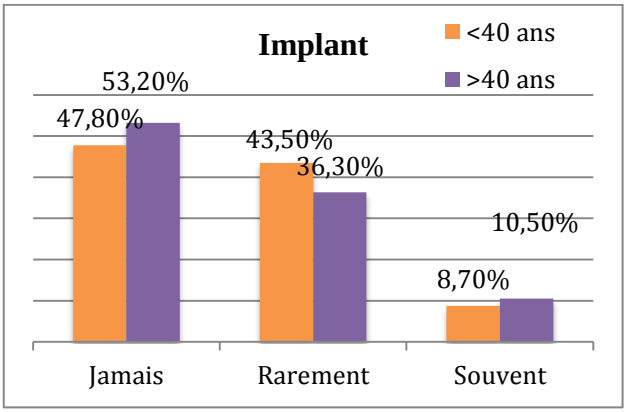
La seule **corrélation significative** était l'influence de l'âge sur le désir de formation (tableau 22).

### c) *Sur le profil de prescription de méthode contraceptive*

#### (1) En primo prescription

**Graphique 25 : DIU en primo-prescription selon le âge du prescripteur et Graphique 26 : Implant en primo-prescription selon le sexe du prescripteur**

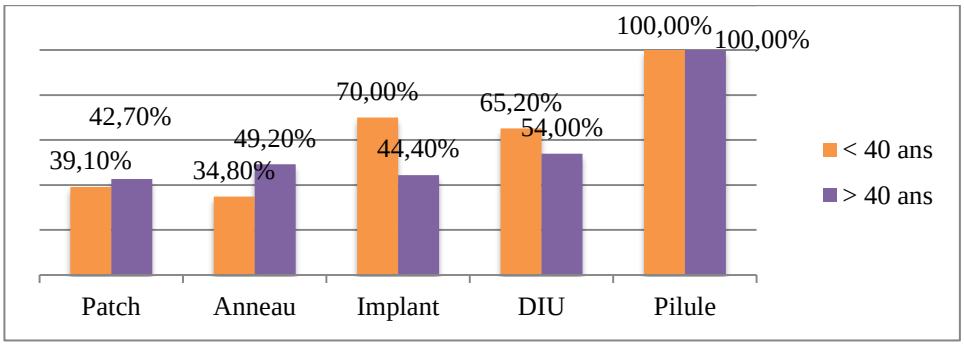



Les méthodes « récentes » : DIU et implant étaient plutôt prescrites par les médecins de plus de 40 ans en primo-prescription, **sans différence statistiquement significative** (cf. annexe 14).

(2) En non primo prescription

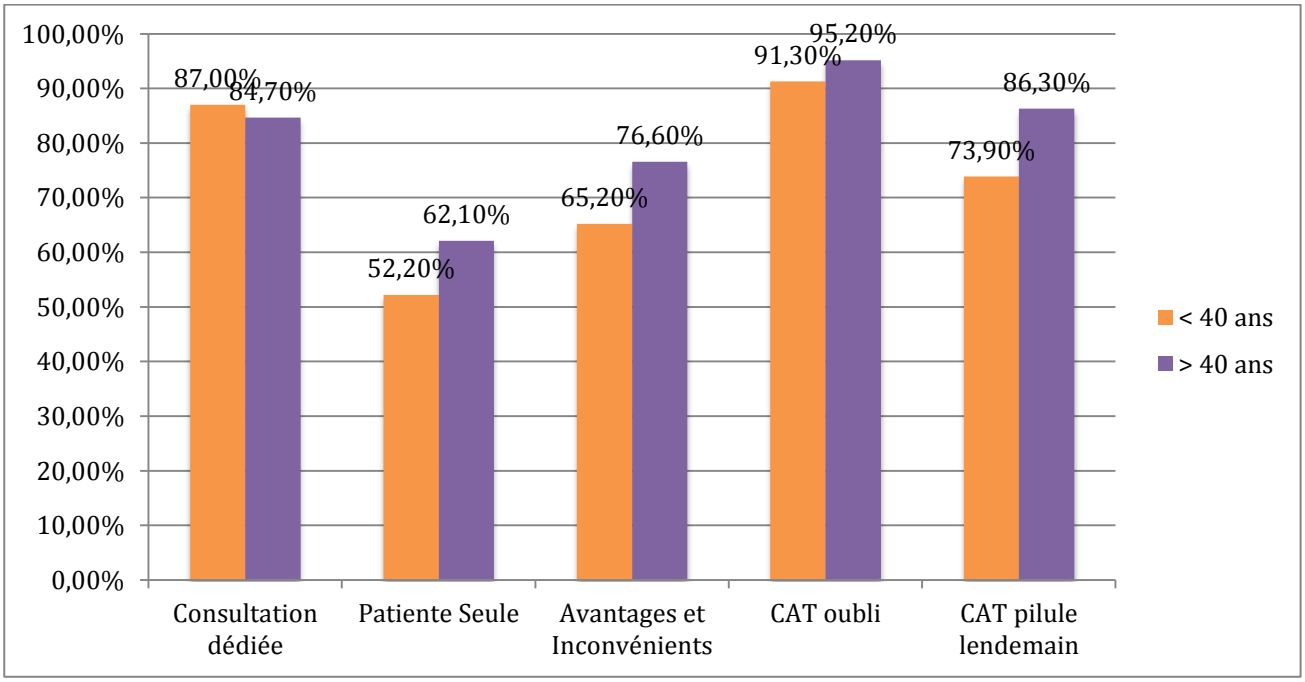
**Graphique 27: Profil de prescription habituelle selon l'âge du prescripteur**



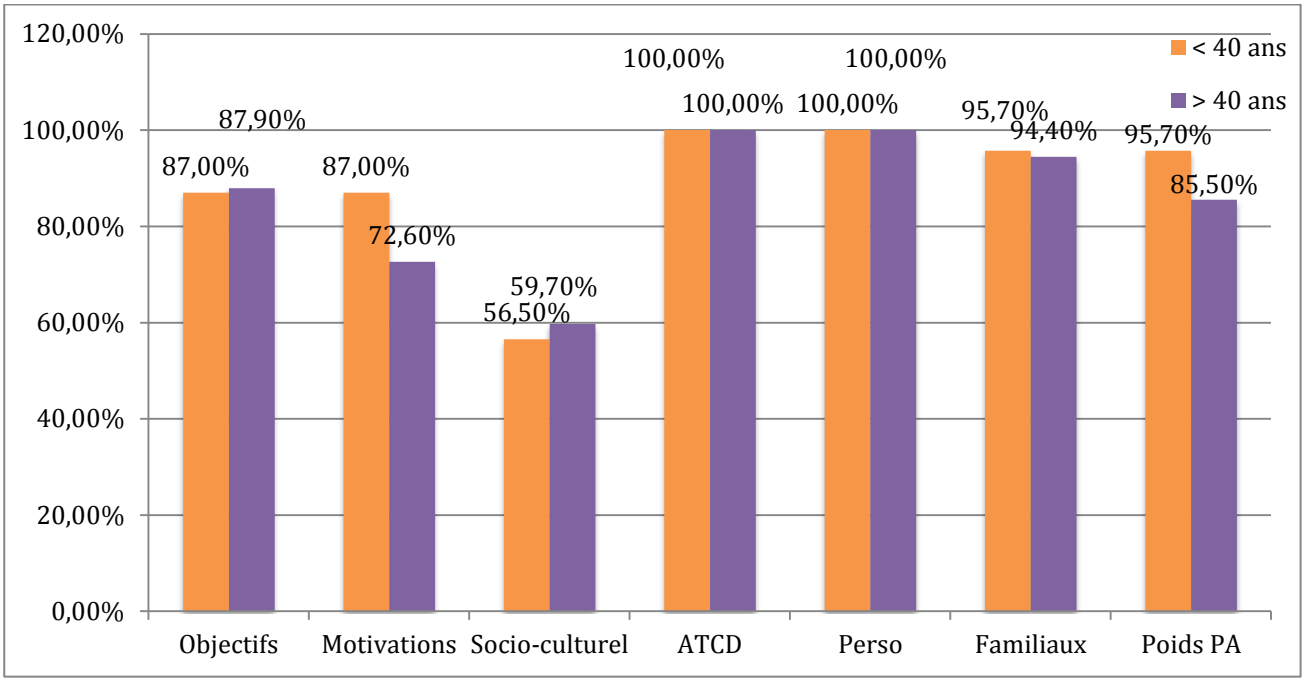

Les médecins de moins 40 ans avaient une plus grande facilité à prescrire implant et DIU.

d) ***Sur le déroulement de la consultation***

**Graphique 28 : Influence de l'âge du prescripteur sur le déroulement de la consultation (1/2)**



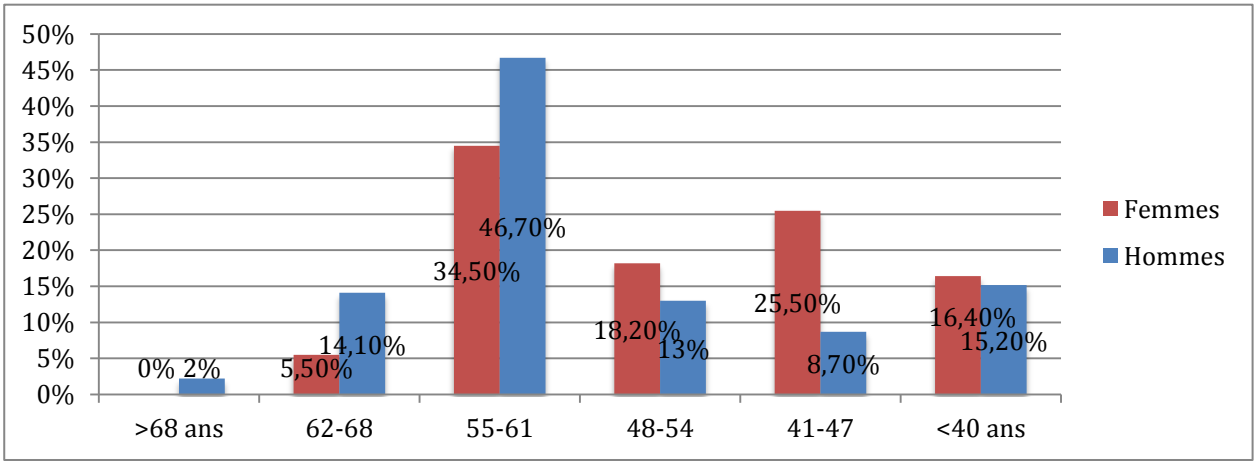

**Graphique 29 : Influence de l'âge du prescripteur sur le déroulement de la consultation (2/2)**




Finalement dans la plupart des items, les médecins de la catégorie > 40 ans étaient plus fidèles aux recommandations officielles en dehors de la prise en compte des motivations de la patiente et de l'examen clinique ou les < 40 ans les dépassaient d'une courte avance. **Aucune significativité n'en a été tirée** (Cf. annexe 14) en dehors d'un lien **peu significatif (0,05<p<0,20) entre le groupe >40 ans et le fait d'éduquer sur la contraception d'urgence**. (Cf. annexe 14).

### e) *Profil du sexe des répondeurs en fonction de leur âge*

**Graphique 30 : Profil du sexe des répondeurs en fonction de leur âge**




- Dans la 1ère moitié des tranches d'âge : les < 54 ans : les femmes étaient les plus grandes répondeuses.
- Dans la 2ème moitié : les > 55 ans: les hommes étaient les plus répondeurs.

# IV. DISCUSSION

## A. Points positifs

Le soutien logistique de l'URPS a permis la réception de 147 questionnaires sur 500 envoyés soit un taux de répondants de 29.4%. Cela témoigne de l'intérêt de médecins généralistes interrogés vis à vis du sujet de l'étude.

La contraception est un sujet de pratique quotidienne, donc chaque médecin interrogé s'y retrouve très régulièrement confronté et avait donc une expérience à partager. L'absence de questions ouvertes a permis une meilleure précision et une meilleure analyse des données. Volontairement nous avons choisi d'envoyer un questionnaire long au risque d'avoir peut-être moins de réponses mais pour cerner au mieux les habitudes de prise en charge des médecins généralistes sur la question de la primo-contraception. Par ailleurs nous avons orienté le questionnaire selon les recommandations HAS de 2004 pour en tirer des conclusions sur le lien entre la théorie et la pratique, nous avons ajouté quelques points qui n'apparaissent pourtant pas dans ces recommandations mais qu'il nous semblait intéressant de mettre en relief notamment le contexte social. Beaucoup d'études ont été réalisées par le passé et dans d'autres régions sur des sujets voisins, ce qui nous permet de faire des comparaisons.

Cette étude permettra nous l'espérons d'apporter une critique constructive des pratiques médicales et de trouver des pistes pour les améliorer.

## B. Points négatifs

*Le sujet* : nous pouvons critiquer le fait que le sujet de la contraception est justement un sujet courant sur lequel de nombreuses études ont été réalisées, nous nous démarquons par le fait que nous avons fait une étude quantitative qui pourra venir en complémentarité de l'étude qualitative réalisée à Amiens en 2012 sur le thème « prescription initiale d'une contraception orale chez l'adolescente en médecine générale » (34).

*Le questionnaire* : la longueur du questionnaire a pu être un frein au nombre de réponses potentielles. Un questionnaire moins long aurait sans doute permis plus de réponses mais moins précises. Malgré la longueur, il ne reprenait pas de façon exhaustive les recommandations.

*Le biais de sélection* : les questionnaires ont été envoyés à un échantillonnage de médecins, or les répondeurs sont biaisés. En effet, n'ont répondu que ceux que le sujet a intéressé, même si le taux de réponses obtenu a dépassé nos attentes qui étaient de 25%.

*Le manque de puissance probable* : Nous avons trouvé en effet au sein de notre étude que les médecins informés des recommandations HAS prenaient mieux en charge cette consultation, de

même nous avons démontré dans notre population l'influence de l'âge et du sexe mais les tests de chi2 et de Fisher ne trouvent de réelle significativité que pour peu de données et parfois des résultats « peu significatifs » 0,5<p<0,2 : qui reflètent souvent ce manque de puissance.

*Le type d'étude* : par des questions fermées, les médecins ont pu être influencés dans leurs réponses, et parfois n'ont peut être répondu que ce qu'ils devraient faire en théorie à la place de ce qu'ils font réellement en pratique. Ce biais est incontournable dans ce type d'étude.

## C. Analyse des résultats

### *1. Caractéristiques des sondés*

Notre étude retrouvait donc 62,6% d'hommes et 37,4% de femmes ce qui est représentatif de la population générale des médecins généralistes libéraux recensés dans le 2ème Atlas Régional de démographie Médicale (26) (il existe -depuis la réalisation de ce travail- un 3ème Atlas Régional, plus récent, réalisé lors de l'année 2013, toutefois, notre échantillon ayant été réalisé sur la base du 2ème Atlas, ses caractéristiques ne pouvaient être interprétées qu'en fonction de ce même Atlas). On assiste toujours d'après cette source à une féminisation de la médecine générale depuis plusieurs années. La moyenne d'âge la plus représentée des répondeurs de notre enquête était de plus de 50 ans tout comme dans la population globale des médecins généralistes picards de l'époque. Notre échantillon est donc bien représentatif.

En recoupant les âges et les sexes nous avons pu constater que les moins de 55 ans étaient surtout des femmes et les plus de 55 ans surtout des hommes : féminisation de la profession ou plus grand intérêt des femmes jeunes pour le thème du questionnaire ?

Par ailleurs les médecins de la Somme et de l'Oise ainsi que les médecins en milieu semi-rural sont les plus répondeurs. Il nous a également paru intéressant de recenser les médecins disposant de la proximité d'un gynécologue, et l'influence de ce paramètre dans leur pratique de la gynécologie. En effet, selon les données de démographie médicale (28) : le nombre de gynécologues médicaux picards s'amenuise d'année en année (-31,3% de 2008 à 2015 en Picardie), ce qui pousse un peu plus les médecins généralistes en position d'interlocuteur de proximité en matière de contraception et plus globalement de gynécologie. En effet la Société Française de Médecine Générale a publié en 2010 un rapport selon lequel le premier motif de consultation des femmes de 18 à 25 ans chez leur médecin généraliste est la contraception (29). L'étude EPILULE de 2003 montrait que déjà à l'époque, 44% des femmes consultant en médecine générale déclaraient confier leur contraception principalement à un médecin généraliste (30). En effet dans notre étude on retrouve une **corrélation entre le fait d'avoir un gynécologue consultable et la fréquence de la pratique de la gynécologie** par le médecin interrogé, statistiquement peu significatif (probable

manque de puissance). Cette tendance est confirmée par la thèse du Dr Dias : la proximité du gynécologue consultable rend l'activité de gynécologie du médecin généraliste moindre (31).

Nous avons sondé les médecins sur le type de méthodes qu'ils étaient habitués à prescrire dans la cadre de la contraception, pas seulement en primo prescription mais de façon plus globale : sans surprise la pilule était prescrite par 100% d'entre eux, mais on peut voir que les « autres » méthodes prennent une place dans l'activité habituelle notamment le DIU dans 55,8%, l'implant pour 48,3% (48,5% dans le travail du Dr Kiassi (32)), l'anneau pour 46,9% (43,2% chez le Dr Dias (31) et enfin le patch pour 42,2% : ouverture de la pratique.

### *2. Niveau de formation*

#### a) *Formation initiale et ressenti des médecins sur leur capacité à bien gérer la contraception*

Depuis 2004 et la création des Épreuves Classantes Nationales, la médecine générale est une spécialité à part entière avec un internat spécifique. La formation pratique comprend désormais un semestre de pédiatrie et/ou gynécologie. Notons également que des stages ouverts en gynécologie durant le 2ème cycle sont accessibles aux externes. Dans le même temps, la contraception est devenue l'objet d'un item à part entière, donc les bases des médecins généralistes ayant passé les ECN depuis 2004 sont sensées être homogènes (33). Dès lors on peut émettre l'hypothèse que les médecins qui ont eu accès à ce cursus ont eu une formation de gynécologie plus complète qu'avant, c'est la raison pour laquelle nous avons distingué le groupe des < 40 ans et les > 40 ans en supposant que les plus « jeunes » se sentaient plus à l'aise avec le thème de la gynécologie.

Le travail de notre consœur picarde Le Dr Parmentier Fontaine qui interrogeait les médecins en entretien révélait que ces derniers accusaient une formation initiale quasi inexistante dans leurs études (34). De même en 2010, le travail du Dr Dias (31) les médecins faisaient le même constat : 62 à 80% des médecins étaient insatisfaits de leur apprentissage pratique.

Concernant le ressenti : 77,6% des médecins se sentaient suffisamment formés et informés pour la prise en charge optimale de la première contraception, avec une **corrélation peu significative** avec le fait de connaître les recommandations (manque de puissance probable).

#### b) *Formation complémentaire et désir de formations complémentaires*

Concernant la formation spécifique quelle qu'elle soit en gynécologie : 68,3% de nos répondeurs ont déclaré avoir suivi ou suivre une formation complémentaire. Ce chiffre est

comparable avec d'autres travaux de thèse réalisés notamment celui du Dr Prate à Lille en 2012 (35) : 70% des médecins interrogés avaient une formation complémentaire (FMC le plus souvent) en gynécologie. Le travail du Dr Delannoy en 2009 allait également dans ce sens avec 72%. (36).

36,5% de nos sondés désireraient des formations supplémentaires.

#### c) *Connaissance des recommandations*

Dans notre étude : 57,1% des médecins disaient avoir eu connaissance des recommandations officielles, contre 34,1% dans le travail du Dr Prate a Lille (35)

#### d) *Connaissance du modèle BERCER*

Dans notre étude : 7,5% des médecins connaissaient le modèle BERCER, cela était **statistiquement bien sûr influencé** par le fait de connaître les recommandations. Le travail Lillois retrouve 4,5% de médecins qui connaissaient le modèle.

### *3. Réponse à l'objectif principal de l'étude*

L'objectif principal de cette thèse était de réaliser un état des lieux de la prise en charge de la primo-contraception par le médecin généraliste Picard.

#### a) *Prise en charge de la contraception*

Faite par 100% des médecins, telle que le préconisent les recommandations. Inversement du point de vue de certaines patientes, le médecin généraliste n'est pas forcément le meilleur interlocuteur pour aborder la sphère intime et privée. Elles se trouvent parfois dans l'impossibilité d'en parler avec lui, car il connaît leurs parents, leur fratrie (37). On note que dans l'étude EPILULE de 2003 : la prescription initiale de contraception était prise en charge par le généraliste dans 51,3% des cas (jusque 60% si le médecin est une femme) (30). Ce chiffre n'ayant pas été réactualisé depuis 2003. Un sondage récent du Groupe Pasteur Mutualiste révèle que 91% de la population Française fait confiance à son généraliste. Le travail du Dr Mortain Gouessant de 2013 concernant l'information des adolescents par leur médecin généraliste retrouvait que la majorité des adolescents considéraient comme fiable leur médecin généraliste en matière de contraception (75).

### b) *Consultation entièrement dédiée*

Les répondeurs suivaient dans leur grande majorité (85%) les recommandations de l'HAS (5) qui préconisent de dédier intégralement cette consultation **(non significativement statistiquement corrélé** dans notre étude avec la connaissance des recommandations), les questions à aborder étant nombreuses. C'est l'item « Bienvenue » du modèle BERCER (48). Selon I. Nisand dans un rapport du Haut Conseil de la Population et de la Famille publié en 2006 : les principaux obstacles à la contraception étaient le manque d'information (fausses croyances sur le risque de stérilité sous contraception, la prise de poids…), le manque de maîtrise de la méthode utilisée (38) : prendre le temps d'une consultation entière pour palier à ces obstacles est indispensable pour l'éducation de la patiente, son interrogatoire et l'adaptation du type de contraception à sa personnalité, ses attentes et ses besoins (39). Pourtant, la pudeur, la peur de l'examen gynécologique, ou l'appréhension poussent les patientes à souvent parler de contraception en fin d'une autre consultation pour un autre motif, les médecins ne doivent pas hésiter à différer et à prévoir un nouveau rendez-vous intégralement consacré à cette question.

Il a été rapporté dans le travail du Dr Novel en 2012 que les adolescentes pouvaient trouver certaines questions trop intimes et ne pas être à l'aise pour en discuter avec leur généraliste (40). Dans le travail de thèse du Dr Macchi en 2010 (41) qui interrogeait les patientes : 47% d'entre elles déclaraient avoir eu une consultation spécialement dédiée à leur première contraception. Dans le travail du Dr Prate dans le Nord en 2012 : seuls 55,7% des médecins le déclaraient.

La plupart des médecins de notre étude confiait que cette consultation durait environ 15 minutes, ce qui correspond au temps de consultation moyen d'un médecin généraliste (qui est de 16 minutes (42)), même si le rapport de l'inspection générale des Affaires sociales (IGAS) préconisait pour cette consultation particulière un minimum de 30 minutes (43). En Picardie, le travail de thèse (étude qualitative) du Dr Parmentier Fontaine qui interrogeait en entretiens semi-dirigés les médecins généralistes soulignait que le manque de temps est un réel handicap, on y évoquait la piste de la création d'une consultation spécifique contraception, contraception d'urgence, IST au même titre que la consultation nourrisson avec rémunération valorisée du médecin (34).

### c) *Accompagnement par une tierce personne*

Les médecins de notre étude ne suivaient pas les recommandations sur cette question (5). Il est recommandé de recevoir la patiente seule ou de prendre en compte le couple dans le cadre de la démarche contraceptive, d'autant que la prescription d'une contraception chez l'adolescente est possible depuis la loi du 4 juillet 2001 en cabinet médical sans autorisation parentale (44). Or nous

avons pu constater dans notre étude que la patiente est, la plupart du temps, reçue avec un majeur (en dehors du partenaire). En fait, les difficultés rencontrées par les adolescentes sont la pudeur, la présence des parents, la peur de la divulgation de leur intimité (45) c'est donc pourquoi il faut privilégier l'entretien « tête à tête ». Pour lancer le sujet et éviter de bloquer la patiente, le médecin peut utiliser comme levier la vaccination HPV pour aborder ensuite les sujets de puberté et de sexualité (29), cela permet de tisser une relation de confiance médecin-patiente autour de la sexualité. Notons toutefois que le médecin a lui même un rôle de prévention, et doit aborder le sujet de la contraception chez les patientes qui n'en font pas la demande elles-mêmes.

Pour le Dr Prate : 60% de médecins recevaient l'adolescente seule ou selon son souhait (35). La revue Exercer dans l'article « L'adolescente, sa contraception et son médecin généraliste » nous apprenait toutefois que 75,48 % des adolescentes ne souhaitaient pas être reçues seules (46).

Rappelons que la loi du 4 juillet 2001 et le décret du 9 janvier 2002 (47) permettent au praticien d'informer la jeune fille que les contraceptifs remboursables peuvent lui être délivrés gratuitement et de manière confidentielle en pharmacie, sur prescription médicale, et qu'elle bénéficie d'un tiers payant, sur la part obligatoire, pour les consultations et les examens de biologie médicale concernant la contraception. Il peut également lui indiquer les coordonnées du centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF) le plus proche pouvant proposer des consultations de contraception anonymes et gratuites aux jeunes filles mineures et leur délivrer une contraception régulière de façon anonyme et gratuite. L'étude du Dr Parmentier Fontaine en 2012 (34) confirmait toutefois que l'accès aux centres de planification des adolescentes restait faible.

### d) *Les critères pris en compte avant la primo-prescription*

Dans notre étude, nous avons pu constater que les répondeurs faisaient une approche globale de la patiente, ils prenaient effectivement en compte en premier lieu les **antécédents** de la patiente (100%), puis **l'objectif recherché** (87,7%). Arrivaient ensuite **l'examen physique** (87,1%) avec la prise de la PA, poids, taille et indice de masse corporelle puis les **motivations** (74,8%) et le milieu socio-culturel (59,2%). Tous ces éléments sont dans notre échantillon recherchés chez la majorité des médecins, et sont notamment plus recherchés chez les médecins qui connaissent les recommandations HAS **sans pour autant de corrélation statistiquement significative**. Cela correspond à l'étape « Entretien » du modèle BERCER (48) : une phase interactive qui a pour objectif prioritaire le recueil d'information sur la femme, son état de santé, ses besoins propres et ses éventuels problèmes. Elle donne lieu à un entretien et un examen clinique. Au cours de cet entretien, le soignant explore en complément de la clinique le contexte de vie de la consultante, son expérience et ses connaissances en matière de contraception, sa vision des choses.

Le rapport de la HAS de contraception chez l'homme et la femme (15) recense les facteurs de risque d'échec de contraception parmi lesquels : les facteurs démographiques tels que l'âge ou le lieu d'habitation, les facteurs socio-économiques (faible niveau socio-éducatif ou socioculturel), une forte assiduité à la religion, de faibles connaissances sur la sexualité, le coût de la méthode contraceptive ou l'absence de mutuelle. On recense aussi la mauvaise compréhension, la mauvaise utilisation et particulièrement chez les adolescentes : des facteurs tels que l'acceptabilité sociale de leur sexualité, la relation avec les parents, l'accès aux PMI ou encore l'éducation sexuelle.

Particulièrement le travail du Dr Parmentier Fontaine (34) évoquait le faible contexte socio-culturel de la région, plus particulièrement du Vimeu où le facteur économique était un réel frein à l'accès à la contraception. D'ailleurs en 2009 : 50% des pilules remboursées étaient prescrites par des généralistes (49). Dans cette même étude picarde est mis en avant un autre frein important : la dimension éducative sur l'anatomie, la physiologie de l'appareil génital nettement insuffisante des adolescentes malgré une éducation sexuelle obligatoire (probablement non réalisée).

L'approche de la patiente dans sa globalité se fait selon deux types : le counseling et la démarche éducative (15) pour favoriser l'aide au choix de la contraception. Chaque contraception doit effectivement être adaptée au cas par cas selon tous ces critères à rechercher avant prescription pour en améliorer l'observance et la compliance, et également diminuer le risque d'échec :

- *Le counseling* est une démarche de conseil et d'accompagnement de la patiente en favorisant l'expression de son choix, avec empathie, respect de sa sexualité, ses sentiments, son attitude et ses besoins tout en engageant le soignant à garder le maximum de neutralité.

- *La démarche éducative* est un partenariat pédagogique centré sur la personne pour promouvoir sa santé tout en la rendant autonome dans sa propre prise en charge. C'est une démarche individualisée qui se fonde sur ce que la personne est, ce qu'elle sait, ce qu'elle croit, redoute et espère à partir de ce que le soignant est, sait, croit redoute et espère.

Ces démarches permettent une meilleure connaissance de la méthode utilisée, un taux d'utilisation supérieur des méthodes de longue durée. Dans la littérature, la réduction du taux de grossesses non voulues est pourtant non significative.

Nous avons noté que le seul facteur devant être recherché mais qui était majoritairement laissé de coté dans notre étude est l'interrogation sur la **fréquence des rapports** sexuels (19%). Pourtant ce même rapport HAS préconise de s'interroger sur les facteurs liés au mode de vie : caractère instable d'une relation, nombre de partenaires ou statut marital. Pour proposer la méthode la plus adaptée il est indispensable de connaître l'activité sexuelle de la patiente.

### e) *Réalisez-vous un frottis cervico vaginal avant la prescription ?*

Dans notre étude la grande majorité des médecins (95,2%) ne réalisaient pas de FCV avant prescription, comme le préconisent les recommandations (5). Même si la majorité des médecins différant cet examen connaissaient les recommandations, la corrélation statistique n'est **pas significative**. Le frottis est recommandé à partir de l'âge de 25 ans : deux frottis à un an d'intervalle puis tous les trois ans en cas de normalité jusqu'à l'âge de 65 ans (50). Ces recommandations sont reprises par le Dr Winckler en 2008 (51). Les recommandations anglaises sur le sujet préconisent un frottis de 25 à 64 ans également mais avec possibilité de repousser tous les 5 ans à partir de 50 ans (52). Le Dr Prate dans son étude menée à Lille a retrouvé un frottis réalisé dans 43% des cas mais différé dans 94% des cas (35).

Notre question aurait du comporter une partie concernant la réalisation ou non d'un examen gynécologique avant prescription. L'examen gynécologique peut, et insistons même sur le fait qu'il DOIT être expliqué et repoussé à une date ultérieure pour éviter d'effrayer les patientes qui risqueraient de ne pas consulter (par peur) pour une demande de contraception.

### f) *Réalisez vous un bilan biologique avant la primo-prescription ?*

Dans notre étude la majorité des médecins (53,1%) réalisaient un bilan biologique sous 3 mois ce qui est recommandé par la HAS (5). Il y avait d'ailleurs dans notre travail une **corrélation statistiquement significative** entre le fait de connaître les recommandations et cette prescription. Il est préconisé selon le rapport HAS 2010 (15) que pour une femme sans ATCD personnel ou familial de maladie métabolique ou thromboembolique, qui ne fume pas et dont l'examen clinique est normal : le premier bilan biologique peut être réalisé dans les 3 à 6 mois après le début de la contraception, sa non réalisation ne doit pas retarder la prescription d'une contraception même OP. Il comporte la détermination du cholestérol total, des triglycérides et de la glycémie à jeun. Il sera renouvelé tous les 5 ans. On retrouve d'ailleurs une RMO (recommandation médicale opposable) à ce sujet (53) indiquant qu'il n'y a pas lieu, au cours de la surveillance biologique d'une contraception orale, chez une femme de moins de 35 ans, lorsque ni le premier bilan, ni les bilans de contrôle, n'ont montré d'anomalies, de pratiquer d'autres explorations biologiques.

En cas d'ATCD familial d'hyperlipidémie : il est par contre impératif de demander un bilan biologique avant le début d'une contraception OP et entre 3 et 6 mois après. De même en cas d'anomalie de l'hémostase ou d'ATCD familiaux thromboemboliques veineux profonds documentés (ayant touché un ou plusieurs sujets de moins de 50 ans) le bilan d'hémostase peut être utile. Dans ce cas la patiente doit être adressée à un spécialiste de l'hémostase (54). Enfin lorsque la pose d'un DIU est envisagée : les risques de grossesse et grossesse extra-utérine doivent être

écartés. En présence de facteurs de risque d'IST, des tests diagnostiques portant sur Chlamydia Trachomatis sont recommandés avant la pose (15).

Le Dr Prate à Lille retrouvait dans son travail 91% de médecins réalisant un bilan biologique sous un délai de 3 à 6 mois (35) versus 53,1% dans notre enquête.

### g) *Expliquez vous les catégories et avantages et inconvénients de chaque catégorie de contraceptif avant la primo-prescription ?*

À cette question nous avons constaté que la majorité des médecins (74 ,8%) prenaient le temps d'expliquer aux patientes les avantages et inconvénients de chaque méthode avant prescription, pour leur délivrer une information complète et les faire participer au choix de la méthode. De plus, nous retrouvions une **relation statistiquement significative** entre le fait de connaître les recommandations et d'expliquer ces avantages et inconvénients de chaque méthode.

C'est l'item « Renseignement » du modèle BERCER (48). Il existe d'ailleurs des sites internet et documentations papier pour éclairer la patiente parmi lesquels « Choisir sa contraception» (56). D'après les recommandations du National Institute of Health and Clinical Excellence, pour pouvoir choisir sa contraception, la femme doit recevoir une information complète sur les méthodes qu'elle peut utiliser (59) : c'est l'item « Choix » du modèle BERCER (48).

Ce point est important car il permet de faire découvrir à la patiente l'ensemble des techniques qui sont disponibles pour proposer la prise en charge qui lui correspondra le mieux : le plus souvent c'est l'occasion de découvrir des méthodes qu'elles ne connaissaient pas. D'après le rapport de l'INPES de 2007 : « Contraception, que savent les Français ? » (57) : les Français connaissent la pilule et le préservatif pour 97% d'entre eux, le stérilet à 93%, presque ¾ connaissent le préservatif féminin et le diaphragme mais les autres méthodes sont peu connues : spermicides à 52%, patch à 48%, implant et anneau à 44%. Selon l'étude ANGEL (58), seules 58% des patientes connaitraient la méthode contraceptive qui leur est proposée.

Plus particulièrement pour les adolescentes : elles peuvent utiliser n'importe quelle méthode et avoir accès à un choix étendu. L'âge ne constitue pas une raison médicale pour refuser une méthode à une adolescente. Les considérations d'ordre social et comportemental sont importantes. Elles tolèrent généralement moins bien les effets secondaires qui sont une source d'abandon. Le choix de la méthode peut être influencé par le caractère sporadique des rapports et la nécessité de dissimuler une contraception. Un enseignement et des conseils prodigués, avant et au moment du choix de la méthode, permettront aux adolescentes de répondre à leurs problèmes particuliers et de prendre des décisions en toute connaissance de cause (60).

Dans le travail du Dr Macchi (41) : 79% des patientes se sentaient bien informées sur les avantages et inconvénients de leur contraception. Dans le travail du Dr Prate (35) : 90% des médecins détaillaient chaque type de contraception versus 74,8% dans notre étude.

### h) *Quels moyens prescrivez-vous en primo-prescription ?*

Dans notre étude : nous remarquions de façon **statistiquement significative** que le moyen de contraception préféré des médecins en terme de première contraception était la pilule C1G ou C2G. Le rapport HAS de la contraception chez l'adolescente de Juillet 2013, réactualisé en 2015 préconise une contraception OP en 1ère intention (61). Cette préférence est confirmée par différents travaux de thèse, par exemple Dr Dias (62) ou Dr Kiassi (32). En effet la revue Exercer publiait en 2014 une étude indiquant que la préférence des médecins généralistes pour la contraception OP en 1ère intention s'expliquait par son moindre coût, leurs habitudes, leurs craintes d'effets indésirables des autres méthodes, ou leur inaptitude à poser DIU et/ou implant (63).

Venaient ensuite les méthodes barrière : efficacité contraceptive moindre que celle de la contraception hormonale ou le DIU, ces méthodes nécessitent que les deux partenaires soient motivés, et aient bien compris leur utilisation après un apprentissage spécifique (61). Pour le cas particulier de l'adolescente : quelle que soit la méthode contraceptive utilisée, il faut rappeler l'intérêt d'utiliser le préservatif qui est la seule méthode à avoir prouvé son efficacité en matière de protection contre les IST. Aujourd'hui l'usage du préservatif lors du premier rapport sexuel est devenu systématique dans 90% des cas (64) : le généraliste en tant qu'acteur de santé publique devrait promouvoir et faciliter l'accès au préservatif seul ou associé à un autre moyen contraceptif.

On pouvait constater que la pilule progestative restait un moyen couramment utilisé, et en effet les recommandations l'autorisent.

Il semblait étonnant de voir que la pilule OP de 3ème génération l'était également (rarement voire souvent prescrite) : or les recommandations (61) précisent bien que les pilules de 3ème génération contenant du désogestrel ou du gestodène et de 4ème génération contenant de la drospirénone exposent à un risque accru d'accidents thromboemboliques par rapport aux pilules contenant du lévonorgestrel. **Elles ne doivent pas être utilisées en première intention** d'ailleurs celles qui étaient remboursées ne le sont plus depuis le 31 mars 2013. La littérature fait état d'une possible augmentation du risque thromboembolique veineux et artériel en fonction des doses d'EE. La Commission de transparence sur la réévaluation des contraceptifs oraux de 3ème génération (65) nous informe qu'il n'est pas attendu d'intérêt de santé publique pour ces contraceptifs. Les

autres OP (anneau et patch) ne devraient être réservés qu'aux cas d'intolérance aux pilules OP de 1ère et 2ème génération et aux femmes pour lesquelles une autre contraception n'est pas possible.

Arrivait par ordre de fréquence ensuite l'implant contraceptif puis le DIU. L'implant est pourtant tout-à-fait indiqué en première contraception (61) : il est d'ailleurs intéressant chez les adolescentes ayant des problèmes d'observance. Il faut toutefois prendre en compte le risque de trouble menstruel pouvant être à l'origine d'un retrait prématuré. Le DIU quant-à lui est pourtant bien recommandé en première intention (61) en l'absence de contre indication après avoir évalué et écarté le risque infectieux. Le travail du Dr Reynier de 2011 (66) pourrait apporter une explication à notre résultat : dans cette étude la majorité des médecins interrogés pensait que le DIU représentait une méthode de contraception « difficilement acceptable » pour les nullipares. Pourtant le travail du Dr Chapuis de 2012 (67) rapportait que 60,5% des médecins proposaient le DIU chez les nullipares.

Le travail du Dr Galichon en 2014 (68) montrait que le médecin est influencé par la culture qu'il a de la contraception : il a tendance à proposer de manière positive un contraceptif dont il a une bonne expérience et à parler plus rapidement et négativement d'un contraceptif dont il a une mauvaise connaissance ou expérience. Cela pourrait expliquer nos résultats en terme de première prescription et le fait que certains moyens soient toujours prescrits malgré leur contre indication. Cette étude montrait également que parmi les éléments qui influençaient la prescription se trouvait le coût des méthodes et leur remboursement car cela peut être essentiel pour certaines patientes. Signalons qu'un des autres freins à la prescription des nouvelles méthodes retrouvé dans la littérature est l'insuffisance de Formation initiale et continue des médecins : méconnaissance des méthodes et de leurs techniques de pose (69).

Le baromètre de santé 2010 (17) recensait pourtant une augmentation des nouvelles méthodes médicalisées dont l'efficacité réelle est très proche de l'efficacité théorique car non dépendante de la régularité de la prise comme peut l'être la pilule. C'est l'implant contraceptif qui connaît la plus forte augmentation de son utilisation. Par ailleurs l'élargissement du DIU aux jeunes femmes est engagé. Ces constatations sont corrélées avec les résultats de l'étude Fecond (23) : la fin du « tout-pilule ». Le travail du Dr Chapuis (67) retrouvait quant-à lui après les pilules pour la primo-prescription de contraception : que 68,7% des médecins proposaient par ordre de fréquence décroissant : l'implant, le DIU, le préservatif, l'anneau, le patch.

Le cas de l'adolescente en particulier est intéressant car le plus souvent les cas d'échec de contraception selon la HAS sont plus dus à un défaut d'observance qu'à un défaut d'efficacité de la méthode. C'est la raison pour laquelle il vaut mieux privilégier dans cette population les méthodes de longue durée d'action (DIU, implant, anneau et patch). Dans l'étude picarde (34) les médecins pourtant s'interrogeaient sur la pertinence de l'utilisation de ces « autres méthodes » que la voie orale car les patientes ont un faible niveau de connaissance de leur corps et les recommandations

prévoient une connaissance des manipulations vaginales notamment pour l'anneau, ils révèlent pour l'implant et le DIU souvent de mauvaises expériences qui les poussent à ne même pas le proposer.

Nous n'avons **pas trouvé de corrélation statistiquement significative** entre la connaissance des recommandations et cette prescription même si nous constatons que les plus grands prescripteurs de méthodes barrière, d'implant et de DIU en primo-prescription sont les médecins informés des recommandations.

### i) *Abordez-vous systématiquement les Conduites à tenir ?*

C'est l'item « Explications » de BERCER (48).

#### (1) Le risque d'IST

Abordé chez 87,8%, les médecins l'expliquant connaissaient les recommandations même si **non significatif**. Ce risque est primordial, les patientes ne faisant pas forcément la différence entre contraception et protection contre les IST même si de nombreuses ressources disponibles expliquent bien les choses en terme de « double protection » (71), ou les « questions d'ados » de l'INPES (72). La revue Exercer mettait en avant le faible recours à ces données d'information : « Il est étonnant de constater que les médias et Internet ont été peu utilisés pour recueillir des informations » (46).

Les recommandations HAS de 2013 actualisées en 2015 insistent sur le fait d'informer sur les préservatifs, les IST y compris le SIDA ; encourager l'utilisation des préservatifs et expliquer concrètement leur utilisation (61). Il faut promouvoir des pratiques sexuelles à moindre risque, évaluer le risque d'IST et proposer des tests biologiques si besoin ; fournir des informations sur les centres de dépistage. Selon le dernier rapport de l'OMS de Décembre 2015 (74) : chaque jour, plus d'un million de personnes contractent une IST et on estime que, chaque année, 357 millions de personnes contractent l'une des quatre IST suivantes : chlamydiose, gonorrhée, syphilis ou trichomonas avec une incidence notamment élevée chez les adolescentes.

Les travaux retrouvés dans la littérature abordent souvent les IST, notamment celui du Dr Gouessant (75) qui interrogeait les adolescentes sur leur désir d'information : le sujet principalement cité était le risque d'IST. Cela montre une préoccupation des adolescents vis-à-vis des risques liés à la sexualité. Le travail du Dr Prate corrélait notre étude avec 90% des médecins qui abordaient les IST dans le cadre de la prescription de 1ère contraception (35). En revanche le travail du Dr Parmentier (34) retrouvait que les généralistes parlaient bien du risque d'IST.

#### (2) En cas d'oubli de pilule ?

La majorité de nos médecins sondés abordaient ce sujet (94,6%), c'est d'ailleurs le plus souvent expliqué, et la majorité des médecins l'abordant connaissait les recommandations même si **non statistiquement significatif**.

Le travail publié dans la revue Exercer en 2008 sur les patientes et l'oubli de pilule met en évidence une méconnaissance fréquente de cette conduite à tenir. Dans cette étude, le taux d'oubli était de 54% surtout les moins de 20 ans, célibataires, le fait d'avoir eu recours à une IVG n'ayant aucune incidence sur l'observance. Plus de 50% des femmes de cette étude a eu une attitude à risque accru de grossesse par non connaissance des recommandations HAS des conduites à tenir en cas d'oubli de pilule (5). En effet l'oubli ou le décalage de la prise d'un comprimé peut représenter un risque de grossesse donc d'IVG. Pour aider les femmes, l'INPES a édité un document « Que faire en cas d'oubli de pilule ? » (76). Il est d'ailleurs recommandé de remettre un document d'information pour que la patiente puisse y avoir accès en cas de besoin (cf. Annexe 15). Dans le travail du Dr Lamande : ce document était possédé par 37,3% des patientes et était désiré par 72%.

Dans « le médecin et l'oubli de la pilule » (77) : 84% des médecins informaient sur l'oubli, dans le travail du Dr Prate (35), le taux passait à 90%. En revanche dans le travail du Dr Macchi qui justement sondait des patientes qui consultent pour une demande d'IVG (41) : seules 60% des répondeuses estimaient avoir eu une information sur cette conduite à tenir et pire encore dans le travail du Dr Lamande en 2013 : 39.5 % des patientes déclaraient n'avoir jamais reçu d'information par leur médecin (78).

### (3) <u>En cas de contraception d'urgence ? cf. annexe 15</u>

La majorité des médecins de notre étude (84,4%) éduquaient leurs patientes sur la contraception d'urgence, et la majorité d'entre eux connaissaient les recommandations **(Non significatif)**. Il est clairement expliqué dans les recommandations de la HAS qu'à toute prescription de contraception doit être couplé le thème de la contraception d'urgence.

À ce jour seules l'IVG et la contraception d'urgence assurent la confidentialité et la gratuité dans notre pays (38), la population particulière des adolescentes étant plus à risque de mauvaise maitrise de sa contraception, elle doit être bien au clair de la CAT lors des situations à risque.

Le Baromètre de Santé 2010 (17) révélait qu'en 2010 : 11% des jeunes femmes de 15 à 29 ans sexuellement actives au cours des douze mois précédant l'enquête déclaraient avoir utilisé la contraception d'urgence, durant cette période : 7,6 % une fois et 3,4 % plusieurs fois. Cette utilisation, plus importante parmi les filles âgées de moins de 20 ans (une sur cinq), diminue rapidement pour concerner 11,1 % des 20-24 ans, 6,7 % des 25-29 ans et 2,0 % des 30 à 49 ans.

Dans le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2009 (79) ; les médecins étaient peu sensibilisés à la délivrance d'une information systématique sur la contraception d'urgence, pourtant dans « le médecin généraliste et l'oubli de pilule » en 2010 (71) : 84% des médecins délivraient une information orale à ce sujet, dans le travail du Dr Prate (35) : le taux montait à 86%. Dans le travail du Dr Macchi (41) du point de vue des patientes cette fois : 77% des patientes confiaient avoir reçu cette information. Le travail du Dr Lamande en 2013 qui se place également du point de vue des patientes retrouvait que 91,5% des femmes déclaraient connaître la contraception d'urgence, 47 % l'avaient déjà utilisée mais les indications n'étaient connues complètement que par un tiers des patientes (78).

Dans l'étude picarde du Dr Parmentier (34) : certains médecins considéraient qu'il était prématuré d'aborder ce sujet à la première prescription de peur d'augmenter les comportements à risque ou de favoriser un abus d'utilisation de la pilule du lendemain, de la voir comme une « méthode contraceptive au coup par coup » comme c'est le cas pour 2% des jeunes filles interrogées dans un article du Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction de 2002 (80) et donc de diminuer l'observance de leur contraception.

(4) <u>En cas de diarrhées et vomissements ?</u>

Dans l'enquête 66,7% des sondés faisaient cette éducation, influencés par la connaissance des recommandations, **lien statistique peu significatif par probable manque de puissance**.

D'après l'AMM pour les pilules OP, la survenue dans les quatre heures suivant la prise de troubles digestifs intercurrents tels que vomissements ou diarrhée sévère peut entrainer une inefficacité transitoire de la méthode. Il est donc recommandé d'adopter la CAT préconisée comme s'il s'agissait d'un oubli de moins de 12 heures. En cas de répétition de ces épisodes sur plusieurs jours il est recommandé d'associer une autre méthode contraceptive de type mécanique (préservatif, spermicides…) jusqu'à la reprise de la plaquette suivante. Pour les pilules avec progestatif seul en cas de ces troubles dans les 4 heures il est recommandé d'adopter une CAT comparable à celle d'un oubli de comprimé de moins de 3 heures.

Nous n'avons pas vu de référence intéressante pour comparer ce résultat dans la littérature.

### j) *Prévoyez-vous une consultation à distance pour réévaluer la tolérance et l'observance du traitement ?*

La majorité des répondeurs (86,4%) prévoyaient cette consultation comme cela est préconisé dans les recommandations, et la majorité d'entre eux connaissaient les recommandations mais **pas de preuve statistique** d'un lien entre les deux paramètres. Les mineures doivent avoir le conseil d'effectuer un suivi tous les 3 mois après le début d'une contraception hormonale pour vérifier les effets secondaires potentiels et s'assurer de la bonne utilisation de la méthode contraceptive. Elles doivent être encouragées à consulter pour n'importe quel problème (15). C'est l'item « Retour » du modèle BERCER (48). Cela peut être l'occasion de changer si besoin mais aussi de contrôler le bilan biologique et l'examen gynécologique qui ont été différés lors de la première consultation.

Le travail du Dr Prate retrouvait également une majorité de médecins programmant ce suivi (35). Dans l'étude EPILULE : la moitié des médecins s'informait sur les oublis qu'il y avait eu et 75% des sondés vérifiaient si les consignes énoncées à la première consultation avaient bien été intégrées : le rappel de la CAT était fait systématiquement par un tiers des médecins, de temps en temps pour la moitié et rarement pour les autres. Le travail du Dr Galichon retrouvait que tous les médecins interrogeaient sur l'oubli de pilule à la consultation de suivi (68).

### *4. Réponse aux hypothèses secondaires*

#### a) *Influence du sexe sur la prise en charge*

Après avoir recoupé chaque question en incluant le facteur du sexe, nous avons recensé deux résultats **statistiquement significatifs : le fait d'être une femme était corrélé à la fréquence de la pratique de la gynécologie, et le fait d'être une femme était corrélé au fait de recevoir la patiente seule en consultation.** Ces résultats sont donc extrapolables et généralisables. Nous avons également recensé des résultats statistiquement **peu significatifs** par probable manque de puissance **: le fait d'être une femme favorise : la consultation dédiée, le fait d'expliquer les avantages et inconvénients, l'éducation sur la contraception d'urgence et la prise en compte de l'examen physique**. En ce qui concerne les autres critères :

- sur les recommandations :
    - le fait de les connaître,
    - le fait de se sentir à l'aise dans la prise en charge de la première contraception
- sur la consultation en elle-même : aborder la conduite à tenir en cas d'oubli,
- sur l'interrogatoire et la clinique
    - recherche des objectifs et motivations, évaluation du milieu socio-culturel
    - recherche des antécédents
- sur les habitudes de prescription :

- DIU et implants plus souvent envisagés en primo-prescription
- fréquence d'utilisation des méthodes contraceptives variées en dehors de la primo-prescription

Sur tous ces points nos tableaux d'analyse et de comparaison des pourcentages hommes/femmes nous apprenaient que le respect des recommandations HAS était plus important chez les femmes que chez les hommes, toutefois, les tableaux de contingence réalisés pour chaque question ne permettaient pas d'en tirer de la significativité, que ce soit pour les tests de Fisher ou Chi2 (cf. annexe 13). Nous ne pouvons donc parler que de « tendance » et non pas de lien statistiquement significatif. Cela confirme donc notre hypothèse de départ selon laquelle il y avait un lien entre le sexe du médecin et sa prise en charge.

Le travail Lillois du Dr Prate (35) retrouvait une corrélation significative entre le fait d'être une femme et le fait de réaliser un examen gynécologique, un frottis et un bilan biologique.

### b) *Influence de l'âge sur la prise en charge*

Après avoir recoupé chaque question en incluant le facteur de l'âge, nous avons recensé uniquement **un résultat statistiquement significatif où la preuve statistique est établie : les médecins de moins de quarante ans désiraient plus de formation pour pouvoir se sentir à l'aise dans la prescription.** Une corrélation statistiquement **peu significative** (manque de puissance probable) est établie montrant **l'influence d'avoir plus de 40 ans et le fait d'aborder la contraception d'urgence**

Parmi les autres critères :

- le groupe des médecins de plus de 40 ans devançait les moins de 40 ans sur :
  - la fréquence de la pratique de la gynécologie
  - le ressenti mieux informé pour la prise en charge
  - la consultation dédiée et patiente seule
  - l'explication des avantages et inconvénients
  - la conduite à tenir en cas d'oubli
  - la recherche des objectifs de la patiente,
  - l'évaluation du milieu socio-culturel
- le groupe des moins de 40 ans devançait les plus de 40 ans d'une faible avance pour :
  - la recherche des motivations de la patiente
  - la prise en compte des données de l'examen clinique
  - la prescription en première intention de l'implant et du DIU

Tous ces résultats étant non significatifs statistiquement selon les tests du Chi2 et de Fisher (cf. annexe 14). Cela réfute donc notre hypothèse initiale dont le postulat était le suivant : depuis la modification du cursus avec l'apparition des ECN en 2004, les médecins ont accès à une formation initiale plus complète sur la plan théorique et pratique avec des stages en second et troisième cycle et font donc une prise en charge plus optimale de la première contraception.

Le travail du Dr Prate (35) n'avait pas non plus trouvé de résultats significatifs avec le facteur de l'âge en dehors d'une plus grande fréquence de la pratique des frottis chez les médecins « jeunes ». Pourtant, contrairement à notre enquête le travail du Dr Dias (62) évoquait une plus grande activité de gynécologie obstétrique chez les jeunes médecins : paradoxal.

# V. CONCLUSION

Le taux d'IVG est stable depuis 20 ans en France avec une augmentation relative chez les femmes jeunes malgré une augmentation du recours à la contraception, et les gynécologues médicaux s'amenuisent : les généralistes se retrouvent face à ce problème de santé publique : la prise en charge de la contraception, et particulièrement de la première contraception. La HAS a donc édité des recommandations sur les stratégies de choix des méthodes contraceptives en 2004 pour aider les médecins à optimiser cette prise en charge.

L'objectif de ce travail était dans un premier temps de faire un état des lieux de la prise en charge de la première contraception par le médecin généraliste Picard et dans un deuxième temps de dégager une influence du sexe et de l'âge dans cette prise en charge.

Les résultats de notre étude confirmaient que les sondés prenaient globalement bien en charge cette consultation spécifique selon les recommandations éditées par le HAS. Ils étaient d'ailleurs 57,1% à connaître ces recommandations, pourtant 92,5% ne connaissaient pas le modèle BERCER. Toutefois 77,6% des sondés se disaient à l'aise dans cette prise en charge, grâce aux formations complémentaires suivies par la majorité d'entre eux.

Certains points étaient bien suivis par la majorité des médecins tels que la **consultation dédiée**, la recherche des **ATCD**, de l'**objectif** de la patiente, son **examen physique** et ses **motivations**, l'évaluation de son **milieu socio-culturel**, l'éducation sur les **avantages et inconvénients** de chaque méthode, le **frottis différé**, la prescription majoritaire de la pilule OP **1ère ou 2ème génération**, les conduites à tenir sur l'**oubli**, la **contraception d'urgence** ou les troubles

digestifs et la **consultation à distance**. Nous avons remarqué que dans tous ces domaines la majorité des médecins pratiquant une prise en charge adaptée était informée des recommandations, sans pour pouvoir en tirer la plupart du temps de résultats statistiquement significatifs, nous parlions donc de « tendance » : la connaissance des recommandations influençait la bonne prise en charge.

En revanche d'autres points restaient à améliorer notamment sur le fait de **recevoir la patiente seule**, ce qui est déterminant pour son implication dans le choix de sa méthode contraceptive et sa prise en charge dans sa globalité. Il y avait aussi le fait de pouvoir **différer le bilan biologique** après la prescription, la **recherche de la fréquence des rapports sexuels**, l'utilisation encore présente des pilules **OP de 3ème génération** en primo prescription et le **recours encore faible aux DIU et implants** dans cette indication.

En ce qui concernait les objectifs secondaires : nous avons mis en relief l'influence du sexe féminin dans la bonne prise en charge de cette consultation, et l'influence de l'âge mais qui donnait plutôt l'avantage à la tranche d'âge des plus de 40 ans qui se sentait plus à l'aise dans cette prise en charge, ces deux influences étant certes, non statistiquement significatives.

*Du coté des médecins* : les pistes à envisager pour améliorer cela pourraient comporter la création de consultations dédiées qu'elles soient spécifiquement rémunérées ou non, pour favoriser le facteur temps qui est toujours l'ennemi du médecin généraliste car en effet cette consultation est extrêmement riche en informations, elle nécessite une vérification de la compréhension de la patiente, une éducation avec éventuellement une remise de document écrit pour permettre une meilleure compréhension, et meilleure acceptation du moyen contraceptif : cela permettrait une bonne adhésion de la patiente. Il faudrait également privilégier les formations aux gestes techniques, pose de DIU et d'implant pour palier au manque de maîtrise d'autant qu'il faut encourager ces méthodes « longue durée » qui ne nécessitent pas l'observance de la patiente et ont donc un très faible risque d'échec (le principal obstacle à la bonne contraception de l'adolescente étant le manque d'observance).

*Du côté des patientes* il faudrait s'assurer du déroulement des cours d'éducation sexuelle, et surtout poursuivre de façon régulière les campagnes successives d'information.

*Du coté institutionnel* : il faudrait d'une part envisager l'élargissement du remboursement des méthodes contraceptives pour lutter contre le facteur économique et d'autre part promouvoir l'accès aux PMI.

## BIBLIOGRAPHIE


1. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. social-santé.gouv.fr. Stratégie d'actions en matière de contraception [en ligne]. Paris. Direction Générale de la Santé [consulté le 12 mars 2016]. Mis à jour en Janvier 2007. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Strategie_d_actions_en_matiere_de_contraception.pdf

2. Mazui M, Toulemon L, Baril E. Un recours moindre à l'IVG mais plus souvent répété. Population et sociétés. Janvier 2015. Volume 518 : 1-4.

3. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements en France n'a t-il pas baissé depuis 30 ans ? Population et sociétés. Décembre 2004, Volume 407 : 1_4.

4. Lelong N, Moreau C, Kaminski M. Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON - Journal de gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction. Février 2005, Volume 34, N°1-C1 : 56-56

5. INPES, Anaes, Afssaps. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme - Recommandations pour la pratique clinique [en ligne]. Saint Denis : HAS [consulté le 20 mars 2016]. 7 décembre 2004. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf

6. SOS Bébé Les PMI : Toute une histoire [en ligne]. Paris. [consulté le 20 mars 2016]. Disponible sur : http://www.sosbebe.org/dossiers/les-pmi-au-service-des-femmes-enceintes-et-des-meres-de-jeunes-enfants/lhistoire-des-pmi/

7. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Contraception. In: Abrégés Masson Gynécologie Obstétrique. Elsevier Masson. Issy les Moulineaux; 2014. p. 7 à 24.

8. B. Raccah-Tebeka, G. Plu-Bureau. Différentes contraceptions disponibles en France. In: La contraception en pratique : de la situation clinique à la prescription. Elsevier Masson. Issy les Moulineaux; 2013. p. 9–25.

9. HAS - Haute Autorité de Santé [en ligne]. Saint Denis : Haute Autorité de Santé [consulté le 21 mars 2016]. Mars 2013, mise à jour en janvier 2015. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf

10. Gronier H, Robin G, Dewailly D. Contraception. La Revue du Praticien., Juin 2011, volume 61, 849-858.

11. GIROUX J, COUBRET A, NOUAILLE Y. Le point sur les pilules estro-progestatives et le risque de thrombose veineuse. Actualités pharmaceutiques, juin 2013, n°527 : 42-45

12. Gronier-Gouvernel H, Robin G. Risques cardiovasculaires de la contraception orale estro-progestative : au-delà de la polémique. Gynécologie Obstétrique & Fertilité, Volume 42, Issue 3, Pages 174-181

13. Sergent F. Acceptabilité de l'implant contraceptif à l'étonorgestrel (Implanon). Journal de Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. Sept 2004 , 33(5): 407–15.

14. Trignol-Viguier N, Blin E, Marret E. Dispositif intra-utérin et nulliparité. Gynécologie Obstétrique & Fertilité, Volume 42, Issue 6, Pages 432-437

15. HAS - Contraception Fiches mémo - Haute Autorité de Santé [en ligne]. Saint Denis : Haute Autorité de Santé [consulté le 12 avril 2016] Avril 2013. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf

16. Jost S, Le Tohic A, Chis C, This P, Grosdemouge I, Panel P. Contraception's choice : Women's opinion, satisfaction and profile : Results of a french national survey of a representative sample of 5963 women. Gynécologie Obstétrique & Fertilité, Volume 42, Issue 6, Pages 415-421

17. Beck F, Richard JB. INPES [en ligne]. Les comportements de santé des jeunes - Analyses du Baromètre santé 2010 - Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans [consulté le 3 avril 2016]. 2010. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/pdf/Pratiques-contraceptives-jeunes-femmes-moins-de-30-ans.pdf

18. INPES - Institut National de Prévention et D'Education pour la Santé [en ligne]. Paris [consulté le 3 avril 2016]. Septembre 2013. Disponible sur: http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf

19. INPES - Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé [en ligne]. Favoriser le dialogue sur la contraception - Paris [consulté le 12 avril 2016]. Mai 2008. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/08/dp080429.pdf

20. HAS - Haute Autorité de Santé - Choisir sa contraception avec un professionnel de santé - Guide patient [en ligne]. Saint Denis [consulté le 12 avril 2016]. Juillet 2014. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1764038/fr/choisir-sa-contraception-avec-un-professionnel-de-sante-guide-patient#toc_3

21. INPES, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé : ChoisirSaContraception [en ligne]. [consulté le 3 avril 2016]. Disponible sur : http://www.choisirsacontraception.fr/

22. INPES - Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé - La contraception qui vous convient existe [en ligne]. Paris [consulté le 3 avril 2016]. 2013. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2013/015-contraception.asp

23. HAS - Haute Autorité de Santé [en ligne]. Saint Denis : Haute Autorité de Santé [consulté le 21 mars 2016]. Mars 2013, mise à jour en janvier 2015. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf

24. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, H Panjo, A Bohet, C Moreau et l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population et Sociétés. Mai 2014, Numéro 511 : 1-4.

25. LE BRETON LE ROUVILLOIS G, Ordre National des Médecins. La démographie médicale en région picarde [en ligne]. Paris [consulté le 21 mars 2016]. 2013. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/picardie_2013.pdf

26. LE BRETON LE ROUVILLOIS G, Ordre National des Médecins. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Picarde [en ligne]. Paris [consulté le 2 avril 2016]. 2011. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_Picardie_2011.pdf

28. LE BRETON LE ROUVILLOS G, Ordre National des médecins : Atlas National de la démographie médicale 2015 [en ligne]. Paris [consulté le 2 avril 2016]. 2015, disponible sur :

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf

29. Gallais JL, Malouli A, Société Française de Médecine Générale: Contraception adolescents 2010 [en ligne]. Issy Les Moulineaux [consulté le 3 avril 2016]. 2010. Disponible sur : http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_fiche/734/fichier_sfmg_ados_contraception_2010679b4.pdf

30. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Social-santé.gouv.fr. Stratégie d'actions en matière de contraception [en ligne]. Paris. Direction Générale de la Santé [consulté le 3 avril 2016]. Mis à jour en Janvier 2007. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Strategie_d_actions_en_matiere_de_contraception.pdf

31. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse de médecine générale]. [Paris] Paris VII; 2010.

32. Kiassi I. L'implant contraceptif et les médecins généralistes en Seine Saint Denis : Etat des Lieux [Thèse de médecine Générale]. Paris VII ; 2013

33. Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Université Médicale Virtuelle Francophone. Item 27 : Contraception. [en ligne]. Paris [consulté le 2 avril 2016] 2010/2011 Disponible sur http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item27_1/site/html/cours.pdf

34. Parmentier-Fontaine E. Prescription initiale d'une contraception orale chez l'adolescente en médecine générale. [Thèse de Médecine Générale], Amiens; 2012.

35. Prate-Eurin G, La première prescription de contraception en médecine générale : Caractéristiques de la consultation de primo-prescription de contraception. Enquête auprès des médecins généralistes du Nord [Thèse de médecine Générale]. Lille ; 2012

36. Delannoy-Pernin E, Perception de la Protection Maternelle Infantile par les médecins généralistes : enquête qualitative auprès de médecins généralistes en Moselles [Thèse de médecine Générale]. Nancy, 2011

37. Amsellem Mainguy Y, Santé Publique : Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé - Cairn.info. Paris ; 2011-2, Vol 23 ; 77-87

38. Nisand I, Toulemon L, Haut Conseil de la Population et de la Famille : Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures [en ligne]. Paris. HCPF [consulté le 2 avril 2016]. Décembre 2006. Disponible sur : http://www.challenges.fr/file/786/146786.pdf

39. Guilhem D, Sellami M, L'école des parents : L'adolescent et son corps, dossier spécial [en ligne]. Paris [consulté le 3 acril 2016]. 5 juin 2008. Disponible sur : http://www.lemangeur-ocha.com/wp-content/uploads/2012/04/DG-MS-L-ecole-des-parents.pdf

40. Noves V. Sexualité et Contraception : le point de vue des adolescents : Etude qualitative auprès de Collégiens et lycéens en région Toulousaine [Thèse de Médecine Générale]. Toulouse, 2013

41. Macchi M. Evaluation de l'application des recommandations de l'HAS de 2004 sur les "Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme" par les prescripteurs. Etude rétrospective. [Thèse de médecine Générale]. Paris, 2010

42. BREUIL-GENIER P, GOFFETTE C. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des Statistiques, DREES : La durée des séances des médecins généralistes. Avril 2006, Numéro 481 : 1-8

43. Aubin C, Jourdain Menninger D, Inspection Générale des Affaires Sociales [en ligne] Paris, La prévention des grossesses non désirées, contracepion et contraception d'urgence. [consulté le 13 avril 2016]. Oct 2009, Rapport RM2009-104A. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049.pdf

44. Légifrance ; LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception | Legifrance [en ligne]. Paris, Assemblée Nationale [consulté le 14 avril 2016]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631&categorieLien=id

45. Hami Z. Les Adolescents et la contraception : place du médecin généraliste dans l'information et la prévention. [Thèse de Médecine Générale]. Bobigny, 2013

46. Bernard P. L'adolescente, sa contraception, son médecin généraliste [Thèse de médecine générale] Clermont Ferrand, 2007

47. Légifrance ; Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence | Legifrance [en ligne]. Paris, Assemblée Nationale [consulté le 14 avril 2016]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2002/1/9/MESP0123909D/jo/texte

48. Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Famille : Direction Générale de la Santé [en ligne]. Paris [consulté le 12 avril 2016]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_contraception.pdf

49. SNIIRAM-CNAMTS. Système national d'informations inter Régimes de l'assurance maladie. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés; 2009.

50. HAS - Haute Autorité de Santé [en ligne]. Saint Denis, Juin 2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf

51. Wickler M. martinwinckler.com [en ligne].16 mars 2008 [consulté le 12 avril 2016]. Disponible sur : http://martinwinckler.com/spip.php?article795

52. Sasieni P, Adams J, Cuzick J. PubMed - NCBI [en ligne] London 2003 [consulté le 12 avril 2016]. Disponible sur : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12838306

53. BioCM, RMO [en ligne]. [consulté le 12 avril 2016]. Disponible sur : http://www.biocm.com/rmo/rmo7.htm

54. HAS - Haute Autorité de Santé - Première prescription d'un contraceptif œstroprogestatif : prendre en compte les facteurs de risque plutôt que dépister systématiquement la thrombophilie [en ligne]. Saint Denis, HAS [consulté le 13 avril 2016]. 2014. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1764076/fr/premiere-prescription-d-un-contraceptif-oestroprogestatif-prendre-en-compte-les-facteurs-de-risque-plutot-que-depister-systematiquement-la-thrombophilie

55. INPES - Institut National de Prévention et D'Education pour la Santé [en ligne]. Paris [consulté le 3 avril 2016]. Septembre 2013. Disponible sur:

http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf

56. INPES, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé : ChoisirSaContraception [en ligne]. [consulté le 3 avril 2016]. Disponible sur : http://www.choisirsacontraception.fr/

57. INPES Institut National de Prévention et D'Education pour la Santé [en ligne]. Paris [consulté le 6 avril 2016]. Juin 2007. Disponible sur : Contraception : ce que savent les Français - Dossier_de_presse_contraception_que_savent_les_francais.pdf

58. Serfaty D, Salvat J. Evaluation des choix et motivations au changement d'une contraception (ANGEL): fréquence, contexte et motifs liés au choix. Rev Prat Gynécologie Obstétrique. 2006;(106):43–50.

59. Long-acting Reversible Contraception - NCBI The Effective and Appropriate Use of Long-Acting Reversible Contraception, NICE Clinical Guidelines, No. 30, London 2005

60. OMS - Organisation Mondiale de la Santé - Sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives [en ligne] 2005, Disponible sur : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241562846index/fr/

61. HAS - Haute Autorité de Santé : Contraception chez l'adolescente [en ligne] Saint Denis, 2013 mis à jour en 2016. [consulté le 13 avril 2014]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1emaj_contraception-ado-060215.pdf

62. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse de médecine générale]. [Paris] Paris VII; 2010.

63. Garnier F, Bilgorajski C, Vallée The first birth control requested by teenage girls cared for by general practitioners, Exercer. 2014 ; volume 111 : 12-9

64. N Bajos, M Bozon. Enquête sur la sexualité en France [en ligne] Paris Editions la Découverte. 2008 [consulté le 14 avril 2016]; Disponible sur : http://www.editionsladecouverte.fr/catalogue/index-Enquete_sur_la_sexualite_en_France-9782707154293.html

65. HAS - Haute Autorité de Santé [en ligne] Saint Denis, HAS [consulté le 13 avril 2016]. juin 2012. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/annexe_reevauation_c3g.pdf

66. Reygnier E. DIU chez les nullipares : Enquête sur les pratiques des médecins généralistes [thèse de médecine générale]. Nantes, 2011

67. Chapuis C, Evaluation des pratiques de prescription de la contraception par les médecins généralistes depuis les dernières recommandations HAS de 2004 [Thèse de Médecine Générale]. Paris, 2013

68. Galichon C. La prescription et le suivi de la contraception : Difficultés rencontrées par le médecin généraliste [Thèse de Médecine Générale]. Paris, 2013

69. HAS - Haute Autorité de Santé [en ligne]. Saint Denis. HAS [consulté le 14 avril 2016]. Avril 2013 Disponible sur : http://www.cg-corsedusud.fr/fileadmin/user_upload/Enfance_et_Famille/PMI/Contraception_prevention/PUBLIC/contraception_freins_reco2clics-5.pdf

71. Choisir Sa Contraception [en ligne]. [consulté le 13 avril 2016]. Disponible sur : http://www.choisirsacontraception.fr/trouver-la-bonne-contraception/la-contraception-des-premieres-fois/la-double-protection.htm

72. INPES - On s'exprime.fr : Questions d'ados - [en ligne]. 2015 [consulté le 13 avril 2016]. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/601.pdf

74. OMS - Organisation Mondiale de la Santé : Infections sexuellement transmissibles [en ligne]. Paris, Aide mémoire 110, Décembre 2015 [consulté le 13 avril 2016]. Disponible sur : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/fr/

75. Mortain-Gouessant V. Comment les adolescents souhaitent-ils être informés sur la contraception par leur médecin généraliste ? Etude réalisée auprès d'adolescents de classes de quatrième, seconde et terminale au sein d'établissements publics des Yvelines [Thèse de Médecine Générale]. Versailles , 2013

76. INPES : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? [en ligne]. Paris, octobre 2011 [consulté le 13 avril 2016]. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf

77. V Bertin, E Bouquet, E Cailliez, M Tanguy, S Fanello. Le médecin généraliste et l'oubli de pilule. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2010 mai ; 39(3) : 208–17.

78. Lamande T. L'information détenue par les patientes leur permet-elle de gérer correctement un oubli de pilule ? [Thèse de Médecine Générale] Nantes 2013

79. Aubin C, Jourdain-Ménninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées: information, éducation, communication. France: Inspection Générale des Affaires Sociales; 2009.

80. Ottesen S, Narring F, Renteria SC, Michaud PA. Comment améliorer l'utilisation de la contraception d'urgence par les adolescents ? J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2002;31(2):144–51.

81. C Aubin, Jourdain-Ménninger. Evaluation des politiques de prévention de grossesses non désirées et la prise en charge des IVG suite à la loi du 4 juillet 2001. IGAS; 2009 Oct p. 1–98.

# **ANNEXE 1**: CLASSIFICATION DES CONTRACEPTIFS ORAUX

## Classification des contraceptifs oraux

| Nom commercial | Laboratoire | Remb. Sec. Soc. | Progestatif | Dosage du progestatif (µg) | Dosage EE (µg) | Nbre cp par plaquette | Nbre de cp actif |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRACEPTIFS ORAUX ESTROPROGESTATIFS** | | | | | | | |
| **Dérivés de la 19-nortestostérone / Ethinylestradiol** | | | | | | | |
| **1re Génération** | | | | | | | |
| **Triphasique** | | | | | | | |
| TRIELLA | Codepharma | 65% | Noréthistérone | 500<br>750<br>1000 | 35<br>35<br>35 | 21 | 7<br>7<br>7 |
| **2e Génération** | | | | | | | |
| **Monophasique** | | | | | | | |
| MINIDRIL | Codepharma | 65% | Lévonorgestrel | 150 | 30 | 21 | 21 |
| **LUDEAL Gé** | **Pierre Fabre Santé** | 65% | | | | | |
| ZIKIALE Gé | Mylan | 65% | | | | | |
| LEELOO Gé | Theramex | 65% | Lévonorgestrel | 100 | 20 | 21 | 21 |
| LOVAVULO Gé | Codepharma | 65% | | | | | |
| STEDIRIL | Codepharma | 65% | Norgestrel | 500 | 50 | 21 | 21 |
| **Biphasique** | | | | | | | |
| ADEPAL | Codepharma | 65% | Lévonorgestrel | 150<br>200 | 30<br>40 | 21 | 7<br>14 |
| PACILIA Gé | Biogaran | 65% | | | | | |
| **Triphasique** | | | | | | | |
| TRINORDIOL | Codepharma | 65% | Lévonorgestrel | 50<br>75<br>125 | 30<br>40<br>30 | 21 | 6<br>5<br>10 |
| **DAILY Gé** | **Pierre Fabre Santé** | 65% | | | | | |
| AMARANCE Gé | Codepharma | 65% | | | | | |
| EVANECIA Gé | Biogaran | 65% | | | | | |
| **3e Génération** | | | | | | | |
| **Monophasique** | | | | | | | |
| MERCILON | Schering Plough | | Désogestrel | 150 | 20 | 21 | 21 |
| DESOBEL 20 | Effik | 65% | | | | | |
| générique DCI | Biogaran | 65% | | | | | |
| CYCLEANE 30 | Schering Plough | | Désogestrel | 150 | 30 | 21 | 21 |
| VARNOLINE | Schering Plough | | | | | | |
| DESOBEL 30 | Effik | 65% | | | | | |
| générique DCI | Biogaran | 65% | | | | | |
| VARNOLINE Continu | Schering Plough | 65% | | 150 | 30 | 28 | 21 |
| MINESSE | Pfizer | | Gestodène | 60 | 15 | 28 | 24 |
| MELODIA | Bayer Santé | | | | | | |
| HARMONET | Pfizer | | Gestodène | 75 | 20 | 21 | 21 |
| MELIANE | Bayer Santé | | | | | | |
| CARLIN 20 Gé | Effik | 65% | | | | | |
| EFEZIAL 20 Gé | Mylan | 65% | | | | | |
| FELIXITA 20 Gé | Theramex | | | | | | |
| générique DCI | Biogaran, EG labo… | | | | | | |
| MINULET | Pfizer | | Gestodène | 75 | 30 | 21 | 21 |
| MONEVA | Bayer Santé | | | | | | |
| générique DCI | Biogaran, EG labo… | | | | | | |
| CARLIN 30 Gé | Effik | 65% | | | | | |
| EFEZIAL 30 Gé | Mylan | 65% | | | | | |
| FELIXITA 30 Gé | Theramex | | | | | | |
| CILEST | Codepharma | | Norgestimate | 250 | 35 | 21 | 21 |
| EFFIPREV | Effik | | | | | | |
| **Triphasique** | | | | | | | |
| PHAEVA | Bayer Santé | | Gestodène | 50<br>70<br>100 | 30<br>40<br>30 | 21 | 6<br>5<br>10 |
| TRI-MINULET | Pfizer | | | | | | |
| PERLEANE Gé | Biogaran | | | | | | |
| TRIAFEMI | Effik | | Norgestimate | 180<br>215<br>250 | 35 | 21 | 7<br>7<br>7 |
| TRICILEST | Codepharma | | | | | | |
| **Dérivés de la spironolactone / Ethinylestradiol** | | | | | | | |
| **Monophasique** | | | | | | | |
| JASMINE | Bayer Santé | | Drospirénone | 3000 | 30 | 21 | 21 |
| CONVULINE | Bayer Santé | | | | | | |
| JASMINELLE | Bayer Santé | | Drospirénone | 3000 | 20 | 21 | 21 |
| BELANETTE | Bayer Santé | | | | | | |
| JASMINELLE CONTINU | Bayer Santé | | | 3000 | 20 | 28 | 21 |
| YAZ | Bayer Santé | | Drospirénone | 3000 | 20 | 28 | 24 |
| RIMENDIA | Bayer Santé | | | | | | |
| **Dérivés de la progestérone naturelle / Ethinylestradiol** | | | | | | | |
| **Monophasique** | | | | | | | |
| BELARA | Grünenthal | | Acétate Chlormadinone | 2000 | 30 | 21 | 21 |
| **Dérivés de la progestérone / Estradiol** | | | | | | | |
| **Monophasique** | | | | | | | |
| ZOELY | Theramex | | Nomégestrol | 2500 | 1500 | 28 | 24 |
| **Dérivés de la 19-nortestostérone hybride / Estradiol** | | | | | | | |
| **Quadriphasique** | | | | | | | |
| QLAIRA | Bayer Santé | | Dienogest | 0<br>2000<br>3000<br>0 | 3000<br>2000<br>2000<br>1000 | 28 | 26 |

Le tableau ne mentionne pas une dernière classe alliant EE 35mg et acétate de cyprotérone 2mg : Diane 35, Evepar, Lumalia, Minerva : monophasiques (les anti acnéiques).

## **ANNEXE 2** : LES EFFETS INDÉSIRABLES DES CONTRACEPTIFS OP

- Risque thromboembolique artériel (infarctus du myocarde et accident vasculaire ischémique) et veineux (phlébite et embolie pulmonaire) : risque accru en cas d'association à d'autres facteurs de risque tels que le tabac, les anomalies de la coagulation et l'âge : rapport bénéfice/risque de la contraception à réévaluer après 35 ans
- Il n'a pas été démontré d'intérêt clinique supplémentaire des C3G par rapport aux C1G/C2G sur les effets indésirables comme les nausées, les jambes lourdes, les mastodynies, la dysménorrhée, l'aménorrhée ou les méno-métrorragies, pas plus que sur l'acné ou les variations de poids.
- Autres effets indésirables : augmentation potentielle du risque de cancers du sein, du col utérin, des cancers et tumeurs bénignes du foie. Ces cancers sont peu fréquents dans les tranches d'âge les plus jeunes mais augmentent avec l'âge. À l'inverse, la contraception OP orale à des effets bénéfiques potentiels sur la survenue du cancer de l'endomètre, de l'ovaire et du cancer colorectal.
- Le traitement doit être arrêté en cas : d'augmentation de la pression artérielle ou de survenue ou de migraine ou d'apparition de céphalées inhabituelles, récurrentes, persistantes ou sévères.

## **ANNEXE 3** : LES CONTRE INDICATIONS AUX CONTRACEPTIFS OP :

- Présence ou antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse (thrombose veineuse profonde, phlébite profonde, embolie pulmonaire) avec ou sans facteur déclenchant.
- Présence ou antécédents personnels ou familiaux de thrombose artérielle (AVC/IDM) ou signes précurseurs de thrombose (angor, AIT)
- Présence d'un facteur de risque sévère ou plusieurs facteurs de risque de thrombose artérielle ou veineuse tels que : vavulopathie, troubles du rythme thrombogène
- Diabète compliqué de micro ou macroangiopathie, diabète déséquilibré
- Hypertension artérielle
- Dyslipoprotéinémie sévère
- Prédisposition héréditaire ou acquise aux thromboses veineuses ou artérielles (résistance à la protéine C activée, déficit en antithrombine III, en protéine C, en protéine S, hyperhomocystéinémie ou syndrome des antiphospholipides)

- Pathologie oculaire d'origine vasculaire
- Troubles sensoriels aigus (vue ou audition)
- Antécédent de migraine avec signes neurologiques focalisés (aura), symptômes primaires de maux de tête migraineux ou apparition plus fréquente de maux de tête exceptionnellement aigus, migraines accompagnées de troubles de la sensation, de la perception, du mouvement
- Troubles moteurs (parésie en particulier)
- Crises d'épilepsies répétées
- Opérations chirurgicales planifiées au moins 4 semaines à l'avance et pendant la période d'immobilisation
- Trouble du métabolisme des lipides
- Tumeur maligne hormono-dépendante connue ou suspectée
- Tumeur hépatique bénigne ou maligne évolutive ancienne
- Douleur épigastrique, hépatomégalie ou symptômes d'hémorragie intra-abdominale
- Tumeurs hypophysaires
- Présence ou ATCD d'affection hépatique sévère en l'absence de normalisation des tests fonctionnels hépatiques (également maladie de Dubin-Johnson, maladie de Rotor, troubles du flux biliaire)
- Ictère cholestasique de grossesse ou jaunisse lors d'une utilisation antérieure de COC
- Prurit généralisé, cholestase
- Pancréatite ou antécédents de pancréatite associée a une hypertriglicéridémie sévère
- Saignements vaginaux d'étiologie inconnue
- Hyperplasie endométriale
- Aménorrhée inexpliquée
- Insuffisance rénale sévère ou aigüe
- Connectivites
- Apparition ou réapparition de porphyrie
- Dépression sévère
- Antécédent d'otospongiose survenue au cours de grossesses précédentes
- Hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients
- En association à l'éfavirenz, névirapine, le lopinavir, leritonavir, le nelfinavir, le millepertuis, le bosentan

## **ANNEXE 4**: LES CONTRE-INDICATIONS AUX CONTRACEPTIONS PROGESTATIVES

**Cerazette®** :

- hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients
- accidents thromboemboliques veineux évolutifs
- présence ou antécédent d'affection hépatique sévère tant que les paramètres de la fonction hépatique ne sont pas normalisés
- tumeurs malignes sensibles aux stéroïdes sexuels
- hémorragies génitales inexpliquées
- association avec le millepertuis

**Microval®** :

- hépatite et antécédents récents d'hépatite
- insuffisance hépatique
- cancer du sein ou antécédent personnel de cancer du sein
- cancer de l'endomètre
- hypersensibilité au lévonorgestrel ou à l'un des composants
- association avec le millepertuis
- adénome ou carcinome hépatique
- hémorragies génitales non diagnostiquées
- accidents thromboemboliques veineux encore actifs

**Nexplanon®** :

- accident thromboembolique veineux évolutif
- tumeurs malignes connues ou suspectées sensibles aux stéroïdes sexuels
- présence ou antécédent de tumeur du foie bénigne ou maligne
- présence ou antécédent d'affection hépatique sévère tant que les paramètres de la fonction hépatique ne sont pas normalisés
- hémorragies génitales non diagnostiquées
- hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients

**DEPO-PROVERA®**:

- hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients ;
- anomalie des tests hépatiques, atteintes hépatiques ;
- accidents ou ATCD d'accidents thrombo-emboliques veineux (phlébite, embolie

pulmonaire) ; ou artériels (en particulier IDM/AVC) ;

- hémorragies génitales non diagnostiquées ;
- cancer du sein et de l'endomètre ;
- obésité ;
- diabète, en raison d'une diminution de la tolérance au glucose ;
- hypertension artérielle ;
- fibrome utérin ;
- association avec le millepertuis

**Mirena®** :

- grossesse suspectée ou avérée
- infection pelvienne en cours récente ou récidivante, infection génitale basse, endométrite
- dysplasie cervicale, affection maligne du col utérin, tumeur hormono-dépendante
- antécédent d'avortement septique au cours des trois derniers mois
- état médical associé à une sensibilité accrue aux infections
- hémorragie génitale sans diagnostic
- anomalies congénitales ou acquises de l'utérus dont les fibromes
- affection hépatique aigüe ou tumeur hépatique : hypersensibilité à l'un des composants
- thrombophlébite ou embolie pulmonaire évolutives

## **ANNEXE 5** : LES CONTRE INDICATIONS AUX DIU

- grossesse suspectée ou avérée,
- infection puerpérale et post-partum, post-abortum septique immédiat,
- maladie inflammatoire pelvienne en cours,
- cervicite purulente en cours ou infection à chlamydia ou gonocoque,
- tuberculose génito-urinaire,
- saignements vaginaux inexpliqués,
- maladie trophoblastique gestationnelle maligne,
- cancer du col utérin ou de l'endomètre,
- anomalie congénitale ou acquise de l'utérus,
- hypersensibilité au cuivre ou à un des composants

## **ANNEXE 6** : LES EFFETS INDÉSIRABLES DES DIU AU CUIVRE

- Problèmes liés à l'insertion : douleurs, contractions utérines et saignements,
- Risques d'expulsions et de perforation utérine,
- Modification du cycle menstruel.
- Les risques de maladie inflammatoire pelvienne et de grossesse extra-utérine sont rares.

## **ANNEXE 7** : LES CONTRACEPTIONS D'URGENCE

TABLEAU 4 **Contraception d'urgence**

| | Progestatifs | Modulateurs des récepteurs à la progestérone | Dispositif intra-utérin au cuivre |
|---|---|---|---|
| **Produit commercial** | ▮ Norlevo et Vikela<br>▮ 1,5 mg de lévonorgestrel | ▮ EllaOne<br>▮ 30 mg d'ulipristal acétate | ▮ Mona Lisa<br>▮ UT 380… |
| **Délai de prise (mais à prendre le plus tôt possible)** | 72 heures = 3 jours | 120 heures = 5 jours | 120 heures = 5 jours |
| **Efficacité** | ▮ 95 % si prise < 24 heures<br>▮ 58 % entre 48 et 72 heures | ▮ même efficacité que progestatifs < 72 heures<br>▮ 98 % entre 48 et 120 heures | ▮ 99, 8 à 99,9 % < 72 heures |
| **Accessibilité et coût** | ▮ disponible sans ordonnance<br>▮ gratuit pour les mineures,<br>▮ 8 euros/remboursé 65 % | ▮ sur ordonnance seulement<br>▮ 35-40 euros / remboursé 65 % | ▮ Nécessite d'obtenir une consultation spécialisée en moins de 5 jours<br>▮ 27 euros/remboursé 65 % |
| **Contre-indications** | ▮ Aucune | | ▮ Celles des dispositifs intra-utérins |
| **Tolérance** | ▮ Spottings : 5 %<br>▮ Nausées : 20 %/ vomissements : 5 %<br>▮ Asthénie : 20 %<br>▮ Douleurs abdomino-pelviennes : 15-20 %<br>▮ Céphalées : 15-20 %, vertiges : 10 %<br>▮ Tension mammaire : 10 à 15 % | | ▮ Immédiate : spottings, douleurs pelviennes<br>▮ À long terme : celles des dispositifs intra-utérins au cuivre |
| **Mesures ultérieures** | ▮ Utiliser un moyen de contraception mécanique (préservatifs) jusqu'à la fin du cycle<br>▮ Réaliser un test de grossesse si les règles ne surviennent pas dans les 5 à 7 jours après la date attendue des règles<br>▮ Pour EllaOne, l'efficacité de progestatifs ou d'estroprogestatifs pris de manière concomitante peut être altérée | | ▮ Efficace immédiatement<br>▮ Discuter antibioprophylaxie contre le Chlamydiae (1 g d'azithromycine) |

# **ANNEXE 8** : INDICE DE PEARL

**Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2011 (1)**

| | Taux de grossesses de la première année | | Taux de grossesses sur 12 mois |
|---|---|---|---|
| **Méthode de planification familiale** | Utilisation correcte et régulière | Telle qu'utilisée couramment | Telle qu'utilisée couramment |
| Implants | 0,05 | 0,05 | |
| Vasectomie | 0,1 | 0,15 | |
| DIU au lévonorgestrel | 0,2 | 0,2 | |
| Stérilisation féminine | 0,5 | 0,5 | |
| DIU au cuivre | 0,6 | 0,8 | 2 |
| MAMA (pendant 6 mois) | 0,9 | 2 | |
| Injectables mensuels | 0,05 | 3 | |
| Injectables progestatifs | 0,3 | 3 | 2 |
| Contraceptifs oraux combinés | 0,3 | 8 | 7 |
| Pilules progestatives | 0,3 | 8 | |
| Patch combiné | 0,3 | 8 | |
| Anneau vaginal combiné | 0,3 | 8 | |
| Préservatifs masculins | 2 | 15 | 10 |
| Méthode d'ovulation | 3 | | |
| Méthodes des Deux Jours | 4 | | |
| Méthode des Jours Fixes | 5 | | |
| Diaphragmes avec spermicides | 6 | 16 | |
| Préservatifs féminins | 5 | 21 | |
| Autres méthodes de connaissance de la fécondité | | 25 | 24 |
| Retrait | 4 | 27 | 21 |
| Spermicides | 18 | 29 | |
| Capes cervicales | 26*, 9** | 32*,16** | |
| Pas de méthode | 85 | 85 | 85 |

** Taux de grossesses pour les femmes qui ont accouché.*
*** Taux de grossesses pour les femmes qui n'ont jamais accouché.*

Clé :

| 0-0,9 | 1-9 | 10-25 | 26-32 |
|---|---|---|---|
| Très efficace | Efficace | Modérément efficace | Moins efficace |

## **ANNEXE 9** : SYNTHÈSE SUR LA STRATÉGIE DE CHOIX DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES : 15 MESSAGES-CLÉ

1) Reconnaître l'écart entre efficacité théorique et pratique des méthodes contraceptives qui doivent être adaptées a la réalité quotidienne
2) Associer les personnes concernées au choix de leur méthode contraceptive.
3) La première consultation pour contraception doit être entièrement dédiée à cette question.
4) S'il s'agit d'une adolescente, elle sera reçue sans ses parents.
5) Le modèle BERCER de l'OMS peut être une aide pour conduire la consultation.
6) Dans le cadre de la première consultation pour contraception, les examens biologiques et gynécologiques peuvent être présentés et reportés à une consultation ultérieure.
7) La contraception OP est l'une des méthodes de première intention pour les femmes sans facteur de risque particulier
8) La contraception par progestatif seul n'est pas qu'une méthode de seconde intention, on peut l'utiliser en cas de risque cardiovasculaire
9) Les dispositifs intra-utérins ne sont pas uniquement destinés aux multipares.
10) La contraception d'urgence doit être systématiquement évoquée lors de la prescription et de la délivrance de la contraception classique.
11) Les méthodes de stérilisation sont à présenter comme généralement irréversibles.
12) Les préservatifs masculins ou féminins sont la seule méthode efficace contre la transmission des infections sexuellement transmissibles
13) La méthode de l'aménorrhée lactationnelle MAMA lorsque l'allaitement est exclusif ou quasi exclusif est d'une efficacité comparable a celle de la contraception orale.
14) Il faut réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée à partir de 35-40 ans
15) Lorsqu'un oubli de pilule est trop fréquent il faut envisager une autre méthode contraceptive.

Code :

# ANNEXE 10

**Questionnaire sur les pratiques des Médecins Généralistes Picards en matière de première prescription de contraception**

## *I) POPULATION INTERROGÉE*

**- Sexe :** ☐ Masculin ☐ Féminin

**- Année de naissance :** .....

**- Milieu d'exercice :** ☐ rural ☐ semi-rural ☐ urbain

**- Département :** ☐ Aisne ☐ Oise ☐ Somme

**- Formation en gynécologie (plusieurs choix possibles) :**
☐ Stage internat ☐ DU ☐ FMC ☐ DESC ☐ capacité ☐ EPU ☐ aucune

**- Y-a t-il un gynécologue consultable dans votre localité ?**
☐ Oui ☐ Non

- **Vous pratiquez la gynécologie :**
☐ Souvent ☐ Parfois ☐ rarement ☐ Jamais

**=> Quel(s) moyen(s) de contraception prescrivez-vous ?**

| | | |
|---|---|---|
| Pilules : | ☐ Oui | ☐ Non |
| Implants : | ☐ Oui | ☐ Non |
| DIU : | ☐ Oui | ☐ Non |
| Patchs | ☐ Oui | ☐ Non |
| Anneaux | ☐ Oui | ☐ Non |

## *II - LA PRESCRIPTION INITIALE D'UN MOYEN DE CONTRACEPTION :*

**1. Prenez-vous en charge la prescription initiale de contraception ?**
☐ Oui ☐ Non

**2. Faites-vous une consultation entièrement dédiée à cette prescription initiale ?**
☐ Oui ☐ Non
↳ Durée moyenne de cette consultation : ..... minutes

**3. Si la patiente est mineure, vous la recevez :**
☐ Seule ☐ avec un majeur ☐ avec son partenaire

**4. AVANT de prescrire, quels critères prenez-vous SYSTÉMATIQUEMENT en compte *:***
☐ L'objectif recherché (but contraceptif/régulation du cycle/anti acné)
☐ Les motivations de la patiente :
↳ ☐ Rigueur ☐ Implication
☐ Les déterminants socio-culturels :
↳ ☐ Économique ☐ éducatif ☐ connaissances scolaires
☐ La fréquence des rapports sexuels
☐ Les antécédents, lesquels recherchez-vous toujours :
☐ Personnels : ☐ HTA ☐ Tabac ☐ Thrombo-embolie
☐ Dyslipidémie ☐ Lupus ☐ Obésité ☐ Migraine ☐ Varices
☐ Diabète
☐ Familiaux : ☐ Thrombo-embolie ☐ Cancer du sein ☐ Cancer de l'ovaire

☐ Autres : .....

☐ Examen clinique général (poids et pression artérielle)

**5. Réalisez-vous un Frottis cervico vaginal avant la première prescription de contraception ?**

☐ Oui ☐ Non

**6. Réalisez-vous un bilan biologique avant la première prescription**

☐ Oui ☐ Non ↳ Si non, délai : mois

**7. Expliquez-vous les avantages et inconvénients de chaque catégorie de contraceptif ?**

☐ Oui ☐ Non

**6. En primo prescription, avez-vous recours :**

| | jamais | rarement | souvent | toujours |
|---|---|---|---|---|
| - méthodes « barrières » | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - pilule Oestro-Progestative (OP) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - pilules OP de 3ème génération | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - pilule progestative (P) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - DIU dispositif intra-utérin | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - implants | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**7. Abordez-vous les conduites à tenir dans les cas particuliers suivants ?**

- rattrapage si oubli (pilule) : ☐ Oui ☐ Non
- contraception d'urgence ? ☐ Oui ☐ Non
- vomissements et diarrhées : ☐ Oui ☐ Non

**8. Abordez-vous systématiquement le risque d'Infections Sexuellement Transmissibles en plus de la contraception ?**

☐ Oui ☐ Non

**9. Prévoyez-vous une consultation à distance pour réévaluer la tolérance et l'observance ?**

☐ Oui ☐ Non

***III - <u>CADRE OFFICIEL</u> :***

**12. Avez-vous eu connaissance des recommandations de bonne pratique de prescription de contraception éditées par l'HAS en 2004 ?** ☐ Oui ☐ Non

**13. Connaissez-vous le modèle BERCER de l'OMS ?** ☐ Oui ☐ Non

**15. Vous sentez-vous suffisamment formé/informé pour PEC de façon optimale la première contraception ?** ☐ Oui ☐ Non

**16. Désireriez-vous des formations complémentaires sur les différentes méthodes (patchs, DIU, implants) et les gestes pratiques (pose d'implant et de stérilet) ?**

☐ Oui ☐ Non

**ANNEXE 11 :** Tableaux de contingence sur le fait d'interroger sur les catégories d'antécédents en fonction de la connaissance des recommandations.

**Tableau 23 : Type d'antécédents personnels recherchés en fonction de la connaissance des recommandations**

| Connaissance reco / Antécédent Perso | Oui | Non |
|---|---|---|
| **HTA** | 79 | 56 |
| **Tabac** | 82 | 59 |
| **Thromboembolie** | 78 | 55 |
| **Dyslipidémie** | 75 | 49 |
| **Lupus** | 24 | 8 |
| **Obésité** | 56 | 44 |
| **Migraines** | 61 | 37 |
| **Varices** | 57 | 33 |
| **Diabète** | 69 | 49 |

p = 0,77 ; chi2 = 4,82 ; ddl = 8

Test de Chi2

Non significatif

**Tableau 24 : Type d'antécédent familiaux recherchés en fonction de la connaissance des recommandations**

| Connaissance reco / Antécédent Familiaux | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Non réponse** | 0 | 1 |
| **Thromboembolie** | 78 | 53 |
| **Cancer du sein** | 56 | 34 |
| **Cancer de l'ovaire** | 45 | 16 |

**p = 0,14 ; chi2 = 5,4 ; ddl = 3**

**Test de Chi 2**

**Peu significatif**

**ANNEXE 12** : Tableaux de contingence sur le type de méthode utilisée en primo prescription en fonction de la connaissance des recommandations.

**Tableau 25 : Proposition en primo-prescription des méthodes barrière en fonction de la connaissance des recommandations**

| Barrière / Connaissance reco | Jamais | Rarement | Souvent | Toujours |
|---|---|---|---|---|
| **Oui** | 38 | 27 | 10 | 9 |
| **Non** | 26 | 22 | 10 | 5 |

p = 0,82 ; chi2 = 0,92, ddl = 3

Test de Chi2

Non significatif

**Tableau 26 : Proposition en primo-prescription de la pilule OP selon la connaissance des recommandations**

| OP / Connaissance reco | Jamais | Rarement | Souvent | Toujours |
|---|---|---|---|---|
| Oui | 0 | 1 | 65 | 18 |
| Non | 1 | 0 | 41 | 21 |

**p = 0,11**

**Test de Fischer**

**Peu significatif**

**Tableau 27 : Proposition en primo-prescription de la pilule OP de 3ème génération en fonction de la connaissance des recommandations**

| OP3G / Connaissance reco | Jamais | Rarement | Souvent | Toujours |
|---|---|---|---|---|
| Oui | 23 | 50 | 11 | 0 |
| Non | 17 | 37 | 8 | 1 |

p = 0,86
Test de Fisher
Non significatif

**Tableau 28 : Proposition en primo-prescription de l'implant selon la connaissance des recommandations**

| Implant / Connaissance reco | Jamais | Rarement | Souvent | Toujours |
|---|---|---|---|---|
| Oui | 40 | 33 | 11 | 0 |
| Non | 37 | 22 | 4 | 0 |

p = 0,27
Test de Fisher
Non significatif

**Tableau 29 : Proposition en 1ère prescription de la pilule progestative selon la connaissance des recommandations**

| Progestative Connaissance reco | Jamais | Rarement | Souvent | Toujours |
|---|---|---|---|---|
| **Oui** | 17 | 51 | 16 | 0 |
| **Non** | 17 | 41 | 5 | 0 |

p = 0,13
Test de Fischer
Non Significatif

**Tableau 30 : Proposition en primo-prescription du DIU selon la connaissance des recommandations**

| DIU / Connaissance reco | Jamais | Rarement | Souvent | Toujours |
|---|---|---|---|---|
| **Oui** | 47 | 31 | 6 | 0 |
| **Non** | 45 | 16 | 2 | 0 |

**p = 0,14 : test de Fisher Peu significatif (manque de puissance ? )**

## ANNEXE 13 : Tableaux de contingence sur l'influence du sexe du prescripteur sur la prise en charge de la première contraception

**Tableau 31 : Influence du sexe sur la connaissance des recommandations**

| Connaissance des reco / Sexe | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Femmes** | 33 | 22 |
| **Hommes** | 51 | 41 |

p = 0,59 ; chi2 = 0,29 ; ddl 1
Test de Chi2
Non significatif

**Tableau 32 : Influence du sexe sur la connaissance du modèle BERCER**

| Connaissance BERCER / Sexe | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Femmes** | 3 | 52 |
| **Hommes** | 8 | 84 |

p = 0,54
Test de Fisher Non significatif

**Tableau 33 : Influence du sexe sur le ressenti du prescripteur**

| Ressenti à l'aise / Sexe | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Femmes** | 45 | 10 |
| **Hommes** | 69 | 23 |

p = 0,34 ; chi2 = 0,92 ; ddl = 2
Test de Chi2 Non significatif

**Tableau 34 : Influence du sexe sur le désir de formations complémentaires**

| Désir de formation / Sexe | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Femmes** | 18 | 37 |
| **Hommes** | 36 | 56 |

p = 0,44 ; chi2 = 0,61 ; ddl 1
Test de Chi2 Non significatif

**Tableau 35 : Influence du sexe sur les méthodes contraceptives prescrites d'habitude**

| Moyens prescrits d'habitude / Sexe | Pilule | Implant | DIU | Patch | Anneau |
|---|---|---|---|---|---|
| **Femmes** | 55 | 34 | 39 | 26 | 30 |
| **Hommes** | 92 | 37 | 43 | 36 | 39 |

p = 0,51 ; chi2 = 3,28 ; ddl = 4 Test de Chi2 Non significatif

**Tableau 36 : Influence du sexe sur le fait de faire une consultation dédiée**

| Consultation dédiée / Sexe | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Femmes** | 50 | 5 |
| **Hommes** | 75 | 17 |

**p = 0,12 ; chi2 = 2,38 ; ddl = 1**
**Test de Chi2 Peu significatif (puissance ?)**

**Tableau 37 : Influence du sexe sur le fait d'expliquer les avantages et inconvénients de chaque méthode**

| Avantages/inconvénients / Sexe | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Femmes** | 45 | 10 |
| **Hommes** | 65 | 27 |

**p = 0,13 ; chi2 = 2,28 ; ddl = 1**
**Test de Chi2 Peu significatif (puissance ?)**

**Tableau 38 : Influence du sexe sur l'explication de la CAT en cas d'oubli**

| CAT si oubli / Sexe | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Femmes** | 54 | 1 |
| **Hommes** | 85 | 7 |

p = 0,26
Test de Fisher Non Significatif

**Tableau 39 : Influence du sexe sur l'explication de la CAT en cas de contraception d'urgence**

| CAT contraception urgence / Sexe | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Femmes** | 50 | 5 |
| **Hommes** | 74 | 18 |

**p = 0,09 ; chi2 = 2,86 ; ddl = 1**
**Test de Chi2 Peu Significatif (puissance ?)**

**Tableau 40 : Influence du sexe sur la CAT en cas de troubles digestifs**

| CAT diarhées/vomissement / Sexe | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Femmes** | 33 | 22 |
| **Hommes** | 65 | 27 |

p = 0,18 ; chi2 = 1,76 ; ddl = 1
Test de Chi2 Non significatif

**Tableau 41 : Influence du sexe sur le fait de rechercher l'objectif de la patiente**

| Objectif recherché / Sexe | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Femmes** | 48 | 7 |
| **Hommes** | 81 | 11 |

p = 0,89 ; chi2 = 0,02 ; ddl = 1
Test de Chi2 Non significatif

**Tableau 42 : Influence du sexe sur le fait de rechercher les motivations de la patiente**

| Sexe \ Motivations | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Femmes** | 43 | 12 |
| **Hommes** | 67 | 25 |

p = 0,47 ; chi2 = 0,52 ; ddl = 1
Test de Chi2 Non significatif

**Tableau 43 : Influence du sexe sur la recherche du milieu socio-culturel de la patiente**

| Sexe \ Socio-Culturel | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Femmes** | 35 | 20 |
| **Hommes** | 52 | 40 |

p = 0,39 ; chi2 = 0,72 ; ddl = 1
Test de Chi2 Non significatif

**Tableau 44 : Influence du sexe sur la recherche des ATCD de la patiente**

| Sexe \ ATCD | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Femmes** | 55 | 0 |
| **Hommes** | 92 | 0 |

p = 1
Test de Fisher Non Significatif

**Tableau 45 : Influence du sexe sur la recherche des ATCD personnels**

| Sexe \ ATCD Perso | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Femmes** | 55 | 0 |
| **Hommes** | 91 | 1 |

p = 1
Test de Fisher Non Significatif

**Tableau 46 : Influence du sexe sur la recherche des ATCD familiaux**

| Sexe \ ATCD Familiaux | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Femmes** | 52 | 3 |
| **Hommes** | 87 | 5 |

p = 1
Test de Fisher Non Significatif

**Tableau 47 : Influence du sexe sur la prise en compte de l'examen clinique**

| Sexe \ Examen Clinique | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Femmes** | 51 | 4 |
| **Hommes** | 77 | 15 |

**p = 0,13**
**Test de Fisher Peu Significatif**
**(Manque de puissance ?)**

**Tableau 48 : Influence du sexe sur la primo prescription du DIU**

| Sexe \ DIU en primo-prescription | Jamais | Rarement | Souvent |
|---|---|---|---|
| **Femmes** | 30 | 21 | 4 |
| **Hommes** | 62 | 26 | 4 |

p = 0 ,27
Test de Fisher Non Significatif

**Tableau 49 : Influence du sexe sur la primo-prescription de l'implant contraceptif**

| Sexe \ Implant en primo-prescription | Jamais | Rarement | Souvent |
|---|---|---|---|
| **Femmes** | 26 | 20 | 9 |
| **Hommes** | 51 | 35 | 6 |

p = 0,15 ; chi2 = 3,73 ; ddl = 2
Test de Chi2 Non significatif

**ANNEXE 14** : Tableaux de contingence de l'influence de l'âge du prescripteur sur la prise en charge de la consultation

**Tableau 50 : Influence de l'âge du prescripteur sur la fréquence de la pratique de gynécologie**

| Fréquence pratique / Age | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent |
|---|---|---|---|---|
| **< 40 ans** | 0 | 5 | 12 | 6 |
| **>40 ans** | 5 | 24 | 45 | 50 |

p = 0,42
Test de Fisher non significatif

**Tableau 51 : Influence de l'âge du prescripteur sur le fait de connaître les recommandations**

| Connaissance reco Age | Oui | Non |
|---|---|---|
| **< 40 ans** | 13 | 10 |
| **>40 ans** | 71 | 53 |

p = 0,95 ; chi2 <0,01 ; ddl 1
Test de Chi2 non significatif

**Tableau 52 : Influence de l'âge du prescripteur sur le fait de connaître le modèle BERCER**

| Connaiss BERCER / Age | Oui | Non |
|---|---|---|
| **< 40 ans** | 3 | 20 |
| **>40 ans** | 8 | 116 |

p = 0,38
Test de Fisher
Non significatif

**Tableau 53 : Influence de l'âge du prescripteur sur la primo-prescription du DIU**

| DIU en primo prescription / Age | Jamais | Rarement | Souvent |
|---|---|---|---|
| **< 40 ans** | 17 | 6 | 0 |
| **>40 ans** | 75 | 41 | 8 |

p = 0,43
Test de Fisher
Non significatif

**Tableau 54 : Influence de l'âge du prescripteur sur la primo-prescription de l'implant contraceptif**

| Implant en primo prescription / Age | Jamais | Rarement | Souvent |
|---|---|---|---|
| **< 40 ans** | 11 | 10 | 2 |
| **>40 ans** | 66 | 45 | 13 |

p = 0,89
Test de Fisher
Non significatif

**Tableau 55 : Influence de l'âge du prescripteur sur les méthodes contraceptives prescrits habituellement**

| Moyens prescrits d'habitude / Age | Pilule | Implant | DIU | Patch | Anneau |
|---|---|---|---|---|---|
| **< 40 ans** | 23 | 16 | 15 | 9 | 8 |
| **> 40 ans** | 124 | 55 | 67 | 53 | 61 |

p = 0,47 ; chi2 = 3,53 ; ddl 4 Test de Chi 2 non significatif

**Tableau 56 : Influence de l'âge du prescripteur sur le fait de faire une consultation dédiée à la première contraception**

| Consultation dédiée / Age | Oui | Non |
|---|---|---|
| **< 40 ans** | 30 | 3 |
| **> 40 ans** | 105 | 19 |

p = 1
Test de Fisher Non significatif

**Tableau 57 : Influence de l'âge du prescripteur sur le fait de recevoir la patiente seule en consultation**

| Patiente reçue seule / Age | Oui | Non |
|---|---|---|
| **< 40 ans** | 12 | 11 |
| **> 40 ans** | 77 | 47 |

p = 0,37 ; chi2 = 0,8 ; ddl = 1
Test de Chi2 Non significatif

**Tableau 58 : Influence de l'âge du prescripteur sur le fait d'expliquer les avantages et inconvénients de chaque méthode**

| Avantages/inconvénients / Age | Oui | Non |
|---|---|---|
| **< 40 ans** | 15 | 8 |
| **> 40 ans** | 95 | 29 |

p = 0,25 ; chi2 = 1,34 ; ddl = 1
Test de Chi 2 Non significatif

**Tableau 59 : Influence de l'âge du prescripteur sur le fait d'expliquer la CAT en cas d'oubli**

| CAT si oubli / Age | Oui | Non |
|---|---|---|
| **< 40 ans** | 21 | 2 |
| **> 40 ans** | 118 | 6 |

p = 0,61
Test de Fisher Non Significatif

**Tableau 60 : Influence de l'âge du prescripteur sur le fait d'expliquer la CAT en cas de contraception d'urgence**

| CAT contraception d'urg / Age | Oui | Non |
|---|---|---|
| **< 40 ans** | 17 | 6 |
| **> 40 ans** | 107 | 17 |

**p = 0,13 ; chi2 = 2,25 ; ddl = 1**
**Test de Chi2 Peu Significatif**
**(manque de puissance ?)**

**Tableau 61 : Influence de l'âge du prescripteur sur la recherche de l'objectif de la patiente**

| Objectif recherché / Age | Oui | Non |
|---|---|---|
| **< 40 ans** | 20 | 3 |
| **> 40 ans** | 109 | 15 |

p = 1
Test de Fisher Non significatif

**Tableau 62 : Influence de l'âge du prescripteur sur la recherche des motivations de la patiente**

| Motivations / Age | Oui | Non |
|---|---|---|
| **< 40 ans** | 20 | 3 |
| **> 40 ans** | 90 | 34 |

p = 0,19
Test de Fisher Non significatif

**Tableau 63 : Influence de l'âge du prescripteur sur la recherche du milieu socio-culturel de la patiente**

| Socio-Culturel / Age | Oui | Non |
|---|---|---|
| **< 40 ans** | 13 | 10 |
| **> 40 ans** | 74 | 50 |

p = 0,78 ; chi2 = 0,08 ; ddl = 1
Test de Chi 2 Non significatif

**Tableau 64 : Influence de l'âge du prescripteur sur la recherche des ATCD de la patiente**

| ATCD / Age | Oui | Non |
|---|---|---|
| **< 40 ans** | 23 | 0 |
| **> 40 ans** | 124 | 0 |

p = 1
Test de Fisher Non Significatif

**Tableau 65 : Influence de l'âge du prescripteur sur le type d'ATCD personnel recherché**

| Age \ ATCD Perso | Oui | Non |
|---|---|---|
| **< 40 ans** | 23 | 0 |
| **> 40 ans** | 124 | 0 |

p = 1

Test de Fisher Non Significatif

**Tableau 66 : Influence de l'âge du prescripteur sur le type d'ATCD familial recherché**

| Age \ ATCD Familiaux | Oui | Non |
|---|---|---|
| **< 40 ans** | 22 | 1 |
| **> 40 ans** | 117 | 7 |

p = 1

Test de Fisher Non Significatif

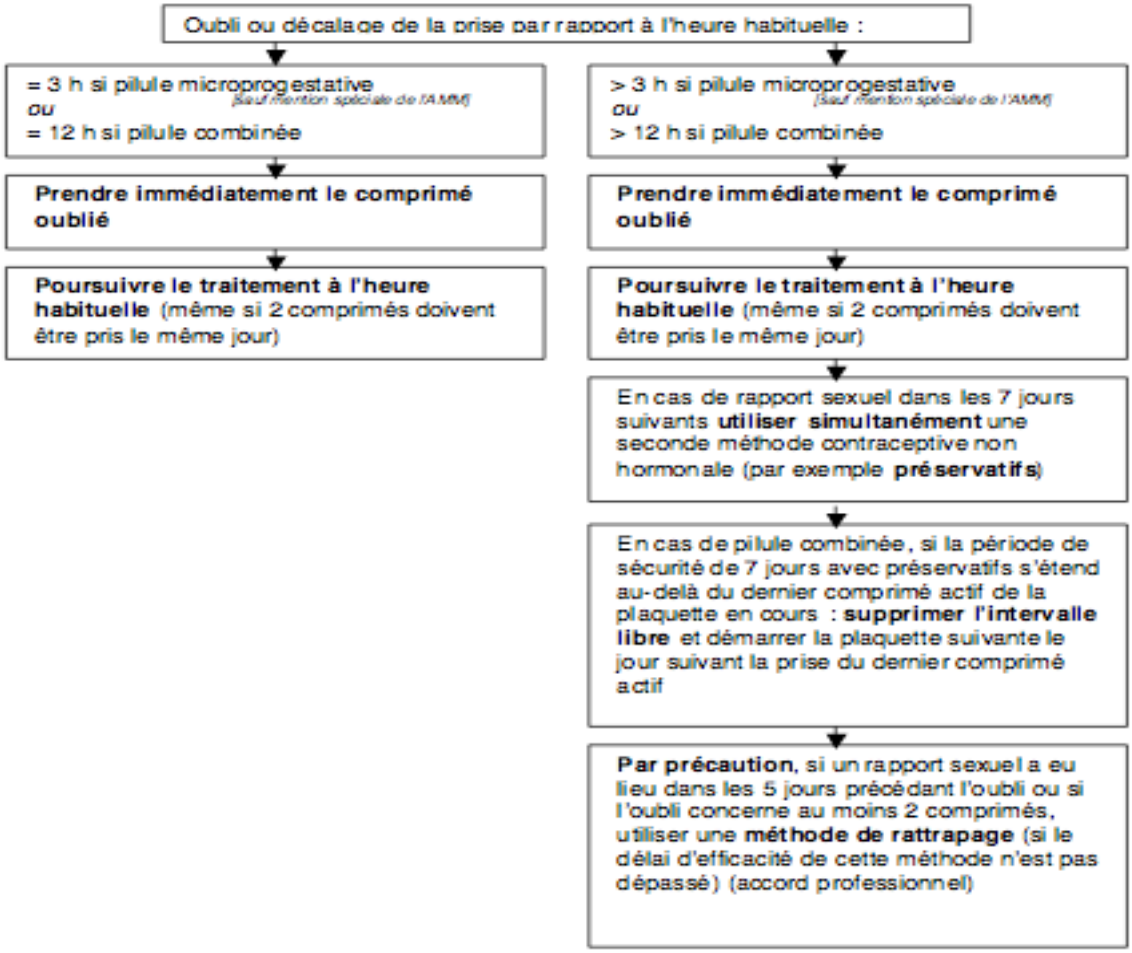
**Tableau 67 : Influence de l'âge du prescripteur sur la prise en compte de l'examen clinique**

| Age \ Examen Clinique | Oui | Non |
|---|---|---|
| **< 40 ans** | 22 | 1 |
| **> 40 ans** | 106 | 18 |

p = 0,31

Test de Fisher Non Significatif

## **ANNEXE 15** : CAT en cas d'oubli de pilule selon les recommandations HAS 2004



**Introduction** : Face à l'augmentation des interruptions volontaires de grossesse chez les jeunes et la diminution des gynécologues médicaux : la prise en charge de la contraception par le médecin généraliste (MG) est une priorité. Le but de l'étude était d'évaluer la prescription de 1ère contraception par les MG Picards. **Matériel et méthode** : il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive menée par questionnaires (basés sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2004 : «Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme ») envoyés à 500 MG Picards. **Résultats :** 147 médecins ont répondu, 57,1% connaissaient les recommandations. 85% faisaient une consultation dédiée, 60% recevaient parfois la patiente seule mais le plus souvent accompagnée. 100% cherchaient les antécédents, 87,8% l'objectif, 87,1% évaluaient la clinique, 74,8% les motivations, 59,2% le milieu socio-culturel et 19% la fréquence des rapports. 95,2% ne réalisaient pas de frottis initialement, et 53,1% attendaient 3 mois pour le bilan biologique. 74,8% expliquaient les avantages et inconvénients des méthodes, les conduites à tenir en cas d'oubli de pilule étaient évoquées pour 94,6%, les infections sexuellement transmissibles pour 87,8%, la contraception d'urgence pour 84,4% et 86,4% programmaient une consultation de suivi. Implants et stérilets étaient peu prescrits. **Discussion :** Certains points étaient à améliorer : voir la patiente seule, rechercher la fréquence des rapports, prescrire plus de méthodes longue durée et stopper les œstro-progestatifs 3ème génération en 1ère intention. **Conclusion :** Les MG faisaient donc une bonne prise en charge. Il faudrait favoriser le temps d'écoute, d'éducation et de partenariat avec la patiente et poursuivre les efforts de formation des médecins.
**Mots clés** : contraception, médecine générale, recommandations, prévention, IVG

**Introduction**: With the increase of interrupting pregnancies among young people and the decrease of medical gynecologists: the contraception management by the general practitioner (GP) is a priority. The aim of the study was to assess the prescription of first contraception by the GPs in Picardy. **Material and method**: It was a descriptive epidemiological study by means of a questionnaire (based on recommendations of the French National Authority for Health in 2004: "Strategies about choice of contraceptive methods in woman"), send to 500 GPs in Picardy. **Results**: 147 GPs replied, 57,1% knew the recommendations. 85% made a dedicated consultation, 60% sometimes received the patient alone, but most of the time accompanied. 100% were looking for the medical history, 87,8% were looking for the purpose, 87,1% were assessed the clinic, 74,8% the motivations, 59,2% the socio-cultural environment and 19% the frequency of sexual intercourse. 95,2% did not realize smear test initially, and 53,1% waited 3 months for the biological statement. 74,8% explained advantages and disadvantages of the methods, the proper patient management in case of forgotten pills were raised for 94,6%, the sexually transmitted infections for 87,8%, the emergency contraception for 84,4%, and 86,4% scheduled a follow-up consultation. Implants and IUDs were rarely prescribed. **Discussion**: Some points were to improve: seeing the patient alone, knowing the frequency of sexual intercourse, prescribing more long term methods and stopping the 3rd generation estrogen-progestin as first line treatment. **Conclusion**: The GPs had therefore a good patient care. They should foster the time for listening, educating and cooperating with the patient and pursue training efforts.
**Key words** : contraception, general medicine, recommendations, prevention, interrupting pregnancies