

Analyse des indications des médecins généralistes lors du changement contraceptif féminin, nécessitant une prescription médicale

Jessica Levy

▶ **To cite this version:**

Jessica Levy. Analyse des indications des médecins généralistes lors du changement contraceptif féminin, nécessitant une prescription médicale. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03380367

HAL Id: dumas-03380367

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03380367

Submitted on 15 Oct 2021

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.

UFR DE SANTE DE ROUEN NORMANDIE

ANNÉE 2020-2021

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

Par

LEVY Jessica

Née le 21 Novembre 1990 à Paris 8ème

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 SEPTEMBRE 2021

Analyse des indications des médecins généralistes lors du changement contraceptif féminin, nécessitant une prescription médicale

PRESIDENT DE JURY :	Monsieur le Professeur Jean-Nicolas CORNU
DIRECTEUR DE THESE :	Monsieur le Professeur Pascal BOULET
MEMBRES DU JURY :	Madame le Professeur Elisabeth MAUVIARD
	Madame le Professeur Véronique MERLE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc **BASTE**	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CHB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CHB	Radiothérapie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER** *(surnombre)*	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude **HOUDAYER**	HCN	Génétique
Mr Fabrice **JARDIN**	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie

Mr Hervé **LEVESQUE**	HCN	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET** *(détachement)*	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN** *(disponibilité)*	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian **SCHWARZ**	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie

Mr Hervé **TILLY** *(surnombre)*	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier **TROST**	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure **WELTER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate **ACHAMRAH**	HCN	Nutrition
Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel **BESNIER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent **MARGUET**	HCN	Histologie
Mme Chloé **MELCHIOR**	HCN	Gastroentérologie
Mr Thomas **MOUREZ** *(détachement)*	HCN	Virologie
Mr Gaël **NICOLAS**	UFR	Génétique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire

Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie
Mr Julien **WILS**	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy **BELLIEN** (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **EL OMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Thomas **CASTANHEIRO MATIAS**	Chimie Organique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie

Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)	Immunologie
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mme Caroline **BERTOUX**	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice **MOISAN**	Virologie
M. Henri **GONDÉ**	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel **MOUHAJIR**	Parasitologie
M. Maxime **GRAND**	Bactériologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla **SALHI**	Pharmacognosie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **EL OMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mme Laëtitia **BOURDON**	UFR	Médecine Générale
Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var **TAN**	Immunologie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre Henri Becquerel

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

SJ – Saint Julien Rouen

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

Table des matières

Liste des tableaux 19

Liste des figures 20

Abréviations 21

Introduction 22

1. Généralités 25

1.1. Consultation de contraception 25

1.2. Les différents moyens de contraception 27

1.2.1. Les méthodes accessibles sans prescription médicale (4) 27

1.2.2. Les méthodes soumises à prescription médicale (14) 28

1.3. Efficacité théorique et pratique des différents contraceptifs 28

1.4. Situation contraceptive en France 29

1.5. Focus sur les contraceptions nécessitant une prescription médicale 31

1.5.1. Les pilules œstro-progestatives (POP) 31

1.5.2. Les pilules progestatives 33

1.5.3. Les DIU en cuivre 33

1.5.4. Les DIU hormonaux 34

1.5.5. Les implants contraceptifs 35

1.6. Recommandations concernant le changement de contraception 35

1.6.1. Relais d'une contraception oestro-progestative vers une autre contraception oestro-progestative ou une contraception progestative orale 36

1.6.2. Relais d'une contraception oestro-progestative vers un implant contraceptif 36

1.6.3. Relais d'une contraception oestro-progestative vers un DIU en cuivre 36

1.6.4. Relais d'une contraception oestro-progestative vers un DIU hormonal 36

1.6.5. Relais d'une contraception progestative orale vers une contraception progestative orale 37

1.6.6. Relais d'une contraception progestative orale vers un implant contraceptif ou un DIU hormonal 37

1.6.7. Relais d'une contraception progestative orale vers une contraception oestro-progestative 37

1.6.8. Relais d'une contraception progestative orale vers un DIU en cuivre 37

1.6.9. Relais d'un implant contraceptif vers une contraception oestro-progestative 38

1.6.10. Relais d'un implant contraceptif vers une contraception progestative orale ou un DIU en cuivre ou un DIU hormonal 38

1.6.11. Relais d'un DIU en cuivre vers une contraception oestro-progestative ou une contraception progestative 38
1.6.12. Relais d'un DIU hormonal vers une contraception oestro-progestative ou une contraception progestative 38
1.6.13. Relais d'un DIU hormonal vers un DIU en cuivre 39
1.7. Recommandation pour la pratique clinique : « Relais contraceptifs, une simplicité apparente mais une réalité complexe » du Dr Trignol-Viguier 39

2. Matériel et méthodes 41
2.1. Type de l'étude 41
2.2. Population étudiée 41
2.2.1. Critères d'inclusion 41
2.2.2. Critères d'exclusion 41
2.3. Critères de jugement 42
2.3.1. Critère de jugement principal 42
2.3.2. Critère de jugement secondaire 42
2.4. Recueil de données 42
2.4.1. Élaboration du questionnaire 42
2.4.2. Diffusion du questionnaire 43
2.5. Analyse statistique 44

3. Résultats 45
3.1. Diagramme de flux 45
3.2. Caractéristiques des médecins généralistes inclus 46
3.2.1. Répartition des réponses 46
3.2.2. Répartition des médecins généralistes par âge et par sexe 47
3.2.3. Répartition des médecins selon leurs exercices et leurs formations 48
3.2.4. Répartition des médecins selon leur actes en gynécologie 50
3.3. Caractéristiques des dossiers-patientes inclus 51
3.3.1. Répartition des patientes selon leur âge 51
3.3.2. Répartition des contraceptions 51
3.3.3. Répartition des patientes selon leur âge et leur contraception 55
3.3.4. Cause du changement contraceptif 58
3.3.5. Participation des médecins généralistes dans le changement contraceptif : 59
3.3.6. Indications de prescription entre l'ancienne et la nouvelle contraception 60
3.4. Connaissance, impact et utilité de la recommandation « Une simplicité apparente mais une réalité complexe » du Dr Trignol-Viguier 61
3.4.1. Connaissance de la recommandation sur les relais contraceptifs des médecins généralistes inclus 61

3.4.2. Impact de cette recommandation sur la pratique des médecins généralistes 61
3.4.3. Utilité de la recommandation selon les médecins inclus 63
3.5. Synthèse des indications données par les médecins généralistes lors du changement contraceptif..... 63

4. Discussion 66
4.1. Forces et limites de l'étude 66
4.1.1. Limites de l'étude..... 66
4.1.2. Forces de l'étude 68
4.2. Synthèse et comparaison de nos résultats avec les données de la littérature 68
4.2.1. Analyse du profil des médecins généralistes et de leur activité en gynécologie 68
4.2.2. Analyse des situations contraceptives des patientes avant le relais contraceptif..... 69
4.2.3. Analyse des indications des médecins généralistes lors du changement contraceptif.... 71
4.2.4. Analyse des connaissances et de l'impact sur les médecins généralistes de la recommandation sur le changement contraceptif..... 74

Conclusion..... 76

Bibliographie 77

Annexes 83

Résumé 97

Liste des tableaux

Tableau 1 : Examens préalables à une contraception selon l'OMS 26

Tableau 2 : Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives selon l'OMS 2011 29

Tableau 3 : Outil de relais contraceptif du Dr Trignol-Viguier 40

Tableau 4 : Répartition des médecins généralistes en fonction de leur département d'exercice 46

Tableau 5 : Caractéristiques des médecins inclus 47

Tableau 6 : Formation universitaire en gynécologie des médecins inclus 49

Tableau 7 : Lien entre DU en gynécologie et acte en gynécologie 50

Tableau 8 : Anciennes et nouvelles contraceptions 51

Tableau 9 : Anciennes et nouvelles contraceptions classées par catégorie 52

Tableau 10 : Durée d'utilisation de l'ancienne contraception 54

Tableau 11 : Répartition des patientes selon l'âge et leur contraception 56

Tableau 12 : Cause du changement contraceptif 58

Tableau 13 : Personnes à l'origine de la demande du changement contraceptif 59

Tableau 14 : Délai entre l'ancienne et la nouvelle contraception 60

Tableau 15 : Raisons du délai lors du changement contraceptif 60

Tableau 16 : Modification des prescriptions contraceptives après connaissance de la recommandation 61

Tableau 17 : Informations qu'apporte la recommandation aux médecins généralistes inclus . 62

Tableau 18 : Synthèse des indications proposées par les médecins lors du relais contraceptif 65

Liste des figures

Figure 1 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge. Baromètre santé 2016 30

Figure 2 : Méthodes de contraception utilisées par les femmes de 18 à 44 ans en France entre 1968 et 2013 (16)..... 31

Figure 3: Flow-Chart 45

Figure 4 : Répartition des médecins selon l'âge et le sexe :..... 47

Figure 5 : Répartition des médecins selon leurs exercices 48

Figure 6 : Stages d'internes validés ou en cours de validation..... 49

Figure 7 : Actes de gynécologie en cabinet de médecine générale 50

Figure 8 : Prescription des différentes méthodes contraceptives de relais en fonction du statut du médecin…… 53

Figure 9 : Pratiques des médecins généralistes lors du changement contraceptif……...63

Abréviations

CNGOF = Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français.

DIU = Dispositif Intra-Utérin

DU= Diplôme Universitaire

HAS = Haute Autorité de Santé

IVG = Interruption Volontaire de Grossesse

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

POP= Pilule Oestro-Progestative

PP= Pilule Progestative

TVP= Thrombose veineuse profonde

Introduction

La contraception est définie par l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) comme étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures permettant de diminuer la probabilité de conception ou l'éviter » (1).

Alors que la pilule contraceptive voit le jour en 1956 aux États-Unis, il aura fallu encore onze années pour parvenir à la légalisation de la contraception en France. En décembre 1967, le député Lucien Neuwirth fait voter une loi autorisant la vente et l'utilisation des méthodes contraceptives (2). Puis, en janvier 1975, l'Assemblée Nationale vote la loi Veil, autorisant l'interruption volontaire de grossesse (IVG), révisée en 2001 afin d'allonger le délai légal de l'IVG (3).

La Haute autorité de santé (HAS) souligne le nombre important d'échecs contraceptifs malgré une « prévalence contraceptive élevée et une forte médicalisation du recours à la contraception » (4). En effet, selon les chiffres de 2013, plus de 30% des grossesses sont encore « non prévues » dont 75% sous contraception.

Ces échecs contraceptifs ne sont pas anodins puisqu'ils constituent un des facteurs principaux de grossesses non désirées, conduisant à une IVG. En 2019, 232 200 IVG ont été enregistrées en France. Le taux de recours est à son niveau le plus élevé depuis 1990. On compte près d'une IVG pour trois naissances en 2019 (5).

L'étude FÉCOND, « Fécondité, Contraception, Dysfonctions sexuelles », menée de 2011 à 2012, a mis en évidence que la moitié des femmes ayant recours à une IVG avait changé de contraception dans les 6 mois précédant l'échec (6)(7).

La synthèse de la HAS, fait état d'une « norme contraceptive » selon laquelle les femmes s'inscriraient dans un schéma global de contraception comportant trois grandes étapes : le préservatif en début de vie sexuelle, la pilule au cours d'une vie sexuelle établie, puis un dispositif intra-utérin (DIU) après 30 ans et une maternité. (4).

Une évaluation des pratiques contraceptives des femmes de 15 à 49 ans réalisée dans l'enquête « baromètre santé » de 2016 (8) donne le classement suivant des méthodes employées :

- la pilule : 36,5% d'utilisatrices, principalement les 15-24 ans ;
- le DIU : 26,5%, surtout après 35 ans et une ou plusieurs maternités ;
- le préservatif : 18,8%, en particulier chez les 15-19 ans ;
- l'implant contraceptif : 4,3%, le plus souvent chez des femmes de 20 à 24 ans.

Le débat médiatique de 2013 concernant les pilules de 3ème et 4ème générations a contribué à une diversification des pratiques contraceptives (9). Cette « crise de la pilule » a en effet conduit de nombreuses femmes, non satisfaites de leur contraception, à mener une réflexion sur leur méthode contraceptive orale et à s'informer auprès de leur médecin sur la méthode plus adaptée à leur sexualité et à leur condition de vie. Environ 20% des femmes ont alors opté pour un nouveau moyen de contraception.

D'après une revue de la littérature, le suivi gynécologique des femmes est assuré entre 8 et 23% par le médecin généraliste (10). La mission du médecin généraliste s'étend désormais de la première consultation, au renouvellement puis à l'éventuel changement de contraception.
Dans la littérature actuelle, il existe de nombreuses recommandations (OMS, HAS, CNGOF…) au sujet de la contraception proposant les différentes méthodes de contraceptions, leurs indications et contre-indications, ainsi que des aides à la prescription. Cependant le changement contraceptif n'est souvent mentionné qu'en fin de paragraphe, moins accessible.

Pourtant le lien entre relais contraceptifs et certaines grossesses non désirées se présente désormais comme une évidence. En 2016, le docteur Trignol-Viguier, consciente de cette problématique, élabore un outil synthétique destiné à adapter les relais contraceptifs pour en limiter les échecs et les grossesses non désirées. Cette recommandation a été publiée par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) (7).

Dans notre étude, nous avons recherché quelles sont les pratiques des médecins généralistes lors d'un changement de contraceptif féminin, en évaluant plus spécifiquement les différents délais de prescriptions proposés entre deux contraceptions.

L’objectif principal de notre étude est de savoir quelles sont les indications données par les médecins généralistes lors d’un changement de contraception et si l’outil du Dr Trignol-Viguier est utile à leur pratique.

L’objectif secondaire est d’explorer les raisons du délai proposé par les médecins généralistes, lors de ce relais contraceptif.

1. Généralités

1.1. Consultation de contraception

Il est primordial, comme le souligne la HAS, que la méthode contraceptive soit adaptée à chaque femme (11). La patiente, surtout dans le cadre d'une première demande de contraception, doit pouvoir bénéficier d'une consultation dédiée à ce motif. Ce point est essentiel car cette consultation doit lui permettre d'obtenir des informations claires et précises, d'échanger librement et en toute confidentialité avec le professionnel de santé. Ce n'est qu'au travers de ce dialogue que ce dernier, compte tenu des informations reçues, pourra conseiller la patiente qui sera à son tour en mesure de faire un choix libre et éclairé.

Parmi les conseils prodigués, les moyens contraceptifs disponibles et adaptés à la patiente lui seront présentés ainsi que l'essentiel des indications et contre-indications correspondantes, notamment :

- L'efficacité relative ;
- L'usage correct ;
- Le mode de fonctionnement ;
- Les effets secondaires courants ;
- Les risques et bénéfices sanitaires ;
- Les signes et les symptômes nécessitant une consultation médicale ;
- Le retour à la fécondité après l'arrêt de la contraception ;
- La protection contre les infections sexuellement transmissibles (1).

Cette consultation est l'occasion de recueillir des éléments essentiels dans la prise en charge de la patiente, de prescrire des examens afin de rechercher toute possible contre-indication et également de faire de la prévention (12). Parmi ces examens préalables à la contraception figurent :

- Le recueil d'informations : âge, profession, mode de vie, antécédents médico-chirurgicaux, nombre d'enfants, antécédents de fausse couche et d'IVG ;
- Un examen clinique général : poids, taille, indice de masse corporelle, tension artérielle.
- Un examen gynécologique : examen des seins, frottis du col utérin à partir de 25 ans, visent à dépister des cancers ou des lésions précancéreuses ;

- Un bilan biologique : dosage du cholestérol total, des triglycérides et une glycémie à jeun pour les contraceptions hormonales oestroprogestatives.

Selon les facteurs de risques personnels ou familiaux, le bilan biologique interviendra :

- en l'absence de risques et si l'examen clinique s'avère normal : 3 à 6 mois après la prescription, puis tous les 5 ans selon les mêmes critères ;
- en cas d'antécédent familial de dyslipidémie : avant le début de toute contraception, puis 3 à 6 mois après ;
- en présence d'antécédents personnels ou familiaux de maladie thromboembolique, le bilan biologique sera complété par un test d'hémostase ;
- de plus, si un facteur de risque infectieux se présente (IST, infection génitale haute, femme de moins de 25 ans, partenaires multiples), une recherche d'infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* doit être réalisée avant la pose d'un dispositif intra-utérin.

L'OMS a répertorié les examens préalables à une contraception dans le tableau ci-après (Tableau 1).

	Contraceptifs oraux combinés	Contraceptifs injectables combinés	Pilules progestatives	Progestatifs injectables	Implants	DIU	Préservatifs	Diaphragme	Spermicide	Stérilisation féminine	Vasectomie
Examen des seins	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	Sans objet
Examen pelvien/génital	C	C	C	C	C	A	C	A	C	A	A
Dépistage du cancer du col	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	Sans objet
Tests de laboratoire en routine	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Taux d'hémoglobine	C	C	C	C	C	B	C	C	C	B	C
Évaluation du risque d'IST (anamnèse et examen physique)	C	C	C	C	C	A*	C†	C†	C†	C	C
Dépistage des IST/du VIH : tests de labo	C	C	C	C	C	B*	C†	C†	C†	C	C
Tension artérielle	‡	‡	‡	‡	‡	C	C	C	C	A	C§

Avec :A : essentiel et obligatoire dans tous les cas pour une utilisation sûre et efficace de la méthode contraceptive ; B : rôle important dans la sécurité et l'efficacité d'utilisation, mais mise en œuvre, à replacer dans le contexte de santé publique et/ou de services offerts ; peser le risque de ne pas faire l'examen ou le test par rapport aux avantages de mettre à disposition la méthode contraceptive ; C : ne joue pas un rôle important dans la sécurité et l'efficacité d'emploi de la méthode contraceptive ; * Il ne faut pas poser de DIU aux femmes à haut risque personnel d'injection à gonocoque et/ou chlamydia, sauf en l'absence d'autres méthodes acceptables plus appropriées. Si elle souffre d'une cervicite purulente ou d'une infection à gonocoque e/ou chlamydia, la pose d'un DIU est à proscrire tant que ces maladies ne sont pas guéries ; † Les femmes à haut risque d'infection au VIH ne doivent pas utiliser de spermicides contenant du nonoxynol-9. Elles doivent également éviter les diaphragmes et capes cervicales auxquelles on a ajouté du nonoxynol-9, sauf en l'absence d'autres méthodes acceptables plus appropriées ; ‡ Il est souhaitable de mesurer la TA avant de démarrer des méthodes hormonales. Néanmoins, dans certains contextes, la mesure de TA n'est pas possible, les risques de morbi-mortalité pendant la grossesse sont élevés et les méthodes hormonales figurent parmi les méthodes largement disponibles ; § Pour les actes pratiqués sous anesthésie locale.

Tableau 1 : Examens préalables à une contraception selon l'OMS

Selon les recommandations de la HAS, « le choix de la méthode contraceptive doit être réévalué à chaque renouvellement de prescription » (13). Outre, la recherche d'effets indésirables ou de contre-indications, le renouvellement doit permettre au praticien de s'assurer que la méthode reste adaptée à la patiente et à son mode de vie.

Le renouvellement du contraceptif s'inscrit globalement dans la même procédure que la première prescription. En revanche, aucunes recommandations particulières ne viennent définir ou encadrer les modalités de changement contraceptif.

1.2. Les différents moyens de contraception

De nombreux moyens de contraception sont accessibles, avec ou sans prescription médicale selon la catégorie :

1.2.1. Les méthodes accessibles sans prescription médicale (4)

Les méthodes barrières :

- Préservatif masculin ;
- Préservatif féminin ;
- Diaphragme et cape cervicale ;
- Spermicide.

Les méthodes naturelles :

- Méthodes MAMA (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée) ;
- Retrait ou coït interrompu ;
- Test d'ovulation par bandelette urinaire ;
- Abstinence périodique ;
- Méthode des températures ;
- Méthode de la glaire cervicale ;

Méthode hormonale d'urgence :

- Contraception orale hormonale de rattrapage.

1.2.2. Les méthodes soumises à prescription médicale (14)

Méthodes hormonales oestroprogestatives :

- La pilule ;
- Le patch transdermique ;
- L'anneau vaginal.

Méthodes hormonales progestatives :

- La pilule ;
- L'implant sous-cutané ;
- Le dispositif intra-utérin hormonal ;
- Les progestatifs seuls injectables.

Méthodes non hormonales non définitive :

- Le dispositif intra-utérin au cuivre.

Méthodes non hormonales définitives :

- Stérilisation tubaire féminine ;
- Vasectomie.

1.3. Efficacité théorique et pratique des différents contraceptifs

Dans son dossier de 2019 sur « l'efficacité des moyens contraceptifs », l'assurance maladie souligne qu'aucune contraception n'est efficace à 100%.

Pour mesurer l'efficacité d'un moyen contraceptif, une comparaison est effectuée entre son efficacité théorique et son efficacité pratique (Tableau 2) :

- L'efficacité théorique (ou indice de Pearl) est égale au pourcentage de grossesses accidentelles sur un an d'utilisation correcte de la méthode (15) ;
- L'efficacité pratique donne un pourcentage incluant les utilisatrices n'ayant pas respecté correctement la méthode.

Un écart important entre les deux indices d'efficacité indique une utilisation trop complexe ou contraignante de la contraception considérée.

Cette comparaison présente deux données : le risque de grossesse lié au moyen contraceptif lui-même et le risque lié à son utilisation.

Méthode	Indice de Pearl	Efficacité pratique
Œstroprogestatifs (pilule, patchs, anneaux)	0,3	8
Progestatifs (pilule)	0,3	8
Dispositif intra-utérin (au lévonorgestrel)	0,2	0,2
Dispositif intra-utérin (au cuivre)	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Spermicides	18	29
Diaphragme et spermicides	6	16
Cape cervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20

Tableau 2 : Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives selon l'OMS 2011

On constate que pour les contraceptions de longue durée d'action (telle que les implants, les DIU cuivre/hormonaux, les stérilisations féminines et masculines) l'indice de Pearl est meilleur que pour d'autres contraceptions. Par ailleurs pour ces contraceptions le pourcentage entre l'efficacité pratique et théorique varie peu. Pour les contraceptifs oraux oestroprogestatifs et progestatifs ainsi que les patchs combinés et anneaux vaginaux combinés, le taux de grossesses lors de la première année d'utilisation est de 0,3% en utilisation correcte et régulière, et passe à 8% en utilisation courante. Cet écart témoigne probablement d'un usage complexe ou contraignant du moyen contraceptif.

1.4. Situation contraceptive en France

Selon l'enquête Baromètre santé 2016, 71,9% des femmes âgées de 15 à 49 ans sont concernées par la contraception. Parmi ces femmes, 8% déclarent ne pas utiliser de moyen contraceptif pour éviter une grossesse (8). Plus de 7 femmes sur 10 utilisent une méthode médicalisée pour assurer leur contraception (Figure 1).

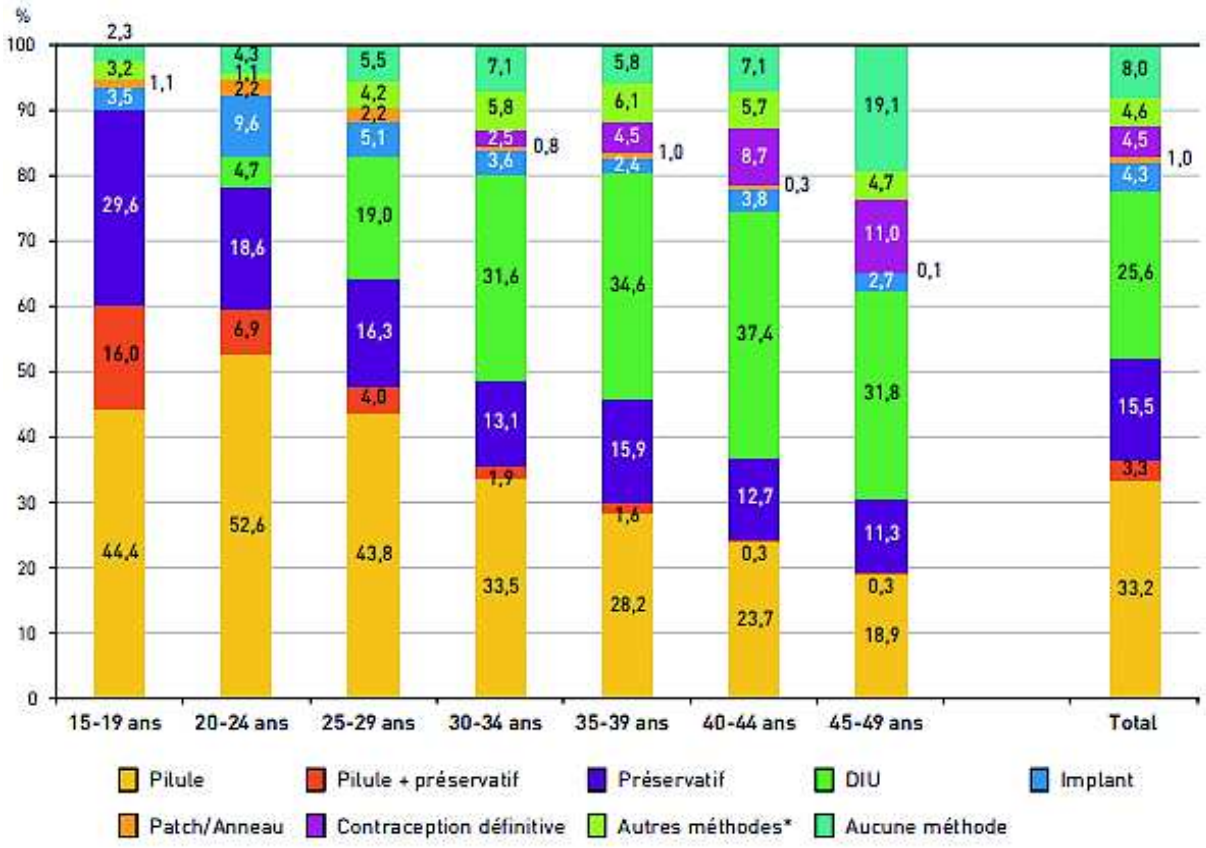


Figure 1 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge. Baromètre santé 2016

Commentaires :

- La pilule est la méthode la plus utilisée (36,5%), surtout chez les 15-19 ans (60,4%) et les 20-24 ans (59,4%).
- Le DIU est le premier contraceptif chez les femmes à partir de 35 ans (34,6%), et pour celles ayant déjà eu des enfants.
- Le préservatif arrive en troisième position, avec une utilisation plus importante chez les patientes de 15-19 ans (45,6%)
- Parmi les autres méthodes hormonales, l'implant est le plus diffusé (4,3%).
- La contraception définitive augmente avec l'âge et concerne principalement les femmes de plus de 40 ans.

L'évolution des méthodes contraceptives entre 1968 à 2013 montre une montée en puissance de l'utilisation de la pilule jusqu'en 2000-2002, puis une baisse légère mais régulière au cours de la décennie suivante au profit des autres méthodes, sans toutefois montrer un intérêt très marqué pour l'une ou l'autre (Figure 2).

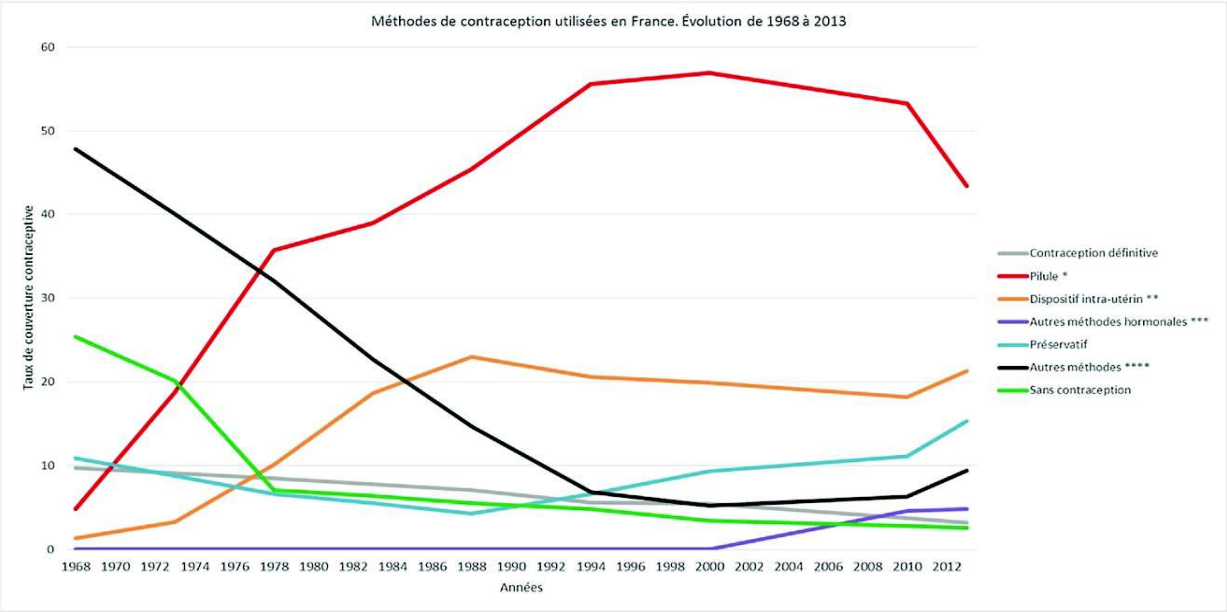


Figure 2 : Méthodes de contraception utilisées par les femmes de 18 à 44 ans en France entre 1968 et 2013 (16)

1.5. Focus sur les contraceptions nécessitant une prescription médicale

Parmi les contraceptions les plus utilisées en France et nécessitant une prescription médicale, on dénombre 5 grands groupes :

Les pilules oestro-progestatives ; Les pilules progestatives ; Les DIU en cuivre ; Les DIU hormonaux ; Les implants contraceptifs.

1.5.1. Les pilules œstro-progestatives (POP)

Les différents contraceptifs oraux œstro-progestatifs se différencient par le type de progestatif, le type, la dose d'œstrogène. La plupart des POP contiennent un œstrogène de synthèse, l'éthinylestradiol à dose de 15 à 40ug pour les POP minidosées. Depuis 2009 sont utilisés également du valérate d'estradiol ou de l'estradiol.

Le type de progestatif, définit la génération de la pilule. Est utilisé du lévonorgestrel pour les POP de 2ème génération, du désogestrel ou gestodène ou norgestimate pour les POP de 3ème génération enfin du drospirénone ou acétate de chlormadinone ou diénogest pour les POP de 4ème génération (17).

Les combinaisons contraceptives oestro-progestatives peuvent varier pendant la prise, ce qui permet d'associer 3 types d'adjonctions (18) :

- Les POP monophasiques : la combinaison est stable durant la prise
- Les POP biphasiques : la première phase est moins dosée dans les deux composés
- Les POP triphasiques : l'œstrogène et/ou le progestatif sont distribués à doses variables créant au total 3 phases différentes au cours du cycle

La POP est une contraception de première intention pour les femmes ne présentant pas de facteur de risque particulier (13).

L'efficacité contraceptive des POP résulte de 3 actions complémentaires :

- Inhibition de l'ovulation au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire ;
- Modification de la glaire cervicale qui devient imperméable à la migration des spermatozoïdes ;
- Modification de l'endomètre, qui devient impropre à la nidation (12).

Les principales contre-indications des POP sont :

- En rapport avec le risque vasculaire (antécédent de thrombose veineuse ou artérielle, thrombophilie, cardiopathie emboligène, Hypertension artérielle, angor, affections vasculaires cérébrales, migraine avec aura) ;
- Maladie métabolique ou circonstance qui augmente le risque vasculaire : diabète compliqué, dyslipidémie, obésité, tabagisme >10 cigarettes par jour ;
- Cancer ou lésion précancéreuse du sein.

Une attention particulière doit être apportée dans les cas suivants : porphyrie, insuffisance rénale, insuffisance hépatique, vascularite, pathologie auto-immune, tumeur hypophysaire. En cas d'apparition d'une de ces affections pendant la prise de POP, l'utilisation doit cesser immédiatement.

Toutes les POP entraînent une augmentation du risque d'événement thromboembolique veineux (phlébite, embolie pulmonaire) d'un facteur de 3 à 6 par rapport aux non utilisatrices et du risque d'événement artériel (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral ischémique) d'un facteur de 1.7 par rapport aux non utilisatrices (19). Ces effets indésirables graves sont rares.

Les effets indésirables des POP fréquents sont : nausée, tension mammaire, céphalée, migraines, prise de poids, acné, fatigue. Ils sont bénins et variables. Ils peuvent être facteurs d'arrêt de traitement.

1.5.2. Les pilules progestatives

Les pilules progestatives sont composées principalement de doses faibles de lévonorgestrel ou de désogestrel. Elles sont indiquées en deuxième intention, pour des patientes présentant une contre-indication aux POP (18). C'est la contraception préférentielle en post-partum et au cours d'allaitement (17).

Leur mode d'action réside principalement en un effet barrière au niveau du canal cervical, il rend la glaire imperméable aux spermatozoïdes. Le désogestrel inhibe en plus l'ovulation (12).

Les effets indésirables les plus fréquents sont des irrégularités menstruelles, des aménorrhées, des spottings, des métrorragies (20)(21).

1.5.3. Les DIU en cuivre

Les DIU en cuivre se composent d'un support en plastique radio-opaque, à bras latéraux flexibles, autour duquel s'enroule un fil de cuivre. C'est une contraception à long terme, réversible. La durée d'action est de 5 à 10 ans en fonction des dispositifs.

Plusieurs tailles sont disponibles pour s'adapter à la hauteur utérine.
Il s'agit d'une méthode contraceptive de première intention, sans aucun risque de cancer ni cardiovasculaire établi (12). Ils sont proposés à toutes les femmes quelles que soient la parité et la gestité (17).

Son mode d'action principale est un effet gamétotoxique local du cuivre et dans la moindre mesure un effet anti-nidatoire dû à l'inflammation provoquée dans l'endomètre (18).

Les principales contre-indications à la pose d'un DIU sont :

- Les saignements vaginaux inexpliqués
- Les malformations utérines et cervicales
- Le risque infectieux
- La grossesse
- Le post-partum dans les quatre semaines suivant l'accouchement
- L'hypersensibilité au cuivre ou à l'un des composants.

Les principaux effets indésirables sont :

- Liés à la pose : douleurs, contraceptions utérines, saignements
- Risque d'expulsion et de perforation
- Modification du cycle menstruel : ménorragies, saignements irréguliers, douleurs et crampes au moment des règles.

1.5.4. Les DIU hormonaux

Les DIU hormonaux sont des stérilets qui délivrent localement un progestatif, le levonorgestrel. C'est une contraception à long terme, réversible. La durée d'action varie de 3 (JAYDESS 13,5mg) à 5 ans (KYLEENNA 19,5mg et MIRENA 52mg).

Selon la HAS, ce sont des contraceptions de 2ème intention, proposées si un DIU au cuivre a été mal toléré (12).

Son mode d'action repose sur l'épaississement de la glaire cervicale et son action locale sur l'endomètre.

Les contre-indications sont les mêmes que pour les DIU en cuivre, auxquelles s'ajoutent les contre-indications hormonales de maladie thromboembolique récente, affection hépatique active, cancer du sein, de l'ovaire ou de l'endomètre (18).

Les principaux effets indésirables sont (22) :

- L'apparition de céphalées
- Douleurs abdo-pelviennes
- Modification des saignements (augmentation ou diminution des règles, spotting, oligoménorrhée et aménorrhée)
- Vulvo-vaginites.

1.5.5. Les implants contraceptifs

L'implant progestatif est une contraception hormonale sous-cutanée de longue durée d'action. C'est un petit bâtonnet cylindrique en plastique souple de 4 cm de long sur 2 mm de diamètre. Il contient de l'Étonogestrel. Sa durée d'action est de 3 ans.

Il s'agit d'une contraception adaptée aux patientes ayant une contre-indication ou une intolérance aux contraceptions œstro-progestatives et aux DIU, ainsi qu'aux patientes présentant des problèmes d'observance (17).

Son effet contraceptif est principalement dû à une inhibition de l'ovulation. Il agit aussi en modifiant la glaire cervicale, ce qui gêne le passage des spermatozoïdes (14).

Les effets secondaires les plus fréquents sont (23):

- Troubles du cycle (aménorrhée, spotting) ;
- Métrorragies ;
- Acné.

1.6. Recommandations concernant le changement de contraception

Pour ce chapitre, les recommandations OMS (1), CNGOF (7), HAS (12), ANSM et le Vidal (17) ont été consultées dans le but d'effectuer une synthèse des modalités de relais contraceptif.

L'initiation d'une contraception ou le changement suppose notamment d'éliminer une grossesse évolutive. Selon l'OMS (1), les critères permettant d'éliminer une grossesse chez une patiente sont :

- L'absence de rapport sexuel depuis les dernières règles ;
- La prise d'une contraception fiable ;
- La période des 7 jours suivant les règles ;
- La période des 4 semaines suivant l'accouchement ;
- La période des 7 jours suivant une fausse-couche ou un avortement ;
- Un allaitement exclusif en aménorrhée dans les 6 mois suivant l'accouchement.

1.6.1. Relais d'une contraception oestro-progestative vers une autre contraception oestro-progestative ou une contraception progestative orale

Il est conseillé de débuter la nouvelle contraception oestro-progestative, le jour suivant la contraception habituelle sans comprimé (ou le jour suivant le retrait de l'anneau intra-vaginal ou du dispositif transdermique).

1.6.2. Relais d'une contraception oestro-progestative vers un implant contraceptif

Il est conseillé de poser l'implant contraceptif le jour suivant la contraception habituelle sans comprimé (ou le jour suivant le retrait de l'anneau intra-vaginal ou du dispositif transdermique)

1.6.3. Relais d'une contraception oestro-progestative vers un DIU en cuivre

Le relais peut se faire jusqu'à 5 jours après le dernier comprimé actif ou après retrait du patch ou de l'anneau contraceptif.

1.6.4. Relais d'une contraception oestro-progestative vers un DIU hormonal

Il est conseillé de poser le dispositif intra-utérin hormonal après le dernier comprimé actif ou après retrait du patch ou de l'anneau.

1.6.5. Relais d'une contraception progestative orale vers une contraception progestative orale

Le changement peut se faire à n'importe quel moment de la plaquette, au plus tard 24 heures suivant la prise du dernier comprimé de l'ancienne plaquette.

1.6.6. Relais d'une contraception progestative orale vers un implant contraceptif ou un DIU hormonal

La pose de l'implant ou du DIU hormonal peut se faire à n'importe quel moment de la plaquette de l'ancienne contraception, au plus tard 24 heures suivant la prise du dernier comprimé de l'ancienne plaquette.

1.6.7. Relais d'une contraception progestative orale vers une contraception oestro-progestative

Le changement peut se faire à tout moment de cycle. La contraception oestro-progestative est débutée le lendemain de l'arrêt de la contraception progestative orale.

Les recommandations diffèrent entre les organismes de santé concernant le relais :

- Selon l'OMS : il n'est pas nécessaire d'utiliser une contraception mécanique additionnelle, peu importe si la patiente conserve ses règles sous contraception progestative orale ;
- Selon la HAS : si la patiente a ses règles sous contraception progestative orale, il est conseillé de faire le changement le premier jour des règles, sans contraception mécanique nécessaire ;
- Selon l'ANSM : il est recommandé dans tous les cas d'utiliser une contraception mécanique supplémentaire de 7 jours.

1.6.8. Relais d'une contraception progestative orale vers un DIU en cuivre

Le DIU en cuivre peut être posé à tout moment, si l'on a de bonnes raisons de considérer que la patiente n'est pas enceinte.

1.6.9. Relais d'un implant contraceptif vers une contraception oestro-progestative

Le changement d'une contraception progestative par implant vers une contraception oestro-progestative se fait le jour même du retrait de l'implant.

Sur ce point, les recommandations divergent :

- Selon l'OMS, il n'est pas nécessaire d'utiliser une contraception mécanique additionnelle, peu importe si la patiente conserve ses règles sous contraception progestative par implant ;
- Selon la HAS, si la patiente a ses règles sous implant contraceptif, il est conseillé de faire le changement le premier jour des règles, sans contraception mécanique nécessaire ;
- Selon le Vidal il est recommandé dans tous les cas d'utiliser une contraception mécanique supplémentaire de 7 jours.

1.6.10. Relais d'un implant contraceptif vers une contraception progestative orale ou un DIU en cuivre ou un DIU hormonal

Il est conseillé de débuter la nouvelle contraception le jour du retrait de l'implant.

1.6.11. Relais d'un DIU en cuivre vers une contraception oestro-progestative ou une contraception progestative

La procédure de changement respecte la règle générale de début de la contraception hormonale, la patiente peut débuter sa nouvelle contraception dans les 5 jours suivant le début des règles (idéalement le 1er jour des règles) sans protection mécanique supplémentaire.
Si la nouvelle contraception est débutée à plus de 5 jours après le début des règles, il est conseillé d'utiliser une contraception mécanique supplémentaire.

1.6.12. Relais d'un DIU hormonal vers une contraception oestro-progestative ou une contraception progestative

Si le relais contraceptif peut être programmé, le retrait du DIU hormonal est conseillé au premier jour des règles. La mise en place de la nouvelle contraception est débutée le même jour.

S'il n'existe pas de règle avec le DIU hormonal, il est conseillé d'utiliser une contraception mécanique 7 jours avant le retrait, pour éviter une fécondation juste avant le retrait. Le relais contraceptif se fera le jour du retrait du DIU. Il est conseillé de poursuivre une contraception mécanique 7 jours après les relais.

1.6.13. Relais d'un DIU hormonal vers un DIU en cuivre

Si le relais contraceptif peut être programmé, le retrait du DIU hormonal est conseillé au premier jour des règle. La mise en place du DIU en cuivre est conseillée le même jour.
S'il n'existe pas de règles avec le DIU hormonal, il est conseillé d'utiliser une contraception mécanique 7 jours avant le retrait, pour éviter une fécondation juste avant le retrait. Le relais contraceptif se fera le jour du retrait du DIU sans contraception mécanique à poursuivre.

Dans toutes ces situations de relais contraceptif, lorsque le délai n'est pas respecté, il est recommandé d'utiliser une contraception mécanique d'au moins 7 jours lors du changement contraceptif (17).

1.7. Recommandation pour la pratique clinique : « Relais contraceptifs, une simplicité apparente mais une réalité complexe » du Dr Trignol-Viguier

Dans le « Relais contraceptifs : une simplicité apparente mais une réalité complexe », édité par le CNGOF, le docteur Trignol-Viguier émet une recommandation pour la pratique clinique.

Il existe des différences entre les recommandations HAS, CNGOF, OMS, Vidal, concernant le changement de contraception, notamment parce que l'OMS considère qu'en cas de prise correcte du contraceptif en cours, le relais peut se faire sans chevauchement ni contraception mécanique.

Les études sur le relais contraceptif sont de faibles niveaux de preuves, elles reposent essentiellement sur la physiologie de la reproduction, la pharmacologie des moyens contraceptif, et d'avis d'experts (26).

Attendre le premier jour des prochaines règles expose certaines patientes à une grossesse non désirée dans cet intervalle de temps (7).

Cette recommandation est une synthèse d'une revue de la littérature, élaborée par le Dr Trignol-Viguier, médecin généraliste, proposant un outil permettant d'adapter les relais contraceptifs pour en limiter les échecs et les grossesses non désirées.

Le Dr Trignol-Viguier propose une méthode de changement de contraception ne nécessitant pas d'attendre les prochaines règles de la patiente. À partir du tableau proposé, chaque situation de relais contraceptif trouve une solution permettant une continuité de l'action contraceptive (Tableau 3).

RELAIS CONTRACEPTIF / CONTRACEPTION INITIALE		CONTRACEPTIONS OESTRO PROGESTATIVES			CONTRACEPTIONS PROGESTATIVES				CONTRACEPTION MECANIQUE
		Contraception orale combinée	Anneau vaginal	Patch transdermique	Implant progestatif	Contraception orale ipprogestative	SIU au lévonorgestrel	Progestatif intra musculaire	DIU au cuivre : LARC ou post coïtal
AUCUNE		Le + tôt possible. RS protégé les 7 1ers jours	Le + tôt possible. RS protégé les 7 1ers jours	Le + tôt possible. RS protégé les 7 1ers jours	Le + tôt possible. RS protégé les 7 1ers jours	Le + tôt possible. RS protégé les 7 1ers jours	Le + tôt possible. RS protégé les 7 1ers jours	Le + tôt possible. RS protégé les 7 1ers jours	Jusqu'à 5 j après un RS non protégé, ou jusqu'à 5 j après la date d'ovulation théorique
COP	Contraception orale combinée	Relais immédiat après le dernier cp actif	Relais immédiat après le dernier cp actif	Relais immédiat après le dernier cp actif	Relais immédiat après le dernier cp actif	Relais immédiat après le dernier cp actif	Relais immédiat après le dernier cp actif	Relais immédiat après le dernier cp actif	Jusqu'à 5 j après le dernier cp
	Anneau vaginal	Relais immédiat Après retrait		Relais immédiat Après retrait	Relais immédiat Après retrait	Relais immédiat Après retrait	Relais immédiat Après retrait	Relais immédiat Après retrait	Jusqu'à 5 j Après le retrait
	Patch transdermique	Relais immédiat Après retrait	Relais immédiat Après retrait		Relais immédiat Après retrait	Relais immédiat Après retrait	Relais immédiat Après retrait	Relais immédiat Après retrait	Jusqu'à 5 j après le retrait
PROGESTATIVE	Implant progestatif	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Le même jour	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Jusqu'à 5 j après le retrait
	Contraception orale ipprogestative	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours		Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Jusqu'à 5 j après le dernier cp
	SIU au lévonorgestrel	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Le même jour	Chevauchement de 7 jours	Le même jour
	Progestatif intra musculaire	Jusqu'à 12 semaines après l'injection	Jusqu'à 12 semaines après l'injection	Jusqu'à 12 semaines après l'injection	Jusqu'à 12 semaines après l'injection	Jusqu'à 12 semaines après l'injection	Jusqu'à 12 semaines après l'injection		Jusqu'à 12 semaines après l'injection + 5 j
	DIU au cuivre : contraception de longue durée (LARC) ou contraception post coïtale	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Le même jour + RS protégés 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Le même jour
CU	Levonorgestrel 1,5 mg	0 jour. RS protégés 7 jours	0 jour. RS protégés 7 jours	0 jour. RS protégés 7 jours	0 jour. RS protégés 7 jours	0 jour. RS protégés 7 jours	0 jour. RS protégés 7 jours	0 jour. RS protégés 7 jours	0 jour
	Ulipristal acétate 30 mg	5 jours après, RS protégés 2 semaines	5 jours après, RS protégés 2 semaines	5 jours après, RS protégés 2 semaines	5 jours après, RS protégés 2 semaines	5 jours après, RS protégés 2 semaines	5 jours après, RS protégés 2 semaines	5 jours après, RS protégés 2 semaines	0 jour

Tableau 3 : Outil de relais contraceptif du Dr Trignol-Viguier

2. Matériel et méthodes

2.1. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle, descriptive avec recueil prospectif des données. Le recueil comporte quelques questions qualitatives.

2.2. Population étudiée

2.2.1. Critères d'inclusion

Sont incluables tous les médecins généralistes, hommes et femmes, de 25 à 70 ans, thésés ou non, remplaçants ou installés, exerçant en libéral ou salariés.
Les médecins exerçant en France, en milieu urbain ou rural.
Sont inclus, une patiente par médecin, ayant pour motif de consultation un changement contraceptif.

Sont inclus les contraceptions réversibles nécessitant une prescription médicale : les pilules oestro-progestatives, les anneaux contraceptifs intra-vaginaux, les patchs contraceptifs, les pilules progestatives, les implants contraceptifs, les progestatifs seuls injectables, les stérilets en cuivres, les stérilets hormonaux.

2.2.2. Critères d'exclusion

Sont exclus de l'étude, tous les médecins exerçant une autre spécialité médicale, et les sages-femmes.
Sont exclus tous les médecins n'exerçant pas en France.
Sont exclus toutes les patientes, ayant comme motif de consultation : une première prescription contraceptive, ou un arrêt contraceptif sans relais.
Sont exclus toutes les contraceptions ne nécessitant pas de prescription médicale, ainsi que toutes les contraceptions d'urgences sauf le DIU en cuivre.

2.3. Critères de jugement

2.3.1. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal de l'étude est de savoir quelles étaient les indications données par les médecins généralistes lors d'un changement contraceptif féminin nécessitant une prescription médicale et si l'outil du Dr Trignol-Viguier était utile à leur pratique.

2.3.2. Critère de jugement secondaire

Le critère de jugement secondaire est de connaître les raisons du délai prescrit, par les médecins généralistes, concernant le relais contraceptif.

2.4. Recueil de données

Le recueil de données s'est fait par le biais d'un auto-questionnaire anonyme, à réponses fermées et ouvertes courtes.
La période de recueil des données s'est étendue du 26/04/2021 au 28/05/2021.
Une déclaration CNIL a été faite pour la réalisation de ce travail.

2.4.1. Élaboration du questionnaire

Pour créer le questionnaire, nous nous sommes basés essentiellement sur les recommandations CNGOF, HAS et OMS.
Le questionnaire (annexe 1) comprend 34 questions réparties en 3 groupes.
Le groupe « recueil de données concernant le médecin » est composé de 10 questions : elles portent principalement sur l'âge du médecin, le sexe, le lieu d'exercice, la pratique en gynécologie et la formation.

Le groupe « recueil de données concernant le changement contraceptif » est composé de 17 questions : elles collectent la façon dont le médecin généraliste a organisé et accompagné le relais contraceptif d'une de ses patientes sur la période de l'étude. Ces questions nous renseignent sur :

- L'ancienne contraception de la patiente ainsi que son ancienneté ;
- La nouvelle contraception ;
- Le délai entre les 2 contraceptions ;
- La raison du délai entre les 2 contraceptions ;
- Le motif du changement contraceptif ;
- La nécessité d'une contraception mécanique ;
- La nécessité d'un chevauchement contraceptif ;
- L'âge de la patiente ;
- La participation du médecin et de la patiente lors de ce relais.

Le groupe « recueil de données concernant les recommandations » est composé de 7 questions : elles informent les praticiens de la recommandation CNGOF 2016 du Dr Viguier. Elles recueillent :

- Si les praticiens connaissent cette recommandation
- Si cette revue de la littérature impacte leur prescription lors d'un relais contraceptif
- Si la recommandation donne des informations utiles à la pratique médicale.

2.4.2. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été pré-testé auprès de dix sujets volontaires afin de modifier les questions et choix de réponses qui n'apparaissaient pas explicites.

Le questionnaire a été diffusé auprès de la population d'étude, par le biais d'internet.

Dans un premier temps à tous les conseils de l'ordre départementaux Français, afin qu'ils puissent le diffuser eux même aux médecins généralistes de leur département ou le poster sur leur site internet.

Par la suite le lien du questionnaire a été envoyé à plusieurs médecins généralistes appartenant au département de médecine générale de différentes villes.

Il a été également diffusé sur les réseaux sociaux suivants : Twitter et Facebook, par l'intermédiaire des pages nommées : « le divan des médecins », « Isnar IMG », « les mamans médecins », et « interne de France », organismes communautaires regroupant des médecins.

2.5. Analyse statistique

La saisie des données a été réalisée à l'aide du logiciel « Limesurvey ». Elles ont été exportées dans le logiciel « Excel ».

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du site internet « biostaTGV ».

Les variables qualitatives étaient décrites en termes d'effectifs et pourcentage.

Les variables quantitatives étaient décrites en termes de moyenne.

Nous avons retenu la valeur du risque d'erreur alpha à 5%. Une différence était considérée comme significative dans le modèle final pour une valeur de p inférieure à 0,05.

3. Résultats

3.1. Diagramme de flux

Sur les 630 médecins ayant répondu au questionnaire en ligne, 204 médecins ont renvoyé un questionnaire complet. Parmi ces derniers, 3 questionnaires ont été exclus, ces médecins exerçaient une autre activité que la médecine générale (2 gynécologues, 1 sage-femme).
Au total, 201 médecins généralistes sont inclus dans l'enquête, soit un taux de réponse complète de 32%. (Figure 3)

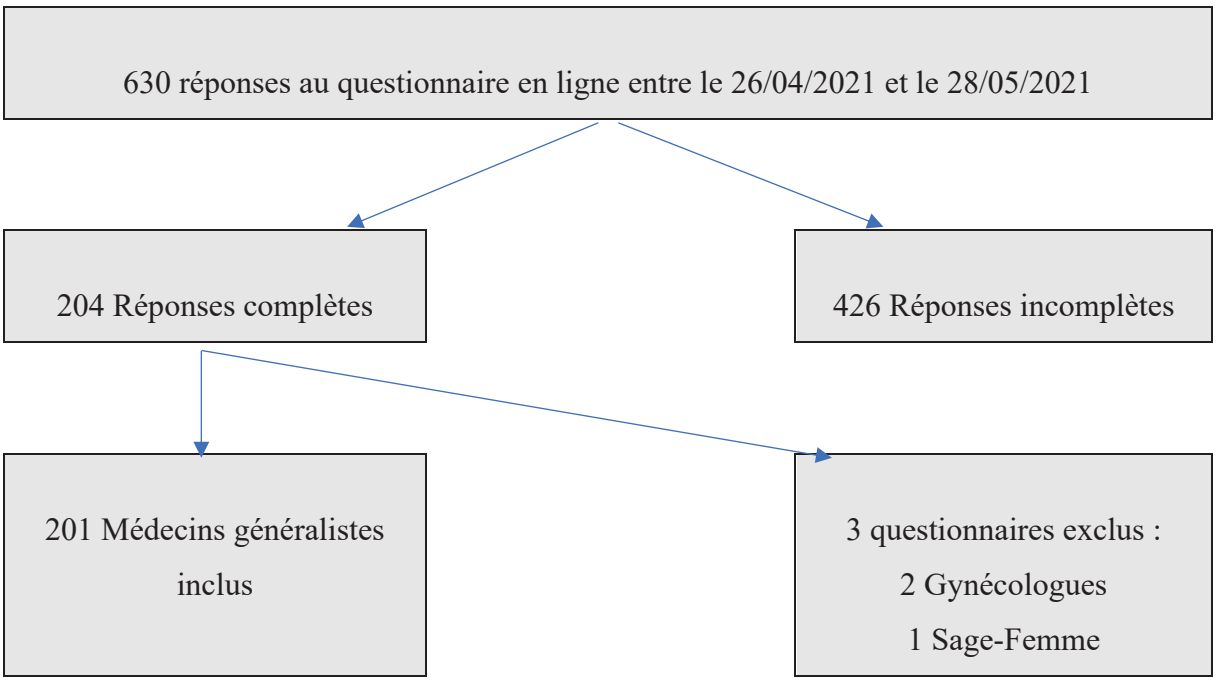


Figure 3: Flow-Chart

3.2. Caractéristiques des médecins généralistes inclus

3.2.1. Répartition des réponses

Nous avons inclus 201 réponses de médecins généralistes français dans notre étude. (Tableau 4)

	Effectif	Pourcentage		Effectif	Pourcentage
1 Ain	11	5,47%	58 Nièvre	1	0,50%
2 Aisne	1	0,50%	59 Nord	2	1,00%
4 Alpes-de-Haute-Provence	2	1,00%	61 Orne	1	0,50%
5 Hautes-Alpes	1	0,50%	62 Pas-de-Calais	1	0,50%
6 Alpes-Maritimes	1	0,50%	63 Puy-de-Dôme	1	0,50%
8 Ardennes	1	0,50%	64 Pyrénées-Atlantiques	1	0,50%
11 Aude	1	0,50%	65 Hautes-Pyrénées	3	1,49%
13 Bouches-du-Rhône	4	1,99%	66 Pyrénées-Orientales	2	1,00%
14 Calvados	1	0,50%	67 Bas-Rhin	1	0,50%
15 Cantal	1	0,50%	69 Rhône	1	0,50%
16 Charente	2	1,00%	70 Haute-Saône	1	0,50%
17 Charente-Maritime	2	1,00%	71 Saône-et-Loire	16	7,96%
19 Corrèze	4	1,99%	73 Savoie	1	0,50%
2B Haute-Corse	1	0,50%	74 Haute-Savoie	2	1,00%
21 Côte-d'Or	2	1,00%	75 Paris	14	6,97%
22 Côtes d'Armor	6	2,99%	76 Seine-Maritime	21	10,45%
23 Creuse	1	0,50%	77 Seine-et-Marne	3	1,49%
24 Dordogne	1	0,50%	78 Yvelines	1	0,50%
25 Doubs	3	1,49%	79 Deux-Sèvres	1	0,50%
26 Drôme	3	1,49%	81 Tarn	1	0,50%
27 Eure	1	0,50%	84 Vaucluse	2	1,00%
28 Eure-et-Loir	1	0,50%	85 Vendée	5	2,49%
30 Gard	1	0,50%	86 Vienne	3	1,49%
31 Haute-Garonne	9	4,48%	87 Haute-Vienne	1	0,50%
32 Gers	2	1,00%	88 Vosges	1	0,50%
33 Gironde	1	0,50%	89 Yonne	1	0,50%
34 Hérault	5	2,49%	91 Essonne	2	1,00%
35 Ille-et-Vilaine	3	1,49%	92 Hauts-de-Seine	10	4,98%
36 Indre	1	0,50%	93 Seine-St-Denis	11	5,47%
37 Indre-et-Loire	2	1,00%	94 Val-de-Marne	3	1,49%
38 Isère	2	1,00%	95 Val-D'Oise	2	1,00%
40 Landes	1	0,50%	971 Guadeloupe	1	0,50%
44 Loire-Atlantique	2	1,00%	972 Martinique	0	0,00%
52 Haute-Marne	1	0,50%	973 Guyane	2	1,00%
53 Mayenne	1	0,50%			

Tableau 4 : Répartition des médecins généralistes en fonction de leur département d'exercice

Au total, 113 (56,22%) des médecins participants exerçaient en milieu urbain, 88 (43,78%) exerçaient en milieu rural.

3.2.2. Répartition des médecins généralistes par âge et par sexe

	Effectif	Pourcentage
Sexe		
Homme	64	31,84%
Femme	137	68,16%
Age		
≥25-35 ans	78	38,81%
>35-45 ans	38	18,91%
>45-55 ans	30	14,93%
>55-65 ans	47	23,38%
>65 ans	8	3,98%

Tableau 5 : Caractéristiques des médecins inclus

Parmi les médecins inclus, une majorité étaient des femmes avec un sexe ratio (F/H) de 2,14.

L'âge moyen des médecins était de 44,19 ans.

Le plus jeune avait 26 ans, le plus âgé 68 ans.

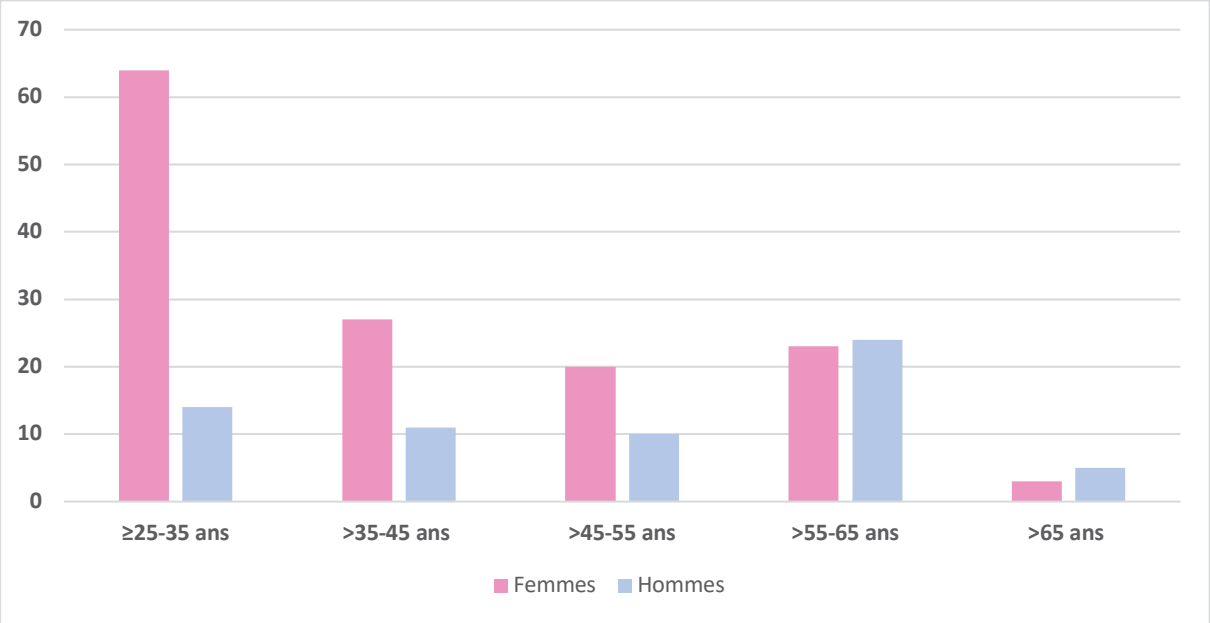


Figure 4 : Répartition des médecins selon l'âge et le sexe

Dans notre étude, les femmes étaient statiquement plus jeunes que les hommes (p<0,01) : Les femmes avaient en moyenne 41,71 ans et les hommes 49,5 ans.

3.2.3. Répartition des médecins selon leurs exercices et leurs formations

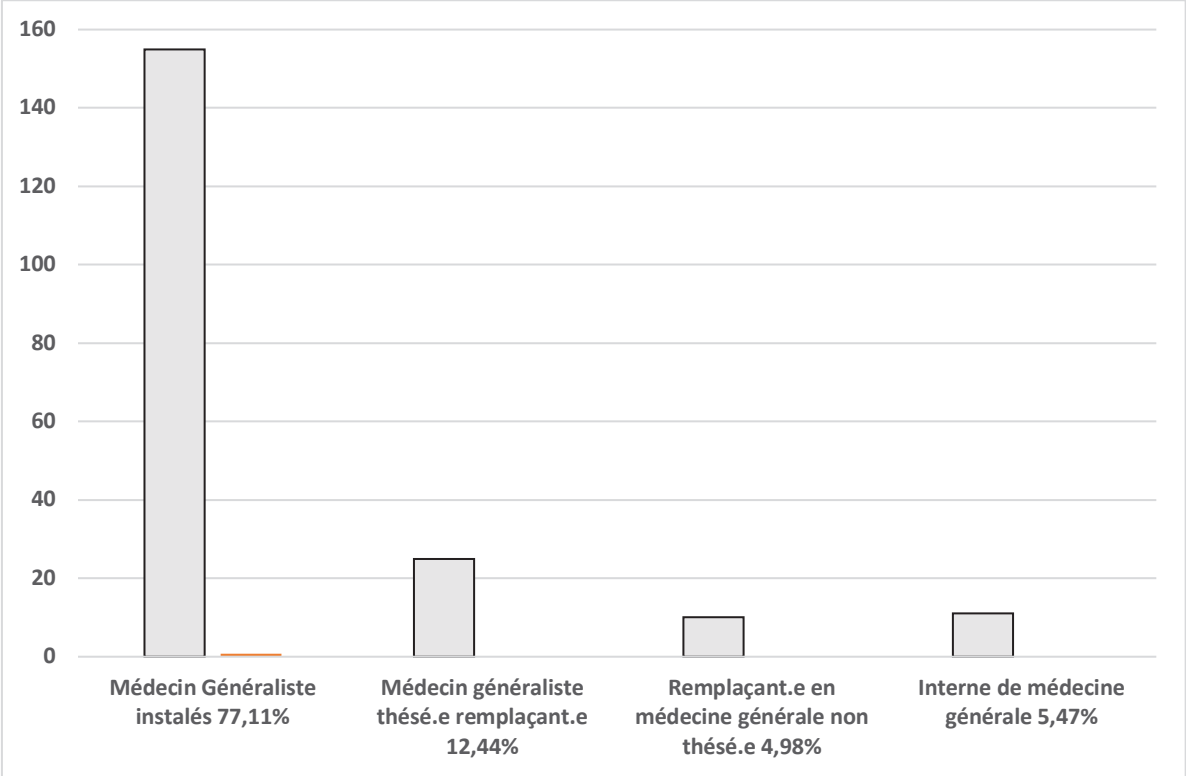


Figure 5 : Répartition des médecins selon leurs exercices

Parmi les 201 médecins inclus, un peu plus des ¾ étaient des médecins généralistes installés.

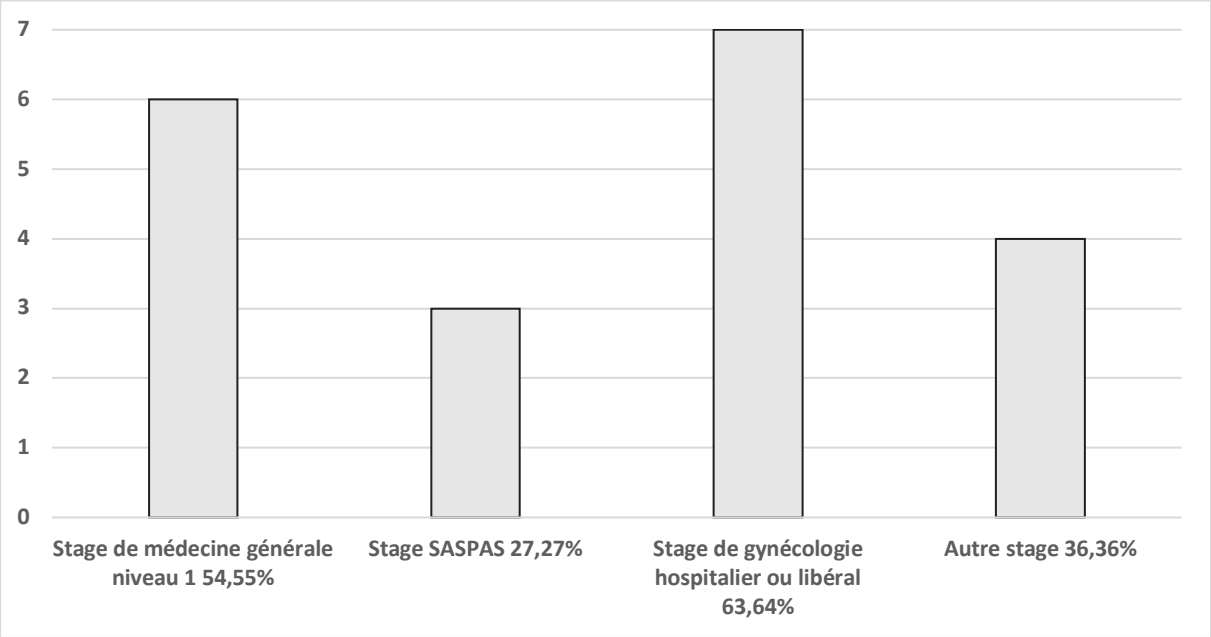


Figure 6 : Stages d'internes validés ou en cours de validation

Parmi les internes en médecine générale inclus dans notre étude, plus de la moitié avait validé leur stage de gynécologie, ou était en stage de gynécologie lors de l'enquête.

	Effectif	Pourcentage
Formation universitaire en gynécologie		
Non	143	71,14%
Oui	58	28,86%
Type de formation		
DIU Gynécologie	38	65,53%
DIU Contraception	6	10,34%
DIU Contrôle des naissances	1	1,72%
DIU orthogénie	5	8,62%
Autre	8	13,79%

Tableau 6 : Formation universitaire en gynécologie des médecins inclus

Une minorité soit 28,86% des médecins inclus avait une formation universitaire en gynécologie. Parmi eux, les ¾ avaient un diplôme universitaire (DU) en gynécologie.

3.2.4. Répartition des médecins selon leur actes en gynécologie

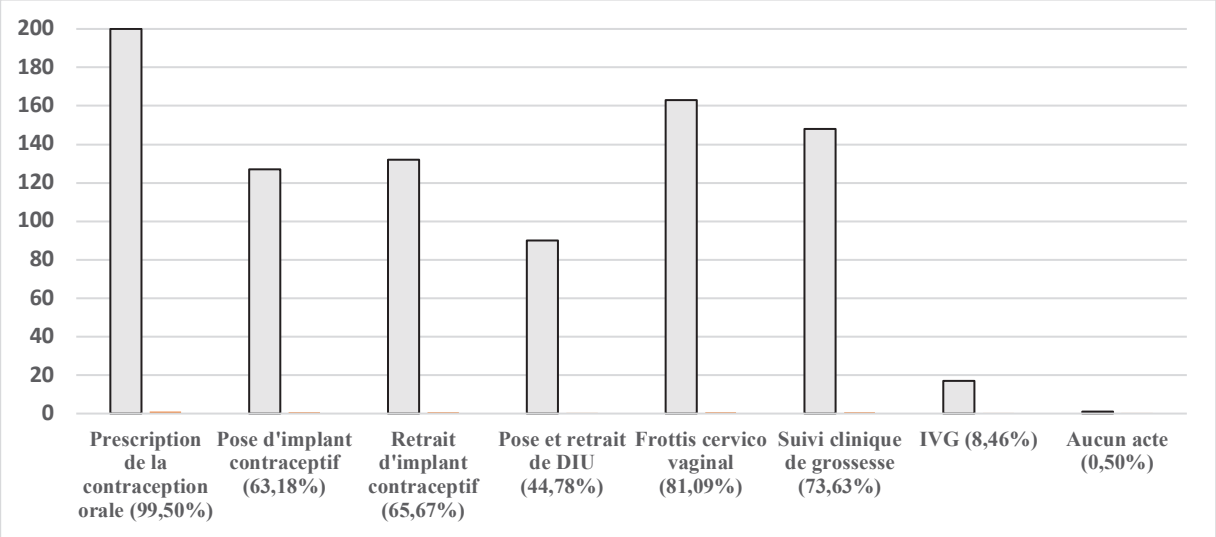


Figure 7 : Actes de gynécologie en cabinet de médecine générale

Parmi les 201 médecins inclus dans l'étude : 99,50% étaient prescripteurs en contraception orale, 63,18% des médecins posaient des implants contraceptifs, 65,67% des médecins retiraient des implants contraceptifs, 44,78% des médecins posaient et retiraient des DIU.
81,09% des médecins inclus réalisaient des frottis cervico-vaginaux, 73,63% des médecins suivaient des grossesses et 8,46% des médecins réalisaient des interruptions volontaires de grossesse.
Seulement 1 médecin généraliste ne réalisait aucun acte en gynécologie.

	Effectif	Pourcentage		
DU en gynécologie			Moyenne d'actes en gynécologie	p-value
Oui	58	28,86%	5,46	p<0,0001
Non	143	71,14%	3,79	

Tableau 7 : Lien entre DU en gynécologie et acte en gynécologie

Les médecins avec une formation universitaire en gynécologie, faisaient plus d'actes gynécologiques que les autres (p<0,0001) : en moyenne 5,46 actes versus 3,79 actes.

3.3. Caractéristiques des dossiers-patientes inclus

Chaque médecin généraliste avait inclus une patiente, consultant pour un changement contraceptif.

Au total, 201 patientes étaient incluses dans cette étude.

3.3.1. Répartition des patientes selon leur âge

L'âge moyen des patientes était de 31,5ans avec un écart type à 7,27. La plus jeune patiente avait 15 ans, la plus âgée 50 ans.

3.3.2. Répartition des contraceptions

	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
	Ancienne Contraception		Nouvelle contraception	
Pilule Oestro-Progestative	131	65,17%	50	24,88%
Pilule Progestative	32	15,92%	52	25,87%
Stérilet cuivre	13	6,47%	45	22,39%
Stérilet Hormonal	4	1,99%	12	5,97%
Implant contraceptif	19	9,45%	34	16,92%
Patch contraceptif	1	0,50%	3	1,49%
Anneau vaginal	0	0,00%	4	1,99%
Injection de Depo-provera	1	0,50%	1	0,49 %

Tableau 8 : Anciennes et nouvelles contraceptions

La contraception orale œstro-progestative et progestative représentait 81% des anciennes contraceptions, et diminuait à 50% une fois le changement contraceptif fait.

Les DIU (cuivres et hormonaux) représentaient 8,5% des anciennes contraceptions, et augmentaient à 28%.

Les implants contraceptifs représentaient 9% des anciennes contraceptions, et augmentaient à 16,92%.

Contraception de relais / Contraception initiale	POP	PP	Diuc	Diuh	Implant	Patch	Anneau	Injection
POP	**n=21**	**n=38**	**n=35**	**n=10**	**n=21**	**n=2**	**n=4**	n=0
PP	**n=14**	**n=3**	**n=4**	**n=1**	**n=10**	n=0	n=0	n=0
Diuc	**n=8**	**n=2**	**n=1**	n=0	**n=1**	**n=1**	n=0	n=0
Diuh	**n=1**	**n=3**	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0
Implants	**n=6**	**n=5**	**n=5**	**n=1**	**n=1**	n=0	n=0	**n=1**
Patch	n=0	**n=1**	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0
Anneau	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0
Injection	n=0	n=0	n=0	n=0	**n=1**	n=0	n=0	n=0

Tableau 9 : Anciennes et nouvelles contraceptions classées par spécialité.

On constate peu de changement contraceptif entre même spécialité contraceptive (12%).

Entre les nouvelles et les anciennes contraceptions, les prescriptions de pilules avaient diminué de 30%, tandis que les prescriptions de contraceptifs à longue durée d'action (DIUh, DIUc et Implants) avaient augmenté de 27%.

Parmi les nouvelles contraceptions prescrites, 41% avaient une efficacité pratique plus importante que l'ancienne contraception, 42% avaient la même efficacité pratique et 16% avaient une efficacité pratique moins importante.

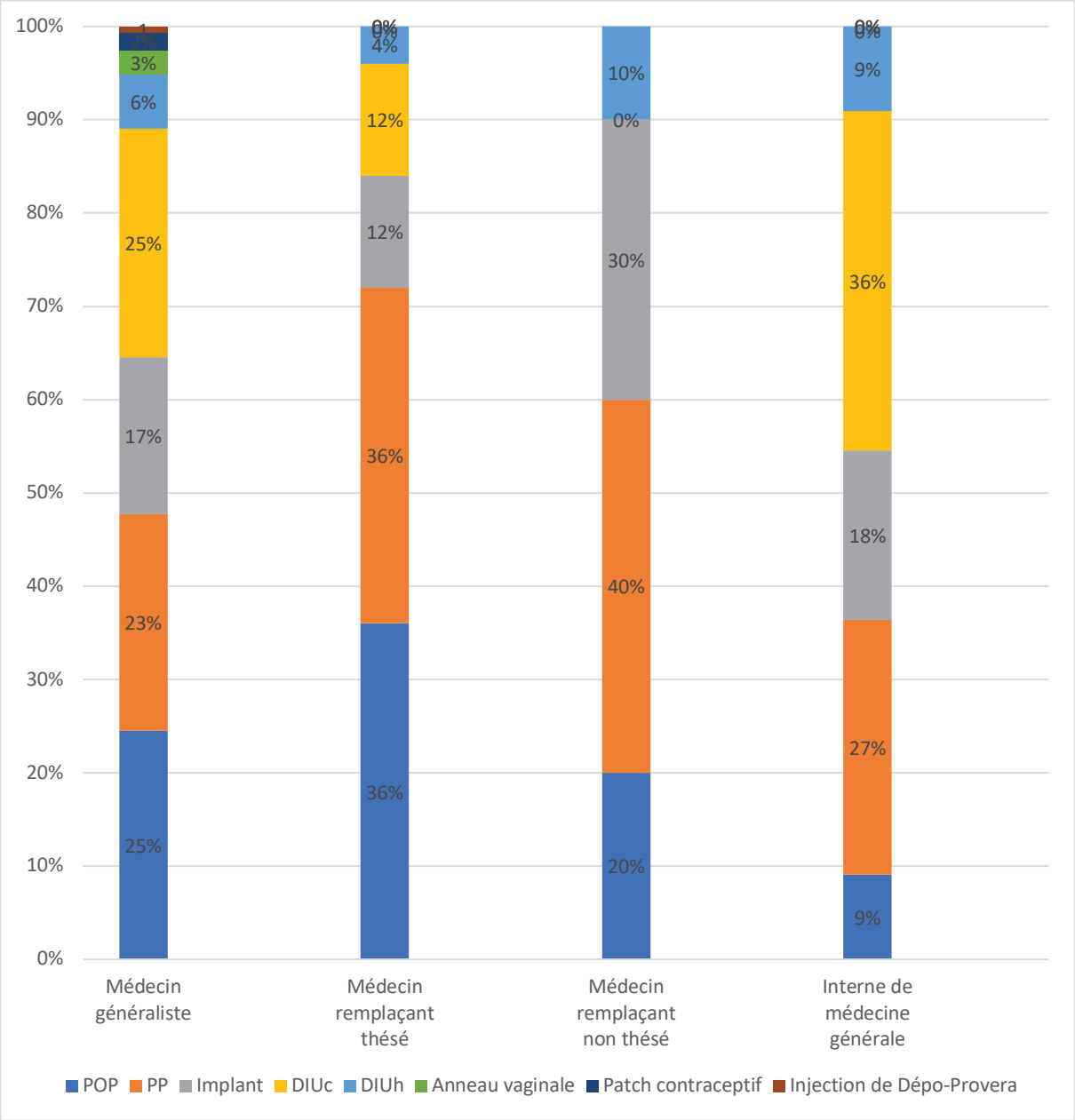


Figure 8 : Prescription des différentes méthodes contraceptives de relais en fonction du statut du médecin.

On remarque que seuls les médecins généralistes installés avaient prescrit en contraception de relais :

-l'anneau contraceptif (3%)

-le patch contraceptif (2%)

-l'injection de Dépo-provera (1%)

	Effectif	Pourcentage
Ancienneté de la contraception :		
< 6 mois	2	0,99%
6 mois	14	6,97%
8 mois	1	0,49%
1 an	23	11,44%
1 an et 6 mois	3	1,49%
2 ans	21	10,45%
3 ans	20	9,95%
4 ans	9	4,48%
5 ans	16	7,96%
6 ans	9	4,48%
7 ans	4	1,99%
8 ans	6	2,99%
9 ans	0	0,00%
10 ans	36	17,91%
> 10 ans	37	18,41%

Tableau 10 : Durée d'utilisation de l'ancienne contraception

Dans notre étude, les patientes avaient utilisé leur ancienne contraception en moyenne pendant 7 ans.

Il existait une différence significative de la durée d'utilisation des différentes contraceptions ($p<0,001$), la durée moyenne d'utilisation de la contraception orale était plus élevée que celle du DIU ou de l'implant.

La durée moyenne d'utilisation de contraception orale était de 8 ans.

La durée moyenne d'utilisation de DIU était de 3 ans.

La durée moyenne d'utilisation de l'implant contraceptif était de 2 ans.

3.3.3. Répartition des patientes selon leur âge et leur contraception

Age des patientes	Effectif	Pourcentage	Contraception initiale	Contraception de relais
15-19ans	5	2,49%	3 POP	2 POP
			1 PP	1 PP
			1 Implant	1 Implant
			0 DIUc	1 DIUc
20-24 ans	31	15,42%	20 POP	11 POP
			8 PP	3 PP
			1 DIUc	5 DIUc
			2 Implants	12 Implants
25-29 ans	43	21,39%	25 POP	15 POP
			6 PP	4 PP
			4 DIUc	9 Diuc
			2 DIUh	2 DIUh
			5 Implants	9 Implants
			1 Dépo	0 Dépo
			0 Patch	2 Patchs
			0 Anneau	2 Anneaux
30-34 ans	47	23,38%	32 POP	15 POP
			8 PP	8 PP
			4 DIUc	14 DIUc
			0 DIUh	4 DIUh
			3 Implants	5 Implants
			0 Anneau	1 Anneau
35-39 ans	46	22,89%	29 POP	7 POP
			7 PP	17 PP
			4 DIUc	9 DIUc
			1 DIUh	5 DIUh
			4 Implants	6 Implants
			1 Patch	1 Patch
			0 Anneau	1 Anneau

Age des patientes	Effectif	Pourcentage	Contraception initiale	Contraception de relais
40-44 ans	17	8,46%	13 POP	0 POP
			2 PP	9 PP
			0 DIUc	6 DIUc
			1 DIUh	1 DIUh
			1 Implant	1 Implant
45-49 ans	10	4,98%	8 POP	0 POP
			0 PP	8 PP
			0 DIUc	1 DIUc
			2 Implants	0 Implant
			0 Dépo	1 Dépo
>49 ans	2	0,99%	1 POP	0 POP
			0 PP	2 PP
			1 Implant	0 Implant

Tableau 11 : Répartition des patientes selon l'âge et leur contraception

Chez les patientes de 15 à 19 ans, la pilule était majoritairement utilisée : 80% d'utilisatrices de pilule, et 60% de demandes de pilule en nouvelle contraception.

Chez les patientes de 20 à 24 ans, la pilule était utilisée à 90,33%. Concernant les nouvelles contraceptions : 45,16% des patientes recevaient une prescription de pilule, 38,71% des patientes recevaient une prescription pour un Implant et 16,13% des patientes pour un DIUc.

Chez les patientes de 25 à 29ans : 72,09% des patientes avaient une pilule contraceptive, 11,63% avaient un implant, 13,95% avaient un DIU. Concernant les relais contraceptifs : 44,18% des patientes avaient une prescription de pilule, 25,58% avaient une prescription pour un DIU et 20,93% une prescription pour un Implant.

Chez les patientes de 30 à 34 ans : la pilule restait majoritairement utilisée pour 85,11% des patientes. Cependant le type de contraception de relais était plus varié :48,93% des patientes recevaient une ordonnance pour une pilule, 38,30% un DIU et 10,64% un Implant.

Chez les patientes de 35 à 39 ans :la pilule était le moyen de contraception le plus utilisé (78,26%). Son utilisation diminuait de 26,08% dans les contraceptifs de relais (52,18% sortiront avec une ordonnance de pilule) pour laisser place à la prescription de DIU pour 30,44% des patientes et la prescription d'implant pour 13,04% des patientes.

Chez les patientes de 40 à 44ans : 88,23% des patientes étaient sous pilule, parmi elles, 76,47% sous POP. Concernant les contraceptions de relais, 52,94% restaient sous pilule, mais aucune n'avait d'œstrogène. 41,17% des patientes recevaient un DIU et 5,88% un Implant.

Chez les patientes de 45 à 49 ans : 80% des patientes utilisaient une POP. Concernant les contraceptifs de relais, il y avait 80% de prescriptions de PP et aucune POP.
Chez les patientes de plus de 49 ans : 50% étaient sous POP et 50% avec un implant. Les patientes recevaient toutes une ordonnance pour une prescription de PP en contraception de relais.

On observe une diminution de prescription de contraception orale et une augmentation de prescription de DIU et d'implant.
On observe également une diminution de prescription de pilule oestro-progéstative dans les contraceptions de relais : nette diminution chez à partir de 35 ans et disparition à partir de 40 ans.

Il n'existait pas de différence significative entre l'âge des patientes et le type de contraception initiale (p=0,93).
Les patientes qui avaient un implant en contraception de relais étaient plus jeunes (moyenne d'âge 27,8 ans) que celles qui avaient une pilule (moyenne d'âge=32 ans) ou un DIU (moyenne d'âge=32,3 ans) ; (p=0,004)

3.3.4. Cause du changement contraceptif

	Effectif	Pourcentage		Pourcentage
Effets secondaires	76	37,81%	Métrorragie	38,27%
			Prise de poids	16,05%
			Migraine	9,88%
			Dysménorrhée	12,35%
			Méno-métrorragie	6,17%
			Acné	4,94%
			Diminution de la libido	3,70%
			Autre	8,64%
Contre-indication	36	17,91%	Tabac	45,28%
			Age	26,42%
			Obésité	15,09%
			Atcd de TVP	9,43%
			Diabète	3,77%
Oublie/inobservance	45	22,39%		
Peur des effets secondaires	10	4,98%		
Rejet des Hormones	9	4,48%		
Non adapté à son mode de vie	18	8,96%		
Post allaitement	2	1,00%		
Post partum	1	0,50%		
Autre	4	1,99%		

Tableau 12 : Cause du changement contraceptif

Parmi les 201 patientes incluses dans notre étude :

-76 patientes avaient changé de contraception à la suite d'un ou plusieurs effets secondaires :38,27% avaient des métrorragies sous contraception, 16,05% avaient pris du poids.

-36 patientes avaient dû changer de contraception car elles présentaient une ou plusieurs contre-indications : 45,28% fumaient sous POP et 26,42% avaient plus de 40 sous POP.

-45 patientes avaient changé de contraception car elles n'étaient pas observantes.

-9 patientes avaient changé de contraception car elles ne souhaitaient plus d'hormones.

-18 patientes avaient changé de contraception, car l'ancienne n'était plus adaptée à leur mode de vie

-2 patientes avaient changé de contraception en post allaitement

-1 patiente avait changé de contraception en post-partum

-4 patientes avaient changé de contraception pour un autre motif, non précisé.

3.3.5. Participation des médecins généralistes dans le changement contraceptif :

Les médecins généralistes assuraient à 67,66% le suivi gynécologique des patientes incluses. 20,40% des patientes étaient suivies par un gynécologue et 4,98% par une sage-femme.

	Effectif	Pourcentage
La patiente	119	59,20%
Le Médecin traitant	72	35,82%
Le Gynécologue	5	2,49%
La Sage-Femme	2	1,00%
Le Médecin traitant et La patiente	3	1,49%

Tableau 13 : Personnes à l'origine de la demande du changement contraceptif

Concernant les personnes à l'origine de la demande du changement contraceptif, 59,20% des patientes avaient demandé à changer de contraceptif et 40,8% des patientes avaient changé de contraception à la suite de la demande d'un professionnel de santé.

Au total, 97,51% des médecins généralistes avaient participé au changement contraceptif de leur patiente : 67,16% avaient conseillé leur patiente sur la nouvelle contraception à choisir, 83,58% avaient fait les prescriptions des nouveaux contraceptifs.

Seulement 2,49% des médecins (soit 5 médecins) n'avaient pas participé au relais contraceptif :

-3 médecins avaient mentionné manquer de connaissances

-1 médecin ne posait pas de DIU

-1 médecin ne posait pas d'implant

3.3.6. Indications de prescription entre l'ancienne et la nouvelle contraception

	Effectif	Pourcentage		Effectif	Pourcentage
Pas de délai	153	76,12%	Chevauchement contraceptif	41	26,80%
			Relais immédiat	112	73,20%
1 Jour	13	6,47%			
4 Jours	1	0,50%			
7 Jours	10	4,98%			
15 jours	4	1,99%			
21 Jours	2	1,00%			
1 Mois	14	6,97%			
2 Mois	2	1,00%			
3 Mois	2	1,00%			

Tableau 14 : Délai entre l'ancienne et la nouvelle contraception

Concernant le délai entre les 2 contraceptions, 76,12% (soit 153) s'étaient faits sans délai :
-73,20% (soit 112) d'entre eux s'étaient faits immédiatement
-26,80% (soit 41) s'étaient faits avec un chevauchement de l'ancienne et de la nouvelle contraception
Le délai moyen entre l'ancienne et la nouvelle contraception était de 5 jours
La durée moyenne du chevauchement contraceptif était de 7 jours.
Lors du relais contraceptif, 36,82% des médecins (soit 74) avaient proposé une contraception mécanique.

	Effectif	Pourcentage
Délai nécessaire pour que la nouvelle contraception soit efficace	93	46 %
Seule disponibilité de la patiente	25	12,5%
Seule disponibilité de planning médicale	15	7,5%
Urgence thérapeutique	4	2%
Sans réponse	64	32%

Tableau 15 : Raisons du délai lors du changement contraceptif

Concernant la raison du délai recommandé entre l'ancienne et la nouvelle contraception :

-46% (soit 93) des médecins estimaient qu'il s'agissait du délai nécessaire pour que la nouvelle contraception soit efficace.

-12,5% (soit 25) des délais lors du relais étaient dépendants de la seule disponibilité de la patiente.

-7,5% (soit 15) des délais étaient dépendants de la seule disponibilité de planning médical.

-Il s'agissait d'une urgence dans 2% des cas (soit 4)

-64 médecins n'ont pas donné de raison.

3.4. Connaissance, impact et utilité de la recommandation « Une simplicité apparente mais une réalité complexe » du Dr Trignol-Viguier

3.4.1. Connaissance de la recommandation sur les relais contraceptifs des médecins généralistes inclus

Au total, 66,67% des médecins inclus (soit 136), ignoraient cette recommandation, parmi eux, 22,06% (soit 30) avaient une formation en gynécologie.

Parmi les 32,34% des médecins (soit 65) qui connaissaient cette recommandation, 48,08% (soit 28) avaient une formation universitaire en gynécologie.

3.4.2. Impact de cette recommandation sur la pratique des médecins généralistes

	Effectif	Pourcentage
Augmenter	18	8,96%
Sans changement	122	60,70%
Diminuer	41	20,40%
Chevaucher	7	3,48%
Sans réponse	13	6,46%

Tableau 16 : Modification des prescriptions contraceptives après connaissance de la recommandation

Après avoir lu la recommandation, 32,84% (soit 66) des médecins envisageaient de modifier leur attitude thérapeutique, et 60,70% (soit 122) n'envisageaient pas de changement thérapeutique.

Parmi ces derniers :

-70% (soit 89) respectaient la recommandation du Dr N. Trignol-Viguier

-30% (soit 33) ne la respectaient pas :

13 médecins proposaient une contraception mécanique adaptée au relais contraceptif de leur patiente, ils respectaient les recommandations HAS, VIDAL et OMS sur le relais contraceptif.

20 médecins ne respectaient aucune recommandation :

Pour 5 médecins, le changement contraceptif dépendait de la seule disponibilité de la patiente.

Pour 5 médecins, le changement contraceptif dépendait de la seule disponibilité de planning médicale.

Pour 1 médecin il s'agissait d'une urgence thérapeutique.

	Effectif	Pourcentage
Simplifie les relais contraceptifs	19	8,96%
Chevauchement possible entre 2 contraceptions	74	37,31%
Informe sur les délais adaptés aux relais	32	15,92%
Possibilité de relais contraceptif immédiat	12	5,97%
Possibilité d'une contraception mécanique de 7 Jours	18	8,96%
Sans réponse	46	22,88%

Tableau 17 : Informations qu'apporte la recommandation aux médecins généralistes inclus

Selon les médecins généralistes inclus dans l'étude, cette recommandation :

-Simplifie les relais contraceptifs pour 8,96% (soit 19) des médecins.

-informe sur la possibilité de chevaucher deux contraceptions pour 37,31% (soit 74) médecins.

-Informe sur les délais adaptés aux relais contraceptifs pour 15,92% (soit32) des médecins.

-Informe sur la possibilité de relais contraceptif immédiat pour 5,97% (soit 12) médecins.

-Informe sur la possibilité d'une contraception mécanique de 7 jours en cas de doute lors du relais contraceptif pour 8,96% d'entre eux (soit 18 médecins).

3.4.3. Utilité de la recommandation selon les médecins inclus

La recommandation du Dr N. Trignol-Viguier était utile à 3,27 sur une échelle allant de 0 à 4, avec un écart type à 0,99%.

3.5. Synthèse des indications données par les médecins généralistes lors du changement contraceptif

Dans notre étude, 68% des médecins connaissant cette recommandation la respectait.
Il n'existait pas de différence significative entre le respect de la recommandation et :
-l'âge (p=0,83)
-le sexe (p=0,53)
-la formation personnelle en gynécologie (p=0,2)

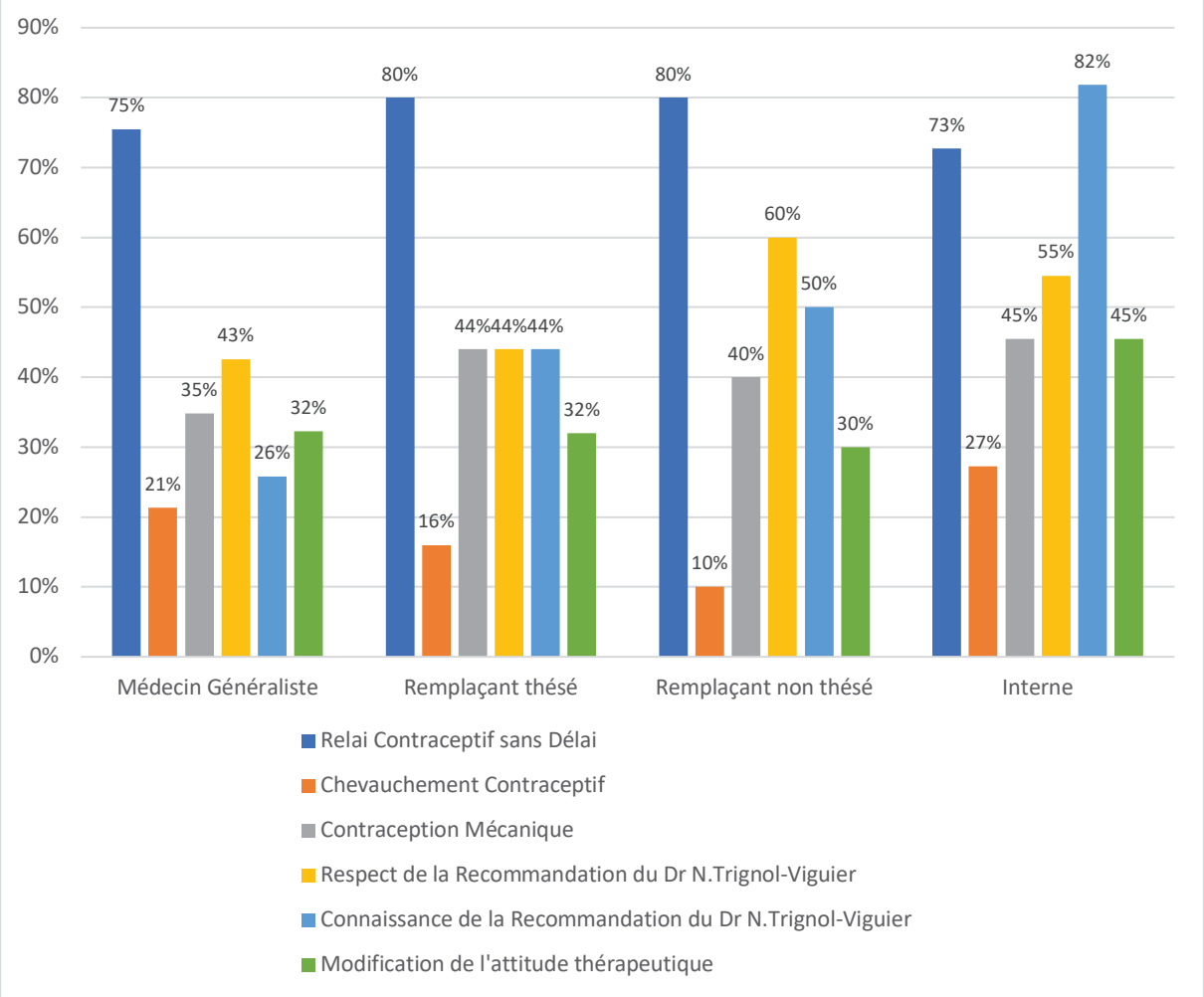


Figure 9 : Pratiques des médecins généralistes lors du changement contraceptif.

On constate que :

-50% des médecins remplaçants non thésés et 82% des internes en médecine générale connaissaient la recommandation du Dr N.Trignol-Viguier.

-60% des médecins remplaçants non thésés et 55% des internes en médecine générale respectaient cette recommandation.

Le délai recommandé lors du changement contraceptif, chez les médecins avec une formation universitaire en gynécologie était plus petit que celui prescrit chez les médecins sans diplôme universitaire en gynécologie(p=0,048) : en moyenne 4,10jours versus 5,7 jours

Dans notre étude, 89 médecins soit 44% respectaient la recommandation du Dr N. Trignol-Viguier ;

112 médecins soit 56% ne respectaient pas cette recommandation, parmi eux :

-48 médecins avaient proposé une contraception mécanique adaptée lors du relais contraceptif, ils respectaient les recommandations OMS, HAS sur les relais contraceptifs, mais proposaient à leur patiente une contraception avec indice de Pearl moins important.

-5 médecins ne pouvaient pas changer d'attitude thérapeutique, car il s'agissait de la seule disponibilité de la patiente.

-5 médecins ne pouvaient pas changer d'attitude thérapeutique, car il s'agissait de la seule disponibilité de planning médical.

-1 médecins ne pouvaient pas changer d'attitude thérapeutique, car il s'agissait d'une urgence thérapeutique.

	Médecin Généraliste				Remplaçant thésé				Remplaçant non thésé		Interne de Médecine Générale			
	155				25				10		11			
	Sexe (Effectif)													
	Homme		Femme		Homme		Femme		Femme		Homme		Femme	
	54		101		5		20		10		5		6	
	Age (Moyenne en années)													
	52,48		45,41		35,4		32,9		30,6		31,4		27	
	Formation Universitaire en Gynécologie (Effectif)													
	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
	10	44	34	67	5	8	12		3	7	1	4	2	4
	Délai prescrit entre les deux contraceptions (Moyenne en jours)													
	11,4	6,9	2,7	5,46	6	3,8	3,8		0	5,2	0	1,75	0,5	7,5
	Relais Contraceptif sans délai (Effectif)													
	5	31	30	51	4	6	10		3	5	1	3	1	3
	Chevauchement Contraceptif (Effectif)													
	4	12	6	11	1	1	2		1	0	1	1	0	1
	Contraception Mécanique (Effectif)													
	1	18	7	28	2	3	6		2	2	1	1	1	2
	Respect de la Recommandation du Dr N.Trignol-Viguier (Effectif)													
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
	4	6	16	28	18	16	28	39	3	2	7	1	1	11
	Connaissance de la recommandation du Dr N. Trignol-Viguier (Effectif)													
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
	3	7	9	35	15	19	13	54	1	4	5	3	5	7
	Modification de l'attitude Thérapeutique après prise de connaissance de la Recommandation (Effectif)													
A		8		5			3			2				
SC	7	20	24	41	4	8	5		3	4	1	2	1	2
D	2	12	3	14	1		4			1		2	1	1
C	1	1	2	2										1
PR		3	5	5										

	Remplaçant thésé				Remplaçant non thésé				Interne de Médecine Générale					
	25				10				11					
	Sexe (Effectif)													
	Homme		Femme		Femme				Homme		Femme			
	5		20		10				5		6			
	Age (Moyenne en années)													
	35,4		32,9		30,6				31,4		27			
	Formation Universitaire en Gynécologie (Effectif)													
	Non	Oui	Non		Oui	Non			Oui	Non	Oui	Non		
	5	8	12		3	7			1	4	2	4		
	Délai prescrit entre les deux contraceptions (Moyenne en jours)													
	6	3,8	3,8		0	5,2			0	1,75	0,5	7,5		
	Relais Contraceptif sans délai (Effectif)													
	4	6	10		3	5			1	3	1	3		
	Chevauchement Contraceptif (Effectif)													
	1	1	2		1	0			1	1	0	1		
	Contraception Mécanique (Effectif)													
	2	3	6		2	2			1	1	1	2		
	Respect de la Recommandation du Dr N.Trignol-Viguier (Effectif)													
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
	3	2	7	1	1	11	3	0	3	4	1	0	2	2
	Connaissance de la recommandation du Dr N. Trignol-Viguier (Effectif)													
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
	1	4	5	3	5	7	3	0	2	5	1	0	4	0
	Modification de l'attitude Thérapeutique après prise de connaissance de la Recommandation (Effectif)													
A					3				2					
SC	4	8			5		3		4		1	2	1	2
D	1				4				1			2	1	1
C														1
PR														

A=Augmenter, SC=Sans changement, D=Diminuer, C=Chevauchement, PR= Pas de réponse

Tableau 18 : Synthèse des indications proposées par les médecins lors du relais contraceptif

4. Discussion

4.1. Forces et limites de l'étude

Notre population d'étude comprenait 201 médecins généralistes dont 90% inscrits à l'ordre national des médecins.

4.1.1. Limites de l'étude

Cette étude pouvait comporter certains biais qu'il convient d'analyser.

- **Biais de sélection**

Plusieurs biais de sélection ont pu être décelés :

- La diffusion en ligne par différents conseils de l'ordre départementaux a créé une limitation géographique ;
- La diffusion en ligne sur les réseaux sociaux a pu impliquer une sur-représentation de jeunes médecins ;
- Peu de questionnaires envoyés directement par mails : limitation à la seule diffusion en ligne ;
- Seuls les questionnaires complets ont été pris en compte limitant ainsi le taux de participation à 32% des médecins ayant effectivement répondu.

- **Biais de participation**

En 2020, l'Ordre national des médecins compte 50,4% de femmes et 49,6% d'hommes parmi les médecins en activité régulière en France (27). Or l'analyse des participations à notre enquête montre 68% de femmes et 32% d'hommes, elle n'est donc pas représentative à l'échelon national.

Pour expliquer ces résultats, on peut supposer que :

- Le thème de la gynécologie entraîne un taux de participation des femmes plus élevé en corrélation avec la féminisation de la profession ;
- L'intérêt pour le thème a pu susciter un intérêt accru des femmes concernées professionnellement mais aussi à titre personnel.

De plus, l'Ordre indique un âge moyen de 50,5 ans pour les médecins en activité régulière alors que notre échantillon présente un âge moyen de 42 ans pour les femmes et 49,5 pour les hommes.
L'âge des participants à notre étude, inférieur à la moyenne nationale, peut être lié au mode de diffusion de notre enquête. Toutefois il convient de souligner que la moyenne d'âge des 155 médecins généralistes participants, hors remplaçants et internes, se rapproche davantage des données nationales, puisque l'âge moyen est de 45,4 ans pour les femmes et 52,5 ans pour les hommes.

- **Biais de questionnaire**

Pour réaliser ce travail, nous avons élaboré un questionnaire via un logiciel disponible en ligne, Lime-Survey.

Parmi les biais possibles :

- Le grand nombre de questions : 34 ;
- Un temps moyen de participation, assez long, estimé à 8 minutes,
- La question « Quel est le délai entre l'ancienne et la nouvelle contraception ? » aurait mérité d'être affinée par un complément en adéquation avec notre thème :
    - Savoir si la contraception initiale de la patiente était déjà arrêtée avant la consultation ;
    - Savoir si des grossesses non désirées avaient eu lieu lors de ce changement.

- **Niveau de preuve de l'étude**

Cette étude étant épidémiologique descriptive, elle fournit un faible niveau de preuve : Niveau 4, grade C.

4.1.2. Forces de l'étude

- **Originalité du sujet**

L'originalité de notre sujet est la résultante de deux constats :

- La période de changement de contraceptif est à risque de grossesse non désirée. Selon plusieurs auteurs, la moitié des femmes ayant recours à une IVG avaient changé de contraception dans les 6 mois précédents (7)(6)(28) ;
- Aucun travail de thèse n'avait auparavant analysé les pratiques des médecins généralistes dans ce domaine.

Pour ces raisons, nous avons jugé utile de recueillir auprès de ces médecins les données des patientes dans un contexte de changement contraceptif et de les exploiter.

- **Choix du recueil des données**

Nous avons choisi de réaliser une étude prospective pour limiter le biais de mémorisation.

4.2. Synthèse et comparaison de nos résultats avec les données de la littérature

4.2.1. Analyse du profil des médecins généralistes et de leur activité en gynécologie

L'analyse du profil des médecins généralistes et de leur activité en gynécologie montre la répartition suivante.

- **Âge**

Dans notre étude, les médecins généralistes femmes étaient plus jeunes que les hommes ($p<0,01$). 30% des médecins généralistes inclus sont des femmes entre 25 et 35 ans.
Cette différence peut être due à une féminisation de la profession médicale (27).

- **Formation en gynécologie**

Parmi les participants, 30% de médecins généralistes ont eu une formation universitaire en gynécologie. Ce faible taux se retrouve dans plusieurs autres travaux de thèses (29)(30) et est comparable aux chiffres nationaux selon lesquels un quart des praticiens disposent d'un DU en gynécologie. Par ailleurs, plus de la moitié des internes en médecine générale avaient validé leur stage en gynécologie ou étaient en cours de stage.

Ces résultats peuvent s'expliquer par l'évolution du cursus universitaire de médecine générale. En effet, depuis 2004 la médecine générale est une spécialité avec un internat spécifique et la formation pratique inclut un semestre obligatoire de pédiatrie et/ou de gynécologie (31). Dans notre étude, les médecins généralistes étaient plus jeunes et avaient donc été pour la plupart formés en gynécologie-obstétrique pendant leur internat, ce qui pourrait expliquer le faible intérêt d'un DU en gynécologie.

- **Pratiques contraceptives**

Parmi les médecins inclus, presque tous prescrivaient la contraception orale, environ 80% suivaient les grossesses et pratiquaient le frottis cervico-vaginal. Des résultats similaires se retrouvent dans plusieurs études, comme celle de C. Moretti en 2017 (30) ou celle de S. Dias en 2017 (32).

Selon notre étude, la moitié des médecins posaient et retiraient des implants ou des DIU, et les médecins avec un DU en gynécologie pratiquaient plus d'actes en gynécologie ($p<0,001$) :5,46 actes contre 3,79 actes. D'autres travaux de thèses, datant de 2010, 2013 et 2017 (32)(33)(30), concluaient au contraire que peu de médecins pratiquaient ces actes. Cette différence s'explique probablement par le fait que ces études incluaient des médecins plus âgés et se limitaient à un seul département français.
Selon l'étude de P. Bidet, l'ergonomie, la difficulté technique du geste et le manque de demandes sont les principaux freins à la pratique de ces gestes.

4.2.2. Analyse des situations contraceptives des patientes avant le relais contraceptif

Notre enquête montre qu'avant le relais, le moyen de contraception utilisé par les patientes était la pilule pour 80%, l'implant 9%, le DIU 8,5% et divers (patch, anneau, Dépo-provera) pour le reste.
Ces résultats ne correspondent pas aux méthodes contraceptives utilisées en France selon le baromètre santé 2016 puisque les utilisatrices sont : 36,5% pour la pilule, 25,6% pour le DIU et 4,3% pour l'implant.
Dans notre population, il existe une surreprésentation de patientes utilisant la pilule contraceptive. Or, il s'agissait de patientes souhaitant changer de moyens contraceptifs, ce qui laisse à penser à une désaffectation marquée pour la pilule ou à un biais de sélection.

La moindre représentation dans notre étude des patchs, anneaux et injections de Dépo-provera (seulement 8 patientes concernées) peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- Patchs et anneaux contraceptif ne sont pas remboursés par la sécurité sociale, le reste à charge annuel respectif est de 185,1 et de 209,8 euros (4) ;
- L'injection de Dépo-provera, bien que sûre et efficace, comporte des effets indésirables importants (thrombose veineuse, diminution de la densité minérale osseuse, prise de poids), et le positionne en dernier recours, lorsqu'il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives (34).

Notre analyse montre une durée moyenne d'utilisation de 7 ans pour la contraception initiale, résultat comparable à celui de la thèse du Dr T. Delon en 2015 (35) qui était de 6,6. Soulignons que la durée moyenne n'est que de 3 ans pour les DIU et 2 ans pour les implants.

En 2020, le Dr Soloranta et al. se sont intéressés au taux d'abandon à 2 ans des méthodes contraceptives réversibles à action prolongée et à leurs causes (36) ; 33% des patientes avaient abandonné l'implant contraceptif à 2 ans, 24% le DIU hormonal et 38% le DIU en cuivre.
En 2019, le Dr Cohen et al. (37) retrouvent une durée moyenne d'utilisation des implants de 697 jours et de 733 jours pour les DIU.
Dans ces deux études, les raisons d'arrêt les plus souvent invoquées étaient les troubles hémorragiques et la douleur abdominale.

Parmi les 201 patientes incluses, 40% avaient changé de contraception à la suite d'effets secondaires, le principal étant les métrorragies ; 20% avaient changé de contraception à la suite d'une contre-indication, principalement un tabagisme actif et un âge >40ans ; 20% suite à une inobservance de la contraception.

Selon la HAS (4) l'information sur les avantages et les inconvénients des différentes méthodes contraceptives est le principal levier d'action pour éviter :

- Les conséquences ressenties et/ou appréhendées tels les effets secondaires ;
- Les contraintes liées à la contraception telle la prise quotidienne à heure fixe pour certaines contraceptions.

La consultation de renouvellement peut participer à la lutte contre l'échec de la contraception en France, grâce à :

- Une réévaluation en fonction du choix et du niveau de satisfaction de la patiente ainsi que de son mode de vie,
- Une recherche des facteurs de risques, notamment cardio-vasculaires, des effets indésirables ou des contre-indications.

Dans la thèse du Dr Allemoz, 82% des praticiens recherchaient et informaient les patientes sur les effets indésirables lors d'une consultation de renouvellement en contraception ; 67% recherchaient d'éventuelles inobservances.

4.2.3. Analyse des indications des médecins généralistes lors du changement contraceptif

Notre enquête fait état de 68% des médecins généralistes assurant le suivi gynécologique de leurs patientes.
De l'adéquation de la méthode contraceptive avec les composantes de la patiente (éléments de santé, choix, mode de vie) résulte une meilleure efficacité du moyen choisi. Le rôle du médecin est primordial puisqu'il permet d'informer les patientes sur les différentes contraceptions possibles (38).

Dans 60% des situations, les patientes ont choisi de changer de contraception.
Presque tous les médecins ont participé au relais contraceptif de leur patiente (seulement 3 médecins manquaient de connaissances à ce sujet et 2 médecins manquaient de pratique) :70% des médecins ont conseillé leur patiente sur la nouvelle contraception à choisir et 84% des médecins ont prescrit la nouvelle contraception.
En 2013 des campagnes d'informations pour les patientes et pour les soignants ont été lancées, encourageant les patientes à choisir une contraception adaptée, de préférence avec un professionnel de santé (39)(40).

Une modification des spécialités contraceptives prescrites est observée : la part de la contraception orale a diminué de 30%, celle de DIU a augmenté de 20% et celle des implants a augmenté de 7,5%. De plus, l'utilisation des contraceptions réversibles à longue durée d'action est en augmentation.

Les patientes qui recevaient un implant contraceptif en contraception de relais étaient plus jeunes (moyenne d'âge de 27,8 ans) que celles qui avaient une pilule (moyenne d'âge de 32 ans) ou un DIU (moyenne d'âge de 32,3ans) (p=0,004)
Ces résultats témoignent d'une déstabilisation des normes contraceptives (4), qui définissent les comportements contraceptifs valorisés aux différentes phases de la vie sexuelle et reproductive.

En moyenne, en France les femmes donnent naissance à leur premier enfant à 28,5 ans.
Seulement 3% des nullipares utilisent un DIU malgré l'autorisation de mise sur le marché datant de 2004. La crainte de maladies inflammatoires pelviennes, de risque d'infertilité, de grossesse extra-utérine, bien que non avérée, subsiste que ce soit du côté des patientes nullipares ou des professionnels de santé (41). Ces données peuvent expliquer le fait que dans notre étude les patientes plus jeunes recevaient plus souvent un implant en contraception de relais qu'un DIU, dans ce contexte d'augmentation d'utilisation des contraceptions à longue durée d'action.

En nouvelle contraception, les médecins généralistes ont majoritairement présenté la pilule contraceptive (50%), les DIU (28% dont la majorité en cuivre), les implants (17%).
La thèse du Dr Allemoz en 2020 au sujet de l'information apportée par les médecins sur la contraception, donne le même classement des méthodes contraceptives présentées.

Notre étude montre une augmentation dans l'utilisation des contraceptions réversibles de longue durée d'action ; on constate que ces spécialités contraceptives (Implant, DIUc et DIUh) sont principalement prescrites par des médecins dont le cursus universitaire n'est pas terminé :
-l'implant est prescrit par 30% des médecins remplaçants non thésés et 18% des internes contre 17% des médecins généralistes installés et 12% des médecins remplaçants thésés
-le DIU en cuivre est prescrit en majorité par des internes de médecines générales (36% d'entre eux)
-le DIU hormonal est prescrit par 10% des médecins remplaçants non thésés et 9% des internes contre 6% des médecins généralistes installés et 4% des médecins remplaçants thésés.
En ce qui concerne les situations relatives à la contraception, ces résultats semblent témoigner de l'efficacité du stage de gynécologie (et/ou pédiatrie) rendu obligatoire lors de l'internat de médecine générale depuis 2004.

Concernant la femme de 35-40 ans et plus, le CNGOF souligne que le renouvellement de toute contraception initiée avant cet âge est possible tant qu'elle est bien tolérée. Cependant, pour cette tranche d'âge, il préconise la substitution de la contraception oestro-progestative par un DIU, un progestatif ou une contraception définitive, afin de limiter les risques cardio-vasculaires et cancéreux (42).
Les résultats de notre enquête concordent avec cette recommandation puisqu'ils montrent une nette diminution de la pilule oestro-progestative à partir de 35 ans jusqu'à sa disparition à partir de 40 ans.

Une partie essentielle de notre enquête concerne le délai lors du changement de contraception, or notre enquête montre des conduites différentes de la part des médecins :

- Aucun délai pour 76% des médecins : dont 73% en remplaçant directement la nouvelle par l'ancienne contraception et 27% en opérant un chevauchement entre les deux ;
- Un délai de 1 jour à 3 mois pour 24% des médecins : une donnée nous manque pour conclure sur ce point puisque nous ne savons pas si la patiente avait arrêté sa contraception avant la consultation ;
- 37% des médecins ont proposé un contraceptif mécanique en plus de la nouvelle contraception.

L'efficacité des contraceptions hormonales progestatives ou oestro-progestative, arrive au 7èmè jour du cycle au maximum. Dans un cycle menstruel physiologique (de 25 à 35 jours), l'ovulation arrive au plus tôt au 12ème jour. Il est alors possible d'initier une contraception jusqu'au 5ème jour du cycle (43).

L'objectif principal est d'éliminer le risque de grossesse, mais les recommandations divergent selon les organisations de santé :

- L'OMS considère que le relais contraceptif peut se faire immédiatement, sous réserve d'une prise correcte de la contraception ;
- HAS, Vidal et CNGOF, afin de sécuriser ce relais au maximum, préconisent l'utilisation en parallèle d'une contraception mécanique ou hormonale.

Selon ces considérations, nous arrivons à la conclusion que :

- 24% des patientes de notre étude étaient donc plus à risque de grossesse non désirée que celles avec un relais contraceptif immédiat ;

- Les patientes avec une contraception mécanique étaient aussi plus à risque que celles avec un chevauchement contraceptif. En effet, l'efficacité pratique d'une contraception mécanique est inférieure à celles des contraceptions nécessitant une prescription médicale.

Dans notre enquête, le délai recommandé entre l'ancienne et la nouvelle contraception était, sur une majorité de cas, le temps nécessaire pour que la nouvelle contraception soit efficace.
Cependant il convient de souligner que le délai ne dépendait pas toujours du médecin. En effet :

- dans 25 cas il s'agissait de la seule possibilité de la patiente ;
- dans 15 cas il s'agissait du délai pour obtenir un rendez-vous médical ;
- dans 4 cas d'une urgence thérapeutique à la suite d'une contre-indication de l'ancienne contraception.

Le constat est simple :

- La durée d'attente moyenne pour une consultation avec un médecin généraliste en France est de 6 jours
- Paradoxalement, 40 minutes par jour et par médecin sont perdues à la suite de rendez-vous non honorés

Les résultats de notre analyse tendent à démontrer la nécessité de développer davantage, lors des consultations de contraception, l'information sur les risques de grossesse non désirée et sur l'organisation à prévoir, notamment en terme de délai, pour un relais contraceptif.

4.2.4. Analyse des connaissances et de l'impact sur les médecins généralistes de la recommandation sur le changement contraceptif

L'auteur de la recommandation sur le changement contraceptif est le Dr N. Trignol-Viguier, médecin généraliste rattachée au service d'orthogénie du CHU de Tours. Publiée par le CNGOF en 2016 dans les recommandations pour la pratique clinique, il s'agit de la synthèse d'une revue de la littérature et du résumé des caractéristiques des différents contraceptifs.
En effet :
-après la mise en place d'une contraception œstro-progestative, l'efficacité est de 7 jours
-après la mise en place d'une contraception progestative, l'efficacité peut aller de 3 à 7 jours

-l'efficacité des contraceptions s'arrête dès leur arrêt (demi-vie d'élimination courte des hormones) (43).
Ainsi le changement contraceptif dont la spécialité, la galénique et le dosage ne sont pas superposables pourrait être exposant. D'où la sécurité à chevaucher deux contraceptions. Le chevauchement contraceptif est proposé dans cette recommandation pendant 7 jours, parfois par excès, mais il s'agit d'une règle simple, et facile à retenir.
Face aux recommandations changeantes des sociétés savantes sur les relais contraceptifs, le Dr Trignol-Viguier propose un outil pratique, sous forme de tableau, présentant de façon simple la manière de passer d'un contraceptif à un autre sans risque de grossesse.

Parmi les médecins connaissant cette recommandation : 2/3 la respectaient. Elle était mieux connue des médecins généralistes remplaçants non thésés et internes. Également plus respectée par ces derniers.
Cet outil simple et pratique s'avère très utile. En effet, alors que plus de la moitié des médecins ignoraient son existence avant la diffusion de notre questionnaire, son utilité a été notée 3,27 sur une échelle de 0 à 4. De plus, après avoir pris connaissance de cet outil, 40% ont modifié leur attitude thérapeutique (dont une majorité d'internes) et la moitié d'entre eux ont réduit le délai proposé lors du relais contraceptif.

Les principales informations à retenir de l'outil du Dr Trignol-Viguier concernant le relais contraceptif sont :

- Le chevauchement possible de deux contraceptions sur un temps donné ;
- Une visibilité immédiate des délais adaptés entre deux moyens contraceptifs.

Nous précisons que nous n'avons pas trouvé de travaux de recherche sur le chevauchement contraceptif. Il convient d'ajouter qu'il n'existe pas d'interaction médicamenteuse lors d'un chevauchement d'une double contraception progestative ou d'une contraception progestative et d'une œstro-progestative.

Les modalités lors d'un changement contraceptif peuvent être difficiles à retenir. Cet outil pourrait être proposé aux médecins généralistes lors d'une formation médicale continue ou aux internes lors d'un stage chez le praticien ou en gynécologie pour une meilleure prise en charge des patientes.

Conclusion

Cette étude montre que les relais contraceptifs en cabinet de médecine générale se font majoritairement dans le respect du choix des patientes. La contraception orale reste la méthode principalement présentée par les médecins généralistes. Cependant on observe une modification du paysage contraceptif français avec une augmentation de prescriptions des contraceptions réversibles à longue durée d'action tels les implants ou les DIU. De plus, les médecins généralistes semblent s'être adaptés à la pratique de certains gestes de gynécologie.

Notre enquête a démontré que, lors du changement contraceptif, la plupart des relais se sont faits immédiatement, dont seulement 27% par chevauchement entre l'ancienne et la nouvelle contraception. De plus, moins de la moitié des médecins ont proposé une contraception mécanique pendant cette période de relais.

La conclusion qui découle de notre enquête est sans appel : un changement contraceptif sur quatre exposait la patiente à une grossesse non désirée. Ce risque est la résultante d'un ensemble de facteurs, comme la disponibilité de la patiente, la disponibilité du planning médical et parfois l'urgence à changer de contraception.

L'outil du Dr Trignol-Viguier était inconnu de plus de la moitié des médecins interrogés qui, après en avoir pris connaissance, l'ont jugé à la fois pratique et utile, lui attribuant une note d'appréciation de 3,27 sur 4.

Deux axes d'amélioration pourraient contribuer, lors du relais contraceptif, à sécuriser les pratiques du médecin généraliste et par là-même à réduire le nombre de grossesses non désirées :

- La diffusion de l'outil lors d'une formation médicale continue ou lors de l'internat de médecine générale avant le stage chez le praticien ou le stage de gynécologie ;
- Une information complète sur les risques de grossesses non désirées et un accompagnement accru pour une meilleure compréhension et adhésion des patientes.

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives [Internet]. 2017. Disponible sur :https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/fr/

2. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique. Décembre, 1967.

3. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Juillet, 2001.

4. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. 2013. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee

5. Lenglart F. Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Septembre, 2020;(1163). Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-une-hausse-confirmee-en

6. Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et Sociétés. 2012 ; (492).

7. Trignol-Viguier N. Relais contraceptifs : une simplicité apparente mais une réalité complexe. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français : Mises À Jour En Gynécologie Obstétrique. 2016 ; 251-7.

8. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Quatre ans après la prise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Baromètre santé [Internet]. 2016.
Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2016

9. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, Fécond L. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population et Sociétés. 2014 ; (511).

10. Guyomard H. État des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : revue de la littérature. Thèse de médecine générale. Université d'Angers [Internet]. 2019.
Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01517439/document

11. Haute Autorité de Santé. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. Recommandations pour la Pratique Clinique [Internet]. 2019.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes

12. Haute Autorité de Santé. Contraception chez l'homme et chez la femme. Service des bonnes pratiques professionnelles [Internet]. 2013.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf

13. Darvoy E. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). Recommandations pour la Pratique Clinique [Internet]. 2019
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg

14. Haute Autorité de Santé. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Document de synthèse [Internet]. 2017.
Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-les-methodes-les-plus-efficaces-disponibles

15. Améli. Contraception : Efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. 2019. Disponible sur : https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs

16. Vigoureux S, Le Guen M. Contexte de la contraception en France. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie. Décembre, 2018 ; 46(12):777-85.

17. Duranteau L, Berrebi A. VIDAL .Contraception. 2020. Disponible sur : https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/contraception-1626.html

18. Body G, Deffieux X, Deruelle P, Graesslin O, Huissoud C. Contraception, Gynécologie Obstétrique - CNGOF. Les Référentiels des Collèges ; 3ème édition ; Elsevier Masson. 2015.

19. Chabbert-Buffet N, Marret H, Agostini A, Cardinale C, Hamdaoui N, Hassoun D, et al. Contraception : Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF. La Revue Sage-Femme. Février, 2019 ;18(1):30-51.

20. Base de données publique des médicaments. Fiche info - CERAZETTE 0,075 mg, comprimé pelliculé [Internet]. Disponible sur : https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=61452187

21. Base de données publique des médicaments. Fiche info - MICROVAL, comprimé enrobé [Internet]. Disponible sur : https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=68486929

22. Base de données publique des médicaments. Fiche info - MIRENA 52 mg (20 microgrammes/24 heures), dispositif intra-utérin [Internet]. Disponible sur : https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=66349230

23. Base de données publique des médicaments. Fiche info - NEXPLANON 68 mg, implant pour usage sous-cutané [Internet]. Disponible sur: https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=66845924

24. VIDAL. CCD NT380 SHORT dispositif intra-utérin [Internet].
Disponible sur: https://www.vidal.fr/parapharmacie/ccd-nt380-short-disp-iu-72627.html

25. Base de données publique des médicaments. Fiche info - LEELOO 0,1 mg/0,02 mg comprimé enrobé [Internet]. Disponible sur : https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=66819566

26. Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - État des lieux [Internet]. Avril, 2013.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1600564/fr/niveau-de-preuve-et-gradation-des-recommandations-de-bonne-pratique-etat-des-lieux

27. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale [Internet]. 2019.
Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale

28. Bajos N, Lamarche-Vadel A, Gilbert F, Ferrand M, COCON Group, Moreau C. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? Human Reproduction. Novembre, 2006 ; 21(11):2862-7.

29. Allemoz J. La délivrance de l'information sur la contraception : état des lieux des pratiques des médecins généralistes. Thèse de médecine générale. Université de Marseille [Internet]. 2020.
Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03049011

30. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie. Thèse de médecine générale. Université de Savoie [Internet]. 2017.
Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01517439/document

31. Buyck J, Lelièvre F, Truffeau F. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Octobre, 2016 ; (977).

32. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'île de France. Thèse de médecine générale. Université de Paris [Internet]. Janvier, 2010.
Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3432_THESE-DIAS.pdf

33. Bidet P. Pratique des gestes et techniques de gynécologie : par les jeunes médecins généralistes issus du DES de médecine générale. Thèse de médecine Générale. Université de Créteil [Internet]. 2013.
Disponible sur : https://www.sudoc.fr/171935764

34. Haute Autorité de Santé. DEPO-PROVERA. Avis sur les médicaments [Internet]. Juin, 2015.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2038833/fr/depo-provera-medroxyprogesterone-acetate

35. Delon P. D'un moyen de contraception à l'autre : choix, accompagnement & pratiques : étude descriptive menée auprès de femmes de 17 à 41 ans en centre de planification et planning familial. Mémoire de sage-femme. Université de Grenoble [Internet]. Juin, 2015.
Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01176233/document

36. Saloranta T, Gyllenberg F, But A, Gissler M, Laine M, Heikinheimo O. Free-of-charge long-acting reversible contraception: two-year discontinuation, its risk factors, and reasons. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Décembre, 2020; 223(6).

37. Cohen R, Sheeder J, Teal SB. Predictors of Discontinuation of Long-Acting Reversible Contraception Before 30 Months of Use by Adolescents and Young Women. Journal of Adolescent Health. Août, 2019 ; 65(2): 295-302.

38. Roux A, Ventola C, Bajos N. Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France. Sciences Sociales et Santé. Septembre, 2017 ; 35(3):41-70.

39. Haute Autorité de Santé. Aider la personne à choisir une contraception adaptée. Aide à la décision médicale partagée [Internet]. Juillet, 2014.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-08/aide_decision_patient.pdf

40. Choisir sa contraception. Tableau comparatif des moyens contraceptifs [Internet].
Disponible sur : https://www.choisirsacontraception.fr/contacts-utiles/.htm

41. Galli S. DIU chez les nullipares, enquête qualitative : projet, pose et vécu. Thèse de médecine générale. Université de Nice [Internet]. Octobre, 2017.
Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01630320/document

42. Serfaty D. Contraception des femmes de plus de 35 ans. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français: Mise à jour en gynécologie médicale. Novembre, 2002.

43. André G, Audebert A, Christin-Maître S, Elia D, Harvey T, et al. Forgetting hormonal contraceptive methods: expert opinion about their daily management in clinical routine practice. Gynécologie, Obstétrique et Fertilité. Novembre, 2011; 39(11):644-55.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire diffusé en ligne à partir de la plateforme LIME-SURVEY 84

Annexe 2 : Recommandation du Dr N.Trignol-Viguier, Relais contraceptifs : une simplicité apparente mais une réalité complexe, CNGOF 2016 92

Annexe 1 : Questionnaire diffusé en ligne à partir de la plateforme LIME-SURVEY

Partie A: Recueil de données concernant le médecin

A1. Quelle votre statut actuel

- ☐ Médecin Généraliste
- ☐ Médecin généraliste thésé.e remplaçant.e
- ☐ Remplaçant.e en médecine générale non thésé.e
- ☐ Interne de médecine générale
- ☐ Autre

Autre

A2. Quel(s) stage(s) est en cours ou avez-vous effectué ?

- ☐ Stage de médecien générale niveau 1
- ☐ Stage SASPAS
- ☐ Stage gynécologie hospitalier ou libéral en cours ou effectué
- ☐ Autre stage

A3. Quel âge avez vous ?

Ceci est une texte d'aide pour la question.

A4. Quel est votre sexe?

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin

A5. Comment considerez vous votre milieu d'exercice?

- ☐ Rural
- ☐ Urbain

A6. Dans quel département exercez-vous?

- 1 Ain ☐
- 2 Aisne ☐
- 3 Allier ☐
- 4 Alpes-de-Haute-Provence ☐
- 5 Hautes-Alpes ☐
- 6 Alpes-Maritimes ☐
- 7 Ardèche ☐
- 8 Ardennes ☐
- 9 Ariège ☐
- 10 Aube ☐
- 11 Aude ☐
- 12 Aveyron ☐
- 13 Bouches-du-Rhône ☐
- 14 Calvados ☐
- 15 Cantal ☐
- 16 Charente ☐
- 17 Charente-Maritime ☐
- 18 Cher ☐
- 19 Corrèze ☐
- 2A Corse-du-Sud ☐
- 2B Haute-Corse ☐
- 21 Côte-d'Or ☐
- 22 Côtes d'Armor ☐
- 23 Creuse ☐
- 24 Dordogne ☐
- 25 Doubs ☐
- 26 Drôme ☐
- 27 Eure ☐
- 28 Eure-et-Loir ☐
- 29 Finistère ☐
- 30 Gard ☐
- 31 Haute-Garonne ☐
- 32 Gers ☐
- 33 Gironde ☐
- 34 Hérault ☐
- 35 Ille-et-Vilaine ☐
- 36 Indre ☐
- 37 Indre-et-Loire ☐
- 38 Isère ☐
- 39 Jura ☐
- 40 Landes ☐
- 41 Loir-et-Cher ☐
- 42 Loire ☐
- 43 Haute-Loire ☐

A7. Avez vous une formation en Gynécologie?

- [ ] Oui
- [ ] Non

A8. De quelle formation s'agit-il?

- [ ] DIU Gynécologie
- [ ] DIU Contraception
- [ ] DIU Contrôle des naissances
- [ ] Autre

Autre

A9. Quels actes de gynécologie effectuez-vous ?

- [ ] Prescription de la contraception orale
- [ ] Pose d'implant contraceptif
- [ ] Retrait d'implant contraceptif
- [ ] Pose et retrait de DIU
- [ ] Frottis cervico vaginal
- [ ] Suivi clinique de grossesse
- [ ] Autre

Autre

A10. Quelle est votre principale source d'information concernant les recommandations en gynécologie ?

- [ ] Presse Médicale gratuite
- [ ] Presse Médicale payante
- [ ] Formation médicale continue
- [ ] Congrès
- [ ] Internet
- [ ] Autre

Autre

Partie B: Recueil de données concernant le changement contraceptif

B1.

Veuillez selectionner l'ancienne et la nouvelle contraception de votre patiente:

Contraception actuelle

	Pilule Oestro-Progestative	Pilule Progestative	Stérilet cuivre	Stérilet Hormonal	Implant contraceptif	Patch contraceptif	Anneau vaginal	Injection de Depo-provera
Contraception	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

B2.

Veuillez selectionner l'ancienne et la nouvelle contraception de votre patiente:

Nouvelle contraception

	Pilule oestro-progestative	Pilule Progestatif	Stérilet en cuivre	Stérilet Hormonal	Implant Contraceptif	Patch contraceptif	Anneau vaginal	Injection de Depo-provera
Contraception	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

B3. **Quel âge a la patiente ?**

(unité=an)

B4. **Quelle est l'ancienneté de sa contraception ?**

(unité=an)

B5. **Qui assure le suivi gynécologique de la patiente?**

- ☐ Médecin traitant
- ☐ Gynécologue
- ☐ Sage Femme
- ☐ Autre

Autre

B6. **Qui est a l'origine du changement contraceptif?**

- ☐ La patiente
- ☐ Le Médecin traitant
- ☐ Le Gynécologue
- ☐ La Sage Femme
- ☐ Autre

Autre

B7. **Quelle est la cause principale du changement contraceptif?**

- ☐ Effets secondaires
- ☐ Contre-indication
- ☐ Oublie/inobservance
- ☐ Peur des effets secondaires
- ☐ Rejet des Hormones
- ☐ Non adapté a son mode de vie
- ☐ Autre

Autre

B8. **Pouvez vous préciser votre réponse?**

par exemple mentionner de quel effet secondaire il s'agit, de quelle contre indication...

B9. **Avez vous participez à ce changement contraceptif?**

- [ ] Oui
- [ ] Non

B10. **Comment avez vous participez à ce changement contraceptif?**

- [ ] Conseil
- [ ] Préscription
- [ ] Autre

Autre

B11. **Pouvez-vous préciser pourquoi vous n'avez pas participé à ce changement contraceptif?**

- [ ] Manque ce connaissance
- [ ] Manque de matériel
- [ ] Pas de pose de DIU
- [ ] Pas de retrait de DIU
- [ ] Pas de pose d'implant
- [ ] Pas de retrait d'implant
- [ ] Autre

Autre

B12. **Quel est le délai entre l'ancienne et la nouvelle contraception?**

(unité=J)

B13. **Y a-t-il un chevauchement entre les deux contraceptions?**

- [ ] Oui
- [ ] Non

B14. **De combien de jours?**

B15. **Avez-vous proposez une contraception mécanique lors de ce relais contraceptif?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

B16. **De combien de Jours?**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

B17. **Quel est le moment du cycle durant lequel le relais contraceptif à lieu?**

- ☐ Avant les règles
- ☐ Au début des règles
- ☐ Après les règles
- ☐ Autre

Autre

B18. **Quelle est la principale raison du délai précrit entre les deux contraceptions?**

- ☐ Délai nécéssaire pour que la nouvelle contraception soit efficace
- ☐ Seule possibilité de planning médical
- ☐ Seule disponibilité de la patiente
- ☐ Il s'agit d'une Urgence
- ☐ Autre

Autre

Partie C: Recueil de données concernant les recommandations

C1. **Connaissez vous la recommandation CNGOF 2016 proposant un tableau de relais contraceptif ?**

Relais contraceptif: une simplicité apparente mais une réalité complexe d'après le Dr N.Trignol Viguier

Lien pour le télécharger :
https://www.repere.re/fileadmin/user_upload/SwitchContraceptif.pdf

- ☐ Oui
- ☐ Non

C2. **Avec le tableau, modifieriez-vous le délai préscrit entre les deux contraceptions?**

- ☐ Augmenter
- ☐ Sans changement
- ☐ Diminuer
- ☐ Autre

Autre

C3. **Pouvez vous expliquer,votre réponse précédente?**

C4. **Ce tableau de relais contraceptif vous donne t-il des informations utiles pour votre pratique?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

C5. **Quelles sont les informations que vous retenez?**

Information 1	
Information 2	
Information 3	
Information 4	
Information 5	

C6. **Pouvez-vous préciser pour quelle(s) raison(s)?**

Raison 1	
Raison 2	
Raison 3	
Raison 4	
Raison 5	

Annexe 2 : Recommandation du Dr N.Trignol-Viguier, Relais contraceptifs : une simplicité apparente mais une réalité complexe, CNGOF 2016

Relais contraceptifs : une simplicité apparente mais une réalité complexe

N. TRIGNOL-VIGUIER
(Tours)

Mots clés : contraception, relais, efficacité, grossesse non désirée, quick start

INTRODUCTION

De Grégory Pincus à nos jours, une soixantaine d'années se sont écoulées et ont permis un élargissement de l'offre contraceptive tant sur le plan des molécules que de la galénique, de la voie d'administration et de la durée d'action. Les avancées sociétales et législatives ont, elles aussi, été spectaculaires : de la légalisation de la contraception en 1967 [1] à la gratuité des contraceptifs remboursables par l'assurance maladie pour les mineures de plus de 15 ans (plus consultations et examens complémentaires depuis juillet 2016) [2, 3] en passant par la suppression du carnet à souche, l'absence d'obligation d'autorisation parentale pour les mineures [4] et la contraception d'urgence en vente libre [5].

CHRU Bretonneau - Centre d'orthogénie - Boulevard Tonnellé - 37000 Tours

Correspondance : n.trignol@chu-tours.fr

Et pourtant, malgré ce large choix contraceptif permettant aux femmes et aux couples qui le souhaitent d'avoir une sexualité dissociée de sa dimension reproductive ainsi que des indices de Pearl très satisfaisants, les échecs de contraception restent un des facteurs principaux de grossesses non désirées conduisant à une interruption volontaire de grossesse (IVG). Différentes études, dont l'étude FECOND [6], ont mis en évidence que la moitié des femmes ayant recours à une IVG avait changé de contraception dans les 6 mois précédant l'échec.

Treize années en moyenne séparent le début de la vie sexuelle de la première maternité (17/30 ans) en France aujourd'hui. Cette période de plus en plus longue, à un âge où la fertilité est la plus grande pour les femmes, représente la période au cours de laquelle les choix contraceptifs doivent être les plus larges pour répondre aux besoins des femmes et des couples. À la méthode BERCER [7] s'ajoute une bonne connaissance du mode d'action des contraceptifs pour en optimiser les relais sans qu'une fenêtre d'inefficacité n'expose à une grossesse non désirée.

Cette longue période initiale de vie sexuelle non reproductive, la diminution de la fécondité conjoncturelle (1,93 enfant par femme en 2015) et les parcours affectifs et sexuels divers et complexifiés échappent de plus en plus au modèle contraceptif assez rigide décrit initialement : début de la vie sexuelle par le recours au préservatif puis utilisation de la pilule quand la vie sexuelle se régularise et recours au stérilet après avoir eu le nombre d'enfants souhaités [6].

Différents modèles contraceptifs apparaissent pour coller au plus près des attentes sexuelles et reproductives. Depuis janvier 2013, une femme sur cinq a changé de moyen de contraception [8]. La « crise de la pilule » n'a pas, à elle seule, contribué à ce changement.

D'autres facteurs coexistent :

- un meilleur accès à l'information ;
- un panel contraceptif de plus en plus varié dans sa présentation, sa composition, sa durée d'action et sa dispensation : contraception mécanique ou hormonale. Voie orale, transcutanée, sous-cutanée, intramusculaire, vaginale et intra-utérine. Fréquence quotidienne, hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle, triennale, quinquennale voire décennale et même définitive. Dispensation sur prescription, en vente libre, prise en charge par les mutuelles et remboursement par l'assurance maladie jusqu'à la gratuité selon les produits et sous certaines conditions ;

– une tendance de plus en plus prononcée à préférer les contraceptifs de longue durée d'action dont l'efficacité pratique est la plus proche de l'efficacité théorique ;
– un accès au au dispositif intra-utérin (DIU) pour les femmes indépendamment de l'âge et de la parité [9].

À partir du tableau I [11-23], chaque situation de relais contraceptif trouve une solution permettant une continuité de l'action contraceptive. Il résulte d'une synthèse d'une revue de la littérature et des résumés des différentes caractéristiques du produit (RCP) des différents contraceptifs ; données quelquefois différentes selon les sources et simplifiées pour en faciliter la transcription et la mémorisation.

Après la mise en place du *Quick Start*, comment passer de la pilule au DIU, de l'implant aux patchs, du système intra-utérin (SIU) à la pilule, de la contraception d'urgence à une contraception hormonale... Sans exposer à une grossesse non désirée ?

Tableau I - Relais contraceptifs

RELAIS CONTRACEPTIF / CONTRACEPTION INITIALE		CONTRACEPTIONS OESTRO PROGESTATIVES			CONTRACEPTIONS PROGESTATIVES				CONTRACEPTION MECANIQUE
		Contraception orale combinée	Anneau vaginal	Patch transdermique	Implant progestatif	Contraception orale ppgestative	SIU au lévonorgestrel	Progestatif intra musculaire	DIU au cuivre : LARC ou post coïtal
AUCUNE		Le + tôt possible. RS protégé les 7 1ers jours	Le + tôt possible. RS protégé les 7 1ers jours	Le + tôt possible. RS protégé les 7 1ers jours	Le + tôt possible. RS protégé les 7 1ers jours	Le + tôt possible. RS protégé les 7 1ers jours	Le + tôt possible. RS protégé les 7 1ers jours	Le + tôt possible. RS protégé les 7 1ers jours	Jusqu'à 5 j après un RS non protégé, ou jusqu'à 5 j après la date d'ovulation théorique
COP	Contraception orale combinée	Relais immédiat après le dernier cp actif	Relais immédiat après le dernier cp actif	Relais immédiat après le dernier cp actif	Relais immédiat après le dernier cp actif	Relais immédiat après le dernier cp actif	Relais immédiat après le dernier cp actif	Relais immédiat après le dernier cp actif	Jusqu'à 5 j après le dernier cp
	Anneau vaginal	Relais immédiat Après retrait		Relais immédiat Après retrait	Relais immédiat Après retrait	Relais immédiat Après retrait	Relais immédiat Après retrait	Relais immédiat Après retrait	Jusqu'à 5 j Après le retrait
	Patch transdermique	Relais immédiat Après retrait	Relais immédiat Après retrait		Relais immédiat Après retrait	Relais immédiat Après retrait	Relais immédiat Après retrait	Relais immédiat Après retrait	Jusqu'à 5 j après le retrait
PROGESTATIVE	Implant progestatif	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Le même jour	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Jusqu'à 5 j après le retrait
	Contraception orale ppgestative	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours		Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Jusqu'à 5 j après le dernier cp
	SIU au lévonorgestrel	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Le même jour	Chevauchement de 7 jours	Le même jour
	Progestatif intra musculaire	Jusqu'à 12 semaines après l'injection	Jusqu'à 12 semaines après l'injection	Jusqu'à 12 semaines après l'injection	Jusqu'à 12 semaines après l'injection	Jusqu'à 12 semaines après l'injection	Jusqu'à 12 semaines après l'injection		Jusqu'à 12 semaines après l'injection + 5 j
DIU au cuivre : contraception de longue durée (LARC) ou contraception post coïtale		Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Le même jour + RS protégés 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Le même jour
CU	Levonorgestrel 1,5 mg	0 jour. RS protégés 7 jours	0 jour. RS protégés 7 jours	0 jour. RS protégés 7 jours	0 jour. RS protégés 7 jours	0 jour. RS protégés 7 jours	0 jour. RS protégés 7 jours	0 jour. RS protégés 7 jours	0 jour
	Ulipristal acétate 30 mg	5 jours après, RS protégés 2 semaines	5 jours après, RS protégés 2 semaines	5 jours après, RS protégés 2 semaines	5 jours après, RS protégés 2 semaines	5 jours après, RS protégés 2 semaines	5 jours après, RS protégés 2 semaines	5 jours après, RS protégés 2 semaines	0 jour

L'ensemble des contraceptifs réversibles est accessible quels que soient l'âge et la parité, sous réserve des contre-indications médicales et du choix éclairé de la femme ou du couple. Leur prescription s'inscrit dans le champ de compétences des médecins (gynécologues et généralistes essentiellement) et depuis 2009 des sages-femmes [10].

Comment utiliser le tableau I ?

La colonne de gauche recense chaque situation contraceptive initiale.

1- Aucune contraception

Cette situation concerne les femmes qui n'avaient pas de contraception ou une contraception naturelle ou mécanique type préservatif et qui vont choisir une contraception hormonale ou mécanique par DIU. Dans ce cas, attendre le premier jour des prochaines règles ne présente aucun intérêt et expose à une grossesse dans cet intervalle de temps. Le *Quick Start* consiste à commencer au plus tôt la contraception, avec une protection mécanique type préservatif associée, en attendant l'efficacité de la contraception soit en moyenne 7 jours, à l'exception du DIU au cuivre dont l'action est immédiate. Il faudra s'assurer de l'absence de grossesse au début du *Quick Start* par un test de grossesse à renouveler 15 jours après pour diagnostiquer une éventuelle grossesse de début antérieur au *Quick Start* et non décelable à ce moment-là. Dans l'hypothèse d'une grossesse antérieure méconnue, la contraception instaurée sera arrêtée en cas de souhait de mener la grossesse à terme sans risque de tératogénicité. Si la femme choisit de recourir à une IVG, seul l'implant progestatif pourra être laissé en place sans risque d'interférence avec l'IVG et assurera la contraception à venir. Les autres contraceptions seront stoppées et pourront être redémarrées le jour même de l'IVG à l'exception du DIU en cas d'IVG médicamenteuse.

2- Les autres contraceptifs sont référencés par famille

a. Œstroprogestatifs.
b. Progestatifs.
c. DIU au cuivre : en contraception post-coïtale ou en contraception de longue durée.
d. Contraceptions d'urgence (CU) hormonales : il s'agit de la situation de femmes qui, n'ayant pas de contraception ou ayant eu un échec de contraception, ont eu recours à une CU

hormonale. Dans ce cas, il s'agit de démarrer au plus vite une contraception pour ne pas avoir à se réexposer à une grossesse au-delà de la prise de CU. Le lévonorgestrel n'ayant aucune interaction avec les autres contraceptions peut être associé le même jour à une nouvelle contraception. L'acétate d'ulipristal, qui est une antiprogestérone, ne peut être utilisé en même temps qu'une contraception hormonale au risque d'en diminuer l'efficacité. Un intervalle de 5 jours entre les deux doit être respecté. Quelle que soit la contraception d'urgence utilisée, un test de grossesse doit être réalisé 15 jours à 3 semaines plus tard au moindre doute pour s'assurer de l'efficacité de celle-ci.

La première ligne recense toutes les contraceptions réversibles choisies en relais de la contraception initiale.

La conduite à tenir en cas de relais contraceptif se lit dans la case qui croise la contraception initiale et la contraception future et va dépendre du mode d'action de chacun des contraceptifs concernés :

- l'efficacité peut être immédiate et ne justifier aucune précaution entre les deux contraceptions (par exemple d'un œstroprogestatif à un autre) ;
- l'efficacité peut être différée et justifier d'un chevauchement des deux contraceptions (par exemple d'un progestatif à un œstroprogestatif) ;
- l'efficacité peut être différée et nécessiter le recours à une contraception mécanique type préservatif si le chevauchement contraceptif n'est pas possible (par exemple d'un DIU au cuivre à un SIU au lévonorgestrel).

CONCLUSION

Une même femme aura recours à différentes contraceptions au cours de sa vie sexuelle. Chaque période de transition contraceptive est susceptible d'entraîner une fenêtre d'inefficacité en cas de relais inadapté. À partir du tableau I, les prescripteurs vont disposer d'un outil synthétique destiné à adapter les relais contraceptifs pour en limiter les échecs et les grossesses non désirées.

Résumé

Contexte : Au cours de sa vie sexuelle, une femme a recours à différentes contraceptions souvent conseillées et prescrites par des médecins généralistes, lors du premier contraceptif, de son renouvellement ou d'un changement. En 2016, le Dr Trignol-Viguier élabore un outil pour adapter les relais contraceptifs et limiter les risques de grossesses non désirées.

Objectifs : Analyser les indications proposées par les médecins généralistes lors du relais contraceptif féminin nécessitant une prescription médicale, et savoir si l'outil du Dr Trignol-Viguier est utile à leur pratique. Analyser les raisons des délais proposés entre l'ancienne et la nouvelle contraception.
Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle, descriptive avec recueil prospectif des données. Étude nationale menée sur 201 médecins généralistes ayant répondu à un questionnaire anonyme en ligne.

Résultats : Dans 60% des cas la patiente avait choisi de changer sa contraception. La contraception orale représentait 81% des anciennes contraceptions, et tombait à 50% dans le choix des nouvelles contraceptions. Les DIU représentaient 8,5% des anciennes contraceptions et augmentaient à 28%. Les implants contraceptifs passaient de 9% à 16,9%. Les patientes qui recevaient un implant contraceptif en relais étaient plus jeunes (M=27,8ans).
Les principales causes de changements contraceptifs étaient la présence d'effets secondaires (métrorragie et prise de poids majoritairement) ou la présence de contre-indications à l'usage de l'ancienne contraception (tabac et âge majoritairement).
Lors du changement contraceptif, 76% des médecins avaient relayé directement l'ancienne et la nouvelle contraception. Parmi ces relais sans délai, 27% s'étaient faits en chevauchant l'ancienne et la nouvelle contraception, 73% immédiatement. Dans 24% des relais, le délai pouvait aller de 1 jour à 3 mois entre les 2 contraceptions.
37% des médecins avaient proposé un contraceptif mécanique en plus de la nouvelle contraception.
D'après les médecins, le délai entre l'ancienne et la nouvelle contraception ne dépendait pas toujours d'eux ; dans 25 cas il s'agissait de la seule possibilité de la patiente, dans 15 cas il s'agissait de la seule disponibilité de planning médical et dans 4 cas d'une urgence thérapeutique à la suite d'une contre-indication de l'ancienne contraception.
Dans 93 cas, le délai recommandé entre l'ancienne et la nouvelle contraception était, selon les médecins, le temps nécessaire pour que la nouvelle contraception soit efficace.
Seulement 32% des médecins connaissaient la recommandation du Dr N. Trignol-Viguier. Ils la jugeaient utile à leur pratique (niveau d'appréciation : 3,27/4). Les principales données apportées aux médecins généralistes sont la possibilité de chevauchement contraceptif et l'information sur les délais adaptés aux relais.

Conclusion : Les relais contraceptifs en cabinet de médecine générale se sont faits dans le respect du choix des patientes. La contraception orale reste principalement présentée par les médecins généralistes, cependant on observe une augmentation des prescriptions des contraceptions réversibles à longue durée d'action tels les implants ou les DIU. Les médecins généralistes semblent s'être adaptés à la pratique de certains gestes de gynécologie. L'outil du Dr Trignol-Viguier est peu connu de la population médicale. Une diffusion lors d'une formation médicale continue ou lors de l'internat pourrait sécuriser les prescriptions lors du relais contraceptif. Par ailleurs un accompagnement et une information sur les risques de grossesses non désirées lors d'une transition contraceptive permettraient peut-être une meilleure assiduité des patientes.

Mots clés : Contraception, Comportement contraceptif, relai contraceptif, Médecine générale.