

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 10 Mars 2016 à Poitiers
par **NECIBAR Maïténa**
Née le 22/05/1985 à Oloron Sainte-Marie (64)

Titre

La Pose de l'implant contraceptif en Médecine Générale en Poitou-Charentes : Etat des lieux
des pratiques

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Monsieur le Professeur Xavier FRITEL
Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD
Monsieur le Docteur ARCHAMBAULT Pierrick

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur ARCHAMBAULT Pierrick

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 10 Mars 2016 à Poitiers
par **NECIBAR Maïténa**
Née le 22/05/1985 à Oloron Sainte-Marie (64)

Titre

La Pose de l'implant contraceptif en Médecine Générale en Poitou-Charentes : Etat des lieux
des pratiques

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Monsieur le Professeur Xavier FRITEL
Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD
Monsieur le Docteur ARCHAMBAULT Pierrick

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur ARCHAMBAULT Pierrick

Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (surnombre jusqu'en 08/2018)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie (surnombre jusqu'en 08/2016)
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (en détachement)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (surnombre jusqu'en 08/2018)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie (jusqu'au 31/10/2015)
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne (surnombre jusqu'en 08/2018)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (ex-CATEAU)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A mon maître et Président du jury :

Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Professeur de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

A mon Maître et Juge :

Monsieur le Professeur Xavier FRITEL

Professeur de Gynécologie-Obstétrique au CHU de POITIERS

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail. Je vous exprime mon respect et ma gratitude.

A mon Maître et Juge

Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD

Professeur d'Endocrinologie au CHU de POITIERS

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail. Je vous exprime ma gratitude et mon respect.

A mon Maître et Directeur :

Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT

Docteur en Médecine Générale, Maître de Conférence associé de Médecine Générale

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse, je vous remercie de m'avoir fait confiance et de m'avoir consacré du temps. Je vous exprime ma gratitude et mon respect.

Au Docteur RUELLE, MOTTA et PIKETTY

Merci de m'avoir fait découvrir et apprendre la médecine générale dans la bonne humeur à la campagne.

Au Docteur GRANDCOLIN , HOFNUNG et EVINA

Merci d'avoir supervisé et approfondi ma formation en médecine générale.

A tous les médecins généralistes de la Vienne et des Deux Sèvres

Merci d'avoir participé à cette étude en répondant à mon questionnaire, ce travail n'aurait pas été possible autrement. Merci pour vos encouragements pour ce travail et ma vie professionnelle future.

Au personnel médical et paramédical

Merci de votre formation et de tous ces moments agréables passés ensemble malgré les difficultés parfois de notre travail.

A François, pour l'amour et ton soutien que tu me portes depuis de nombreuses années maintenant,

A mes parents, pour la confiance et le soutien que vous m'apportez depuis toujours,

A mon frère et ma belle sœur qui ont accueilli récemment une très belle petite **Maëlys** qui fait le bonheur de toute la famille,

A mes amies d'enfance et d'études, Céline, Cécile, Aurore, Elodie et Claire, on ne peut pas se voir très souvent mais mes pensées sont aussi avec vous,

A mes co internes, pour leur bonne humeur et leur convivialité pendant tous ces stages.

PLAN

INTRODUCTION	10
1 ^{ère} PARTIE :	12
A/ L'IMPLANT CONTRACEPTIF SOUS CUTANE	12
1. <u>Historique</u>	12
2. <u>Généralités sur l'implant contraceptif</u>	13
a. Principe / Indication	13
b. Administration, principes de pose et de retrait	14
c. Mode d'action	17
d. Contre indications	18
e. Effets secondaires	18
3. <u>Efficacité du contraceptif</u>	19
4. <u>Complications liés à la pose</u>	21
B/ LA CONTRACEPTION	22
1. <u>Historique</u>	22
2. <u>Les différents types de contraception</u>	23
a. Contraception oestro-progestative	23
b. Contraception progestative	24
c. Dispositif Intra utérin	24
d. Stérilisation	25
e. Préservatif masculin	25
f. Autres méthodes	25
3. <u>La contraception en France</u>	25
4. <u>La contraception dans le monde</u>	28
5. <u>La contraception : une décision partagée</u>	32
6. <u>Place de l'implant contraceptif</u>	33

2 EME PARTIE	34
A/ Objectifs	34
B/ Matériels et Méthodes	34
C/ Résultats	35
1. <u>Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon</u>	36
2. <u>Type de consultations gynécologiques</u>	39
3. <u>Les différents types de contraceptifs proposés</u>	41
a. En première intention	41
b. En deuxième intention	43
c. Jamais proposés	45
4. <u>Actes techniques de gynécologie</u>	47
5. <u>Sur l'implant contraceptif</u>	48
a. Facteurs limitant la pose	49
b. Formation des médecins	50
c. Antécédents des patientes	50
d. Effets secondaires constatés	51
e. Complications	52
D/ Synthèse des résultats	53
3EME PARTIE	55
A/ Biais de l'étude	55
B/ Discussion sur les résultats	56
1. <u>L'échantillon</u>	56
2. <u>Suivi gynécologique/contraception en médecine générale</u>	57
3. <u>L'implant contraceptif</u>	58
4. <u>Du côté des patientes</u>	60
CONCLUSION	62

ABREVIATIONS	63
BIBLIOGRAPHIE	64
ANNEXE: Questionnaire	69
SERMENT	74
RESUME	75

INTRODUCTION

La prise en charge de la contraception, et plus globalement la gynécologie, fait partie des compétences du médecin généraliste notamment dans le cadre de « l'éducation à la santé » et de la prise en charge des « problèmes de santé dans leur dimension physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle » selon la définition de la Médecine Générale de la WONCA.

Selon une étude de l'INPES, le baromètre santé 2009, près de 20 % des généralistes interrogés estiment que la prévention dans le domaine de la vie affective et sexuelle ne fait pas partie de leur rôle (1). Cependant, 38 % des femmes qui consultent pour leur contraception le font avec un médecin généraliste (2).

La méthode contraceptive la plus utilisée en France est la pilule contraceptive (58 %) (3). Si 34 % des femmes déclarent ne jamais l'oublier, 66 % l'oublient au moins une fois par an et 21 % une fois par mois (3). L'oubli de la pilule est la 2ème cause d'IVG (interruption volontaire de grossesse) après l'absence de contraception (4).

De plus, la démographie des gynécologues médicaux est très faible et tend à s'aggraver : 97 % des gynécologues médicaux avaient plus de 50 ans au 1^{er} janvier 2012 (5). Le médecin généraliste va devoir probablement assurer une partie plus importante du suivi gynécologique ambulatoire dans l'avenir.

L'implant contraceptif est actuellement la méthode contraceptive réversible qui a la meilleure efficacité avec un indice de Pearl de 0.1. Il est de 0.8 pour les DIU (dispositif intra utérin), et de 2 pour les pilules oestro progestatives, en pratique courante. L'implant contraceptif est cependant peu utilisé en médecine générale. En effet, la pose d'un implant contraceptif par le médecin généraliste reste globalement peu fréquente. Ils la pratiquent dans 15.6 % des cas selon une thèse réalisée en Ile De France (6), et dans 12 % des cas dans une thèse avec de jeunes diplômés (majoritairement des remplaçants) (7). L'implant contraceptif est également peu connu des français, car 56 % ne le connaissent pas (3).

Dans le monde, la contraception par implant reste assez faible en pourcentage mais tend à croître surtout dans les pays en voie de développement (8).

Une question peut donc se poser devant cette méthode de contraception très fiable et réversible : Quels sont les facteurs qui déterminent la non pose de l'implant contraceptif par les médecins généralistes ?

1^{ère} PARTIE

A/ L'IMPLANT CONTRACEPTIF SOUS CUTANE

1. Historique

Le premier implant contraceptif ayant été commercialisé est le Norplant[®], en 1983, en Finlande. Il est arrivé aux Etats Unis en 1990. Il comprenait 6 bâtonnets de caoutchouc de silicone chacun mesurant environ 3.5 cm de long et 2.4 mm de diamètre, et chacun imprégnés d'une progestérone de synthèse appelée lévonorgestrel. Il est introduit en sous cutané au niveau de la face médiale du bras et est efficace pendant 5 ans. Sa commercialisation a été stoppée en 2002. Le Norplant 2 (Jadelle[®]) a ensuite été développé par le Population Council (organisation non gouvernementale internationale qui mène des recherches dans le domaine biomédical notamment, et finance des projets pour des pays en voie de développement) et est fabriqué par l'entreprise pharmaceutique Schering Oy. Il est composé de 2 bâtonnets avec toujours comme progestérone du lévonorgestrel, et est actif 5 ans. Il est surtout utilisé dans les pays en voie de développement, notamment par l'Agence des Etats Unis pour le Développement International (USAID), mais n'a pas été commercialisé aux Etats Unis ou en France.

L'Implanon[®] est commercialisé en France depuis mai 2001 par le laboratoire ORGANON S.A. Il contient un progestatif, l'étonogestrel. Il est constitué d'un seul bâtonnet à insérer en sous cutané. Il est efficace pendant 3 ans, ou moins si la patiente est en surpoids (2 ans). Il a été ensuite remplacé par le Nexplanon[®] en Janvier 2011 qui possède un système d'insertion plus facile et est radio opaque. Il est actuellement le seul commercialisé en France.

Il existe également d'autres implants :

- l'Elcometrine (ST-1435) qui contient de la nestorone, et qui est utilisé surtout en Amérique du Sud.

- le Uniplant[®] et le Surplant[®] qui contiennent le nomegestrol acétate, efficaces un an.

2. Généralités sur le Nexplanon

a. Principe /Indication

Le Nexplanon[®] est un bâtonnet flexible en caoutchouc blanc de 4 cm de long et 2 mm de diamètre (Figure 1), qui contient 68 milligrammes d'étonogestrel. Il est introduit en sous cutané à la face médiale du bras non dominant, grâce un dispositif permettant son insertion (Figure 2).

Figure 1 : Bâtonnet de Nexplanon[®]



Figure 2 : Dispositif d'application



L'implant contraceptif peut être utilisé chez toutes les femmes en âge de procréer en l'absence de contre indication.

La Commission de transparence de l'HAS a situé Nexplanon® « en deuxième intention, chez les femmes présentant une contre indication ou une intolérance à la contraception oestro-progestative et aux dispositifs intra utérins ou chez les femmes présentant des problèmes d'observance à la contraception orale » (14).

Le SMR a été évalué à un niveau IMPORTANT par la commission de transparence de l'HAS du 28 avril 2010.

Son prix est d'environ 107 euros et est remboursé par la Sécurité sociale à la hauteur de 65 %, le reste étant pris en charge par la mutuelle ou part complémentaire CMU.

b. Administration, principes de pose et de retrait

Il doit être inséré :

- Entre le 1 et le 5^{ème} jour des règles si la femme n'a pas de contraception dans le mois précédent,
- Le lendemain de la prise du dernier comprimé actif pour les femmes qui sont sous contraception oestro-progestative et progestative,
- Du jour du retrait de l'anneau vaginal ou du patch transdermique,
- En Post IVG immédiat,
- En Post Partum : sans allaitement entre le 21^{ème} et le 28^{ème} jour après l'accouchement, avec allaitement après la 4^{ème} semaine suivant l'accouchement avec méthode contraceptive non hormonale pendant 7 jours.

Au plus tard, l'implant doit être inséré le lendemain de l'intervalle habituel sans comprimé, sans anneau, sans patch ou de la prise de comprimés placebo de son précédent contraceptif hormonal combiné, quand la prochaine prise/insertion/application aurait du avoir lieu.

Il faut s'assurer de l'absence de grossesse (par une prise de sang) avant la pose de l'implant surtout si la pose de l'implant est effectuée hors du moment indiqué. Son efficacité est effective dès le premier jour si l'insertion a lieu au moment recommandé. Sinon, la patiente doit utiliser une méthode contraceptive non hormonale pendant les 7 jours suivant l'insertion. Sa durée d'utilisation maximale est de 3 ans, 2 ans pour les femmes en surpoids (IMC >25).

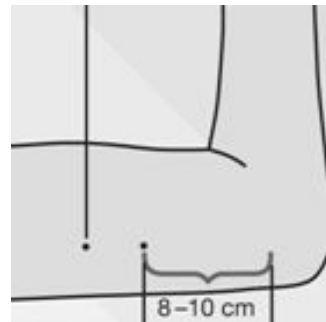
Comment insérer le Nexplanon® ? (9)

La patiente doit s'allonger sur le dos sur la table d'examen avec son bras non dominant plié au niveau du coude (Figure 3). Le site d'insertion de l'implant se situe à la face médiale du bras à environ 8-10 cm au dessus de l'épicondyle médial. (Figure 4)

Figure 3



Figure 4



La zone d'insertion doit être nettoyée avec une solution antiseptique puis anesthésiée à l'aide d'une injection sous cutané de Lidocaïne, le long du tunnel d'insertion prévu. Il faut ensuite retirer le capuchon protecteur transparent de l'aiguille et avec la main libre, tendre la peau autour du site d'insertion, piquer la peau avec l'aiguille selon un angle de 30 degrés environ, puis amenez l'aplicateur en position horizontale (Figure 4). Tout en soulevant la peau avec la pointe de l'aiguille, l'aiguille est ensuite introduite sur toute sa longueur (Figure 5).

Figure 4

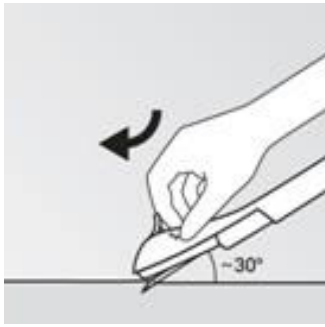
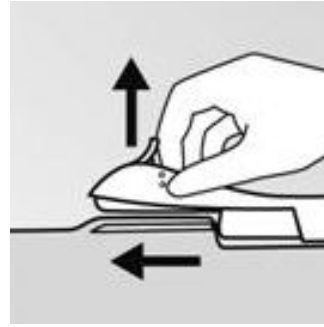


Figure 5



La manette violette coulissante doit être déplacée en arrière jusqu'à la butée. L'applicateur peut être retiré. La présence de l'implant dans le bras doit toujours être vérifiée après insertion par la palpation. Afin de minimiser le risque d'hématome, il faut mettre une compresse stérile avec un bandage légèrement compressif.

Comment retirer Nexplanon® ? (9)

L'implant doit être localisé par la palpation au niveau du bras. Si l'implant n'est pas palpable, une radiographie bidimensionnelle du bras peut être réalisée afin de vérifier sa présence et sa localisation.

La désinfection et l'anesthésie locale doivent être réalisées au niveau de l'extrémité distale de l'implant (zone la plus proche du coude). Il faut ensuite appuyer sur l'extrémité proximale de l'implant pour l'immobiliser puis faire une incision d'environ 2 mm longitudinale au niveau de l'extrémité distale de l'implant. (Figure 7)

L'implant doit être poussé vers l'incision, et saisi à l'aide d'une pince (type mosquito courbe) et puis retiré. Si l'implant est encapsulé, il faut réaliser une incision dans la gaine tissulaire et ensuite retirer l'implant avec une pince. (Figure 8)

Figure 7

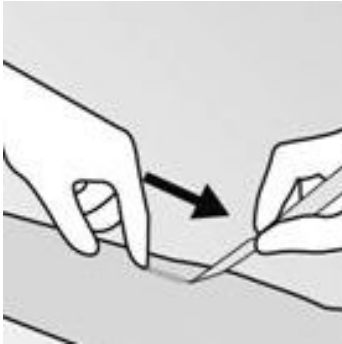
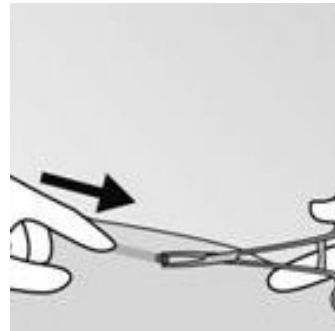


Figure 8



Il est nécessaire de vérifier que la totalité de l'implant a correctement été retiré. Un nouvel implant peut être inséré immédiatement par la même incision si la patiente souhaite renouveler cette contraception. Comme pour la pose, un bandage légèrement compressif doit être réalisé pour minimiser le risque d'hématome. Ce dernier peut être retiré au bout de 24 heures. L'implant peut être retiré à tout moment.

Pour une personne formée, la durée moyenne de pose et de retrait de l'Implanon® a été évaluée à respectivement 30 secondes et 3 minutes (10). La durée moyenne évaluée de retrait du Nexplanon® est de 2 minutes (11).

c. Mode d'action

Le Nexplanon® libère dans la circulation de l'étonogestrel, un progestatif, à des taux circulants d'environ 200 picogrammes / ml.

Son mode d'action est à la fois central, par une inhibition de l'ovulation par suppression du pic LH, et périphérique avec des modifications d'une part de la glaire cervicale qui gêne le passage des spermatozoïdes, et d'autre part de la muqueuse utérine qui empêche la nidation.

Les variations des taux plasmatiques sont faibles et l'obésité ne paraît pas diminuer l'efficacité contraceptive pour les 2 premières années d'utilisation au moins. Les doses

d'étonogestrel libérées quotidiennement diminuent progressivement avec le temps, passant approximativement de 60 à 30 microgrammes par jour.

d. Contre indications :

Les contres indications à l'utilisation de ce contraceptif sont :

- Accident thromboembolique veineux en cours (thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire...),
- Tumeurs malignes, connues ou suspectées, sensibles aux stéroïdes sexuels (cancer du sein,...),
- Hémorragies génitales non diagnostiquées,
- Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients,
- Hépatopathie,

Les effets sur le métabolisme sont minimes ce qui permet son autorisation chez les patientes ayant des problèmes cardiovasculaires, leur innocuité étant similaire à celles des progestatifs utilisés en contraception orale (12).

e. Effets secondaires

Dysménorrhée

C'est un motif fréquent dont se plaignent les patientes (méno métrorragie, aménorrhée) (13-17). Il faut que les patientes soient prévenues de cet effet secondaire possible avant la pose de l'implant. Il n'y a pas de moyen de le prévenir (18), et est difficile à traiter (13). C'est une cause fréquente de retrait d'implant pour non tolérance (14).

Prise de poids

Cette plainte est assez fréquente également mais elle reste moins retrouvée dans les études de manière significative que les dysménorrhées. Elle ne semble pas être plus présente que pour les autres contraceptions par progestatif (19).

Autres effets secondaires

- Céphalées,
- Acné,
- Trouble de l'humeur,
- Mastodynies,
- Infections vaginales,
- Vertiges,
- Trouble de la libido,

3. Efficacité du contraceptif

Son efficacité est proche de 100 % avec un indice de Pearl de 0.1 (Tableau 1).

Tableau 1 : Taux d'efficacité des différentes méthodes contraceptives en utilisation optimale et en pratique courante (OMS)

Efficacité	Méthode	Grossesses pour 100 femmes au cours des 12 premiers mois d'utilisation	
		En pratique courante	En utilisation optimale
Toujours très efficace	– Implants	0,1	0,1
	– Vasectomie	0,2	0,1
	– Stérilisation féminine	0,5	0,5
	– Progestatifs injectables	0,3	0,3
	– DIU	0,8	0,6
	– Pilules progestatives pures (au cours de l'allaitement)	1	0,5
Efficace dans son emploi courant	– Méthode de l'aménorrhée lactationnelle		
Très efficace lorsqu'elle est employée correctement et régulièrement (utilisation optimale)	– Contraception orale estroprogestative	2	0,5
	– Pilules progestatives pures (en dehors de l'allaitement)	6-8	0,1
		–	0,5
A une certaine efficacité dans son emploi courant Efficace lorsqu'elle est employée correctement et régulièrement (utilisation optimale)	– Préservatifs masculins	14	3
	– Retrait	19	4
	– Diaphragme et spermicide	20	6
	– Méthodes naturelles	20	1-9
	– Préservatifs féminins	21	5
	– Spermicides	26	6
	– Cape cervicale (nullipares)	20	9
	– Cape cervicale (multipares)	40	26
	– Pas de méthode	85	85

* Indice de pearl : taux de grossesse pour 100 femmes utilisant cette contraception pendant 1 an.

L'échec (apparition d'une grossesse) lié à ce contraceptif est principalement du à un problème lors de la pose (absence d'insertion d'implant, implant non retrouvé lors de la découverte de la grossesse), dans une moindre mesure à un défaut de timing de la pose de l'implant (début de grossesse juste avant la pose), et enfin à un traitement par inducteur enzymatique (millepertuis, traitement anti VIH notamment) (20-22).

Ces constatations ont amené le laboratoire à améliorer son produit. L'Implanon® a été remplacé par le Nexplanon® le 1er janvier 2011. Le principe actif reste le même, ce qui change c'est :

- D'une part, le changement de dispositif d'insertion pour faciliter sa pose et de ce fait son retrait,
- D'autre part, l'ajout de sulfate de baryum rendant le bâtonnet radio opaque (9),

Depuis, ces problèmes d'échecs contraceptifs liés à l'ancien dispositif semblent moins fréquents (11, 23), mais il y a encore un manque de recul quand aux problèmes liés au retrait du Nexplanon[®] (24).

Enfin, de très rares cas de grossesse voire de grossesse extra utérine ont été décrits avec l'implant contraceptif, sans facteur de risque retrouvés (inducteur enzymatique, mauvais timing de pose...) (22, 25, 26).

4. Complications liées à la pose / retrait de l'implant contraceptif

Avec l'Implanon[®], l'absence d'implantation était une complication fréquente liée à une mauvaise technique de pose (20, 21). Le nouveau dispositif a réduit cette complication.

D'autre part, les problèmes lors de l'insertion ont parfois entraîné des difficultés de localisation du dispositif de part sa migration. Ceci a pour conséquence la nécessité de réaliser des examens complémentaires pour le localiser, et plus délétère encore, d'avoir parfois recours à la chirurgie sous anesthésie générale pour récupérer le dispositif (21).

Une insertion mal localisée ou trop profonde peut également entraîner des lésions nerveuses notamment des branches cutanées du nerf médian ou du nerf ulnaire (27-29).

Dues à l'effraction cutanée, des complications infectieuses sont survenues également. Quelques cas de cellulites et un cas de fasciite nécrosante ont été déclarés à la pharmacovigilance (24).

B/ LA CONTRACEPTION

1. Historique (30)

En Mars 1956, le Dr Marie Andrée Lagroua Weill Hallé, le Dr Pierre Simon et Evelyne Sullerot créent le mouvement « La maternité heureuse » pour « permettre aux couples, grâce à la contraception, de n'avoir des enfants que lorsqu'ils le désirent ».

C'est en 1960 que ce mouvement deviendra le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF). En 1960 également, aux Etats Unis, la première pilule contraceptive est commercialisée.

En 1961, des militants ouvrent leur premier centre de planning familial à Grenoble en toute clandestinité. Le premier préservatif est commercialisé et une pilule (Enovid®) également (officiellement pour réguler les règles mais officieusement pour ses propriétés contraceptives).

En décembre 1967, une loi est votée (proposé par le Dr Lucien Newirth) pour :

- Abroger une loi interdisant toute contraception, votée en 1920 après la première guerre mondiale,
- Autoriser l'importation, la fabrication et la délivrance de contraceptifs,
- Reconnaître la nécessité de lieux dédiés : les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), et les établissements d'information, de consultation et de conseil (EICCF).

Mais les décrets d'application de cette loi ne verront le jour que 7 ans plus tard. La première pilule sera commercialisée en 1973 (Stédiril®).

Les industries pharmaceutiques créeront ensuite de nouvelles pilules avec une association d'œstrogènes et de progestatifs dites de 2^{ème} et 3^{ème} génération. En 1999, le contraceptif d'urgence le Norlevo® est mis sur le marché.

Au début des années 2000, apparaissent de nouveaux contraceptifs en France comme l'implant contraceptif Implanon®, puis un DIU imprégné d'un progestatif le Miréna®. En 2004, le patch et l'anneau vaginal ont été mis sur le marché.

Une campagne nationale sur la contraception a été menée en 2007 avec pour thème « La meilleure contraception, c'est celle qu'on choisit ». Elle a mis en place des outils tels que la création d'un site internet référent www.choisirsacontraception.fr, la mise en place d'un numéro gratuit d'information (0 800 235 236)...

Le 26 septembre a été décidé journée mondiale de la contraception à partir de 2007.

2. Les différents types de contraception

a. Contraception oestro progestative (COP).

L'efficacité des COP résulte de 3 mécanismes :

- inhibition de l'ovulation au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire,
- modification de la glaire cervicale qui devient imperméable au passage des spermatozoïdes,
- modification de l'endomètre, qui devient impropre à la nidation,

La COP existe sous différentes formes. La plus connue et la plus utilisée des contraceptions également (3) est la pilule oestroprogestative. Différents dosages sont proposés par l'industrie pharmaceutique. Son utilisation nécessite une observance rigoureuse (1 prise quotidienne) pour qu'elle garde son efficacité (indice de Pearl de 0.5 en utilisation optimale et de 2 en pratique courante). La survenue de vomissements, diarrhées ou la prise de certains traitements concomitants (traitement anti épileptique notamment) peuvent diminuer également leur efficacité.

Les autres formes de COP sont l'anneau vaginal (NuvaRing®) et le patch transdermique (Evra®). Elles sont très peu utilisées (3). Les principales contre indications aux

COP sont la présence de facteurs de risque cardio-vasculaire, d'antécédent thromboembolique veineux, de migraine avec aura et d'antécédent de cancer hormonaux.

b. Contraception progestative

Son mode d'action est essentiellement d'induire une modification de la glaire cervicale et une modification de l'endomètre pour Microval[®], mais les autres progestatifs ont également une action centrale d'inhibition de l'ovulation.

Il en existe différentes formes :

- la pilule progestative, (Microval[®], Cerazette[®]) qui nécessite une observance importante pour garder son efficacité. Elle est souvent utilisée par des femmes qui souhaitent utiliser une pilule pour leur contraception en ayant une ou des contre indications à la prise de la pilule oestro-progestative.

- l'implant contraceptif (Nexplanon[®]) sous cutané

- un progestatif par voie injectable (en intra musculaire) le Depo Provera[®] : il ne nécessite qu'une injection tous les 3 mois, mais de part sa mauvaise tolérance, il est très peu utilisé. Pour l'HAS, c'est une contraception de dernier recours « contraceptif a longue durée d'action à utiliser lorsqu'il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives ».

c. Dispositifs intra- utérins (DIU)

- le DIU au cuivre dont le mode principal d'action est un effet cytotoxique du cuivre sur les gamètes, induit également une inflammation de l'endomètre qui empêche la nidation. Il peut être laissé en place plusieurs années selon le modèle.

- le DIU au lévonorgestrel (Mirena[®]) qui agit en modifiant la glaire cervicale qui empêche le passage des spermatozoïdes et une modification de l'endomètre. Il peut être laissé en place 5 ans.

d. La stérilisation

Méthode irréversible, elle peut être proposée aux femmes sous forme de différentes techniques (ligature/section des trompes, obstruction mécaniques des trompes...) mais également aux hommes (vasectomie). Elle nécessite une intervention chirurgicale. Elle est peu utilisée en France.

e. Le préservatif masculin

Le préservatif masculin n'a pas une efficacité très importante selon l'OMS (indice de Pearl à 3 en utilisation optimale et à 14 en pratique courante). Il est surtout très efficace et indispensable contre la transmission des maladies sexuellement transmissibles.

f. Autres méthodes

Moins efficaces, elles regroupent les méthodes naturelles, le retrait, les spermicides...

3. La contraception en France

L'offre contraceptive est importante en France. Malgré cela, 1 grossesse sur 3 est qualifiée de non prévue par les femmes (31,32), et le nombre d'IVG reste assez élevé et ne diminue pas. Environ deux tiers des IVG surviennent sous contraception (32) et pour près de la moitié d'entre elles, les patientes avaient changé de contraception dans les 6 mois précédent (31). En revanche, son chiffre reste stable (environ 200 000 par an).

Les patientes ont souvent recours au médecin généraliste pour ce qui est de la contraception (2,3).

Actuellement, 90 % des femmes sexuellement actives utilisent une contraception en France (33).

La pilule reste la méthode contraceptive la plus utilisée globalement, 45% des femmes concernées par la contraception l'utilisent. Elle est devancée par le DIU chez les femmes de 45 à 49 ans. L'utilisation de la pilule a légèrement diminué depuis 2000 (32).

La diminution de l'utilisation de la pilule est compensée par le recours à d'autres méthodes hormonales (implant contraceptif, patch contraceptif, anneau vaginal) à tous les âges sauf pour les femmes de 20-24 ans (32).

Ces autres méthodes hormonales sont utilisées par moins de 5% des femmes. Parmi ces autres méthodes, l'implant est le plus utilisé, suivi de l'anneau puis du patch ;

Le DIU est utilisé par 1 femme sur 5. Le taux d'utilisation est fortement lié à la parité : 0 enfant : 1%, 1 enfant : 20%, 2 enfants ou plus : 40% (32).

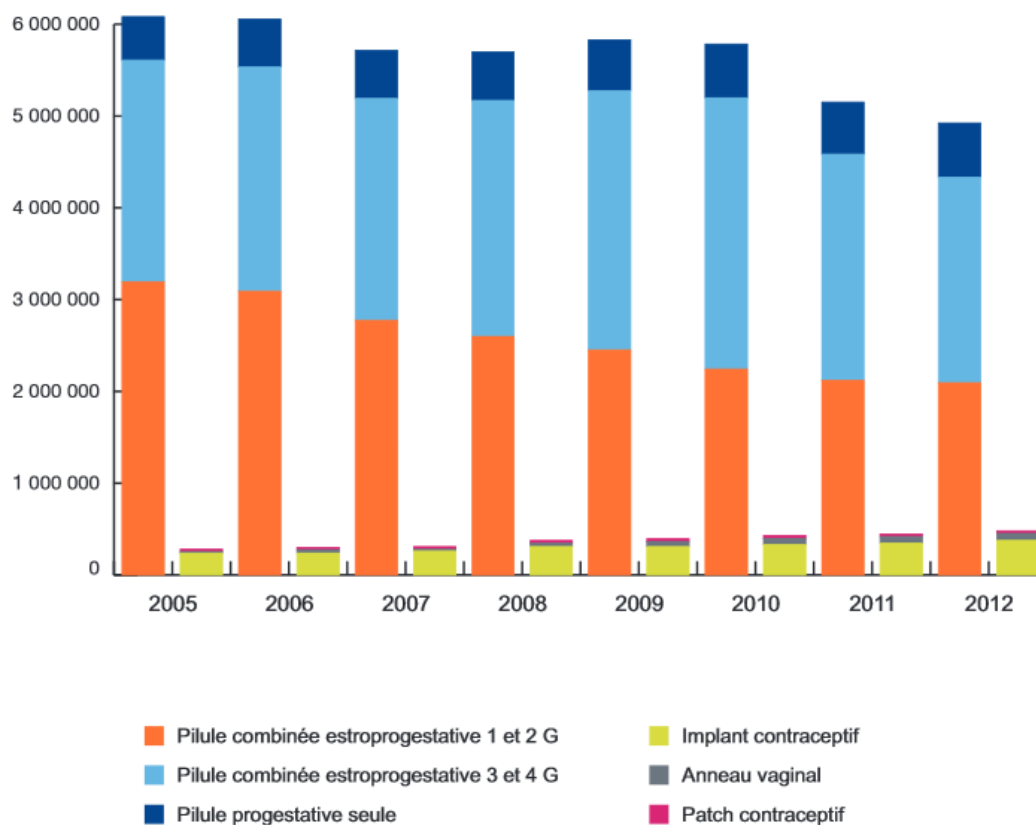
L'utilisation du préservatif (masculin) est en augmentation. Il est utilisé par près de 60% des femmes de 15-17 ans, dont 15% l'utilisent en association avec la pilule (32).

Le recours à la stérilisation est faible (3,9% des femmes et 0,3% des hommes) (32).

Les méthodes naturelles (le retrait, les méthodes visant à identifier la période de l'ovulation de manière à éviter d'avoir des rapports sexuels féconds à ce moment-là...) sont utilisées par 6% des femmes, un chiffre stable depuis les années 2000 (32).

Environ 3% des femmes ne souhaitant pas être enceintes n'utilisent aucune contraception (32).

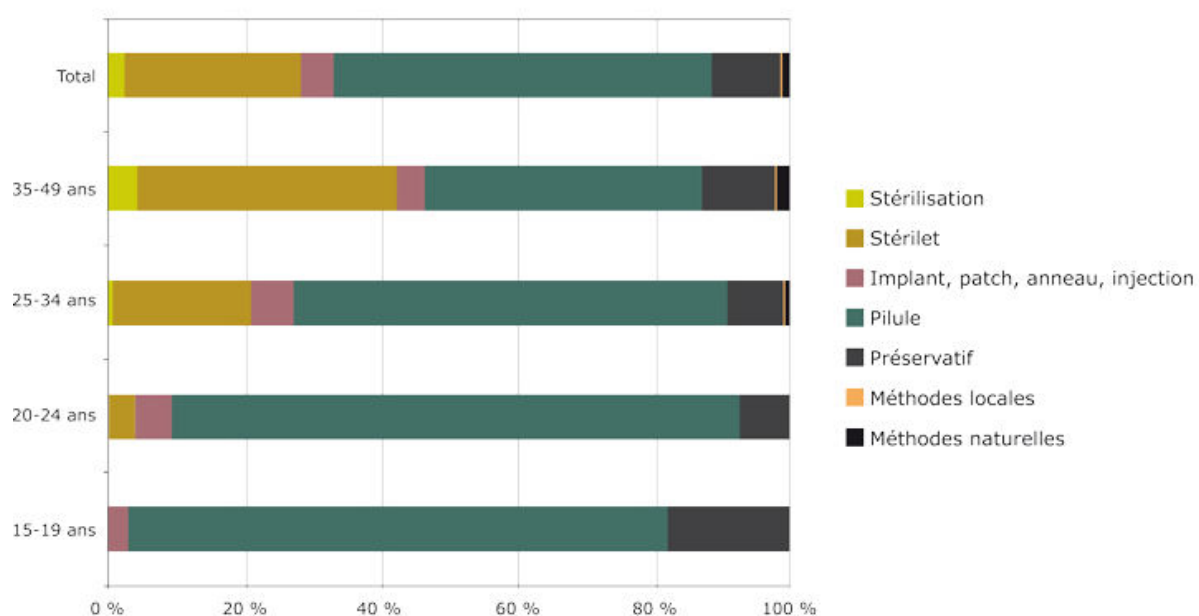
Tableau 2 : Nombre de femmes-année utilisant différentes méthodes contraceptives, 2005-2012 (estimation à partir des données de vente du GERS) (32)



Champ : ventes en officine et à l'hôpital

Le nombre de femmes-année a été calculé pour les différentes méthodes comme suit : nombre annuel de plaquettes de pilules divisé par 13 ; nombre annuel d'anneaux divisé par 13 ; nombre annuel de patch divisé par 39 (13 x 3 patchs par mois) ; nombre annuel d'implants multiplié par 2,2 sous l'hypothèse que l'implant était gardé en place pendant une durée moyenne de 2,2 ans (calculé à partir des taux d'abandons de Blumenthal et al.2008).

Tableau 3 : Principales méthodes contraceptives utilisées par les femmes âgées de 15 à 49 ans en 2010 (%) (32)



Source : Baromètre sante INPES 2010

4. Contraception dans le monde (32) :

Dans le monde, environ 63% des femmes de 15 à 49 ans, mariées ou vivants maritalement, utilisent un moyen de contraception en 2011, contre 55% en 1990 (34).

Dans plusieurs autres pays européens, la pilule est également la première méthode utilisée. Cependant, le DIU est également assez fréquemment utilisé. L'usage du DIU est de manière générale plus fréquent en Europe qu'en Amérique du Nord ou en Australie. En revanche, dans ces régions, la stérilisation est beaucoup plus fréquente qu'en Europe.

Diagramme 1 (35)

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



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

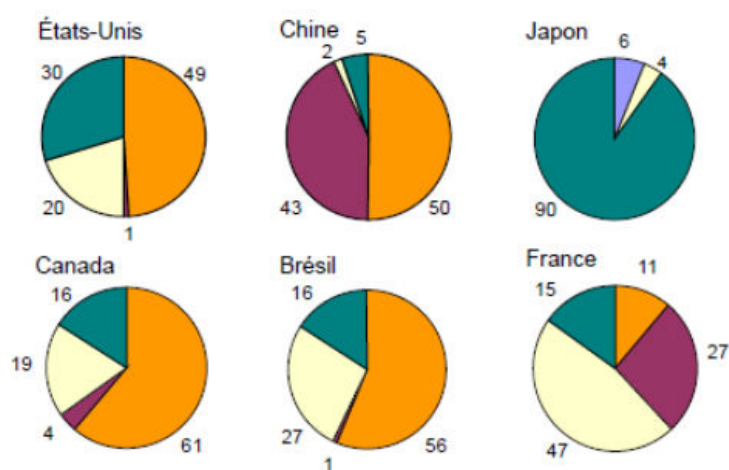
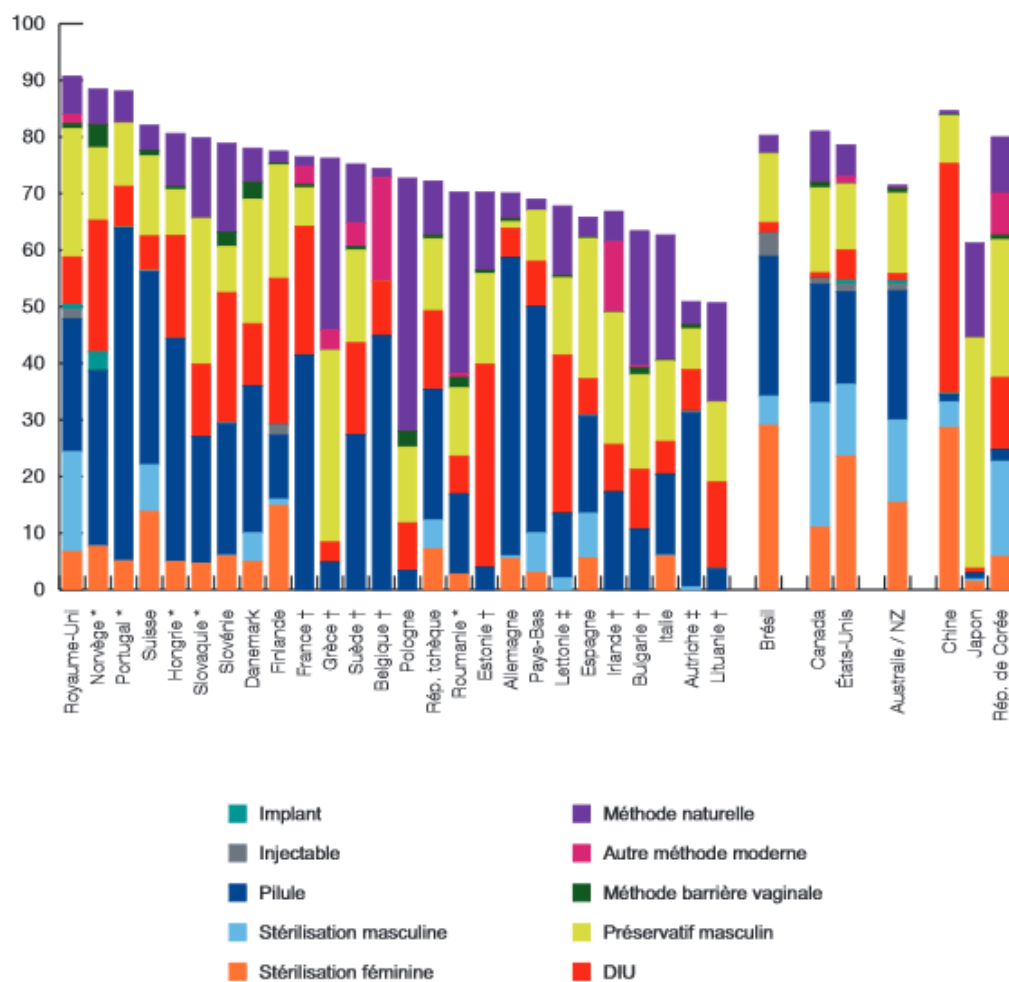
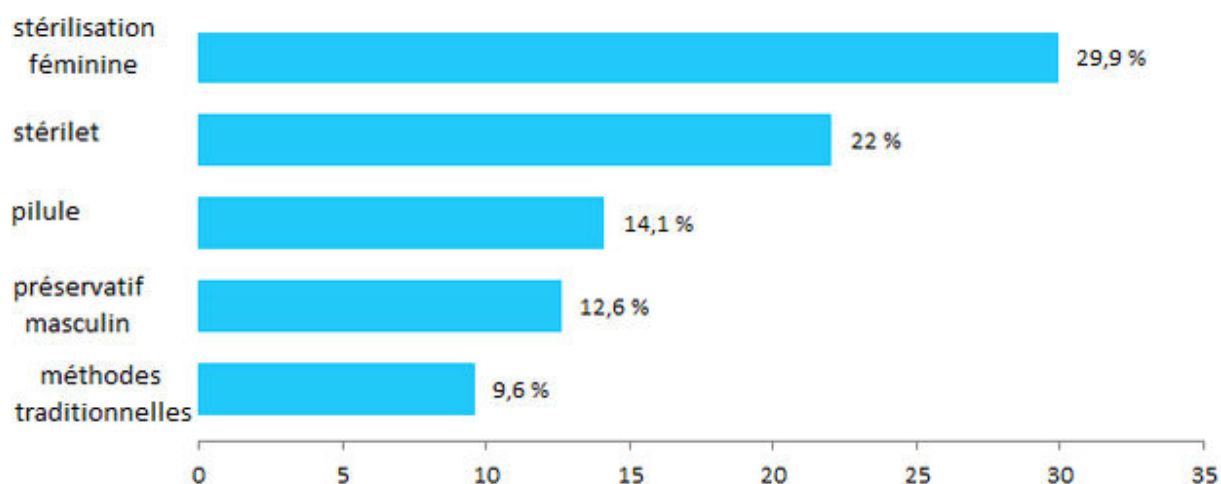


Tableau 4 :Prévalence contraceptive par type de méthode, par pays, Union européenne et autres pays sélectionnés (32)



Champ : femmes de 15-49 ans mariées ou en couple

Tableau 5 : Méthodes de contraception les plus utilisées dans le monde (sur 100 couples ayant recours à la contraception) (34)



Source : World Contraceptive Patterns 2013, Division de la population des Nations unies (Mise à jour août 2014)

Programme d'accès à Jadelle®

Un récent programme d'accès à Jadelle® (implant contraceptif à 2 bâtonnets qui dure jusqu'à 5 ans) a été mis en place en réduisant son coût (diminution de plus de 50% de son prix à travers 50 pays) pour faciliter son accès aux populations de pays en voie de développement. Il est distribué par des agences de type USAID (Agence des Etats Unis pour le développement international) et UNFPA (Fond des nations unies pour la population). D'autres programmes utilisant Jadelle® ou un autre implant contraceptif constatent que la croissance de l'utilisation de ce contraceptif est la plus rapide dans ces pays en voie de

développement. En effet, dans ces pays, l'implant contraceptif a un taux de continuation élevé à 2 ans (proche de 90 %) (35).

Dans les pays développés ce taux semble plus variable. Il est situé aux alentours de 50 % dans certaines références (16, 35) et de 85-90% dans d'autres (17, 36, 37).

5. La contraception : une décision partagée

En dépit d'une utilisation importante de la contraception en France, le taux de grossesse non désiré reste élevé. En 2005, une majorité de femmes a déclaré avoir eu recours à la contraception d'urgence suite à une erreur d'utilisation de la contraception régulière, et dans 42 % des cas cela concernait un oubli de pilule (33).

Ces dernières années, les campagnes de communications ont mis l'accent sur le choix d'une contraception la plus adaptée à la patiente, à son mode de vie et à un moment de sa vie (site internet www.choisiremacontraception.fr, spot télévisuel, édition de brochures, affiches, annonce de presse...).

Lors de la prescription d'une contraception, il est nécessaire de s'assurer que la patiente ait bénéficié de toutes les informations concernant l'ensemble des différentes méthodes contraceptives disponibles. Le choix de la contraception sera le résultat d'une concertation entre la patiente et le prescripteur, en fonction des avantages et inconvénients, en pesant les bénéfices-risques, en s'assurant d'une bonne compréhension. Ce choix éclairé permettra de favoriser une bonne observance. Il faut également rechercher des éventuelles contre indications.

Un suivi doit être mis en place pour évaluer notamment l'observance et la tolérance, et réévaluer si besoin le choix initial.

Cette ligne de conduite de prise en charge d'un patient suit le modèle BERCER de l'OMS. (Bienvenue/Entretien/Renseignement/Choix/Explication/Retour) (33).

6. Place de l'implant contraceptif

Il occupe une petite place en France, moins de 2 % des femmes l'utilisent. Cependant, 56% des femmes déclarent ne pas connaître ce moyen de contraception (3).

2 EME PARTIE

A/ Objectifs

L'offre contraceptive est importante en France et le nombre de femmes sous contraceptif l'est également. Cependant le type de contraception ne semble pas toujours adapté à la vie quotidienne active/ affective des femmes. La pilule est le contraceptif le plus utilisé mais les oublis sont nombreux. Les contraceptifs de longue durée d'action de type dispositif intra utérin ou implant contraceptif, très efficaces, sont une bonne alternative à la pilule chez les femmes qui ne peuvent pas ou n'ont pas envie de penser à leur contraception au quotidien.

Autant le dispositif intra utérin a trouvé sa place (environ 20 % des femmes utilisant un contraceptif ont un DIU), l'implant contraceptif lui n'est utilisé que par 2% des femmes, en dépit de son efficacité très importante et de son faible coût (pour les patientes assurées).

L'objectif principal de cette étude était l'identification des freins à la pose de l'implant contraceptif en médecine générale. Les objectifs secondaires étaient d'une part de déterminer la proportion de médecins généralistes qui en posent, d'autre part de savoir comment ils sont formés à cet acte technique et enfin s'ils réalisent d'autres actes techniques en gynécologie.

B/ Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude quantitative et descriptive.

Suite à une recherche bibliographique, un questionnaire a été réalisé (Annexe 1) et soumis à l'attention de médecins généralistes du département de la Vienne et des Deux-Sèvres.

Les médecins généralistes ont été contactés initialement par téléphone afin d'obtenir leur accord pour la participation à cette étude. La question a été posée soit directement au

médecin, soit indirectement par le biais d'un secrétariat (télé secrétariat ou secrétaire présente physiquement).

Ils avaient la possibilité de répondre de trois manières différentes :

- par internet sous forme d'un questionnaire informatisé via Google Doc, un mail leur était donc adressé pour leur communiquer le lien internet,
- par courrier,
- par téléphone.

Le recueil des données a été effectué entre les mois d'octobre et de novembre 2015.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du test du Chi² pour comparer les groupes ou les sous-groupes deux à deux, ou du test de Fischer si le Chi² était impossible à utiliser. Les différences ont été considérées comme statistiquement significatives si la valeur de p était inférieure à 0.05 ($p < 0.05$)

C/ Résultats

Le nombre total de médecins ayant été contactés était de 439.

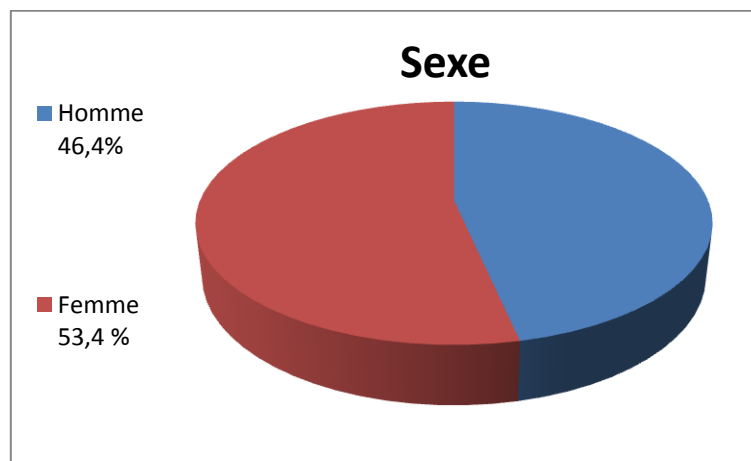
Le nombre de questionnaires ayant été récupéré était de 110, soit un taux de réponse de 25%. Parmi ces questionnaires, 7 d'entre eux ont été écartés car les données sociodémographiques n'étaient pas complètes. Au final, 103 questionnaires (31 récupérés par courriers, 2 par téléphone et 70 par mail) ont été traités.

1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Sexe

Le *sex ratio* homme/femme était de 0,87, avec un nombre de 48 hommes pour 55 femmes (Diagramme 2).

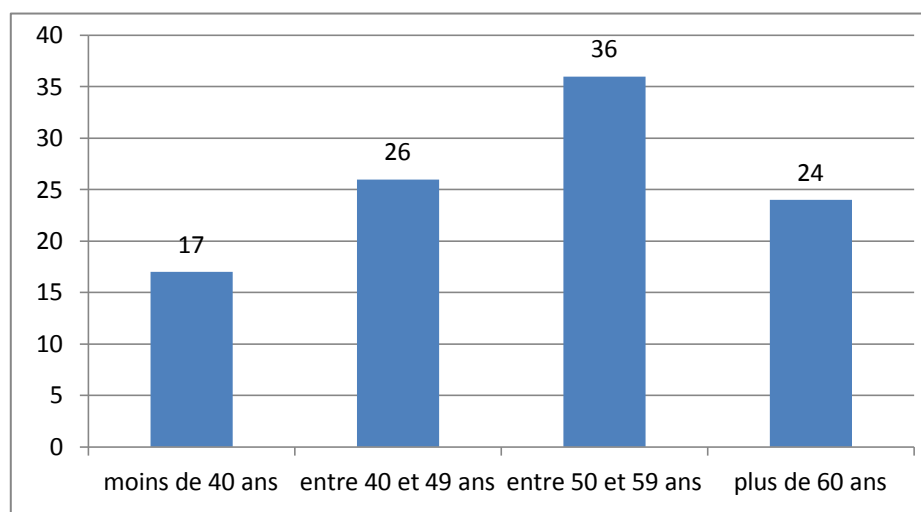
Diagramme 2: Sex ratio de l'échantillon



Age

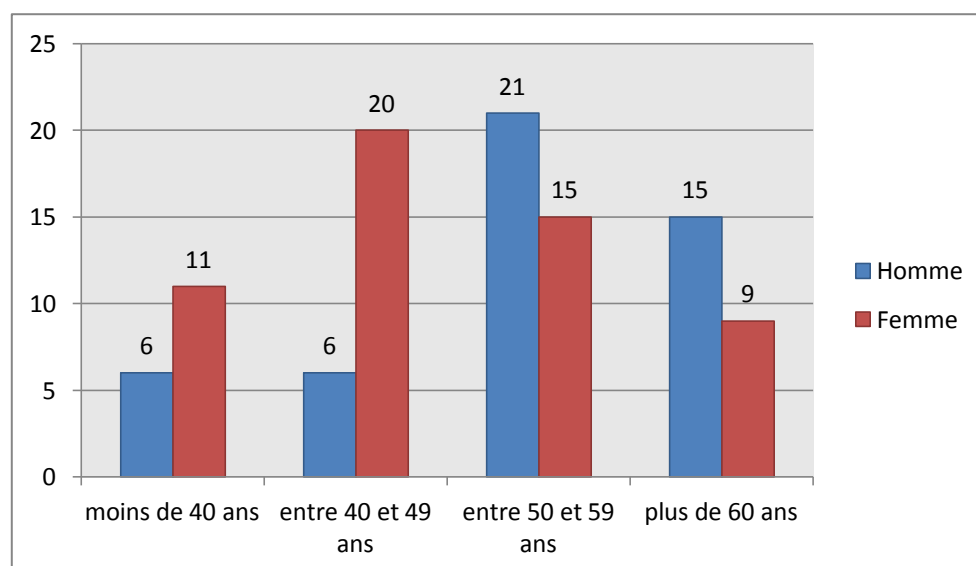
La moyenne d'âge des participants était de 50,4 ans (29-72). La tranche majoritaire était celle entre 50 et 59 ans (Figure 9). La moyenne d'âge était de 47,6 ans pour les femmes et 53,2 ans pour les hommes.

Figure 9 : Répartition des médecins généralistes par tranche d'âge



Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans la distribution homme/femme ($p > 0,05$) (Figure 10). Dans l'analyse de sous-groupe, la différence est significative au niveau de la tranche entre 40 et 49 ans où il y avait plus de femmes que d'hommes ($p = 0,005$).

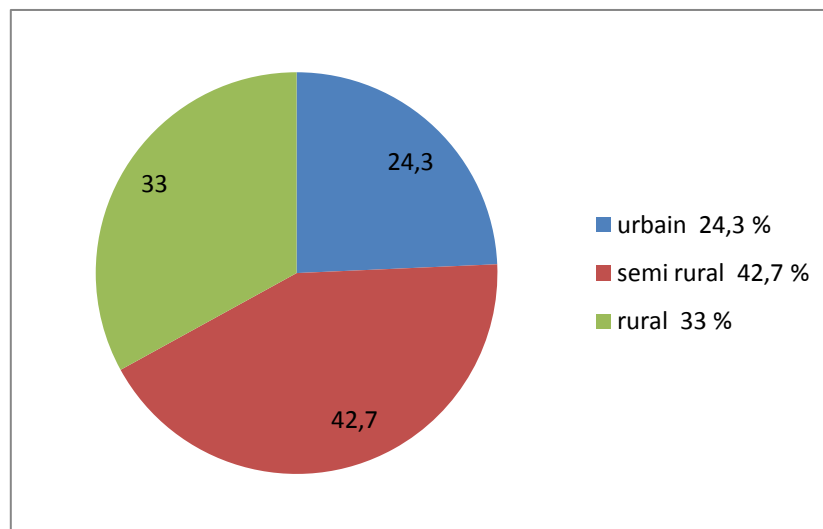
Figure 10 : Répartition des médecins par tranche d'âge en fonction du sexe



Secteur d'exercice

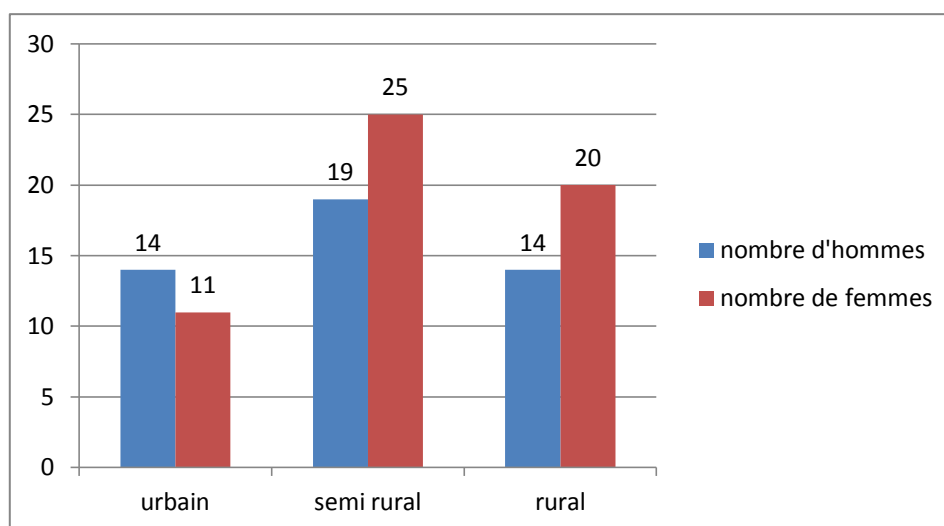
Le milieu semi rural était le secteur d'activité le plus souvent représenté chez les participants avec un taux de 42,7% (Diagramme 3).

Diagramme 3 : Proportion des médecins en fonction de leur secteur d'exercice.



Les femmes ayant participé à l'étude sont majoritaires dans les secteurs semi rural et rural mais la différence n'était pas significative ($p > 0,05$). Les hommes ont répondu majoritairement lorsqu'ils exercent dans le secteur urbain sans que la différence avec les femmes ne soit significative ($p > 0,05$) (Figure 11).

Figure 11 : Répartition des médecins en fonction de leur secteur d'activité et du sexe



2. Type de consultations gynécologiques

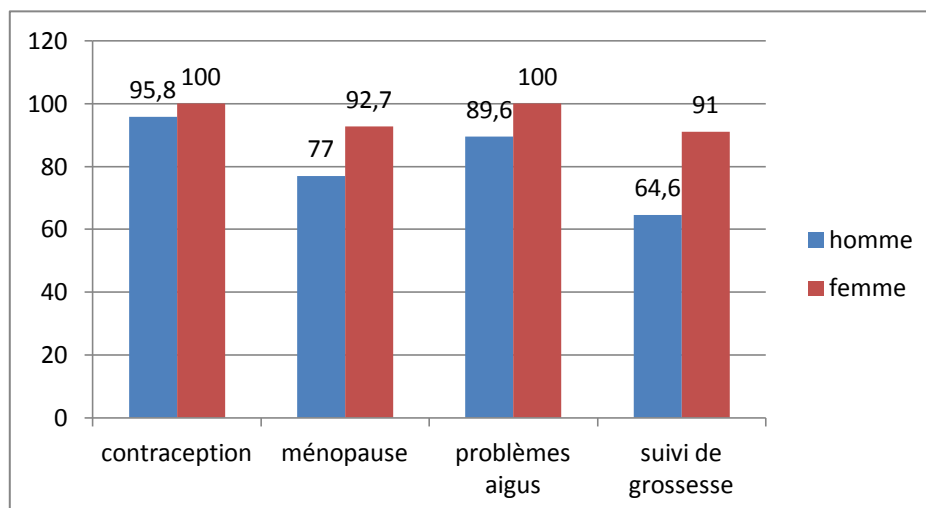
Tous les participants ont répondu (103 personnes). Plusieurs réponses étaient possibles parmi les différents types de consultation gynécologique effectuée (Tableau 6).

Tableau 6 : Types de consultations gynécologiques réalisées par les médecins généralistes.

	Fréquence
Contraception	99 % (n= 102)
Ménopause	86 % (n= 89)
Problèmes gynécologiques aigus	97 % (n= 100)
Suivi de grossesse	79 % (n= 82)
Aucun	1 % (n= 1)

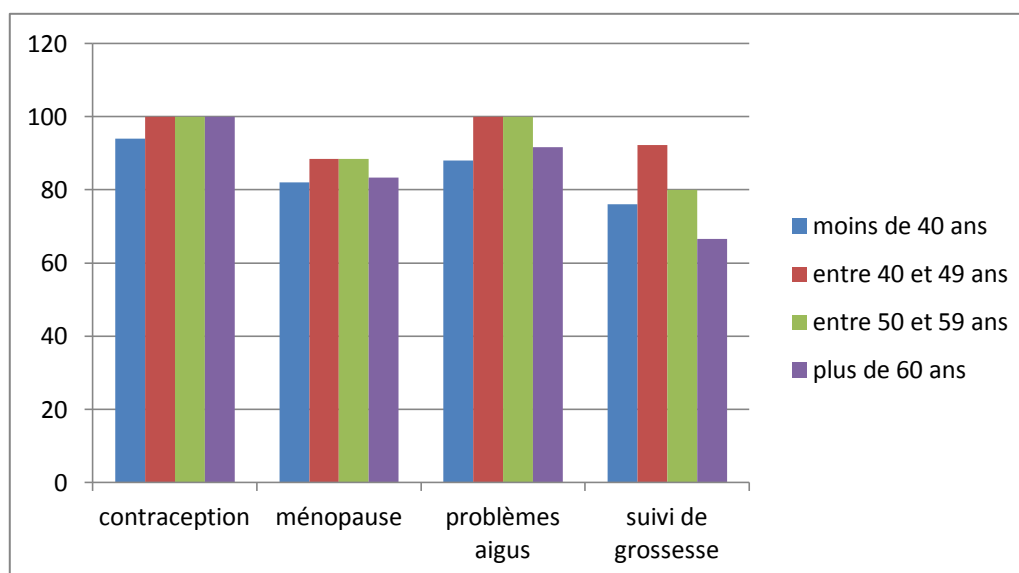
Les femmes médecins réalisaient significativement plus de consultations type ménopause ($p= 0,02$), problèmes aigus ($p =0,015$) et suivi de grossesse ($p=0,0015$) que les hommes (Figure 12). En ce qui concerne la contraception, la différence n'était pas significative entre les hommes et les femmes ($p>0,05$).

Figure 12 : Pourcentage des types de consultations réalisées en fonction du sexe



Il n'y avait pas de différence significative entre les tranches d'âge des médecins en fonction des différents types de consultations ($p > 0,05$) (Figure 13).

Figure 13: Pourcentage de type de consultations pratiqué en fonction de l'âge



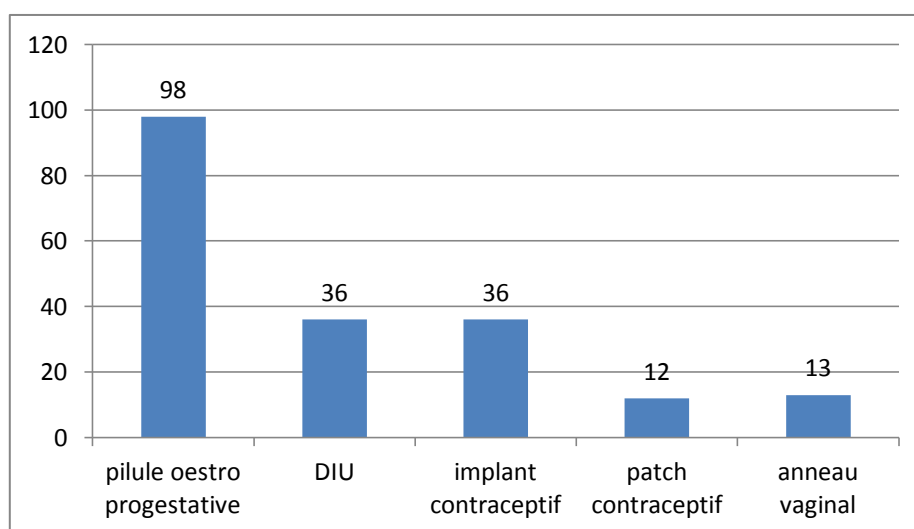
3. Les différents types de contraceptifs proposés:

a. En première intention

Parmi les 103 questionnaires traités, il y avait 100 réponses à cet item (97%). Plusieurs réponses étaient possibles.

La pilule était le moyen contraceptif le plus souvent proposé (98%) tandis que le patch et l'anneau vaginal étaient les moins souvent proposés (Figure 13 et Tableau 7).

Figure 13 : Pourcentages des contraceptifs proposés en première intention



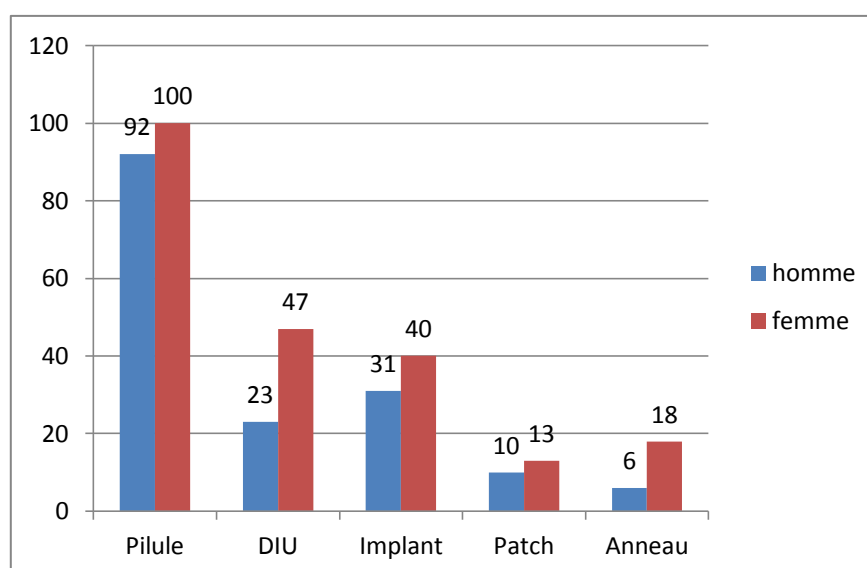
L'implant contraceptif était proposé dans 36% des cas (40% de femmes et 31% d'hommes) (Tableau 7 et figure 14). La différence entre le groupe des hommes et le groupe des femmes n'était pas significative ($p > 0,05$).

Les femmes proposaient significativement plus le DIU que les hommes ($p=0,016$) (Tableau 7 et Figure 14). Il n'y avait pas de différence significative en ce qui concerne l'implant en fonction du sexe ($p>0,05$).

Tableau 7: Pourcentage des contraceptifs proposés en première intention en fonction du sexe

	Total	Femme	Homme
Pilule	98 % (n=98)	100% (n=53)	91,5 % (n=43)
DIU	36 % (n =36)	47% (n=25)	23% (n=11)
Implant	36% (n=36)	40% (n=21)	31% (n=15)
Patch	12% (n=12)	13% (n=7)	10%(n=5)
Anneau	13% (n=13)	18 % (n=10)	6,3%(n=3)

Figure 14 : Pourcentage des contraceptifs proposés en première intention en fonction du sexe



Les médecins généralistes de l'échantillon proposaient un seul contraceptif en première intention dans 52 % des cas (Tableau 8). La pilule était le type de contraception le plus souvent proposé en première intention (96% des cas). Les femmes proposaient plus de moyens de contraceptions en première intention que les hommes mais la différence n'était pas significative quelque soit le nombre proposé ($p>0,05$) (Tableau 8).

Tableau 8 : Pourcentage du nombre de contraceptifs proposés en première intention

	Total	Femme	Homme
1 contraceptif	52 % (n=52)	44% (n=23)	54 % (n=29)
2 contraceptifs	15 % (n=15)	53 % (n=8)	46 % (n=7)
3 contraceptifs	21 % (n=21)	62 % (n=13)	38 % (n=8)
4 contraceptifs	7% (n= 7)	71 % (n=5)	29 % (n= 2)
5 contraceptifs	5 % (n=5)	80 % (n=4)	20% (n=1)

b. En deuxième intention

Cette réponse était présente dans 98 questionnaires (soit 95% de l'échantillon). Plusieurs réponses étaient possibles.

Le DIU était le moyen de contraception le plus proposé en deuxième intention (82 %) suivit de l'implant contraceptif (57%) (Figure 15 et Tableau 9). Les femmes avaient plus souvent proposé l'implant contraceptif que les hommes mais la différence n'était pas statistiquement significative ($p>0,05$).

Figure 15 : Pourcentage des contraceptifs proposés en deuxième intention

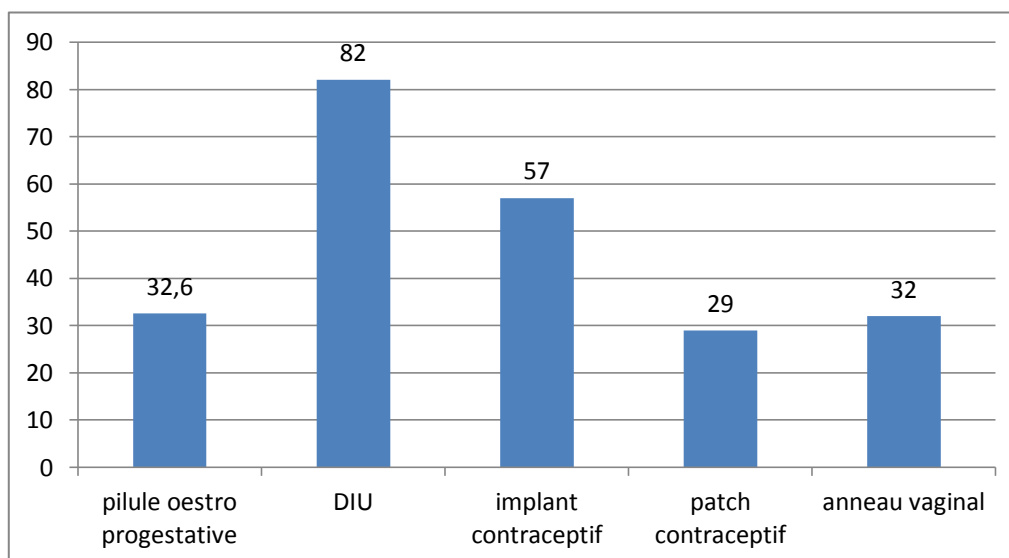
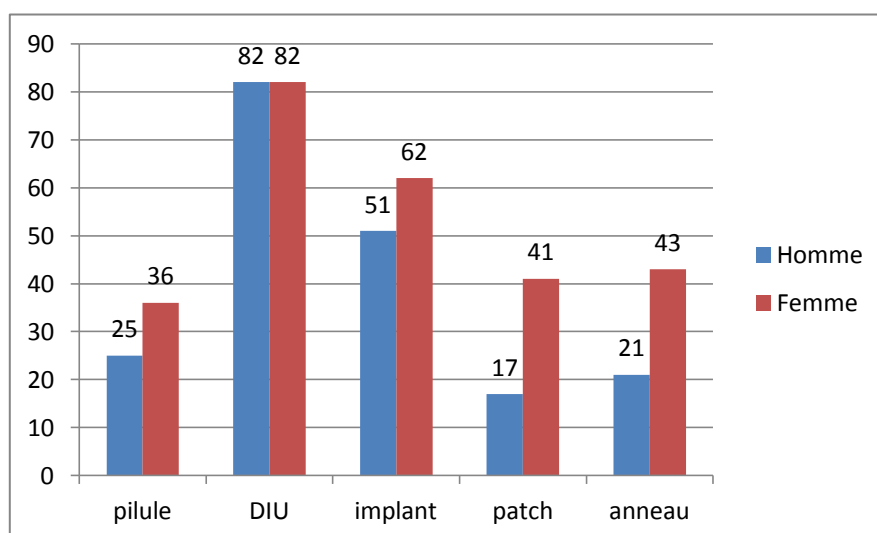


Tableau 9 : Type de contraceptifs proposés en deuxième intention

	Total	Femme	Homme
Pilule	32,6%(n=32)	36% (n= 20)	25% (n=12)
DIU	82 %(n=81)	82% (n=42)	82% (n=39)
Implant	57 % (n=56)	62% (n= 32)	51%(n=24)
Patch	29% (n=29)	41%(n=21)	17% (n=8)
Anneau	32% (n=32)	43% (n=22)	21%(n=10)

Les femmes médecins proposaient significativement plus souvent le patch ($p= 0,01$) et l'anneau ($p=0,03$) en deuxième intention que les hommes (Tableau 9 et Figure 16).

Figure 16 : Pourcentage des contraceptifs proposés en deuxième intention en fonction du sexe



La distribution du nombre de contraceptifs proposé en deuxième intention était plus hétérogène qu'en première intention. A partir de 3 contraceptifs, les femmes proposaient significativement plus de contraceptifs que les hommes ($p=0,02$) (Tableau 10).

Tableau 10 : Pourcentage du nombre de contraceptifs proposés en deuxième intention en fonction du sexe

	Nombre	Femme	Homme
1 contraceptif	32,6 % (n=31)	45 % (n=14)	55 % (n=17)
2 contraceptifs	32,6 % (n=31)	45 % (n=14)	55 % (n=17)
3 contraceptifs	13,7 % (n=13)	46 % (n=6)	54 % (n=7)
4 contraceptifs	5 % (n=5)	80 % (n=5)	20 % (n=1)
5 contraceptifs	15,8 % (n=15)	80% (n=12)	20 % (n=3)

c. Contraceptifs jamais proposés

Le taux de réponse de cet item était de 73% (76 personnes).

L'implant contraceptif n'était jamais proposé par 17 % des médecins ayant répondu à cette question. L'anneau et le patch étaient majoritaires dans les moyens de contraceptions jamais proposés (43 % et 46 % respectivement) (Figure 17 et Tableau 11).

Figure 17 : Pourcentage des contraceptifs jamais proposés

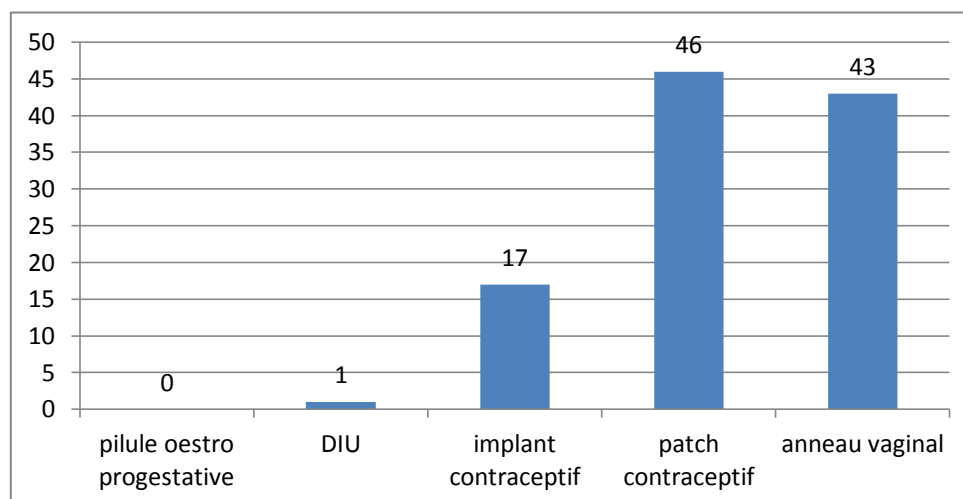
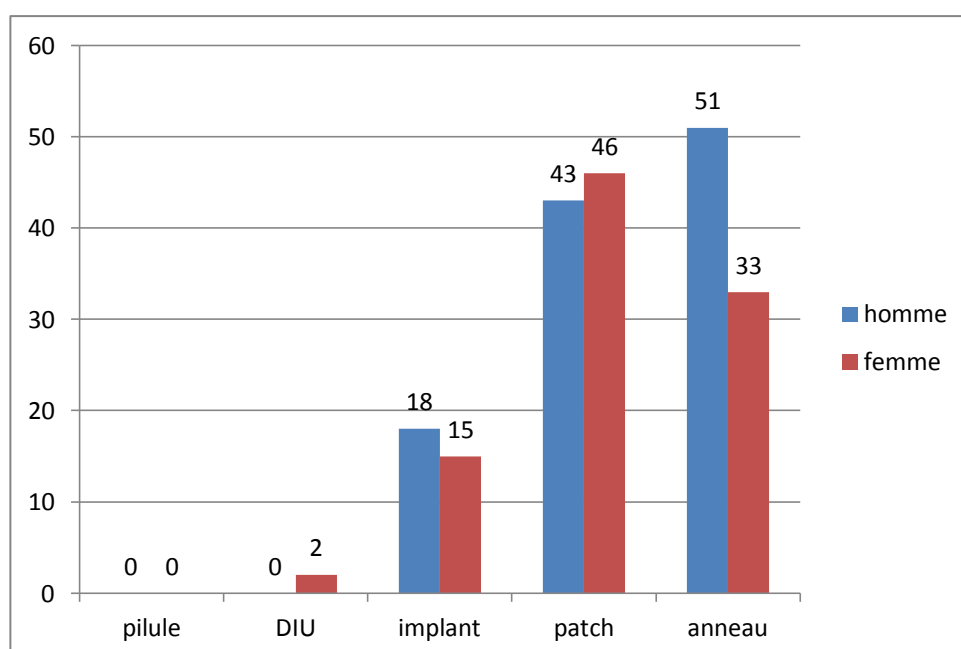


Tableau 11 : Nombre et pourcentage des contraceptifs jamais proposés

	Total	Femme	Homme
Pilule	0%(n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
DIU	1,3% (n=1)	2,5% (n=1)	0% (n=0)
Implant	17,1% (n=13)	15,3% (n=6)	18% (n=7)
Patch	46% (n=35)	46% (n=18)	43% (n=17)
Anneau	43% (n=33)	33% (n=13)	51% (n=20)

Il n'y avait pas de différence significative entre les sexes ($p>0,05$) (Figure 18).

Figure 18 : Pourcentage des contraceptifs jamais utilisés en fonction du sexe



Par ailleurs, 8 personnes (10,5 %) avaient répondu l'item « autre ». Parmi ces derniers, tous avaient inscrit dans la réponse libre « aucun ».

4. Actes techniques de gynécologie

Tous les 103 participants au questionnaire ont répondu à cette question.

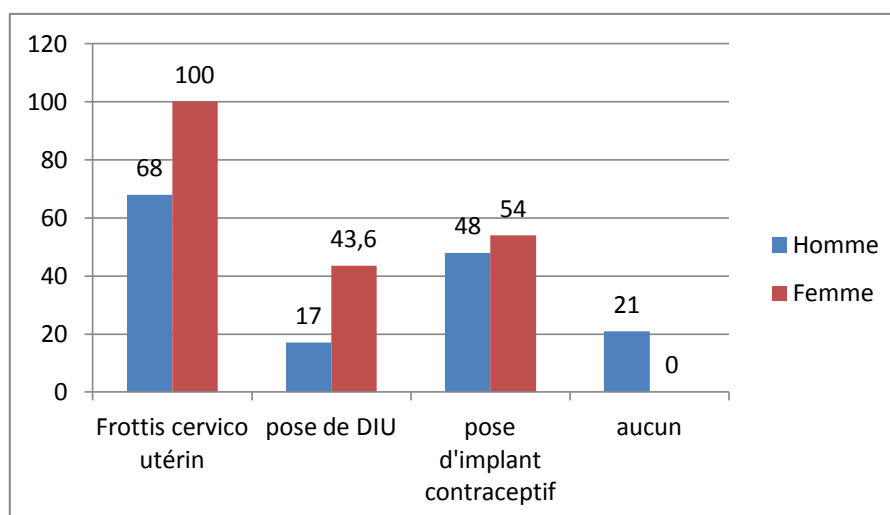
Le frottis cervico-utérin (FCU) était l'acte le plus réalisé (85 %), suivi de la pose de l'implant contraceptif (51%) (Figure 19 et Tableau 12).

Les femmes faisaient significativement plus de FCU ($p=0,003$) et de pose de DIU ($p=0,003$) que les hommes. Il n'y avait pas de différence significative en ce qui concerne l'implant contraceptif entre hommes et femmes ($p>0,05$). Les 10 % de médecins qui ne faisaient pas d'actes techniques étaient tous des hommes.

Tableau 12 : Pourcentage des actes techniques gynécologiques réalisés par les médecins généralistes

Actes techniques	Fréquence	Femme	Homme
FCU	85% (n=88)	100% (n=55)	69 % (n=33)
Pose de DIU	31 % (n=32)	43,6 % (n=24)	17 % (n=8)
Pose d'implant contraceptif	51 % (n=53)	54 % (n=30)	48% (n=23)
Aucun	9,7% % (n= 10)	0%(n=0)	21% (n=10)

Figure 19 : Répartition en pourcentage des médecins réalisant les actes de gynécologie en fonction du sexe



Les médecins généralistes étaient 36,9 % (soit 34 médecins) à ne réaliser que le FCU et 27 % (28 médecins) à réaliser les 3 actes. Parmi ceux qui posaient l'implant contraceptif (51% soit 53 médecins), près de la moitié (52% soit 28 médecins) posaient également le DIU. Dans notre échantillon, 29 % (soit 32 médecins) posaient le DIU, et parmi eux, 87 % (soit 28 médecins) posaient également l'implant.

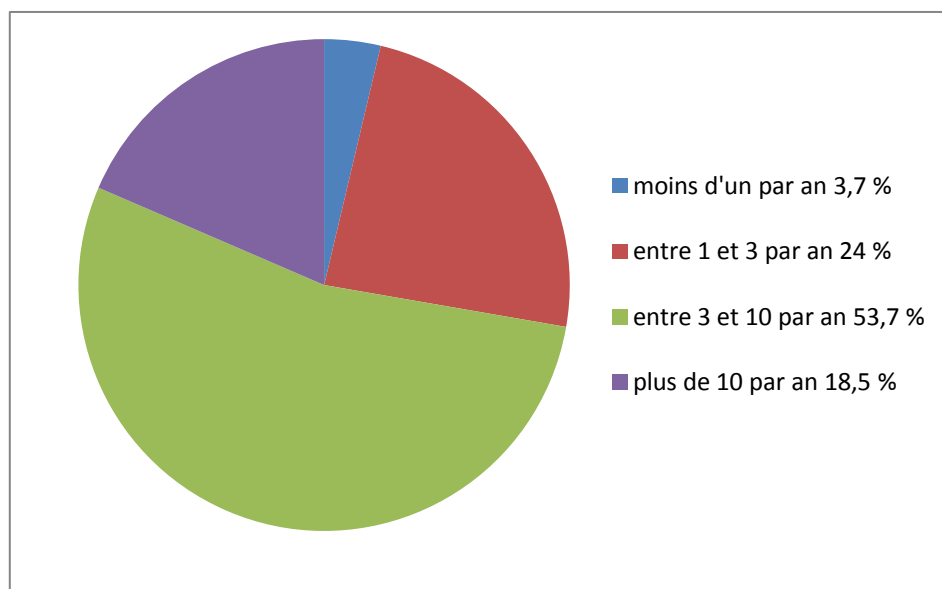
5. Sur l'implant contraceptif

Dans l'échantillon étudié, 51 % des médecins posaient des implants contraceptifs dont 54,6 % étaient des femmes et 45,4 % des hommes (Tableau 12). La différence entre le nombre d'hommes et de femmes n'était pas significative ($p>0,05$). Parmi les médecins qui ne posaient pas d'implant, 28 % d'entre eux avaient déclaré souhaiter en poser (50% d'hommes et 50% de femmes). Pour les 49 % des médecins qui ne posaient pas l'implant, le nouveau dispositif d'insertion ne les incitait pas à en poser pour 76 % d'entre eux.

Pour 83 % des médecins interrogés, l'implant contraceptif était du ressort du médecin généraliste (53 % étaient des femmes et 47 % des hommes) et 12 % pensaient que non.

Chez les médecins qui posaient l'implant contraceptif, 53,7% en posaient entre 3 et 10 par an et 18,5 % en posait plus de 10 par an (Diagramme 4).

Diagramme 4 : Quantité déclarée de pose d'implants contraceptifs annuelle



a. Facteurs limitant la pose de l'implant :

Les médecins étaient 55 à répondre (53,3%). Plusieurs réponses étaient possibles.

Le facteur limitant principal à la pose d'un implant était le manque de formation (62%) suivi de la petite chirurgie nécessaire pour la pose (36 %) et le retrait de l'implant (36 %) (Tableau 13).

Tableau 13 : Pourcentage des différents freins à la pose de l'implant contraceptif

Causes	Fréquence
Manque d'intérêt pour cette contraception	5,5 %(n=3)
Manque de temps	20 % (n=11)
Petite chirurgie nécessaire à la pose	36,4 % (n=20)
Manque de formation à la pose	62 % (n=34)
Impression de réticence, de manque d'intérêt de la part des patientes	5,5% (n=3)
Effets secondaires (ménorrhagie, prise de poids...)	32,7 % (n=18)
Problème d'assurance	18,2 % (n=10)
Petite chirurgie nécessaire pour le retrait	36,6 % (n=20)
Présence d'un gynécologue à proximité	14,5 % (n=8)

Parmi les réponses, 5 personnes (9%) ont mis une réponse libre : un médecin avait annoté « mauvais souvenir de la première génération », 3 autres médecins « associées qui en posent », un médecin « pose par un autre généraliste » et un autre « pas assez de demande ».

b. Formation des médecins

Les médecins étaient 95 (92,2%) à répondre à cet item. Plusieurs réponses étaient possibles.

L'autoformation était le type de formation le plus déclarée (28,4%) par les médecins généralistes. Les médecins avaient déclaré également une absence de formation dans 37% des cas. (Tableau 14)

Tableau 14 : Type de formation déclarée par les médecins pour l'implant contraceptif

	Fréquence
Pendant les études	13,7 % (n=13)
Par un diplôme interuniversitaire	16,8 % (n=16)
Compagnonnage / Collègue	17,9 % (n=17)
Formation médicale continue	11 % (n=11)
Laboratoire	15,7 % (n=15)
Autoformation (lecture de la notice, vidéo	28,4 % (n=27)
Je ne suis pas formé	37 % (n=35)

Un médecin généraliste (1,1%) avait répondu une réponse libre « interne ».

c. Antécédents des patientes

Les médecins étaient 68 à répondre à cette question (66%).

L'antécédent de cancer hormonal a été le plus cité (76%), tandis que la primiparité était le moins cité (5,8%) (Tableau 15).

Tableau 15 : Antécédents des patientes pour lesquels les médecins ne proposeraient pas l'implant

Antécédents	Fréquence
IMC > 25	41 % (n=28)
Présence de facteurs de risque cardiovasculaire	41 % (n=28)
ATCD de thrombose veineuse profonde	61 % (n=42)
ATCD de cancer hormonal	76 % (n=52)
Primipare	5,8 % (n=4)

Parmi les réponses, 3 médecins (4,6%) ont également répondu une réponse libre, l'un ayant noté « ATCD de méno métrorragie sous progestatif », un autre « traitement anti épileptique », également « une allergie à la molécule » et un dernier « hépatopathie ».

d. Effets secondaires

Il y avait 83 réponses à cette question (80,6%). Plusieurs réponses étaient possibles.

L'effet secondaire le plus souvent retrouvé était la présence de méno-métrorragie (88%) (Tableau 16).

Tableau 16 : Proportion des médecins ayant déclaré avoir déjà constaté cet (ces) effet(s) secondaire(s)

Effets secondaires	Fréquence
Prise de poids	54 % (n=45)
Méno métrorragie	88 % (n= 73)
Acné	27 % (n=23)
Mastodynies	20,4% (n=17)

Parmi les répondants, 5 médecins (9,6%) avaient ajouté en réponse libre d'autres effets secondaires tels que « symptômes dépressifs », « douleur », « prurit ». Deux autres (2,4%) ont répondu « baisse de la libido » et un autre « kystes ovariens hyperalgiques ».

e. Complications

Des complications liées à l'implant ont été déclarées par 34 médecins, soit 33 % de l'échantillon.

La complication la plus souvent rencontrée était l'impossibilité de retirer l'implant en cabinet (82%) (Tableau 17).

Tableau 17 : Complications déclarées avec l'implant par les médecins généralistes

Complications	Fréquence
Retrait impossible en cabinet (migration, insertion trop profonde)	82 % (n=28)
Complication locale infectieuse	23,5 % (n=8)
Lésion nerveuse	5,8 % (n=2)
Saignement important, hématome	26,4 % (n=9)

Par ailleurs, une personne (2,9%) a répondu en réponse libre qu'elle avait constaté une « petite douleur résiduelle chronique à la palpation de l'implant », et une autre « retrait difficile mais pas impossible ».

D/ Synthèse des principaux résultats

L'échantillon était composé d'un effectif de 103 personnes, (53,6 % de femmes et 46,4% d'hommes). La moyenne d'âge des médecins était de 50,4 ans (47,6 ans pour les femmes, 53,2 ans pour les hommes). La répartition entre sexe et âge était similaire sauf dans la tranche 40-49 ans où il y avait statistiquement plus de femmes que d'hommes. Ces médecins étaient répartis en trois secteurs d'activités : urbain (24,3%), semi-rural (42,7%) et rural (33%). Il n'y avait pas de différence significative dans la répartition des médecins entre ces différentes zones ($p > 0,05$).

La majorité des médecins généralistes avait une activité de gynécologie, surtout en ce qui concerne la contraception (99%) et les problèmes gynécologiques aigus (97%). Par ailleurs, les femmes faisaient significativement plus de consultations de type ménopause, problèmes aigus et suivi de grossesse que les hommes.

La pilule était le contraceptif le plus souvent proposé en première intention (97%), l'implant contraceptif arrivait en deuxième position ex aequo avec le dispositif intra utérin (36%). Le DIU était le contraceptif le plus proposé en deuxième intention (82%), l'implant contraceptif arrivant en deuxième position (57%). Les médecins femmes proposaient davantage de contraceptifs différents en deuxième intention que les hommes.

Les principaux freins à la pose de l'implant contraceptif en médecine générale étaient le manque de formation (62 %), la nécessité d'une petite chirurgie pour la pose (36,6 %) et la nécessité d'une petite chirurgie pour le retrait (36,6%). Dans l'échantillon étudié, 51 % des médecins généralistes posaient des implants contraceptifs. Parmi eux, 46 % posait le dispositif intra utérin et 81 % faisait le FCU. Parmi les 49 % de médecins qui ne posaient pas l'implant contraceptif, 44 % d'entre eux faisaient des FCU et 7% posaient des dispositifs intra utérins. Les médecins qui ne posaient pas d'implant contraceptifs souhaitaient en poser dans 28 % des cas.

Par ailleurs, 85% des médecins généralistes faisaient des FCU, et 29% posaient des DIU. Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à faire ces 2 gestes techniques que les hommes. La formation à la pose de l'implant contraceptif a été faite par autoformation (28,4%), compagnonnage (17,9%), par un diplôme interuniversitaire (16,8%), par le

laboratoire (15,7%), pendant les études (13,7 %) et par la formation médicale continue (11%). Les médecins généralistes étaient 37% à ne pas être formés.

Parmi les médecins qui posaient l'implant contraceptif, 64% avaient déclaré une complication liée à la pose/retrait. L'impossibilité de retirer un implant au cabinet a été exprimée par 82 % d'entre eux.

3 EME PARTIE

A/ Biais de l'étude :

Initialement, l'étude devait concerner le département de la Vienne mais devant le nombre de questionnaires retourné trop faible pour faire une analyse statistique (une cinquantaine), l'étude a donc été élargie au département des Deux-Sèvres appartenant également à la Région Poitou-Charentes.

Les médecins généralistes ont été initialement contactés par téléphone. Les coordonnées ont été récupérées sur le site internet des Pages Jaunes cependant il semble que le site ne soit pas forcément à jour (certains médecins partis en retraite, d'autres jeunes installés absents). Les médecins n'étant pas forcément joignables directement au téléphone, le message leur était alors transmis par le secrétariat. Il existait alors un biais de communication en cas de mauvaise transmission du message destiné aux médecins. Certains médecins étaient réticents à répondre au questionnaire sous prétexte que cela ne les concernait pas car ils ne posaient pas d'implants contraceptifs.

En ce qui concerne le questionnaire, celui-ci était concis mais c'était un argument favorable pour qu'il soit le plus complet possible. Un taux de réponse de 25 %, pourrai paraître faible comparativement à d'autres travaux de thèses (entre 35 et 45 % pour d'autres thèses (6,7)). Cependant, les sujets de ces deux thèses ne portaient pas uniquement sur l'implant contraceptif mais aussi sur d'autres actes techniques en gynécologie dont les médecins se sentaient peut être davantage concernés.

A propos de la question sur les contraceptifs jamais proposés par les médecins, il manquait un item nommé « aucun », certains l'ont ajouté dans la case « autre » avec saisie de réponse libre (7 % de l'échantillon). Cela a donc pu biaiser les résultats en incitant peut être à répondre au moins un contraceptif. Les médecins étaient 26 % à ne pas répondre à cette question

Enfin, en ce qui concerne la question sur les effets secondaires, étaient visés les médecins qui posaient l'implant contraceptif soit 53 personnes dans l'échantillon étudié. Cependant, 83 personnes avaient répondu à cette question soit vingt médecins de plus. Ces derniers s'étaient probablement référés à certaines de leurs patientes qui ont eu l'implant mais non posés par eux même. D'autres médecins posaient peut être l'implant contraceptif par le passé mais ne réalisaient plus cet acte au moment de l'étude.

B/ Discussions des résultats :

1. L'échantillon

L'âge moyen actuel des médecins généralistes en Poitou-Charentes est de 52 ans (38), ce qui est relativement proche de la moyenne d'âge dans notre échantillon qui était de 50,4 ans. La proportion des femmes était de 53 % tandis qu'elle est de 30 % dans la population de médecine générale du Poitou-Charentes (39). Les femmes avaient plus répondu à l'enquête que les hommes, probablement de part un intérêt plus marqué sur ce sujet que la population masculine. En effet, un autre travail de thèse sur l'implant contraceptif (6) réalisée en région parisienne, montrait également une surreprésentation également des femmes dans leur population d'étude (77%). Cela montre qu'il semble exister un certain attrait des généralistes femmes pour cette méthode contraceptive.

Dans cette étude, la proportion de femmes dans la tranche 40-49ans était supérieure à celle des hommes. Cependant cette proportion n'est pas retrouvée dans la population féminine de médecine générale dans le Poitou-Charentes (38).

Au niveau du secteur d'activité, les secteurs rural et semi-rural étaient les plus représentés (71%) ce qui en accord avec ces 2 départements plutôt à faible densité de population (62 hab/km² contre 115 hab/km² au niveau de la France métropolitaine). On ne retrouvera pas de différence significative d'activité entre ces différents secteurs d'exercice, peut être à cause de la faible taille de l'échantillon.

2. Activités gynécologiques en médecine générale

Au niveau du suivi gynécologique réalisé par les médecins de cet échantillon, quasiment tous pratiquaient de la gynécologie dans leur activité. La plupart d'entre eux faisait de la contraception (99%) et géraient les problèmes gynécologiques aigus (95 %), puis de la ménopause et enfin le suivi de grossesse. Cela va dans le même sens d'une étude réalisée en Bretagne en 2005 (40) dans laquelle les motifs de consultations gynécologiques les plus fréquemment retrouvés étaient la contraception et le suivi du traitement hormonal substitutif, ainsi que le dépistage et la prévention.

Par ailleurs, les femmes effectuaient plus de consultation ménopause, problèmes aigus et suivi de grossesse que les hommes. Elles pratiquaient également plus de FCU et de pose de dispositif intra utérin que les hommes. Cette proportion prépondérante de femmes pour du suivi gynécologique est également retrouvée dans une autre thèse en Midi-Pyrénées (41). Cela conforte encore un certain attrait pour faire de la gynécologie chez les médecins généralistes femmes.

Dans notre étude, 51% des médecins généralistes posaient des implants contraceptifs, 31 % des dispositifs intra utérins et 85% faisaient des FCU.

Le FCU était donc le geste technique le plus souvent réalisé dans notre étude ce qui montre l'importance qu'avaient les médecins généralistes à assurer leur rôle dans le dépistage des cancers notamment ici celui de l'utérus (40). Une thèse réalisée dans les Deux-Sèvres (42) montre également un taux important à 91 %. Dans notre échantillon, les médecins généralistes posaient plus l'implant contraceptif que le DIU, majoritairement posé par les médecins femmes. Ceux qui posaient le DIU posaient presque tous l'implant. Cela s'explique probablement par le fait que la pose de ce dernier concerne une zone intime par rapport à l'implant contraceptif et une technique de pose parfois perçue comme plus complexe.

En ce qui concerne les différents types contraceptifs proposés par les médecins généralistes, la pilule était sans surprise la plus évoquée en première intention, puis venait en deuxième intention le DIU. Cela va dans le sens de la tendance de la contraception en France

où la pilule est la contraception la plus utilisée suivi par le DIU (32). Dans notre population d'étude, l'implant contraceptif se retrouvait en deuxième position ex aequo avec le DIU en première intention. Il arrivait en deuxième position en deuxième intention. Cependant, l'implant est très peu présent en France (moins de 2 % des femmes l'utilisent) (32). Cette différence peut s'expliquer d'une part par le fait qu'il avait plus de médecins de l'échantillon qui s'intéressaient à l'implant contraceptif par rapport à la population générale de médecins généralistes. Elle est peut être liée à la zone géographique car la thèse réalisée en partie dans la même région (42) retrouve un taux assez important de pose d'implant (autour de 50%). Nous avons constaté que dans notre échantillon 12 % des médecins ne proposaient jamais l'implant.

Par ailleurs, 65 % des médecins généralistes proposaient seulement un ou deux contraceptifs en première et deuxième intention, ce qui peut donner lieu à un certain manque d'information aux patientes quand au panel de contraceptifs disponibles en France.

Les médecins prescrivent souvent les médicaments qu'ils connaissent bien et qu'ils ont l'habitude de manipuler. Il y a peut être un manque de formation en amont pour qu'ils maîtrisent et proposent davantage de contraceptifs différents.

3. L'implant contraceptif

Le taux de médecins qui posaient l'implant dans notre échantillon était de 51 %, ce chiffre étant assez élevé par rapport à d'autres thèses (entre 12 à 25%) (6, 7, 43, 44). Deux de ces travaux ont été réalisées en région parisienne, et concernait une population plus urbaine, et les 2 autres ont été réalisées dans des secteurs d'activités similaires à notre échantillon (région de Tours et dans le Tarn). Cependant, une thèse réalisée dans les Deux-Sèvres retrouvait des taux similaires aux nôtres avec 47 % des médecins posant des implants contraceptifs (42) mais avec une proportion de femmes moins importante (33 %). Une autre thèse réalisée dans le Pas de Calais (45) retrouvait 50 % de pose d'implant par des médecins généralistes mais qui étaient également maîtres de stage ce qui pouvait constituer un biais.

Si environ la moitié des médecins interrogés ne posaient pas l'implant, une proportion importante (83 %) pensait que l'implant contraceptif faisait partie du rôle du médecin généraliste (pas de différence significative entre hommes et femmes). Les principaux freins retrouvés à la pose étaient essentiellement le manque de formation (62%), puis l'aspect chirurgical de la pose et du retrait (36%). Le manque de formation était également retrouvé comme principale réticence à la pose de l'implant dans une thèse réalisée dans le Tarn (44).

Les effets secondaires étaient également un frein à la pose pour 32 % des médecins car ils sont assez fréquents et nécessitent souvent un retrait de l'implant.

Le manque de temps a été évoqué par 20 % des médecins qui ne posaient pas d'implant. Cependant la pose et le retrait d'implant par une personne formée met peu de temps, en moyenne 30 secondes pour la pose, et 3 minutes pour le retrait de l'Implanon®, et 2 min pour le retrait du Nexplanon® (10, 11). Mais il est également nécessaire de compter le temps d'attente pour que l'anesthésique utilisé fasse effet, ce qui rajoute quelques minutes.

Plusieurs médecins utilisaient leur réseau de soins pour faire poser l'implant contraceptif à leurs patientes, en adressant leur patiente à un confrère gynécologue ou même à des confrères généralistes, souvent associés, qui le posaient.

La réticence de la part des médecins ou des patientes (ressentie par le médecin) pour ce contraceptif est faible.

En ce qui concerne la formation à la pose, les réponses étaient assez hétérogènes mais avec en premier lieu retrouvé l'autoformation pour 28 % d'entre eux. Plus du quart des médecins posant l'implant s'étaient donc formés seul. Peu de médecins ont été formés pendant leurs études (13,7%), ce qui peut s'expliquer car la moyenne d'âge de l'échantillon était de 50,4 ans et que l'implant contraceptif existe en France depuis 15 ans. Beaucoup de médecins avaient donc terminé leurs études quand l'implant contraceptif a été commercialisé pour la première fois. Cela montre également que les médecins généralistes se forment régulièrement aux nouvelles techniques.

Cependant, une part importante des médecins généralistes interrogés (37%) n'a pas été formée à la pose de ce dispositif

Au niveau des antécédents, beaucoup de médecins avait déclaré ne pas proposer l'implant contraceptif à des patientes qui ont des facteurs de risques cardiovasculaires (41%) ou d'antécédents de thrombose veineuse profonde (61%) alors qu'elles peuvent précisément

en bénéficier dans ces cas là. Il s'agit là de contre indications des contraceptions oestroprogestatives (COP) et non des progestatifs purs. Les progestatifs comme l'implant sont justement une alternative aux COP lorsque ces derniers sont contre indiqués. Il y avait vraisemblablement une confusion de certains médecins généralistes à ce niveau là. Une majorité des médecins (74%) avait déclaré l'antécédent de cancer hormonal ce qui est effectivement une contre indication absolue. De plus, peu de médecins ont sélectionné la primiparité ce qui n'est effectivement pas une contre indication.

Par ailleurs, 41% des médecins ne proposeraient pas l'implant contraceptif à des femmes en surpoids. Ce n'est pas une contre indication mais il semblerait que ces patientes ont plus tendance à prendre du poids selon l'expérience de médecins (46, 47). Ce paramètre doit donc être discuté avec la patiente.

Les effets secondaires déclarés étaient semblables à ceux que l'on retrouve dans les études (13-17), avec en premier lieu les méno métrorragies (88%) souvent responsables de retrait de l'implant. La prise de poids était constatée par 54% des médecins de notre échantillon, cependant, c'est un effet secondaire qui n'a pas été retrouvé de manière significative dans l'étude Vickery et al. (19).

En ce qui concerne les complications liées à la pose et/ou le retrait, nombreux étaient les médecins (82%) qui n'ont pas été en mesure de retirer un implant à leur cabinet, cependant seulement seul 9% du panel déclare que le nouveau dispositif d'insertion les incite à poser l'implant plus facilement.

Une thèse avec une étude qualitative réalisée en 2013 dans la région de Tours (48) révèle une limite de la prescription de cette contraception du fait de connaissances incomplètes. Une autre réalisée dans la région de Nantes (46) de type qualitative, retrouve comme limite principale l'éventuelle difficulté liée au retrait de l'implant plus qu'à la pose. Dans notre étude, il n'y avait pas de différence entre ces 2 petits gestes chirurgicaux.

4. Du côté des patientes

Dans cette étude, le fait que les femmes faisaient généralement plus de gynécologie que les hommes a été plusieurs fois mis en évidence. Cependant, cela ne veut pas nécessairement

signifier qu'il y aurait un moindre enclin des médecins hommes envers la gynécologie mais il existe aussi probablement une part importante de réticence des patientes susceptibles de consulter un médecin homme pour leur suivi gynécologique. Cette notion a déjà été démontrée dans la thèse réalisée dans les Deux-Sèvres (42).

Dans notre étude, seul le point de vue du médecin généraliste a été recueilli, mais c'est au final la patiente qui doit choisir sa contraception en connaissance de cause. Une thèse réalisée dans les Hauts-de-Seine a exploré ce point de vue des patientes sur l'implant contraceptif (49) et mettaient en évidence des freins d'ordre hormonal, (réticence à utiliser des hormones de plus en plus demandé par les patientes), ainsi qu'une absence de volonté à changer de contraceptif. Cette thèse avait aussi montré des idées fausses ou une méconnaissance de ce contraceptif.

CONCLUSION

Il existe des freins à la pose de ce type de contraception caractérisés par le manque de formation, et de la nécessité d'une petite chirurgie pour la pose et le retrait. Il s'agirait donc principalement de l'aspect « technique » de ce contraceptif qui limiterait son usage, car parallèlement la majorité des médecins déclarait que l'implant contraceptif était du ressort du médecin généraliste. Une proportion importante des médecins qui posaient l'implant s'est formée seule.

Un autre frein qui apparaissait également dans cette étude était la présence d'effets secondaires de l'implant nécessitant souvent le retrait de ce dernier, mais il n'est pas possible de modifier ce paramètre actuellement.

La moitié des médecins généraliste interrogés déclaraient poser l'implant contraceptif, ce qui est non négligeable.

Une majorité de médecins ne proposaient que un à deux contraceptifs à leurs patientes ce qui réduit leur choix pour adopter la contraception la plus appropriée. Or le médecin (généraliste ou spécialiste) est la source d'information principale vers laquelle les françaises se tournent le plus en ce qui concerne la contraception.

Il semblerait donc judicieux d'accroître la formation pratique et théorique des médecins envers cette méthode de contraception afin d'améliorer les renseignements qu'ils peuvent fournir aux patientes susceptibles d'y être intéressés. Cette formation pourrait permettre également au médecin de proposer un choix de contraceptif plus étendu aux patientes. C'est au final la patiente qui choisira sa contraception la plus adaptée en ayant toutes les données adéquates pour s'assurer une bonne observance et d'une bonne tolérance.

ABREVIATIONS

ANCIC : Association Nationale des Centres d'IVG et de contraception

ATCD : Antécédent

CIFF: Children 's Investment Fund Fondation

CMU : Couverture Maladie Universelle

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

COP : Contraception oestroprogestative

DIU : Dispositif intra utérin

EICCF : Etablissements d'information, de consultation et de conseil familial

FCU : Frottis cervico utérin

FNUAP : Fond des Nations Unis pour la Population

GERS : Groupement pour l'Elaboration et la Réalisation de Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

INED : Institut National des Etudes Démographiques

INPES : Institut National

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LH : Luteinizing hormone

MFPP : Mouvement français pour le planning familial

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SMR : Service médical rendu

TVP : thrombose veineuse profonde

USAID : Agence des Etats Unis pour le développement international

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

BIBLIOGRAPHIE

1. INPES. Baromètre santé médecins généralistes. 2009
2. Cohen J., Madelenat P., Levytoledano R., Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, «La prise en charge gynécologique des femmes françaises», 2000
3. INPES. Les Français et la contraception. 2007.
4. INPES. Contraception : Que savent les Français ? dossier de presse, 2007.
5. DREES, les médecins au 1^{er} janvier 2012, N°786 2012.
6. Kiassi Irielle L'implant contraceptif et les médecins généralistes en Seine Saint Denis : État des lieux . Thèse de Médecine Générale, université Paris7, 2013.
7. Bidet Pauline. Pratiques des gestes de gynécologie par les jeunes médecins généralistes issus du DES de médecine générale de Créteil. Thèse de Médecine Générale, Université de Créteil (Paris XII), 2013
8. Coalition des produits de santé et de reproduction. Les implants contraceptifs. Dossier produit 2013
http://www.rhsupplies.org/fileadmin/uploads/rhsc/Working_Groups/New_Underused_RH_Technologies_Caucus/Documents/Technical_Briefs/rhsc-brief-contraceptive-implants_A4_FRENCH.pdf
- 9 .ANSM . Notice Nexplanon® 68 mg, implant pour usage sous cutané, mis à jour le 25/05/2015.
10. Levine JP, Sinofsky FE, Christ MF, Implanon US Study Group. Assessment of Implanon insertion and removal. Contraception. 2008 Nov;78(5):409–17
11. Mommers E, Blum G-F, Gent TG, Peters KP, Sørđal TS, Marintcheva-Petrova M. Nexplanon, a radiopaque etonogestrel implant in combination with a next-generation applicator: 3-year results of a noncomparative multicenter trial. Am J Obstet Gynecol. 2012 Nov;207(5):388.e1–6.

12. Dorflinger, L. J. Metabolic effects of implantable steroid contraceptives for women. *Contraception* 65, 47–62 (2002).
13. J.-Colau. Contraception implantable Historique Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique Tome XXVI ,2002
14. Arribas-Mir L, Rueda-Lozano D, Agrela-Cardona M, Cedeño-Benavides T, Olvera-Porcel C, Bueno-Cavanillas A. Insertion and 3-year follow-up experience of 372 etonogestrel subdermal contraceptive implants by family physicians in Granada, Spain. *Contraception*. 2009 Nov;80(5):457–62.
15. Mansour D, Korver T, Marintcheva-Petrova M, Fraser IS. The effects of Implanon on menstrual bleeding patterns. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2008 Jun;13 Suppl 1:13–28.
16. Harvey C, Seib C, Lucke J. Continuation rates and reasons for removal among Implanon users accessing two family planning clinics in Queensland, Australia. *Contraception*. 2009 Dec;80(6):527–32
17. Berenson AB, Tan A, Hirth JM. Complications and continuation rates associated with 2 types of long-acting contraception. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Jun;212(6):761.e1–8.
18. Mansour D, Bahamondes L, Critchley H, Darney P, Fraser IS. The management of unacceptable bleeding patterns in etonogestrel-releasing contraceptive implant users. *Contraception*. 2011 Mar;83(3):202–10.
19. Vickery, Z. et al. Weight change at 12 months in users of three progestin-only contraceptive methods. *Contraception* 88, 503–508 (2013).Weight change at 12 months in users of three progestin-only contraceptive methods;
20. .Harrison-Woolrych, M. & Hill, R. Unintended pregnancies with the etonogestrel implant (Implanon): a case series from postmarketing experience in Australia. *Contraception* 71, 306–308 (2005).
21. Bensouda-Grimaldi L, Jonville-Béra A-P, Beau-Salinas F, Llabres S, Autret-Leca E. Implanon® : difficultés d’insertion et de retrait, échecs contraceptifs. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2005 décembre;33(12):986–90.

22. Boucoiran I, Trastour C, Faraj L, Delotte J, Bongain A. Grossesse sous Implanon® : une « enquête » à propos de trois cas. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2011 février;39(2):e52–e54.
23. Mansour D, Mommers E, Teede H, Sollie-Eriksen B, Graesslin O, Ahrendt H-J, et al. Clinician satisfaction and insertion characteristics of a new applicator to insert radiopaque Implanon: an open-label, noncontrolled, multicenter trial. *Contraception*. 2010 Sep;82(3):243–9.
24. Direction de la Surveillance Pôle Pharmacovigilance Dr Evelyne Falip. Réunion du Comité technique de Pharmacovigilance. Séance du 18 juin 2013
25. Mansour M, Louis-Sylvestre C, Paniel B-J. [Ectopic pregnancy with etonogestrel contraceptive implant (Implanon): first case]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2005 Oct;34(6):608–9
26. Jasaitis Y, Diguët A, Sergent F. L'implant contraceptif à l'étonogestrel (Implanon®) serait-il faillible ? : À propos de l'article « Grossesse extra-utérine survenue sous contraception par implant d'étonogestrel (Implanon®) : premier cas » publié dans le n° 6-2005. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2005 décembre;34(8):819–20.
27. Wechselberger G, Wolfram D, Pülzl P, Soelder E, Schoeller T. Nerve injury caused by removal of an implantable hormonal contraceptive. *Am J Obstet Gynecol*. 2006 Jul;195(1):323–6.
28. Osman N, Mirlesse V. [A new complication of contraceptive hormonal implant: about two cases of lesions of the ulnar nerve at the arm level]. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2005 May;33(5):322–5.
29. Rowlands S. Nerve injuries related to etonogestrel implant. *Contraception*. 2013 Sep;88(3):431
30. ANCIC. La contraception au fil du temps. 2013
<http://www.avortementancic.net/spip.php?article36>

31. UnaformC. Contraception orale : le type de pilule favorise-t-il l'observance ? Bibliomed numéro 571 du 21 janvier 2010.
32. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée Document de synthèse Avril 2013
33. INPES Contraception : Les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Dossier de presse Octobre 2011
34. Fiche pédagogique INED La contraception dans le monde. 2014
35. Bahamondes L. Implants contraceptifs sous-cutanés comparés à d'autres formes de contraceptifs réversibles ou d'autres implants comme méthodes efficaces de prévention de la grossesse : Commentaire de la BSG (dernière révision : 1er décembre 2008). *Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS*; Genève : Organisation mondiale de la Santé.
36. Jeffreys LA, Clark AL. A successful approach to long-acting contraceptive implants in primary care. *Contraception*. 2012 Apr;85(4):381–3.
37. Levine AS, Holmes MM, Haseldon C, Butler W, Tsai C. Subdermal contraceptive implant (Norplant) continuation rates among adolescents and adults in a family planning clinic. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 1996 Apr;9(2):67–70.
38. Le Breton-Lerouvillois G. Atlas démographique en Poitou Charentes 2013
39. Le Breton-Lerouvillois G. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Poitou Charentes situation au 1^{er} juin 2011.
40. G. Levasseur, C Bagot, C Honnorat. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. *Santé Publique* 2005
41. COSTES Magali et LOUZEAU ARNAL Géraldine. Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Thèse de Médecine Générale, Toulouse 3, 2006.
42. Chapeaux Remi. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes.

Enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres. Thèse de Médecine Générale, université de Poitiers, 2013.

43. Desmond Lucie. Analyse de la pratique en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de l'Indre .Thèse de médecine générale, université de Tours, 2013

44. Luz Xavier. Les gestes techniques en médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes du Tarn. Thèse de Médecine Générale, université Toulouse III Paul Sabatier, 2014 .

45. Dessenne Claire. Approche de l'utilisation de l'implant contraceptif par les médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais. Thèse de Médecine Générale, université de Lille 2 Henri Warenbourg, 2013.

46. Attal E, Dumont Beaudonnet V. L'implant contraceptif sous-cutané: perception du médecin généraliste. Thèse de Médecine Générale, université de Nantes, 2012.

47. Martin Winckler. Tout ce qu'il faut savoir (ou presque) sur l'implant contraceptif Octobre 2015(consultée le 20/02/2013) <http://martinwinckler.com/spip.php?article429>

48. Salmon Olivine. Le Dispositif Intra Utérin et l'Implant : analyse des facteurs déterminant la pratique des médecins généralistes du Loir et Cher. Thèse de Médecine générale, université de Tours, 2013.

49. Rouche Déborah. Freins et réticences à l'utilisation de l'implant contraceptif chez les femmes en âge de procréer. Thèse de Médecine Générale, université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, 2015.

ANNEXE

Implant contraceptif en médecine générale

1. Etes-vous ?

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme

2. Quel âge avez-vous ?

.....

3. Ou exercez-vous ?

- ☐ en zone urbaine
- ☐ en zone semi rurale
- ☐ en zone rurale

4. Faites-vous des consultations de gynécologie de type ?

Plusieurs réponses possibles

- ☐ Contraception
- ☐ Ménopause
- ☐ Problèmes gynécologiques aigus
- ☐ Suivi de grossesse
- ☐ aucun
- ☐ Autre :

5. Quelle(s) contraception(s) proposez-vous en première intention ?

Plusieurs réponses possibles

- ☐ Pilule oestroprogestative ou pilule microprogestative
- ☐ Dispositif intra utérin

- ☐ Implant contraceptif
- ☐ Patch contraceptif
- ☐ Anneau vaginal
- ☐ Autre :

6. Quelle(s) contraception(s) proposez-vous en deuxième intention ?

Plusieurs réponses possibles

- ☐ Pilule oestroprogestative ou pilule microprogestative
- ☐ Dispositif intra utérin
- ☐ Implant contraceptif
- ☐ Patch contraceptif
- ☐ Anneau vaginal
- ☐ Autre :

7. Quelle(s) contraception(s) ne proposez-vous jamais ?

Plusieurs réponses possibles

- ☐ Pilule oestroprogestative ou pilule microprogestative
- ☐ Dispositif intra utérin
- ☐ Implant contraceptif
- ☐ Patch contraceptif
- ☐ Anneau vaginal
- ☐ Autre :

8. Quel(s) acte(s) technique(s) pratiquez-vous en gynécologie ?

Plusieurs réponses possibles

- ☐ Frottis cervico utérin
- ☐ Pose de dispositif intra utérin
- ☐ Pose d'implant contraceptif
- ☐ Aucun
- ☐ Autre :

9. Pensez-vous que l'implant contraceptif soit du ressort du médecin généraliste ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Sans opinion
- ☐ Autre :

10. Souhaitez-vous poser des implants contraceptifs ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ J'en pose déjà
- ☐ Autre :

11. La mise en place d'un nouveau dispositif d'insertion (Nexplanon®) vous incite-t-elle à poser plus facilement des implants ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ J'en posais déjà, cela n'a rien changé
- ☐ Sans opinion
- ☐ Autre :

12. Si vous ne posez pas d'implant, quelle en est la ou les raisons principales ?

Plusieurs réponses possibles

- ☐ Manque d'intérêt pour cette contraception
- ☐ Manque de temps
- ☐ Petite chirurgie nécessaire pour la pose
- ☐ Manque de formation pour la pose
- ☐ Impression de réticence, de manque d'intérêt de la part des patientes pour ce contraceptif
- ☐ Effets secondaires de l'implant contraceptif (méno métrorragie, prise de poids...)
- ☐ Problèmes d'assurance
- ☐ Petite chirurgie nécessaire pour le retrait

- ☐ Présence d'un gynécologue à proximité
- ☐ Autre :

13. Y a-t-il motifs pour lesquels vous ne proposeriez pas l'implant ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Autre :

14. Si oui, lesquels ?

Plusieurs réponses possibles

- ☐ IMC > 25
- ☐ Présence de facteurs de risques cardio-vasculaires personnels
- ☐ ATCD de thrombose veineuse profonde
- ☐ ATCD de cancer hormonal
- ☐ Primipare
- ☐ Autre :

15. Combien posez-vous d'implants par an ?

- ☐ Moins d'un par an
- ☐ Entre 1 et 3 par an
- ☐ Entre 3 et 10 par an
- ☐ Plus de 10 par an
- ☐ Je n'en pose pas

16. Comment avez-vous été formé pour poser l'implant contraceptif ?

Plusieurs réponses possibles

- ☐ Pendant les études
- ☐ Par un diplôme inter universitaire
- ☐ Compagnonnage / Collègues
- ☐ Formation médicale continue
- ☐ Laboratoire

- ☐ Autoformation (lecture de la notice, vidéo)
- ☐ Je ne suis pas formé
- ☐ Autre :

17. Avez-vous constaté des effets secondaires avec l'implant contraceptif ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je n'en pose pas

18. Si oui, le ou lequel(s) ?

Plusieurs réponses possibles

- ☐ Prise de poids
- ☐ Méno métrorragie
- ☐ Acné
- ☐ Mastodynies
- ☐ Autre :

19. Avez-vous eu des complications avec l'implant contraceptif ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je n'en pose pas

20. Si oui, la ou lesquelles ?

Plusieurs réponses possibles

- ☐ Retrait impossible en cabinet (migration, insertion trop profonde)
- ☐ Complication infectieuse locale
- ☐ Lésion nerveuse
- ☐ Saignement important, hématome
- ☐ Autre :

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

RESUME

Le nombre d'IVG en France reste élevé malgré une offre et une couverture contraceptive importante. L'implant contraceptif est le contraceptif le plus efficace selon l'OMS (Indice de Pearl proche de 0) mais il est pourtant très peu utilisé en France. Le but de cette étude était de déterminer quels étaient les freins à la pose de l'implant contraceptif en médecine générale.

Les médecins généralistes ont été 103 à accepter de participer à cette étude (25 % de taux de réponse) en répondant à un questionnaire, tous exerçaient dans les départements des Deux Sèvres ou de la Vienne.

Le principal frein à la pose qui a été mis en évidence est le manque de formation à la pose (62%), suivi d'une petite chirurgie nécessaire à la pose (36 %) et au retrait (36%) de l'implant, puis les effets secondaires du contraceptif (32%), le manque de temps (20%), la présence d'un gynécologue à proximité (14,5%), le manque d'intérêt pour cette contraception (5,5%) et l'impression de réticence des patientes (5,5%). Il est proposé par 36 % des médecins généralistes en première intention et par 57 % des médecins en deuxième intention. Dans notre échantillon, 83 % des médecins déclaraient que l'implant contraceptif était du ressort du médecin généraliste et 49% ne posaient pas d'implants. Plus d'un quart des médecins généralistes qui posaient l'implant ont déclaré s'être formés seul.

Le manque de connaissance notamment au niveau technique de pose et la petite chirurgie nécessaire était le principal frein à son utilisation, suivi des effets secondaires fréquents de l'implant. Un renforcement de la formation pratique et théorique des médecins serait à envisager pour améliorer l'accès de ce contraceptif aux patientes.

MOTS CLES: *contraception, implant contraceptif, étonogestrel, médecine générale*