

Année 2013

n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHAPUIS-SICARD Corinne
Née le 25 décembre 1981 à Paris 15ème

Présentée et soutenue publiquement le 14 février 2013

**Evaluation des pratiques de prescription de la
contraception par les médecins généralistes depuis
les dernières recommandations HAS de 2004**

Président de thèse : **Professeur Dominique LUTON**

Directrice de thèse : **Docteur Nadine LAZIMI**

DES de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A mon président de jury, Monsieur le Professeur Dominique LUTON, qui m'a fait l'honneur de présider cette thèse.

A ma directrice de thèse, le docteur Nadine LAZIMI, sans l'aide de qui ce travail n'aurait pas vu le jour.

Aux membres du jury, qui ont accepté de porter de l'attention à mon travail.

Qu'ils trouvent ici, l'expression de mes remerciements respectueux.

A mes parents, qui m'ont toujours encouragée dans mes choix. Merci de m'avoir portée jusqu'ici grâce à votre amour.

A mes grands-parents, qui m'ont donné l'envie d'être médecin et qui sont probablement, où qu'ils soient, fiers de moi aujourd'hui.

A Charlotte et Cyrille, ma sœur et mon frère, merci de m'avoir entourée de votre joie et votre amour.

A tout le reste de ma famille, mes beaux-parents, mes belles-sœurs : Delphine, Marie, Sofia, mes beaux-frères : Florent, Manu, Guillaume, mes neveux et nièces : Juliette, Jeanne, Noé, Robin, Lou, Romane, Sara, merci pour votre affection.

A mes amis fidèles qui m'ont aidée tout au long de mes études et de ce travail. Béa, Coco, Tif et vos hommes, Annabel, Manu, merci pour ces années d'insouciance et de fous rires. A Juju, Clem, Marie, Mathieu, Thomas et tous les cochinois, merci pour votre amitié qui a rendu ces années d'externat plus légères! Merci Ju, Manal, JB, Olive, Redou, Fabi et tous les niçois de m'avoir si bien accueillie.

Merci Fabien pour tes explications sur Excel, merci Michel et Tif pour la relecture de ma thèse.

A Antoine mon amour et mon soutien de chaque jour.

PLAN

1. INTRODUCTION	6
2. GENERALITES	10
A. La contraception	10
1) Histoire de la contraception en France	10
2) La contraception dans le monde	12
3) Les différents moyens de contraception	13
3.1) Les méthodes naturelles	13
3.1.1) Le retrait	13
3.1.2) L'abstinence périodique	13
a) Méthode d'Ogino-Knauss	13
b) Méthode de Billings	13
c) Méthode des températures	13
d) Méthode symptométrique	14
e) Test d'ovulation	14
3.1.3) La méthode MAMA	14
3.2) Les méthodes barrières	14
3.2.1) Le diaphragme	14
3.2.2) La cape cervicale	15
3.2.3) Les spermicides	15
3.2.4) Les préservatifs	16
3.3) La contraception hormonale	17
3.3.1) La contraception oestro-progestative	17
a) La contraception orale	17
b) L'anneau	20

c) Le patch	21
3.3.2) La contraception progestative	22
a) La contraception orale	22
b) L'implantsous-cutané	23
c) Les injections	23
3.4) Le dispositif intra-utérin ou stérilet	24
3.4.1) Le DIU au cuivre	24
3.4.2) Le DIU à la progestérone	24
3.5) La stérilisation	27
3.6) Efficacité des différentes méthodes contraceptives	29
3.7) Evolution des pratiques de contraception en France	30
3.8) La contraception du futur ?	31
B. L'interruption volontaire de grossesse	32
1) Histoire de L'IVG en France	32
2) L'IVG dans le monde	34
3) Les chiffres en France	36
4) Stabilité du nombre d'avortement en France depuis 30 ans	37
C. La contraception d'urgence	38
1) Le DIU	38
2) La contraception hormonale	38
2.1) La méthode Yuzpe	38
2.2) Norlevo®	39
2.3) Ellaone®	39
D. La place du médecin généraliste	41
1) Démographie médicale	41
2) La place du médecin généraliste dans la prescription de la	

contraception	42
E. Une prise de conscience nationale depuis 2004	45
1) Les recommandations HAS de 2004	45
2) Les campagnes télévisées depuis 2007	48
3) Les outils d'information sur la contraception	49
4) INPES et les essentiels	51
5) Le Pass'contraception	53
6) Les dernières dispositions gouvernementales	54
3. MATERIEL ET METHODE	55
4. RESULTATS	56
5. DISCUSSION	111
6. CONCLUSION	126
QUESTIONNAIRE	129
BIBLIOGRAPHIE	131
LISTE DES ABREVIATIONS	134
RESUME	135

1. INTRODUCTION

En France, la contraception s'est largement répandue depuis sa légalisation en 1967: actuellement 97% des femmes sexuellement actives, ne souhaitant pas être enceinte, utilisent un moyen de contraception. (1)

La contraception orale est la méthode contraceptive la plus utilisée (2): 56% des femmes utilisent la contraception orale, 26% le stérilet, 10% le préservatif, 5% l'implant, le patch, l'anneau ou l'injection de progestatifs. La stérilisation, les méthodes locales et naturelles restent peu pratiquées (2 à 3%).

On note cependant une légère modification des pratiques durant ces dix dernières années. En effet la proportion de femmes ayant recours à la contraception orale n'avait cessé d'augmenter depuis sa légalisation en 1967. On note une légère diminution depuis le début des années 2000 (-4,6%). Cette baisse est globalement compensée par l'adoption des nouvelles méthodes hormonales (implant, patch, anneau) sauf chez les 20-24 ans, et par le préservatif chez les 18-19 ans. (1)

Le parcours reste cependant stéréotypé (2) (3) (4):

- Le préservatif est utilisé pour une majorité de jeunes femmes en début de vie sexuelle
- la contraception orale est l'apanage des femmes jeunes dont la vie sexuelle se stabilise (70% des femmes de moins de 35 ans l'utilisent et 83% des 20-24 ans)
- le DIU est l'apanage des femmes plus âgées (43% des femmes âgées de 45 à 49 ans utilisent le DIU contre 35% pour la pilule)

Malgré une couverture contraceptive de plus en plus importante, le taux d'IVG a légèrement augmenté entre 1990 et 2006. On note une relative stabilité depuis 2006: 220 000 IVG par an en France, avec une tendance à l'augmentation chez les moins de

25 ans. (5)(6)

Parmi les grossesses non prévues, 2 sur 3 surviennent chez des femmes utilisant une contraception: 23% des femmes qui ont une IVG prenaient une contraception orale et six fois sur dix cela est dû à un oubli. Seules 34% des femmes prenant la pilule disent ne jamais l'avoir oubliée. (5) (7) (8)(9)

Les autorités ont donc été amenées à se demander si les moyens de contraception les plus souvent proposés étaient adaptés aux femmes et à leur mode de vie. De ces constatations ont été mises en place des recommandations datant de 2004, des campagnes d'information à l'usage des patientes et des professionnels (tous les ans depuis 2007), le Pass'contraception. (2) (7) (8) (10)

Pour les professionnels, les points à retenir de ces recommandations et de ces campagnes quant à la prescription de la contraception sont (outre les recommandations purement médicales) (11) (12):

- la nécessité de réserver une consultation spécialement dédiée à la contraception.
- de prendre en compte le mode de vie, la relation de la patiente, sa sexualité, son partenaire et enfin ses moyens financiers. En effet l'accès aux différents moyens de contraception est différent selon la catégorie socio-professionnelle.
- donner une information claire avec des outils pratiques sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.
- inciter à utiliser d'autres moyens de contraception plus adaptés à chaque patiente, notamment :
 - le DIU qui peut être utilisé chez la nullipare,
 - l'implant, l'anneau ou le patch,

- le préservatif en cas de partenaires multiples et/ou de relation instable,
- La stérilisation féminine et masculine à but contraceptif qui sont légalisées depuis 2001,

Le médecin généraliste est l'un des principaux acteurs de la contraception (95% de la population considère qu'une personne ayant besoin d'un conseil au sujet de la contraception devrait s'adresser à son médecin généraliste) (13)

Un travail a été fait en 2008 (14) pour évaluer la pratique des médecins généralistes lors de la première prescription de pilule oestroprogestative depuis les recommandations de 2004. Ce travail s'adressait aux médecins généralistes et faisait état des pratiques concernant la recherche de contre-indications médicales, la pratique d'un examen clinique et la prescription d'examens complémentaires. Ce travail ne s'interrogeait pas sur l'évaluation du mode de vie, les facteurs socio-économiques de la patiente et sur la proposition d'autres méthodes contraceptives.

Un autre travail a été fait en 2010 (15) auprès de femmes qui avaient subi une IVG à Robert Balanger à Aulnay-Sous-Bois pour évaluer leur connaissance quant à leur contraception et l'information qu'elles avaient l'impression d'avoir reçue de leur médecin généraliste ou gynécologue. Il en résultait que la consultation spécialement dédiée à la contraception n'était pas systématique, la plupart des différentes méthodes contraceptives n'étaient pas exposées.

En réponse à ce dernier travail qui interrogeait les patientes, j'ai voulu interroger les médecins. Quelle est leur pratique ? Quelle information ont-ils l'impression de donner

aux patientes sur leur contraception? Tout en sachant qu'en consultation il existe un écart entre ce qu'on a l'impression d'avoir dit et ce qui est compris par la patiente.

L'enquête Fecond de 2010 vient compléter mon travail (1) (16). Elle a consisté, entre autre, à interroger 1011 médecins généralistes et gynécologues exerçant en cabinet de ville, tirés au sort dans le répertoire Adeli de l'Assurance maladie. Ils ont été interrogés en 2011 au moyen d'un questionnaire imprimé ou par internet, sur leurs connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive. Les premiers résultats sont parus en septembre 2012. Je les développe dans ma discussion en les comparant à mes résultats.

Les résultats définitifs de cette enquête sont en attente.

2. GENERALITES

A. LA CONTRACEPTION

1) Histoire de la contraception en France (5) (17) (18)

La volonté de réguler les naissances est un problème de société qui se pose depuis la préhistoire.

La religion, la politique et la science ont dicté depuis toujours cette régulation des naissances.

En France, le christianisme a toujours prôné la chasteté et la sexualité dans le mariage dans un but de procréation.

La limitation des naissances apparaît réellement en France à partir de la fin du XVIIème siècle pour des préoccupations démographiques. La méthode du retrait, de l'abstinence, des ébauches d'éponges, des spermicides, de stérilets, de préservatifs et de capes cervicales sont les principales méthodes contraceptives.

La loi du 31 juillet 1920 place la contraception comme un crime en France. « Sont punis de lourdes peines les auteurs et complices de publicité ou information sur la contraception, la diffusion de moyens contraceptifs ou abortifs »

Entre 1924 et 1928, Kyusaku Ogino un japonais et Hermann Knaus un autrichien vont découvrir la physiologie de l'ovulation et permettre ainsi une méthode de contraception fondée sur le calcul et la connaissance de son corps.

En 1931, l'autrichien Ludwig Haberlandt découvre le principe de la contraception hormonale qu'il testera avec succès sur des souris.

En 1960, le mouvement français pour le planning familial est créé, il revendique le droit à la contraception, à la sexualité, et d'avoir un enfant au moment opportun avec

le slogan « un enfant si je veux quand je veux ».

La loi Neuwirth du 28 décembre 1967 abroge la loi de 1920 et autorise la fabrication et la diffusion des contraceptifs.

En 1974, l'Assemblée nationale vote le projet de Simone Veil ministre de la Santé, qui libéralise totalement la contraception. La Sécurité Sociale rembourse la pilule. Elle est gratuite pour les mineurs dans les plannings familiaux.

Au début des années 2000, de nouvelles méthodes hormonales de contraception comme l'implant, le patch, l'anneau sont proposées aux femmes.

Dans la loi du 4 juillet 2001, la stérilisation à visée contraceptive est autorisée. Les mineurs n'ont plus besoin de l'autorisation parentale pour avoir accès à la contraception.

Depuis 2009, la gratuité de la contraception pour les mineurs fait débat. En octobre 2012, les députés ont voté la gratuité pour les mineures de 15 à 18 ans de certains contraceptifs (implants, stérilets et pilule contraceptive de 1^{ère} et 2^{ème} génération).

Depuis septembre 2012, les étudiantes peuvent s'adresser aux services médicaux universitaires pour obtenir la délivrance gratuite d'une contraception d'urgence.

2) La contraception dans le monde : (19)

Dans le monde 61% des couples utilisent un moyen de contraception (10) : 39% la stérilisation, 23% le stérilet, 12% la pilule, 8% le préservatif, 4% le retrait.

Les usages varient beaucoup d'un pays à un autre :

- la stérilisation est beaucoup employée par les pays anglo-saxons, les pays d'Asie et d'Amérique du Sud (exemples : 49% des couples aux Etats-Unis, 56% au Brésil, 61% au Canada, 46% en Chine)
- 49% des chinoises ont un stérilet
- Le Japon est le seul pays au monde où 90% des couples se servent du préservatif comme moyen de contraception
- En France le moyen contraceptif prédominant est la contraception orale

3) Les différents moyens de contraception :(20) (21) (22) (23) (24) (25) (26)
(27) (28) (29)

3.1) Les méthodes naturelles : le retrait et l'abstinence périodique.

Il s'agit de méthodes naturelles ne faisant appel à aucun dispositif médical et à aucun médicament mais ce sont des méthodes peu fiables.

3.1.1) Le retrait

Le taux de grossesse pour 100 femmes durant la première année d'utilisation est de 27 pour un emploi habituel. Pour une utilisation optimale elle descend à 4.

3.1.2) L'abstinence périodique

a) Méthode d'Ogino-Knauss

Méthode la moins fiable, elle est fondée sur le calcul de la durée des cycles précédents.

Il faut observer environ 12 cycles pour avoir une idée précise de la durée des cycles.

Pour des cycles qui durent de 26 à 32 jours, la période d'abstinence doit se situer du 7^{ème} au 18^{ème} jours du cycle

b) Méthode Billings ou de la glaire cervicale

Cette méthode consiste à observer la glaire cervicale et s'abstenir de rapport sexuel lorsque la glaire est la plus fertile (glaire à l'aspect de blanc d'œuf, collante, qui s'étire)

c) Méthode des températures

La température basale du corps s'élève de 0,3 à 0,5° après l'ovulation. Cette méthode consiste à ne pas avoir de rapports sexuels du 1^{er} jour du cycle jusqu'au 3^{ème} jour consécutif de température plus élevée.

d) Méthode symptométrique

Cette méthode combine les méthodes suscitées.

e) Tests d'ovulation

Ces tests identifient le pic de LH, 24 à 36 heures avant l'ovulation.

Ils ont une efficacité limitée en cas de syndrome des ovaires poly-kystiques étant donné que la LH est augmentée de manière basale ce qui positive le test en dehors des périodes d'ovulation.

Il n'existe pas d'étude prouvant l'efficacité de la méthode qui consiste à s'abstenir de rapports sexuels au moment où les tests d'ovulation sont positifs.

3.1.3) La méthode MAMA ou méthode de l'allaitement maternel

Il s'agit d'une méthode contraceptive durant les 6 mois suivant l'accouchement et jusqu'au retour de couche. Elle nécessite un allaitement exclusif avec des tétées espacées de moins de 4 heures la journée et de 6 heures la nuit.

3.2) Les méthodes barrières

3.2.1) Le diaphragme

Méthode très ancienne, elle est très peu utilisée actuellement.

Le diaphragme est en silicone en France.

Il doit être utilisé en association avec des spermicides.

Plusieurs tailles existent, le médecin doit évaluer la taille adaptée à la patiente.

Il est placé en diagonal le long du vagin, il recouvre la paroi antérieure de celui-ci et le col utérin.

Le diaphragme doit être posé avant chaque rapport sexuel et doit être retiré 6 heures après. Le diaphragme ne doit pas être gardé plus de 24 heures dans le vagin. Il s'agit

d'une méthode peu onéreuse (on peut utiliser le même diaphragme pendant 1 an) mais elle est contraignante.

Il semble diminuer le risque du CIN dû à l'HPV mais ne protège pas contre le VIH.



3.2.2) La cape cervicale

Elle est encore moins utilisée que le diaphragme.

Elle est également en silicone en France.

Elle se place sur le col utérin comme un dé à coudre. L'utilisation concomitante de spermicide est nécessaire pour obtenir un effet contraceptif.

Le taux d'échec est plus important chez les multipares que les nullipares



3.2.3) Les spermicides

Ce sont des substances qui sont insérées dans le vagin sous forme d'ovule, de crème, de capsule, de comprimés, d'éponges et qui ont une activité spermicide. Elles doivent être

insérées avant le rapport sexuel et leur durée d'action va de 3 à 10 heures.

Ils peuvent être utilisés seuls ou en association avec le diaphragme ou la cape cervicale.

Les spermicides disponibles en France sont commercialisés sous les noms : Alpagelle® et Pharmatex®.



3.2.4) Les préservatifs masculins et féminins

Seuls moyens efficaces pour lutter contre les infections sexuellement transmissibles.

Ils sont à usage unique.

Le préservatif masculin est le plus souvent en latex, mais en cas d'allergie il peut être en polyuréthane.

Le préservatif féminin, Femidon® le plus souvent en polyuréthane ou en nitrile lubrifié, doit être placé plusieurs heures avant le rapport sexuel.



Femidon 1

3.3) La contraception hormonale :

3.3.1) La contraception oestro-progestative

Les mécanismes d'action de la contraception oestro-progestative sont:

- L'inhibition de la croissance folliculaire et de l'ovulation par inhibition de l'axe hypothalamo-hypophysaire en induisant une inhibition de la sécrétion de FSH et LH.
- Effets périphériques : modification de la glaire cervicale devenant imperméable aux spermatozoïdes, modification de l'endomètre qui devient impropre à la nidation.

a) La contraception orale

La pilule oestro-progestative peut être mono, bi ou tri-phasique, c'est à dire contenant différentes doses d'hormones au cours du cycle.

Elle est minidosée ou macrodosée en fonction de la dose d'éthinylestradiol.

Jusqu'à récemment le seul œstrogène utilisé était l'éthinylestradiol, estrogène de synthèse dérivé du 17 β -estradiol. Depuis peu les pilules Qlaira®, Zoely® sont arrivées sur le marché et contiennent de l'estradiol naturel.

Elle peut être de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} génération ou autre en fonction du type de progestatif.

Elles comprennent 21 à 24 comprimés actifs suivis de 7 à 4 comprimés inactifs permettant l'hémorragie de privation. Elles ne sont pas toutes remboursées.

Tableau Contraceptifs hormonaux 2011

CONTRACEPTION oestro-progestative

Progestatifs de 1^{ère} génération :

Nom comm.	Séquence	Progestatif	Dos. EE en µgrs/cp	Dos. prog.en µgr/cp	Nbre de cp	Indice de Pearl	Prix en E* pour 3 mois	
Triella	Triphasique	Noréthisthérone	35 35 35	500 750 1000	7 blancs 7 oranges pâles 7 oranges =21	nc	3,12	R

Progestatifs de 2^{ème} génération :

Nom comm.	Séquence	Progestatif	Dos. EE en µgrs/cp	Dos. prog.en µgr/cp	Nbre de cp	Indice de Pearl	Prix en E* pour 3 mois	
Stediril	Monophasique	Norgestrel	50	500	21	0	3,82	R
Minidril Ludeal gen, Zikiale	Monophasique	Lévonorgestrel	30	150	21	0.1	5,08 5,08	R
Adépal Pacilia	Biphasique	Lévonorgestrel	30 40	150 200	21	0	7,22 6,14	R
Trinordiol, Amarance, Daily gen, Evanecia	Triphasique	Lévonorgestrel	30 40 30	50 75 125	6 briques 5 blancs 10 jaunes =21	0.18	5,08 5,08	R
Leeloo	Monophasique	Lévonorgestrel	20	100	21	0,69	5,89	R
Lovavulo	Monophasique	Lévonorgestrel	20	100	21	0,69	5,89	R

Estrogène naturel

Nom comm.	Séquence	Progestatif	Dos. Estradiol µgrs/cp	Dos. prog.en µgr/cp	Nbre de cp	Indice de Pearl	Prix en E* pour 3 mois	
Qlaira	Quadriphasique	Estradiol +Diénogest	3mg 2mg 2µg 1mg 0	0 2 3 0 0	2 5 17 2 2 --> 28cps	0,78 à 1	45	NR

Hors AMM contraception :

Nom comm.	Séquence	Progestatif	Dos. EE en µgrs/cp	Dos. prog.en µgr/cp	Nbre de cp	Indice de Pearl	Prix en E* pour 3 mois	
Diane 35 Acétate de cyprotérone	monophasique	Acétate de cyprotérone	35	2000	21	nc	33	NR
Holgième Lumalia							16 18	
Minerva, Evepar,							18	

*Prix au 20/11/2010, indicatif pour les pilules non remboursées (NR)

Progestatifs de 3^{ème} génération :

Nom comm.	Séquence	Progestatif	Dos. EE en µgrs/cp	Dos. prog.en µgr/cp	Nbre de cp	Indice de Pearl	Prix en E* pour 3 mois				
Cycléane 20	Monophasique	Désogestrel	20	150	21	0.05	34,3	NR			
Mercilon							34,3				
Desostregel EE 20 Desobel 20							7,28	R			
Cycléane 30	Monophasique	Désogestrel	30	150	21	0	34,3	NR			
Varnoline							34,3	NR			
Desogestrel EE30, Desobel 30							7,28	R			
Varnoline continue							7,28	R			
Méliane	Monophasique	Gestodène	20	75	21	0.07	40,25	NR			
Harmonet							33,25	NR			
Efezial , Felixita,(NR) Carlin, GestodèneB							18,15	NR			
							7.28	R			
Melodia	Monophasique	Gestodène	15	60	28	0.24	37,40	NR			
Minesse											
Minulet	Monophasique	Gestodène	30	75	21	0.06	30,35	NR			
Moneva							30,35	NR			
Efezial, Felixita(NR) Carlin, GestodèneB							7.28/18	R/NR			
							7.28	R			
Triafemi	Triphasique	Norgestimate	35	180	6 bleu ciel		27	NR			
Tricilest									5 bleu foncé 10 blancs =21		
Tri-minulet	Triphasique	Gestodène	30	50	6 beiges	0.10	27	NR			
Phaeva, Perléane							40 30	70 100	5 bruns 10 blancs =21	34	
Cilest							35	250	21	0.43	19
Effiprev	Monophasique	Norgestimate									

Progestatifs Autres

Nom comm.	Séquence	Progestatif	Dos. EE en µgrs/cp	Dos. prog.en µgr/cp	Nbre de cp	Indice de Pearl	Prix en E* pour 3 mois	
Jasmine	Monophasique	Drospirénone	30	3000	21	nc	42	NR
Jasminelle	Monophasique	Drospirénone	20	3000	21		42	NR
Jasminelle continue	Monophasique	Drospirénone	20	3000	21 actifs+7=28cps		42	NR
Yaz	Monophasique	Drospirénone	20	3000	24 actifs+4	0.41	42	NR
Belara	Monophasique	Chlormadinone	30	2 000	21	0.29	41,05	NR

Pilules oestro-progestative à base de progestatifs de 3^{ème} génération ou de drospirénone et risque de thrombophlébite :

Ces pilules ont été beaucoup prescrites du fait de leur activité androgénique faible, de leur activité anti-gonadotrope élevée qui permettaient une diminution du dosage d'éthinylestradiol.

Cependant il a été démontré une augmentation du risque d'accident thromboembolique veineux par rapport aux pilules à base de progestatifs de 2^{ème} génération. (30) (31) (32) (33)

Suite à l'avis de l'HAS, la ministre de la Santé Marisol Touraine a tranché : la pilule de 3^{ème} génération ne sera plus remboursée à partir du 30 septembre 2013.

b) L'anneau

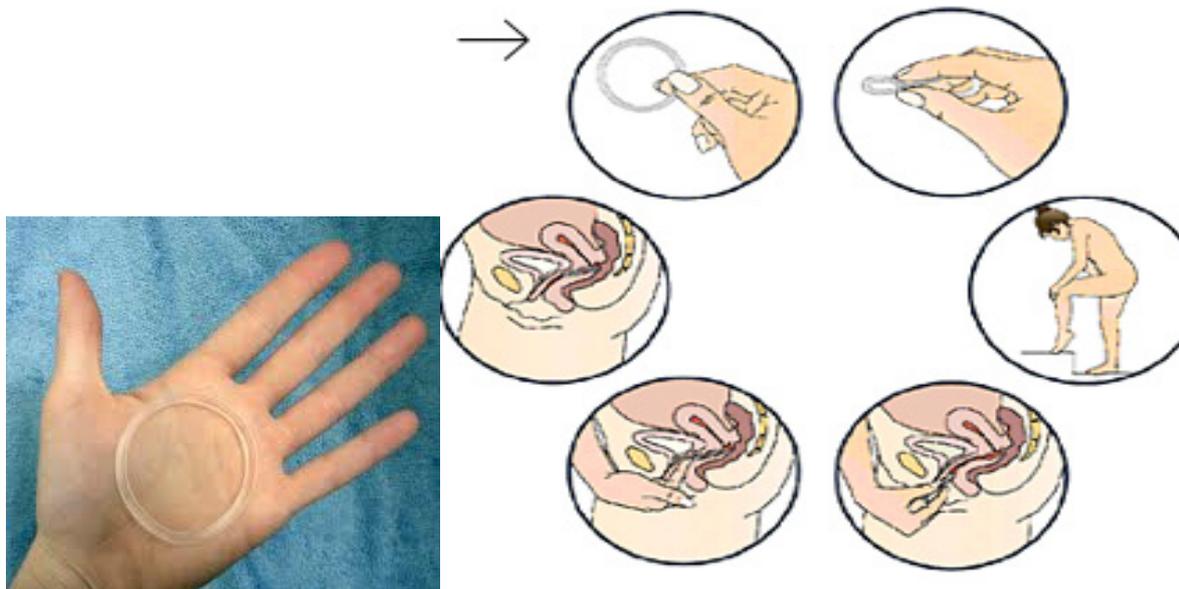
L'anneau Nuvaring® délivre 120 µg d'etonogestrel (progestatif de 3^{ème} génération) et 15 µg d'éthinylestradiol par 24 heures.

L'anneau est placé dans le fond du vagin pendant 3 semaines puis il doit être retiré une semaine afin de permettre l'hémorragie de privation.

Il a les mêmes contre-indications que la pilule oestro-progestative.

Son intérêt par rapport à la pilule est d'améliorer les problèmes d'observance.

Si l'anneau reste en dehors du vagin plus de 3 heures, son efficacité diminue, il faut alors appliquer les mêmes règles que pour un oubli de pilule de plus de 12 heures.



c) Le patch

Le patch Evra® délivre 150 µg de norelgestromine (progestatif de 3^{ème} génération) et 20 µg d'éthinylestradiol par 24 heures.

On utilise un patch par semaine, 3 semaines consécutives avec un intervalle libre d'une semaine sans patch (comme la pilule à 21 comprimés) afin de permettre l'hémorragie de privation.

Il a les mêmes contre-indications que la pilule oestro-progestative.

Comme l'anneau, son intérêt par rapport à la pilule est d'améliorer l'observance. Une diminution de son efficacité a été rapportée chez les femmes obèses.

L'efficacité ne diminue pas en cas d'oubli de changement de patch jusqu'à 48 heures.

Par contre en cas de décollement de plus de 24 heures, l'utilisatrice est soumise à un risque de grossesse et doit appliquer les mêmes règles que pour un oubli de pilule de plus de 12 heures.

Le taux de décollement de ces patchs est inférieur à 5%, il doit être appliqué sur peau propre, saine, glabre, sur les fesses, l'abdomen, le dos et la face externe du bras.

Il n'y a aucune contre-indication à faire du sport, de la piscine, sauna, hammam



3.3.2) La contraception progestative

Le mécanisme d'action des progestatifs :

- effets périphériques : modification de la glaire, modification de l'endomètre rendant impropre l'implantation de l'embryon.
- l'inhibition de l'ovulation est plus ou moins obtenue en fonction du dosage et du type de progestatifs.

a) La contraception orale à base de progestatifs :

- Les faiblement dosées en administration continue

Il en existe 2 : Desogestrel (Cérazette®), et Levonorgestrel (Microval®), cette dernière est la seule remboursée.

L'inhibition de l'ovulation n'est pas complète avec ces pilules mini-dosées, la sécrétion de FSH et LH persiste.

Elles sont administrées en continue, il n'y a pas d'hémorragie de privation mais les spotting sont fréquents.

Un oubli de plus de 3 heures pour Microval® expose à un risque de grossesse.

Un oubli de plus de 12 heures pour Cerazette® expose à un risque de grossesse.

Méthode continue avec progestatifs à faible dose :

Nom comm.	Séquence	Progestatif	Dos. EE en µgrs/cp	Dos. prog.en µgr/cp	Nbre de cp	Indice de Pearl	Prix en E* pour 3 mois
Microval		Lévonorgestrel	0	30	28	1	11.46 R
Cerazette		Désogestrel	0	75	28	0.52	33 NR

- Les fortement dosées en administration discontinue

Elles ont un effet anti-gonadotrope.

Elles n'ont pas l'AMM pour la contraception du fait qu'il n'existe pas d'étude clinique à grande échelle permettant d'établir un indice de Pearl.

Elles doivent être administrées du 5^{ème} au 25^{ème} jour du cycle.

Méthode discontinuée avec macroprogestatifs, 20 j par mois

Nom comm.	Progestatif	Dose mg/cp	cp / jour	Nbre de cp	Prix en E* pour 3 mois	
Colprone	Medrogestone	5	2	20	4,39	R
Lutenyl	Nomegestrol	5	1	10	4,51	R
Nomegestrol	Nomegestrol	5	1	10	4,12	R
Luteran	Chlormadinone	10	1	12	3,69	R
Chlormadinone	Chlormadinone	10	1	12	3,69	R
Surgestone	Promégestone	0.5	1	12	8,44	R
		0.5		10	10,03	

*Prix au 20/11/2010, indicatif pour les pilules non remboursées (NR)

b) L'implant sous-cutané :

L'implant est disponible en France depuis 2001.

Il s'agit d'un bâtonnet flexible de 4 cm de long et de 2 mm de diamètre qui doit être inséré au niveau de la face interne du bras. Il est efficace à 99,9%

Actuellement le Nexplanon® est commercialisé. Il délivre de l'etonogestrel à une dose de 60 à 70 µg par jour la première année, puis diminue progressivement.

Il remplace l'Implanon® depuis 2011. A la différence de ce dernier, Nexplanon® est radio-opaque ce qui facilite le retrait, et le système de pose est plus facile.

La durée d'utilisation de Nexplanon® est de 3 ans maximum et 2 ans chez les obèses.

Comme tous les progestatifs, l'implant est responsable de spotting.

c) Les injections :

Il n'en existe qu'un : le Dépo-Provera®, dépo-médorogestérone acétate à la dose de 150mg tous les 3 mois.

Ses avantages sont : sa durée d'action, sa facilité d'utilisation.

Les inconvénients sont une modification du métabolisme lipidique, une irrégularité menstruelle voire une aménorrhée, un retour retardé à la fertilité, une ostéopénie.

En 2006, l'OMS est toujours favorable à cette méthode très utilisée dans de nombreux pays, notamment aux Etats-Unis où elle est la 3^{ème} méthode contraceptive réversible utilisée après le préservatif et la pilule.

En France la contraception progestative injectable reste très peu utilisée.

3.4) Les dispositifs intra-utérins ou stérilets :

Il en existe de 2 types : les DIU au cuivre et les DIU délivrant un progestatif.

Le DIU peut être proposé aux nullipares.

Il peut être posé à tout moment du cycle (en s'assurant qu'il n'y a pas de grossesse en cours) mais est posé préférentiellement entre J1 et J5 car le col est un peu ouvert au moment des règles ce qui rend la pose moins douloureuse.

Le DIU ne doit pas être posé avant 4 semaines dans le post-partum. En revanche il peut être posé immédiatement après une IVG.

Il sert également de contraception d'urgence si il est posé dans les 5 jours après le rapport sexuel.

Il est posé pour une durée de 5 ans

3.4.1) Le DIU au cuivre :

Le cuivre est toxique pour l'ovule et les spermatozoïdes, ainsi que pour la glaire cervicale (le cuivre inhibe ainsi la pénétration des spermatozoïdes).

Le DIU provoque une action inflammatoire au niveau de l'endomètre, ce qui a un effet anti-implantatoire.

3.4.2) Le DIU à la progesterone :

Le seul commercialisé est Miréna® au levonorgestrel (progestatif de synthèse).

La libération intra-utérine de lévonorgestrel inhibe la croissance de l'endomètre, entraîne un épaissement de la glaire cervicale la rendant impropre aux spermatozoïdes. A ces mécanismes s'ajoute la réaction inflammatoire empêchant la nidation.

Mirena® a en plus de son effet contraceptif un intérêt thérapeutique, en particulier dans les ménorragies fonctionnelles, l'endométriose et l'adénomyose.



Miréna 1

Tableau stérilets 2011

Nom DIU	R	IMPLANT	Durée selon Labo
NT 380 standard CCD NT 380 short	30.50 *	Fil de cuivre 380mm2	Durée de vie : 5 ans
TT 380 CCD	30.50	Fil de cuivre 380mm2	Durée de vie : 10 ans
Gynelle 375 .. CCD	30.50*	Fil de cuivre 375 mm2	Standard Durée de vie : 4 ans (Identique au multiloadCu375)
UT 380 30.50* CCD	30.50*	Fil de cuivre 380 mm	Durée de vie : 5 ans Existe en 2 tailles, standard et <i>short</i>
Mona Lisa Cu375/375 SL HRA-Pharma	30.50*	Fil de cuivre 375mm	Durée de vie : 5 ans
Mona Lisa NT Cu 380 HRA-Pharma	30.50*	<i>Fil de cuivre 380mm2</i>	Durée de vie : 5 ans
Mona Lisa CuT380A QL HRA-Pharma	30.50*	Fil de cuivre 380mm2	Durée de vie : 10 ans
MultiloadCu375 organon	30.50*	Fil de cuivre 375mm2	Durée de vie : 5 ans Existe en 2 tailles 35mm(standard ou 30 mm(SL))
Mirena schering	125.37	Lévonorgestrel 20mcg /j	Durée de vie : 5 ans Le seul hormonal Le plus efficace de tous les DIU : ASMR niveau 3

3.5) La stérilisation :(34) (35) (36)

La stérilisation à visée contraceptive est autorisée par la loi depuis le 4 juillet 2001.

Seules les personnes majeures peuvent demander une stérilisation.

Le choix doit être libre et éclairé, les informations doivent être explicitées par oral et par écrit.

La stérilisation doit être présentée comme irréversible.

Un délai de 4 mois doit être respecté après la première consultation pour procéder à une stérilisation. Après ce délai de 4 mois, la personne doit confirmer par écrit sa volonté de procéder à une stérilisation.

Cet acte peut être réalisé dans un établissement de santé (hôpital, clinique).

La stérilisation comprend la ligature des trompes et la vasectomie.

Nous n'aborderons ici que la ligature des trompes puisqu'il s'agit de la stérilisation féminine.

Il existe 2 méthodes pour la ligature des trompes :

- L'occlusion immédiate. Les différentes techniques sont la ligature, la section, l'électrocoagulation, la pose de clip ou d'anneau pinçant les trompes. Différentes voies d'accès sont envisageables : coelioscopie, laparotomie lors d'une autre intervention (césarienne par exemple), incision dans le fond du vagin
- L'occlusion progressive des trompes : la technique Essure®. Elle consiste en la mise en place de micro-implants dans les trompes qui vont entraîner une fibrose en 3 mois. Cette technique a l'avantage d'être pratiquée par les voies naturelles en hystérocopie avec diminution du risque lié à l'anesthésie. Elle n'est efficace qu'au bout de 3 mois (il est donc nécessaire d'utiliser un autre moyen de contraception pendant 3 mois). Au terme de ce délai, un contrôle de l'occlusion doit être réalisé par un ASP ou une échographie pelvienne.

L'efficacité de la ligature de trompes est de 99%.

Les complications post-opératoires sont rares et souvent bénignes : douleurs abdominales passagères.

Il existe néanmoins un risque de grossesse-extra-utérine si la ligature des trompes a échoué et compte tenu des lésions des trompes.

La ligature des trompes est un acte chirurgical intégralement remboursé par la Sécurité Sociale.

De 2005 à 2007, la technique Essure® était remboursée à 100% si la coelioscopie était contre-indiquée.

De 2007 à 2010, elle était remboursée pour toutes les femmes majeures qui le désiraient.

A partir de mai 2010, elle est remboursée uniquement pour les femmes de plus de 40 ans ou pour celles de moins de 40 ans dont la coelioscopie et toute autre contraception sont contre-indiquées.

Depuis décembre 2012, elle est à nouveau remboursée pour toutes les femmes majeures sans limite d'âge.

3. 6) Efficacité des différentes méthodes contraceptives selon l'OMS (11)

Efficacité	Méthode	Grossesse pour 100 femmes au cours des 1 ^{ers} premiers mois d'utilisations=indice de Pearl	
		En pratique courant	En utilisation optimale★
Toujours très efficace	Implant	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
	Pilule progestative pure (au cours de l'allaitement)	1	0,5
Efficace dans son emploi courant	Méthode de l'aménorrhée lactationnelle	0,2	0,5
	Contraception orale oestro-progestative	6-8	0,1
	Pilule progestative pure (en dehors de l'allaitement)	§	0,5
A une certaine efficacité dans son emploi courant	Préservatifs masculins	14	3
	Retrait	19	4
	Diaphragme spermicide	20	6
	Méthodes naturelles	20	1-9
Efficace lorsqu'elle est employée correctement régulièrement (utilisation optimale)	Préservatifs féminins	21	5
	Spermicides	26	6
	Cape cervicale (nullipare)	20	9
	Cape Cervicale (multipare)	40	26
	Pas de méthode	85	85

★ Correspond à l'efficacité obtenue des essais thérapeutiques

§ : En dehors de l'allaitement les pilules progestatives pures sont « un peu » moins efficaces que les contraceptifs oraux oestroprogestatifs

3.7) Evolution des pratiques de contraception en France (37) (38)

TABLEAU 2. – MÉTHODE CONTRACEPTIVE PRINCIPALE
UTILISÉE EN 1978, 1988, 1994 ET 2000

	Pour 100 femmes âgées de 20-44 ans :			
	Année d'enquête (années de naissance)			
	1978 (1933-1957)	1988 (1943-1967)	1994 (1949-1973)	2000 (1956-1980)
Utilisent une méthode actuellement	67,6	67,8	67,7	74,6
<i>Dont :</i>				
Pilule	28,3	33,8	40,2	45,4
Stérilet	8,6	18,9	15,8	17,3
Abstinence périodique	5,5	5,0	3,9	1,3
Préservatif	5,1	3,4	4,6	7,4
Retrait	18,0	4,8	2,4	2,3
Autre méthode ^(a)	2,1	1,8	0,8	0,9
Stérilisation (à but contraceptif)	4,1	4,2	3,0	4,7
– la femme	4,1	3,9	3,0	4,7*
– le partenaire (masculin)	0,0	0,3	0,0	0,0
N'utilisent pas de méthode	28,5	28,2	29,4	20,7
<i>Dont :</i>				
Stérilisées (but médical seulement)	3,2	1,8	1,5	0,0*
Stériles	1,4	2,8	2,6	1,3
Enceintes	4,8	5,4	5,1	4,0
Sans partenaire	9,1	9,9	11,3	8,2
Veulent encore un enfant ^(b)	6,3	6,6	6,4	5,4
Ne veulent plus d'enfant	3,7	1,7	2,6	1,8
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0
Population féminine totale 20-44 ans (en milliers)	8 899	10 177	10 662	10 364
<p>(a) Méthodes féminines locales ou méthode non précisée. (b) Maintenant ou plus tard, y compris les réponses « Ne sait pas ». * En 2000, parmi les femmes stérilisées nous ne pouvons distinguer les stérilisations à but contraceptif de celles à but médical. <i>Sources</i> : Ined, enquête mondiale de fécondité 1978, enquête régulation des naissances 1988, enquête sur les situations familiales et l'emploi 1994, enquête Cocon 2000.</p>				

En France, la contraception orale reste toujours le premier moyen contraceptif. Alors que la proportion d'utilisatrices n'avait cessé d'augmenter depuis la légalisation de la pilule en 1967, elle a légèrement diminué depuis le début des années 2000. Cette baisse est compensée par l'adoption de nouvelles méthodes hormonales de contraception (implant, patch, anneau) chez les 25-29 ans, par le préservatif chez les

18-19 ans. Chez les 20-24 ans, si l'utilisation de la pilule a diminué c'est parce que leur suivi gynécologique a diminué. L'hypothèse avancée dans l'article « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques » de N. Bajos est que cela est dû à la dégradation de leur situation financière.

La stérilisation n'est toujours utilisée que par une minorité de femmes, malgré sa légalisation en 2001.

Les femmes n'utilisant pas de contraceptifs et ne souhaitant pas être enceintes sont le plus souvent des femmes confrontées à des difficultés financières, peu ou pas diplômées, ou vivant en milieu rural. (1)

3.8) La contraception du futur ?

Une équipe américaine a publié dans le journal Cell le 17 août 2012, des résultats d'une étude sur la découverte d'une contraception masculine efficace, réversible, sans retentissement sur la libido. (39)

Ils ont découvert qu'une molécule, la JQ1, initialement utilisée dans les cancers épidermoïdes, était un inhibiteur de BRDT, protéine indispensable au remodelage de la chromatine au moment de la méiose dans la spermatogénèse.

JQ1 a été testé sur des souris et des rats.

Sur le modèle murin, JQ1 diminue la taille des testicules, le nombre et la mobilité des spermatozoïdes sans action sur le taux de testostérone et sans effet sur la libido.

Les souris mâles retrouvaient une fertilité normale après 3 à 6 mois et les souriceaux nés après utilisation de cette molécule étaient en bonne santé.

On peut imaginer pour le futur toute sorte de contraceptions : par exemple la pilule à prendre une fois par mois par les femmes, éliminant ainsi les problèmes d'observance.

B. L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

1. Histoire de l'IVG en France (40)

De tout temps l'avortement a existé.

Fœtus signifie en latin « être jeune » ou « jeune enfant »

Les romains donnaient des droits aux fœtus. D'après le droit romain : « infans conceptus pro nato habetur » c'est à dire « l'enfant conçu est considéré comme né »

Le serment d'Hippocrate datant du 5^{ème} siècle av. J.C., le montre par la réplique : « je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif »

Au siècle dernier, les femmes qui faisaient avorter étaient appelées les « faiseuses d'anges », elles étaient sévèrement punies par la loi.

En 1920, la loi interdit l'avortement

En 1942, l'avortement est considéré comme un crime, il est passible de peine de mort.

En 1971, 343 femmes déclarent avoir avorté, manifeste publié dans Le Nouvel Observateur.

En 1972, l'avocate Gisèle Halimi fait acquitter une jeune fille de 17 ans qui a avorté.

En 1973, 331 médecins font savoir qu'ils ont pratiqué l'avortement.

1974, l'Assemblée Nationale vote le projet de loi de Simone Veil et dépénalise l'IVG. Il peut être pratiqué dans un délai de 12 semaines d'aménorrhée, il existe une clause de conscience pour les médecins qui ne souhaitent pas la pratiquer.

1975, promulgation de la loi Veil pour une durée de cinq ans.

1979, la loi Veil est reconduite

1980 :

- l'IVG est légalisée définitivement
- mise au point de la pilule abortive RU486

1982, l'IVG est remboursée par la Sécurité Sociale

En 1988, un arrêté légalise la distribution de RU 486

En 1993, la loi Neiertz crée le délit d'entrave à l'IVG

En 1999, le Norlevo® ou « pilule du lendemain » est en vente libre dans les pharmacies, elle peut être délivrée sans ordonnance.

La loi du 4 juillet 2001, la loi Aubry :

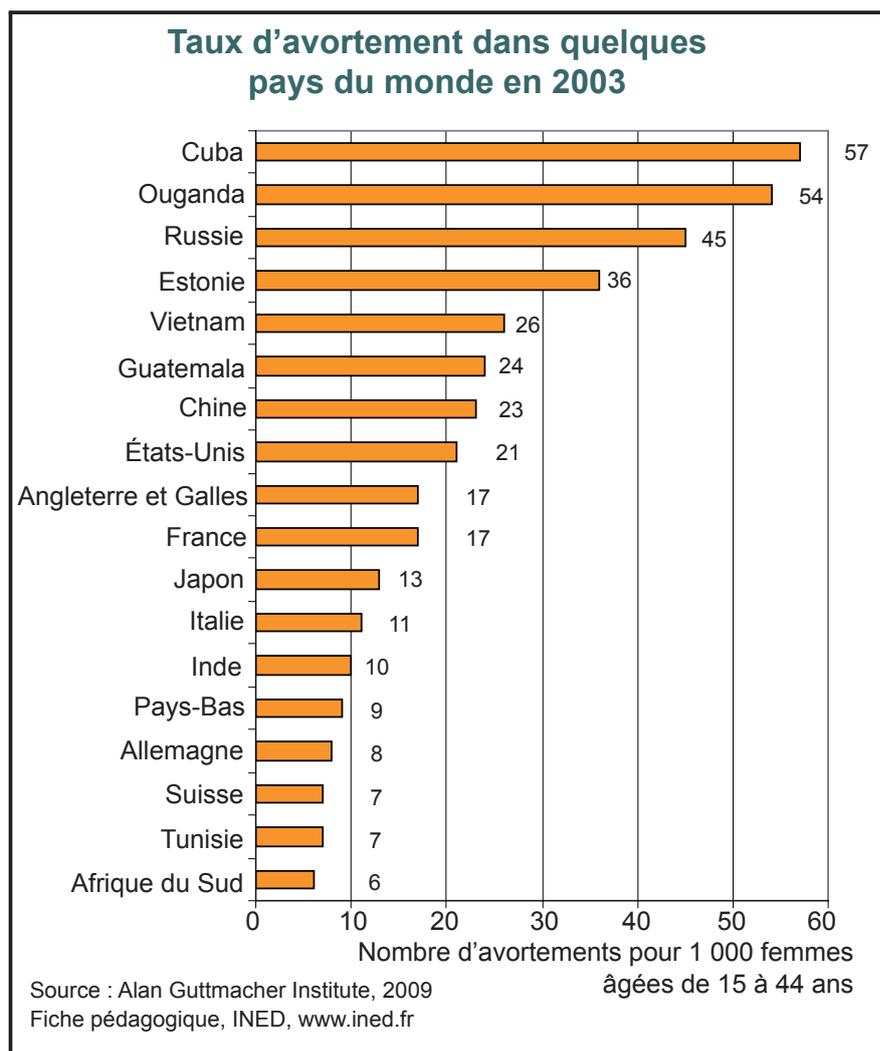
- porte le délai légal de l'IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée,
- supprime l'autorisation parentale pour les mineurs,
- rend facultatif l'entretien pré-IVG pour les femmes majeures,
- elle autorise la prescription du RU 486 par les médecins de ville,
- elle autorise l'avortement pour toute femme présente sur le territoire français.
- La « pilule du lendemain » est délivrée gratuitement pour les mineurs.

Suite à un décret en 2004, la loi de 2001, concernant l'autorisation de la prescription de l'IVG médicamenteuse, est appliquée. Elle peut être prescrite par les gynécologues et les médecins généralistes pour les grossesses de moins de 9 semaines d'aménorrhée. Ces médecins doivent justifier d'une expérience professionnelle adaptée et doivent travailler en réseau avec un établissement de santé avec lequel ils ont passé convention.

2) L'IVG dans le monde (41)

Dans le monde, environ une grossesse sur quatre est interrompue volontairement. Cela représente plus de 40 millions d'avortements dans l'année.

La plupart des pays autorisent l'IVG lorsque la vie de la mère est menacée, en revanche seules 56 pays (28%) permettent les IVG sans motif. L'IVG est pratiquée en général avec un délai, il est de 14 semaines d'aménorrhée pour la France.



Ces chiffres sont cependant incertains, notamment dans les pays où l'avortement est illégal, car les IVG ne sont pas déclarés.

L'absence de contraception est à l'origine de la plupart des grossesses non désirées.

Dans certains pays d'Asie où il est très important d'avoir un garçon, une partie des femmes avortent également si le sexe de l'enfant à naître ne correspond pas à celui

désiré.

L'OMS considère que 48% des avortements provoqués sont pratiqués dans de mauvaises conditions. Près de 97% de ces avortements à risque sont pratiqués dans des pays où l'avortement est interdit. Ces avortements à risque entraînent la mort de près de 70 000 femmes par an.

En 2010, parmi les 27 membres de l'Union Européenne, l'IVG est totalement interdite à Malte. En Pologne, en Irlande, en Espagne ou à Chypre, l'IVG n'est autorisée que pour des raisons strictes mettant en cause la santé de la mère, une anomalie de l'enfant ou en cas de viol.

En général, en Europe, le délai limite de l'IVG est de 14 semaines d'aménorrhée. En Grande-Bretagne, le délai limite de l'IVG est de 26 semaines d'aménorrhée.

3) Les chiffres en France (6) (42) (43)

En 2010, 225 000 IVG ont été réalisées en France dont 212 000 en métropole.

Depuis 30 ans, le taux d'IVG est relativement stable (autour de 200 000 par an en France métropolitaine). Il y a eu une légère augmentation entre les années 1990 à 2006, depuis 2006 le taux stagne.

En 2010, le taux de recours à l'IVG est de 14,7 IVG en métropole pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans

Le taux de recours à l'IVG est le plus important pour la tranche d'âge de 20 à 24 ans, il est de 27 femmes sur 1000.

On estime que près de 40% des femmes y ont recours dans leur vie.

Les écarts régionaux perdurent avec un taux plus élevé dans les départements d'outre-mer, en Ile-de-France et région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

En 2010, le taux d'IVG médicamenteuses augmente avec 54 IVG médicamenteuses sur 100 IVG.

Les IVG chirurgicales diminuent.

Une IVG médicamenteuse sur 8 se fait en cabinet. Il existe une disparité au niveau des régions françaises : l'IVG médicamenteuse en cabinet est plus pratiquée en Ile-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Avec la loi « Hôpital Santé Territoire » de 2010, la fermeture progressive des CIVG avec le regroupement par pôle dans les hôpitaux, rend l'IVG moins accessible.

4) Stabilité du nombre d'avortement en France depuis 30 ans (5) (6)

A l'époque les opposants de la loi Veil pensaient qu'en la légalisant, le taux d'IVG allait exploser. Jacques Médecin accuse Simone Veil d'ouvrir « la porte au commerce de la mort ».

Puis d'autres on pensé qu'avec la diffusion de la contraception moderne, sa fréquence allait diminuer.

Or on observe un taux quasi stable depuis 30 ans.

Avec la diffusion des contraceptifs, les grossesses non prévues ont bien diminué, mais le nombre d'avortement n'a pas baissé. Dans l'article « Pourquoi le nombre d'avortement n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans », Population et Société, N° 407, décembre 2004, Nathalie Bajos et ses collègues nous expliquent qu'il y a moins de grossesses non prévues mais que quand cela arrive, les femmes recourent plus souvent à l'IVG.

Le taux de natalité en France est l'un des plus forts d'Europe. Depuis 1990, les IVG et les naissances ont une évolution quasi parallèle. On note 26 IVG pour 100 naissances. Ce ratio varie en fonction de l'âge de la femme et varie au cours du temps. Depuis les années 1990, il a tendance à diminuer chez les femmes de plus de 35 ans, en revanche il a augmenté chez les moins de 24 ans.

Ces jeunes femmes ont plus tendance à recourir à l'IVG en cas de grossesse non prévue.

C'est principalement pour elles que les chiffres de l'IVG pourraient diminuer si la contraception était mieux adaptée.

C) LA CONTRACEPTION D'URGENCE (20) (44) (45) (46)

C'est une contraception dite post-coïtale, utilisée après un rapport sexuel non ou mal protégé, possiblement fécondant, ce n'est en aucun cas une méthode régulière. Il en existe deux types : le dispositif intra-utérin et la contraception hormonale ou « pilule du lendemain »

1) Le DIU

Le DIU doit être un DIU à forte teneur en cuivre et qui s'expulse peu (Mona Lisa CU375®, Multiloads Cu-375®, Gynelle 375®).

Il doit être posé dans les 5 jours après le rapport possiblement fécondant.

Son mécanisme d'action est un effet anti-implantatoire.

Son taux d'efficacité est de 99%.

L'avantage est qu'une fois posé, il sert également de moyen de contraception pendant 5 ans. Il est précieux en cas de contre-indication à la contraception hormonale d'urgence ou en cas de traitement par inducteur enzymatique.

L'inconvénient est le risque infectieux et la douleur (plus importante en période post-ovulatoire)

2) La contraception d'urgence hormonale

2.1) Méthode Yuzpe

Il s'agit d'une méthode qui n'est plus utilisée depuis 2006.

Il s'agit d'une méthode hormonale contenant un estrogène (50µg d'éthinylestradiol) et un progestatif (250µg de lévonorgestrel). Cette « pilule du lendemain » était commercialisée à l'époque sous le nom de Tetragynon®. Cela consistait à prendre un premier comprimé le plus tôt dans les 72 heures après le rapport puis un 2^{ème}

comprimé 12 heures après.

Actuellement le Stediril®, pilule toujours commercialisée actuellement, contient les mêmes hormones avec les mêmes dosages. En cas de non accessibilité au Norlevo® et à Ellaone®, on peut utiliser le Stéridil® comme contraception post-coïtale.

2.2) Norlevo®, Levonorgestrel 1,5mg

Il s'agit d'un progestatif.

Son mécanisme d'action est l'inhibition ou le retard de l'ovulation.

Elle doit être prise le plus tôt possible et jusqu'à 72 heures après le rapport.

Son taux d'efficacité est d'autant plus important s'il est pris tôt.

Elle est disponible en pharmacie sans ordonnance, dans les infirmeries scolaires et dans les CPEF (centre de planification et d'éducation familiale). Elle est délivrée de façon anonyme et gratuite pour les mineurs.

Le Norlevo® est remboursé sur ordonnance.

Son prix varie de 6,20€ à 7,60€.

2.3) Ellaone®, Ulipristal 30mg

Il s'agit d'une nouvelle molécule mise sur le marché en France depuis 2009.

C'est un modulateur du récepteur de la progestérone.

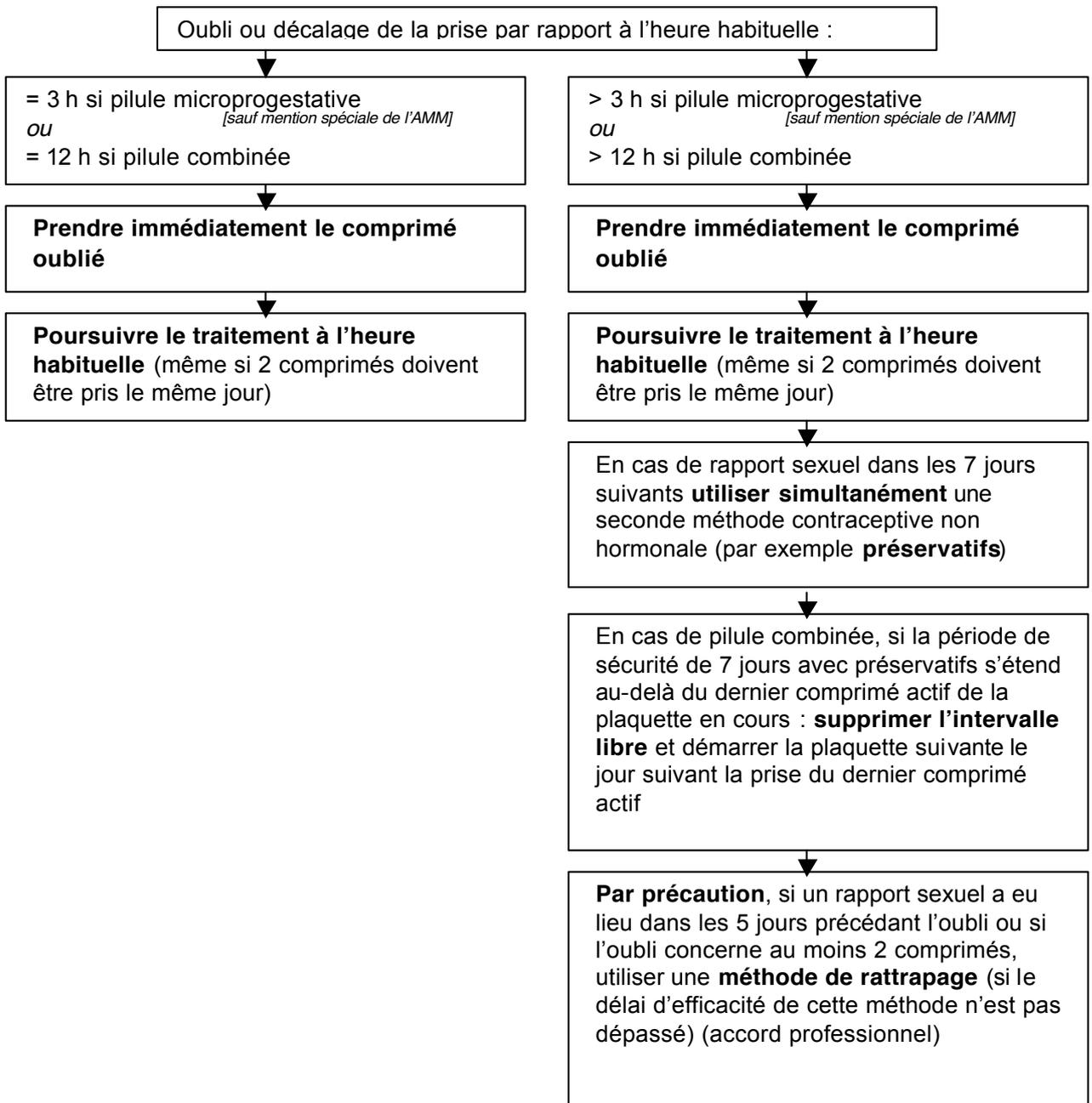
Son mécanisme d'action est comme Norlevo® l'inhibition ou le retard de l'ovulation, mais en plus il a l'action de modifier l'endomètre.

Elle doit être prise dans les 120 heures après le rapport.

Elle n'est délivrée que sur prescription médicale.

Son principal inconvénient est son prix, elle coûte un peu plus de 24€ mais elle est remboursée à 65%

Schéma général de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule (11)



D) LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE

1) Démographie médicale (47)

En 2012, il y a en France 92 477 médecins généralistes dont 41% de femmes et 59% d'hommes.

1 534 gynécologues médicaux dont 93% de femmes et 7% d'hommes.

D'après l'Ordre National des Médecins, l'âge moyen des médecins généralistes en France est de 51,8 ans.

39% des généralistes non retraités ont plus de 55 ans et 88% ont plus de 40 ans.

La répartition femme-homme en fonction de l'âge chez les médecins généralistes est :

- chez les médecins dont l'âge est inférieur à 40 ans : 60% sont des femmes et 40% sont des hommes
- chez les médecins dont l'âge est égal ou supérieur à 40 ans : 39% sont des femmes et 61% sont des hommes.

Chez les médecins généralistes, 60% exercent en libéral, 34% en tant que salarié, 6% ont une activité mixte.

Chez les gynécologues, 68% exercent en libéral, 12% en tant que salarié, 20% ont une activité mixte

2) La place du généraliste dans la contraception

En 2000, un ouvrage avait été diffusé sur le site du CNGOF, il s'intitulait « La prise en charge des femmes françaises ». (48)

Il montrait 2 points essentiels :

- Le nombre moyen de consultations pour motifs gynécologiques chez le médecin généraliste est de 3,6 par femme et par an. Ce chiffre croît avec l'âge de la patiente.
- Si la majorité des actes gynécologiques sont réalisés par les gynécologues, la part prise en charge par le médecin généraliste reste notable, elle concerne essentiellement la contraception et la ménopause.

Répartition des actes gynécologiques effectués en médecine générale. Ce recueil de données a été effectué par l'observatoire Thalès auprès de 620 médecins généralistes libéraux informatisés sur une période de juillet 1998 à juillet 1999.

État de santé	Part des actes
Contraception	35,0 %
Grossesse	18,1 %
Ménopause	23,8 %
Conséquences de la ménopause <i>Ostéoporose, angor, HTA, dépression</i>	10,2 %
Affections bénignes du sein	2,8 %
Cancers <i>Sein, col de l'utérus, endomètre, ovaire, côlon, poumon</i>	4,2 %
MST <i>Vulvovaginite, salpingite VIH</i>	5,9 %

Type de médecin consulté par état de santé. Données recueillies grâce à la base de donnée EPPM (étude permanente de la prescription médicale) par trimestre et extrapolation sur une année.

États de santé	Type de médecin consulté (d'après EPPM)		
	Médecin généraliste	Gynécologue	Autre
Contraception	37,9 %	61,4 %	0,7 %
Grossesse	8 %	92 %	–
Ménopause (et conséquences)	52 %	46 %	2 %
Affections bénignes du sein	36,2 %	61,5 %	2,3 %
Stérilité	5 %	92,2 %	2,8 %
MST (vulvovaginite, salpingite)	43,7 %	53,7 %	2,6 %

D'après le document « Les français et la contraception » publié en mars 2007 par l'INPES (13), 2004 personnes âgées de 15 à 75 ans avaient été interrogés sur l'accès à l'information sur la contraception.

A la question : à quelles sources d'informations ou quels médias avez-vous le plus confiance pour obtenir des informations sur la contraception ?

43% avaient répondu le médecin généraliste, contre 37% pour le spécialiste.

A la question : selon vous, à qui devrait s'adresser une personne qui aurait besoin d'un conseil ou d'une aide sur le sujet de la contraception ?

95% avaient répondu le médecin généraliste contre 92% pour le médecin spécialiste.

D'après le Collège Lyonnais des généralistes enseignants (49), en 2007 la contraception représente 53,1% des actes gynécologiques dispensés par le médecin généraliste.

En 2009, l'observatoire de la médecine générale place en 15^{ème} position la contraception, dans son classement des consultations les plus fréquentes. (50)

Ces études montrent que la contraception a une place importante dans la pratique des médecins généralistes.

Compte tenu de la démographie médicale, (nombre de gynécologues qui décroît), les médecins généralistes vont devoir assurer une part importante de certains actes gynécologiques, notamment la contraception.

E) UNE PRISE DE CONSCIENCE NATIONALE DEPUIS 2004

1) Les recommandations HAS de 2004 (11) (12)

Ces recommandations ont pour objectif « la recherche de la meilleure adéquation entre la méthode contraceptive préconisée et le parcours de chaque femme, ceci au travers d'une relation soignant-consultante ». La contraception doit être choisie en fonction de la situation personnelle de chaque femme (en tenant compte de critères psychologiques, économiques, familiaux, sociaux), afin de se rapprocher au maximum de l'efficacité optimale de la méthode prescrite.

Ces recommandations sont résumées en 15 messages clés.

1. L'écart entre l'efficacité optimale et l'efficacité en pratique courante d'une méthode contraceptive justifie l'implication de la femme ou du couple dans le choix de la méthode.
2. Impliquer la femme ou le couple dans le choix de la méthode contraceptive entraîne une meilleure satisfaction et donc une meilleure utilisation de cette méthode.
3. La première consultation pour une contraception doit être une consultation spécifiquement dédiée à cette question
4. L'adolescente sera reçue sans ses parents. La consultation est confidentielle. Les méthodes à privilégier restent le préservatif et la contraception oestro-progestative.
5. Le soignant doit adapter sa prescription en tenant compte de critères sociaux, psychologiques, économiques afin de choisir la méthode la plus adaptée à sa situation personnelle. La consultation doit être rythmée selon le modèle BERGER de l'OMS (cf. plus loin).

6. La première consultation doit rechercher les antécédents personnels et familiaux contre-indiquant certaines méthodes. Les examens gynécologiques et sanguins pourront être programmés pour une consultation ultérieure.
7. La contraception oestro-progestative est l'une des méthodes de 1^{ère} intention pour les femmes sans antécédent.
8. Il est possible d'utiliser la contraception par progestatifs seuls dans les situations où la pilule oestro-progestative est contre-indiquée. Mais il faut noter que la pilule progestative n'est pas qu'une méthode de 2^{ème} intention.
9. Les DIU ne sont pas destinés qu'aux femmes ayant eu un ou des enfants. Il s'agit d'une méthode contraceptive de 1^{ère} intention très efficace.
10. Lors de la prescription de la contraception les femmes doivent être informées sur la contraception d'urgence en cas d'exposition à un risque de grossesse. Le DIU reste la méthode de rattrapage la plus efficace. La contraception d'urgence par progestatif n'est pas efficace à 100%.
11. Les méthodes de stérilisation peuvent être appropriées à certaines situations. Elles ont l'avantage de ne présenter aucune contre-indication. Elles doivent être présentées comme irréversibles. Le code de la santé publique indique que les méthodes de stérilisation, ligature des trompes ou des canaux déférents « ne peut pas être pratiqué sur une personne mineure ». Un délai de réflexion de 4 mois doit être respecté. La signature d'un consentement éclairé est obligatoire.
12. Le préservatif est la seule méthode prouvée efficace contre les infections sexuellement transmissibles.
13. La méthode de l'aménorrhée lactationnelle, lorsque l'allaitement est exclusif est d'une efficacité comparable à celle d'une contraception orale.
14. L'augmentation des risques cancéreux et cardio-vasculaires avec l'âge doit

amener à réévaluer la méthode contraceptive utilisée à partir de 35-40 ans.

15. Lorsqu'un oubli de pilule se renouvelle trop fréquemment, il est recommandé d'envisager une autre méthode contraceptive

Le modèle BERGER selon l'OMS est un modèle de consultation pour une première prescription de contraception, rythmé par 6 étapes :

B- Bienvenue. Afin d'encourager un climat de confiance entre la patiente et le prescripteur.

E- Entretien. Le praticien explore en complément de la clinique le contexte de vie de la patiente.

R- Renseignement. Le soignant expose les différents moyens de contraception, les alternatives, tout en s'adaptant au rythme et aux connaissances de la consultante et en s'assurant de sa bonne compréhension.

C- Choix. Le soignant souligne le fait que le choix de la contraception appartient à la patiente

E- Explication. Le soignant explique l'emploi de la méthode et les méthodes de rattrapages.

R- Retour. Les consultations de suivi permettent de vérifier l'adéquation de la méthode et la satisfaction de la patiente.

2) Les campagnes nationales concernant la contraception depuis 2007 (2)

En septembre 2007, à la demande du Ministère de la jeunesse, de la Santé et des Sports, l'INPES débute une campagne triennale de communication sur la sexualité et la contraception.

En 2007 la campagne de sensibilisation est axée sur les différents moyens de contraception existants, adaptés à chaque situation.

En 2008, la campagne est axée sur la contraception chez les jeunes.

En 2009 et 2010, la campagne est axée sur l'implication de l'homme dans la contraception.

En 2011, la campagne est axée sur l'oubli de pilule et la possibilité de changer de moyen de contraception.

En 2012 la campagne est axée sur la contraception d'urgence.

A chaque campagne des films télévisés, des spots radio, des bannières web, des brochures, des cartes et livrets explicatifs sont distribués aux médecins demandeurs, aux CPEF, aux infirmières scolaires.

En 2007, ont été créé le site www.choisirsacontraception.fr et un numéro gratuit 0 800 235 236 pour répondre à toutes les questions concernant la sexualité et la contraception.

3) Les outils d'information sur la contraception (2)

Il existe une quantité importante d'outils d'information sur la contraception que les médecins, CPEF, infirmières scolaires peuvent demander auprès de l'INPES.

Ces outils ont été envoyés à plusieurs reprises aux médecins généralistes et aux gynécologues.

Les médecins peuvent ainsi les distribuer aux patientes, les laisser dans la salle d'attente.

A titre d'exemple :

Que faire en cas d'oubli de pilule* ? Il faut réagir vite.



Nom de votre pilule :

Votre plaquette contient des comprimés inactifs (derniers comprimés de la plaquette) : oui non nombre

Délai au-delà duquel il existe un risque de grossesse : 3 h 12 h

Si le décalage est inférieur au délai ci-dessus, prenez immédiatement le comprimé oublié (2 comprimés peuvent être pris le même jour), puis les comprimés suivants à l'heure habituelle. Il n'y aura pas de risque de grossesse.

* Recommandations de la HAS. La notice de votre pilule peut donner des indications différentes. En cas de doute ou d'incompréhension, demandez conseil à un professionnel de santé.

413 899 11C

Si vous avez dépassé le délai indiqué sur la carte

Pour retrouver une contraception efficace,

il faut au moins 7 jours de comprimés actifs en continu après l'oubli.

- ➊ Prenez immédiatement le dernier des comprimés oubliés et poursuivez la plaquette à l'heure habituelle.
- ➋ Utilisez des préservatifs pendant 7 jours.
- ➌ Si l'oubli concerne 1 des 7 derniers comprimés actifs, poursuivez la plaquette jusqu'à la fin des comprimés actifs, puis enchaînez avec la plaquette suivante (sans jour d'interruption ou sans prise de comprimé inactif).

En cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli, prenez la contraception d'urgence.



Pour plus d'information ou pour être aidée, rendez-vous chez votre pharmacien, dans un centre de planification ou sur www.choisirsacontraception.fr

La mienne est dans mon bras



La mienne est au cuivre



La mienne est en latex



La mienne est sans ordonnance



La mienne dure 3 ans



La mienne n'est pas contraignante



La mienne est remboursée



La mienne est en comprimés



La mienne est définitive



La mienne est discrète



La mienne est sur ma peau



La mienne est pratique



→ À CHACUN SA CONTRACEPTION

Votre contraception doit s'adapter à votre vie. Découvrez ici, avec l'aide d'un professionnel de santé, celle qui vous convient le mieux.



www.choisirsacontraception.fr



4) « Les essentiels » de l'INPES (7)

En octobre 2011, l'INPES publie « les essentiels de la contraception » dans lequel figurent des repères pour les consultations des praticiens.

Des questions clés sont proposées aux médecins pour qu'ils évaluent auprès des patientes l'adéquation d'une méthode contraceptive :

« Etes-vous satisfaite de votre moyen de contraception ? »

« Avez-vous des questions concernant votre contraception actuelle ? »

« Rencontrez-vous des problèmes avec votre contraception actuelle ? »

« En avez-vous parlé avec votre partenaire ? »

« La dernière fois que vous avez oublié de prendre un comprimé, c'était dans quelle circonstance ? »

« Que faites-vous en cas d'oubli ? »

« Avez-vous eu envie d'arrêter la pilule ? Si oui, pourquoi ? »

En cas d'insatisfaction :

« Quels sont les autres méthodes que vous connaissez ? Qu'en pensez-vous ? »

« Voulez-vous essayer une autre méthode ? »

LA CONTRACEPTION: comment mieux la personnaliser?

Près de 200 000 IVG par an en France

Pourquoi ce chiffre alors que 9 femmes sur 10 ne souhaitant pas avoir d'enfant* utilisent une méthode contraceptive? L'adéquation de la contraception à la situation personnelle est peut-être la clé du problème. Il n'y a pas de contraception valable pour toutes les femmes : chacune est un cas unique. C'est la situation affective, le mode de vie, le rapport au corps qui guident le choix de la contraception. Trouver la contraception qui correspond le mieux à sa patiente peut prendre du temps. La consultation de suivi offre l'opportunité d'aborder les problèmes d'observance, responsables de nombreux échecs contraceptifs, et de réorienter le choix initial si nécessaire. Pour favoriser cet échange, l'Inpes lance le 28 octobre une nouvelle campagne de communication à destination du grand public. ●

DES REPÈRES POUR VOS CONSULTATIONS⁽⁵⁾

Évaluer l'adéquation et la satisfaction de la méthode contraceptive

« Avez-vous des questions concernant votre contraception actuelle? »

« Êtes-vous satisfaite de votre moyen de contraception? »

« Rencontrez-vous des problèmes avec votre méthode contraceptive? »

« En avez-vous parlé à votre partenaire? »

Pour les utilisatrices de contraception orale :

- Explorer le sujet des oublis de pilule : les connaissances et l'attitude en cas d'oubli.
« La dernière fois que vous avez oublié de prendre un comprimé, c'était dans quelles circonstances? »
« Que faites-vous en cas d'oubli? »
« Avez-vous eu envie d'arrêter la pilule? Si oui, pourquoi? »

• Fournir des conseils pour une prise en routine et inviter la patiente à réfléchir à l'horaire le mieux adapté à ses activités. Conseiller de lire attentivement la notice de la pilule et proposer d'en reparler s'il y a des questions.

- Apporter une information sur la conduite à suivre en cas d'oubli

de pilule (remise de la carte Inpes : Que faire en cas d'oubli de pilule?) et sur les méthodes de rattrapage possibles, dont la contraception d'urgence.

- Expliquer quand et comment utiliser la CU, indiquer qu'elle est en vente libre en pharmacie. Au cas par cas, associer le renouvellement de la pilule avec la rédaction d'une ordonnance de CU.

Assurer le suivi et réaliser le bilan de prévention

- Explorer notamment les problèmes de santé et les prises médicamenteuses éventuelles depuis la dernière consultation.
- Pratiquer notamment : poids, IMC, TA, examen des seins et gynécologique si besoin ; 2 frottis cervico-vaginaux à un an d'intervalle, puis tous les 3 ans, à partir de 25 ans ; cholestérol total, triglycérides et glycémie à jeun tous les 5 ans si contraception OP.

Explorer la protection contre les IST et le VIH

- Expliquer que le préservatif est la seule méthode qui protège

contre les IST. Insister sur l'intérêt d'une double protection (préservatif + autre contraceptif).

- Offrir la possibilité d'un dépistage du VIH, notamment à l'occasion du bilan sanguin de surveillance des patientes prenant une contraception orale.

En cas d'insatisfaction ou de difficultés

- Explorer la connaissance d'autres méthodes et rappeler la diversité des moyens de contraception.
« Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez? Qu'en pensez-vous? »
« Voulez-vous essayer une autre méthode? »
« Je vous propose de consulter le site www.choisirsacontraception.fr, ainsi que la brochure, d'y réfléchir et que nous en reparlions. » (remise de la brochure Inpes : Choisir sa contraception)

- Proposer de réfléchir à une contraception longue durée (par exemple : DIU, implant, injections trimestrielles).

CHIFFRES CLÉS

- En France, **9 femmes sur 10** ne souhaitant pas avoir d'enfant* utilisent une méthode contraceptive⁽¹⁾
- Chez les 15-24 ans, près d'**1 grossesse sur 2** n'est pas prévue⁽²⁾
- Parmi les grossesses non prévues, **2 sur 3 surviennent** chez des femmes utilisant une contraception⁽³⁾
- **56%** des femmes utilisant une contraception prennent la pilule (83% chez les 20-24 ans)⁽⁴⁾, mais seulement **34%** des femmes prenant la pilule disent ne jamais l'oublier⁽⁵⁾
- **23%** des femmes qui ont une IVG prenaient la pilule⁽⁴⁾

Des outils à votre disposition

Plus d'information sur www.choisirsacontraception.fr/pro

LES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire. Saint-Denis : Anaes, 2004

POUR EN SAVOIR PLUS

- Repères pour votre pratique, « Comment aider une femme à choisir sa contraception? »
- La brochure « Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) - Informations et ressources pour les professionnels de santé »

POUR VOS PATIENTS, DES SUPPORTS POUR LA DISCUSSION

- La brochure et l'affiche « Choisir sa contraception »
- La carte « Que faire en cas d'oubli? »
- La brochure « Questions d'ados »
- La brochure « Le livre des infections sexuellement transmissibles »

POUR COMMANDER

(gratuit, dans la limite des stocks)

Par email : edif@inpes.sante.fr

Par fax : 01 49 33 23 91

Par courrier : Inpes, service Diffusion 42, boulevard de la Libération 93203 Saint-Denis cedex

SOURCES

Une information de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

* Femmes âgées de 15 à 49 ans, sexuellement actives au cours des 12 derniers mois, ayant un partenaire, n'attendant pas ou ne souhaitant pas d'enfant.
(1) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé (à paraître)
(2) Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, Cocon Group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Human reproduction*, 2003, vol. 18, n°5, p. 994-999. (3) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). *Les Français et la contraception*. Inpes, BVA, 2007 : 47 p. En ligne: http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf. (4) Bajos N, Lamarche-Vadel A, Gilbert F, Ferrand M, I, Group C, Moreau C. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? *Human reproduction*, 2006, vol. 21, n°11, p. 2863-3. (5) Le guide BERGER de l'OMS et l'université Johns Hopkins isolent une étape de « Retour pour visite de suivi ». Anaes, Afssaps, Inpes. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire*. Saint-Denis : Anaes, 2004, p. 154-198.

5) Le « Pass'contraception »(51) (52)

Le « Pass'contraception », créé en 2009 est une initiative de la Région Poitou-Charente par la présidente de Région Ségolène Royale.

Il s'agit d'un dispositif géré par les Régions.

Il a été mis en place pour palier aux problèmes d'accessibilité chez les mineurs à une contraception, ce qui aboutit souvent à des grossesses non désirées, et donc dans de nombreux cas à des IVG.

Ce Pass'contraception est un carnet de tickets qui permet aux jeunes d'avoir un accès anonyme et gratuit à la contraception. Chaque ticket permet de se rendre chez des professionnels de santé : médecins, pharmaciens, laboratoires. Le patient remet le ticket au professionnel qui peut ensuite se faire payer par la Région.

Le Pass est remis par l'infirmière scolaire il comporte :

- 1 ticket pour une première consultation médicale chez un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage femme,
- 1 ticket pour faire une prise de sang dans un laboratoire,
- 1 ticket pour retirer la contraception prescrite en pharmacie,
- 1 ticket pour une 2ème consultation médicale pour une lecture des examens complémentaires et un point sur l'utilisation de la pilule,
- 1 ticket pour retirer une deuxième fois une contraception en pharmacie.

Le Pass'contraception permet une délivrance de tous les contraceptifs pendant une durée de 3 à 6 mois.

Ce Pass est distribué dans la plupart des régions aux lycéens (majeurs et mineurs) et à tous mineurs qui en feraient la demande.

La région Ile-de France l'a adopté en avril 2011. Mais elle est encore peu diffusée.

La région Rhône-Alpes l'a adopté en novembre 2011

En PACA et en Bourgogne le Pass'contraception est en cours de réalisation.



6) Les dernières dispositions gouvernementales

Les actions du nouveau gouvernement cherchent à faciliter l'accès à la contraception :

- Les pharmaciens peuvent délivrer la pilule contraceptive à une femme détenant une ordonnance de moins d'un an, et ce pour 6 mois (décret publié au Journal officiel du 19 juillet 2012). Jusqu'à présent, il fallait obligatoirement détenir une ordonnance en cours de validité pour se voir délivrer la pilule (c'est à dire datant de moins de 3 mois)
- Les étudiantes peuvent s'adresser aux services médicaux universitaires pour obtenir la délivrance gratuite d'une contraception d'urgence (décret publié au journal officiel du 26 juillet 2012-09-03)
- La gratuité de certains contraceptifs (implants, stérilets et pilule contraceptive de 1^{ère} et 2^{ème} génération) pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, a été voté. Cela sera appliqué en 2013
- La ministre de la Santé met fin au remboursement des pilules de 3^{ème} génération, cette mesure sera effective à partir du 30 septembre 2013.

3. MATERIEL ET METHODE

Réalisation d'un questionnaire (cf. fin de thèse) sous forme de vignettes cliniques pour mettre le praticien en situation.

Ce questionnaire a été distribué à 120 médecins lors du congrès multithématique de médecine générale « *Preuves et Pratiques* » qui s'est déroulé les 17 et 18 mars 2012 au Palais des Congrès à Paris.

Il a également été envoyé par mail sous forme d'un Google doc, à environ 1000 médecins de la base de donnée du département de médecine générale de Paris 7. Cet envoi a été effectué en mars 2012 avec une relance en août 2012. Les réponses ont été attendues entre mars et octobre 2012.

A partir de mes résultats, j'ai essayé de comparer les pratiques de prescription en fonction de différents groupes de médecins.

D'abord en fonction du sexe du médecin. Est-ce que le fait d'être un homme ou une femme influe dans telle pratique ? J'ai pour cela utilisé le test statistique Chi².

J'ai comparé également en fonction de l'âge. J'ai fixé la limite des « jeunes » médecins à 39 ans. Puis j'ai comparé avec ceux qui ont 40 ans et plus. J'ai utilisé le test statistique de Student.

4) RESULTATS

J'ai obtenu en tout 163 réponses : 78 réponses par le congrès de médecine générale et 85 réponses par internet

Sur les 78 réponses du congrès de médecine générale, 14 étaient ininterprétables car il s'agissait de médecins étrangers (belge, canadien), de médecins hospitaliers, de médecins à la retraite ou encore de questionnaire mal remplis.

Ce qui fait 64 questionnaires interprétables provenant du congrès de médecine générale.

Sur les 85 réponses reçues par internet, 2 étaient ininterprétables car il s'agissait de jeunes internes ayant fait uniquement des stages hospitaliers mais n'ayant jamais été confrontés à la consultation de ville.

Ce qui fait 83 questionnaires interprétables provenant d'internet.

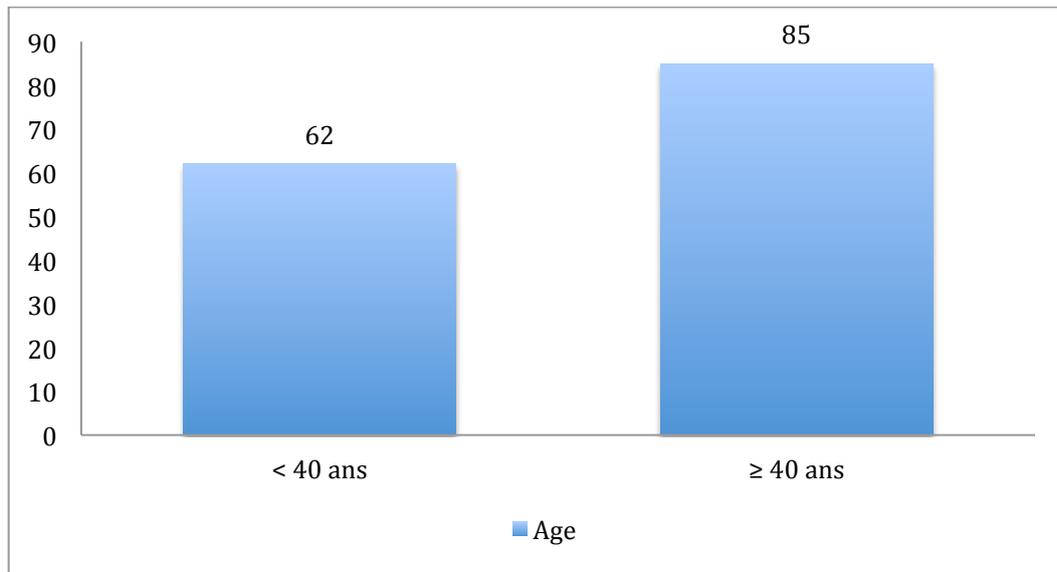
J'ai donc pu travailler sur 147 questionnaires interprétables.

1) Profil des médecins

a) Age

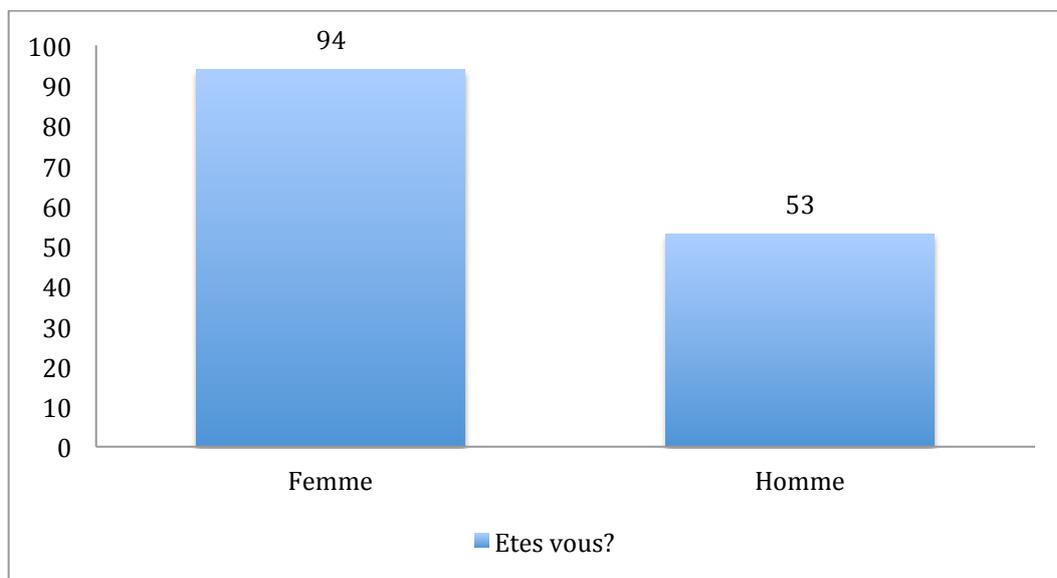
- moins de 40 ans : 62 soit 42%
- 40 ans et plus : 85 soit 58%

La moyenne d'âge étant de 43,8 ans



b) Homme/Femme

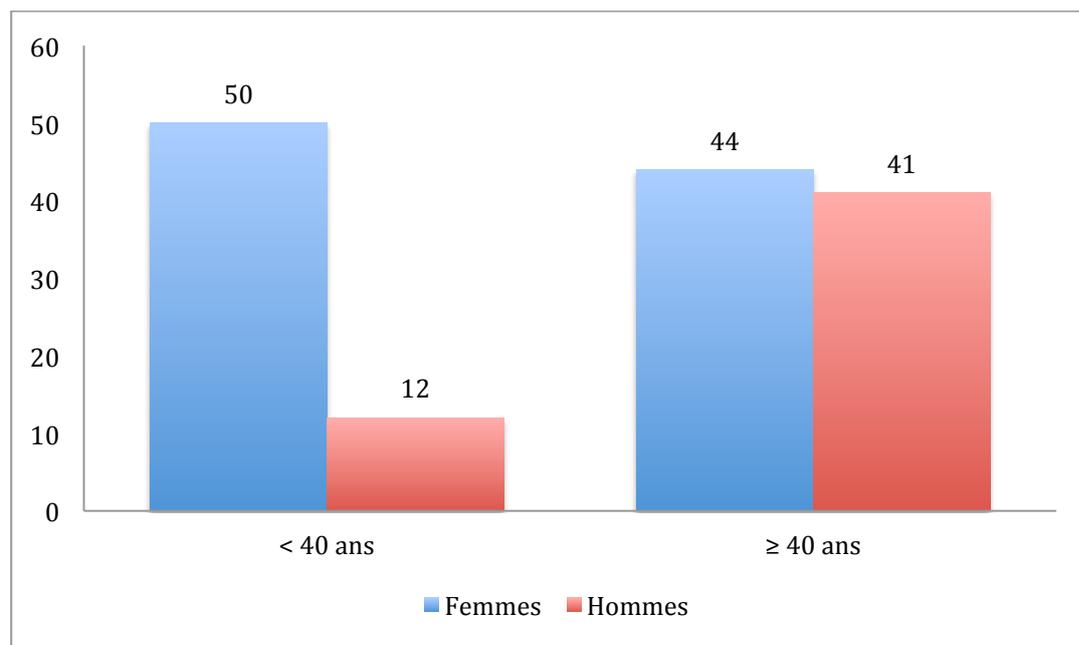
- 53 hommes soit 36%
- 94 femmes soit 64%



La proportion des hommes et des femmes en fonction de l'âge est la suivante :

- Chez les moins de 40 ans, il y a 50 femmes (81%) et 12 hommes (19%)
- Chez les 40 ans et plus, il y a 44 femmes (52%) et 41 hommes (48%)

Proportion des hommes et des femmes en fonction de l'âge :

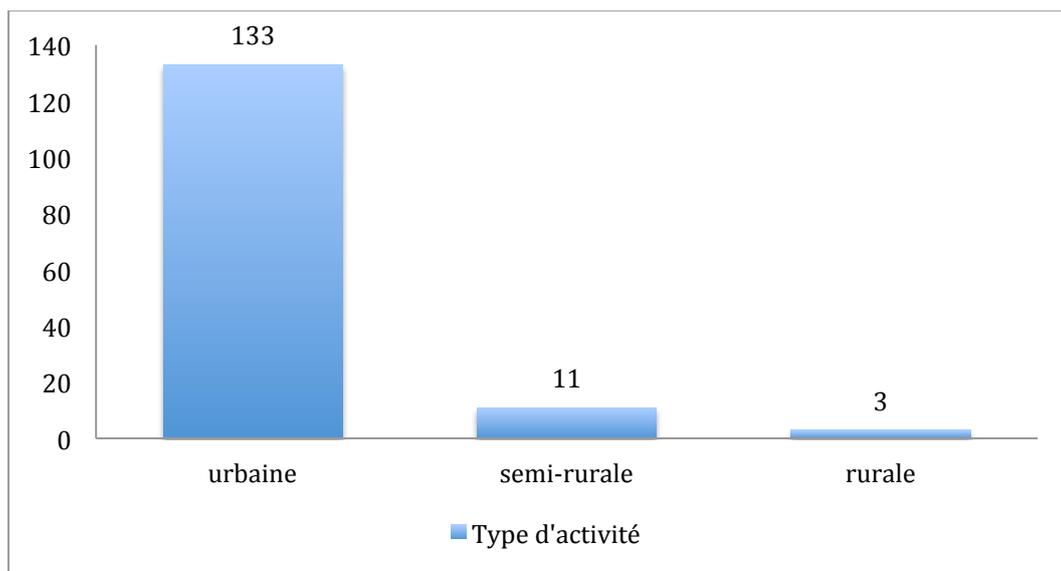


c) Type d'activité : rurale/semi-rurale/urbaine

- 133 exerçaient en milieu urbain soit 90,5%,

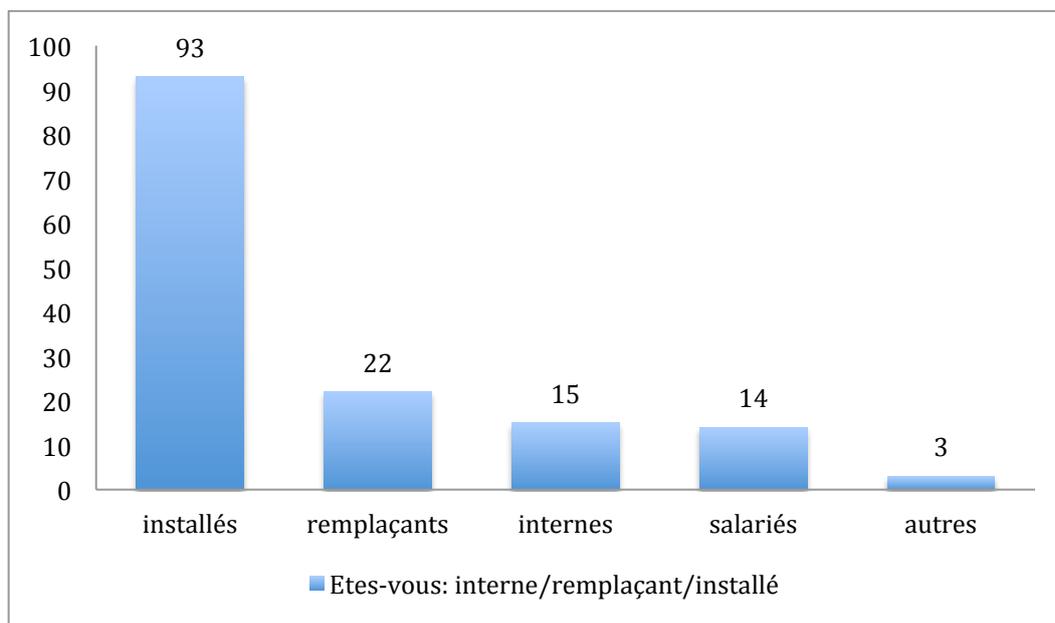
- 11 en milieu semi-rural soit 7,5%

- 3 en milieu rural soit 2%



d) Etes-vous : interne/remplaçant/installé

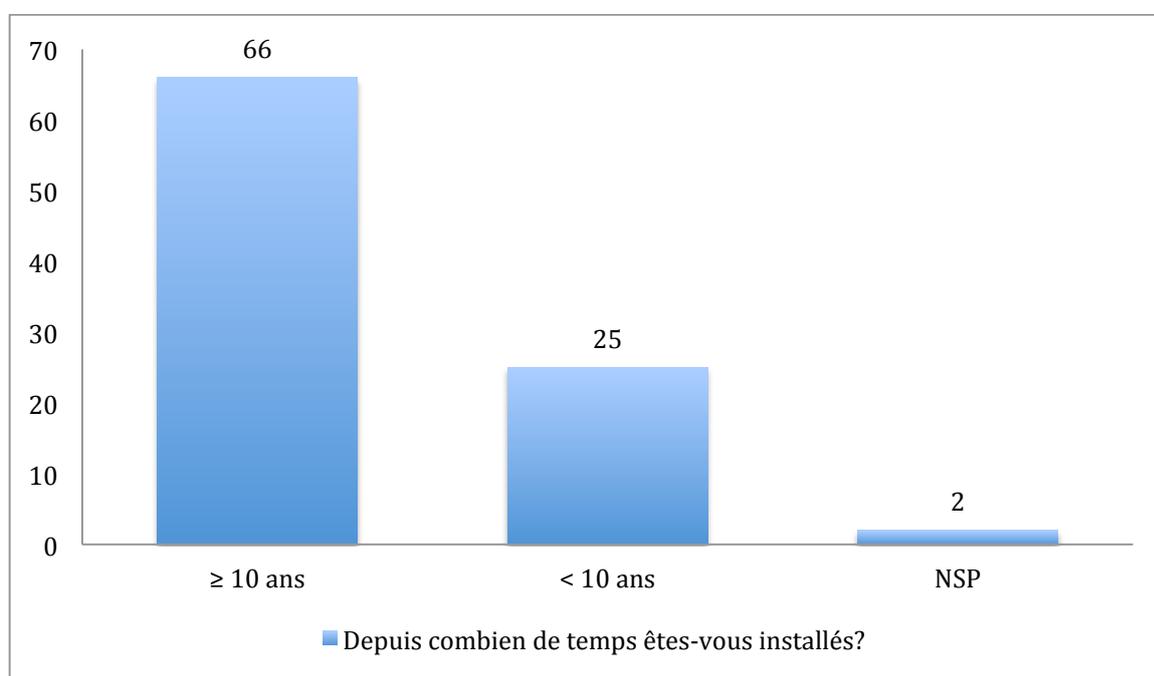
- installés : 93 médecins soit 63%
- salariés : 14 soit 10%
- remplaçants : 22 soit 15%
- internes 15 soit 10%
- autres (1 militaire et 2 ne se prononçaient pas) : 3 soit 2%



e) Si vous êtes installés, depuis combien de temps ?

- 25 médecins étaient installés depuis moins de 10 ans (27%)
- 66 médecins étaient installés depuis 10 ans et plus (71%)
- 2 ne se prononçaient pas (2%)

La moyenne d'installation des médecins interrogés était de 18,5 ans



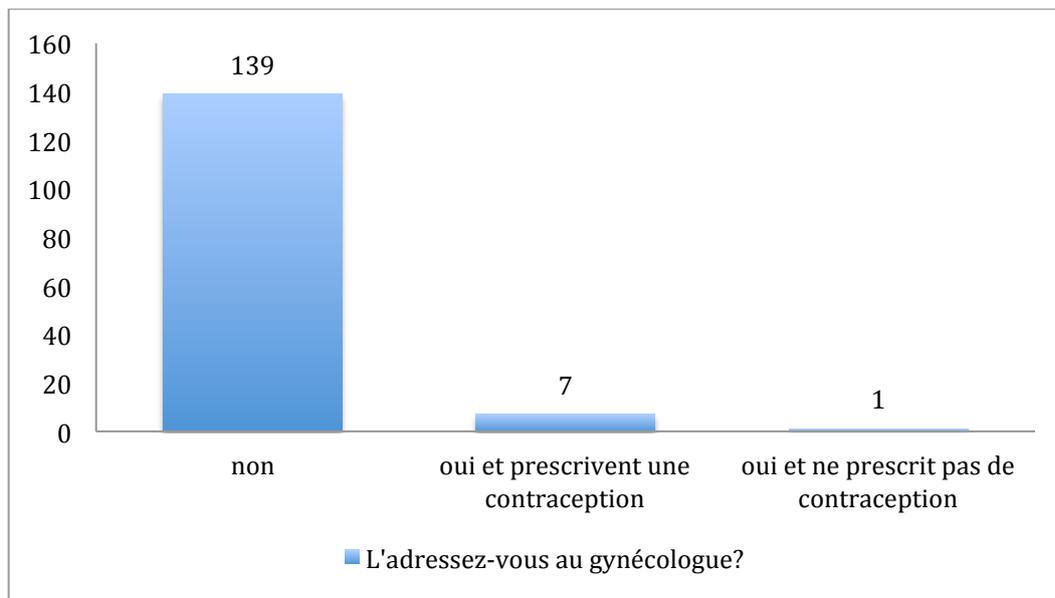
2) Premier cas clinique : Une jeune femme nullipare sans antécédent vient pour initier une contraception oestro-progestative.

a) L'adressez-vous à un gynécologue ? oui/non

-139 ont répondu non, soit 94,5%

- 7 ont répondu oui mais lui prescrivent quand même une contraception soit 4,8%

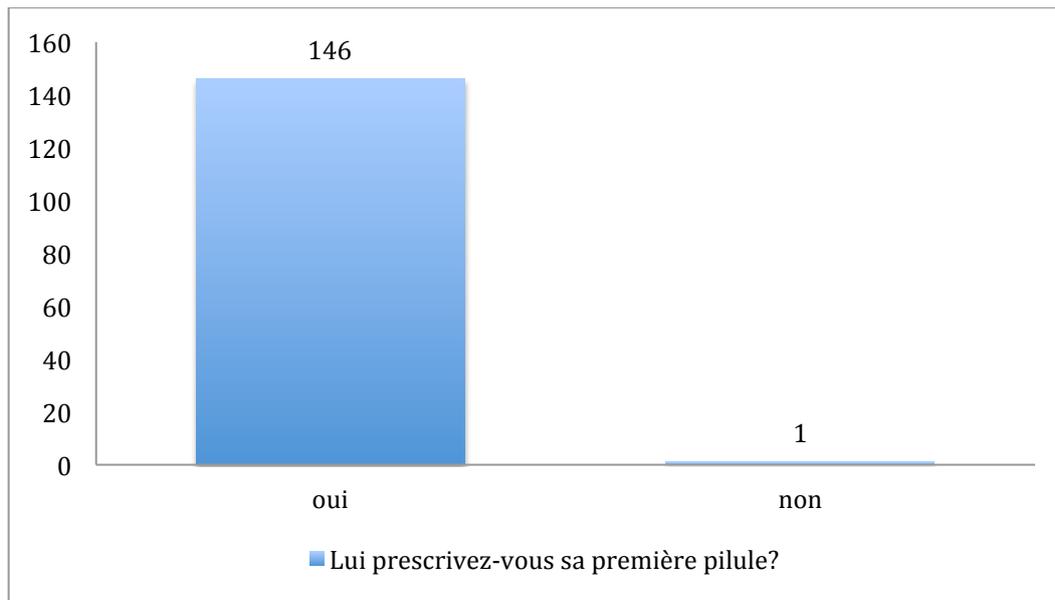
- 1 a répondu oui et ne lui prescrit pas de contraception soit 0,7%



b) Lui prescrivez-vous sa première pilule ? oui/non

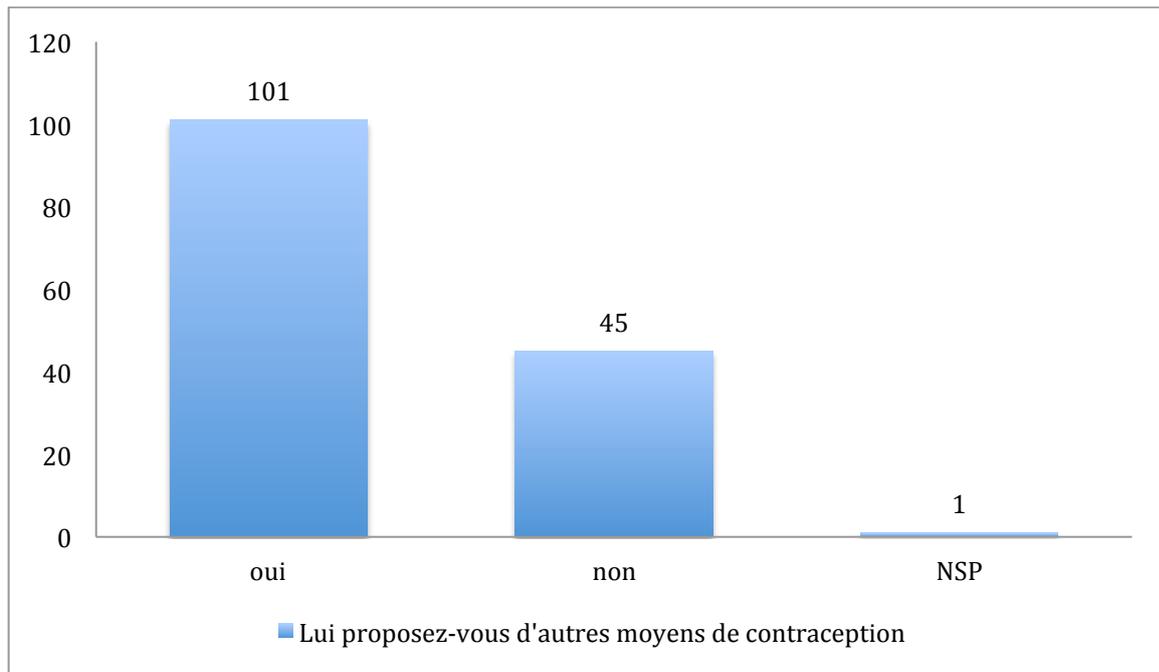
- 146 ont répondu oui soit 99,3%

- 1 a répondu non (il avait répondu qu'il l'adressait au gynécologue) soit 0,7%



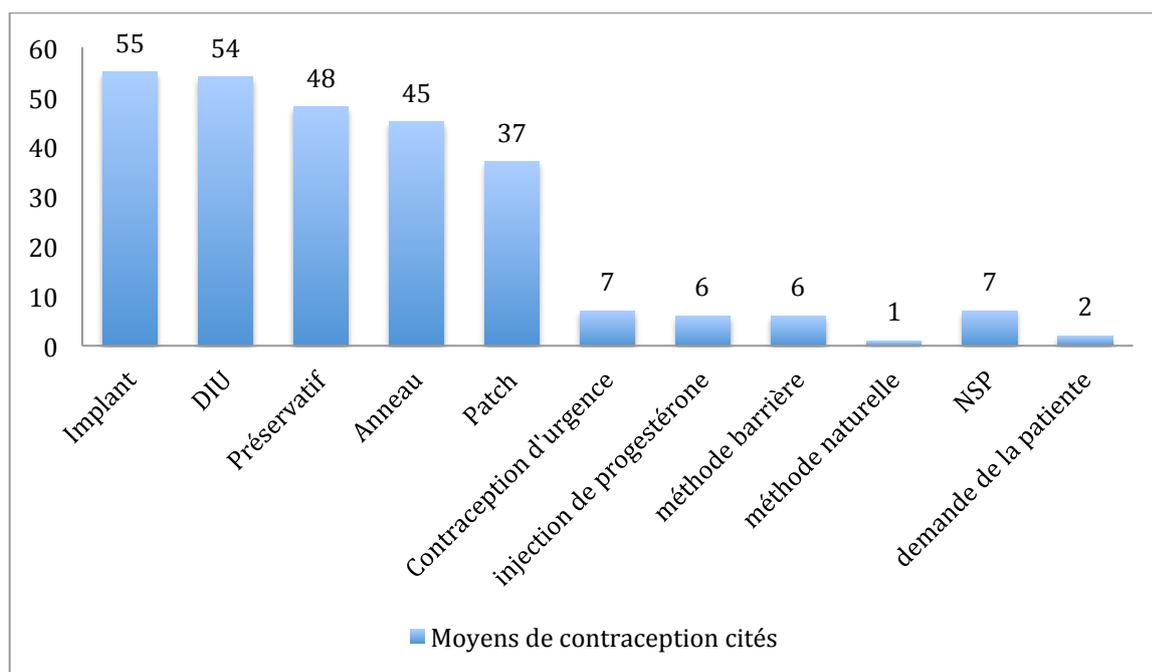
c) Lui proposez-vous d'autres moyens de contraception? oui/non

- 101 proposaient un ou plusieurs autres moyens de contraception, soit 68,7%
- 45 ne proposaient pas d'autre moyen de contraception, soit 30,6%
- 1 ne se prononçait pas, soit 0,7%



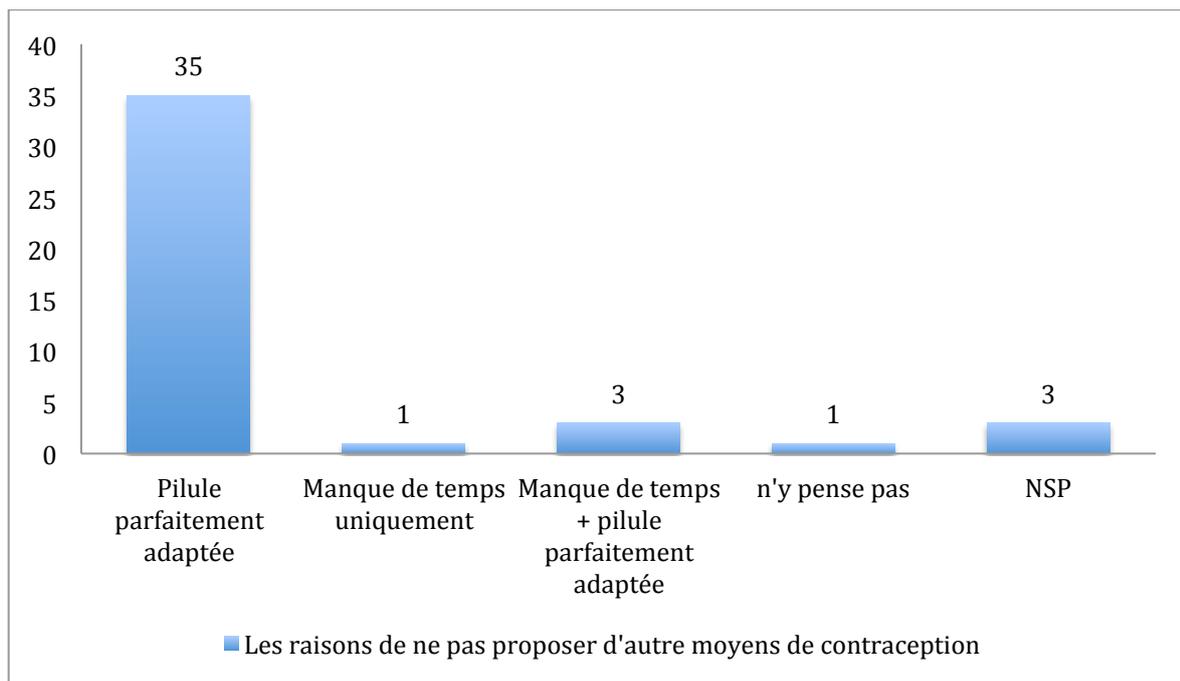
Parmi les 101 médecins qui proposaient un autre moyen de contraception :

- 55 citaient l'implant (20,5%)
- 54 citaient le DIU (20,2%)
- 48 citaient le préservatif (17,9%)
- 45 citaient l'anneau (16,8%)
- 37 citaient le patch (13,8%)
- 7 citaient la contraception d'urgence (2,6%)
- 6 citaient une méthode barrière (diaphragme, éponge, ovule, « méthodes barrières ») (2,2%)
- 6 citaient l'injection de progestérone (2,2%)
- 1 citait les méthodes naturelles (0,4%)
- 7 proposaient d'autres moyens de contraception mais ne les exposaient pas (2,6%)
- 2 disaient « demander à la patiente ce qu'elle connaissait et lui proposaient en fonction de sa réponse » (0,8%)

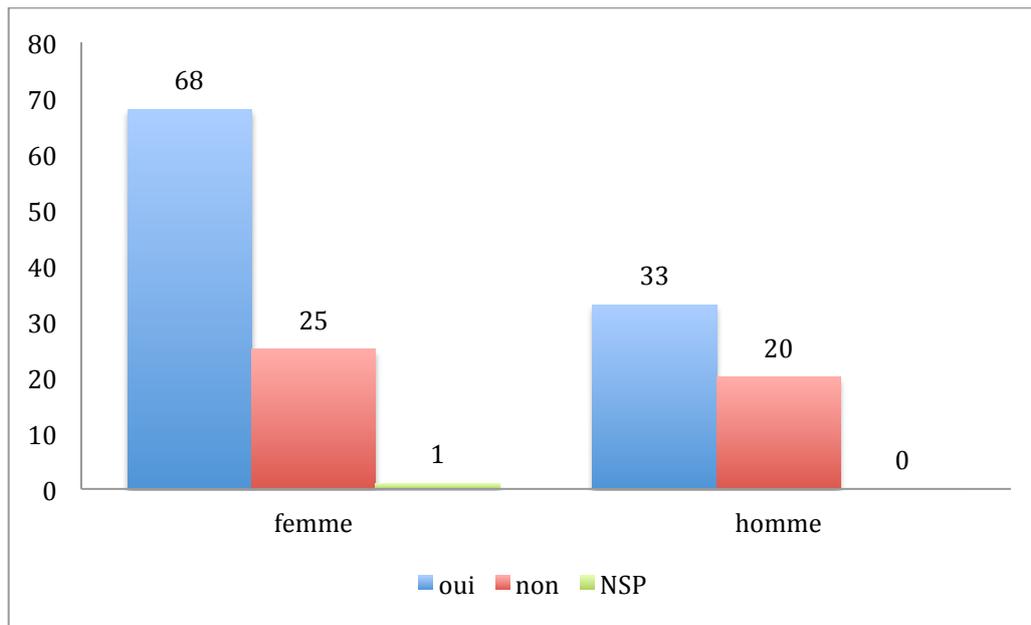


Parmi les 45 médecins qui ne proposaient pas d'autres moyens de contraception :

- 35 disaient que la pilule leur paraissait parfaitement adaptée (77,8%)
- 1 évoquait le manque de temps uniquement (2,2%)
- 3 évoquaient le manque de temps et que la pilule était parfaitement adaptée (6,7%)
- 1 n'y pensait pas (2,2%)
- 3 ne se prononçaient pas sur la raison de ne pas présenter d'autres moyens de contraception (6,7%)
- 2 ne proposaient pas d'autres moyens de contraception mais les exposaient (4,4%)

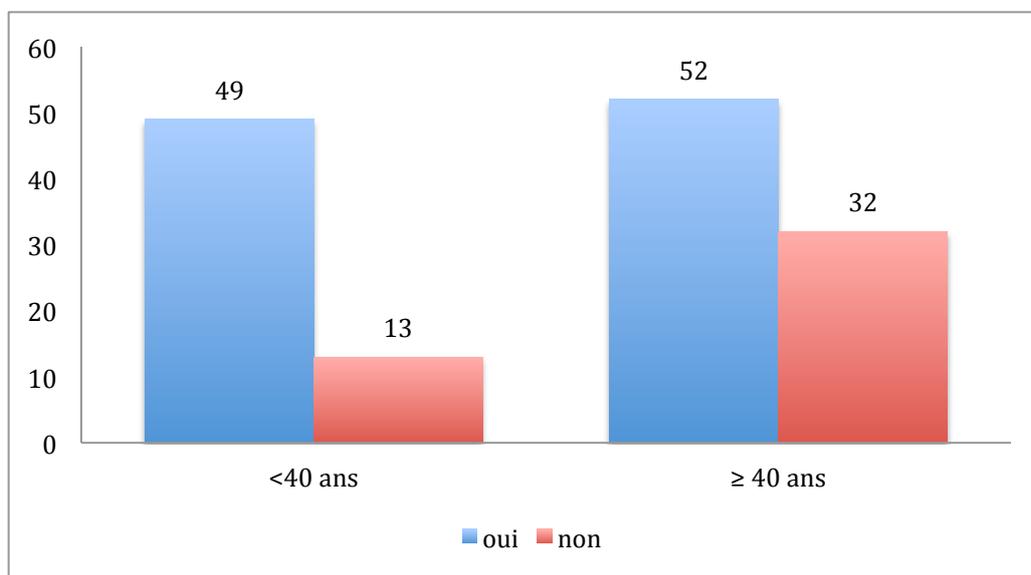


Est-ce que le sexe influe sur le fait de proposer d'autres moyens de contraception ?



Le test de Chi2 n'est pas statistiquement significatif ($p=0,17$), mais on peut dire qu'il existe une tendance, les femmes semblent proposer plus facilement que les hommes d'autres moyens de contraception.

Est-ce que l'âge joue sur le fait de proposer d'autres moyens de contraception ?



Le test de Student n'est statistiquement pas significatif ($p=0,65$), mais on peut parler d'une tendance. Les médecins de moins de 40 ans ont plus tendance à proposer d'autres moyens de contraception.

d) Classez par ordre de priorité les sujets à aborder lors de cette consultation (numérotez de 1 à 5, 1 étant le plus important et 5 le moins important) :

- Oubli de pilule / Contraception d'urgence
- Remboursement
- Sexualité avec son partenaire / IST et préservatif
- Recherche de contre-indication
- Explication sur les effets secondaires potentiels

	Priorité n°1	Priorité n°2	Priorité n°3	Priorité n°4	Priorité n°5
Recherche des contre-indications	86	22	20	13	6
Oubli de pilule et contraception d'urgence	37	59	34	14	3
IST et sexualité	47	37	36	23	4
Explications sur les effets secondaires	6	19	28	48	46
Remboursement	7	9	21	36	74

C'est à dire que 86 personnes ont placé la recherche de contre-indications comme le premier sujet à aborder lors de cette consultation, 22 comme le sujet à aborder en deuxième...

Il faut noter que certains médecins ne sont pas rentrés dans le jeu du classement, ils ont noté les 5 items à aborder en priorité et les ont classés tous en premier.

On s'aperçoit dans ces résultats que la recherche des contre-indications serait le sujet à aborder en première intention, l'oubli de pilule en 2^{ème}, la sexualité et les IST en 3^{ème}, les explications sur les effets secondaires en 4^{ème}, le remboursement serait le sujet à aborder en dernière intention. Il s'agit ici de tendance, ces résultats ne peuvent pas faire l'objet de test statistique.

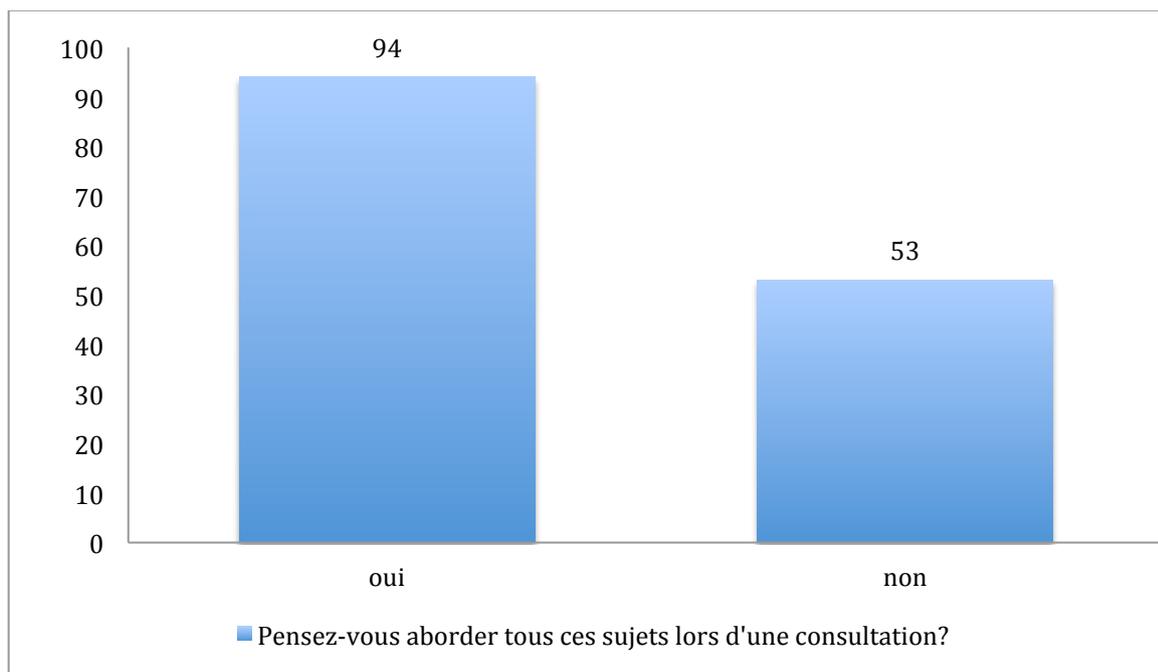
e) Pensez-vous aborder tous ces sujets lors d'une consultation spécialement dédiée à la contraception ? oui/non

- Si non, pourquoi ?

- **Manque de temps**
- **Je n'y pense pas**
- **Autre**

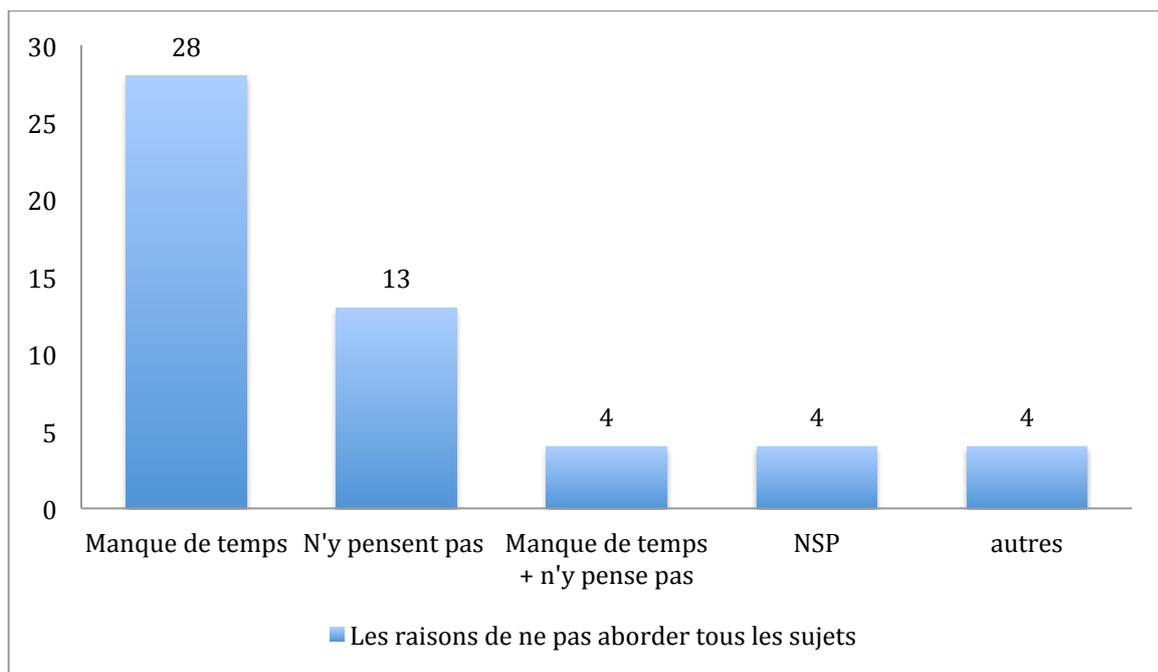
- 94 médecins répondent oui et pensent aborder tous les sujets lors d'une consultation soit 64%

- 53 médecins répondent non et ne pensent pas aborder tous les sujets soit 36%



Sur les 53 médecins qui répondent non :

- 28 évoquent le manque de temps (53%)
- 13 disent ne pas y penser (24,5%)
- 4 évoquent le manque de temps et le fait de ne pas y penser (7,5%)
- 4 ne se prononcent pas (7,5%)
- 2 n'abordent pas tous les sujets car pensent qu'il est trop difficile pour une patiente de tous les intégrer en une seule fois (3,7%)
- 1 dit ne pas aborder les effets secondaires pour ne pas les induire (1,9%)
- 1 ne prescrit que des médicaments remboursés donc il n'aborde pas le sujet du remboursement (1,9%)

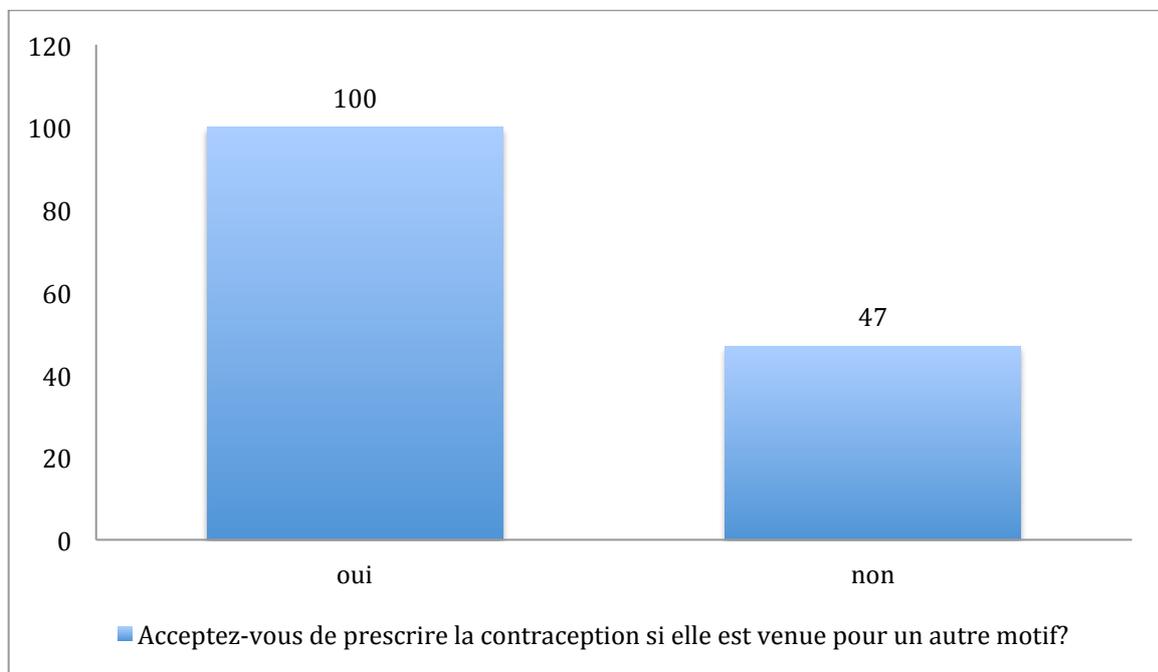


f) Acceptez-vous de prescrire la contraception en fin de consultation si elle est venue pour un autre motif ? oui/non

- Si oui, pour combien de temps ? 3 mois / 6 mois / 1 an

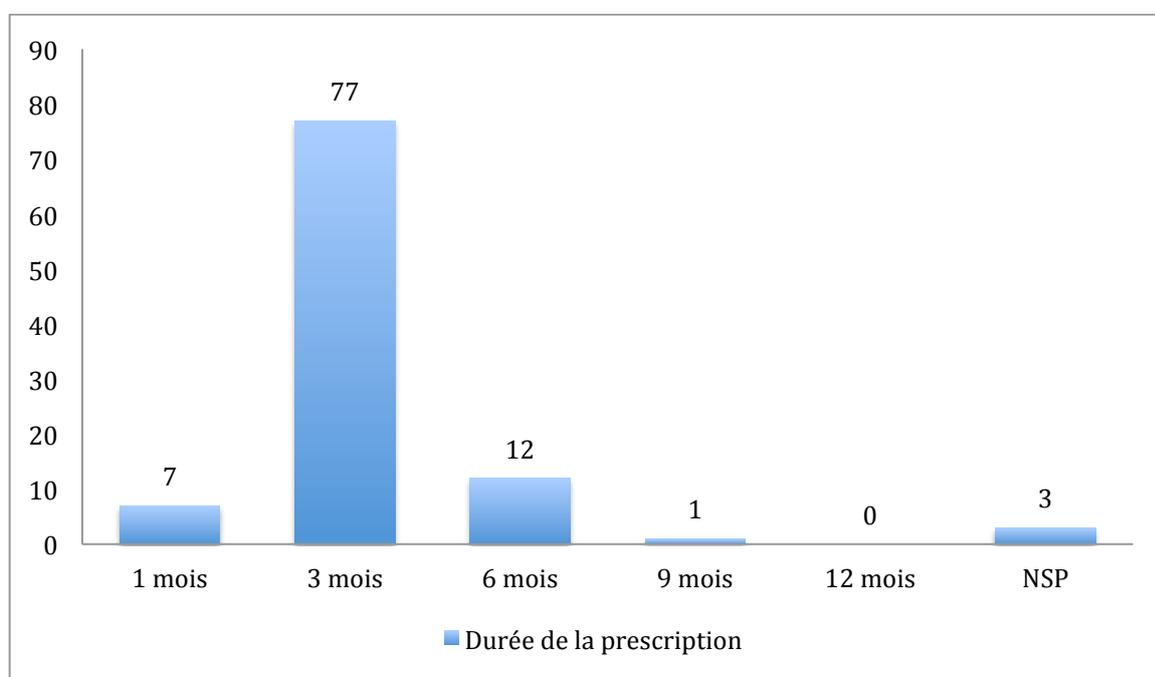
- 47 médecins refusent de la prescrire si elle est venue pour un autre motif soit 32%, dont 1 précise « sauf si urgence »

- 100 acceptent de la prescrire alors qu'elle est venue pour un autre motif soit 68%



Sur les 100 qui acceptent de la prescrire :

- 7 la prescrivent pour 1 mois soit 7%
- 77 pour 3 mois soit 77%
- 12 pour 6 mois soit 12%
- 1 pour 9 mois soit 1%
- 0 pour 12 mois
- 3 ne se prononcent pas soit 3%



3) Deuxième cas clinique : Une jeune femme sans antécédent vient en consultation pour le renouvellement de sa pilule.

a) Classez par ordre de priorité les sujets à aborder lors de la consultation (numérotez de 1 à 5, 1 étant le plus important et 5 le moins important) :

- Oubli de pilule et contraception d'urgence
- Effets secondaires
- Apparition d'une nouvelle contre-indication
- Partenaire et sexualité
- Satisfaction de la pilule et envie de changer de contraception

	Priorité n°1	Priorité n°2	Priorité n°3	Priorité n°4	Priorité n°5
Satisfaction de la pilule	63	28	21	22	13
Oubli de pilule et contraception d'urgence	48	31	33	22	13
Apparition d'une nouvelle contre-indication	28	34	25	31	29
Effets secondaires	14	50	39	25	19
Partenaire et sexualité	15	16	22	32	62

Ici la tendance est moins flagrante, il apparaît néanmoins que la satisfaction soit quand même le sujet prioritaire à évoquer, le partenaire et la sexualité soit le dernier sujet à aborder.

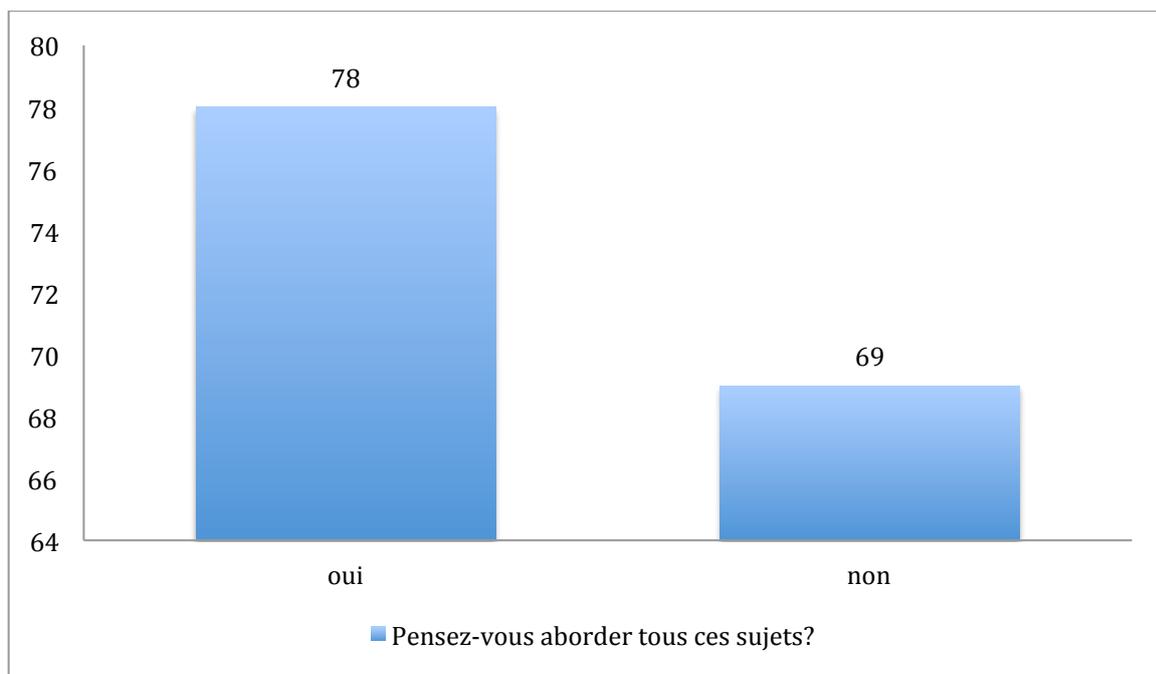
b) Pensez-vous aborder tous ces sujets lors d'une consultation spécialement dédiée à la contraception ? oui/non

- Si non, pourquoi ?

- **Manque de temps**
- **Je n'y pense pas**
- **Autre**

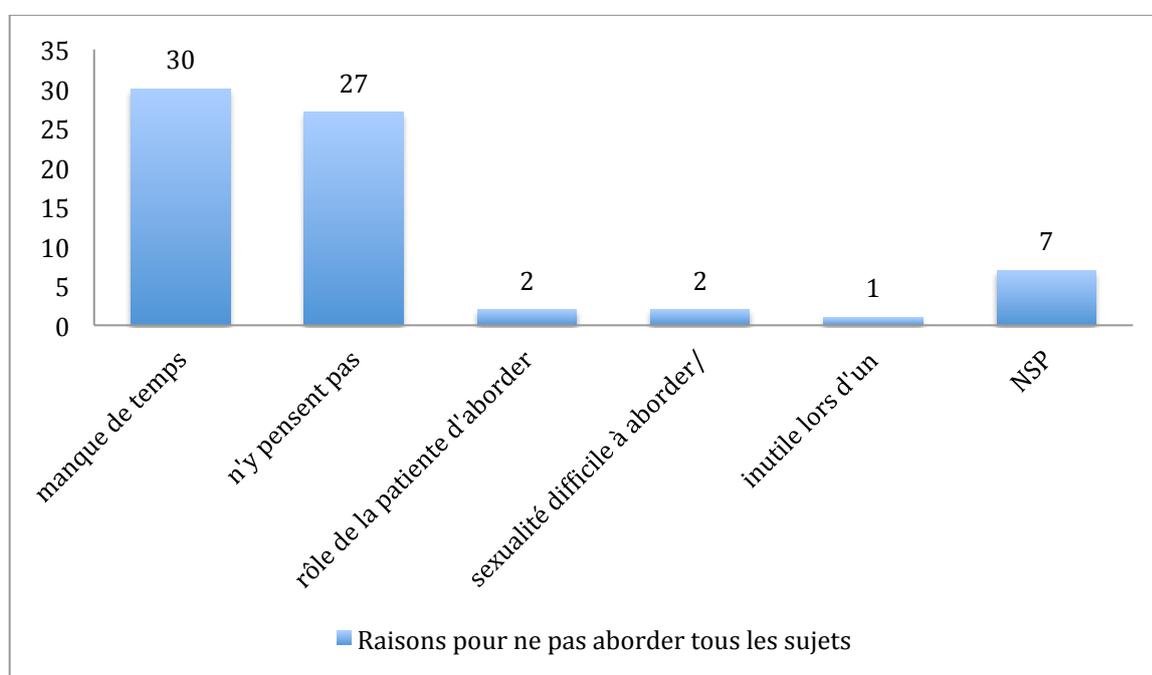
- 78 médecins répondent oui et pensent donc aborder tous les sujets soit 53%

- 69 répondent non et ne pensent pas aborder tous les sujets soit 47%



Sur les 69 qui ont répondu non et n'abordent pas tous les sujets :

- 30 évoquent le manque de temps (43%)
- 27 disent ne pas y penser (39%)
- 2 pensent que c'est à la jeune femme d'aborder les sujets (3%)
- 2 disent que la sexualité est trop difficile à aborder et évoquent la peur d'être « intrusif » (3%)
- 1 dit que ce n'est pas la peine lors d'un renouvellement (2%)
- 7 ne se prononcent pas (10%)



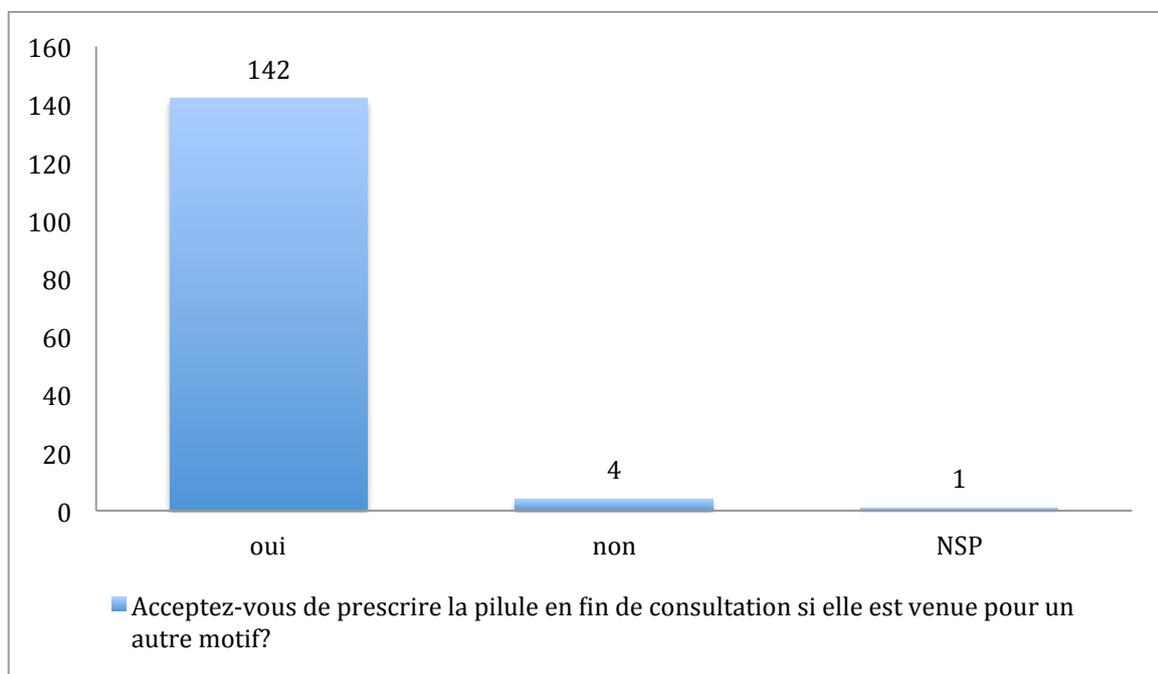
c) Acceptez-vous de prescrire la pilule en fin de consultation si elle est venue pour un autre motif? oui/non

- Si oui, combien de temps ? 3 mois/ 6 mois/ 1 an

- 142 ont répondu oui soit 96.6%

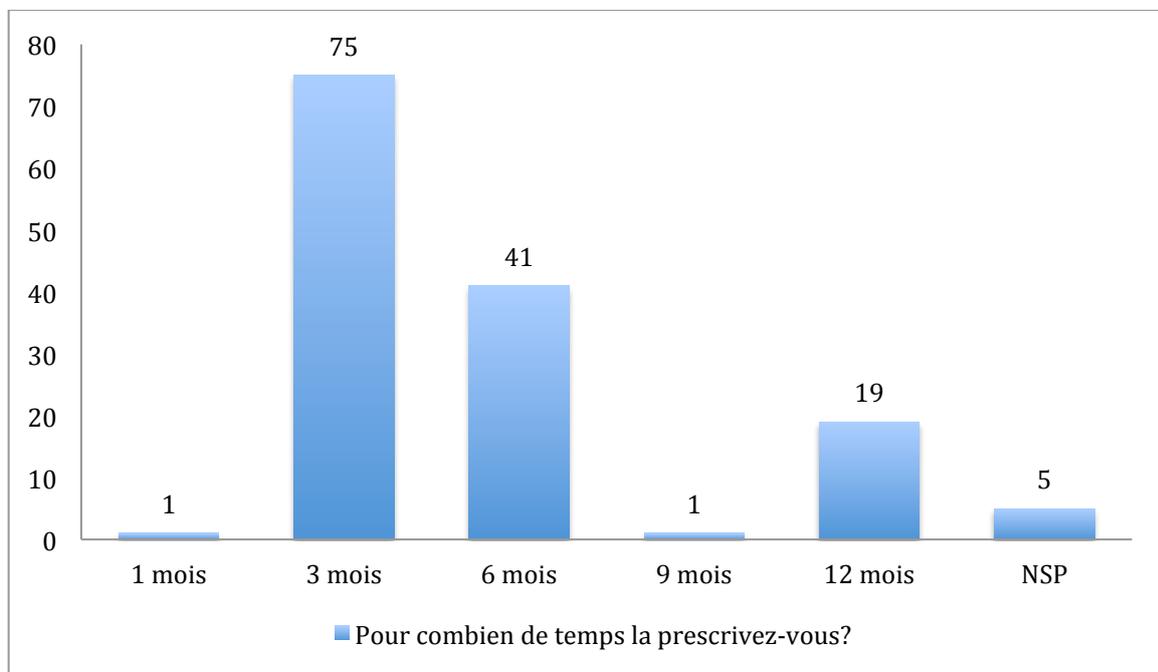
- 4 médecins ont répondu non soit 2,7%

- 1 ne se prononce pas 0,7%



Sur les 142 qui la prescrivent :

- 1 médecin la prescrit pour 1 mois et lui redonne un rendez-vous soit 0,7%
- 75 médecins la prescrivent pour 3 mois soit 53%
- 41 pour 6 mois soit 29%
- 1 pour 9 mois soit 0,7%
- 19 pour 12 mois dont 3 précisent si le suivi gynécologique est à jours (frottis cervico-vaginal, prise de sang...)soit 13%
- 5 ne se prononcent pas soit 3,6%



4) Contraception d'urgence :

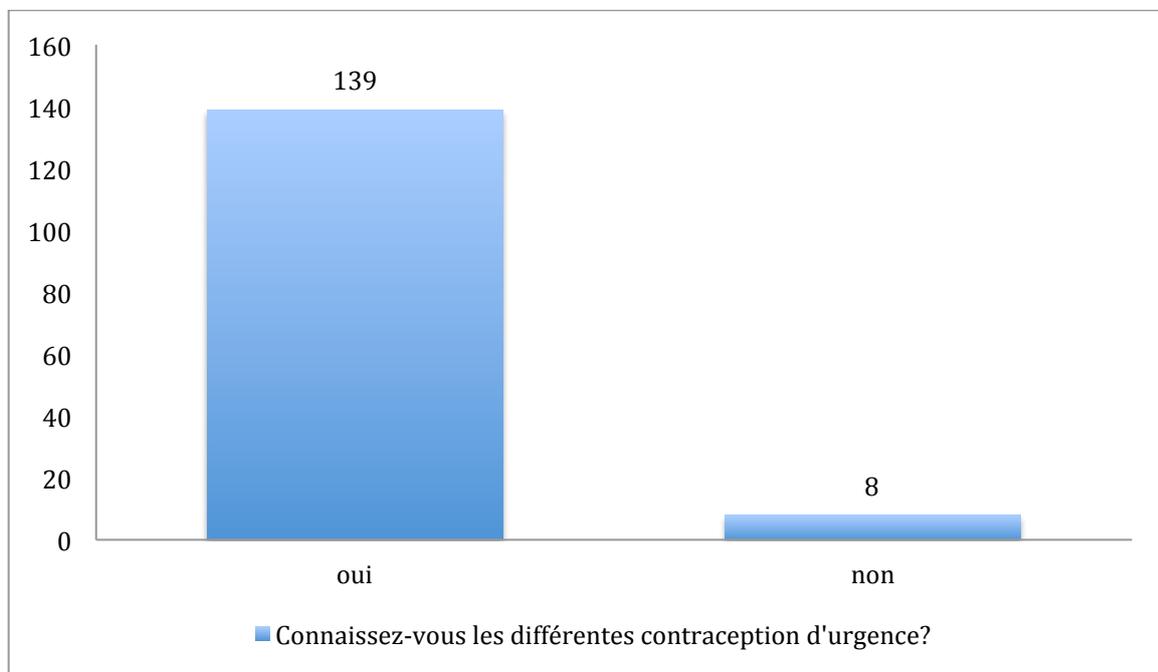
a) Connaissez-vous les différentes contraceptions d'urgence ?

oui/non.

- Si oui citez-les :

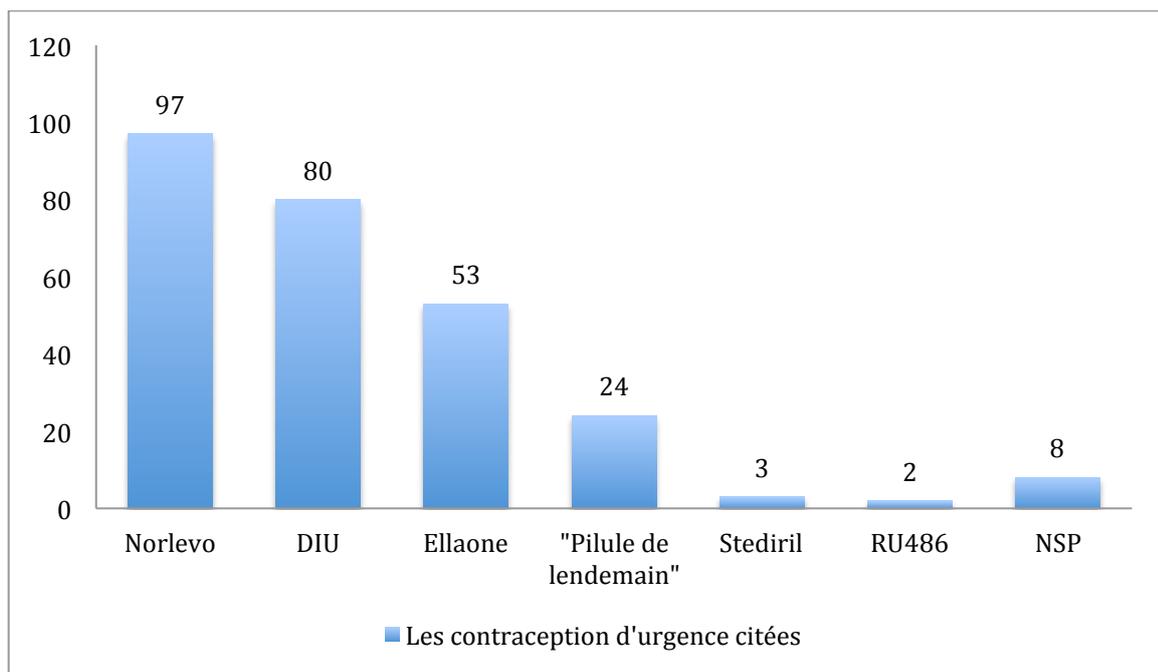
- 139 répondent oui soit 94,5%

- 8 répondent non soit 5,5%



Sur les 139 qui ont répondu oui :

- 97 évoquent le Norlevo®(36,3%)
- 80 évoquent le DIU (30%)
- 53 évoquent Ellaone® (19,9%)
- 24 évoquent« la pilule du lendemain » mais ne cite ni la DCI ni le nom commercial (9%)
- 3 médecins citent le Stediril® (1,1%)
- 2 citent le RU486 donc se trompent car il ne s'agit pas d'une contraception d'urgence (0,7%)
- 8 ne se prononcent pas (3%)

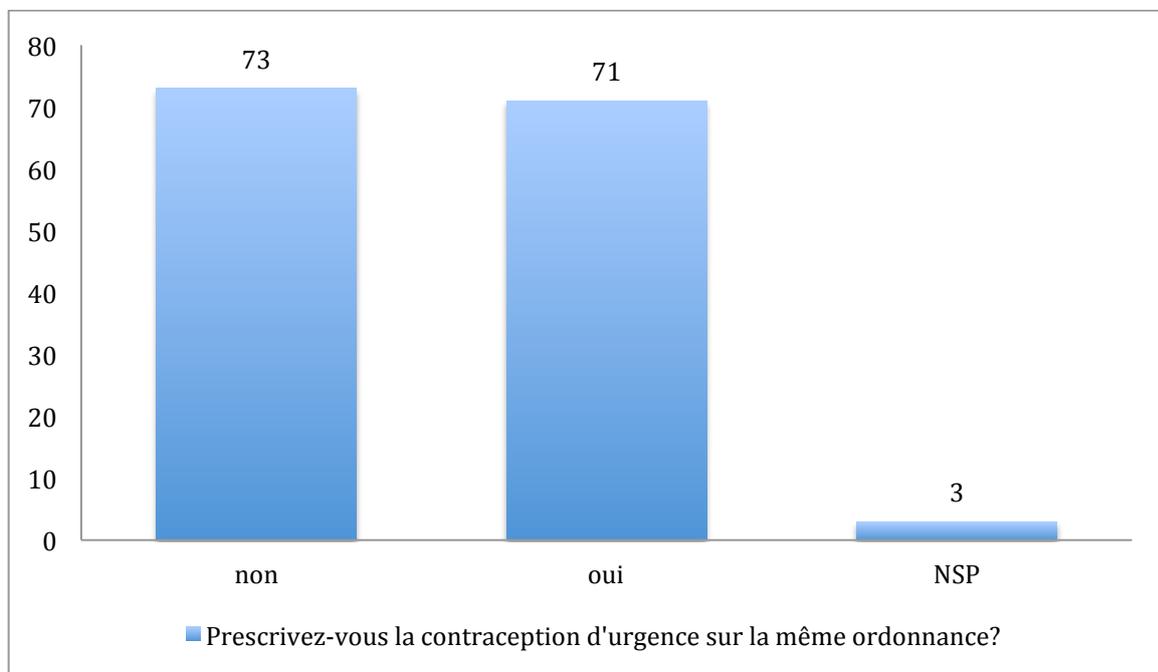


b) Prescrivez-vous la contraception d'urgence hormonale en même temps que vous prescrivez la pilule (sur la même ordonnance ou sur une autre ordonnance)? oui/non

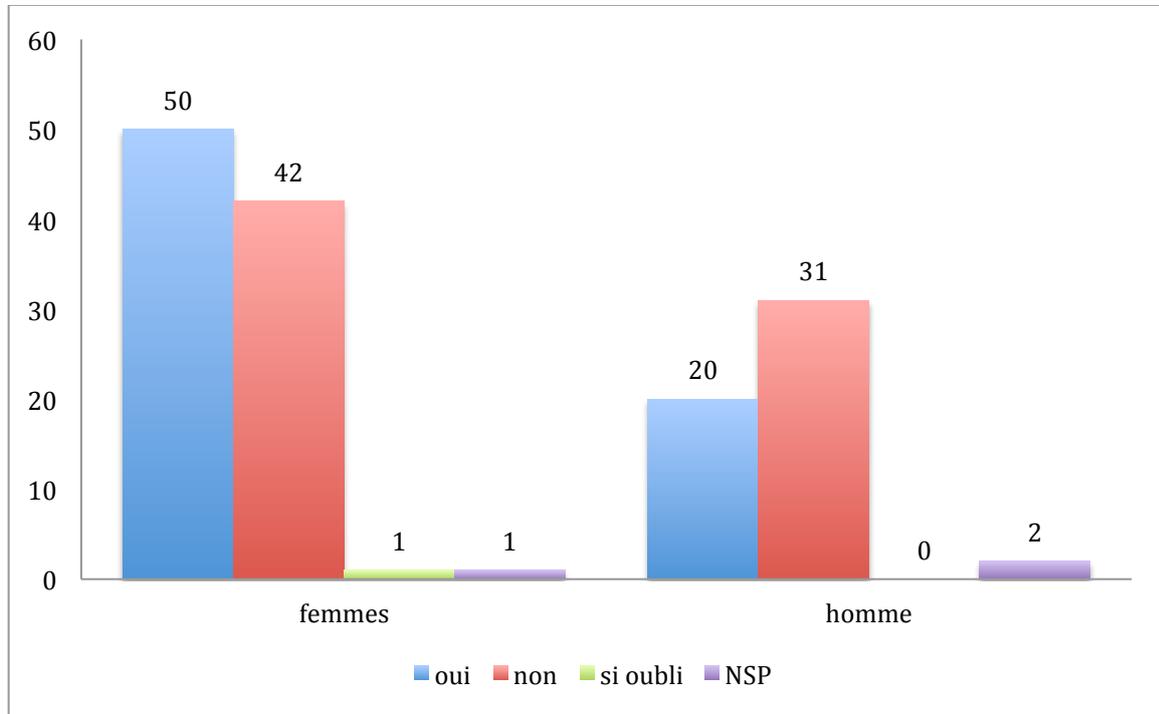
- 73 médecins répondent « non » soit 50%

- 71 répondent « oui » soit 48% dont un précise qu'il ne le fait que s'il s'aperçoit que la patiente oublie de prendre sa pilule

- 3 ne se prononcent pas soit 2%

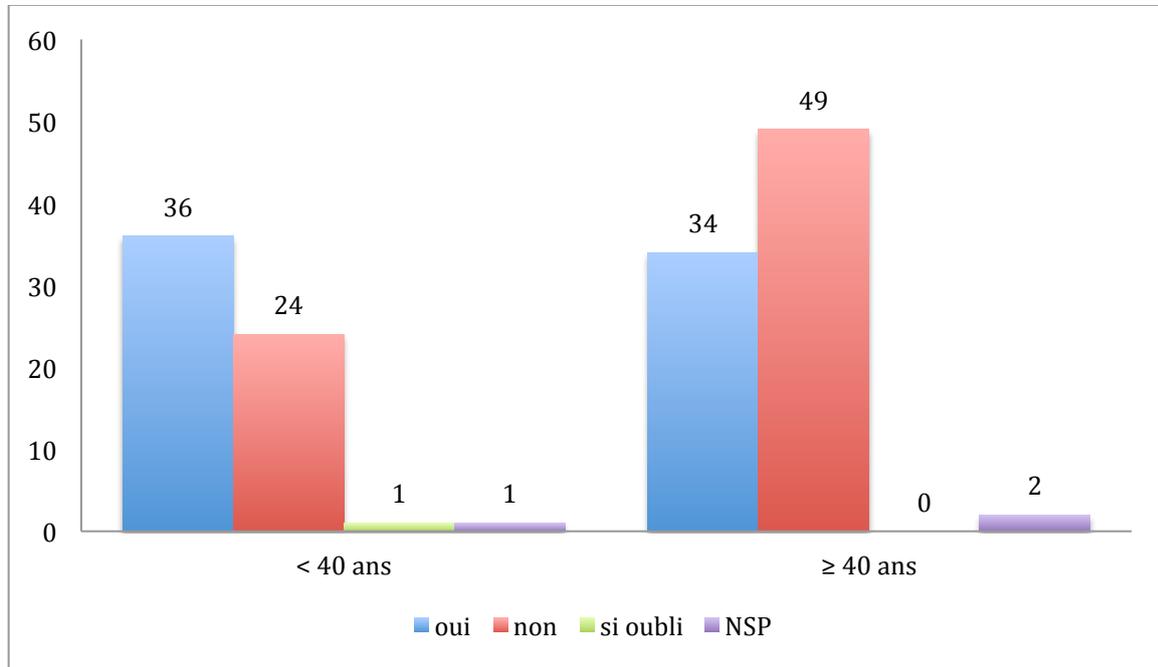


Est-ce que le sexe influe sur le fait de prescrire la contraception d'urgence sur la même ordonnance ?



Le test du Chi2 n'est pas significatif ($p=0,07$), on note tout de même une tendance : les femmes ont plus tendance à prescrire la contraception d'urgence sur la même ordonnance.

Est-ce que l'âge influe sur le fait de prescrire ou pas la contraception d'urgence sur la même ordonnance ?



Encore une fois le test de Student utilisé n'est statistiquement pas significatif ($p=0,38$).

On observe néanmoins une tendance, les médecins de moins de 40 ans ont plus tendance à prescrire la contraception d'urgence sur la même ordonnance.

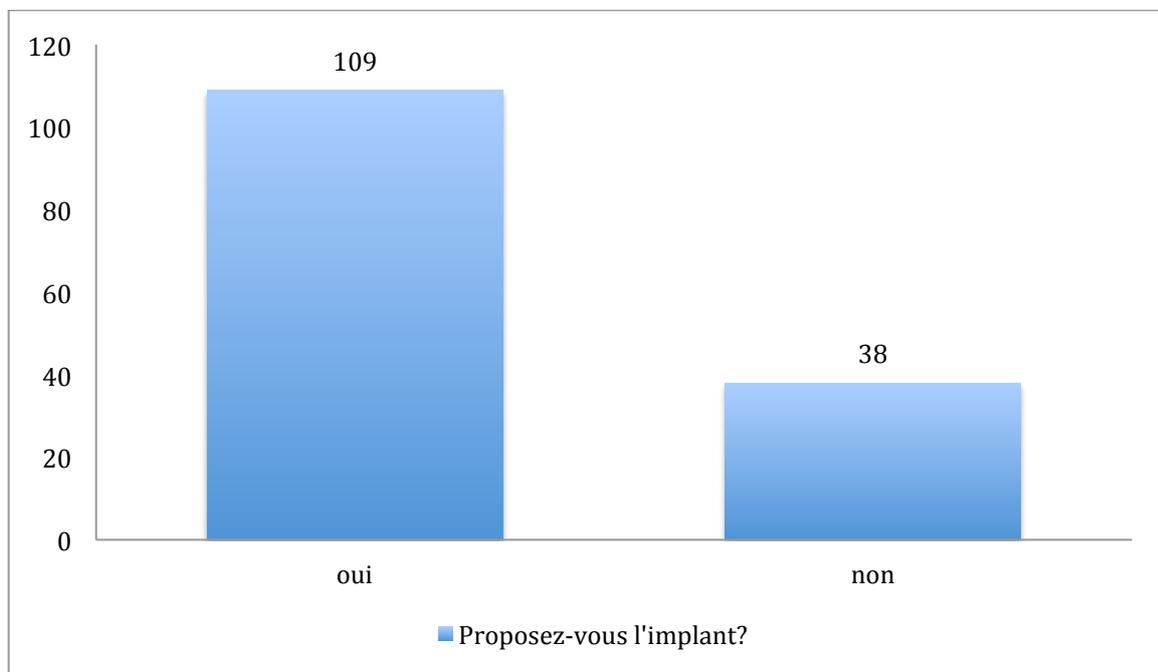
5) Quels sont les autres moyens de contraception que la contraception orale que vous proposez :

a) Proposez-vous l'implant ? oui/non.

- Si non, pourquoi ?

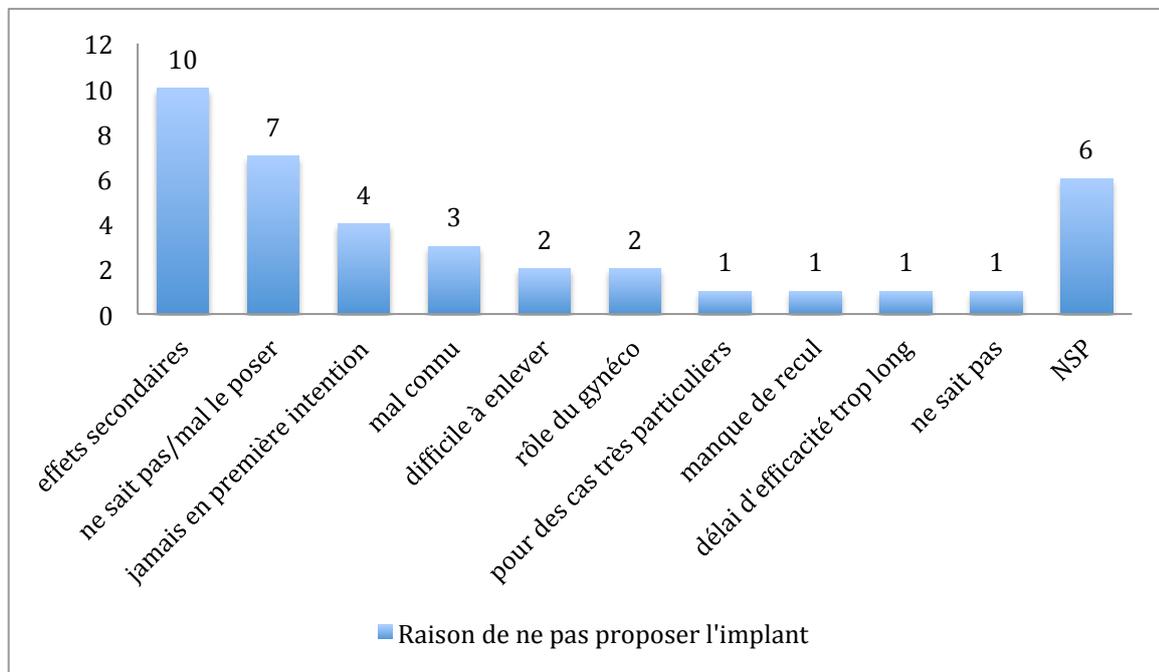
- 109 répondent oui soit 74% dont un précise qu'il le propose rarement

- 38 répondent non soit 26%

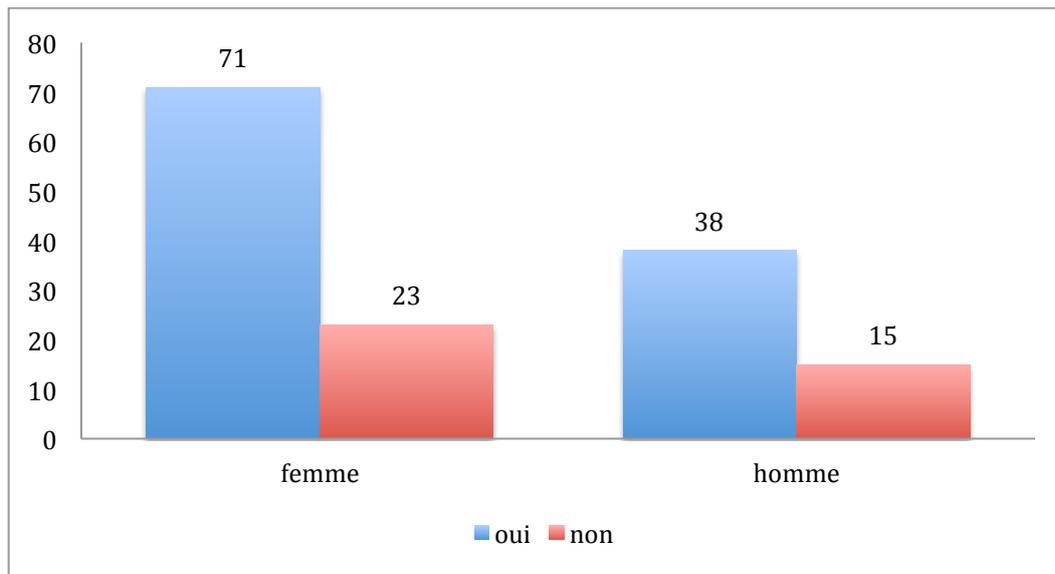


Sur les 38 qui répondent non :

- 10 évoquent des effets secondaires (métrorragie, GEU, phlébite du membre supérieur) (26,3%)
- 7 parce qu'ils ne savent pas du tout ou pas bien le poser (18,4%)
- 4 ne le proposent jamais en première intention (10,5%)
- 3 considèrent ne pas connaître le produit pour le proposer (7,9%)
- 2 parce qu'il est difficile à enlever (5,3%)
- 2 considèrent que c'est le rôle des gynécologues (5,3%)
- 1 ne le propose que dans des cas très particuliers (2,6%)
- 1 médecin évoque le manque de recul (2,6%)
- 1 dit que le délai d'efficacité est trop long (2,6%)
- 1 ne sait pas pourquoi il ne le propose pas (2,6%)
- 6 ne se prononcent pas sur les raisons de ne pas le proposer (15,9%)

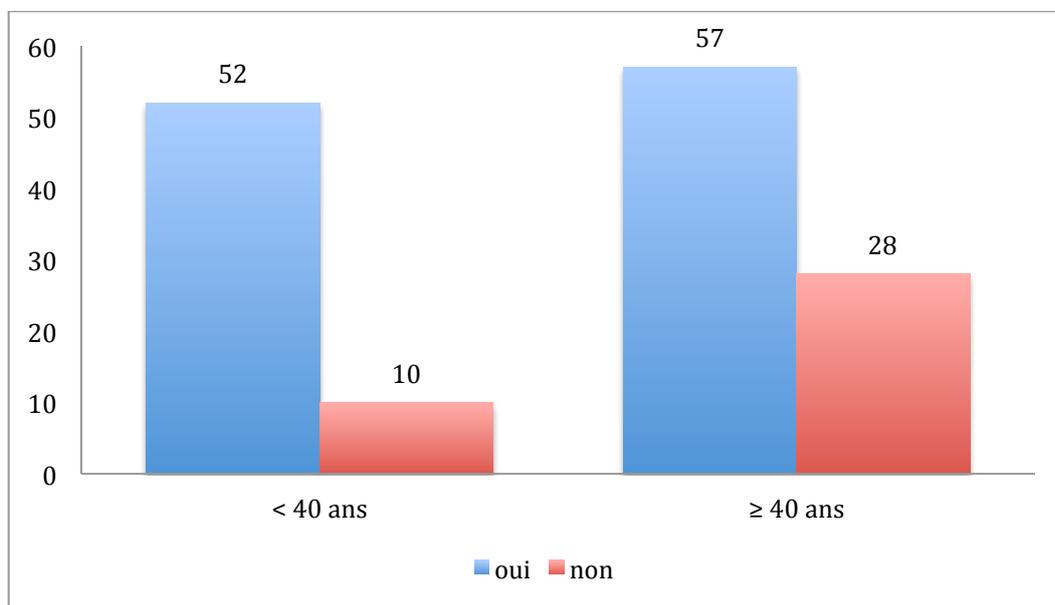


Est-ce que le sexe influe sur le fait de proposer l'implant ?



Le test du Chi2 n'est statistiquement pas significative ($p=0,61$). Mais on peut parler de tendance : les femmes ont plus tendance à proposer l'implant que les hommes.

Est-ce que l'âge influe sur le fait de proposer l'implant ?

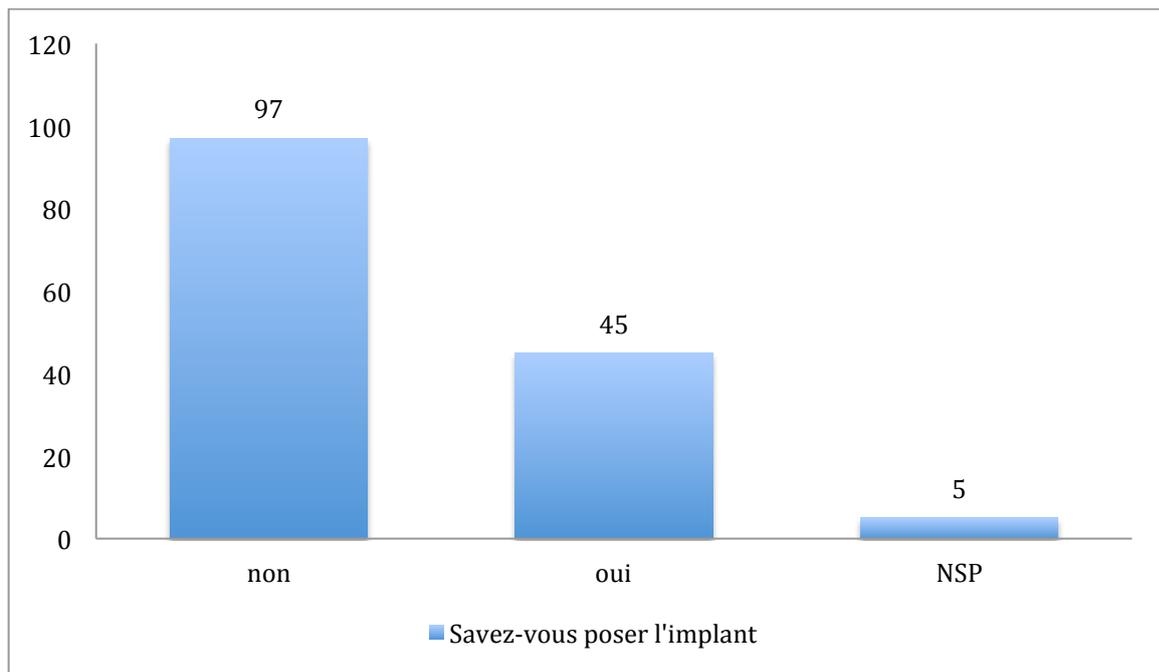


Le test de Student ne montre pas de réponse statistiquement significative ($p=0,7$).

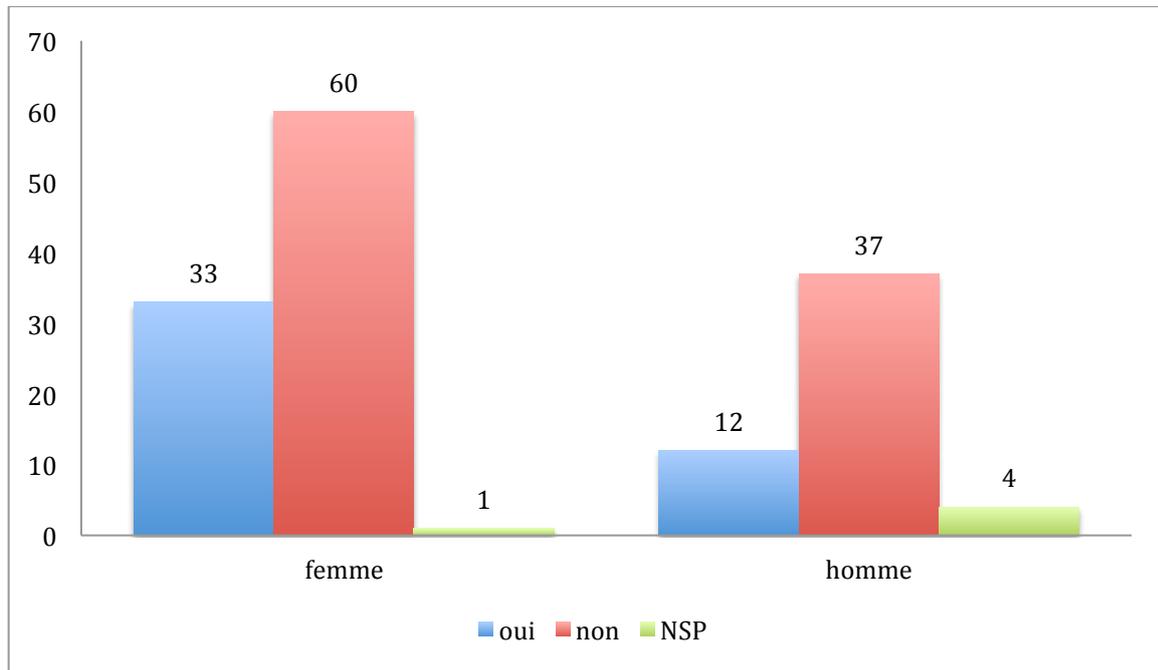
Mais on peut tout de même parler de tendance : les médecins de moins de 40 ans ont plus tendance à proposer l'implant.

Savez-vous poser l'implant? oui/non

- 97 répondent non soit 66%
- 45 médecins répondent oui soit 31% dont 1 dit savoir le faire mais ne le fait pas
- 5 ne se prononcent pas soit 3%



Est-ce que le sexe influe sur le fait de savoir poser l'implant ?

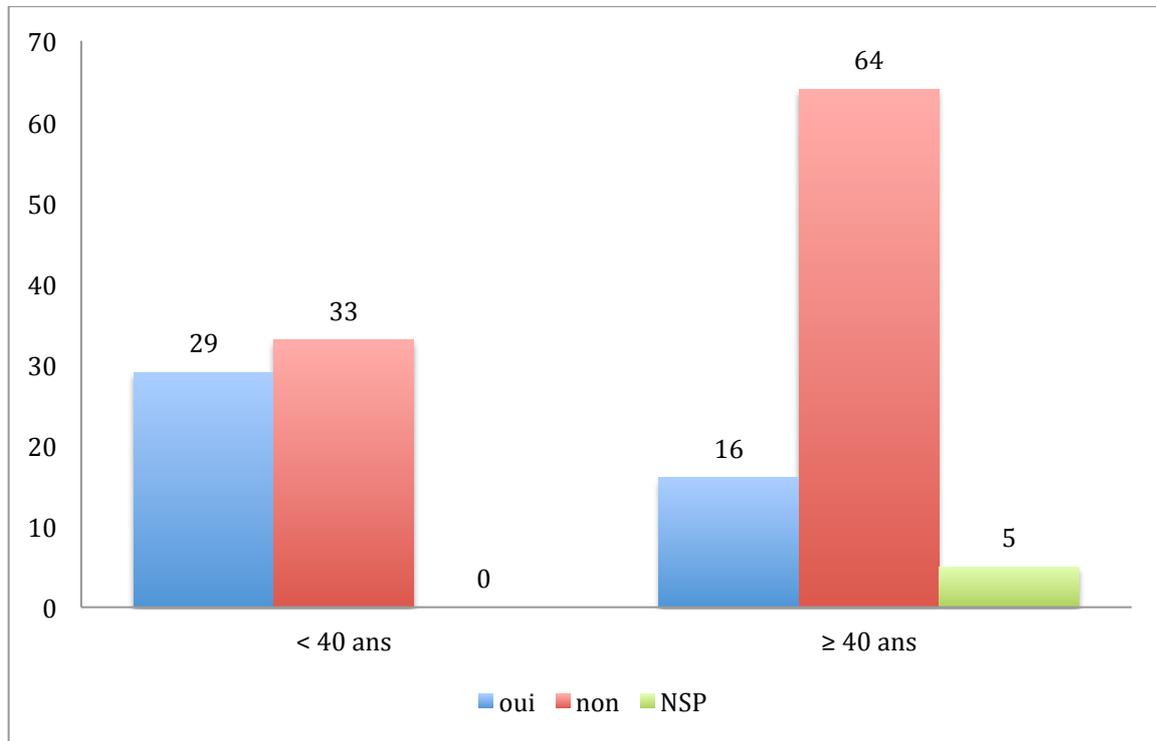


Le test de Chi2 n'est pas significatif ($p=0,18$).

La tendance montre que dans cet échantillon :

- la majorité des femmes et des hommes ne savent pas poser l'implant
- il n'y a pas de différence majeure entre les 2 sexes.

Est-ce que l'âge influe sur le fait de savoir poser l'implant ?



Le test de Student n'est pas significatif ($p=0,77$), néanmoins on observe une tendance : les moins de 40 ans savent proportionnellement plus poser l'implant que les médecins de 40 ans et plus.

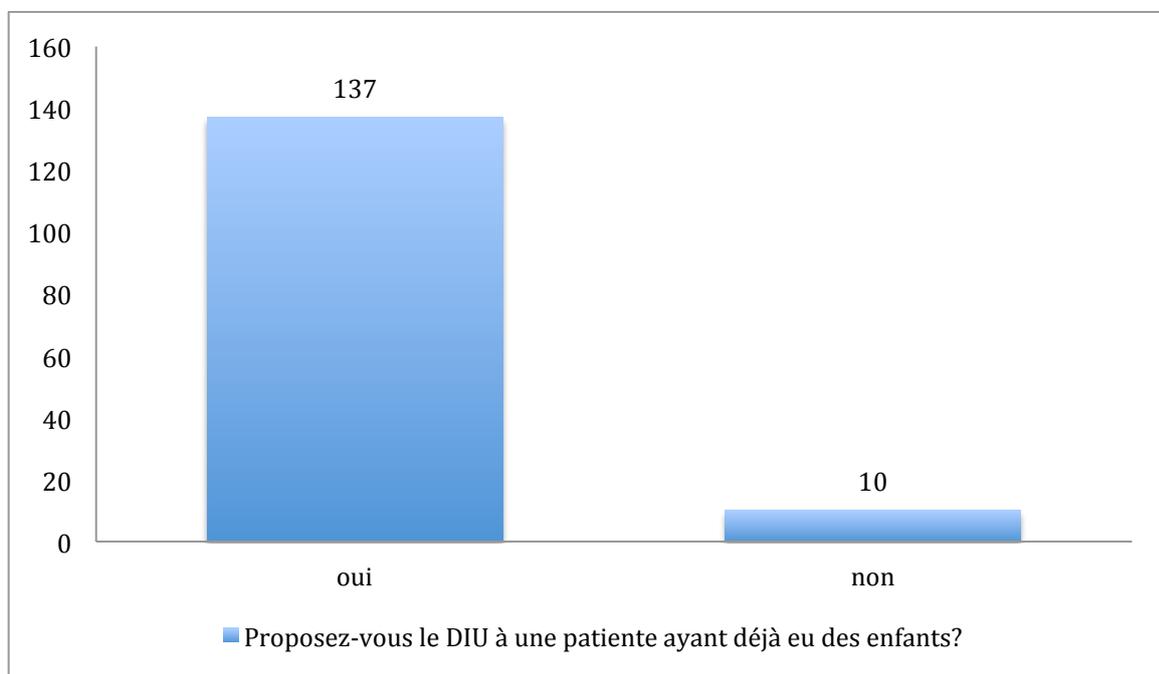
b) Proposez-vous le DIU à une patiente ayant déjà eu des enfants?

Oui/non

- Si non pourquoi ?

- 137 répondent oui soit 93%

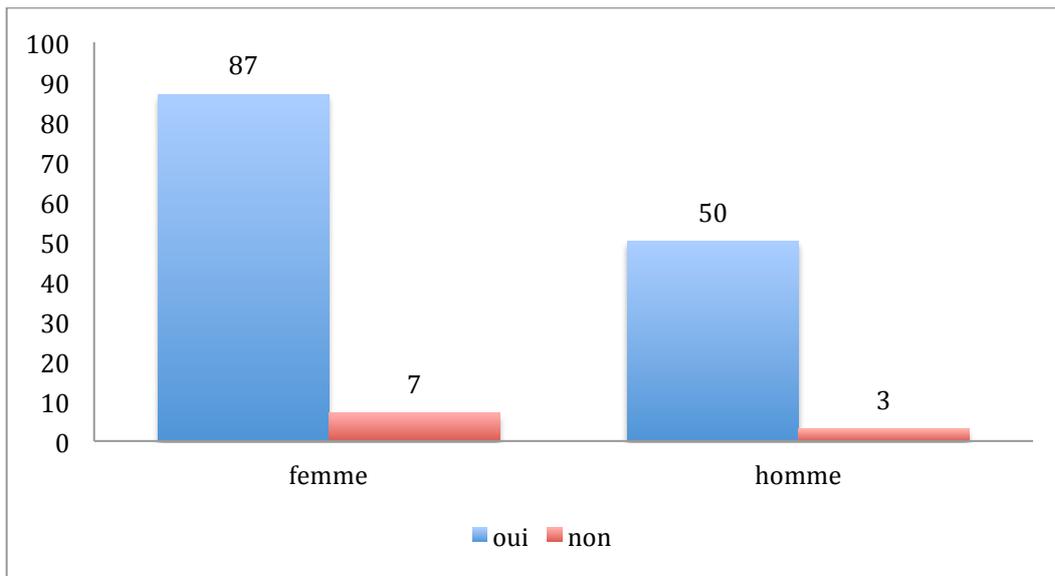
- 10 répondent non soit 7%



Sur les 10 médecins qui ont répondu « non » :

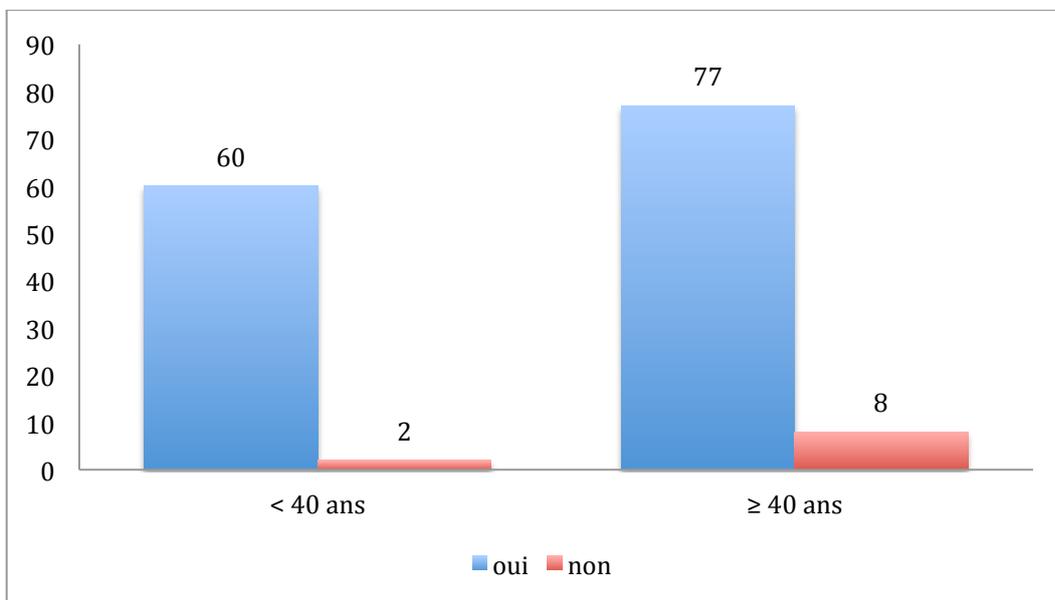
- 3 ne proposent pas le DIU car ils considèrent que « c'est le rôle du gynécologue » (30%)
- 5 ne le proposent pas car « ne le posent pas » (50%)
- 2 évoquent « les effets secondaires à la pose (malaise vagal, saignements) » (20%)

Le sexe influe-t-il sur le fait de proposer le DIU chez la patiente ayant eu des enfants ?



Le test Chi2 n'est pas significatif ($p=0,67$) mais la tendance est que les hommes et les femmes proposent de la même manière le DIU chez la multipare.

L'âge influe-t-il sur le fait de proposer le DIU chez une patiente ayant déjà eu des enfants ?

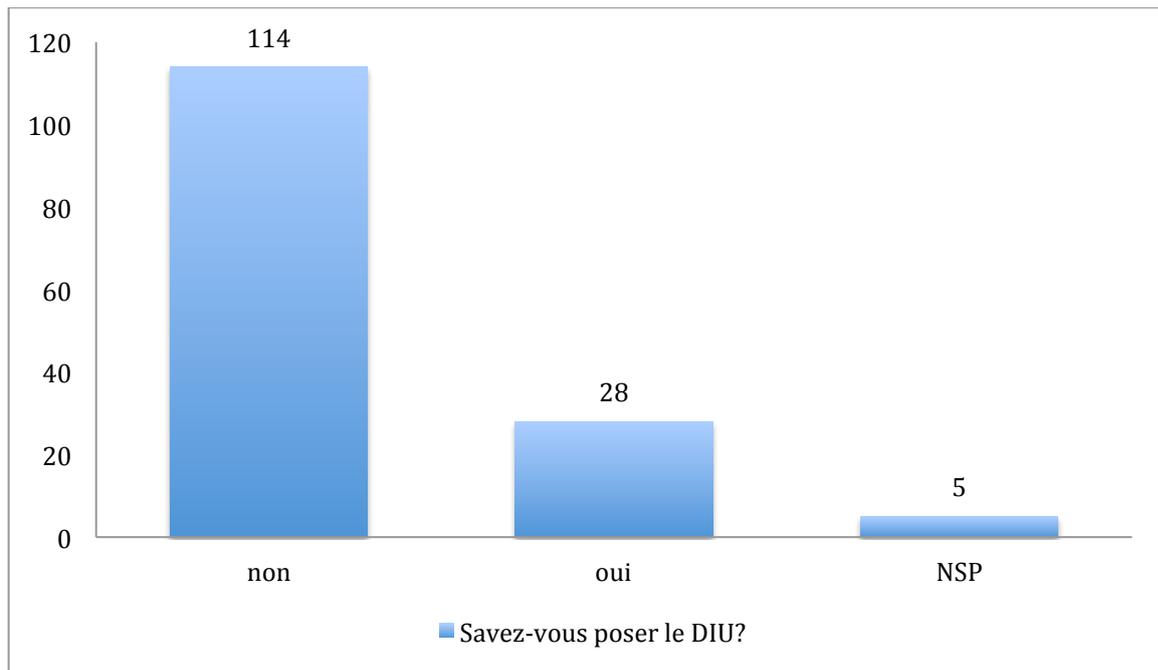


Le test de Student n'est pas significatif ($p=0,82$) mais la tendance montre :

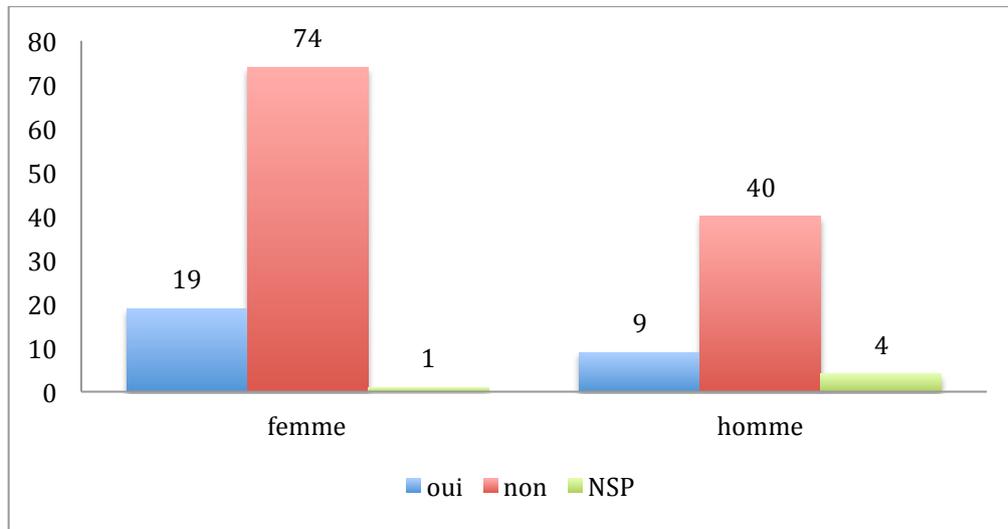
- il n'y a pas de différence entre les médecins de moins et de plus de 40 ans
- les médecins, quelque soit leur âge, proposent souvent le DIU chez la multipare.

Savez-vous poser le DIU ? oui/non

- 28 répondent oui soit 19%
- 114 répondent non soit 77,6%
- 5 ne se prononcent pas 3,4%

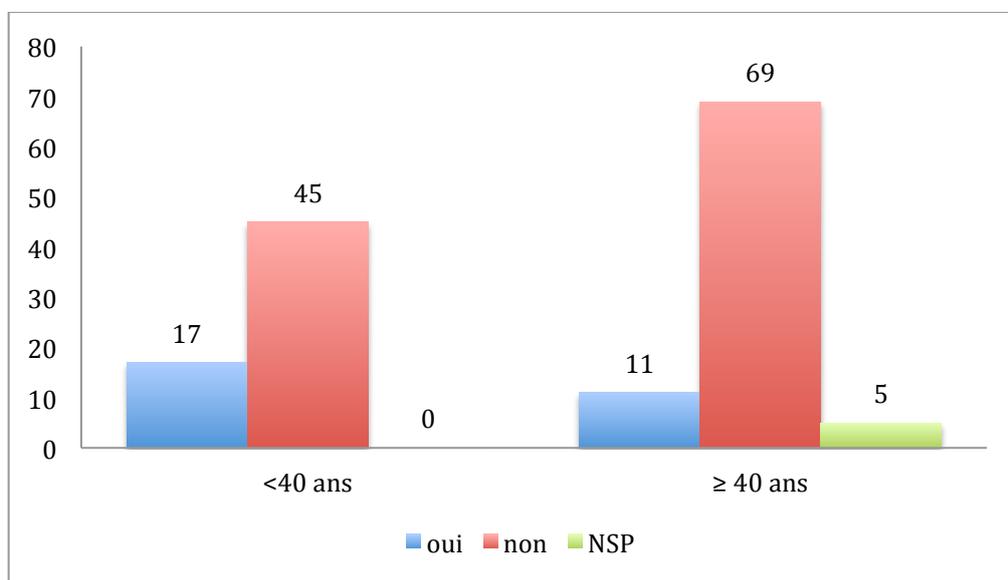


Est-ce que le fait d'être un homme ou une femme influe sur le fait de savoir poser ou pas le DIU ?



Le test du Chi2 n'est pas significatif ($p=0,77$). Dans cet échantillon on peut parler d'une tendance, le nombre d'hommes et de femmes qui savent poser le DIU, est équivalent.

Est-ce que l'âge influe sur le fait de savoir poser ou pas le DIU ?



Là encore le test de Student n'est pas significatif ($p=0,81$) mais il existe une tendance, les médecins de moins de 40 ans ont plus tendance à savoir poser le DIU.

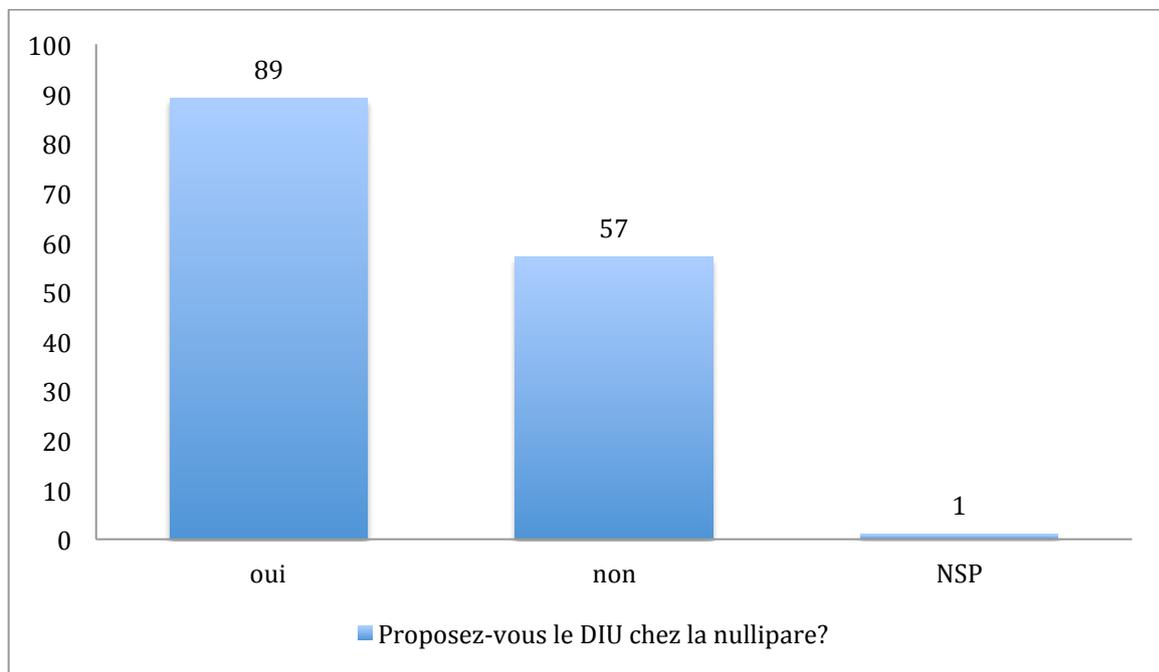
c) Proposez-vous le DIU chez une patiente nullipare ? oui/non

- Si non pourquoi ?

- 89 médecins répondent oui soit 60,5%

- 57 médecins répondent non soit 38,8%

- 1 ne se prononce pas 0,7%



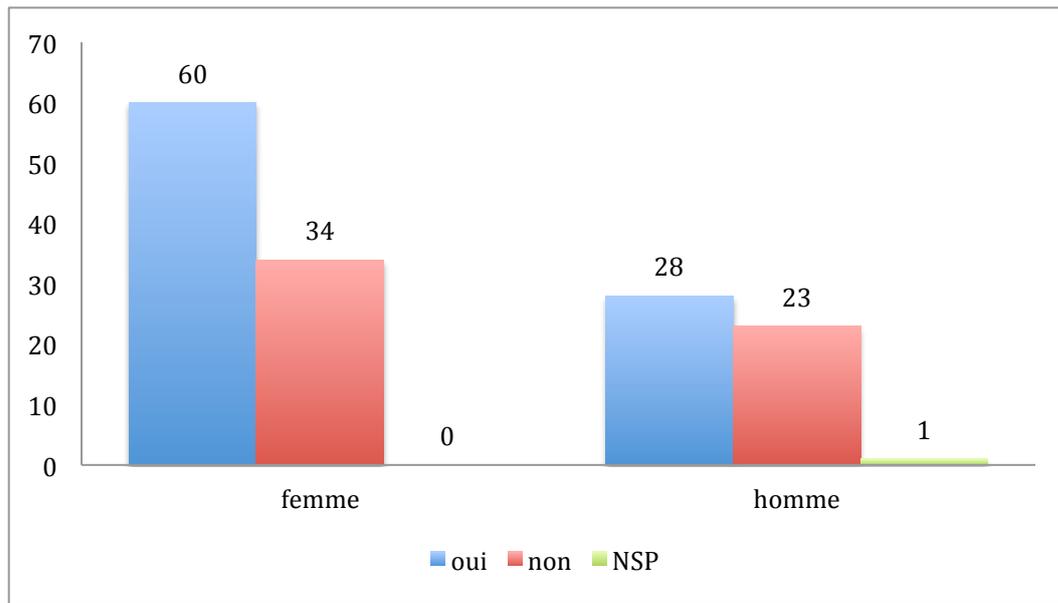
Parmi les 89 médecins qui proposent le DIU chez la nullipare :

- 2 précisent qu'il le propose uniquement en cas de contre-indication des autres moyens de contraception
- 1 précise qu'il le propose très rarement
- 1 précise qu'il le propose avec réticence

Dans les 57 médecins ayant répondu non, les raisons évoquées sont :

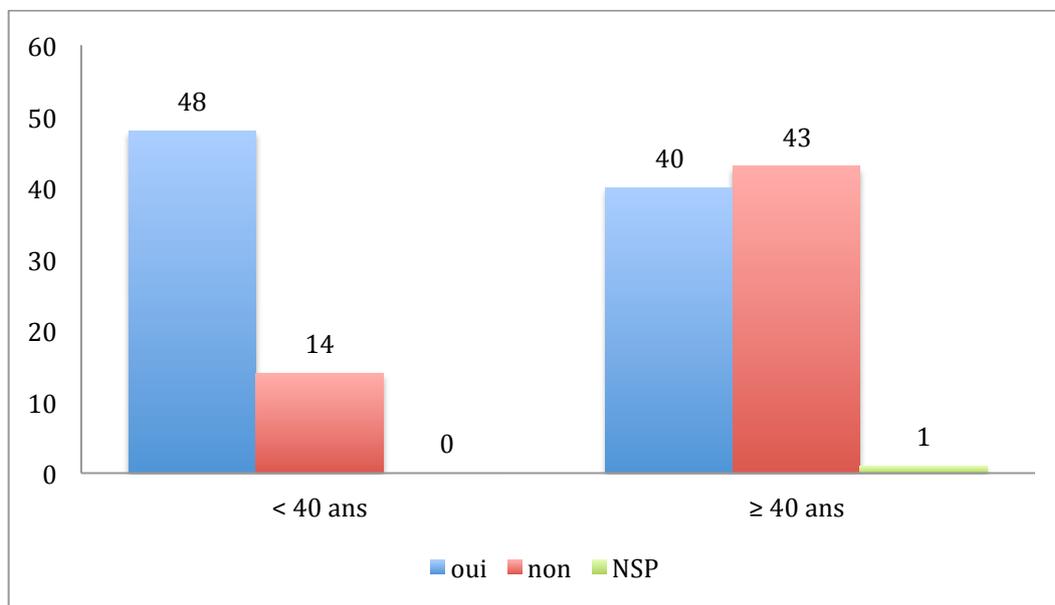
- 14 ne se prononcent pas (soit 24,7%)
- 9 médecins évoquent le risque d'infection et de stérilité (soit 16%)
- 9 ne le proposent pas en première intention, ils ne le proposent que s'il y a des contre-indications aux autres moyens de contraception (soit 16%)
- 4 disent que c'est contre-indiqué (soit 7%)
- 4 disent simplement qu'ils n'en ont pas l'habitude (soit 7%)
- 3 parce que c'est difficile à poser (5,2%)
- 3 disent que ce n'est pas adapté (5,2%)
- 2 se disent mal informés (3,5%)
- 2 disent qu'il est mal toléré, et 1 des 2 précise qu'il y a un risque de GEU (3,5%)
- 1 dit qu'il n'y a pas de demande des patientes donc ne le propose pas (1,7%)
- 1 parle d'un « blocage » (1,7%)
- 1 dit que « ça dépend de sa vie sexuelle (partenaires multiples) » (1,7%)
- 1 dit que les gynécologues sont réticents donc ne le propose pas (1,7%)
- 1 parce qu'il ne sait pas le poser (1,7%)
- 1 dit que c'est rarement accepté par les patientes nullipares (1,7%)
- 1 dit que c'est le rôle du gynécologue (1,7%)

Le sexe influe-t-il sur le fait de proposer le DIU chez la nullipare ?



Le test du Chi2 n'est pas significatif ($p=0,29$), la tendance montre néanmoins que les femmes auraient plus tendance à proposer les DIU chez la nullipare.

L'âge influe-t-il sur le fait de proposer le DIU chez la nullipare ?



Là encore le test de Student n'est pas statistiquement significatif ($p=0,64$), on observe néanmoins une tendance : les médecins de moins de 40 ans ont plus tendance à proposer le DIU chez la nullipare.

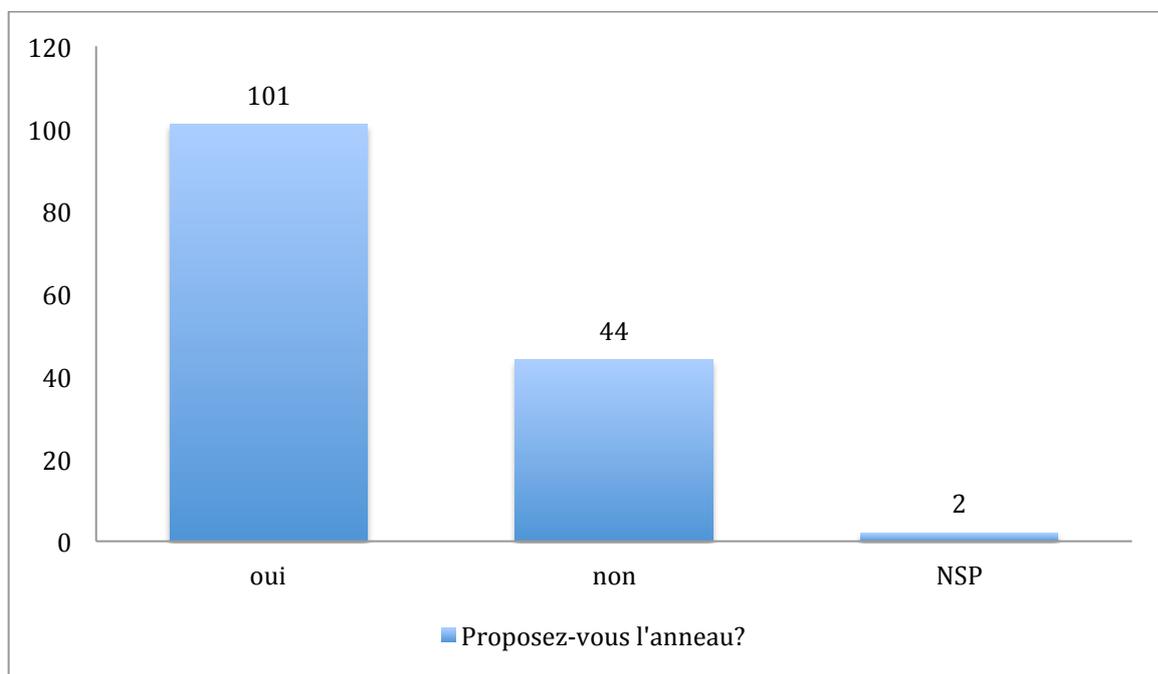
d) Proposez-vous l'anneau ? oui/non

Si non, pourquoi ?

- 101 médecins répondent oui, soit 68,7%

- 44 répondent non, soit 30%

- 2 ne se prononcent pas soit 1,3%



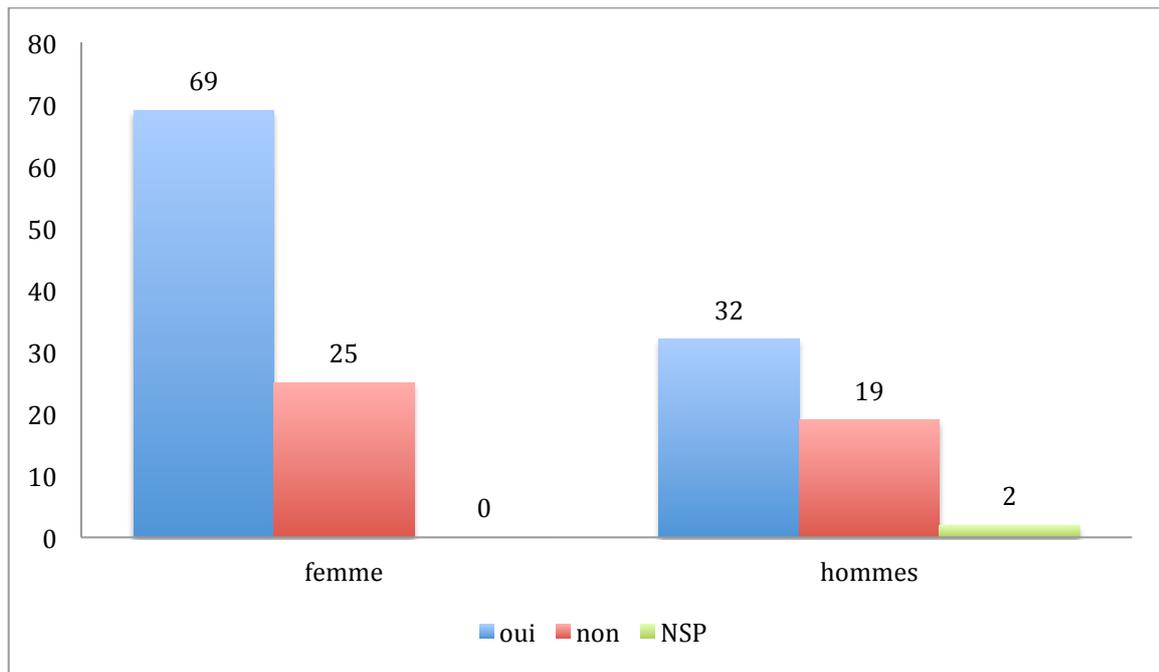
Parmi les 101 médecins qui proposent l'anneau, certains apportent des précisions:

- 3 disent le proposer rarement dont 2 précisent que c'est parce qu'il n'est pas remboursé
- 1 le propose uniquement s'il s'aperçoit que la patiente oublie de prendre sa pilule régulièrement

Parmi les 44 médecins qui ne le proposent pas:

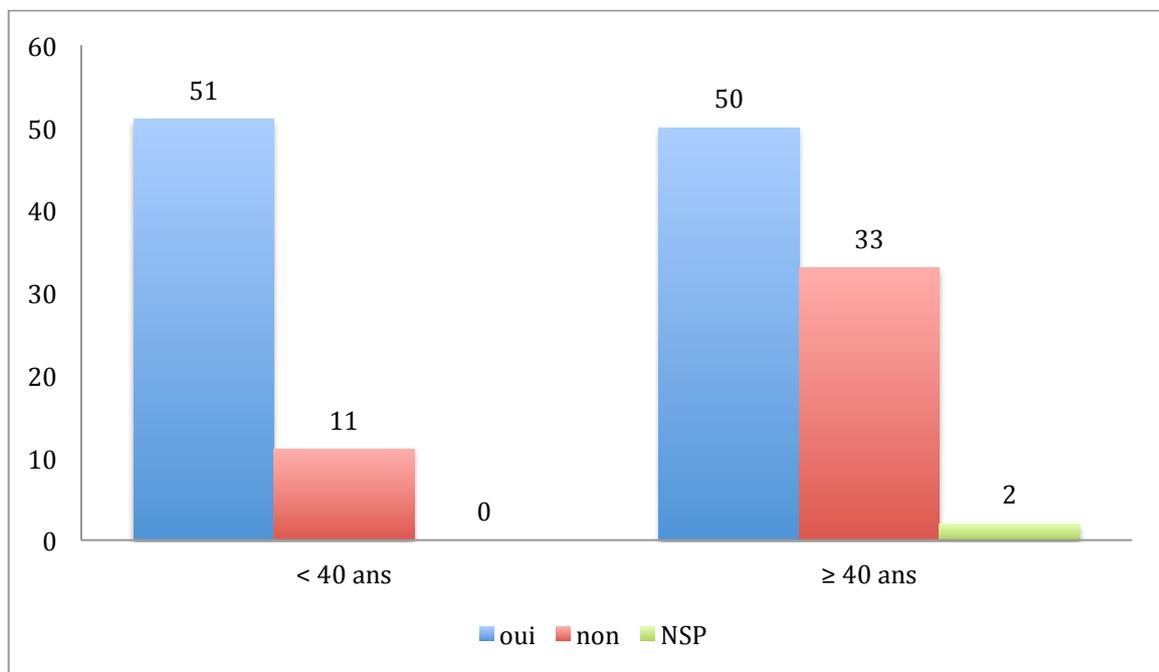
- 19 disent être mal informés dont 1 dit qu'il émet des doutes sur sa fiabilité (43%)
- 7 parce qu'il n'est pas remboursé dont 2 précisent qu'il n'a pas d'intérêt par rapport à la pilule (16%)
- 6 ne se prononcent pas (14%)
- 3 pensent que c'est le rôle du gynécologue (7%)
- 2 trouvent que l'anneau n'est pas pratique (5%)
- 2 disent que l'anneau est inefficace (5%)
- 1 dit que c'est parce qu'il n'a pas de demande des patientes (2%)
- 1 n'y pense pas (2%)
- 1 n'en a pas l'habitude (2%)
- 1 a « peur que l'anneau se déplace lors des rapports sexuels » (et donc d'une perte d'efficacité ?) (2%)
- 1 ne le propose pas si la patiente ne le demande pas (2%)

Est-ce que le sexe influe sur le fait de proposer l'anneau ?



Là encore le test Chi2 n'est pas significatif ($p=0,18$), on peut en revanche parler de tendance, les femmes proposent plus l'anneau que les hommes.

Est-ce que l'âge influe sur le fait de proposer l'anneau ?



Là encore le test de Student n'est pas significatif ($p=0,69$), en revanche on note une tendance chez les médecins de moins de 40 ans à proposer plus souvent l'anneau.

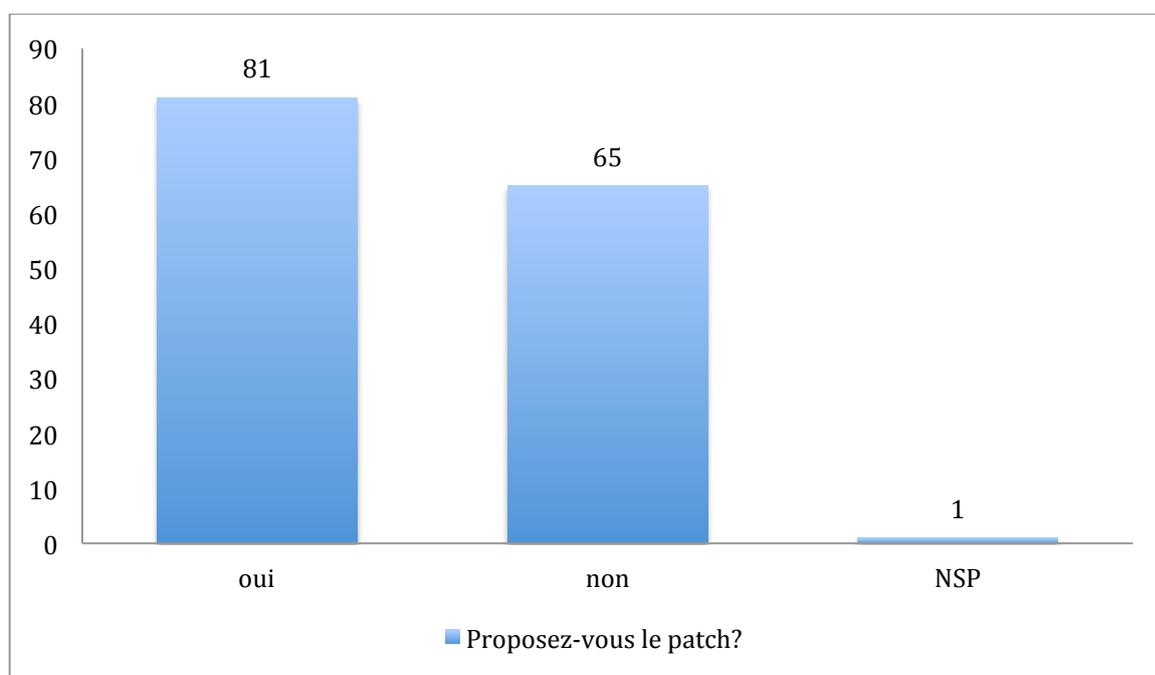
e) Proposez-vous le patch ? oui/non

Si non, pourquoi ?

- 81 médecins répondent oui dont 1 précise qu'il le propose rarement car n'est pas remboursé, soit 55,1%

- 65 répondent non, soit 44,2%

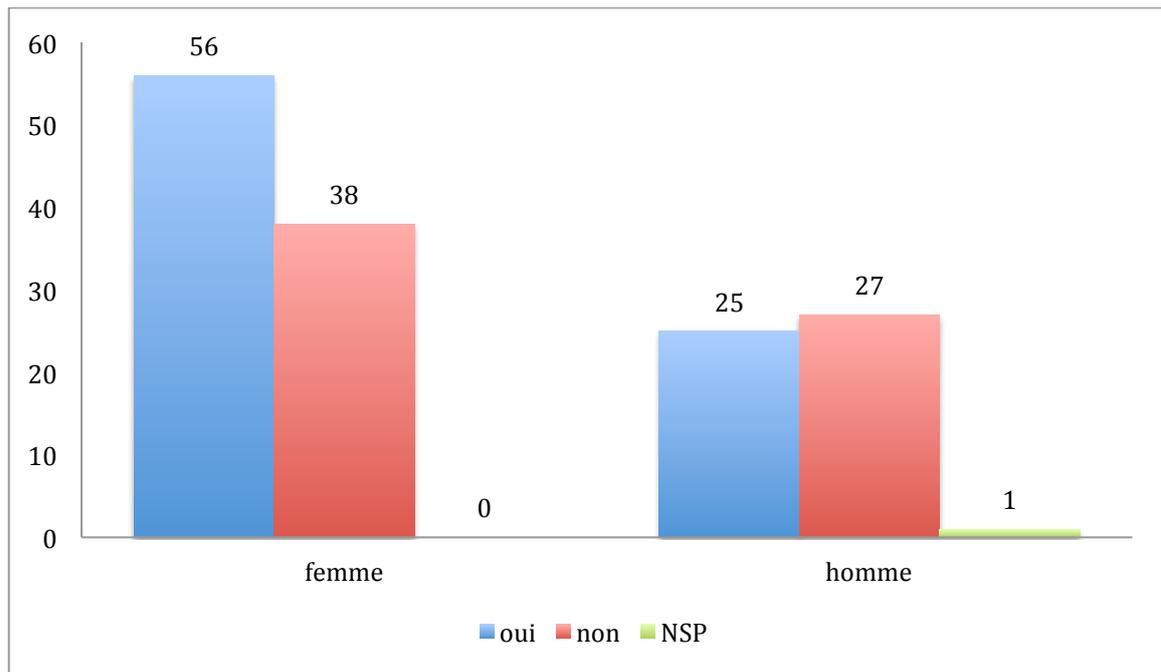
- 1 ne se prononce pas soit 0,7%



Les raisons invoquées pour ne pas proposer le patch sont :

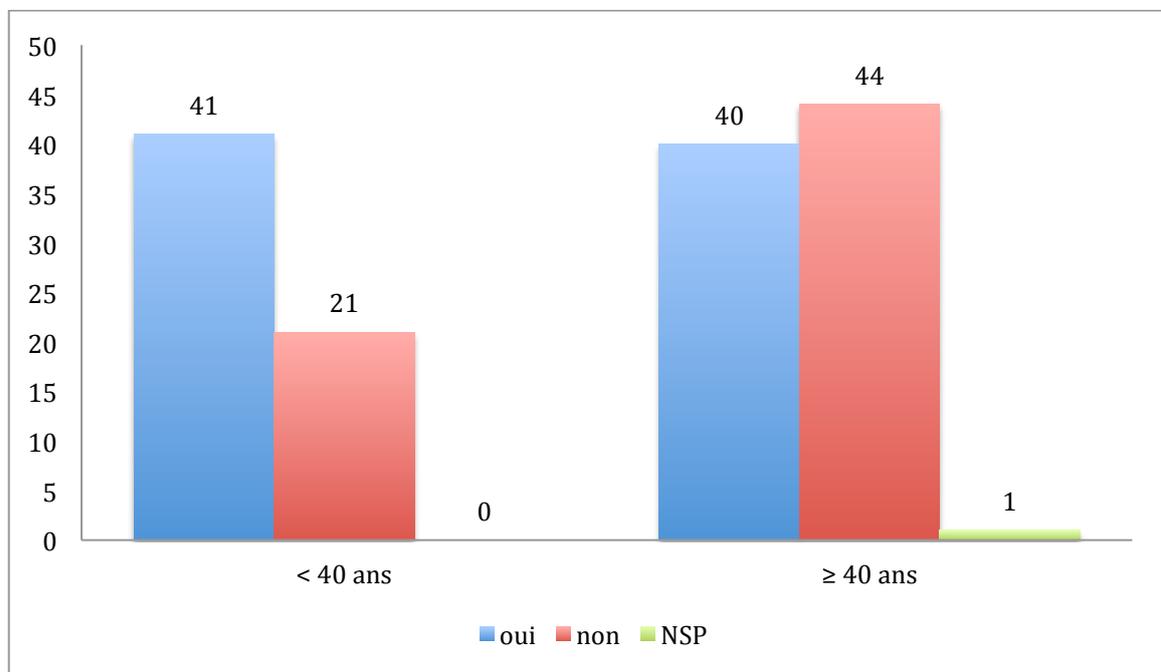
- 24 disent être mal informés, mal le connaître (37%)
- 9 disent qu'il n'est pas remboursé, dont 2 précisent qu'en plus il n'a pas d'intérêt par rapport à la pilule (14%)
- 8 ne se prononcent pas (12%)
- 7 n'y pensent pas (10%)
- 5 disent qu'ils n'ont pas l'habitude (8%)
- 3 disent qu'il est cher dont 1 dit qu'en plus il colle mal, et 1 autre dit qu'il est moins efficace que la pilule (5%)
- 3 disent qu'il n'est pas pratique dont 1 précise qu'il est visible (5%)
- 2 disent qu'il n'a pas d'intérêt (3%)
- 2 disent que c'est le rôle du gynéco (3%)
- 1 dit que c'est parce qu'il y a une absence de demande des patientes (1,5%)
- 1 émet un doute sur sa fiabilité (1,5%)

Est-ce que le sexe influe sur le fait de proposer ou non le patch ?



Le test de Chi2 n'est pas significatif ($p=0,18$) mais on note une tendance dans cet échantillon: les femmes proposent plus facilement le patch que les hommes.

Est-ce que l'âge influe sur le fait de proposer ou non le patch ?

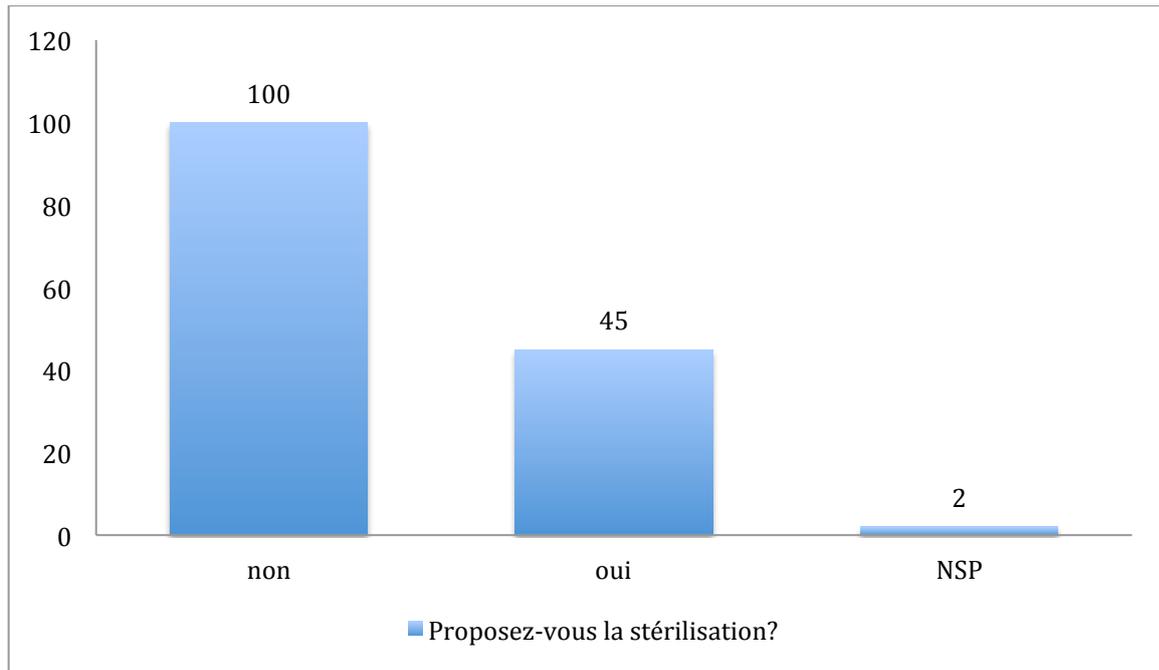


Le test de Student n'est pas significatif ($p=0,46$), mais la tendance montre que les médecins de moins de 40 ans ont plus tendance à proposer le patch.

f) Proposez-vous la stérilisation ? oui/non

Si non, pourquoi ?

- 45 médecins répondent oui soit 30,6%
- 100 répondent non, soit 68%
- 2 ne se prononcent pas soit 1,4%



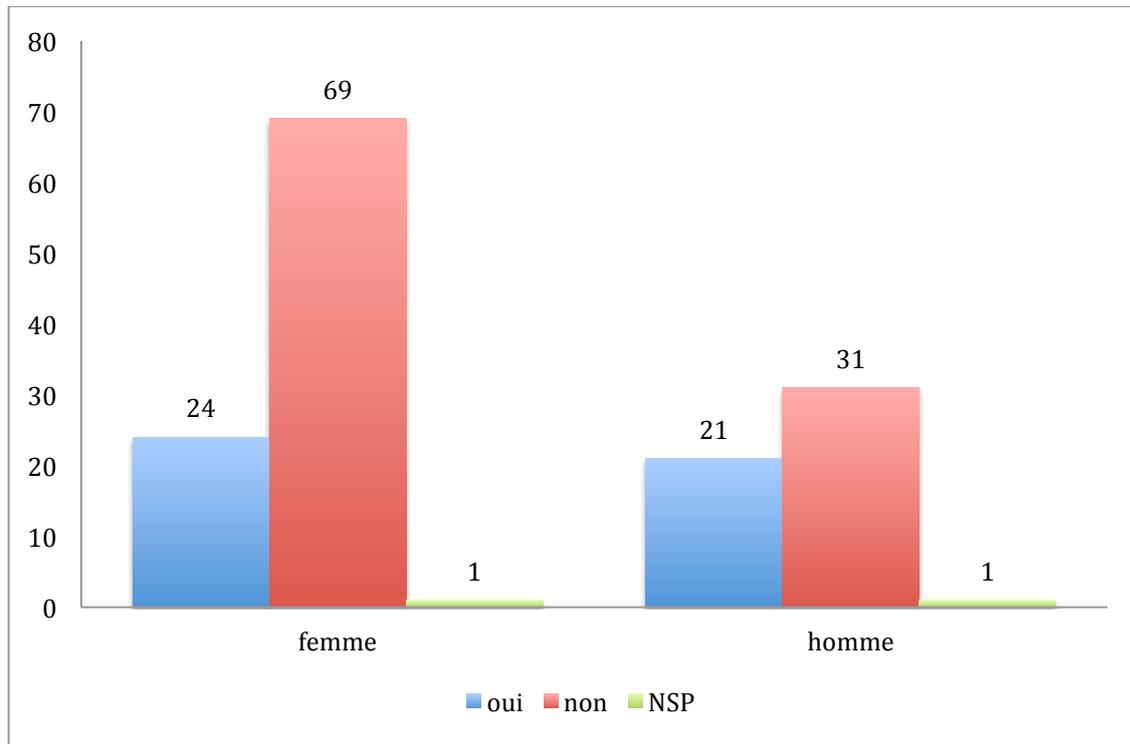
Parmi les médecins qui disent proposer la stérilisation:

- 4 précisent qu'ils la proposent mais rarement
- 1 précise qu'il la propose uniquement à partir de 42 ans
- 1 uniquement à partir de 45 ans

Les raisons invoquées pour ne pas proposer la stérilisation sont :

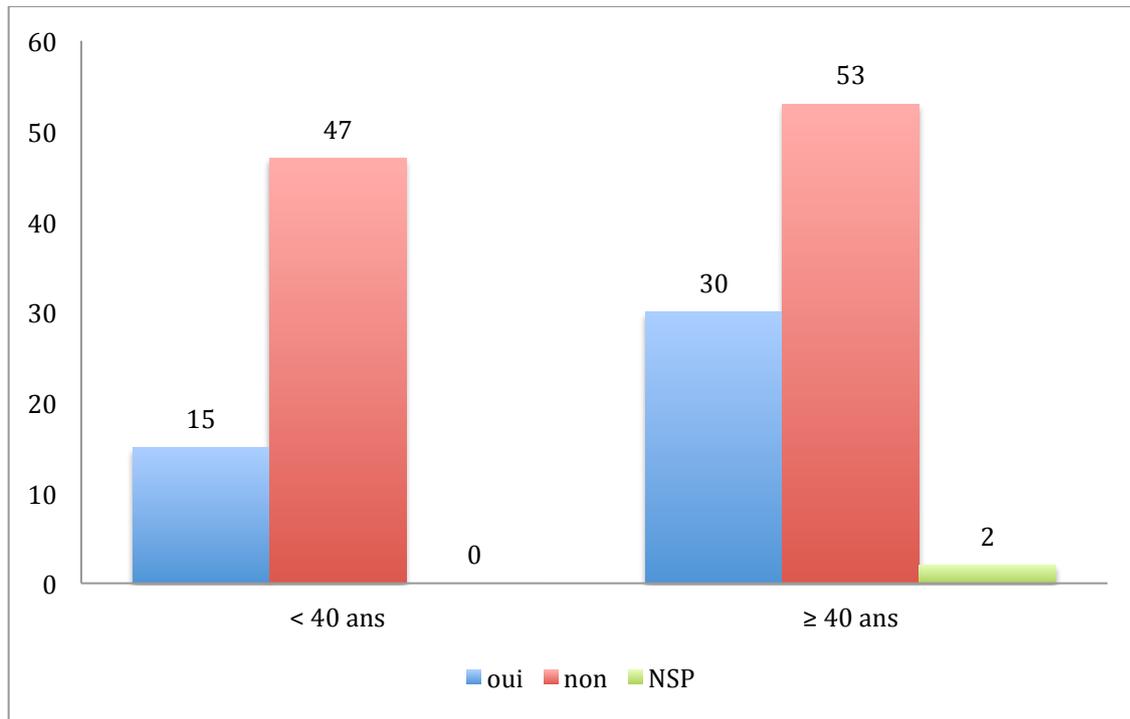
- 20 ne se prononcent pas (20%)
- 14 parce que c'est irréversible (14%)
- 11 disent que la demande doit venir de la patiente (11%)
- 10 ne la proposent pas sauf si cas très particulier (ils ne développent pas les cas particuliers...) (10%)
- 7 n'y pensent pas (7%)
- 7 disent être mal informés (7%)
- 5 ne la proposent pas sauf si la patiente est âgée, qu'elle a eu plusieurs enfants (5%)
- 4 ne le proposent jamais chez la nullipare/ la patiente jeune dont 1 précise que sa patientèle est une patientèle jeune (4%)
- 3 disent qu'il existe un éventail de contraception suffisamment large pour éviter la stérilisation (3%)
- 3 disent ne jamais avoir été confrontés à la situation (3%)
- 3 disent que c'est le rôle du gynécologue (3%)
- 3 disent qu'il n'y a pas d'indication dans ce cas clinique (3%)
- 2 pensent que c'est illégal (2%)
- 2 disent que ce n'est pas un moyen de contraception (2%)
- 2 par conviction personnelle (2%)
- 1 par conviction religieuse (1%)
- 1 dit que les gynécologues refusent (1%)
- 1 ne sait pas (1%)
- 1 dit qu'il s'agit d'un sujet « tabou » (pour lui, pour la patiente, pour la société ? Il ne précise pas...) (1%)

Le sexe influe-t-il sur le fait de proposer la stérilisation ?



Ce test de Chi2 n'est pas significatif ($p=0,0687$) (ce serait le test le plus significatif de ma thèse). On peut mettre en évidence une tendance : les hommes ont plus tendance à proposer la stérilisation.

L'âge influe-t-il sur le fait de proposer la stérilisation ?



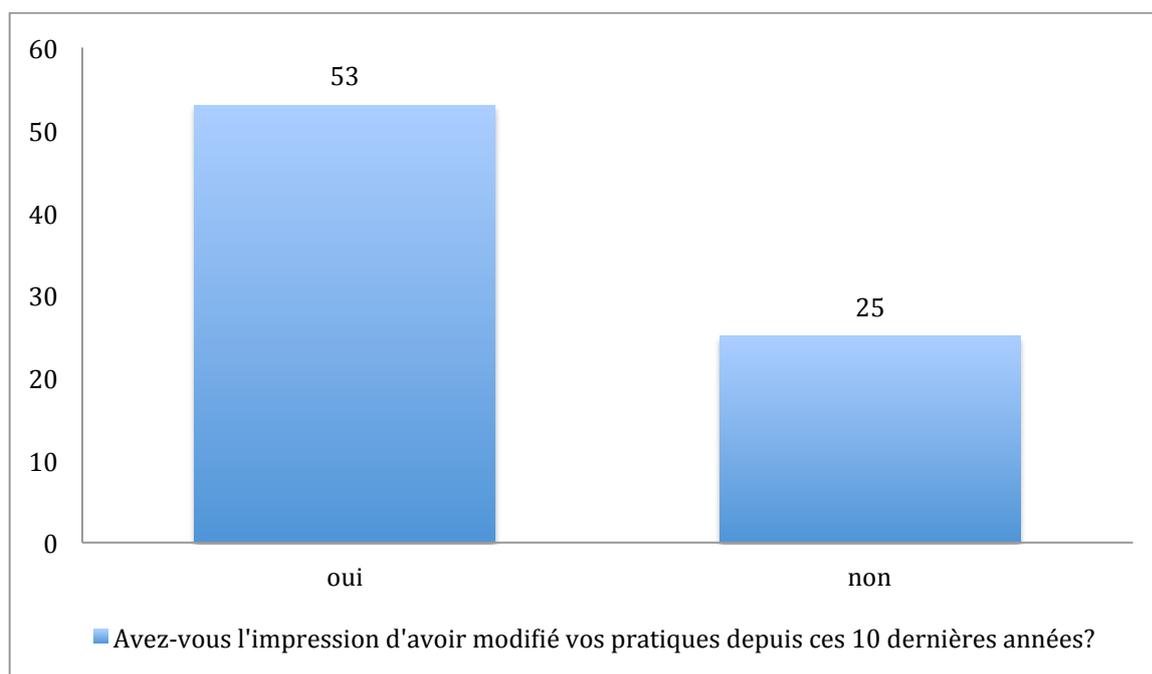
Le test de Student n'est pas significatif ($p=0,65$). Je peux conclure à une tendance, les plus de 40 ans ont plus la propension à proposer la stérilisation, même si une majorité ne le fait pas.

6) Questions pratiques

a) Avez vous l'impression d'avoir modifié vos pratiques concernant la prescription de la contraception, depuis ces 10 dernières années ? (si vous exercez depuis plus de 10 ans)

78 médecins ont répondu (qu'ils soient installés, salariés ou remplaçants). Les médecins dont les résultats ont été pris en compte ont forcément 40 ans et plus :

- 53 médecins ont répondu oui soit 68%
- 25 médecins ont répondu non soit 32%



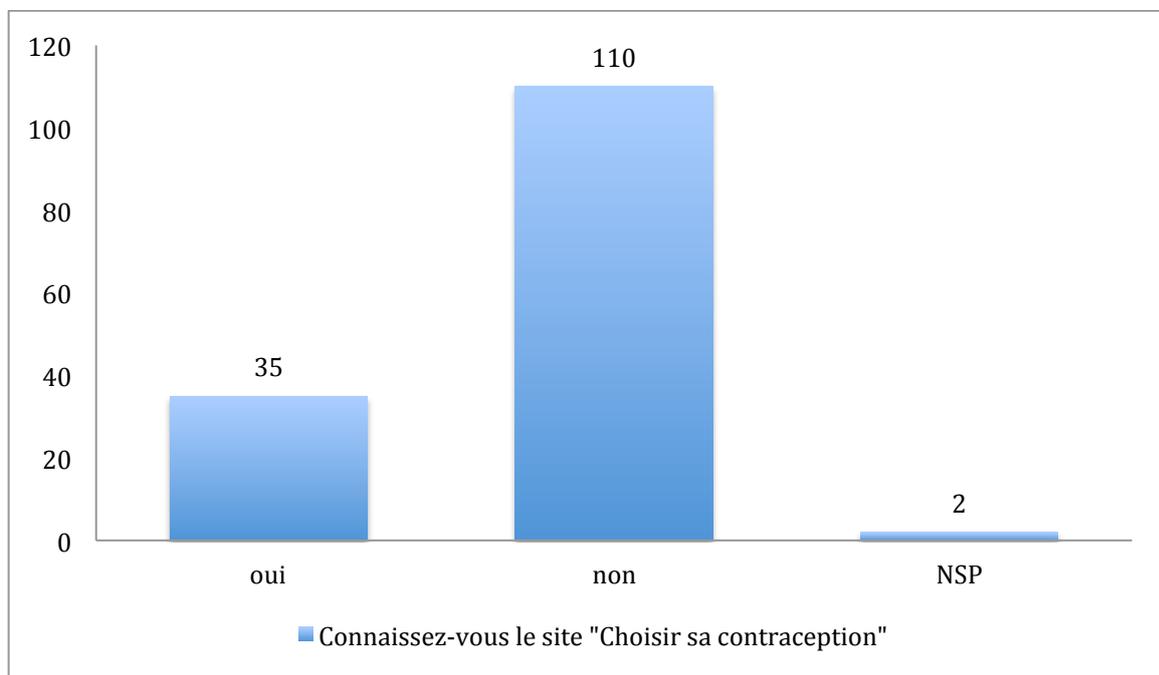
Parmi les 53 médecins qui ont répondu oui :

- 18 disent que l'éventail de moyens de contraception s'est élargi (34%)
- 8 parlent d'une meilleure prise en charge (prévention des IST, prise en charge des effets secondaires, conduite à tenir en cas d'oubli) (15%)
- 6 ne se prononcent pas (11,3%)
- 4 parlent de l'apparition de la contraception d'urgence (7,5%)
- 3 parlent de la prescription du DIU chez la nullipare (5,7%)
- 3 parlent de l'apparition de l'implant (5,7%)
- 2 parlent de la prescription du DIU chez la nullipare et l'apparition de l'implant (3,7%)
- 1 parle de l'apparition de l'implant et de la contraception d'urgence (1,9%)
- 1 parle de la prescription de la contraception d'urgence en même temps que la prescription de la pilule (1,9%)
- 1 parle de la prescription plus longue de la pilule (1 an) (1,9%)
- 1 dit être mieux informé (1,9%)
- 1 dit qu'il adresse plus souvent les patientes chez le gynécologue (1,9%)
- 1 dit que les moyens de contraception sont meilleurs (1,9%)
- 1 parle de l'utilisation du préservatif qui s'est répandu (1,9%)
- 1 dit que c'est les patientes qui ont modifié leur comportement, elles ne viennent plus le voir parce qu'il est un homme (1,9%)
- 1 parle de l'abandon de la pilule micro-dosée (1,9%)

b) Connaissez-vous le site « Choisir sa contraception » ? oui/non

- Si oui, invitez-vous vos patientes à le consulter ? oui/non

- 35 médecins disent le connaître soit 23,8%
- 110 disent ne pas le connaître soit 74,8%
- 2 ne se prononcent pas soit 1,4%



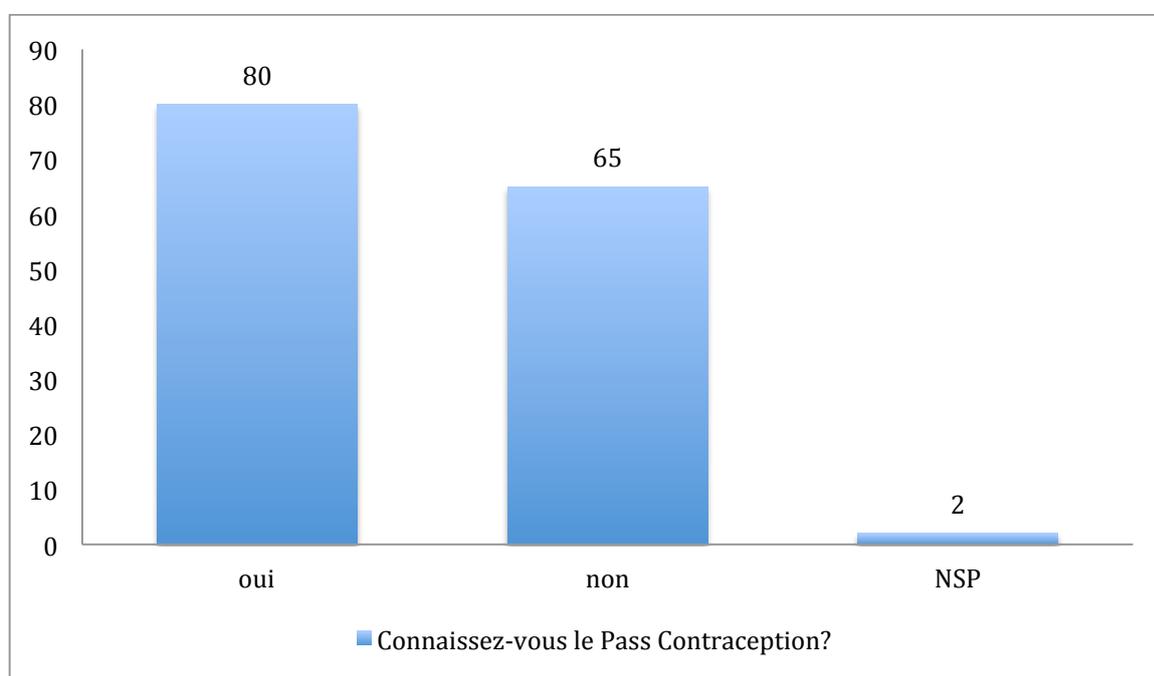
Parmi les 35 médecins qui ont répondu oui :

- 15 invitent leurs patientes à aller le consulter (43%)
- 17 ne le font pas (48,5%)
- 3 ne se prononcent pas (8,5%)

c) Connaissez-vous le Pass Contraception Ile de France ? oui/non

- Si oui, seriez-vous d'accord pour l'utiliser chez les jeunes ? oui/non

- 80 médecins répondent qu'ils connaissent la Pass'Contraception (54,4%)
- 65 ne le connaissent pas (44,2%)
- 2 ne se prononcent pas (1,4%)



Sur les 80 médecins qui ont répondu qu'ils connaissent le Pass Contraception :

- 72 disent qu'ils seraient d'accord pour l'utiliser (90%)
- 4 répondent non (5%)
- 4 ne se prononcent pas (5%)

4) DISCUSSION :

a) Profil des médecins :

- Age :

58% des médecins ont 40 ans et plus, et 42% ont moins de 40 ans. En France en 2012 le pourcentage des médecins généralistes de plus de 40 ans est de 87%, celui des moins de 40 ans est de 13%. Les moins de 40 ans ont donc proportionnellement plus répondu.

L'âge moyen des médecins généralistes en France est de 51,8 ans, ici il est de 43,8 ans. Les médecins qui ont répondu sont plus jeunes que la moyenne des médecins généralistes de France.

- Sexe :

64% sont des femmes et 36% des hommes. En France, 41% des médecins généralistes sont des femmes, 59% sont des hommes. Les femmes ont plus répondu.

- Sexe en fonction de l'âge :

Ici chez les moins de 40 ans, 81% sont des femmes et 19% sont des hommes. En France 60% sont des femmes et 40% des hommes

Ici chez les 40 ans et plus, 52% sont des femmes et 48% des hommes. En France, 39% sont des femmes et 61% des hommes.

Par rapport à la démographie médicale actuelle, les femmes et les médecins de moins de 40 ans ont proportionnellement plus répondu à mon questionnaire.

Environ 1000 questionnaires ont été envoyés à la base de donnée de Paris 7, dans

laquelle il y a beaucoup d'anciens étudiants, donc de médecins « jeunes ».

Je pense que les médecins généralistes de moins de 40 ans ont plus tendance à répondre aux questionnaires de thèse, l'ayant passée récemment, ils s'identifient et se sentent plus concernés.

Proportionnellement les femmes ont été plus intéressées par le sujet. Est-ce que parce qu'elles utilisent la contraception ?

- Type d'activité :

90,5% des médecins exercent en milieu urbain.

Le questionnaire a été distribué dans un congrès à Paris, la majorité des médecins venaient de la région Ile-de-France où l'activité est très souvent urbaine.

Le questionnaire a également été envoyé par internet à la base de mails de Paris 7. Il s'agit de médecins exerçant en région parisienne ou d'anciens étudiants de Paris 7, la majorité travaille en milieu urbain.

63% des médecins qui ont répondu sont installés. Cela est proportionnel à l'activité des médecins généralistes en France car 60% exercent en libéral.

b) Les médecins généralistes et la gynécologie :

La prescription de la contraception est l'acte gynécologique le plus pratiqué par le médecin généraliste.

Dans l'article « La prise en charge des femmes françaises » publiée en 2000 par le CNGOF, il était montré que 35% des actes gynécologiques en médecine générale concernaient la contraception. De plus, le type de médecin consulté pour une contraception est le médecin généraliste à 37,9% et le gynécologue à 61,4%, (autre médecin 0,7%).

Ces données viennent d'une étude réalisée en 1999, le nombre de gynécologue a diminué depuis, le pourcentage de femmes ayant recours au généraliste pour la contraception a dû augmenter.

En 2009, l'observatoire de la médecine générale place en 15^{ème} position la contraception, dans son classement des consultations les plus fréquentes.

Dans les résultats de mon enquête, la prescription de la contraception est une consultation de médecine générale. Seuls 4,8% des médecins généralistes adressent les patientes aux gynécologues pour une primo-prescription de contraception.

Dans le premier cas clinique, 99,3% des médecins disent prescrire la pilule.

c) Pris en charge d'une patiente qui vient en consultation pour l'initiation ou le renouvellement de la contraception

1. Les sujets importants à aborder lors de la première prescription de pilule

La **recherche des contre-indications** et la **conduite à tenir en cas d'oubli** sont les 2 sujets principaux abordés par les médecins.

Les effets secondaires et **le remboursement** sont les 2 sujets les moins essentiels. Pourtant ils peuvent entraîner un arrêt de pilule.

36% des médecins pensent ne pas aborder tous les sujets, 53% par manque de temps, 24,5% car ils n'y pensent pas.

Omettre un de ces sujets peut être la cause d'un mésusage de la contraception.

2. Les sujets à aborder lors du renouvellement de la contraception

Lors du renouvellement de la contraception, **la satisfaction** est le sujet principal à aborder. Les médecins ont conscience de l'importance d'une bonne adhésion à la contraception.

Le sujet **sexualité et partenaire** est le moins essentiel. Est-ce que les médecins considèrent qu'il n'est pas nécessaire de revenir dessus ? Ou trouvent-ils ça difficile à aborder ? Pourtant il s'agit d'un sujet fondamental pour adhérer à une contraception.

Sinon **l'oubli de pilule, l'apparition d'une nouvelle contre-indication, les effets secondaires** sont évoqués avec la même fréquence en 2^{ème}, 3^{ème} ou 4^{ème} position.

53% des médecins pensent aborder tous les sujets.

47% pensent l'inverse, 43% par manque de temps et 39% parce qu'ils n'y pensent pas.

Les questions autour de la contraception sont moins abordées pour un renouvellement que pour une initiation de prescription : les médecins prennent moins de temps, questionnent moins les patientes.

3. Prescrire la pilule en fin de consultation

68% des médecins acceptent d'initier un traitement par pilule, en fin de consultation, si la patiente est venue pour un autre motif.

96,6% des médecins acceptent de renouveler la prescription en fin de consultation.

Cela est compréhensible compte tenu du caractère parfois semi urgent de la prise d'une contraception : début d'une relation, angoisse de tomber enceinte dès la première fois, plaquette qui se termine, ordonnance précédente qui arrive à échéance ou largement dépassée.

La première consultation spécialement dédiée à la contraception est négligée, ainsi le médecin et la patiente n'abordent pas les sujets importants relatifs à sa contraception.

Lors d'une initiation de contraception, ils la prescrivent à 77% pour 3 mois, 12% pour 6 mois, 7% pour 1 mois et 1% pour 9 mois.

Lors d'un renouvellement ils la prescrivent à 53% pour 3 mois, à 29% pour 6 mois et 13% pour 1 an, 0,7% pour 1 mois et 9 mois.

Ce qui empêche la consultation complète dédiée à la contraception est :

- la demande inopinée des patientes et la multiplicité des motifs de consultation
- le manque de temps des médecins généralistes
- un oubli des médecins

d) La contraception d'urgence :

139 médecins soit 94,5% disent connaître la contraception d'urgence. La plus citée est Norlevo®, puis le DIU et enfin Ellaone®.

Sur ces 139 médecins, 3 citent le Stédiril®, ce qui n'est pas une aberration puisqu'il s'agit de la « pilule du lendemain » utilisée avant Norlevo® (antérieurement commercialisée sous le nom Tetragynon®). Les médecins qui l'ont cité avaient 42, 47 et 54 ans.

Sur ces 139 médecins :

- 2 citent le RU486 qui est une pilule dite « abortive », c'est l'IVG médicamenteuse.
- 8 ne se prononcent pas

Donc 129 médecins connaissent la contraception d'urgence soit 88%.

48% des médecins disent prescrire la contraception d'urgence en même temps que la contraception habituelle.

Dans l'enquête Fecond, (1) les résultats sont différents. Il apparaît que la contraception d'urgence reste peu évoquée : 36% des gynécologues indiquent avoir souvent recommandé cette méthode au cours de la dernière année, 11% des généralistes.

Il y a donc une différence entre mes résultats et l'étude Fecond.

Ceci peut s'expliquer par le fait que dans les réponses de mon enquête, les femmes et les médecins de moins de 40 ans ont plus tendance à prescrire la contraception d'urgence, or ils sont proportionnellement plus nombreux.

En conclusion, les médecins généralistes connaissent bien la contraception d'urgence mais ne la prescrivent pas systématiquement lors de la prescription de la contraception.

Dans la thèse Macchi (15), 77% des femmes ayant subi une IVG, disaient avoir été informées au sujet de la contraception d'urgence.

Dans l'enquête Fecond (1), seule une femme sur 4 déclarant un problème avec l'utilisation du préservatif au cours des 4 dernières semaines indique avoir eu recours à cette méthode de rattrapage.

Utiliser la contraception d'urgence n'est pas encore un réflexe pour toutes les femmes.

Le médecin généraliste a un rôle à jouer dans ce domaine.

e) Prescription des autres moyens de contraception :

Lors d'une primo-prescription de contraception chez la nullipare, 68,7% des médecins proposent d'autres moyens de contraception, qui sont par ordre décroissant : l'implant, le DIU, le préservatif, l'anneau, le patch, la contraception d'urgence (rappelons qu'elle n'est pas une méthode contraceptive), les injections de progestérone, les méthodes barrières, les méthodes naturelles.

Les femmes et les médecins de moins de 40 ans ont plus tendance à proposer d'autres moyens de contraception.

Dans la thèse Macchi (15), 82% les femmes disaient avoir eu le choix de leur contraception.

1) L'implant

74% des médecins proposent l'implant.

Dans les 26% qui ne le proposent pas, la majorité (18%) parce qu'ils ne savent pas le poser.

Les femmes et les médecins de moins de 40 ans tendent plus à le présenter.

Seuls 31% des médecins savent le poser. En même proportion chez les hommes et les femmes, en revanche les moins de 40 ans savent proportionnellement plus le faire.

2) Le DIU

a. Chez la multipare

93% des médecins proposent le DIU chez la multipare, il n'y a proportionnellement pas de différence selon le sexe et l'âge des médecins. Dans les 7% qui ne la proposent pas, 50% disent que c'est parce qu'ils ne savent pas le poser.

Seulement 19% savent le poser (encore moins que l'implant). En même proportion chez les femmes et les hommes, en revanche les moins de 40 ans ont tendance à plus savoir le faire.

D'après l'enquête Fecond, (1) « les gynécologues se considèrent mieux formés à la pose du stérilet que les généralistes (98 % de ceux interrogés par l'enquête Fecond considèrent que leur formation les a bien préparés à cet acte contre 29 % des généralistes). »

« Les femmes qui consultent un gynécologue utilisent moins souvent la pilule que celles suivies par un généraliste (48 % contre 70 %) et ont davantage recours au stérilet (26 % contre 7 %). »

Les médecins proposent facilement l'implant et le DIU chez une multipare.

Ils déclarent majoritairement ne pas savoir les poser.

Lors d'une demande de contraception, il est plus facile pour le médecin de proposer la pilule plutôt que l'implant ou le DIU, qu'ils ne savent pas poser. Et inversement la patiente qui vient en consultation et souhaite une contraception rapidement, choisira plus facilement la pilule plutôt qu'attendre un rendez-vous chez un gynécologue.

La formation des médecins généralistes sur ce type d'acte de gynécologie doit être améliorée.

b. Chez la nullipare

60,5% des médecins proposent le DIU chez la nullipare.

Les femmes et les médecins de moins de 40 ans tendent plus à le faire.

16% des médecins qui ne le proposent pas, évoquent le risque d'infection et de stérilité et 16% précisent qu'il ne doit pas être prescrit en première intention. 1,7% évoque le risque de GEU.

24,7% des médecins ne se prononcent pas. Est-ce qu'ils ne savent pas ? Est-ce un sujet qui les met mal à l'aise ?

Il y a peu de temps le DIU chez la nullipare était contre-indiqué.

Dans les recommandations HAS, il est dit que le DIU chez la nullipare est possible mais ne doit pas être prescrit en cas de risque infectieux. Le risque infectieux est plus important pendant les 3 semaines après la pose du DIU, passé cette période il est le même que dans la population générale. (11)

Concernant la GEU, il est dit que « la littérature ne permet pas de conclure si le risque de grossesse extra-utérine en cours d'utilisation d'un dispositif intra-utérin est augmenté par comparaison aux autres méthodes contraceptives ». (11)

D'après l'enquête Fecond (1), 54% des femmes interrogées en 2010 considèrent que le DIU chez la nullipare n'est pas indiqué. Les médecins généralistes sont 84% à considérer qu'il n'est pas indiqué, et les gynécologues sont 69%.

Les résultats de cette enquête sont différents des miens. Dans mon échantillon, les médecins généralistes sont plus enclins à proposer le DIU chez la nullipare.

Une étude a été menée auprès de 71 généralistes anglais à Londres (53), il en ressortait que 92% d'entre eux choisissaient la contraception orale pour une patiente nullipare. 70% associaient le DIU à un risque d'infection pelvienne et 23% à un risque de grossesse extra-utérine. Les médecins français ne sont pas les seuls à être encore réticents.

3) L'anneau

68,7% des médecins proposent l'anneau. Les femmes et les médecins de moins de 40 ans ont tendance à plus le faire.

Les 2 principales raisons pour ne pas le proposer sont que l'anneau est mal connu des médecins (43%) et qu'il n'est pas remboursé (16%).

Est-ce que l'anneau est mal connu parce que la formation universitaire est inadéquate ? Ou bien les médecins ne suivent pas la formation médicale continue ?

4) Le patch

55,1% des médecins proposent le patch (encore moins que l'anneau). Les femmes et les médecins de moins de 40 ans ont plus tendance à le faire.

Les 2 principales raisons sont, comme pour l'anneau, le manque de connaissance (37%) et qu'il n'est pas remboursé (14%).

5) La stérilisation

Seuls 30,6% des médecins proposent la stérilisation.

Les principales raisons évoquées sont: 14% son irréversibilité, 11% le fait que la demande doit venir de la patiente, 10% qu'elle ne doit être évoquée que dans des cas très particuliers, 7% disent être mal informé...

20% des médecins ne se prononcent pas sur les raisons de leur refus. Cela montre qu'il existe encore un malaise ou une méconnaissance de cette pratique.

2% pensent que c'est encore illégal et 2% que ça n'est pas un moyen de contraception.

La loi qui l'autorise est très récente puisqu'elle date de 2001.

La tendance s'inverse : les hommes et les médecins de plus de 40 ans ont la propension à proposer plus facilement la stérilisation.

Est-ce que les femmes s'identifient et perçoivent cette pratique comme une atteinte de leur intégrité de « femme ayant la capacité de se reproduire » ?

Passé l'âge de procréer, a-t-on plus de facilité à envisager la stérilisation ?

D'après l'étude Fecond (1), à l'heure actuelle, la stérilisation ne concerne qu'une minorité de femme (3,9%).

Concernant la prescription des différents moyens de contraception, on s'aperçoit que :

- La formation médicale initiale et/ou continue des médecins généralistes est insuffisante : l'anneau, le patch et la stérilisation sont mal connus
- Il y a une carence dans leur formation initiale et/ou continue concernant la pose du DIU et de l'implant
- Ils ont encore des idées reçues : le DIU chez la nullipare rend stérile
- La stérilisation reste un sujet peu abordé.

f) Questions générales :

A la question : « Avez vous l'impression d'avoir modifié vos pratiques concernant la contraception, depuis ces 10 dernières années ? ». Sur 78 réponses de médecins généralistes, 68% ont répondu oui. Donc la majorité a l'impression qu'il y a eu une évolution de leur pratique.

34% parlent d'un éventail plus large des moyens de contraception. 15% disent que la prise en charge est meilleure (prévention des IST, conduite à tenir en cas d'oubli de pilule), seul 1,9% parle de la prescription simultanée de la contraception d'urgence, aucun ne parle de la consultation dédiée à la contraception.

Seuls 23,8% des médecins connaissent le site « choisir sa contraception », parmi eux seuls 43% invitent leurs patientes à le consulter. Ce qui est dommage car c'est un bon support d'information destiné au public.

La majorité soit 54,4% connaît le Pass'Contraception Ile de France, parmi eux 90% seraient d'accord pour l'utiliser. Ce dernier reste encore peu diffusé en Ile-de-France.

g) Biais de mon étude :

Les biais de mon étude sont les suivants :

- Les données recueillies sont purement déclaratives. Un médecin qui a envie de « bien répondre » sait ce qu'il faut répondre pour être considéré comme un « bon médecin ». Par exemple, il sait que cela « fait bien » de proposer d'autres méthodes contraceptives que la pilule, il va donc répondre dans le questionnaire qu'il le fait. Après, qu'en est-il de la réalité au cabinet ? C'est pourquoi j'ai essayé

de construire des vignettes cliniques, en espérant que les médecins répondent honnêtement.

- Les médecins présents au congrès suivent la formation médicale continue, donc ils sont plus au courant des dernières recommandations.
- Les médecins ayant répondu sur internet sont proportionnellement plus jeunes (Manipulation internet plus aisée? La base de mails de Paris 7 contient plus de médecins âgés de moins de 40 ans ?). Etant plus proches du cursus universitaire leurs connaissances sont-elles plus à jour ?
- Avec un questionnaire sur internet, la tentation d'aller vérifier les « bonnes » réponses simultanément, est grande. Là encore j'espère que les médecins ont répondu honnêtement.
- Les médecins qui acceptent de répondre à des questionnaires vont plus facilement le faire si le sujet les intéresse et s'ils le connaissent.

h) Pour conclure sur la discussion:

Les professionnels de santé ont des difficultés à adapter leurs pratiques, et leur formation est un enjeu essentiel.

Il existe une carence dans les connaissances des médecins généralistes : la majorité ne sait poser ni l'implant, ni le DIU.

Il faudrait que dans le cursus universitaire, il y ait une formation théorique et pratique plus développée : enseignement dirigé avec démonstration, stage en gynécologie obligatoire avec validation des gestes techniques. Par exemple le frottis cervico-vaginal à Paris 7, est un geste technique à valider au cours du 3^{ème} cycle du DES de médecine générale. On peut imaginer la même chose pour le DIU et l'implant.

Les connaissances des médecins ne sont pas optimales, ils sont peu informés des derniers moyens de contraception (anneau, patch, stérilisation).

L'OGDPC (organisme gestionnaire du développement professionnel continu) est en train de redéfinir les règles du DPC (Développement professionnel continu), anciennement appelé FMC.

Le DPC réunit le concept de formation professionnelle continue et d'évaluation des pratiques. Jusqu'à maintenant la FMC n'était pas obligatoire.

Est-ce que la formation des médecins doit se faire par internet, par les recommandations, par des congrès, à l'aide de revues ? Une chose est sûre, elle peut être améliorée, il faut simplement en redéfinir les règles.

Pour permettre cette consultation dédiée à la contraception, on peut imaginer la mise en place d'une consultation obligatoire de prévention pour tous les adolescents (filles et garçons), en amont d'une « urgence », afin d'expliquer les infections sexuellement transmissibles et la contraception.

Si le manque de temps restait un problème majeur chez les médecins généralistes pour mettre en place cette consultation, le relais pourrait être pris par d'autres professionnels de santé : sages-femmes (elles peuvent déjà prescrire la contraception depuis octobre 2011), infirmières ou pharmaciens formés à cette pratique... Mais est-ce un acte médical à déléguer ?

En attendant, il faut redonner des rendez-vous à chaque patiente qui demande une contraception en fin de consultation. Il faut les « éduquer » et leur faire comprendre que, comme pour le certificat de sport, la prescription de la contraception est un acte médical qui nécessite du temps et une consultation unique.

L'anneau, le patch sont encore non remboursés, ce qui est un frein à leur prescription.

Leur remboursement avait été évoqué en 2009 par l'ancienne ministre de la Santé Roselyne Bachelot mais n'a pas été accepté.

La tendance met en exergue que les femmes et les médecins de moins de 40 ans proposent plus d'autres moyens de contraception comme l'implant, l'anneau, le patch, le DIU chez la nullipare. En revanche la stérilisation est plus proposée par les hommes et les médecins de plus de 40 ans.

De nos jours, la médecine est fondée sur des preuves. Les recommandations permettent d'asseoir la légitimité médicale sur des bases scientifiques. Le médecin est tenu de s'en informer et de les mettre en pratique.

Dans l'exercice quotidien, ceci n'est pas forcément aisé, le médecin est tiraillé entre les recommandations, son apprentissage initial souvent remis en cause, son expérience professionnelle et personnelle, les représentations qui émanent de sa culture, son éducation. Il faut du temps pour faire évoluer les habitudes. Il ne faut pas oublier qu'il y a peu de temps le DIU chez la nullipare était contre-indiqué en France et la stérilisation n'était pas réglementée.

5) CONCLUSION :

Le nombre d'IVG est stable depuis 20 ans avec une augmentation chez les moins de 24 ans. Un tiers des grossesses intervient alors qu'elles n'étaient pas prévues, traduisant une possible inadéquation de la contraception au mode de vie des patientes.

Afin d'y remédier, la Haute Autorité de Santé a rédigé en 2004 des recommandations sur les « Stratégies de choix des méthodes contraceptives ». Pour aider le praticien à les appliquer en consultation, l'INPES publie en 2011 « les essentiels de la contraception ».

L'objectif de ce travail était d'évaluer l'application de quatre de ces recommandations par les médecins généralistes:

- 1) L'initiation d'une contraception fait-elle l'objet d'une consultation unique spécialement dédiée à ce sujet ?
- 2) Est-ce que les médecins adaptent leur prescription en tenant compte de la sexualité et des critères socio-économiques de chaque patiente ?
- 3) Connaissent-ils et prescrivent-ils une contraception d'urgence ?
- 4) Les différents moyens de contraception sont-ils proposés : implants, patch, anneau, DIU chez la nullipare, stérilisation ?

Un questionnaire destiné aux médecins généralistes et intégrant différentes mises en situation clinique a été conçu. Il a été diffusé à plus de 1100 d'entre eux, par internet à la base de mails de Paris7 et sous forme papier lors d'un congrès de médecine générale. 147 réponses étaient interprétables.

L'analyse des résultats a montré que :

- 1) Une consultation spécialement dédiée à la contraception n'est encore qu'insuffisamment proposée. En effet, 68% des médecins acceptent d'initier une contraception à la fin d'une consultation réalisée pour un autre motif.
- 2) Le contexte socio-économique et le mode de vie ne sont pas assez considérés : 36% des médecins n'abordent pas les sujets relatifs au remboursement et/ou à la sexualité. Le manque de temps en est la principale raison.
- 3) Si 88% des médecins généralistes connaissent la contraception d'urgence, seuls 48% d'entre eux déclarent la prescrire.
- 4) Il existe des freins pour proposer les différents moyens de contraception :
 - 66% des médecins ne savent pas poser un implant, 77,6% ne savent pas poser un DIU.
 - 30% des médecins ne proposent pas l'anneau parce qu'il n'est pas remboursé mais surtout parce qu'ils le connaissent mal. 44,2% ne proposent pas le patch pour les mêmes raisons.
 - 38,8% des médecins ne proposent pas le DIU chez la nullipare, beaucoup ont encore des idées reçues : 16% évoquent le risque d'infection et de stérilité.
 - Seuls 30,6% des médecins présente la stérilisation à leur patiente.

La tendance montre que les femmes et les médecins de moins de 40 ans proposent plus les nouvelles méthodes de contraception comme l'implant, l'anneau, le patch, le DIU chez la nullipare. En revanche, la stérilisation est plus suggérée par les hommes

et les médecins de plus de 40 ans.

D'après mes résultats, je constate que les professionnels de santé ont des difficultés à adapter leurs pratiques aux recommandations HAS de 2004.

La consultation unique n'est pas observée.

La sexualité et le contexte socio-économique ne sont pas évalués systématiquement.

La contraception d'urgence est peu prescrite.

Les entraves à la prescription des autres méthodes contraceptives sont :

- Le non remboursement de l'anneau et du patch.
- L'existence de lacunes dans la formation initiale et/ou continue des médecins.

QUESTIONNAIRE

- 1) Profil des médecins :
 - a. Age
 - b. Homme ou femme : H F
 - c. Activité : rurale / semi-rurale / urbain
 - d. Etes-vous : - interne de SASPAS
 - remplaçant
 - installé. Année d'installation ?

- 2) Une jeune femme nullipare sans antécédent vient pour initier une contraception oestro-progestative:
 - a. L'adressez-vous à un gynécologue ? oui/non
 - b. Lui prescrivez-vous sa première pilule ? oui/non
 - c. Lui proposez-vous d'autres moyens de contraception? oui/non
 - Si oui, lesquels ?
 - Si non pourquoi ?
 - a) Manque de temps
 - b) La pilule vous paraît parfaitement adaptée
 - c) Je n'y pense pas
 - d) Autre
 - d. Classez par ordre de priorité les sujets à aborder lors de cette consultation (numérotez de 1 à 5, 1 étant le plus important et 5 le moins important) :
 - Oubli de pilule et contraception d'urgence
 - Remboursement
 - IST et sexualité
 - Recherche de contre-indication
 - Explication sur les effets secondaires potentiels
 - e. Pensez-vous aborder tous ces sujets lors d'une consultation spécialement dédiée à la contraception ? oui/non
 - Si non, pourquoi ?
 - Manque de temps
 - Je n'y pense pas
 - Autre
 - f. Acceptez-vous de prescrire la contraception en fin de consultation si elle est venue pour un autre motif ? oui/non
 - Si oui, pour combien de temps ? 3 mois / 6 mois / 1 an

- 3) Une jeune femme sans antécédent vient en consultation pour le renouvellement de sa pilule.
 - a. Classez par ordre de priorité les sujets à aborder lors de la consultation (numérotez de 1 à 5, 1 étant le plus important et 5 le moins important) :
 - Oubli de pilule et contraception d'urgence
 - Effets secondaires
 - Apparition d'une nouvelle contre-indication
 - Partenaire et sexualité
 - Satisfaction de la pilule et envie de changer de contraception
 - b. Pensez-vous aborder tous ces sujets lors d'une consultation spécialement

- dédiée à la contraception ? oui/non
- Si non, pourquoi ?
 - Manque de temps
 - Je n'y pense pas
 - Autre
- c. Acceptez-vous de prescrire la pilule en fin de consultation si elle est venue pour un autre motif? oui/non
- Si oui, combien de temps ? 3 mois/ 6 mois/ 1 an
- 4) Contraception d'urgence :
- a. Connaissez-vous les différentes contraceptions d'urgence ? oui/non.
 - Si oui citez-les :
 - b. Prescrivez-vous la contraception d'urgence hormonale en même temps que vous prescrivez la pilule (sur la même ordonnance ou sur une autre ordonnance)? oui/non
- 5) Quels sont les autres moyens de contraception que la contraception orale que vous proposez :
- a. Proposez-vous l'implant ? oui/non.
 - Si non, pourquoi ?
 - Savez-vous poser l'implant ? oui/non
 - b. Proposez-vous le DIU (stérilet) à une patiente ayant déjà eu des enfants? oui/non
 - Si non pourquoi ?
 - Savez-vous poser le DIU ? oui/non
 - c. Proposez-vous le DIU chez une patiente nullipare ? oui/non
 - Si non pourquoi ?
 - d. Proposez-vous l'anneau ? oui/non
 - Si non, pourquoi ?
 - e. Proposez-vous le patch ? oui/non
 - Si non, pourquoi ?
 - f. Proposez-vous la stérilisation ? oui/non
 - Si non, pourquoi ?
- 6) Questions pratiques:
- a. Avez-vous l'impression d'avoir modifié vos pratiques quand à la prescription de la contraception depuis les 10 dernières années (si vous exercez depuis plus de 10 ans) ? oui/non.
 - Si oui qu'avez-vous modifié ?
 - b. Connaissez-vous le site « Choisir sa contraception » ? oui/non
 - Si oui, invitez-vous vos patientes à aller le consulter ? oui/non
 - c. Connaissez-vous le Pass'contraception Ile de France ? oui / non
 - Si oui, seriez-vous d'accord pour l'utiliser chez les jeunes? oui/non

BIBLIOGRAPHIE

- 1) BAJOS N., BOHET A., LE GUEN M. et al., La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population et Société*, N° 492, sept 2012
- 2) INPES, Contraception : les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Dossier de presse, octobre 2011
- 3) LERIDON H., OUSTRY P., BAJOS N., La médicalisation croissante de la contraception en France, *Population et Société*, numéro 381, juillet-août 2002
- 4) CNGOF, Etat de santé physiologique des femmes, mai 2000
- 5) BAJOS N., MOREAU C., LERIDON H., Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? *Population et Société*, numéro 407, décembre 2004
- 6) VILLAIN A., MOUQUET M., Les interruptions volontaires de grossesse en 2010, *DRESS*, N°804, juin 2012
- 7) INPES, La contraception : comment mieux la personnaliser, les Essentiels de l'INPES, octobre 2011
- 8) INPES, La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit. Dossier de presse, septembre 2007
- 9) INPES, Contraception : que savent les français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux. Dossier de presse, juin 2007
- 10) INPES Comment aider une femme à choisir sa contraception, Repères pour votre pratique, mars 2005
- 11) HAS, Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, Recommandations décembre 2004
- 12) HAS, Dossier de Presse : Stratégie de choix des méthodes contraceptives, Recommandation décembre 2004
- 13) INPES, Les françaises et la contraception, 2007
- 14) HERBELIN-ODDOUX C. *Primo prescription de pilule oestro-progestatives en médecine de ville. Enquête auprès des médecins généralistes des Hauts de Seine. Trois ans après la parution des recommandations par l'HAS qu'en est-il de la pratique de nos confrères ?* Thèse, DES médecine générale, Université Paris5, juin 2008, 75
- 15) MACCHI M. *Evaluation de l'application des recommandations de l'HAS de 2004 sur les « stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » par les prescripteurs. Etude rétrospective sur une population de patientes consultant au centre d'orthogénie de l'hôpital Robert Ballanger pour une demande d'IVG.* Thèse, DES médecine générale, Université Paris 6, décembre 2010, 113
- 16) MOREAU C. BAJOS N. Projet « Fecond », INED, janvier 2012
- 17) VAN DE WALLE E., Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne ? *Population et Société*, N° 418, dec. 2005
- 18) A. REGNIER-LOILIER A., LERINDON H., La loi Neuwirth quarante ans après : une révolution inachevée ?, *Population et Société*, N° 439, nov. 2007
- 19) INED, La contraception dans le monde, fiche pédagogique 2011
- 20) SERFATY David *Contraception : abrégés, 4^{ème} édition*, Masson, Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, avril 2011, 562 p.
- 21) HASSOUN D., Première prescription d'une contraception, *La Revue du Prat*, 15 janvier 2008, Vol 58, p. 41-49
- 22) CARLOTTI N., Contraceptifs hormonaux, *La Revue du Prat*, 15 janvier 2008, Vol 58, p. 21-28
- 23) ROBIN G., LETOMBE B., Contraception non hormonale, *La Revue du Prat*, 15 janvier 2008, Vol 58, p. 29-39
- 24) Dispositif intra-utérins, alias stérilet. Connaître les détails pratiques de la pose

- d'un dispositif intra-utérin, *Prescrire*, mars 2009, tome 29, N°305, p.202-206
- 25) BRICAIRE C., PLU-BUREAU G., Contraception difficile, *La Revue du Prat*, 15 janvier 2008, Vol 58, p.55-64
- 26) GRONIER H., ROBIN G., DEWAILLY D., Contraception, *La Revue du Prat*, juin 2011, Vol 61, p. 849-857
- 27) CHOUGINARD M-J, *Le Médecin de Québec*, mai 2006, Vol 41, N°5, p. 73-75
- 28) GRAESSLIN O., QUEREUX C., Mise au point sur la contraception *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005 ; Vol. 34 : p.529-556.
- 29) COLLINET P., NAYAMA M., COSSON M. Acceptabilité du système intra-utérin au lévonorgestrel Mirena® 52mg après contraception orale oestroprogestative *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006 ; 35 (cahier 1) : 778-784.
- 30) HAS Contraceptifs oraux de troisième génération, Commission de transparence, Avis, octobre 2007
- 31) HAS Contraceptifs oraux de troisième génération, Commission de transparence, Réévaluation, juin 2012
- 32) SIDNEY S., COOPER W.O., Recent combined hormonal contraceptives and the risk of thromboembolism and other cardiovascular events in new users, *Contraception* Oct 2012
- 33) LIDEGGARD, LOKKEGAARD, Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing defferent progestogens and oestrogen doses/ Danish cohort, 2001-2009, *BMJ* Oct 2011
- 34) Communauté périnatale de l'agglomération de Versailles, Stérilisation tubaire à visée contraceptive, décembre 2007
- 35) Direction Générale de la Santé, Stérilisation à visée contraceptive, livret d'information, novembre 2007
- 36) CNGOF, Stérilisation à visée contraceptive définitive, fiche d'information des patientes, juin 2008
- 37) BAJOS N. et al. Introduction au dossier, *INED Population*, mars 2004, Vol 59, p. 409-418
- 38) BAJOS N. et al. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France, *INED Population*, mars 2004, Vol 59, p. 479-502
- 39) MATZUK MM., McKEOWN MR., FILIPPAKOPOULOS P. and al., Small-molecule inhibition of BRDT for male contraception, *Cell*. 2012 Aug 17;150(4):673-84
- 40) Histoire de l'avortement, <http://www.avortementivg.com>
- 41) INED, L'avortement dans le monde, Fiche pédagogique, janvier 2011
- 42) VILAIN A. COLLET M. MOISY M. Les IVG en France en 2007 : caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge, DRESS, Rapport 2009-2010
- 43) LELONG N., MOREAU C., KAMINSKI M. Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON, *J Gynecol Obstet Biol Reprod* février 2005 ; 34 (cahier1) : 53-61
- 44) AUBENY E., Contraception d'urgence, *La Revue du Prat*, 15 janvier 2008, Vol 15, p. 50-53
- 45) HAS, Avis Ellaone®, Commission de transparence, janvier 2010
- 46) DGS, La contraception d'urgence, Fiche Patient, *La Revue du Prat*, janvier 2008
- 47) LEGMANN M. Atlas de la démographie médicale en France, Conseil National de l'Ordre des Médecins, janvier 2012, tome 1 et 2
- 48) CNGOF, La prise en charge des femmes françaises, mai 2000
- 49) Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants, Les méthodes contraceptives : présentation, utilisation, indications, bénéfices et inconvénients, Synthèse à partir des recommandation de l'HAS et de la pratique du médecin généraliste, mars 2007
- 50) Observatoire de la Médecine Générale : Classement des 50 consultation les plus fréquentes en 2009

- 51) Région Ile-de-France, Protocole Pass'contraception
- 52) Région Poitou Charente, Pass'contraception, Guide technique à l'attention des professionnels de santé et des associations spécialisées
- 53) MIDDLETON A.J. General practitioners' views on the use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in young, nulligravid women, in London, UK. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011 Aug,
- 54) SFDRMG, Pratiques sexuelles et usages contraceptifs à l'adolescence, janvier 2012, N°650
- 55) Tableau récapitulatif des contraceptions de 2011, fmc action, Strasbourg
- 56) Ministère des Affaires sociales et de la Santé, INPES, Choisir sa contraception, <http://www.choisirsacontraception.fr>

LISTE DES ABREVIATIONS

- AMM : autorisation de mise sur le marché
- ASP : abdomen sans préparation
- CIN : cervical intraepithelial neoplasia
- CIVG : centre d'interruption de grossesse
- CNGOF : collège national des gynécologues et obstétriciens français
- CPFE : centre de planification et d'éducation familiale
- DES : diplôme d'étude supérieur
- DIU : dispositif intra-utérin
- DPC : développement professionnel continu
- FMC : formation médicale continue
- FSH : follicle stimulating hormone
- HAS : haute autorité de santé
- HPV : human papillomavirus
- INED : institut national d'étude démographique
- INPES : institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- IST : infection sexuellement transmissible
- IVG : interruption volontaire de grossesse
- LH : luteinizing hormone
- MAMA : méthodes de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
- OGDPC : organisme gestionnaire du développement professionnel continu
- OMS : organisation mondiale de la santé
- VIH : virus de l'immunodéficience humaine

RESUME

Pour mieux adapter la contraception à chaque femme et son mode de vie, l'HAS a rédigé en 2004 des recommandations sur les «stratégies de choix des méthodes contraceptives».

Quelques points importants à retenir de ces recommandations sont la nécessité de réserver une consultation dédiée à la contraception, de prendre en compte la catégorie socio-professionnelle et la sexualité de la patiente, de délivrer une information claire sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et d'inciter à utiliser d'autres moyens contraceptifs plus adaptés aux patientes : implant, anneau, patch, DIU chez la nullipare, stérilisation.

Cette thèse présente les résultats d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes de la région Ile-de-France, afin d'évaluer leur pratique depuis ces recommandations.

Il en ressort que:

- La consultation dédiée à la contraception est difficile à appliquer: 68% des médecins acceptent d'initier la contraception en fin de consultation si la patiente est venue pour un autre motif.
- Les sujets à aborder pour une bonne adhésion à la contraception ne sont pas systématiquement traités par les médecins, souvent par manque de temps.
- La contraception d'urgence est connue des médecins généralistes mais seuls 48% la prescrivent.
- Les habitudes sur le choix de la contraception persistent car : l'anneau, le patch et la stérilisation sont mal connus, la majorité des médecins ne savent pas poser le DIU et l'implant, ils restent réticents au DIU chez la nullipare et à la stérilisation.

Il existe une différence de pratique selon l'âge et le sexe des médecins : les femmes et les moins de 40 ans tendent plus à prescrire les nouveaux moyens de contraception.

Huit ans après ces recommandations HAS, les appliquer semble encore difficile.

MOTS CLES :

- Recommandations
- Contraception
- Grossesse non désirée
- Contraception d'urgence
- Pratique des médecins généralistes