

Année 2013

---

n°

**THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**KIASSI IRIELLE**  
26 décembre 1984 à Paris

*Présentée et soutenue publiquement le : 24 octobre 2013*

---

**L'IMPLANT CONTRACEPTIF ET LES MÉDECINS  
GÉNÉRALISTES EN SEINE SAINT DENIS :  
ÉTAT DES LIEUX**

Président de thèse : **Professeur** Dominique **LUTON**  
Directeur de thèse : **Docteur** Aurélie **REVAUX**

**DES de Médecine Générale**

## TABLE

Introduction .....	7
<b>PREMIERE PARTIE .....</b>	<b>8</b>
<b>I. Acteurs de la Contraception en France.....</b>	<b>8</b>
1. Démographie des gynécologues et des médecins généralistes en France .....	8
2. Cas de la région Ile de France .....	9
<b>II. Les femmes et leur contraception .....</b>	<b>11</b>
1. Information de la population .....	11
2. Les différents moyens de contraception.....	12
A. Des disparités en fonction de l'âge .....	13
B. Les obstacles à une bonne contraception .....	13
C. Evolution des comportements contraceptifs .....	14
3. La prescription de la contraception .....	16
A. Les spécificités du modèle français.....	16
B. Le paradoxe français .....	17
C. La prescription selon l'HAS.....	18
<b>III. La contraception par Implant contraceptif.....</b>	<b>19</b>
1. Historique de l'implant contraceptif .....	19
2. Contraception actuelle par implant Implanon® et Nexplanon®.....	21
A. Généralités.....	21
B. Principales contre-indications .....	23
C. Tolérance et effets secondaires .....	23
I. <i>Prise pondérale</i> .....	23
II. <i>Troubles du cycle</i> .....	24
III. <i>Autres effets secondaires</i> .....	24
D. Echecs sous implants.....	25

DEUXIEME PARTIE .....	26
<b>I. Objectif.....</b>	<b>26</b>
<b>II. Matériel et Méthode .....</b>	<b>27</b>
<b>III. Résultats .....</b>	<b>29</b>
1. Caractéristiques des médecins.....	29
A. Répartition en fonction de l'âge.....	29
B. Répartition en fonction du sexe.....	30
C. Répartition en fonction de l'âge et du sexe.....	30
2. Formation en Gynécologie .....	31
A. Répartition en fonction du sexe.....	31
B. Répartition par l'âge .....	31
C. Répartition en fonction de l'âge et du sexe .....	32
D. Type d'enseignement .....	32
3. Consultation de Gynécologie .....	33
A. Répartition en fonction du sexe.....	33
B. Répartition en fonction de l'âge.....	34
C. Répartition en fonction de l'âge et du sexe.....	34
4. Refus de consultation .....	35
A. Cause de refus de consultation .....	35
B. Principal correspondant des médecins généralistes .....	36
5. Prescription de contraception .....	36
A. La prescription en première intention .....	36
B. La prescription en deuxième intention .....	37
6. La contraception par implant contraceptif .....	37
A. Prescription en fonction du sexe .....	37
B. Prescription en fonction de l'âge .....	38
C. Prescription en fonction de l'âge et du sexe .....	38
7. Pratique actuelle des médecins généralistes.....	39
A. Répartition en fonction de l'âge.....	39
B. Répartition en fonction de l'âge et du sexe.....	39
8. Formation à la pose .....	40
A. Répartition en fonction de l'âge.....	40
B. Répartition en fonction de l'âge et du sexe.....	41
9. Connaissance des effets secondaires .....	41
A. Répartition en fonction du sexe.....	41
B. Répartition en fonction de l'âge.....	42
C. Répartition en fonction de l'âge et du sexe.....	42
10. Informations des patientes.....	43
A. Répartition en fonction du sexe.....	43

B.	Répartition en fonction de l'âge.....	43
C.	Répartition en fonction de l'âge et du sexe.....	44
11.	L'implant contraceptif et les jeunes médecins généralistes .....	44
A.	Répartition en fonction du sexe.....	44
B.	Répartition en fonction de l'âge.....	45
C.	Répartition en fonction de l'âge et du sexe.....	45
TROISIEME PARTIE : Discussion.....		46
<b>I.</b>	<b>Les biais de l'étude .....</b>	<b>46</b>
<b>II.</b>	<b>Discussion des caractéristiques deS MEDECINS .....</b>	<b>47</b>
1.	Concernant le Sexe.....	47
2.	Concernant l'âge .....	48
<b>III.</b>	<b>Discussion concernant la formation et l'activité en Gynécologie.....</b>	<b>48</b>
1.	Concernant la formation.....	48
2.	Concernant l'activité gynécologique .....	50
<b>IV.</b>	<b>Discussion autour du refus de consultation .....</b>	<b>51</b>
<b>V.</b>	<b>Discussion autour de la prescription de contraception.....</b>	<b>53</b>
<b>VI.</b>	<b>Discussion autour de la prescription actuelle d'implant.....</b>	<b>54</b>
<b>VII.</b>	<b>Discussion autour de la pratique des futurs médecins généralistes.....</b>	<b>56</b>
Conclusion.....		58
Annexe 1 .....		59
Annexe 2 .....		60
Annexe 3 .....		61
Annexe 4 .....		62
Annexe 5 : Questionnaire.....		63
Bibliographie :.....		66
Liste des Abréviations.....		71

# Remerciements

A Monsieur le Professeur Dominique Luton qui me fait l'honneur de présider cette thèse

Au Docteur Revaux qui a accepté de diriger cette thèse, merci

Aux médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette thèse, merci de votre collaboration

A mes parents que j'aime du fond du cœur, merci pour votre soutien

A Elfried et Greta, pour tous nos fous rires

A tous mes "bébés" qui suivent derrière

A celles et ceux qui sont partis trop tôt...

A Sophie, Marie, Meriem, Laureen, Marine, Maryline qui sont restées présentes pendant ces 10 années

A toutes celles et ceux qui m'ont supporté pendant toutes ces années dans les bons et mauvais moments

## Résumé

L'offre contraceptive en France est très importante. Malgré cela, le taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) en France reste élevé, environ 200 000 par an (1)(2).

La contraception est le plus souvent débutée par un gynécologue ou un médecin généraliste.

Du fait de la modification de la démographie médicale, de plus en plus de médecins vont être amenés à assurer le suivi gynécologique de leurs patientes.

La pilule contraceptive est le moyen le plus prescrit en France malgré les risques d'inobservance (1).

L'implant contraceptif, tout comme le dispositif intra utérin, est un contraceptif de longue durée d'action. De nombreuses études ont montré son efficacité (3)(4).

Actuellement, il est majoritairement posé par des gynécologues.

Le but de cette étude est de voir si les médecins généralistes, particulièrement ceux de la ville de Bondy et de ses environs les posent aussi.

Il apparaît que 15% des médecins interrogés en posent et parmi ceux qui ne le font pas, ils sont 45% à vouloir apprendre ce geste.

Certains freins ont été mis en évidence notamment le manque de formation. Une amélioration de celle-ci ainsi que son accès pourrait inciter plus de médecins à choisir et à poser ce moyen contraceptif. Ces éléments pourraient favoriser une meilleure prise en charge contraceptive des femmes et ainsi peut être aider à diminuer le taux d'IVG.

## **Introduction**

La prise en charge de la contraception a été pendant très longtemps assurée par les gynécologues. Les médecins généralistes ont un rôle de prévention et de prise en charge des soins primaires. Ils prescrivent eux aussi de plus en plus de contraceptifs.

Malgré l'augmentation progressive du numerus clausus pour palier au départ à la retraite des médecins en fin de carrière, il subsiste néanmoins un écart entre le nombre de médecins qui s'inscrivent à l'Ordre et le nombre de départ (5). Ce déficit du renouvellement des médecins touche toutes les spécialités y compris les gynécologues.

Malgré tout, la démographie médicale en France est telle, que pour répondre à la demande des patientes, les médecins généralistes se doivent de pouvoir assurer un suivi gynécologique de plus en plus performant. Cela passe par une maîtrise des différents dispositifs de contraception y compris les derniers arrivés sur le marché comme l'implant contraceptif.

Cette étude vise donc à évaluer la situation actuelle : quelle est la part des médecins généralistes initiant une contraception par implant contraceptif ?

# **PREMIERE PARTIE**

## **I. ACTEURS DE LA CONTRACEPTION EN FRANCE**

### **1. Démographie des gynécologues et des médecins généralistes en France**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, les données statistiques concernant la démographie médicale sont accessibles par le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (qui remplace le répertoire Adeli) qui recense les grandes professions libérales et par conséquent les médecins libéraux. Ainsi, au 1<sup>er</sup> janvier 2012, l'ordre national des médecins comptabilisait 268 072 médecins actifs. Le nouvel Atlas démographique de 2013 (5) en dénombre 271 970, soit une augmentation de 8%.

Cette augmentation est surtout due à la part plus importante des médecins qui ont atteint l'âge de la retraite mais qui continuent d'exercer : ils étaient 51 930 en 2012, ils sont maintenant 56 105 à exercer. Le nombre de médecins actifs, lui, a donc diminué, passant de 216 142 en 2012 à 215 865 au 1<sup>er</sup> janvier 2013.

Lorsque l'on regarde les nombres d'effectifs dans chaque spécialité, on note une baisse significative :

Au 1<sup>er</sup> janvier 2012, on dénombre :

- 3719 gynécologues médicaux dont 70,3 % de femmes
- 4113 gynécologues obstétricaux dont 39,4 % de femmes
- 101 896 médecins généralistes dont 40 % de femmes

Au 1<sup>er</sup> janvier 2013, les chiffres sont les suivants :

- 3101 gynécologues médicaux dont 73 % de femmes
- 3975 gynécologues obstétricaux dont 43 % de femmes
- 91539 médecins généralistes dont 42 % de femmes

Les cartes en annexe 1 et 2 permettent de visualiser la densité médicale par région et département.

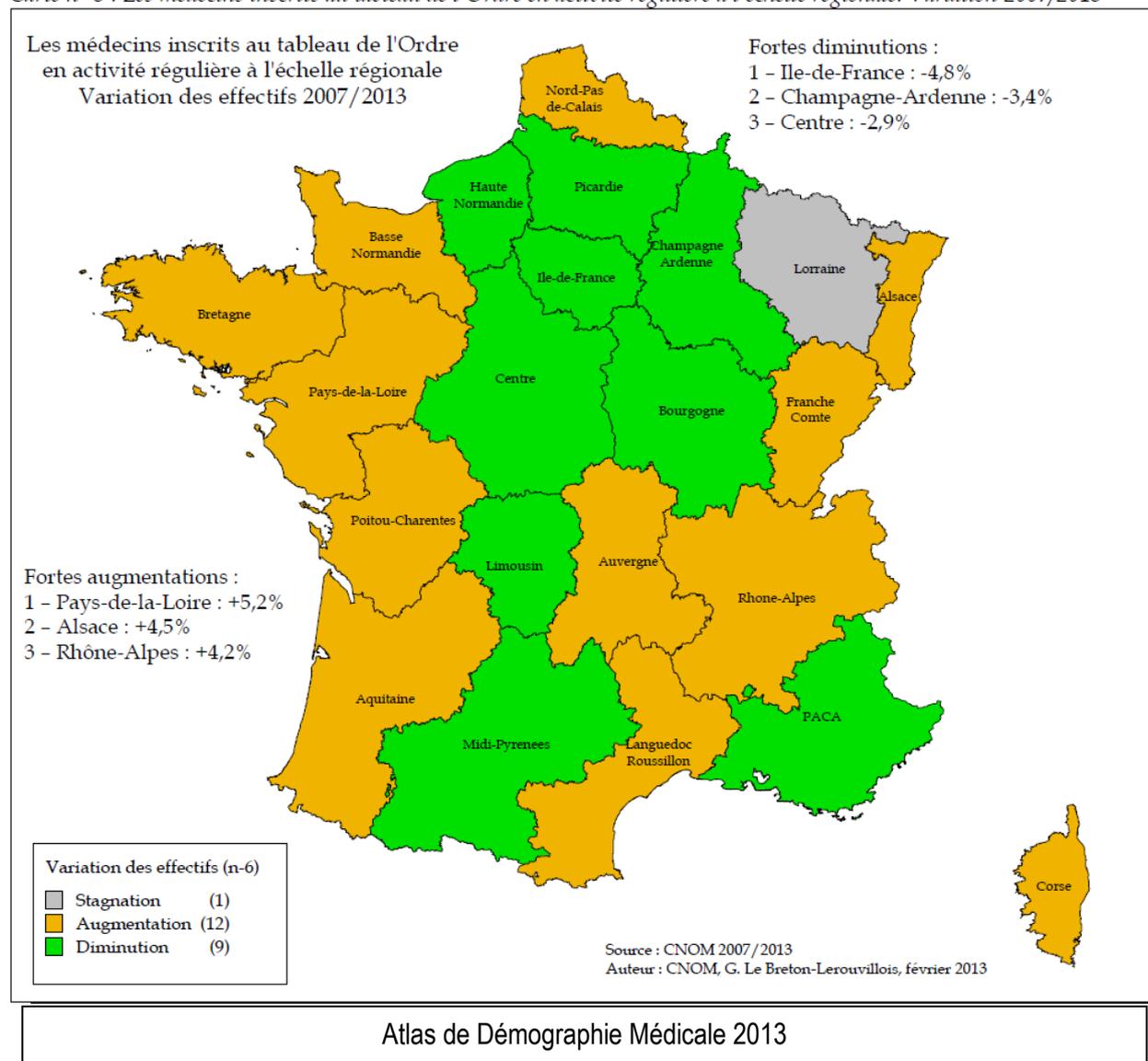
## **2. Cas de la région Ile de France**

La région Ile de France est considérée comme une des régions les plus attractives de France. En effet, elle correspond à la deuxième région de France la plus riche en médecins avec une densité de 366 médecins en moyenne pour 100000 habitants ce qui est largement supérieure à la densité nationale.

Cependant, la situation est plus paradoxale qu'elle n'y paraît. La répartition des médecins varie en fonction des départements (cf Annexe 2). Elle illustre bien que même en région parisienne, certaines zones urbaines et rurales sont en déficit de médecins.

Les chiffres récents de l'Atlas de démographie médicale de 2012 (6) montre que la situation risque de se détériorer dans la région. En effet, dans certains départements, il existe une diminution sensible d'inscription du nombre de médecins généralistes au Conseil de l'Ordre. Paris et le Val de Marne sont les premiers départements touchés (-16 %).

La région Ile de France est celle où la baisse des médecins a été la plus significative de 2007 à 2013 avec une baisse de 4,8 % (5).



La situation est la même à l'échelle départementale. Malgré sa densité médicale actuelle supérieure à la moyenne nationale, l'Ile de France est la région de France qui se démedicalise le plus rapidement.

L'Atlas de démographie de 2012 évoquait une densité moyenne de 0,8 gynécologues pour 5000 habitants en Ile de France. On peut donc imaginer qu'il existe aussi de nombreux territoires dépourvus de cette classe de spécialiste et que cela risque de s'aggraver progressivement. Ces chiffres montrent qu'il est nécessaire que les médecins généralistes puissent prendre le relais des spécialistes dans la prise en charge gynécologique des patientes vivant dans ces zones qui comptent peu de spécialistes.

## II. LES FEMMES ET LEUR CONTRACEPTION

### 1. Information de la population

La diffusion de la contraception est devenue plus importante à partir de la loi Neuwirth, en 1967 qui donnait accès aux femmes à la contraception (7). En effet, la contraception ainsi que l'avortement était strictement interdit depuis 1920 (7).

Depuis, les lois sur la contraception devenues un sujet de santé publique ne cessent d'être modifiées afin d'apporter des améliorations :

- celle de 1974 donne enfin aux adolescentes un accès libre à la contraception (8)
- la loi Aubry du 4 juillet 2001 vise par ailleurs à leur faciliter cet accès à la contraception et à l'avortement (9)
- enfin, l'objectif 97 de la loi 2004-806 du 9 août 2004 était d'« assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'interruption volontaire de grossesse dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours » (7).

C'est dans cette optique que la direction générale de la santé décide régulièrement de mener des actions qui ont pour but :

- d'informer le grand public, notamment les adolescents via différents supports (radios, télévision, Internet notamment par le site [www.choisirsacontraception.com](http://www.choisirsacontraception.com) créé en 2004...) et grâce à la modification des programmes scolaires et des temps d'intervention dans les écoles,
- d'améliorer les pratiques des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, sages-femmes...).

Ainsi, la recommandation de l'HAS de 2004 (10) mentionnant le modèle BERCER vise à favoriser la prescription d'un contraceptif adapté à chaque femme.

Une des dernières campagnes diffusée en 2011 avait pour but de donner les différents types de contraceptions existantes dont l'implant contraceptif. La dernière campagne date de mai 2013 et devait être diffusée à partir de septembre 2013. Elle insiste sur l'importance d'avoir un moyen contraceptif adapté au mode de vie de chaque patiente.

## 2. Les différents moyens de contraception

L'efficacité de chacune des méthodes est calculée par l'indice de Pearl qui correspond au nombre de grossesse survenue chez 1000 patientes sous une contraception donnée (cf Annexe 3 : Tableau des indices de Pearl).

L'implant contraceptif est un bâtonnet de 4cm de long qui se pose en sous-cutané au niveau du bras et qui délivre des progestatifs (étonogestrel) de manière continue. Sa durée d'utilisation est de 3 ans.

Ses spécificités et son mode d'action seront détaillés dans le chapitre III de la première partie.



Photo du dispositif Nexplanon ®

Source : <http://obgyn.coloradowomenshealth.com>

## A. Des disparités en fonction de l'âge

D'après une enquête de l'INPES (7), les moyens de contraception les plus connus sont la pilule et le préservatif masculin (97%) puis le DIU (93%). Ce pourcentage est de 75 % pour le diaphragme et le préservatif féminin. Les autres moyens sont connus par près d'un français sur 2. Ils sont 44% à connaître l'implant contraceptif (1).

Une thèse parue en 2012 (11) sur la contraception des jeunes mettait en évidence une très faible utilisation des moyens contraceptifs de type implant, patch et DIU. Ceci est dû d'une part à une méconnaissance de ces dispositifs et d'autre part à la peur du corps étranger.

Les chiffres des baromètres de la santé de 2005 et 2010 (12) montre que l'utilisation des contraceptifs évolue en fonction de l'âge de la femme. La pilule est le moyen le plus utilisé chez les jeunes. Le DIU n'est majoritairement utilisé qu'après 35 ans.

**Principales méthodes contraceptives\* utilisées par les femmes âgées de 15 à 49 ans en 2010 (en %) déclarant utiliser une méthode contraceptive.**

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

Source : « Les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie, INPES, octobre 2011

## B. Les obstacles à une bonne contraception

Malgré l'information et l'offre contraceptive importante, de nombreuses idées préconçues persistent. Ces dernières peuvent d'ailleurs contribuer à des échecs de contraception et donc de recours à l'IVG.

Parmi celles recueillies lors d'une étude INPES parue en 2007 (1), les plus communes sont :

- que la pilule pourrait rendre stérile pour 22 % des français et pour 34 % des jeunes,
- que le recours au DIU serait impossible en cas de nulliparité pour 50 % des français,
- qu'il n'y aurait aucun risque de grossesse pendant les règles pour 50 % des français,
- qu'il existerait des jours dans le cycle menstruel pendant lesquels il serait impossible de tomber enceinte.

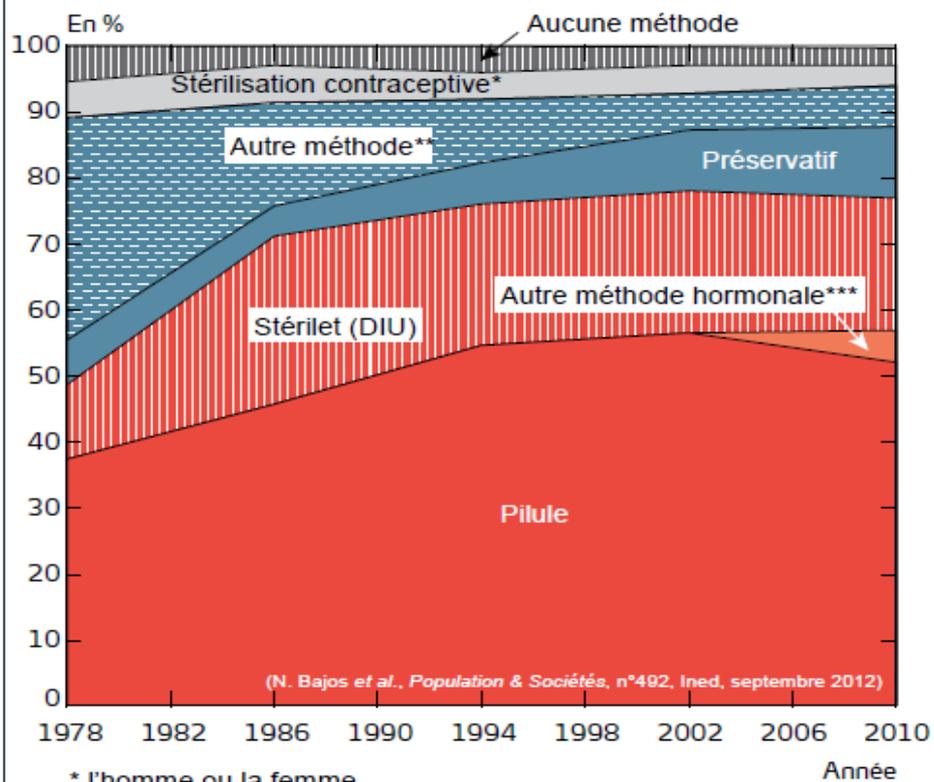
Cette enquête met aussi en évidence de nombreuses lacunes concernant les différents moyens de contraception. Elle nous apprend notamment qu'un français sur deux ne connaît pas la durée d'action du patch ou de l'anneau contraceptif, un sur six ne connaît pas celui de l'implant.

L'implant contraceptif souffre aussi de certaines représentations négatives qui peuvent en limiter la prescription. Il est vu par certains médecins comme le moyen de contraception des femmes ayant une situation "compliquée" (IVG à répétition, problèmes de compliance....) (13).

### C. Evolution des comportements contraceptifs

Une étude récente, l'étude Fécond, réalisée par l'Ined et l'Inserm en 2010 montre cependant un changement dans les pratiques contraceptives de la population française (9). En effet, les femmes manifesteraient de plus en plus le désir de recourir à une contraception plus simple d'utilisation et non hormonale (14). L'implant pourrait être une réponse à ces demandes du fait de sa simplicité d'utilisation.

**Figure 1 : Les méthodes de contraception utilisées en France. Évolution 1978-2010**



\* l'homme ou la femme

\*\* retrait, abstinence périodique, méthode locale, autre, ne sait pas

\*\*\* implant, patch, anneau vaginal

**Sources :** Enquête *Mondiale de Fécondité* (1978), Enquête *Régulation des naissances* (1988), Enquête *Situation Familiale et Emploi* (1994), Enquête *CoCon* (2000), Enquête *Fecond* (2010).

**Champ :** femmes de 20 à 44 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant.

Cette étude montre que même si la pilule reste le moyen le plus utilisé (près d'une femme sur deux), il existe une diminution de 4% de son utilisation depuis 2000 du fait de l'apparition de nouvelles méthodes contraceptives :

- 2,6 % des femmes de 15 à 49 ans choisissent dorénavant l'implant
- 1 % l'anneau
- 0,4 % le patch contraceptif.

Depuis fin 2012, les comportements contraceptifs ont de nouveau évolué :

- les contraceptifs de 2<sup>ème</sup> génération sont de nouveau très prescrits
- la vente des anneaux et patchs a diminué de 11 %
- celle des implants contraceptifs et dispositifs intra utérins a augmenté de 28 %
- celle des DIU non hormonaux de 42 % (14).

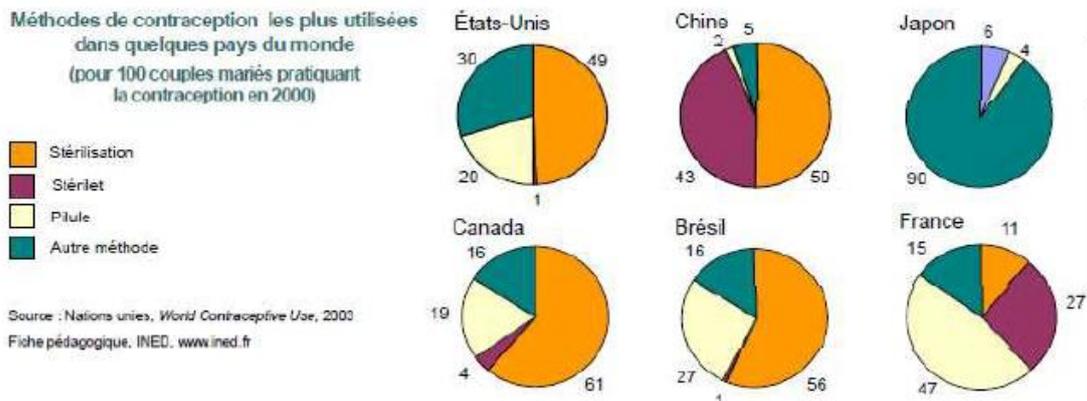
### **3. La prescription de la contraception**

#### **A. Les spécificités du modèle français**

Selon le baromètre "Santé médecins généralistes 2009" (15), les médecins généralistes ne sont que 58,7 % à aborder les sujets de sexualité et contraception avec facilité et 35,9 % à penser qu'ils ont un rôle à jouer dans la prévention liée à la sexualité de leurs patientes.

Or, une bonne prescription de contraception passe par une consultation pendant laquelle le médecin et la patiente ou le couple peuvent dialoguer librement afin de trouver une thérapeutique adaptée à leurs besoins. La plupart des médecins qui arrivent à communiquer avec leur patiente utilisent des questionnaires préétablis (54,9 %).

La prise en charge de la contraception semblerait suivre un schéma type : l'entrée dans la sexualité se ferait avec le préservatif, puis il s'associerait à la pilule dès lors qu'une relation deviendrait stable avant de privilégier la pilule seule. La pilule est le moyen le plus prescrit en France comparé aux autres pays.



« Les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie », INPES, octobre 2011

L'utilisation du DIU n'arriverait que bien tard comme la contraception de la femme multipare et prédominant donc après 35-40 ans.

Même si la plupart des françaises se déclarent très contentes de leurs contraceptions (11), ces dispositions ne semblent pas vraiment tenir compte des spécificités de chaque femme. Il convient donc de réévaluer régulièrement si la contraception est bien adaptée à chaque patiente. Si ce n'est plus le cas, il faut alors prendre le temps d'un ou plusieurs entretiens afin d'en trouver une autre (19) notamment une de longue d'urée d'action comme l'implant contraceptif.

## B. Le paradoxe français

L'étude COCON de 2004 (20) met l'accent sur ce qu'on appelle communément le « paradoxe français ». En effet, malgré une offre contraceptive importante, le taux d'IVG reste stable.

Près de 60% des grossesses non prévues se terminent par une IVG. Plusieurs facteurs interviennent dans cette décision :

- la stabilité du couple actuel
- le rapport à la maternité
- la situation socioprofessionnelle.

Pour près d'un tiers des femmes interrogées, la dernière grossesse ayant eu lieu durant ces cinq dernières années n'était pas désirée. Près de deux de grossesses non désirées sur trois sont survenues chez des patientes qui avaient une contraception, le plus souvent la pilule.

On observe néanmoins une baisse des grossesses non prévues secondaire à une large diffusion de la contraception et en parallèle un recours plus facile aux démarches d'IVG. Ces éléments contribueraient à expliquer la stabilité du chiffre des IVG en France.

En effet, il semblerait que les moyens utilisés par ces patientes à ce moment-là ne soient pas adaptés ou alors qu'ils ne conviennent pas à leur mode de vie (21).

### C. La prescription selon l'HAS

Le ministère de la santé a mis à disposition des professionnels de santé plusieurs outils d'aide et de guide à la prescription.

Les recommandations de l'HAS de 2004 (10) insistent sur le fait que la prescription d'une contraception doit se faire en tenant compte de la situation sociale et affective de la patiente afin qu'elle puisse devenir la principale actrice de sa contraception. Comme il a été mentionné plus tôt, le "baromètre santé 2009" des médecins généralistes" (15) indique que pour certains médecins généralistes, la prévention de la vie sexuelle et affective de leur patiente n'est "pas la priorité".

Une thèse parue en 2010 (21) montre que 6 ans après cette recommandation, 82% des patientes ont eu la possibilité de choisir leur mode de contraception et 79% se disaient bien informées sur les avantages ou inconvénients du dispositif choisi, ainsi que sur la durée d'action. Ces chiffres sont plus importants que ceux rapportés dans l'étude l'Inpes de 2007 (1) où les femmes disaient n'avoir eu le choix que dans 50% des cas.

Cependant, des efforts sont encore nécessaires, il apparaît par ailleurs dans cette thèse que :

- Seules 47 % des patientes avaient bénéficié d'une consultation dédiée à leur contraception,
- les méthodes à longue durée d'action comme l'implant sont encore trop faiblement proposées (seulement chez 27% des femmes, mais aucune nullipare).

Compte tenu de ces différentes données, il semble légitime de penser qu'il faudrait favoriser l'observance des patientes pour diminuer les échecs contraceptifs. Cela pourrait passer par une prescription plus importante des moyens contraceptifs dits de longue durée d'action et notamment l'implant contraceptif.

### III. LA CONTRACEPTION PAR IMPLANT CONTRACEPTIF

#### **1. Historique de l'implant contraceptif**

L'implant contraceptif est un dispositif qui se place en sous-cutané.

Il agit de la façon suivante :

- inhibition de l'ovulation par inhibition du pic pré ovulatoire de LH
- épaissement de la glaire cervicale
- atrophie de l'endomètre
- diminution de la mobilité des cils.

La fertilité n'est pas altérée : une grossesse est possible rapidement après le retrait du dispositif (22).

Les premiers essais portant sur les implants ont été réalisés dans les années 1970 (23). Le premier implant, le Norplant® a été commercialisé en 1983 par un laboratoire finlandais. Il pouvait rester en place 5 ans. Il comprenait 6 capsules de 34mm x 2,4mm. Il contenait 36mg de Levonorgestrel et libérait une concentration moyenne de 85 microgrammes/jour (ou 400pg/ml en fonction de l'unité utilisée).

Les différentes études faites sur le Norplant® montraient une bonne tolérance malgré des difficultés d'insertion (24)(22). De ce fait, des améliorations ont été faites de manière à faciliter l'insertion de l'implant et surtout le retrait.

Ainsi, un implant a deux capsules comprenant du levonorgestrel, le Jadelle® (25) (ou Norplant® II ou Sino implant II®) a été commercialisé en 1997. Par la suite, d'autres implants ont suivi toujours dans le but de faciliter leur manipulation :

- implant à la nesterone (26), l'Elcometrine®, commercialisé au Brésil dont l'efficacité est de 6 mois, utilisé chez les femmes en cours d'allaitement
- l'implant à l'acétate de nomégestrol Uniplant® ou Surplant® contenant un progestatif de synthèse dérivé de la 19-norprogesterone, son efficacité est d'un an
- l'implant biodégradable, le Capronor® (27), dont le concept est encore à l'étude
- l'implant à l'étonogestrel, l'Implanon® dont la commercialisation en France a commencé en 2001.

## 2. Contraception actuelle par implant Implanon® et Nexplanon®

### A. Généralités

L'implant contraceptif Implanon® a été commercialisé en France à partir de mai 2001 (23). Il est constitué d'un bâtonnet de 40mm de long et 2mm de large et contient 68mg d'étonogestrel.

Il est remboursé par la sécurité sociale. En France, actuellement, il est principalement posé par les gynécologues. Dans d'autres pays du monde, l'implant est également posé par des généralistes (28)(29)(30)(31). Il s'insère sur la face médiale du bras non dominant.

Sa pose doit se faire à certains moments du cycle (32) :

- en l'absence de contraception, entre le premier et le cinquième jour du cycle
- en relais d'une contraception oestro-progestative, pendant la semaine d'arrêt
- en relais de progestatifs purs, à l'arrêt de la pilule ou le jour du retrait du DIU
- après une fausse couche précoce ou une IVG précoce, dans les cinq jours qui suivent
- en cas de fausse couche ou IVG tardive, entre le 21<sup>e</sup> et le 28<sup>e</sup> jour du cycle
- en post partum, après la quatrième semaine en cas d'allaitement, entre la troisième et la quatrième semaine en l'absence d'allaitement.

Il convient de vérifier l'absence d'une grossesse en cours avant la pose du dispositif.

Une fois en place, il atteint une concentration maximale comprise entre 400 et 1300pg/ml entre J1 et J13.

La concentration hormonale décroît dans le temps :

- 190 à 260 pg/ml (ou 35 à 45 microgrammes/j) à la fin de la première année
- 150 à 195pg/ml (ou 30 à 40 microgrammes/j) à la fin de la deuxième année
- 150 à 170pg/ml (ou 25 à 30 microgrammes/j) à la fin de la troisième année.

Il permet une contraception efficace pendant 3 ans (2 ans chez les femmes obèses).

L'Implanon® a été remplacé par le Nexplanon® (32) en janvier 2011 devant différentes remarques des médecins :

- Difficultés pratiques d'insertion du dispositif en sous-cutané (33)
- Difficultés de retrait lorsque l'implant était localisé en profondeur dans les parties molles avec parfois pour conséquence des lésions neuro-vasculaires ou des actes d'anesthésie locorégionales voire générales (34) (35) (36)(37)
- Migration de l'Implanon® (24).

De nombreuses études ont montré que des patientes ne retrouvaient pas l'implant à l'endroit où il avait été posé. Dans la plupart des cas, il a été retrouvé dans les parties molles. Dans d'autres cas, l'implant n'a pas été retrouvé même à l'aide des examens d'imagerie (radiographie standard, échographie, scanner voire IRM).

Différentes modifications ont été faites afin d'obtenir le Nexplanon® :

- un système de « guide » afin de faciliter la pose en sous-cutanée et d'éviter une pose trop profonde
- ajout de sulfate de baryum pour rendre l'implant radio opaque (32).



Dispositif Nexplanon® radio opaque avec système de guide intégré

## B. Principales contre-indications

L'implant contraceptif contient un progestatif, l'Étonogestrel. Ses contre-indications sont donc les mêmes que celles des micro progestatifs oraux (32) :

- Accident thromboembolique veineux évolutif
- Tumeurs malignes sensibles aux stéroïdes sexuels
- Hépatopathie ancienne ou récente dont les paramètres hépatiques sont encore modifiés
- Hémorragies génitales non diagnostiquées
- Hypersensibilité à un des composants de l'implant

## C. Tolérance et effets secondaires

Depuis le début de la commercialisation, plusieurs effets secondaires ont été recensés. Les plaintes les plus fréquentes concernent la prise de poids et les troubles du cycle.

### *I. Prise pondérale*

De nombreuses études ont été faites pour évaluer la prise de poids secondaire à la pose d'implant (38) (4). Les résultats sont confus même si la plupart des études ne retrouvent pas de prise de poids de manière significative. Néanmoins, les patientes ayant des signes d'insulinorésistance préexistants auraient tendance à prendre un peu plus de poids.

Par ailleurs, l'Étonogestrel est lié à l'albumine et sa biodisponibilité est inversement proportionnelle au poids. Par conséquent, chez une femme en surpoids, l'implant sera laissé en place pour une durée maximale de deux ans.

## *II. Troubles du cycle*

Trois types de plaintes sont le plus souvent recensées (39) :

- l'aménorrhée
- les spotting
- les ménométrorragies.

Malheureusement, la survenue de ces symptômes est imprévisible (40). Il convient de prévenir les patientes de préférence lors d'une consultation de contraception des différents troubles afin d'améliorer l'observance de la patiente en cas de survenu de ceux-ci.

Les métrorragies ont tendance à diminuer dans les premiers mois. Ainsi, en cas de persistance de celles-ci après 3 à 6 mois et de plaintes, l'implant pourra être retiré à la demande de la patiente.

Des traitements sont actuellement en cours d'étude (41)(42) afin d'apporter une réponse satisfaisante aux patientes qui s'en plaignent.

## *III. Autres effets secondaires*

Il existe d'autres effets secondaires encore moins fréquents (38)(4)(45) :

- Augmentation de l'appétit
- Troubles digestifs
- Douleurs mammaires
- Troubles de l'humeur avec notamment une nervosité
- Perte de cheveux
- HTA.

## D. Echecs sous implants

Les échecs sous implants sont rares. L'indice de Pearl est en effet de 0,1 (cf Annexe 1). Les premiers cas décrits étaient corrélés à des échecs lors de la pose et n'étaient donc pas imputables au dispositif en lui-même (46).

L'absence d'implant était caractérisée par un implant introuvable par l'imagerie (échographie, radiographie standard ou IRM) et par des taux plasmatiques d'étonogestrel négatifs. Les autres causes d'échecs retrouvées sont rares et sont pour la plupart dues à des interactions médicamenteuses (47) :

- les inducteurs enzymatiques (antifongiques/ griséofulvine, anticonvulsivant (48), millepertuis, antirétroviraux ( efavirenz (49)...))
- un indice de masse corporelle supérieur à 29 kg/m<sup>2</sup>
- un implant en place depuis plus de 3 ans
- une pose au mauvais moment du cycle.

Il existe de rares cas de grossesses extra utérines mais aucun facteur favorisant n'a été retrouvé (50)(51)(52).

# **DEUXIEME PARTIE**

## **I. OBJECTIF**

En France, la couverture contraceptive est insuffisante. En effet, malgré l'offre importante, certaines femmes n'y ont pas ou peu accès, d'autres se voient proposer une contraception qui ne leur est pas adaptée du fait de leur mode de vie par exemple.

De plus en plus de femmes souhaitent s'orienter vers des contraceptions longue durée du fait d'une manipulation plus simple et d'un risque de grossesse limité avec ces différents procédés. L'implant contraceptif est une de ces contraceptions à longue durée d'action. Les études montrent qu'il bénéficie d'une bonne tolérance et que les patientes adhèrent à ce type de dispositif.

Compte tenu de la situation, il est probable que, comme pour les DIU, les médecins généralistes pourront être amenés à poser les implants contraceptifs à leur patientes. Actuellement la plupart des implants sont posés par des gynécologues de ville ou hospitaliers.

L'objectif principal est de savoir si les médecins généralistes posent des implants. Les objectifs secondaires visent à évaluer la proportion des consultations gynécologiques, la formation des médecins généralistes et l'intérêt d'une formation des jeunes médecins à la pose d'implant.

## II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Un premier recueil bibliographique a été réalisé pour évaluer la prise en charge par les médecins généralistes dans le monde concernant la contraception par implant contraceptif.

Un questionnaire a été adressé aux médecins généralistes de la ville de Bondy pour permettre une étude quantitative et descriptive sur leurs pratiques concernant la contraception par implant contraceptif.

Le questionnaire compte « trois parties ». La première évalue l'intérêt des médecins généralistes à la gynécologie, la deuxième les habitudes de prescription de contraception et la dernière la pratique et la connaissance des implants contraceptifs.

Le recueil des réponses a débuté en Mars 2012.

Un premier contact téléphonique a d'abord été établi afin de leur présenter l'objectif de l'étude. En fonction du choix du médecin, il leur était proposé de répondre par téléphone directement ou par mail via un lien vers le questionnaire :

<https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dFViRDJxcGtaRGVjVDIYZnNEWDlwbkE6MQ>).

Certaines modalités de l'étude ont été modifiées en juillet 2012 devant le faible taux de réponses (7 réponses sur 35 médecins sondés). Une extension de la population d'étude avec inclusion des médecins des villes limitrophes de Bondy a été réalisée.

Ainsi tous les médecins des villes intégrées dans le réseau autour de l'hôpital Jean Verdier à Bondy et inscrits au conseil de l'ordre en tant que médecin généraliste ont été contactés :

- 17 à Bobigny
- 31 à Drancy
- 26 au Blanc-Mesnil
- 12 à Pavillons-sous-Bois

- 23 à Rosny-sous-Bois
- 40 à Aulnay-sous-Bois
- 19 à Noisy-le-Sec
- 17 à Villemomble

Au total, 220 médecins ont été appelés.

Le critère d'inclusion des médecins à notre étude était l'obtention de leur accord pour répondre aux questions. Nous avons exclu les médecins qui refusaient de répondre au questionnaire et ceux qui rendaient des questionnaires trop incomplets.

L'acquisition des réponses s'est faite d'Avril à Septembre 2012. Les données ont été acquises par le biais de questionnaire envoyé :

- *par mail* afin de faciliter les modalités d'acquisitions des réponses
- *par téléphone*, si les médecins étaient disponibles au moment où ils avaient été contactés.

Les réponses au questionnaire sont recueillies sous forme de tableau Excel. Les résultats ont été analysés par le logiciel Epiinfo version 7 et le site Biostatgv (<http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>). Le principal test diagnostique utilisé est le test du Chi<sup>2</sup> pour comparer les groupes ou les sous-groupes deux à deux.

Lorsque les conditions d'utilisations de ce dernier n'étaient pas réunies notamment lorsqu'un des effectifs étudiés était inférieur à 5, il a été remplacé par le test de Fisher.

Les données bibliographiques ont été recueillies :

- sur les sites Pubmed, Cochrane, EM-Consult...
- sur les sites qui référencient les différentes thèses déjà publiées (Sudoc, BIUM..)
- ainsi qu'à la Bibliothèque interuniversitaire de Santé à Paris.

### III. RÉSULTATS

29 médecins n'ont pas pu être joints.

179 médecins ont accepté de répondre au questionnaire.

Au total, 77 réponses ont été récupérées ce qui correspond à un taux de participation de 43 %.

#### 1. Caractéristiques des médecins

##### A. Répartition en fonction de l'âge

L'âge moyen des médecins ayant répondu au questionnaire est de 53 ans.

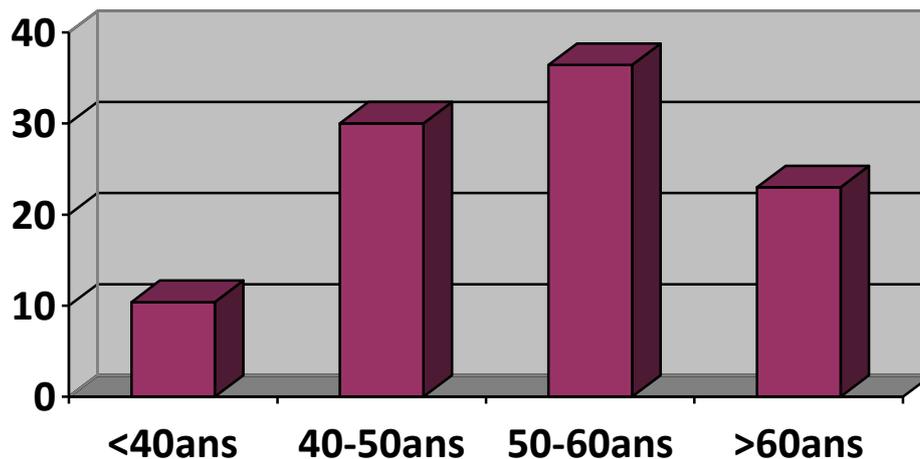


Figure 1 : Proportion des médecins en fonction de l'âge

La tranche des 50-60 ans est celle qui a le plus répondu au questionnaire. Ils étaient 36,4 %, soit 28 médecins, ils sont suivis par les 40-50 ans qui représentent 29,8 % de l'effectif soit 23 médecins.

## B. Répartition en fonction du sexe

Le sex ratio de la population étudiée est de 1,2. Parmi les 77 répondants, 35 étaient des femmes.

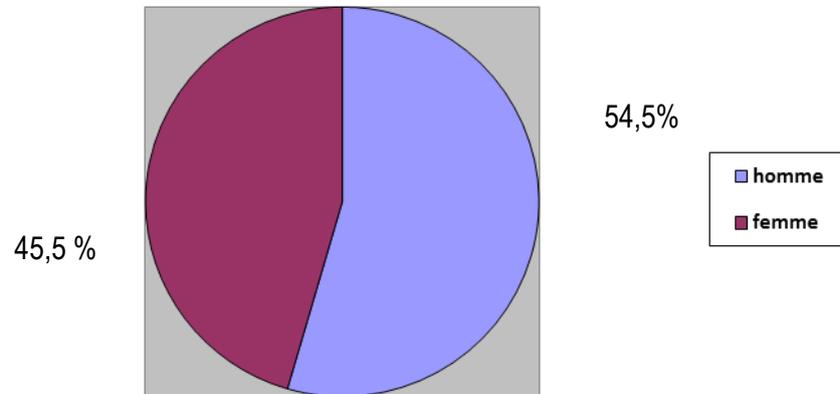


Figure 2 : Proportion des médecins en fonction du sexe

## C. Répartition en fonction de l'âge et du sexe

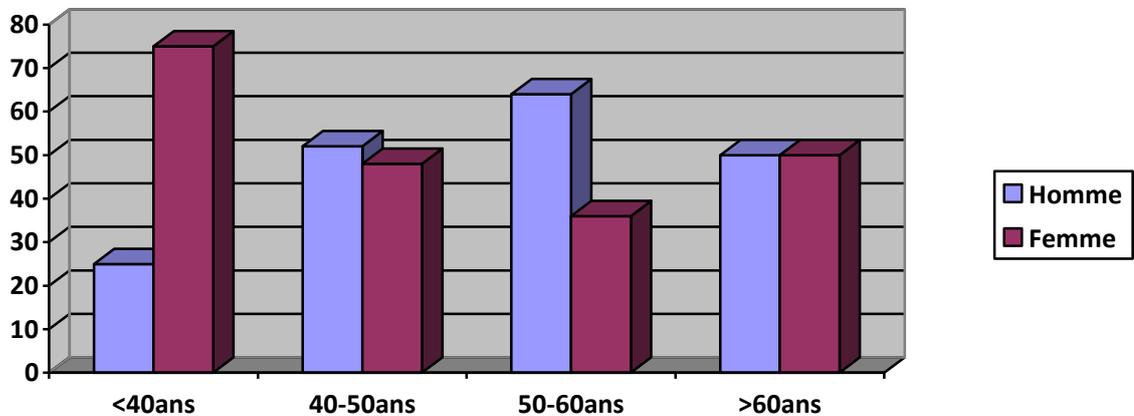


Figure 3 : Pourcentage des médecins en fonction de l'âge et du sexe

Il n'existe pas de différence significative dans la distribution de chaque groupe d'âge.

## 2. Formation en Gynécologie

Sur les 77 participants, 48 personnes soit 62,3 % ont suivi un enseignement de gynécologie.

### A. Répartition en fonction du sexe

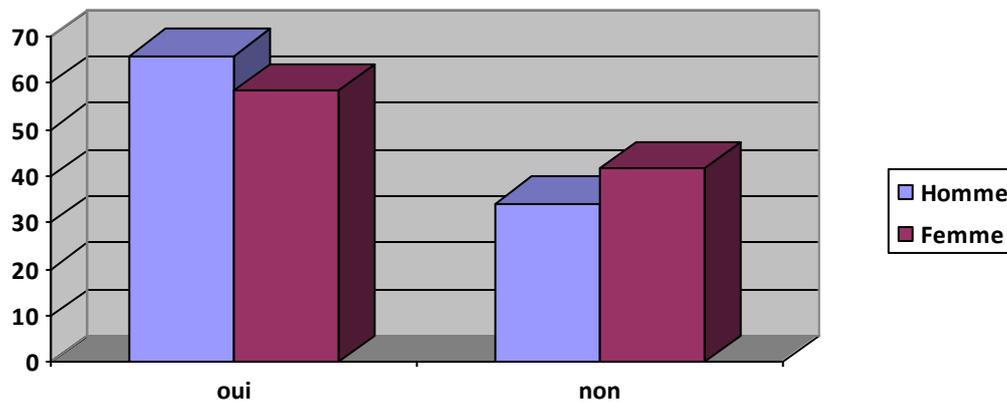


Figure 4 : Pourcentage des médecins ayant suivi une formation en gynécologie en fonction du sexe

Sur les 48 médecins ayant suivi un enseignement, il y a 43,8 % de femmes (soit 21 femmes) et 56,2 % d'hommes (soit 27 hommes). Il n'existe pas de différence significative dans la distribution des groupes ( $p=0,69$ ).

### B. Répartition par l'âge

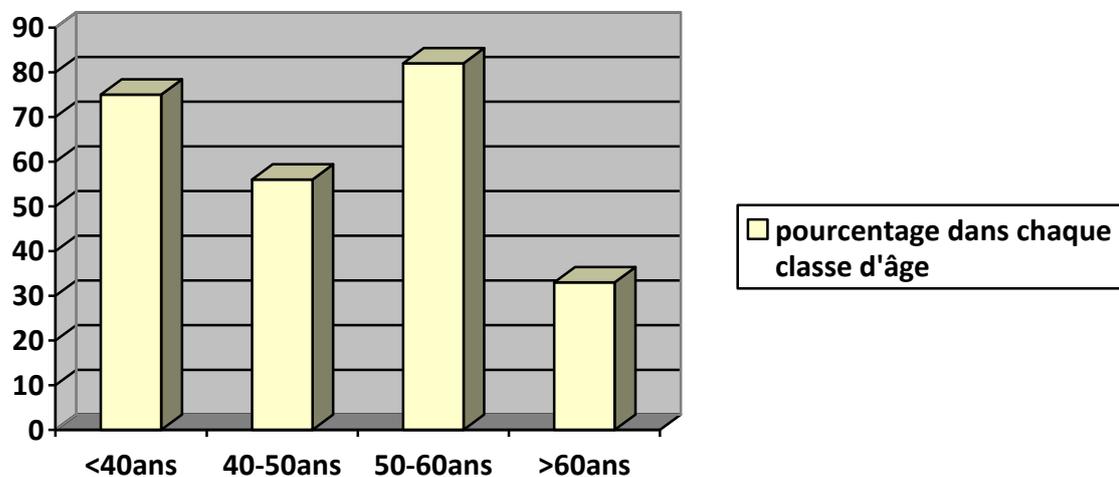


Figure 5 : Proportion des médecins ayant suivi une formation en gynécologie classée en fonction de l'âge

Il n'existe pas de différence significative dans la distribution ( $p=0,24$ ).

### C. Répartition en fonction de l'âge et du sexe

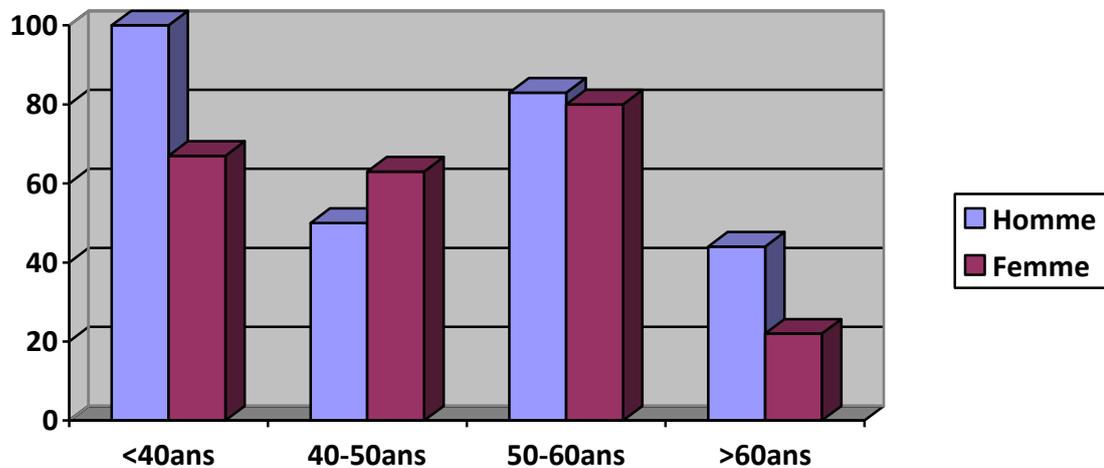


Figure 6 : Pourcentage des médecins ayant suivi une formation en fonction de l'âge et du sexe

Il n'existe pas de différence significative dans la distribution quelque soit la catégorie d'âge.

### D. Type d'enseignement

La question suivante permet de voir quelle est la principale source de formation en gynécologie des médecins généralistes.

Parmi les 77 médecins ayant participé au questionnaire, 51 personnes ont répondu à la question alors que seulement 47 d'entre eux avaient affirmé avoir eu une formation en gynécologie.

Formation	Citation	Fréquence
Universitaire	38	74,5 %
FMC	17	33,3 %
Diplôme universitaire	6	11,7 %
Total des observations	51	

Tableau 1 : Type de formation suivi par les médecins généralistes

Certains médecins ont répondu avoir eu deux sources de formations.

En effet, en plus de leur formation universitaire initiale, 9 personnes ont suivi une FMC et une personne a suivi un diplôme universitaire.

### 3. Consultation de Gynécologie

Parmi les 77 médecins ayant répondu, 53 d'entre eux font des consultations à orientation gynécologique, soit 68,8 %.

#### A. Répartition en fonction du sexe

Cinquante-trois personnes font des consultations. Cet échantillon compte 29 femmes et 24 hommes.

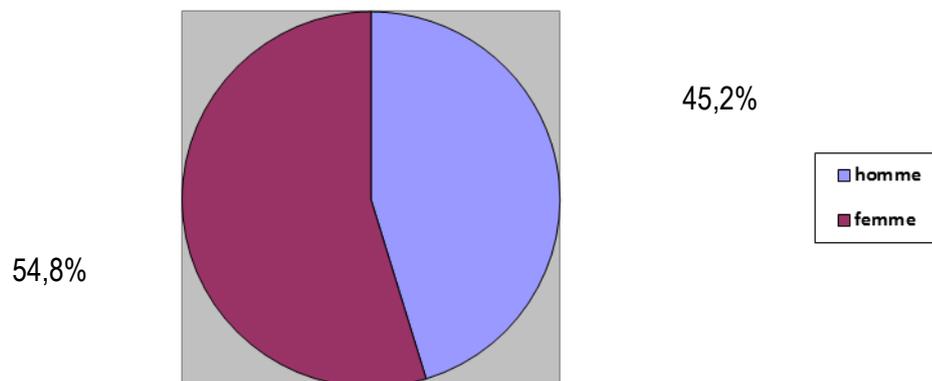


Figure 7 : Proportion des médecins effectuant des consultations de gynécologie classés en fonction du sexe

Cette différence est significative ( $p=0,01$ ). Il y a plus de femmes que d'hommes.

## B. Répartition en fonction de l'âge

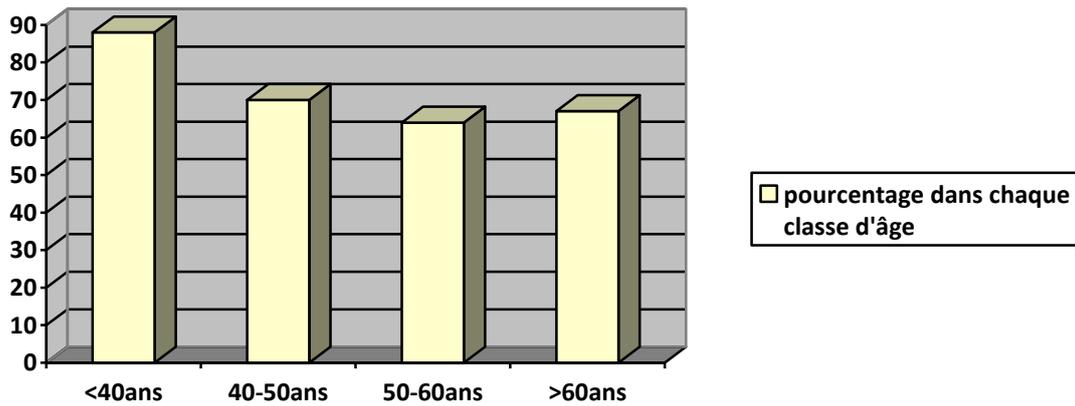


Figure 8 : Proportion des médecins effectuant des consultations de gynécologie en fonction de l'âge

Il n'existe pas de différence significative dans la distribution ( $p=0,71$ ).

## C. Répartition en fonction de l'âge et du sexe

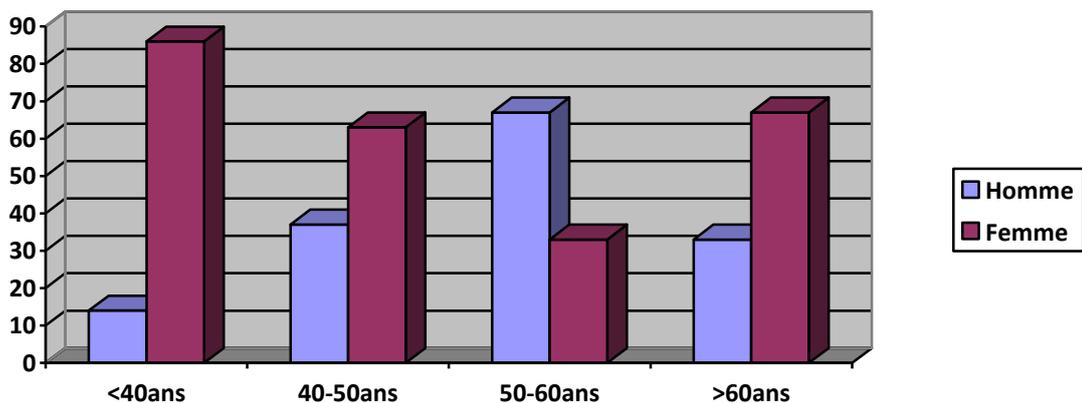


Figure 9 : Proportion des médecins effectuant des consultations de gynécologie en fonction de l'âge et du sexe

La seule différence significative apparaît dans le groupe des plus de 60 ans lors d'une analyse en sous-groupe. Il apparaît que les femmes de plus de 60 ans font plus de consultations que les hommes du même âge ( $p=0,04$ ).

#### 4. Refus de consultation

Sur l'échantillon total, 24 médecins ne font pas de consultations à orientation gynécologique, soit 31,2 % comprenant 6 femmes soit 25 % et 18 hommes soit 75 %.

##### A. Cause de refus de consultation

Les principales causes de refus proposées étaient :

- le manque de formation
- le manque d'intérêt
- le manque de temps

Le tableau mentionne les causes les plus fréquemment données.

Cause	Citation	Fréquence
Manque de formation	18	81,8 %
Manque de temps	9	40,9 %
Manque d'intérêt	7	31,8 %
Total des observations	24	

Tableau 2 : Causes évoquées expliquant le refus de consultation

## B. Principal correspondant des médecins généralistes

Le principal correspondant est le gynécologue.

Aucun n'oriente les patientes vers un autre médecin généraliste.

	Citation	Fréquence
Gynécologue	47	61 %
Planning familial	5	6,5 %
PMI	3	3,9 %

Tableau 3: Correspondants principaux des médecins

## 5. Prescription de contraception

Sur les 77 médecins, 74 prescrivent régulièrement des moyens de contraception, soit 96 %.

Toutes les femmes médecins interrogées prescrivent de la contraception.

### A. La prescription en première intention

Le moyen de contraception prescrit en première intention est la pilule oestro-progestative:

- 68 prescrivent la pilule (88,6 %)
- 4 prescrivent le DIU (5,2 %)
- 2 prescrivent des micro-progestatifs (2,6 %)

## B. La prescription en deuxième intention

Le tableau suivant montre les moyens les plus prescrits en deuxième intention.

	Citation	Fréquence
Dispositif intra utérin	38	49,4%
Micro progestatifs	35	45,5 %
Implant contraceptif	24	31,2 %
Patch / Anneau	22	28,6 %
Contraception oestro-progestative	11	14,3 %

Tableau 4 : Moyens de contraception les plus prescrits en deuxième intention

## 6. La contraception par implant contraceptif

### A. Prescription en fonction du sexe

Sur les 77 médecins de l'échantillon, 37 d'entre eux ont déjà prescrit ou prescrivent des implants, soit 48,7 %. Parmi eux, 20 sont des femmes. Une personne n'a pas répondu à la question.

#### Repartition en fonction du sexe

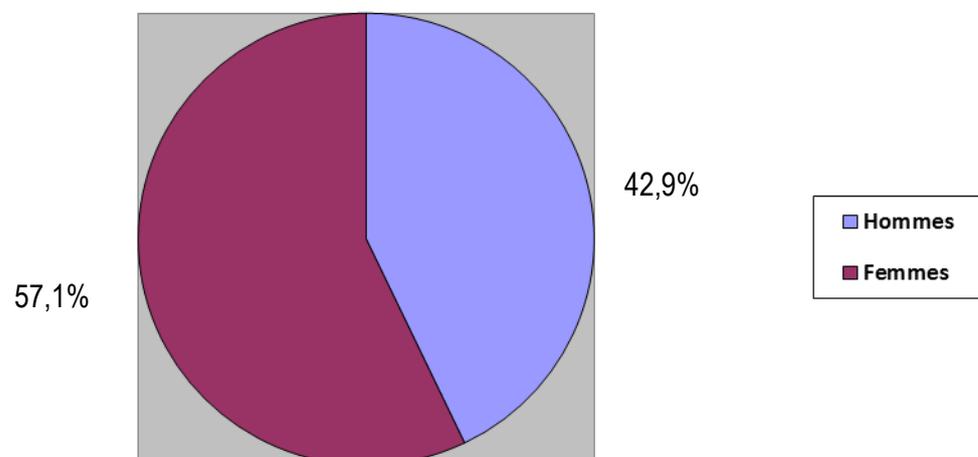


Figure 10 : Proportion des médecins prescrivant des implants contraceptifs en fonction du sexe

Il n'existe pas de différence significative entre le groupe des hommes et des femmes ( $p=0,17$ ).

## B. Prescription en fonction de l'âge

Le graphique représente la proportion de prescription en fonction de l'âge des médecins.

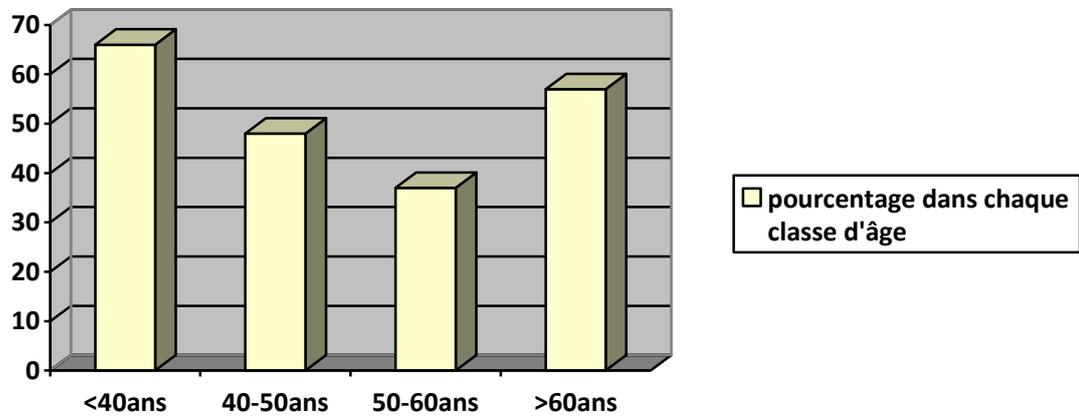


Figure 11 : Proportion des médecins prescrivant des implants contraceptifs en fonction de l'âge

Il n'existe pas de différence significative dans la distribution ( $p=0,2$ ).

## C. Prescription en fonction de l'âge et du sexe

Le graphique montre le pourcentage de médecins prescrivant des implants en fonction de leur âge et de leur sexe.

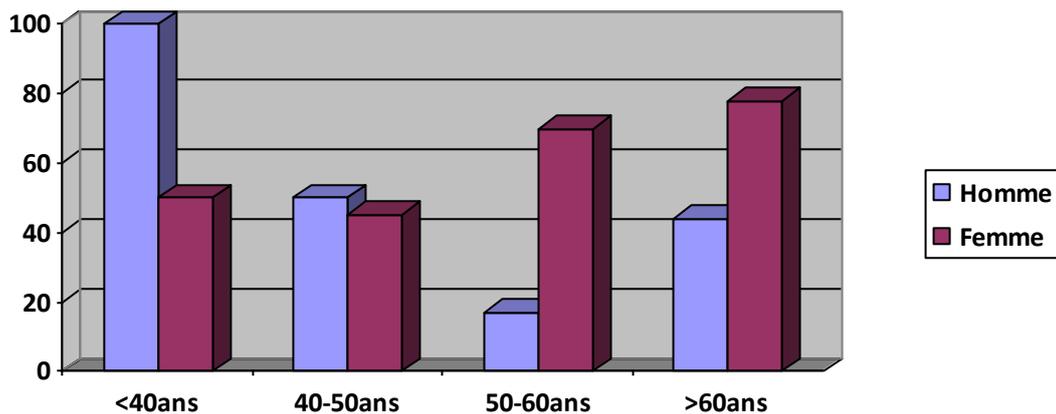


Figure 12 : Proportion des médecins prescrivant des implants contraceptifs classés en fonction de l'âge et du sexe

La seule différence significative apparaît lors d'une analyse en sous-groupe dans le groupe des 50-60 ans où les femmes prescrivent significativement plus d'implants ( $p=0,02$ ).

## 7. Pratique actuelle des médecins généralistes

Parmi les médecins interrogés, 12 d'entre eux posent des implants, soit 15,6 %. Tous ces médecins retirent aussi les implants. Parmi eux, 3 sont des femmes.

### A. Répartition en fonction de l'âge

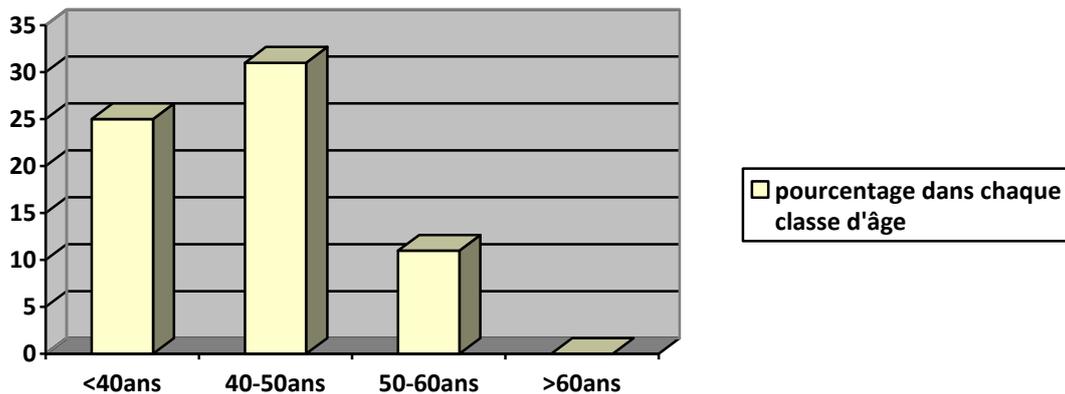


Figure 13 : Proportion des médecins posant des implants contraceptifs en fonction de l'âge

Il existe une différence significative dans la distribution ( $p=0,02$ ).

### B. Répartition en fonction de l'âge et du sexe

Les hommes semblent poser plus d'implants quel que soit leur catégorie d'âge.

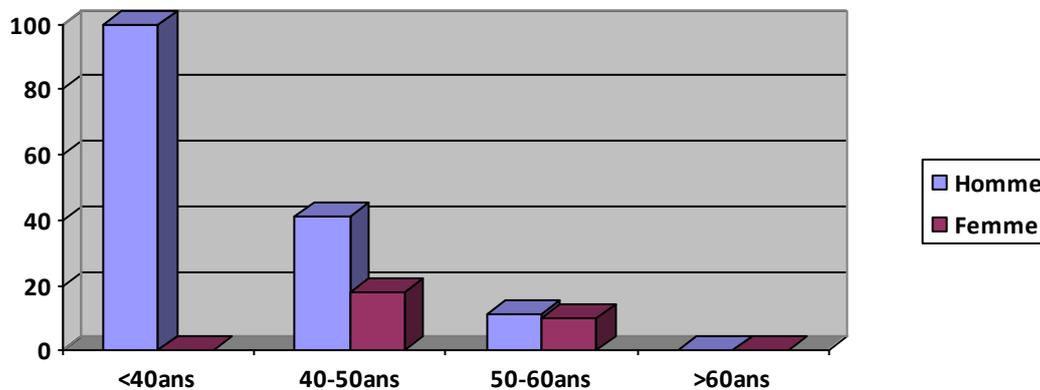


Figure 14 : Nombre des médecins posant des implants contraceptifs classés en fonction de l'âge et du sexe

Il existe une différence significative dans la distribution dans le sous-groupe des moins de 40 ans ( $p=0,03$ ).

## 8. Formation à la pose

Sur les 77 médecins, 17 affirment avoir suivi une formation pour apprendre à poser des implants soit 22 %. Les principales voies de formations étaient les formations médicales continues et les stages hospitaliers.

	Citation	Fréquence
Formation médicale continue	13	76,5 %
Stage hospitalier	4	23,5 %
Diplôme inter universitaire	0	0 %

Tableau 5: Lieu de formation à la pose d'implant contraceptif

Parmi les médecins interrogés, 35 médecins (soit 45,5 %) des médecins souhaiteraient apprendre à poser des implants. Parmi eux, 23 sont des femmes (soit 65,7 %).

### A. Répartition en fonction de l'âge

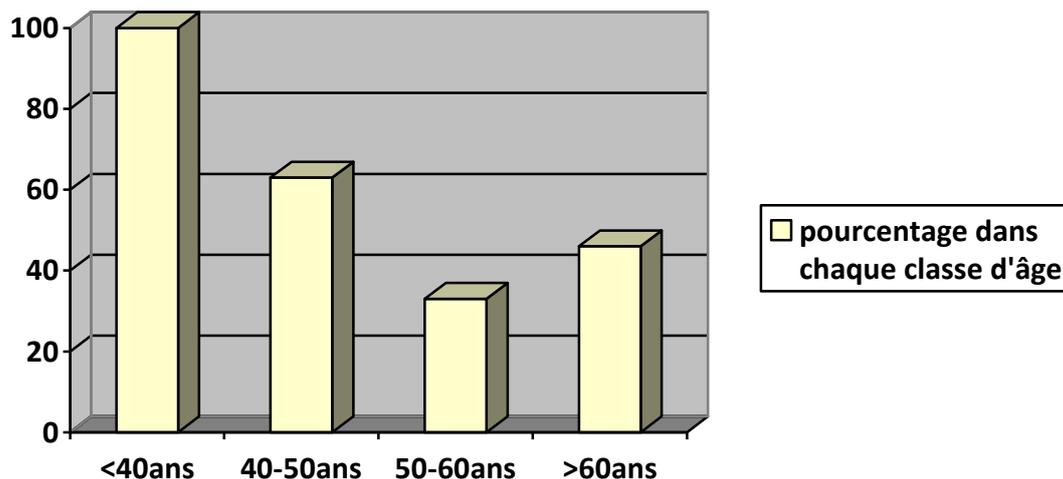


Figure 15 : Proportion des médecins qui souhaiteraient apprendre à poser des implants contraceptifs classés en fonction de l'âge

Il existe une différence significative dans la distribution ( $p=0,01$ ).

## B. Répartition en fonction de l'âge et du sexe

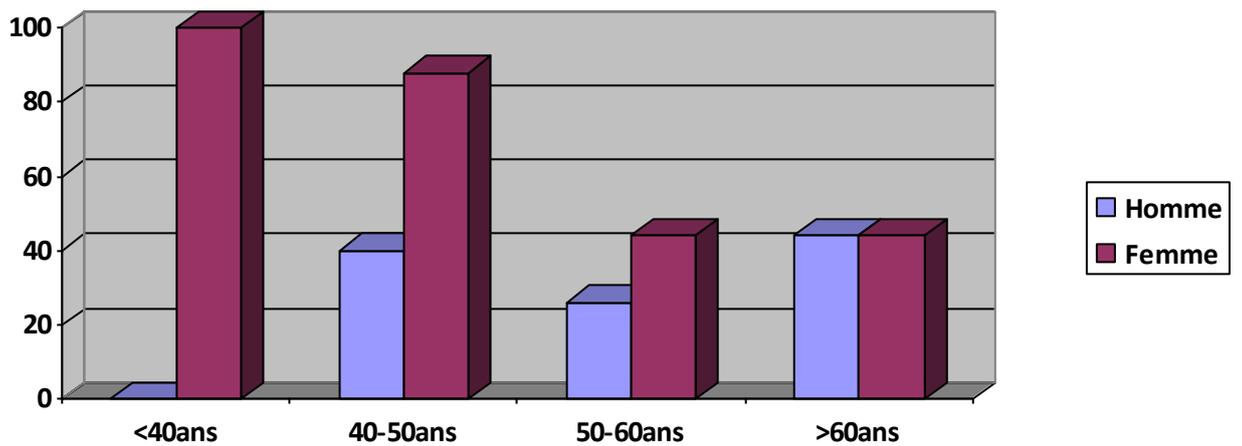


Figure 16 : Proportion des médecins qui souhaiteraient apprendre à poser des implants contraceptifs classés en fonction de l'âge et du sexe

Il existe une différence significative dans le sous-groupe des 40-50 ans en faveur des femmes ( $p=0,02$ ). Il n'existe pas de différence dans le sous-groupe des moins de 40 ans ( $p=1$ ).

## 9. Connaissance des effets secondaires

60 médecins (81 %) affirment connaître les effets secondaires des implants. Parmi eux, 33 sont des femmes soit 55 %.

### A. Répartition en fonction du sexe

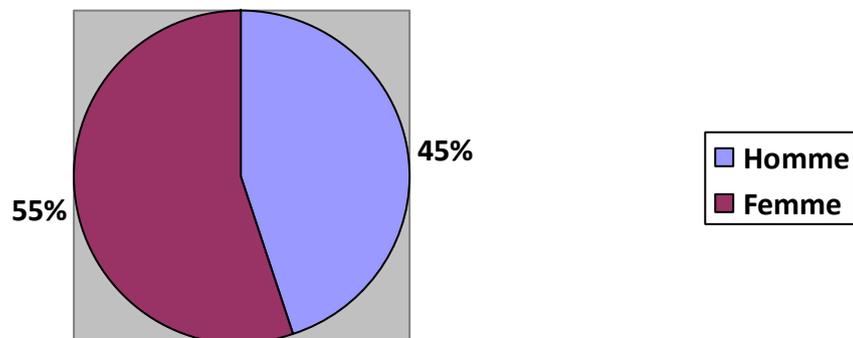


Figure 17 : Connaissance des effets secondaires des implants contraceptifs en fonction du sexe

Il existe une différence significative en faveur des femmes ( $p=0,01$ ).

### B. Répartition en fonction de l'âge

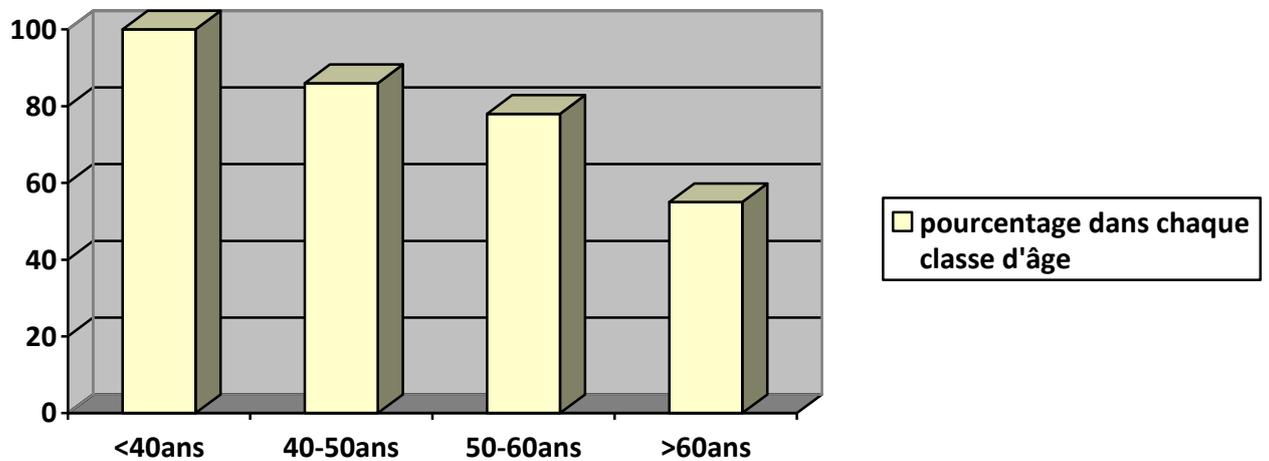


Figure 18 : Connaissance des effets secondaires des implants contraceptifs en fonction de l'âge

Il n'existe pas de différence significative dans la distribution ( $p=0,06$ ).

### C. Répartition en fonction de l'âge et du sexe

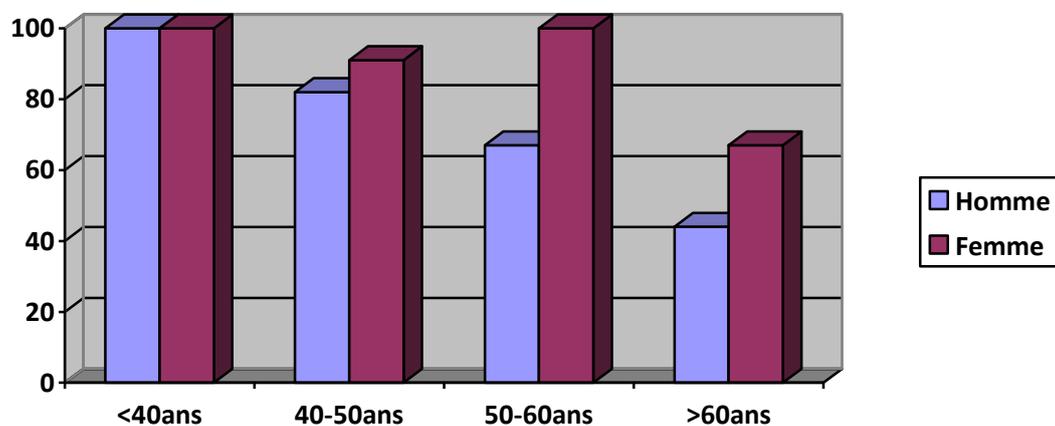


Figure 19 : Connaissances des effets secondaires des implants contraceptifs en fonction de l'âge et du sexe

Il existe une différence significative dans le sous-groupe des 50-60 ans en faveur des femmes ( $p=0,02$ ).

## 10. Informations des patientes

Parmi les médecins interrogés, ils sont 50 soit 67 % à informer leurs patientes sur la contraception par implant. On compte parmi eux 29 femmes ce qui représente 58 % de l'effectif. Deux d'entre eux n'ont pas répondu à la question.

Il existe une différence significative en faveur des femmes ( $p=0,001$ ).

### A. Répartition en fonction du sexe

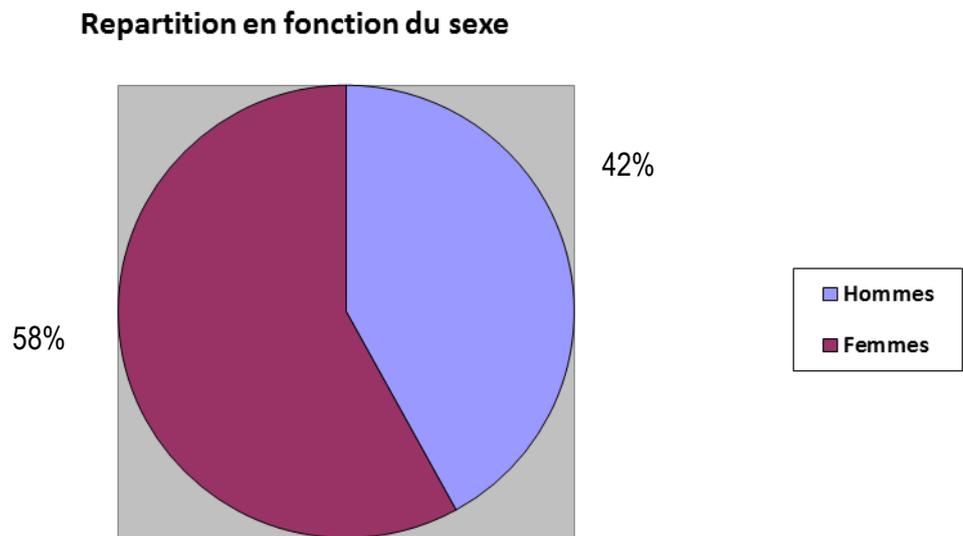


Figure 20 : Proportion des médecins informant leurs patientes en fonction du sexe

### B. Répartition en fonction de l'âge

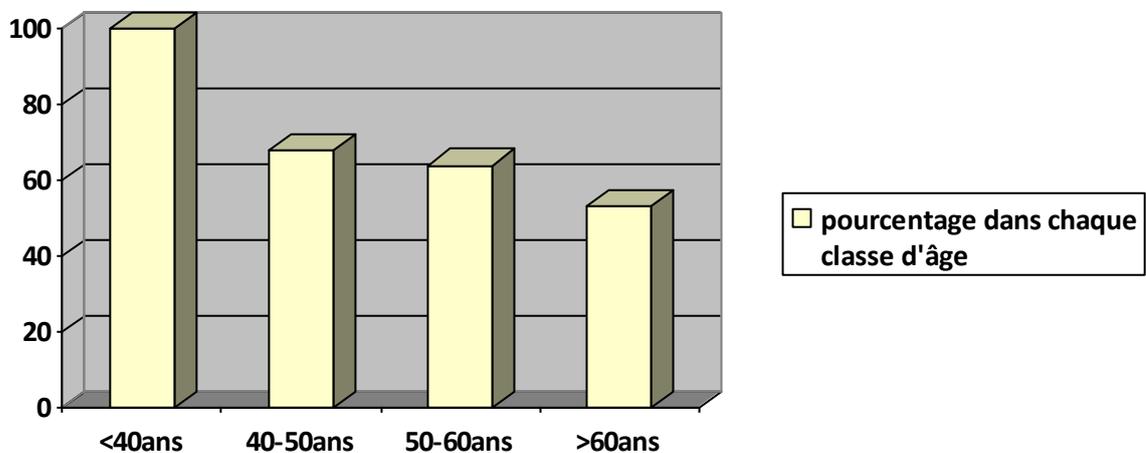


Figure 21 : Proportion des médecins informant leurs patientes classés en fonction de l'âge

Il n'existe pas de différence significative dans la distribution ( $p=0,12$ ).

### C. Répartition en fonction de l'âge et du sexe

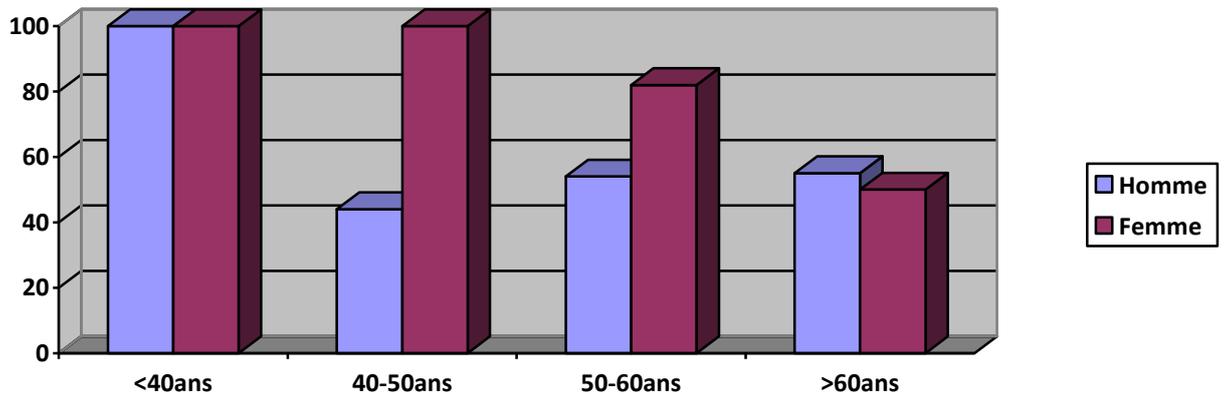


Figure 22 : Proportion des médecins informant leurs patientes classés en fonction de l'âge et du sexe

Il existe une différence significative en faveur des femmes dans le sous-groupe de 40-50 ans ( $p=0,03$ ).

## 11. L'implant contraceptif et les jeunes médecins généralistes

Parmi tous les médecins interrogés, 68 médecins (dont 30 femmes) soit 88,3 % pensent que les futurs généralistes devraient savoir poser des implants contraceptifs.

### A. Répartition en fonction du sexe

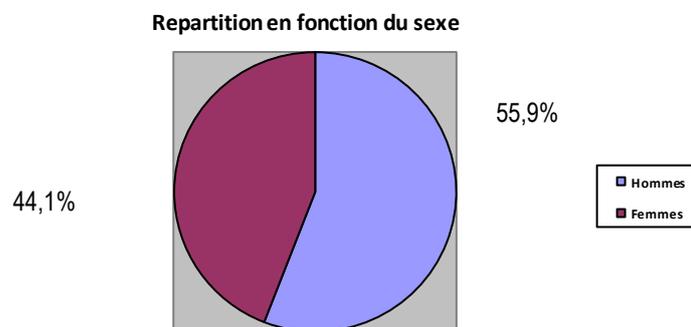


Figure 23 : Proportion des médecins pensant que les jeunes généralistes doivent poser des implants classés en fonction du sexe

Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes ( $p=0,72$ ).

### B. Répartition en fonction de l'âge

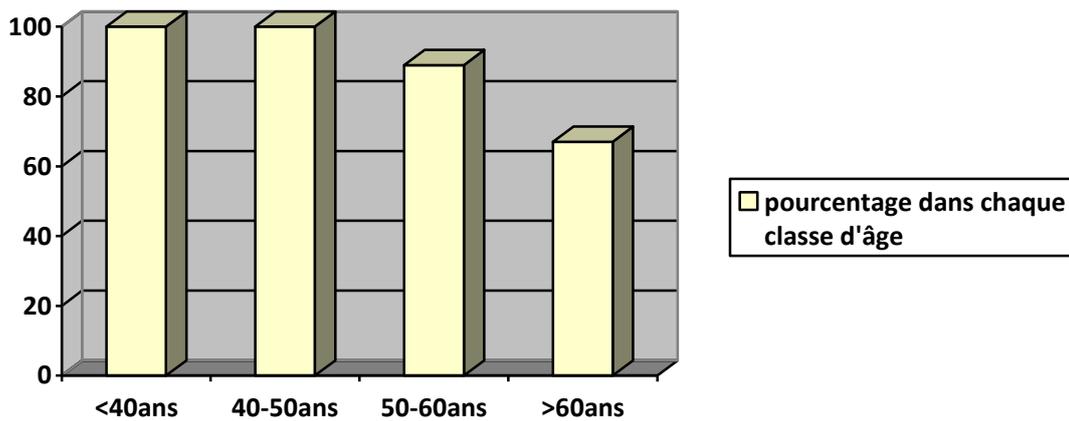


Figure 24 : Proportion des médecins pensant que les jeunes généralistes doivent poser des implants classés en fonction de l'âge

Il existe une différence significative dans la distribution ( $p=0,008$ ).

### C. Répartition en fonction de l'âge et du sexe

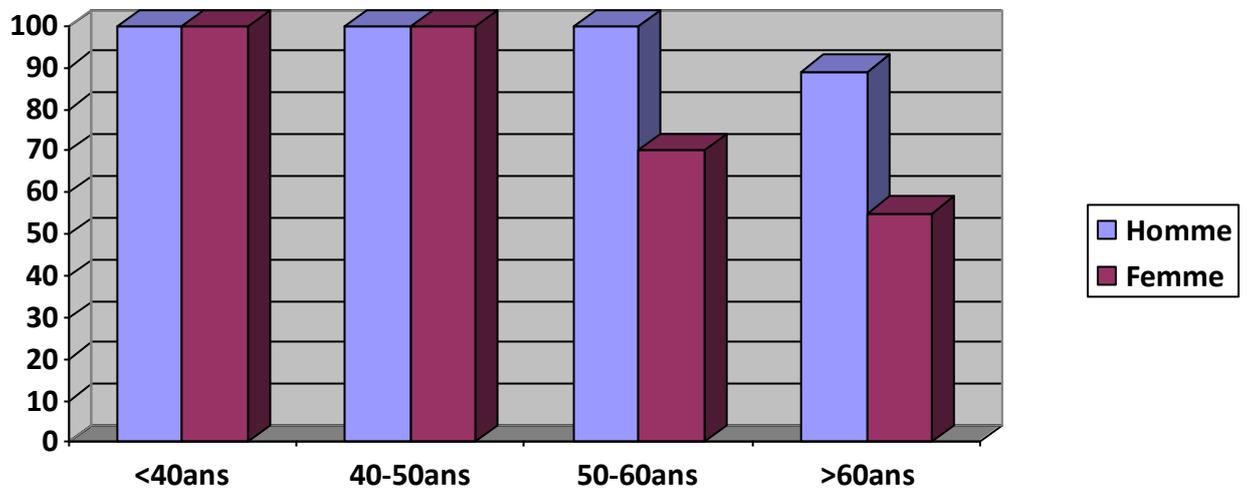


Figure 25 : Proportion des médecins pensant que les jeunes généralistes doivent poser des implants classés en fonction de l'âge et du sexe

Il existe une différence significative dans le sous-groupe des 50-60 ans en faveur des femmes ( $p=0,03$ ).

## **TROISIEME PARTIE : Discussion**

Les réponses obtenues nous permettent de répondre aux questions posées par notre objectif principal et secondaire. Seuls 15 % des médecins posent des implants mais ils sont cependant 45,5 % à vouloir se former à la pose. Ils pensent aussi majoritairement que les futurs médecins généralistes doivent maîtriser ce geste.

### **I. LES BIAIS DE L'ÉTUDE**

Le but de ce travail était de réaliser une étude observationnelle et descriptive des pratiques des médecins généralistes de la Seine Saint Denis exerçant à proximité de l'hôpital Jean Verdier.

Les médecins ciblés ne sont pas représentatifs de la population médicale en France car la nôtre est essentiellement citadine. Notre échantillon de médecin exerce dans un département particulièrement défavorisé au niveau de la population.

La densité médicale de la Seine Saint Denis est l'une des plus basse de France tant au niveau des généralistes que des spécialistes (5).

Le mode de recueil des données a effrayé des médecins : certains d'entre eux n'ayant ni connexion, ni adresse mail ont préféré refuser de participer à l'étude. La période de recueil des réponses est assez longue, elle s'étend sur 4 mois.

Initialement seuls les médecins de la ville de Bondy étaient censés être interrogés. Devant le faible taux de réponse, il a été décidé d'interroger les médecins des villes voisines faisant partie du réseau de l'hôpital Jean Verdier. Certains médecins ont été contactés pendant

la période estivale, ils étaient probablement moins disponibles à ce moment là pour pouvoir nous répondre.

Enfin, comme pour toutes les études reposant sur des réponses de médecins, les personnes qui acceptent de répondre aux questionnaires sont le plus souvent des personnes intéressées ou qui ont quelques connaissances en rapport avec le domaine étudié. Les autres sont donc moins susceptibles de répondre aux questions d'une thèse de ce type.

Nous avons obtenu un taux de réponse de 43 % ce qui est un résultat correct. Les thèses du même type ayant pour objet d'étude des médecins généralistes ainsi que leurs pratiques de la gynécologie ont obtenu un taux de réponse de 42,5% (53), 40% (54) voire même 57% (55).

## II. DISCUSSION DES CARACTERISTIQUES DES MEDECINS

### 1. Concernant le Sexe

Dans notre étude, la proportion de femme est de 45,5%.

Le pourcentage de femme au niveau national est de 42% mais de 48% au niveau régional (Chiffres de l'Atlas de démographie médicale 2012(6)). Le résultat retrouvé est donc cohérent comparé aux autres données officielles.

On note une proportion plus importante des femmes chez les médecins de moins de 40 ans. Cela est possiblement en rapport avec la féminisation de la profession ou encore en rapport avec un biais lié à notre sujet d'étude. Il est possible que les femmes médecins

s'intéressent plus à la gynécologie. De ce fait, elles sont donc plus susceptibles de participer à des thèses de ce type.

## **2. Concernant l'âge**

L'âge moyen des personnes interrogées est de 53 ans. Ici la classe d'âge la plus représentée est celle des 50-60 ans, ils correspondent à 36,4 % des répondants suivi de près par les 40-50 ans représentés à 30,1 %.

Dans son étude qui visait à évaluer en détail la pratique en gynécologie des médecins généralistes en Ile de France, Sabrina DIAS (53) a retrouvé un âge moyen de 51 ans ce qui correspond aussi à la moyenne nationale. Notre population est donc semblable à la population des médecins généralistes d'Ile de France.

# III.DISCUSSION CONCERNANT LA FORMATION ET L'ACTIVITE EN GYNECOLOGIE

## **1. Concernant la formation**

Parmi les médecins interrogés, 62 % disent avoir suivi un enseignement dédié à la gynécologie. Ce sont majoritairement des hommes. Les médecins de 50-60 ans sont les plus nombreux avoir suivi une formation. Ils sont suivis par ceux de moins de 40 ans. Dans ce dernier groupe d'âge, ce pourcentage est probablement en rapport avec la modification de la formation universitaire (mise en place de l'internat et des Epreuves Nationales Classantes (ENC)).

Sur les 77 médecins qui ont répondu, seuls 38 répondent avoir eu une formation universitaire. Les médecins qui n'ont passé ni l'ENC, ni l'internat ont probablement suivi un socle d'enseignements théoriques fondamentaux avant leur installation donc nous aurions pu nous attendre à un résultat un peu plus important.

Il est possible que les médecins qui n'ont pas répondu considèrent que cet enseignement ne leur permet pas d'être à l'aise avec ce genre de consultation et que cela ne correspond donc pas à une "vraie" formation de gynécologie. Il aurait très probablement fallu mieux formuler la question en séparant la formation universitaire initiale et la formation post universitaire de manière à avoir des résultats plus précis.

La thèse de Benjamin CHAMBENOIT (56) reprend les différents lieux de formations des médecins de la région Centre. Le stage de gynécologie en milieu hospitalier reste pour la majorité d'entre eux le plus formateur. Les diplômes (inter) universitaires et les formations médicales continues sont aussi cités mais certains généralistes leur reprochent leur côté un peu trop théorique.

Il est fait mention d'une formation intitulé "Séminaire de gynécologie du Département universitaire de Médecine générale". Il est ciblé sur la contraception et les gestes techniques avec pose de DIU et implant contraceptif ... Ce séminaire est très apprécié par les médecins qui lui reprochent surtout sa durée (une journée) qui est jugée trop courte.

Les formations très pratiques semblent plus adaptées et plus appréciées par les généralistes. Ainsi il serait peut-être plus intéressant de développer ce type d'enseignement de manière à mieux répondre aux demandes des praticiens.

## 2. Concernant l'activité gynécologique

Dans notre étude, une majorité des médecins fait des consultations de gynécologie.

Il existe une différence statistiquement significative en faveur des femmes. Cette tendance est aussi retrouvée dans de nombreuses thèses (53)(57)(56).

Les femmes médecins auraient tendance à être plus à l'aise avec cet examen. En raison de la forte féminisation de la profession, il est probable que de plus en plus de médecins généralistes seront amenés à réaliser ce type de consultation.

De la même manière, on retrouve une différence en faveur des jeunes médecins mais celle-ci n'est pas significative. On retrouve aussi cette tendance dans les thèses précédemment citées (53)(56)(57).

La question des actes tels que le frottis cervico-utérin ou l'examen des seins n'a pas été posée. La thèse de Sabrina DIAS (53) reprend en détail la quantité d'actes effectués par les médecins ainsi que les types de gestes effectués et le type de consultations auxquels ils sont le plus souvent confrontés. Parmi tous les médecins interrogés, 62,7 % font moins de 10 actes de gynécologie par semaine et la moyenne est de 9 actes de gynécologie par médecins.

Certains médecins qui prescrivent des contraceptions oestro-progestatives ont répondu ne pas faire de consultations de gynécologie, or la prescription de contraceptifs doit se faire dans le cadre d'une consultation dédiée à cela. On peut se demander comment ces derniers sont prescrits et de ce fait, si le modèle BERCER préconisé par l'HAS est bien respecté.

## IV.DISCUSSION AUTOUR DU REFUS DE CONSULTATION

La raison la plus évoquée pour expliquer le refus de consultation est le manque de formation. Les médecins ont tous suivi un cursus minimal (même avant la mise en place des Epreuves Nationales Classantes) comportant une formation générale dans la plupart des matières avec parfois de la gynécologie.

Cette carence en formation est mise en avant dans de nombreuses thèses notamment dans celle de Noémie MAURAN (58) qui montrent que 71 % des médecins interrogés montrent un intérêt pour la gynécologie malgré une formation initiale qu'ils qualifient d'insuffisante. Cet enseignement minimal n'est probablement pas suffisant pour permettre aux médecins de faire face aux différentes demandes des patientes.

Il pourrait être intéressant qu'un enseignement post ECN encore plus pratique soit mis en place dans les différentes facultés. De plus, malgré les Diplômes inter universitaires de formations en gynécologie existants, il existe encore une demande de formation de la part des médecins. On peut se demander si une augmentation de l'offre de Formation médicale continue avec une part moins théorique pourrait permettre d'assurer une formation encore plus adaptée aux praticiens.

La deuxième raison la plus fréquemment évoquée est le manque de temps. En effet, au même titre que les consultations de patients chroniques, les consultations de gynécologie nécessitent plus de temps. Selon une étude de la DREES (59), les consultations de gynécologie durent en moyenne 20 minutes contre 15 minutes chez le généraliste. De plus, les femmes et les médecins plus âgés font statistiquement des consultations plus longues. Devant toutes ces données, on peut donc se demander, si ces consultations longues ne représenteraient pas un frein pour certains médecins.

L'aspect médico-légal de ce type de consultation est aussi évoqué dans de nombreux travaux. Les conséquences que pourraient avoir une erreur lors d'un geste technique (pose de DIU ou d'implant) ont tendance à effrayer certains médecins (53) (56) (55) (60).

Certaines assurances demandent une attestation d'habilitation à la pose d'implant voire un surcoût à payer. D'autres assurances refuseraient même d'assurer les médecins pour ce type d'acte (61).

Cette même thèse mentionne aussi la représentation des femmes quant aux qualifications de leurs médecins généralistes (58). Pour certaines, un généraliste n'est pas forcément apte à effectuer des actes de gynécologie mais, paradoxalement, si leur médecin généraliste le faisait, elles seraient tout à fait d'accord pour le consulter.

D'autres thèses citent les représentations très négatives des praticiens au sujet de l'implant. Selon certains, il ne serait qu'une alternative dans certaines situations très précises (61) (13) (contraception du post IVG, de la femme en difficulté parfois même de la femme présentant des limitations intellectuelles...). Un travail est donc nécessaire aussi dans l'information des médecins afin de changer cette vision et favoriser leur adhésion à ce type de contraceptif.

La thèse de Nadège LAUCHET (57) retrouve un autre frein aux consultations de gynécologie en plus de ceux déjà cités dans notre travail : le manque de demande.

Effectivement, en cas de spécialistes à proximité, il est légitime de se demander si la présence d'un gynécologue libéral n'a pas une influence sur le nombre d'actes de gynécologie effectués. La thèse de Sabrina DIAS (53) ne retrouve pas de différence significative dans le nombre d'actes en rapport avec la proximité d'un gynécologue.

## V. DISCUSSION AUTOUR DE LA PRESCRIPTION DE CONTRACEPTION

Les résultats montrent que la contraception oestro-progestative est prescrite en première intention. Cela correspond à la situation décrite dans les différentes études nationales et autres thèses déjà publiées (53). En effet, dans le modèle français de prescription de contraception, la pilule oestro-progestative est le premier contraceptif prescrit. Cependant, la dernière étude réalisée par l'INED montre que ce type de contraceptif commence à être moins prescrit car les femmes semblent être de plus en plus réfractaires à l'idée de prendre des "hormones" (9).

Les contraceptifs prescrits en deuxième intention sont :

- le dispositif intra-utérin à 49,4 %
- les micro-progestatifs à 45,5 %
- l'implant vient en troisième position à 31,2 %.

Ce dernier chiffre est étonnement élevé, on aurait pu s'attendre à un pourcentage moins important. Cela est probablement dû à un biais de notre étude. Il est possible que les personnes qui ont accepté de répondre à notre questionnaire y soient plus sensibilisées et qu'elles maîtrisent mieux ce contraceptif.

Pour ce qui est de la prescription en deuxième intention, les résultats montrent que la question posée n'était pas assez précise et probablement mal comprise. Les résultats, tels qu'ils ont été obtenus sont peu instructifs. Nous aurions dû demander dans quels cas précis les médecins représcrivaient des oestro-progestatifs ou encore dans quelles circonstances ils décidaient de changer de contraceptif.

## VI. DISCUSSION AUTOUR DE LA PRESCRIPTION ACTUELLE D'IMPLANT

L'étude retrouve un taux de prescription de 48,5% ce qui signifie que près de la moitié des généralistes interrogés connaissent et ont confiance en ce moyen contraceptif.

Ici aussi, on peut se demander si ce chiffre n'est pas biaisé du fait de la proximité de l'hôpital Jean Verdier où les patientes peuvent se faire poser des implants contraceptifs. Il est possible que ce chiffre soit augmenté par le fait que les médecins qui ont accepté de répondre y sont très probablement plus sensibilisés.

Ceux qui prescrivent le plus d'implants sont les jeunes médecins, particulièrement les hommes. Ce constat est aussi retrouvé dans d'autres thèses (53). En effet, les jeunes médecins ont tendance à avoir moins de réticences à prescrire de nouveaux types de contraceptifs. Les femmes médecins plus âgées auraient aussi tendance à en prescrire plus mais sans qu'une différence significative ne soit retrouvée.

Sur tous les médecins interrogés, 15,6% des médecins posent et retirent les implants. Ce chiffre est plutôt encourageant, nous aurions pu nous attendre à un chiffre plus bas. Le taux de prescription varie d'une étude à l'autre: le taux était de 35% à Rennes (62), 44,9% en Vendée (55) et 46% dans une étude qualitative à Nantes (60). Dans cette dernière étude, 25% des médecins qui n'en posaient pas, souhaitaient se former à cette pratique. Dans la nôtre, ils sont 45,5 %, majoritairement les moins de 40 ans et les femmes médecins.

La prescription dépend de la volonté des patientes, d'autant plus grande que celles-ci ont été informées et de celle des médecins. S'ils en ont une représentation négative, ils ne seront pas disposés à le prescrire (61) (62).

Ces différents résultats montrent qu'il existe bien une envie chez les médecins généralistes à vouloir poser ce type de contraceptif. Encore une fois, la proximité ou non d'un gynécologue ne semble pas avoir d'influence sur l'activité de ces médecins (53).

Les médecins semblent bien informer leur patientes (66%) surtout les plus jeunes.

Il pourrait être intéressant de savoir si elle se fait :

- à la demande des patientes
- dans le cadre d'une consultation de contraception
- ou encore sur quoi porte exactement cette information.

Une grande majorité des médecins semblent connaître les effets secondaires des implants. Ce sont principalement des jeunes et des femmes médecins. Aucune question précise n'a été posée sur la connaissance des effets secondaires. Il se peut que les réponses à cette question soient biaisées.

Sur les 17 médecins qui ont appris à poser des implants contraceptifs, 13 ont appris lors de formations médicales continue et 4 à l'hôpital. Les médecins qui ont été formés à l'hôpital ne posent finalement pas d'implant. On peut se demander qu'elles étaient les conditions de formation à la pose (durée ? nombre d'actes?..) afin d'essayer de comprendre pour quelles raisons ils ne posent finalement pas d'implants.

L'étude montre que malgré tout, les médecins souhaitent être formés à la pose d'implants.

## VII. DISCUSSION AUTOUR DE LA PRATIQUE DES FUTURS MÉDECINS GÉNÉRALISTES

La grande majorité des médecins, principalement des hommes, pensent qu'il serait intéressant pour les plus jeunes d'acquérir ce geste. Cela passe forcément par une formation plus adaptée.

Plusieurs thèses ont montré que les internes en médecine générale souhaiteraient avoir une formation plus pratique de la gynécologie. Il est donc probable qu'ils seraient favorables à l'apprentissage de geste tel que la pose d'implant.

La maquette de l'internat de médecine générale se présente de la façon suivante :

- 4 stages obligatoires :
  - ❖ un semestre de médecine polyvalente
  - ❖ un semestre d'urgence
  - ❖ un semestre en ambulatoire de niveau I
  - ❖ un semestre en pédiatrie ou gynécologie dans le cadre du pôle mère enfant
- 2 semestres libres avec la possibilité d'effectuer un stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS).

Actuellement tous les étudiants du troisième cycle de médecine ne peuvent pas avoir accès à un stage de gynécologie. En effet, les stages constituant le pôle mère enfant sont majoritairement des stages de pédiatrie.

Les internes qui ont la chance de pouvoir obtenir un semestre en gynécologie en milieu hospitalier aimeraient aussi que leur formation soit axée sur des gestes pratiques notamment la pose de DIU, le frottis cervico-utérin et la pose d'implant (63).

A la fin de leur internat, s'ils n'ont pas eu de stage hospitalier, certains étudiants n'ont donc que peu de connaissances pratiques en gynécologie. Dans certains cas, cela ne se limite alors qu'à leur stage de gynécologie effectué lors de l'externat. La seule opportunité pour eux d'améliorer leurs pratiques est le SASPAS.

Près de la moitié des étudiants en cours de SASPAS que Lise ROYER (64) a interrogé pour son étude n'avait pas fait de stage de gynécologie. Son travail met en évidence une insuffisance de formation à la "gynécologie de ville" lors de ces stages ambulatoires. Leur formation est alors dépendante de celle de leur maître de stage. Si leur maître de stage n'a qu'une très faible activité gynécologique, l'étudiant n'aura pas la chance d'assister et de mener des consultations de ce type.

L'arrêté du journal officiel (qui règlemente les études de médecine) du 10 août 2010 remplaçant celui du 22 septembre 2004 modifie légèrement la maquette de l'internat de médecine générale. Dorénavant, le stage du pôle mère enfant peut s'effectuer en ambulatoire ce qui permettra d'acquérir de nouveaux terrains de stage notamment dans des PMI, des centres de planification ou des cabinets de gynécologues libéraux.

La thèse de Rémy BELKEBIR (65) propose une piste intéressante : un exemple de référentiel permettant de bien définir les notions, compétences et autres gestes techniques qui devraient être acquis par les étudiants à la fin de ce type stage ambulatoire.

## Conclusion

Les médecins généralistes sont les médecins de premier recours. Ils sont dans de très nombreux cas, le premier interlocuteur vers lequel se tournent les patients.

Du fait de la modification progressive de la démographie médicale en France, les médecins généralistes devront répondre à un nombre de plus en plus croissant de demandes de leur patients et patientes, notamment en ce qui concernent les questions de gynécologie et plus particulièrement de contraception.

Même si la plupart des médecins y sont déjà particulièrement sensibles, cette étude montre qu'il existe malgré tout, des freins qui empêchent certains médecins de pratiquer la gynécologie médicale et particulièrement la pose d'implant. Le manque de formation et de temps sont très fréquemment mentionnés.

Cette thèse avait pour objectif d'étudier la pratique des médecins généralistes concernant l'implant contraceptif en Seine Saint Denis, plus particulièrement à proximité de l'hôpital Jean Verdier à Bondy.

Elle montre que seul 15% des médecins posent des implants et qu'ils sont un peu moins de la moitié à souhaiter apprendre ce geste. Ils sont par ailleurs une majorité à penser que les jeunes médecins devraient apprendre ce geste. Ces chiffres sont encourageants. Ceci démontre une volonté croissante chez les médecins de vouloir continuer à se former afin de proposer une prise en charge globale à leurs patientes.

Cela passe par une amélioration de leur formation initiale et surtout continue.

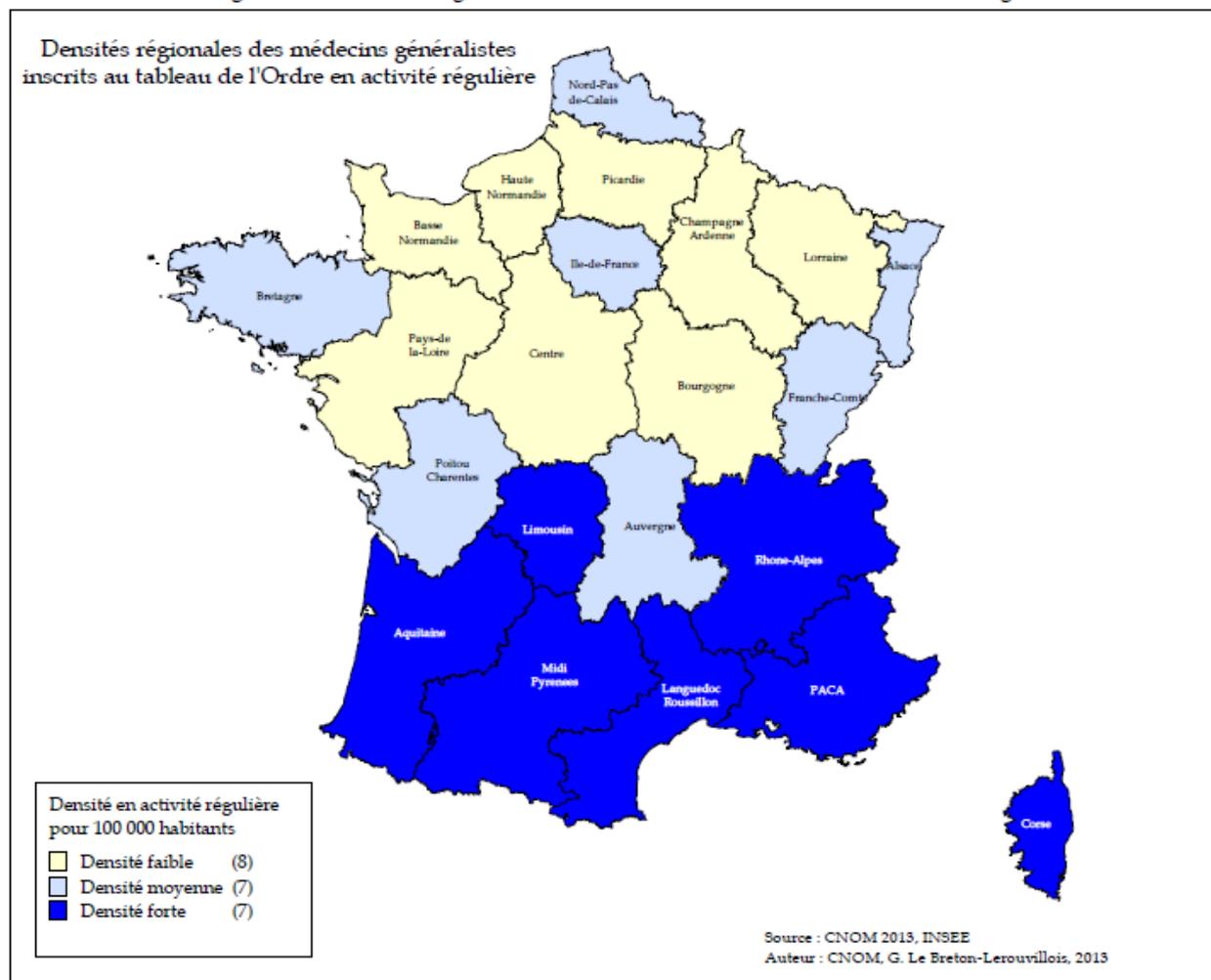
Pour cela, il serait intéressant d'étudier le ressenti des médecins à l'issue de ces formations ainsi que d'avoir des données précises mentionnant les éléments spécifiques qui pourraient être modifiés afin d'améliorer la formation médicale continue.

**MOTS-CLES:**

Médecine générale, gynécologie, contraception, implant contraceptif, micro progestatif, progestatif, généraliste, prévention

# Annexe 1

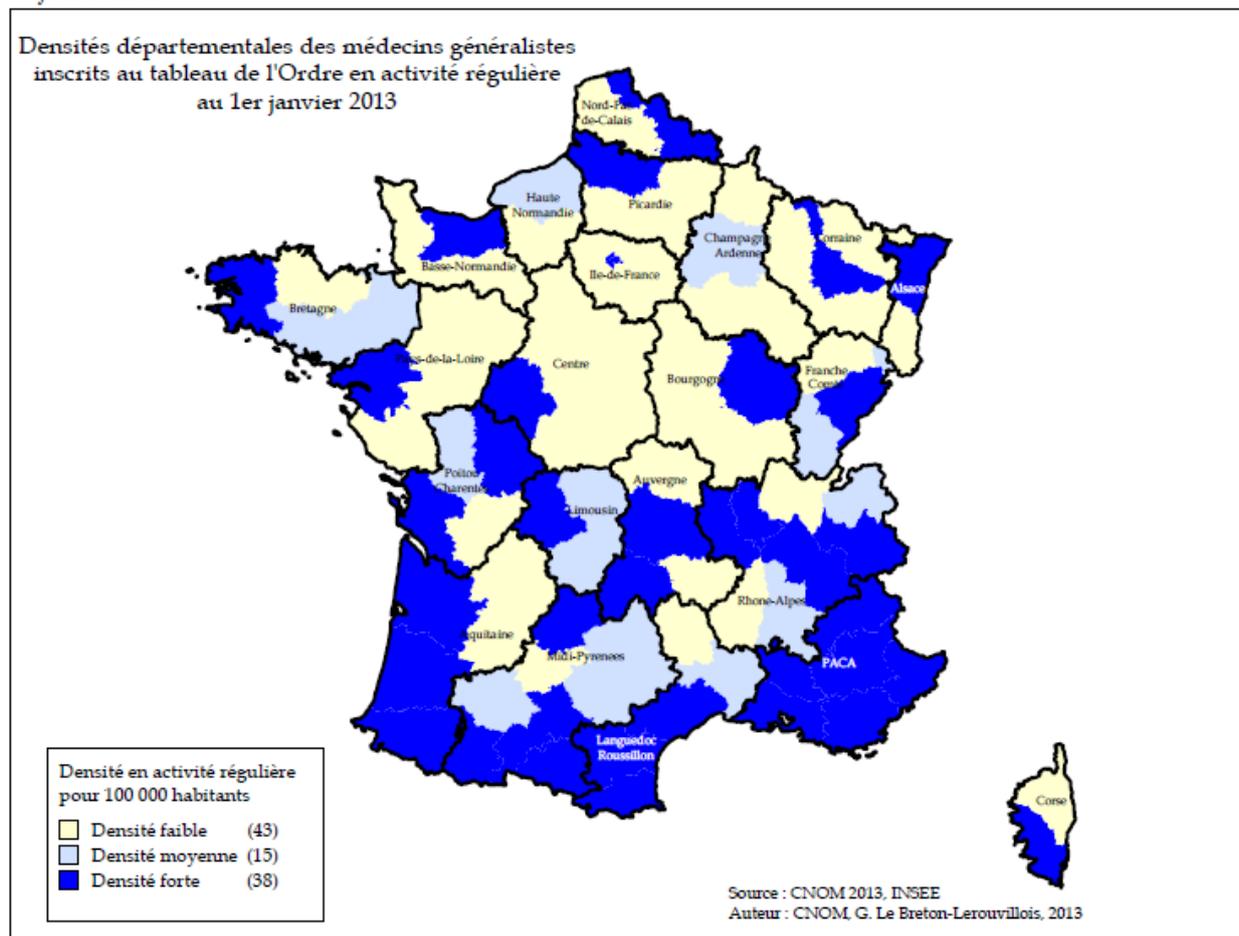
Carte n°8 : Densités régionales des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière



Source : Atlas de démographie médicale 2013

## Annexe 2

Carte n°9 : Densités départementales des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière au 1<sup>er</sup> janvier 2013



Source : Atlas de démographie médicale 2013

## Annexe 3

Tableau 1. Efficacité des différentes méthodes contraceptives (OMS)

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

Source : Stratégie de choix des méthodes contraceptives, HAS, décembre 2004

# Annexe 4

**Tableau 1.**

Contraceptions orales estroprogestatives disponibles en France en 2011.

Génération de progestatif	Doses EE (µg)	Doses de progestatif	Nom commercial	
1 <sup>re</sup> génération	35	Noréthistérone (0,5-0,75-1 mg)	Triella®	
2 <sup>e</sup> génération	50	Norgestrel (0,500 mg)	Stédiri®	
	30/40	Lévonorgestrel (0,150-0,200 mg)	Adepa®, Pacilia® Gé	
	30/40/30	Lévonorgestrel (0,05-0,075-0,125 mg)	Trinordiol, Daily Gé, Evanecia®, Amarance®	
	30	Lévonorgestrel (0,150 mg)	Minidril®, Ludéal®, Zikial® Gé	
	20	Lévonorgestrel (0,100 mg)	Leeloo®, Lovavulo® Gé	
3 <sup>e</sup> génération	30/40/30	Gestodène (0,05-0,07-0,1 mg)	Phaeva® (NR), Triminulet® (NR), Perléane® (NR)	
	35	Norgestimate (0,25 mg)	Cilest® (NR), Effiprev® (NR)	
	35	Norgestimate (0,18-0,215-0,25 mg)	Triafemi® (NR), Tricilest® (NR)	
	30	Désogestrel (0,150 mg)	Varnoline® (NR), Varnoline® continu (NR), Cycleane® 30 (NR), Désobel® Gé 30	
	30	Gestodène (0,075 mg)	Minulet® (NR), Moneva® (NR), Effezial® 30 (NR), Felixita® 30 (NR) Carlin® 30	
	20	Désogestrel (0,150 mg)	Cycleane® 20 (NR), Mercilon® (NR), Désobel® Gé 20	
	20	Gestodène (0,075 mg)	Harmonet® (NR), Méliane® (NR), Effezial® 20 (NR), Felixita® 20 (NR), Carlin® 20	
	15	Gestodène (0,06 mg)	Mélodia®, Minesse® (NR)	
	Autres progestatifs	30	Drospirénone (3 mg)	Jasmine® (NR)
		20	Drospirénone (3 mg) (21 jours sur 28)	Jasminelle® (NR)
		Drospirénone (3 mg) (21 cp actifs+ 7 cp placebo)	Jasminelle® continu (NR)	
		Drospirénone (3 mg) (24 cp actifs+ 4 cp placebo)	Yaz® (NR)	
30		Acétate de chlormadinone (2 mg)	Belara® (NR)	
35 <sup>a</sup>	Acétate de cyprotérone (2 mg)	Diane® (NR), Minerva (NR), Lumalia® (NR), Holgyème (NR), Evepar® (NR)		
Autres types	Estradiol	2 cp : 3 mg de valérate d'estradiol (VE)	Qlaira® (NR)	
		5 cp : 2 mg VE/2 mg diénogest		
		17 cp : 2 mg VE/3 mg diénogest		
		2 cp : 1 mg VE		
		2 cp blancs de placebo		

<sup>a</sup> Pas d'AMM contraception mais traitement antiacnéique. EE: éthinyléstradiol; NR: non remboursé; cp: comprimé.

**Tableau 2.**

Autres types de contraceptions estroprogestatives commercialisées en France en 2011.

Anneau vaginal	20	Étonogestrel (150 µg)	Nuvaring® (1 anneau 3 semaines/4) (NR)
Patch	20	Norelgestromine (150 µg)	Evra® (1patch/semaine 3 semaines/4) (NR)

NR: non remboursé.

**Tableau 3.**

Contraceptions microprogestatives disponibles en France en 2011.

Voie d'administration	DCI	Marque	Dose
Orale	Lévonorgestrel	Microval®	Cp 0,030 mg
Orale	Désogestrel	Cérazette®	Cp 0,075 mg
Implant sous-cutané	Étonogestrel	Nexplanon®	Taux de libération : 25 à 70 µg/24 h (variable selon le délai depuis la pose)
Dispositif intra-utérin	Lévonorgestrel	Mirena®	Taux de libération : 20 µg/24 h

DCI: dénomination commune internationale; Cp: comprimé.

**Tableau 4.**

Macroprogestatifs disponibles en France en 2011.

Classe thérapeutique	Molécule	Nom commercial	Dose employée par jour pour obtenir un effet antigonadotrope
Pregnane	Acétate de chlormadinone	Luteran®	10 mg
	Medrogesterone	Colprone®	10 mg
	Acétate de cyprotérone	Androcur®	50 mg
Norpregnane	Acétate de nomégestrol	Lutenyl®	5 mg
	Promegestone	Surgestone®	0,5 mg

Source : Contraception hormonale, traité de gynécologie Arkos 2012

# Annexe 5 : Questionnaire

## Questionnaire Médecin

Age :

\_\_\_\_\_

Sexe :

Féminin                       Masculin

Avez-vous suivi un enseignement en gynécologie ?

Oui                       non

Si oui, était-il :

- Inclus dans le cursus universitaire
- En parallèle de votre cursus : Diplôme universitaire ou interuniversitaire
- Formation médicale continue, enseignements post universitaires
- Autre

Pratiquez-vous des consultations à orientation gynécologique ?

Oui                       non

Si non, pourquoi n'en réalisez-vous pas ?

manque de temps                       manque d'intérêt                       manque de formation spécifique

Vers quel collègue ou structure les orientez-vous ?

Autre médecin généraliste                       Gynécologue médical                       Gynécologue

Obstétricien

Planning familial                       PMI                       Autre

Prescrivez-vous des moyens de contraceptions ?

Oui       Non

Si oui, que prescrivez-vous en 1<sup>ère</sup> intention ? (une réponse)

pilule oestro-progestative     patch ou anneau oestro-progestatif     

Progestatifs

Dispositif intra-utérin       Implant contraceptif       Préservatifs

Que prescrivez-vous le plus régulièrement en 2<sup>ème</sup> ligne ? (plusieurs réponses)

pilule oestro-progestative     patch ou anneau oestro-progestatif     

Progestatifs

Dispositif intra-utérin       Implant contraceptif       Préservatifs

Avez-vous déjà prescrit des implants contraceptifs ?

Oui       Non

Avez-vous déjà posé des implants au cours de votre cursus universitaire ?

Oui       Non

Concernant votre pratique actuelle, avez-vous déjà posé des implants ?

Oui       Non

Concernant votre pratique actuelle, avez-vous déjà retiré des implants ?

Oui       Non

Si oui :

Où avez-vous appris ?

Cours universitaire       Stages hospitaliers       DIU     

Formation post universitaire       Autres

Si non,

Adressez-vous vos patientes vers des confrères ?

Oui       Non

Si oui, à qui ?

- Autre médecin généraliste       Gynécologue médical       Gynécologue  
Obstétricien
- Planning familial       PMI       Autre

Souhaitez-vous apprendre à poser et retirer les implants ?

- Oui       Non

Connaissez-vous les principaux effets secondaires des implants ?

- Oui       Non

Renseignez-vous les patientes à propos de ses effets secondaires avant la pose d'implant ?

- Oui       Non

Pensez-vous qu'il est intéressant pour les jeunes médecins de savoir le faire ?

- Oui       Non

## **Bibliographie :**

1. INPES. Contraception, Que savent les français ? 5 juin 2007;
2. Note d'analyse n°226 du Centre d'analyse stratégique. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Juin 2011;
3. HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Mars 2013;
4. Darney P, Patel A, Rosen K, Shapiro LS, Kaunitz AM. Safety and efficacy of a single-rod étonogestrel implant (Implanon): results from 11 international clinical trials. *Fertility and Sterility*. Mai 2009;91(5):1646-1653;
5. Conseil de l'ordre des médecins. Atlas National de démographie médicale, CNOM 2013; 2013;
6. Conseil de l'ordre. Atlas de démographie médicale de 2012 , cité le 15 novembre 2012;
7. INPES. La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit. 11 septembre 2007;
8. Contraception et IVG : les lois - Ministère des Affaires sociales et de la Santé , cité le 9 septembre 2013;
9. Population et société. Contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Septembre 2012 ;
10. HAS. Stratégies de choix des méthodes contraceptives. Décembre 2004 ;
11. Déculty Céline BS. État des lieux des connaissances sur la reproduction et la contraception, des lycéens du lycée de Passy (74), et comparaison selon l'orientation et le niveau scolaire. 12 janvier 2012 ;
12. INPES. Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Octobre 2011 ;
13. Boulhila Cloarec N. Nouvelles galéniques contraceptives et leur impact sur le taux d'IVG : évaluation des pratiques et enquête d'opinion en médecine générale. Aix Marseille ; 2011 ;
14. Ministère des affaires sociales et de la Santé. Dossier Presse « La contraception qui vous convient existe ». 15 mai 2013 ;
15. Inpes. Baromètre Santé des Médecins Généralistes, 2009 ;

16. Jamin C, André G, Audebert A, Christin-Maître S, Elia D, Harvey T, et al. Oublis de la contraception hormonale : réflexions sur leur prise en charge en pratique quotidienne. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. Novembre 2011 ;39(11):644-655;
17. Desjeux C. La pilule hormonale féminine : De la fécondité «féminine» à la fécondité «conjugale». *Socio-Logos Revue de l'Association Française Sociologie*. 1 octobre 2008 cité le 19 novembre 2012;(3);
18. Devoti V. Perception et approche du risque lié à la contraception oestro-progestative orale dans le cadre de la consultation de médecine générale. 29 septembre 2011 ;
19. Bertin-Steunou V, Bouquet., Cailliez., Tanguy M, Fanello S. Le médecin généraliste et l'oubli de pilule. *Journal de Gynécologie Obstétrique et de Biologie de la Reproduction*. Mai 2010 ;39(3):208-217;
20. INED. Synthèse de l'étude Cocon. Mars 2008 ;
21. 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. 16 décembre 2010 ;
22. Shoupe D, Mishell DR. Norplant: subdermal implant system for long-term contraception. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Mai 1989;160(5 Pt 2):1286-1292;
23. J-C. Colau C. Contraception Implantable, Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique. 28 novembre 2002 ;
24. Bensouda-Grimaldi L, Jonville-Béra A-P, Beau-Salinas F, Llabres S, Autret-Leca E. Insertion problems, removal problems, and contraception failures with Implanon. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. Décembre 2005 ;33(12):986-990;
25. Steiner MJ, Lopez LM, Grimes DA, Cheng L, Shelton J, Trussell J, et al. Sino-implant (II)--a levonorgestrel-releasing two-rod implant: Systematic review of the randomized controlled trials. *Contraception*. Mars 2010 ; 81(3):197-201;
26. Sivin I, Croxatto H, Bahamondes L, Brache V, Alvarez F, Massai R, et al. Two-year performance of a Nestorone-releasing contraceptive implant: a three-center study of 300 women. *Contraception* . Février 2004;69(2):137-144;
27. Darney PD. Hormonal implants: contraception for a new century. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Mai 1994;170(5 Pt 2):1536-1543;
28. Spencer AL, Bonnema R, McNamara MC. Helping women choose appropriate hormonal contraception: update on risks, benefits, and indications. *American Journal of Medicine*. Juin 2009;122(6):497-506;
29. Riney S, O'Shea B, Forde A. Étonogestrel implant as a contraceptive choice; patient acceptability and adverse effect profile in a general practice setting. *Irish Medical Journal*. Janvier 2009;102(1):24-25;

30. Wellings K, Zhihong Z, Krentel A, Barrett G, Glasier A. Attitudes towards long-acting reversible methods of contraception in general practice in the UK. *Contraception*. Septembre 2007;76(3):208-214;
31. Arribas-Mir L, Rueda-Lozano D, Agrela-Cardona M, Cedeño-Benavides T, Olvera-Porcel C, Bueno-Cavanillas A. Insertion and 3-year follow-up experience of 372 étonogestrel subdermal contraceptive implants by family physicians in Granada, Spain. *Contraception*. Novembre 2009;80(5):457-462;
32. NEXPLANON®- Copyright VIDAL 2011 , cité le 19 novembre 2012;
33. Sergent F. Implanon® : difficultés d'insertion et de retrait, échecs contraceptifs. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. Avril 2006;34(4):368-370;
34. Merki-Feld GS, Brekenfeld C, Migge B, Keller PJ. Nonpalpable ultrasonographically not detectable Implanon rods can be localized by magnetic resonance imaging. *Contraception*. Juin 2001;63(6):325-328;
35. Shulman LP, Gabriel H. Management and localization strategies for the nonpalpable Implanon rod. *Contraception*. Avril 2006;73(4):325-330;
36. Amann P, Botta U, Montet X, Bianchi S. Sonographic detection and localization of a clinically nondetectable subcutaneous contraceptive implant. *Journal of Ultrasound in Medicine* . Août 2003;22(8):855-859;
37. Prosch H, Walter RM, Westermayer V, Mostbeck GH. Sonographic localization of nonpalpable implanon hormone implants. *Ultraschall in der Medizin, Stuttgart Germany* 1980. Décembre 2008;29 Supplément 5:239-244;
38. Sivin I. Risks and benefits, advantages and disadvantages of levonorgestrel-releasing contraceptive implants. *Drug Safety: An International Journal of Medical Toxicology and Drug Experience*. 2003;26(5):303-335;
39. Mansour D, Korver T, Marintcheva-Petrova M, Fraser IS. The effects of Implanon on menstrual bleeding patterns. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. Juin 2008;13 Supplément 1:13-28;
40. *Journal de gynécologie et obstétrique* D: 10. 1016/S036.-2315(08)74776-8. Métrorragie sous contraceptif. Décembre 2008;
41. Abdel-Alem H, d' Arcangues C, Vogelsong K, Gülmezoglu AM. Treatment of vaginal bleeding irregularities induced by progestin only contraceptives. *Cochrane Database System Review Online*. 2007;(2):CD003449;
42. Mansour D, Bahamondes L, Critchley H, Darney P, Fraser IS. The management of unacceptable bleeding patterns in étonogestrel-releasing contraceptive implant users. *Contraception*. Mars 2011;83(3):202-210;
43. Cheng L, Zhu H, Wang A, Ren F, Chen J, Glasier A. Once a month administration of mifepristone improves bleeding patterns in women using subdermal contraceptive implants releasing levonorgestrel. *Human Reproduction: Oxford Journal* . Septembre 2000;15(9):1969-1972;

44. Massai MR, Pavez M, Fuentealba B, Croxatto HB, d' Arcangues C. Effect of intermittent treatment with mifepristone on bleeding patterns in Norplant implant users. *Contraception*. Juillet 2004;70(1):47-54.
45. Hohmann H. Examining the efficacy, safety, and patient acceptability of the étonogestrel implantable contraceptive. *Journal of Patient Preference and Adherence*. 3 novembre 2009;3:205-211.
46. Harrison-Woolrych M, Hill R. Unintended pregnancies with the étonogestrel implant (Implanon): a case series from postmarketing experience in Australia. *Contraception*. Avril 2005;71(4):306-308;
47. Boucoiran I, Trastour C, Faraj L, Delotte J, Bongain A. Pregnancy with Implanon: a report on three cases. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. Février 2011;39(2):e52-54;
48. Schindlbeck C, Janni W, Friese K. Failure of Implanon contraception in a patient taking carbamazepin for epilepsy. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. Janvier 2006;273(4):255-256;
49. Leticee N, Viard J-P, Yamgnane A, Karmochkine M, Benachi A. Contraceptive failure of étonogestrel implant in patients treated with antiretrovirals including efavirenz. *Contraception*. Avril 2012;85(4):425-427;
50. Mansour M, Louis-Sylvestre C, Paniel B-J. Ectopic pregnancy with étonogestrel contraceptive implant (Implanon): first case. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Octobre 2005;34(6):608-609;
51. Bouquier J, Fulda V, Bats A-S, Lécuru F, Huchon C. A life-threatening ectopic pregnancy with étonogestrel implant. *Contraception*. Février 2012;85(2):215-217;
52. Grossesse extra-utérine survenue sous contraception par implant d'étonogestrel (Implanon®) : premier cas. *EM-Consulte*, cité le 7 avril 2012.
53. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie obstétrique par les médecins généralistes d'Ile de France. Université Paris Diderot, 28 octobre 2010;
54. Costes M, Louzeau Arnal G. Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées, Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Ranguel; 2006;
55. Trichet-Stephan N, Senan R. Dispositifs intra-utérins : besoins en formations des médecins généralistes en Vendée, Université de Nantes, 20 novembre 2012;
56. Chambenoit B. Formation médicale initiale à l'examen gynécologique des médecins généralistes dans la région centre. Université de Tours, 31 octobre 2011;
57. Lauchet N. Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute-Vienne: obstacles et besoins de formations identifiés, Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie ; 2010.
58. Mauran N. Place du médecin généraliste en gynécologie-obstétrique : enquête auprès de médecins landais: Université de Bordeaux II; 2006.
59. DREES. Consulter un spécialiste libéral à son cabinet. Octobre 2009;

60. Attal E, Dumont-Beaudonnet V. L'implant contraceptif sous-cutané: perception du médecin généraliste. Université de Nantes, 10 octobre 2012.
61. SIMAL B. Contraception par implant contraceptif en médecine générale : analyse qualitative de la pratique par entretiens semi-dirigés auprès de seize médecins généralistes en région Rhône Alpes. Lyon; 2012;
62. Millon L. Connaissances et prescription en médecine générale des alternatives à la contraception orale. Rennes ; 2010;
63. Soufache-D'Hose E. Opinion des internes de médecine générale de l'Université Paris Descartes à propos de leurs formation et compétences en gynécologie. 2011;
64. Royer L. Etats des lieux des apprentissages des pratiques gynécologiques des internes de médecine générale en stage ambulatoire : enquête auprès des internes en stage chez le praticien et SASPAS de Mai à Octobre 2010. Université d'Angers ; 2011.
65. Rémy B. Elaboration d'un référentiel métier et compétences par méthode de consensus, La gynécologie en situation de soins primaires. Université de Poitiers, 25 octobre 2012 ;

## Liste des Abréviations

ADELI :.....	Automatisation Des Listes
ANSM :.....	Agence National de Sécurité du Médicament
CCAM :.....	Classification Commune des Actes Médicaux
COCON :.....	Cohorte sur la CONtraception
DIU :.....	Dispositif Intra Utérin
DREES : .....	Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ENC :.....	Epreuves Nationales Classantes
FMC :.....	Formations Médicales Continues
GEU :.....	Grossesse Extra Utérine
HAS :.....	Haute Autorité Santé
IMC :.....	Indice de Masse Corporelle
INED : .....	Institut National d'Etude Démographique
INPES :.....	Institut National de Prévention et Etude pour la Santé
INSERM :.....	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IVG :.....	Interruption Volontaire de Grossesse
LNG :.....	Levonorgestrel
OMS :.....	Organisation Mondiale de la Santé
PMI :.....	Protection Maternelle et Infantile
SASPAS :.....	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée