

**Académie d'Orléans –Tours  
Université François-Rabelais**

# **FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**Année 2016**

**Thèse**

**pour le**

**DOCTORAT EN MEDECINE**

**Diplôme d'Etat**

**Par**

**de la FARGE Pauline  
née le 2 décembre 1988 à Bourges**

**Présentée et soutenue publiquement le 16 juin 2016**

## **TITRE**

**Implant contraceptif et médecins généralistes en Indre et Loire en 2015.**

## **Jury**

**Président de Jury : Monsieur le Professeur Henri Marret  
Membres du jury : Monsieur le Professeur Gilles Body  
Monsieur le Professeur Franck Perrotin  
Monsieur le Docteur Bernard Bourreau  
Madame le Docteur Sylvie Osterreicher**

## **Résumé**

Contexte : En France le moyen de contraception le plus prescrit est la pilule oestro-progestative. Alors que l'offre contraceptive est importante le taux d'IVG reste stable. La modification de la démographie médicale amènera les médecins généralistes à assurer le suivi gynécologique de leurs patientes notamment en matière de contraception choisie par la femme, donc, à poser et retirer des implants contraceptifs.

Question de recherche : Implant contraceptif et médecins généralistes en Indre et Loire, qu'en est il en 2015 ?

Méthode : Il s'agit d'une étude transversale observationnelle, le recueil des données a été effectué via un questionnaire anonymisé adressé par mail aux médecins généralistes d'Indre et Loire.

Résultats : Une majorité (81%) des médecins généralistes a déjà prescrit l'implant contraceptif mais jamais en première intention. 66% en ont déjà posés et retirés. Les principaux freins sont majoritairement le manque de formation, le peu de demande de la part des femmes et la peur d'une complication lors du retrait.

Conclusion : Une amélioration de la formation initiale et continue à la pose et au retrait d'implants contraceptifs, ainsi que l'accès à celle ci pourraient améliorer la prise en charge contraceptive.

## **Mots clés :**

- Implant contraceptif
- Contraception
- Médecin généraliste
- Gynécologie
- Indre et Loire

## **ABSTRACT :**

### **Contraceptive implant and general practitioners in Indre et Loire in 2015.**

*Contexte* : In France the most generally prescribed contraception is the combined pill. Despite the fact that the access to contraception is easy, the abortion rate remains stable. Due to changes into medical demography general practitioners will have to ensure more and more gynecological follow up on their patients and to insert or remove contraceptive implants.

*Research Question* : contraceptive implant and general practitioners in Indre et Loire, where are we in 2015 ?

*Method* : This is an observational cross-sectional study, data collection was done via an anonymized questionnaire sent by email to general practitioners in Indre et Loire.

*Results* : most of the general practitioners (81 %) have already prescribed a contraceptive implant, but never as a first intention. 66% of them have already inserted and removed some. The main obstacles are the lack of practical training, a limited demand from women and their fear of complications.

*Conclusion* An improvement in initial and continuous training of the practitioners to insert and remove contraceptive implants, and a better access to this training could improve contraceptive care.

### **Keywords**

- Implant contraceptive
- Contraception
- General Practitioner
- Gynaecology
- Indre et Loire

## Remerciements :

*Au président du jury, Monsieur le Professeur Henri Marret*, vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse, je vous remercie de l'attention que vous avez bien voulu porter à mon travail, veuillez recevoir l'expression de mes vifs remerciements et de mon profond respect.

*Aux membres du jury, Monsieur le Professeur Gilles Body et Monsieur le Professeur Franck Perrotin*, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail, je suis très honorée de votre présence dans mon jury de thèse, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et soyez assurés de ma profonde gratitude.

*A la directrice de thèse et membre du jury Madame le Docteur Sylvie Osterreicher*, c'est un honneur pour moi d'avoir travaillé à tes côtés, merci pour ta gentillesse, tes conseils avisés, ta grande disponibilité, les heures passées à corriger les différentes parties de la thèse, et tout ce que tu m'as appris au sein du CIVG, auprès des patientes et pour la rédaction de cette thèse, merci pour tout.

**Monsieur le Docteur Bernard Bourreau**, je vous remercie profondément pour la relecture de ma thèse et d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, j'en suis très honorée.

*A ma maman*, car c'est grâce à toi si je suis arrivée jusque là, merci pour l'amour que tu me portes, merci pour le soutien inconditionnel que tu m'as apporté tout au long de mes études et que tu m'apportes encore tous les jours, je ne pourrais jamais assez te remercier pour tout ça et je sais que sans toi cela n'aurait pas été possible. Je t'aime et j'espère te rendre un peu fière.

*A mon Papa*, merci d'avoir fait de nous, tes enfants, ce que nous sommes, merci de nous avoir inculqué le sens du travail, merci pour les sacrifices que tu as fait pour nous, je t'aime et j'espère te rendre un peu fier aussi.

*A ma sœur Sophie*, merci pour ta présence, ton amour, ta gentillesse ta générosité, merci pour tous les moments passés ensemble, merci de m'avoir soutenue et d'avoir cru en moi, merci d'avoir toujours été là, merci de rendre toujours les choses simples, merci d'être une guerrière, tu es mon exemple. Je t'aime.

*A mon frère Antoine*, merci d'être toi, merci pour ta présence et ton amour, merci d'être le grand frère rêvé, merci pour tous les moments inoubliables passés ensemble, sans toi je ne serai pas ce que je suis. Je t'aime.

*A Pépé et Mamie*, merci pour votre soutien, merci pour l'amour que vous nous portez, pour les valeurs que vous nous avez inculquées, merci d'être fiers de nous, merci pour tout ce que vous avez fait pour nous, je vous admire et vous aime.

*A Grand Père et Grand Mère*, merci de tout ce que vous nous avez apporté. Je pense à vous, je vous aime et vous me manquez.

*A Fred*, mon amour, j'ai tellement de chance de t'avoir, merci pour tout ce que tu m'apportes au jour le jour, ton amour, ta joie, ta bonne humeur, merci de faire en sorte que chaque jour soit un kiffe, merci pour ce que tu es, merci pour nous, je suis si fière de toi, j'ai hâte de voir ce que notre vie nous réserve. Je t'aime tellement.

*A mes amis : Paulo, Kiki, Damich, Choux, Nico, Melissa, Chacha, Kéké, Lise, Max, Laulau, MP, Juju LL, Jeannot, Alex, Gui, Etienne, Francky, Hélène, Jojo, Simon, Aymeric, Marine, Juju G, Aurélie, Adrien, Julie, Lulu, Soso, Débo, Pierrot, Rustine, le couz*, merci pour tous les moments passés avec vous, les fous rires, les sfaillles et autres... je suis si fière de vous avoir à mes côtés, votre amitié m'est très chère. Merci pour ce que vous êtes, c'est bon de savoir que vous êtes là, j'espère que la route sera longue encore pour nous, ensemble. Je vous aime.

*A tous mes co-internes et co-externes* qui ont transformé les moments difficiles en bons souvenirs, qui ont rendu les gardes moins longues et les journées de révisions plus courtes.

*Aux chefs* qui m'ont appris avec patience, m'ont donné confiance en moi, m'ont donné envie de tout faire tous les jours pour être un bon médecin, notamment *l'équipe de Gériatrie d'Orléans et des Urgences de Tours*.

*Aux infirmières, aides soignantes, patients*, pour leur gentillesse, leur patience, leur confiance et les bons moments passés à leur côtés, merci.

*A l'URPS* pour avoir accepté de transmettre mon questionnaire, et à tous les médecins généralistes qui ont pris le temps d'y répondre, votre aide a été précieuse. Merci

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

**DOYEN**

**Professeur Patrice DIOT**

**VICE-DOYEN**

Professeur Henri MARRET

**ASSESSEURS**

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*

Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*

Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

**SECRETAIRE GENERALE**

Madame Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966

*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*

Professeur Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Professeur André GOUAZE - 1972-1994

Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Professeur Alain AUTRET

Professeur Catherine BARTHELEMY

Professeur Jean-Claude BESNARD

Professeur Philippe BOUGNOUX

Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Professeur Olivier LE FLOCH

Professeur Yvon LEBRANCHU

Professeur Elisabeth LECA

Professeur Etienne LEMARIE

Professeur Gérard LORETTE

Professeur Michel ROBERT

Professeur Alain ROBIER

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – G. GINIES – B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSOIN – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – J. THOUVENOT – B. TOUMIEUX – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel .....	Radiologie et imagerie médicale
	ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et médecine nucléaire
	AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique .....	Cardiologie
	BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
Mme	BARILLOT Isabelle .....	Cancérologie ; radiothérapie
MM.	BARON Christophe.....	Immunologie
	BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
	BODY Gilles.....	Gynécologie et obstétrique
	BONNARD Christian.....	Chirurgie infantile
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
MM.	BRILHAULT Jean .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent .....	Radiologie et imagerie médicale
	BRUYERE Franck .....	Urologie
	BUCHLER Matthias .....	Néphrologie
	CALAIS Gilles .....	Cancérologie, radiothérapie
	CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie, mycologie
	CHANTEPIE Alain .....	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
	CONSTANS Thierry.....	Médecine interne, gériatrie
	CORCIA Philippe .....	Neurologie
	COSNAY Pierre .....	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
	COUET Charles.....	Nutrition
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc.....	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François .....	Thérapeutique
	DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
	DIOT Patrice .....	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
	DUCLUZEAU Pierre-Henri .....	Médecine interne, nutrition
	DUMONT Pascal .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam .....	Psychiatrie adultes
	EHRMANN Stephan .....	Réanimation d'urgence
	FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
	FAVARD Luc .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard .....	Médecine physique et de réadaptation
	FRANCOIS Patrick .....	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
	GAILLARD Philippe .....	Psychiatrie d'adultes
	GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	GOUDEAU Alain.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
	GRUEL Yves .....	Hématologie, transfusion
	GUERIF Fabrice .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis.....	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
	GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
	GYAN Emmanuel .....	Hématologie, transfusion
	HAILLOT Olivier.....	Urologie
	HALIMI Jean-Michel .....	Thérapeutique
	HANKARD Régis .....	Pédiatrie
	HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
	HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline .....	Médecine interne, gériatrie

MM.	HUTEN Noël .....	Chirurgie générale
	LABARTHE François .....	Pédiatrie
	LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
	LARDY Hubert .....	Chirurgie infantile
	LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LECOMTE Thierry .....	Gastroentérologie, hépatologie
	LESCANNE Emmanuel .....	Oto-rhino-laryngologie
	LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
	MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
	MAILLOT François.....	Médecine interne, gériatrie
	MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
	MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
Mme	MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénéréologie
MM.	MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
Mme	MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MM.	MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
	ODENT Thierry .....	Chirurgie infantile
	PAGES Jean-Christophe .....	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique .....	Réanimation médical, médecine d'urgence
	PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
	ROINGEARD Philippe .....	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
	SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique.....	Radiologie et imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick .....	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc .....	Dermato-vénéréologie
	VELUT Stéphane.....	Anatomie
	VOURC'H Patrick .....	Biochimie et biologie moléculaire
	WATIER Hervé .....	Immunologie

---

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

---

M.	LEBEAU Jean-Pierre
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

---

## PROFESSEURS ASSOCIES

---

MM.....	MALLET Donatien	Soins palliatifs
POTIER Alain .....	Médecine Générale	
ROBERT Jean .....	Médecine Générale	



## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

Mme	ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
M.	BAKHOS David.....	Physiologie
Mme	BERNARD-BRUNET Anne.....	Cardiologie
M.	BERTRAND Philippe .....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
Mmes	BLANCHARD Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
M.	BOISSINOT Éric.....	Physiologie
Mme	CAILLE Agnès .....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
M.	DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
Mmes	DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie .....	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	GATAULT Philippe .....	Néphrologie
Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie .....	Immunologie
	GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MM.	HOARAU Cyrille .....	Immunologie
	HOURIOUX Christophe .....	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
MM.	PIVER Eric.....	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire
	PLANTIER Laurent.....	Physiologie
Mme	SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
	TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

## MAITRES DE CONFERENCES

---

Mmes	AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
	ESNARD Annick .....	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël.....	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile.....	Sciences du langage - orthophonie
M.	PATIENT Romuald .....	Biologie cellulaire
Mme	RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

---

M.	IVANES Fabrice.....	Cardiologie
----	---------------------	-------------

## CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

---

M.	BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	CHALON Sylvie .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	CHARBONNEAU Michel .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	COURTY Yves.....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100

	GAUDRAY Patrick .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GILOT Philippe .....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
	GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	GRANDIN Nathalie .....	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM
1100		
MM.	KORKMAZ Brice .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
	LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
	LE PAPE Alain.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
Mme	MARTINEAU Joëlle .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
	MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
	RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
Mme	RIO Pascale.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM
1069		
M.	SI TAHAR Mustapha .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM
1100		

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

---

### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

Mme	DELORE Claire .....	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie .....	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl .....	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle.....	Orthophoniste

### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

Mme	LALA Emmanuelle .....	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel .....	Praticien Hospitalier

### ***Pour l'Ethique Médicale***

Mme	BIRMELE Béatrice .....	Praticien Hospitalier
-----	------------------------	-----------------------

# SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

# TABLE DES MATIERES :

<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Démographie des médecins généralistes et gynécologues en France.....</b>	<b>15</b>
<b>1.2 Démographie des médecins généralistes et gynécologues en Indre et Loire.....</b>	<b>16</b>
<b>1.3 La prescription de la contraception.....</b>	<b>16</b>
<i>1.3.1 Les spécificités du modèle français.....</i>	<i>16</i>
<i>1.3.2 Le paradoxe français.....</i>	<i>17</i>
<i>1.3.3 La prescription selon l'HAS.....</i>	<i>18</i>
<b>1.4 Contraception actuelle par implant Implanon® et Nexplanon®.....</b>	<b>19</b>
<i>1.4.1 Généralités.....</i>	<i>19</i>
<i>1.4.2 Principales contre indications.....</i>	<i>21</i>
<i>1.4.3 Tolérance et effets secondaires.....</i>	<i>21</i>
1.4.3.1 Prise pondérale.....	21
1.4.3.2 Troubles du cycles.....	22
1.4.3.3 Autres effets secondaires.....	22
<i>1.4.4 Echecs sous implants.....</i>	<i>23</i>
<b>2. MATERIEL et METHODE.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1 Méthode.....</b>	<b>24</b>
<b>2.2 Population étudiée.....</b>	<b>24</b>
<b>2.3 Recueil de données.....</b>	<b>24</b>
<b>2.4 Analyse des données.....</b>	<b>24</b>
<b>3. RESULTATS.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1 Caractéristiques des médecins généralistes.....</b>	<b>25</b>
3.1.1 Age.....	25
3.1.2 Sexe.....	26
3.1.3 Mode d'exercice.....	27
<b>3.2 Enseignement en gynécologie.....</b>	<b>28</b>
<b>3.3 Consultations de contraception.....</b>	<b>29</b>
<b>3.4 Contraception prescrite en première intention.....</b>	<b>31</b>
<b>3.5 Implant contraceptif et médecins généralistes.....</b>	<b>32</b>
3.5.1 Prescription d'implans contraceptis.....	32
3.5.2 Pose d'implant contraceptif.....	33
3.5.3 Retrait d'implant contraceptif.....	34

3.5.4	<i>Apprentissage de la pose et du retrait de l'implant contraceptif.....</i>	37
3.5.5	<i>Connaissance des effets secondaires de l'implant contraceptif.....</i>	38
<b>4.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	39
4.1	<b>Les biais de l'étude.....</b>	39
4.1.1	<i>Biais de sélection.....</i>	39
4.1.2	<i>Biais de déclaration.....</i>	39
4.2	<b>Caractéristiques des médecins généralistes.....</b>	40
4.2.1	<i>Concernant l'âge.....</i>	40
4.2.2	<i>Concernant le sexe.....</i>	40
4.2.3	<i>Concernant le mode d'exercice.....</i>	41
4.3	<b>Enseignement en gynécologie.....</b>	41
4.4	<b>Consultations de contraception.....</b>	42
4.5	<b>Contraception prescrite en première intention.....</b>	44
4.6	<b>Médecins généralistes et implant contraceptif.....</b>	44
4.6.1	<i>Prescription d'implant contraceptif.....</i>	44
4.6.2	<i>Pose d'implant contraceptif.....</i>	45
4.6.3	<i>Retrait d'implant contraceptif.....</i>	48
4.6.4	<i>Apprentissage de la pose et du retrait de l'implant contraceptif.....</i>	50
4.6.5	<i>Connaissance des effets secondaires de l'implant contraceptif.....</i>	51
<b>5.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	52
	<b>Liste des abréviations.....</b>	53
	<b>Bibliographie.....</b>	54
	<b>Annexe 1.....</b>	61
	<b>Annexe 2.....</b>	62
	<b>Annexe 3.....</b>	64

# **1. INTRODUCTION :**

L'offre contraceptive en France est très importante. Malgré cela, le taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) en France reste stable, environ 220 000 par an depuis plus de 30 ans (1) (2).

La contraception est le plus souvent débutée par un gynécologue, un médecin généraliste ou un médecin d'un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF). La démographie médicale actuelle avec de moins en moins de gynécologues médicaux va contraindre les médecins et les sages-femmes à assurer le suivi gynécologique de leurs patientes.

La contraception orale 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 ou des médecins de CPEF.

La prise en charge de la contraception a été pendant très longtemps assurée par les gynécologues. Le rôle de prévention et de prise en charge des soins primaires des médecins généralistes leur confère une partie importante des prescriptions de contraceptifs.

L'augmentation progressive du nombre de médecins pour pallier au départ à la retraite des médecins en fin de carrière, a permis en 2015 d'augmenter de 1,7 % le nombre de médecins comparativement à l'année précédente (5). Cette augmentation reste insuffisante face au vieillissement de la population, et des maladies chroniques de plus en plus longues, grâce aux traitements de plus en plus efficaces.

Cependant ces neuf dernières années, les médecins retraités enregistrent un accroissement de 75,1% de leurs effectifs tandis que le nombre d'actifs n'a augmenté, sur la même période, que de 1,2%, en effet il faut au minimum 10 ans pour former un médecin. 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 doivent assurer un suivi gynécologique de plus en plus performant. La maîtrise des différentes contraceptions est donc essentielle et nécessite une formation continue pour pouvoir prescrire toutes les contraceptions et permettre aux femmes de faire leur choix contraceptif en fonction de leur mode de vie.

Cette étude vise donc à évaluer la situation actuelle en Indre et Loire : quelle est la part des médecins généralistes initiant une contraception par implant contraceptif et quels en sont les déterminants quant à sa prescription, sa pose et son retrait ?

### **1.1 Démographie des médecins généralistes et gynécologues 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 et qui recense les professionnels de santé et par conséquent les médecins libéraux. (5)

En 2015 le conseil national de l'ordre des médecins a recensé 198 365 médecins actifs, 109 784 hommes, 88 581 femmes.

89 788 médecins généralistes dont 44,6 % de femmes.

Concernant la spécialité de gynécologie médicale : 1 287 actifs, dont 94% de femmes.

Concernant la spécialité de gynécologie médicale et obstétrique : 1 377, dont 59% de femmes.

En 2013 on recensait 3 101 gynécologues médicaux dont 73% de femmes.

91 539 médecins généralistes dont 42% de femmes.

Ainsi, en deux ans le nombre de médecins généralistes a diminué de 2% et le nombre de gynécologues médicaux de 58%.

## **1.2 Démographie des médecins généralistes et gynécologues en Indre et Loire :**

841 médecins généralistes en janvier 2015 (dont 68% exerce une activité libérale ou mixte soit 572), 484 hommes, 357 femmes (42%), la variation du nombre de médecins généraliste entre 2007 et 2015 est de -2,1%, le taux de féminisation entre 2007 et 2015 est de 22,4.

Il y a 14 gynécologues médicaux recensés en janvier 2015, 1 homme et 13 femmes (93%), la variation entre 2008 et 2015 est de -12,8%, la variation du taux de féminisation entre 2008 et 2015 est de -1%.

L'atlas de démographie médicale de 2015 évoque une densité moyenne de 4,4 gynécologues médicaux en Indre et Loire pour 100 000 femmes. Pour la France entière la densité est de 3,7 gynécologues médicaux pour 100 000 femmes.

Il est donc probable qu'il existe de nombreux territoires dépourvus de cette classe de spécialistes et que cette situation risque de s'aggraver dans les années à venir. Ces chiffres montrent qu'il est nécessaire que les médecins généralistes puissent prendre le relai des spécialistes dans la prise en charge gynécologique des patientes vivant dans ces zones qui comptent peu de spécialistes.

## **1.3 La prescription de la contraception :**

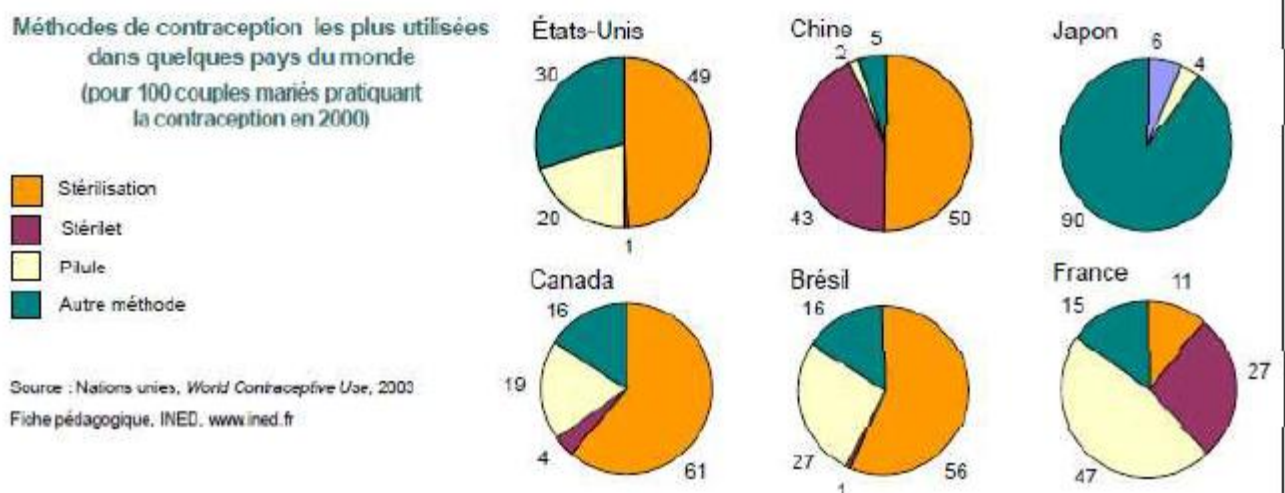
### **1.3.1 Les spécificités du modèle français :**

Selon le baromètre "Santé médecins généralistes 2009" (9), 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 prise en charge de la contraception semblerait suivre un schéma type (56): 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

Même si la plupart des françaises se déclarent très contentes de leur contraception (10), ces dispositions ne semblent pas vraiment tenir compte des spécificités de chaque femme. Il convient donc de réévaluer régulièrement la contraception pour chaque patiente au moment d'un renouvellement de pilule. Si elle n'est plus adaptée il faut alors prendre le temps d'un ou plusieurs entretiens afin de trouver une autre contraception (11) notamment une de longue durée d'action comme l'implant contraceptif.

### 1.3.2 Le paradoxe français :

L'étude COCON de 2004 (12) 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 actuelle, le rapport à la maternité, la situation socio professionnelle.

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 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 et plus fréquents aux démarches d'IVG. Ces éléments contribueraient à expliquer la stabilité du chiffre des IVG en France.

### *1.3.3 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 (13) 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" (9) 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 (14) 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.

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 et le DIU sont encore trop faiblement proposées (seulement chez 27% des femmes, mais aucune nullipare).

## **1.4 Contraception actuelle par implant Implanon® et Nexplanon® :**

### **1.4.1 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 et les médecins de CPEF. Dans d'autres pays du monde, l'implant est également posé par des généralistes (15) (16) (17) (18). Il s'insère à 7 cm au dessus de l'épicondyle sur la face médiale du bras non dominant.

Il est recommandé de le poser à certains moments du cycle (19) :

- 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 (avant 6SA), dans les cinq jours qui suivent
- en cas de fausse couche ou IVG tardive (après 12SA), entre le 21<sup>e</sup> et le 28<sup>e</sup> jour du cycle. En pratique quelque soit le terme après une IVG l'implant contraceptif peut être posé le jour de l'IVG si la femme le souhaite, c'est ce qui est fait au CPEF de Blois.
- en post partum, à J3 que la femme allaite ou pas. (20)

Il convient de vérifier l'absence d'une grossesse en cours avant la pose du dispositif et au moindre doute effectuer un test de grossesse le jour de la

pose et 3 semaines après la pose de l'implant.

Une fois en place, il atteint une concentration maximale comprise entre 400 et 1300 pg/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 et demi chez les femmes de plus de 80 kilos) (21) (57). Les dernières recommandations de la HAS préconisent au prescripteur de l'implant contraceptif d'envisager de le retirer plus tôt en cas de surpoids. (55)

L'Implanon® a été remplacé par le Nexplanon® (19) en janvier 2011 devant différentes remarques des médecins et certaines difficultés notamment au moment du retrait :

- Difficultés pratiques d'insertion du dispositif en sous-cutané (23)
- 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 (23) (24) (25) (26)
- Migration de l'Implanon® (27).

De nombreuses études ont montré que chez certaines patientes on ne retrouvait 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 (19).



*Dispositif Nexplanon® radio opaque avec système de guide intégré*

#### *1.4.2 Principales contre-indications : (55)*

L'implant contraceptif contient un progestatif, l'Étonogestrel. Ses contre-indications sont les mêmes que celles des micro - progestatifs oraux (19) :

- 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

#### *1.4.3 Tolérance et effets secondaires :*

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

##### **1.4.3.1 Prise pondérale**

De nombreuses études ont été faites pour évaluer la prise de poids secondaire à la pose d'implant (28) (4). Les résultats sont confus même si la plupart des études ne retrouvent pas de prise de poids de manière significative.

Par ailleurs, l'Étonogestrel est lié à l'albumine et sa biodisponibilité est inversement proportionnelle au poids. Par conséquent, chez une femme de plus de 80 kg l'implant sera laissé en place pour une durée maximale de deux ans et demi. (55) (57).

#### **1.4.3.2 Troubles du cycle**

Trois types de symptômes sont le plus souvent identifiés (39) :

- l'aménorrhée
- les spottings
- les ménométrorragies.

Malheureusement, la survenue de ces symptômes est imprévisible (30). Il est préférable de prévenir les patientes des différents troubles afin d'améliorer l'observance de la patiente en cas de survenue 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, l'implant pourra être retiré à la demande de la patiente.

#### **1.4.3.3 Autres effets secondaires**

Il y a d'autres effets secondaires très fréquemment ( $> 1/10$ ) et fréquemment (entre  $1/10$  et  $1/100$ ) identifiés (31) (4):

- Augmentation de l'appétit
- Maux de tête
- Acné
- Infections vaginales
- HTA
- Perte de cheveux
- Troubles digestifs
- Nervosité
- Syndrome dépressif
- Kyste ovarien

- Diminution des pulsions sexuelles.

#### *1.4.4 Echecs sous implant :*

Les échecs sous implant sont rares. L'indice de Pearl est de 0,1 (cf Annexe 1).

Outre l'absence d'implant (introuvable par l'imagerie (échographie, radiographie standard ou IRM) et par des taux plasmatiques d'étonogestrel négatifs. Les causes d'échecs retrouvées sont rares et sont pour la plupart dues à des interactions médicamenteuses (32) :

- les inducteurs enzymatiques (antifongiques/ griséofulvine, anticonvulsivant (33), millepertuis, antirétroviraux (efavirenz (34)...) )
- un implant en place depuis plus de 3 ans
- une pose au mauvais moment du cycle. Il existe de rares cas de grossesse extra utérine mais aucun facteur favorisant n'a été retrouvé (35) (36) (37).

## **2. MATERIEL ET METHODE :**

### **2.1 Méthode :**

Il s'agit d'une étude transversale observationnelle.

Le questionnaire est constitué en grande majorité de questions fermées. Ceci afin de permettre une réponse rapide des médecins.

Le choix du questionnaire avec anonymisation des réponses, permet une meilleure objectivité des réponses du médecin interrogé.

### **2.2 Population étudiée :**

Nous avons choisi d'étudier la population de médecins généralistes d' Indre et Loire.

Un questionnaire a été envoyé par mail via l'URPS aux 497 médecins généralistes dont l'URPS possède l'adresse mail, sur 588 médecins généralistes recensés en Indre et Loire.

### **2.3 Recueil de données :**

Les médecins généralistes ont reçu un mail explicatif (annexe 2) de l'étude avec un lien vers le questionnaire :

[https://docs.google.com/forms/d/1eoRSOkCEWCKlpSuETgwqlB\\_8pWQe5mi4vmKMdhcJA34/edit](https://docs.google.com/forms/d/1eoRSOkCEWCKlpSuETgwqlB_8pWQe5mi4vmKMdhcJA34/edit).

Le mail explicatif ainsi que le questionnaire ont été envoyés le 2 octobre 2015.

La dernière réponse au questionnaire a été reçue le 31 octobre 2015.

### **2.4 Analyse des données :**

Les données ont été saisies avec le logiciel Microsoft Office Excel 2013.



### **3. RESULTATS :**

Au total 97 médecins généralistes ont répondu au questionnaire sur les 497 sollicités.

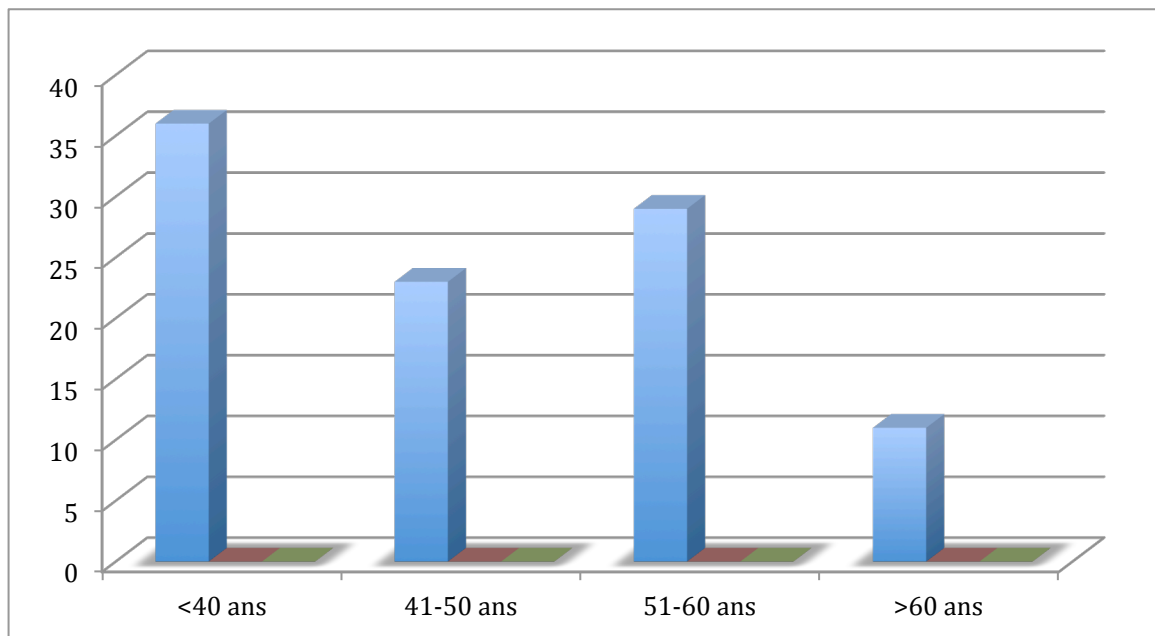
Ce qui correspond à un taux de participation de 20%.

#### **3.1 Caractéristiques des médecins généralistes :**

##### *3.1.1 Age :*

La moyenne d'âge des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire est de 46 ans.

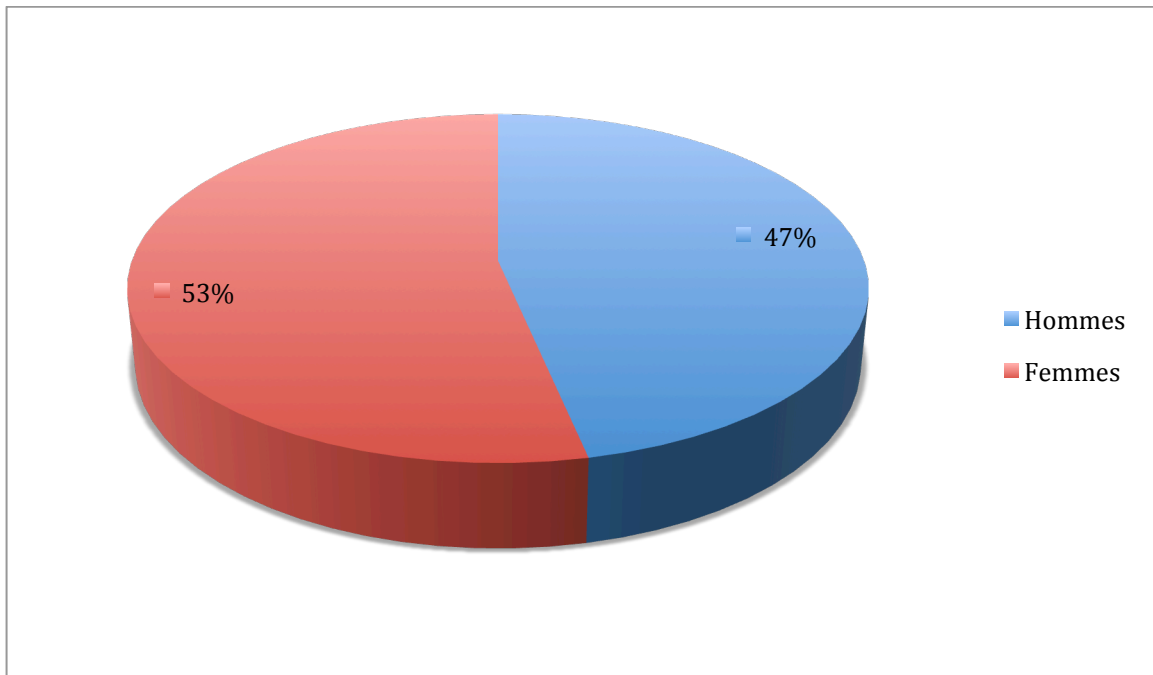
Au total 35 médecins généralistes (36%) avaient moins de 40 ans ou 40 ans , 22 (23%) avaient entre 41 et 50 ans, 28 (29%) entre 51 et 60 ans , 11 (11%) plus de 60 ans, 1 médecin généraliste n'a pas indiqué son âge.



*Figure 1*  
*Répartition des médecins généralistes en fonction de l'âge.*

### *3.1.2 Sexe :*

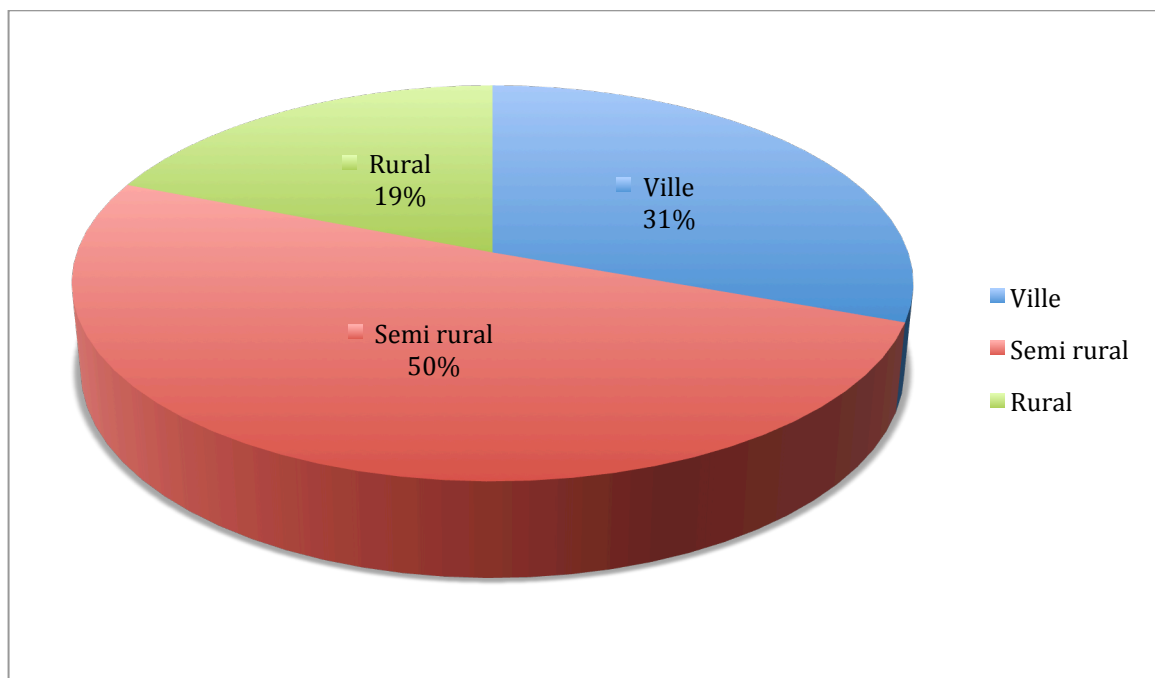
Au total 53% (n=52) des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire étaient des femmes, 46% (n=45) étaient des hommes.



*Figure 2*  
*Répartition des médecins généralistes en fonction du sexe.*

### *3.1.3 Mode d'exercice :*

Au total 19% (n=18) des médecins généralistes exerçaient en mode rural, 51% (n=49) en mode semi rural et 31% (n=30) en ville.



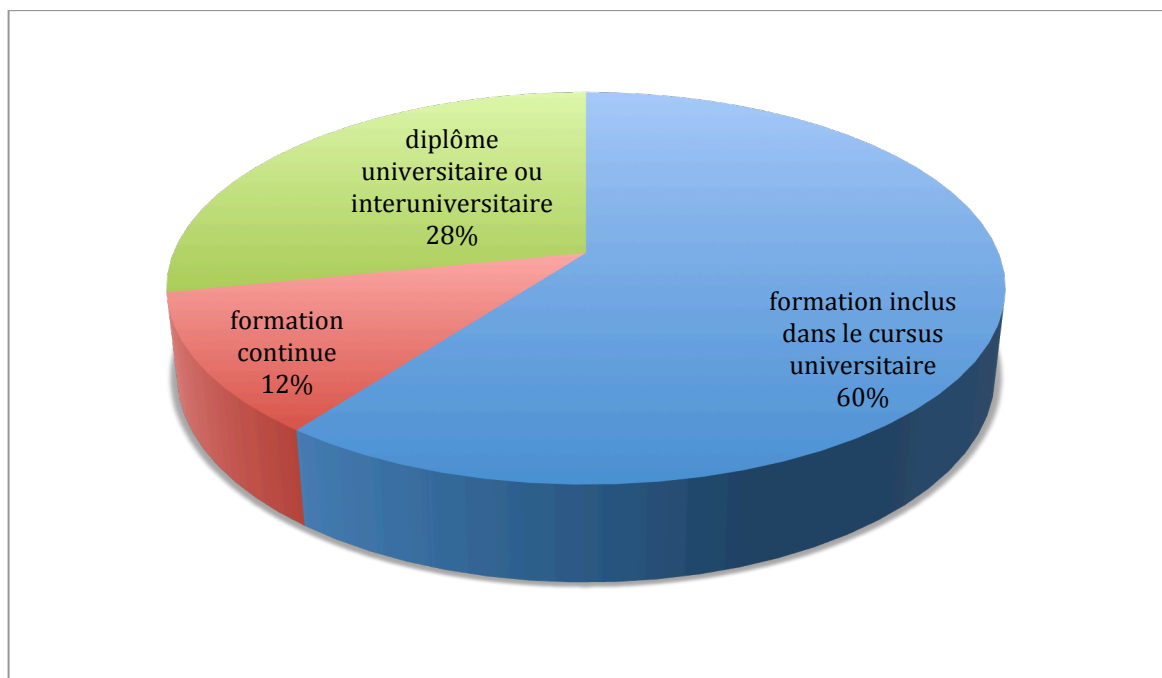
*Figure 3*  
*Répartition des médecins généralistes selon le mode d'exercice.*

### **3.2 Enseignement en gynécologie :**

Au total, 81% (n=78) des médecins généralistes avaient eu un enseignement en gynécologie, 20% (n=19) n'avaient pas eu d'enseignements en gynécologie.

Concernant ceux qui avaient eu un enseignement en gynécologie :

- pour 60% (n= 47) des médecins généralistes, l'enseignement était compris dans leur cursus
- pour 12% (n=9) ils avaient eu un enseignement sous forme de formation continue.
- pour 28% (n=22) ils avaient passé un diplôme universitaire ou interuniversitaire.



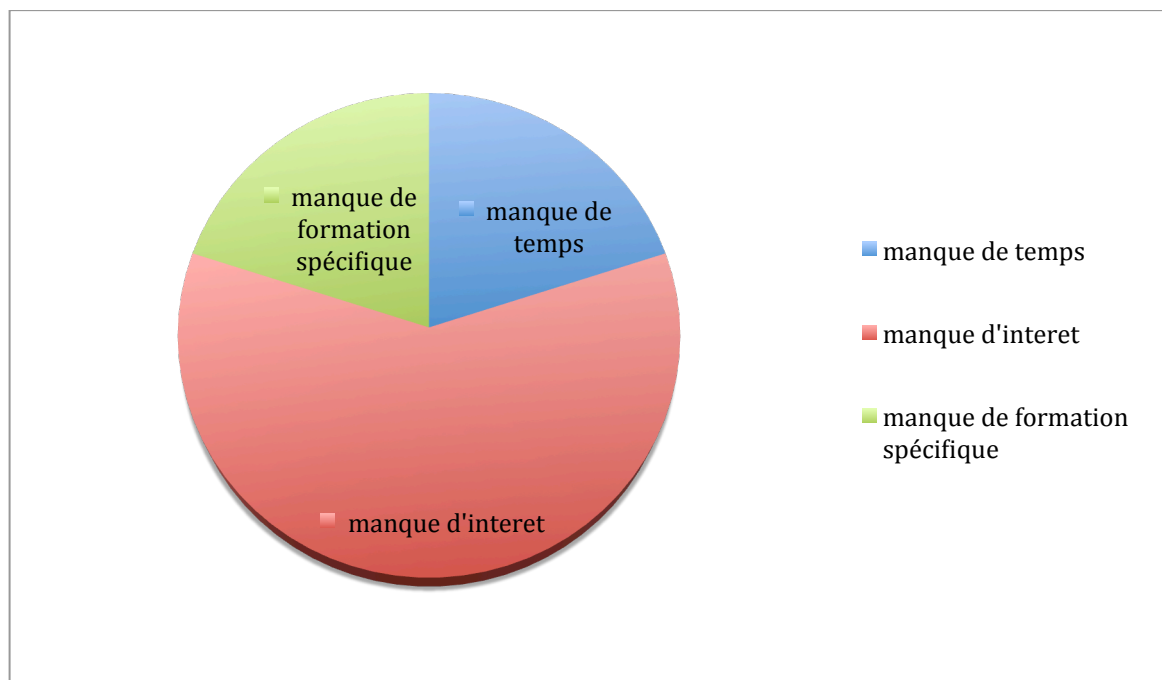
*Figure 4*  
*Répartition selon le mode d'enseignement en gynécologie reçu par les médecins généralistes.*

### **3.3 Consultations de contraception :**

Au total 95% (n=92) des médecins généralistes pratiquaient des consultations de contraception, 5% (n=5) n'en pratiquaient pas.

Concernant ceux qui n'en pratiquaient pas la raison était :

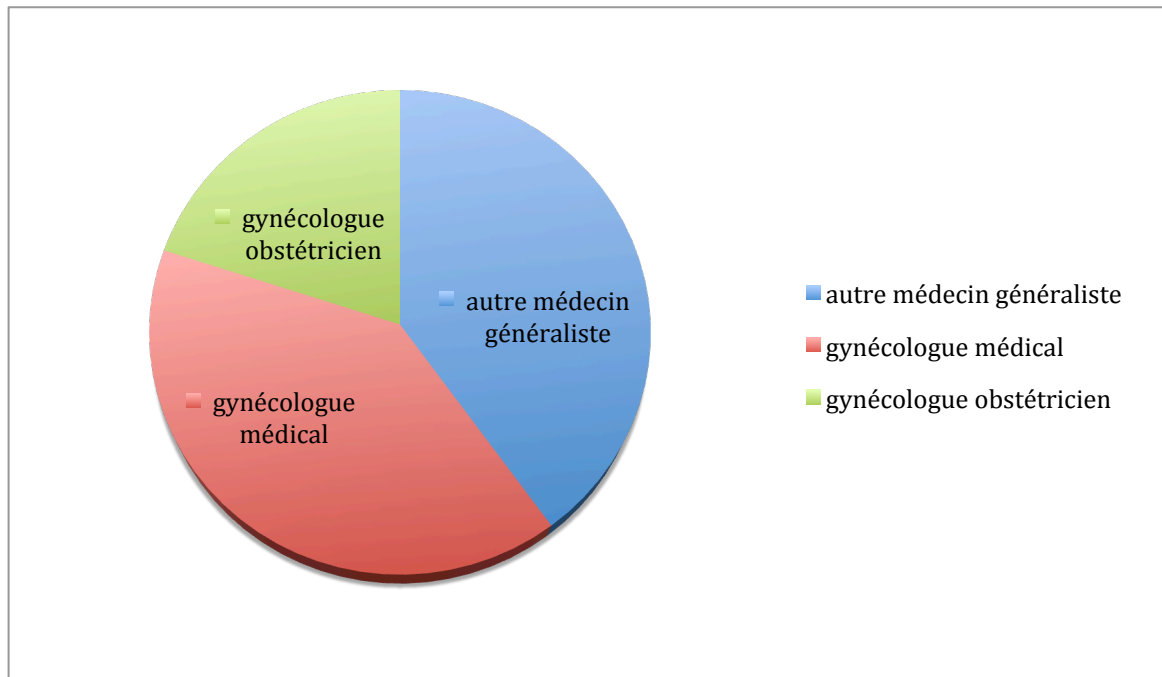
- (n=3) : le manque d'intérêt
- (n=1) : le manque de temps
- (n=1) : le manque de formation spécifique.



*Figure 5*  
*Répartition en fonction des raisons de ne pas pratiquer des consultations de contraception.*

Pour les médecins généralistes qui ne pratiquaient pas de consultation de contraception ils adressaient leurs patientes :

- autre médecin généraliste n=2)
- gynécologue médical (n=2)
- gynécologue obstétricien (n=1)
- centre de planification et d'éducation familiale : aucun.



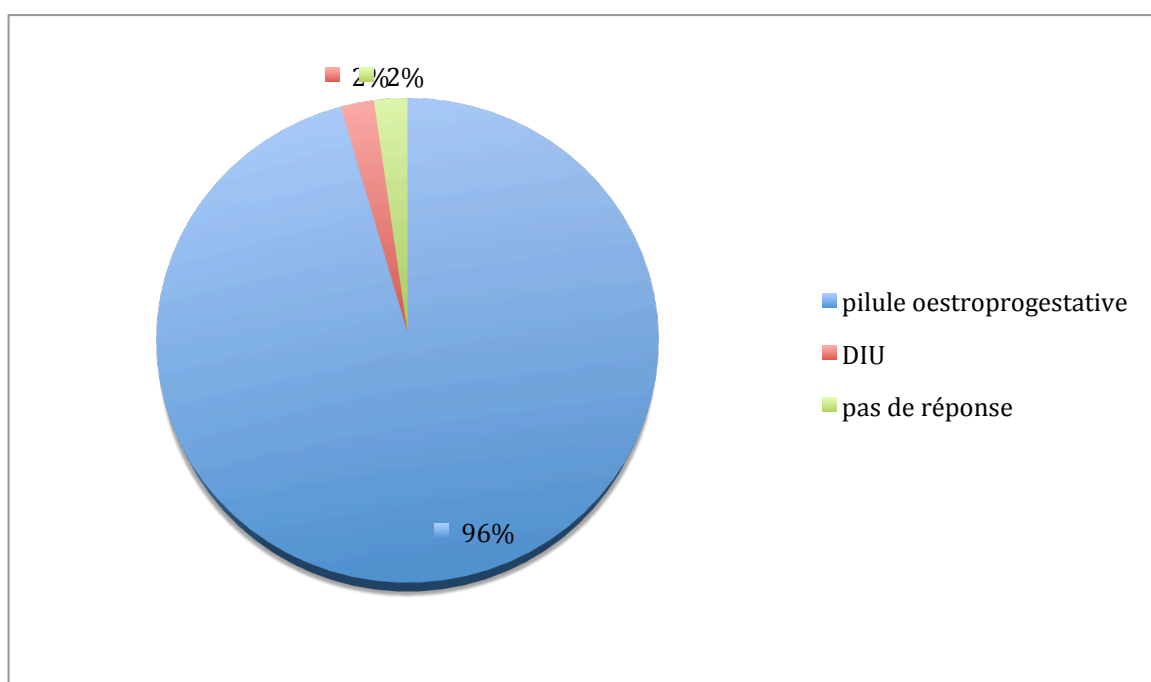
*Figure 6*

*Répartition en fonction des confrères / structures vers les médecins généralistes qui ne pratiquent pas de consultations de contraception adressent leur patientes.*

### **3.4 Contraception prescrite en première intention :**

Pour les médecins généralistes pratiquant des consultations de contraception (95%, n=92), les contraceptions prescrites en première intention étaient les suivantes :

- pilule oestroprogestative : 96% (n= 88)
- DIU : 2% (n=2)
- Pilule microprogestative : aucun
- Implant contraceptif : aucun
- Patch ou anneau contraceptif : aucun
- Preservatif : aucun
- 2 médecins généralistes pratiquant des consultations de contraception n'ont pas répondu à cette question.



*Figure 7 : contraception prescrite en première intention.*

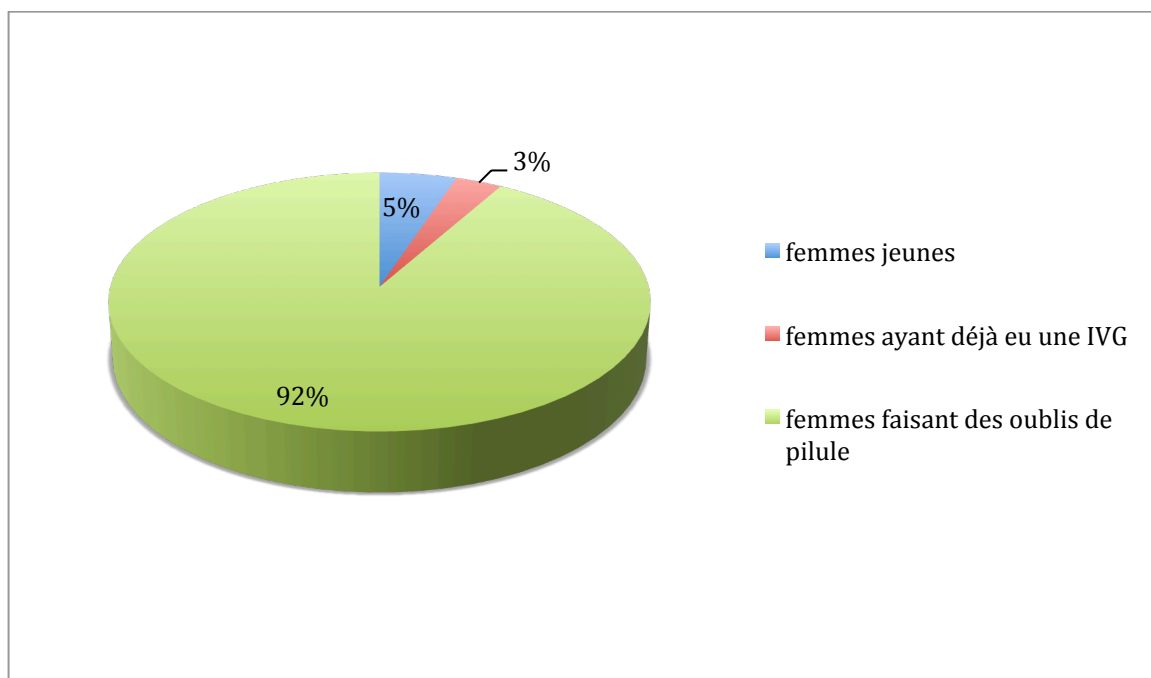
### **3.5 Implants contraceptifs et médecins généralistes :**

#### **3.5.1 Prescription d'implant contraceptif :**

Au total 81% (n=79) des médecins généralistes avaient déjà prescrit des implants contraceptifs, 19% (n=18) n'en avaient jamais prescrit.

Pour ceux qui en avaient déjà prescrit la population ciblée était :

- plutôt des femmes faisant des oublis de pilule 91% (n =72)
- plutôt des femmes jeunes (moins de 30 ans) pour 5% (n=4)
- plutôt des femmes ayant déjà eu une IVG pour 3% (n=3)



*Figure 8 : population ciblée de femmes à qui les médecins généralistes prescrivent des implants contraceptifs.*



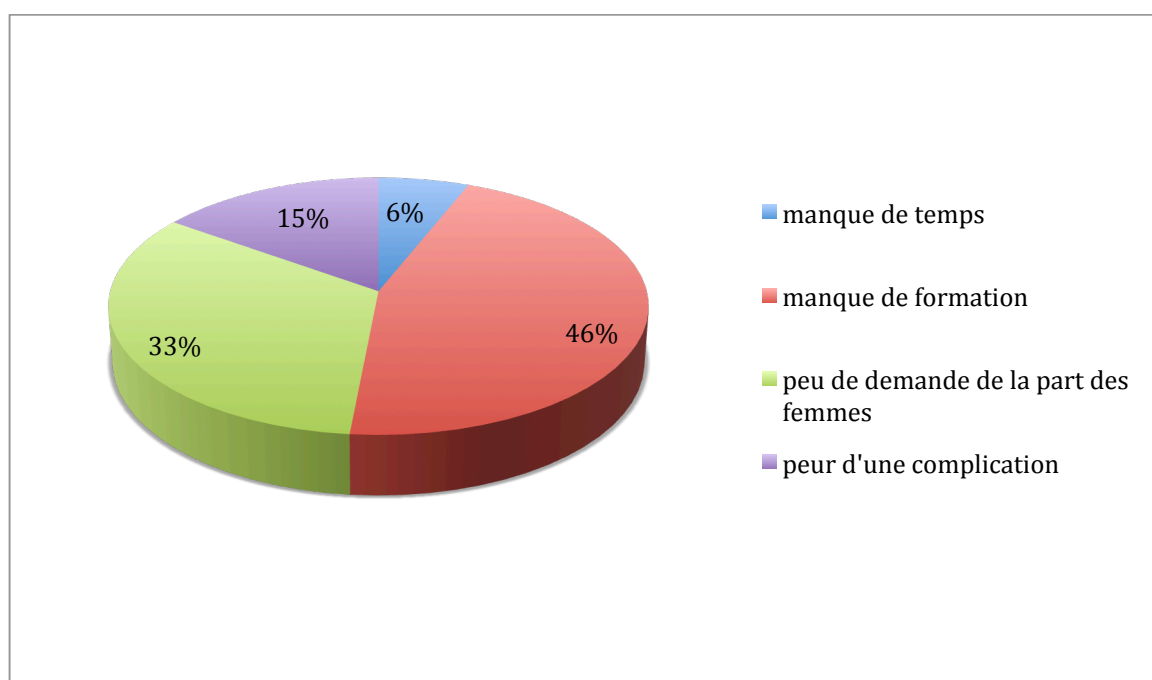
### 3.5.2 Pose d'implant contraceptif :

Au cours de leur **cursus universitaire** 21% (n=20) des médecins généralistes avaient déjà posé des implants, 79% (n=77) n'en avaient pas posé au cours de leur cursus universitaire.

Concernant leur **pratique actuelle** 66% (n=64) des médecins généralistes avaient déjà posé des implants, 34 % (n= 33) n'en avaient jamais posé.

Pour les 34% qui n'en posent pas les raisons évoquées sont les suivantes :

- manque de formation 46% (n=15)
- peu de demande de la part des femmes 33% (n=11)
- peur d'une complication 15% (n=5)
- manque de temps 6% (n=2)



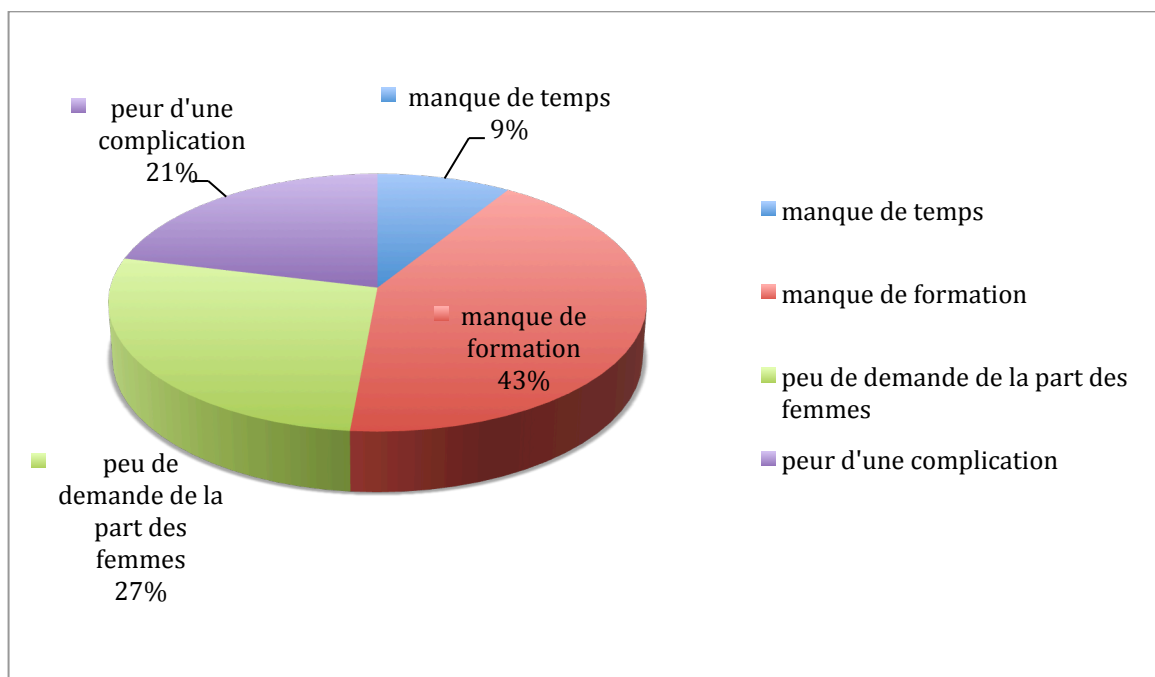
*Figure 9 : médecins généralistes ne posant pas d'implants, raisons évoquées.*

### 3.5.3 Retrait d'implant contraceptif :

Concernant le **retrait d'implant**, 66% (n=64) des médecins généralistes en avaient déjà retiré, 34% (n=33) n'en avaient jamais retiré.

Pour ceux qui n'en avaient jamais retirés (34%, n=33), les raisons évoquées étaient les suivantes :

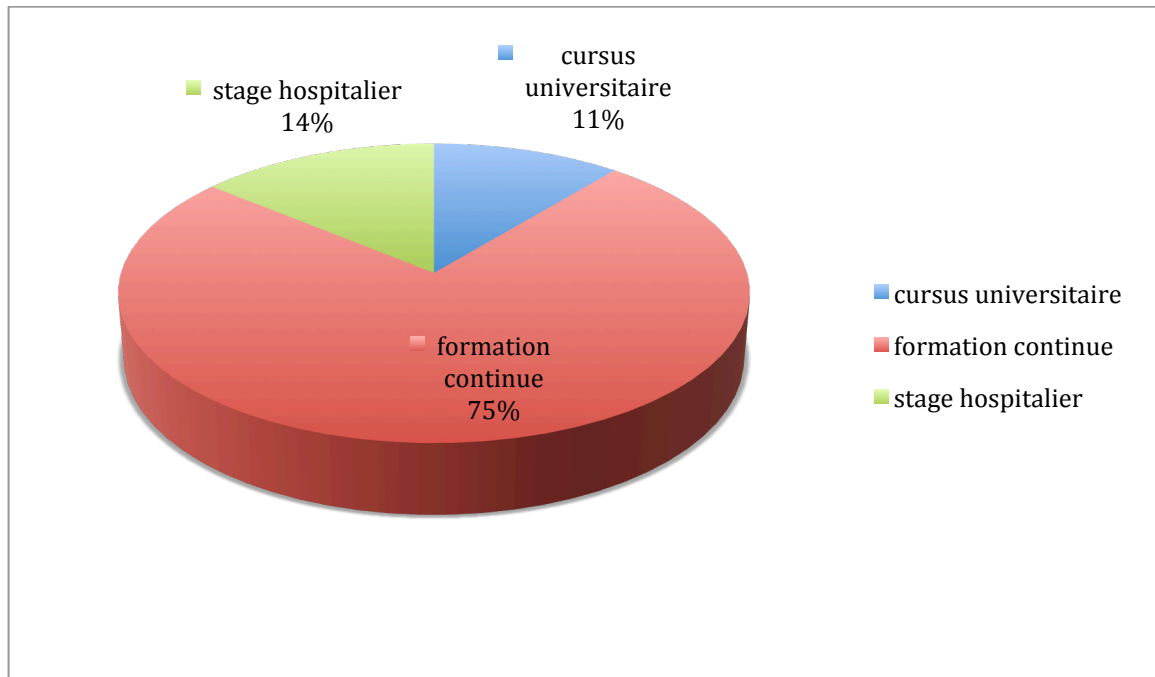
- manque de formation 42% (n=14)
- peu de demande de la part des femmes 27% (n=9)
- peur d'une complication 21% (n=7)
- manque de temps 9%(n=3)



*Figure 10 : raisons évoquées pour le non retrait d'implant contraceptif/*

Pour ceux qui dans leur pratique actuelle retirent des implants (66%, n=64) ils ont appris au cours :

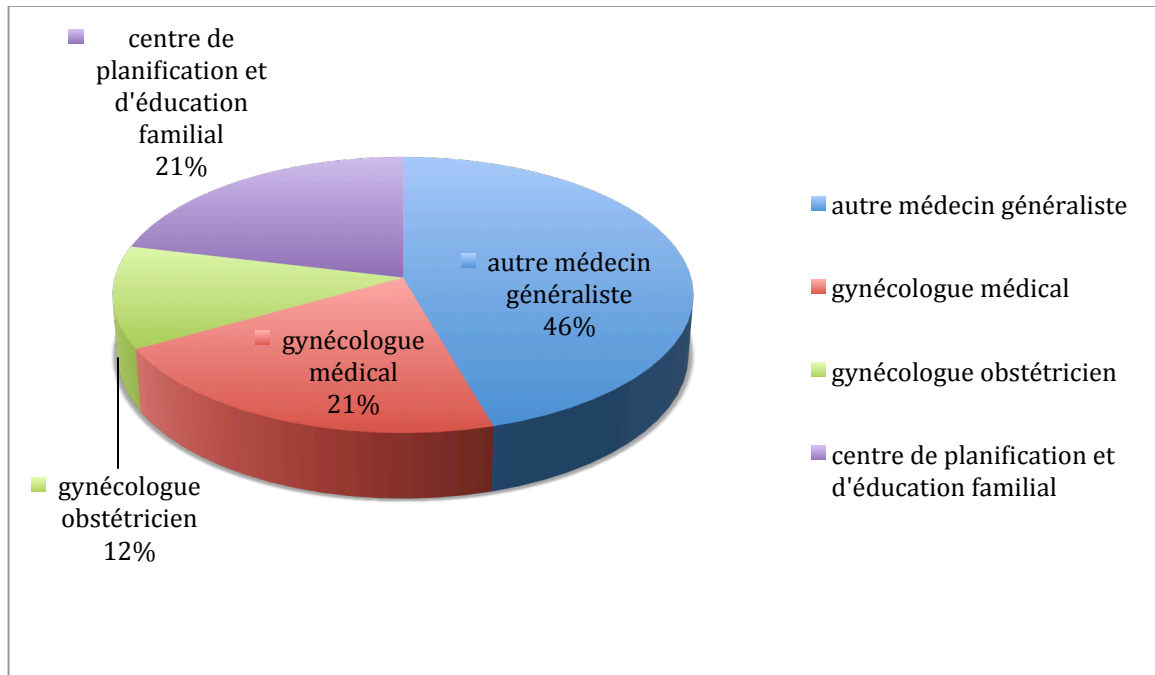
- d'une formation continue 75% (n=48)
- de leur stage hospitalier 14% (n=9)
- de leur cursus universitaire 11% (n=7)



*Figure 11 : répartition de la façon dont les médecins généraliste s ont appris à retirer des implants.*

Concernant les 34% (n= 33) des médecins généralistes qui ne retirent pas les implants contraceptifs, ils adressent tous leurs patientes vers d'autres confrères :

- autre médecin généraliste 46% (n=15)
- centre de planification et d'éducation familiale 21% (n=7)
- gynécologue médical 21% (n=7)
- gynécologue obstétricien 12% (n=4)



*Figure 12 : répartition des confrères/ structures vers qui les médecins généralistes ne posant pas d'implants contraceptifs adressent leurs patientes.*

### 3.5.4 Apprentissage de la pose et du retrait de l'implant contraceptif :

Concernant l'apprentissage de la pose et du retrait de l'implant contraceptif pour les 34% qui ne pratiquent pas ce geste technique:

- 15% (n=5) des médecins généralistes souhaitent apprendre
- 85% (n=23) ne le souhaitent pas.

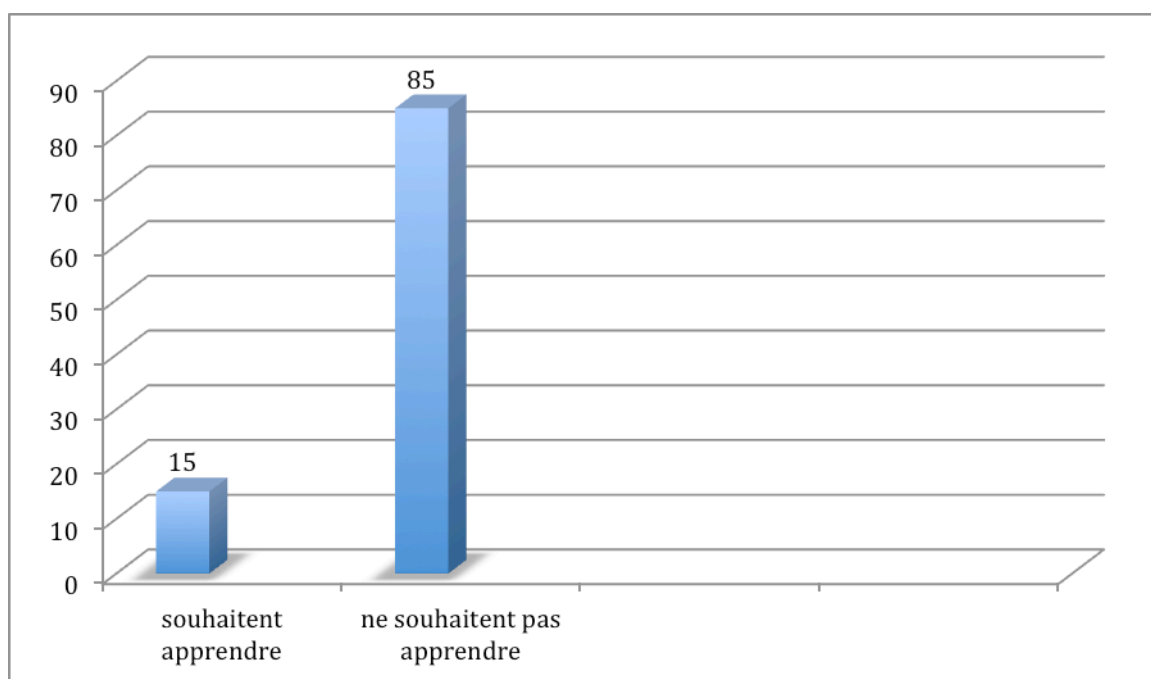


Figure 13 répartition des médecins qui souhaitent apprendre à poser des implants/ ceux qui ne veulent pas apprendre.

### 3.5.5 Connaissance des effets secondaires de l'implant contraceptif :

Concernant **les effets secondaires de l'implant contraceptif :**

- 97% (n= 94) des médecins généralistes connaissent les effets secondaires de l'implant contraceptif.
- 3% (n=3) ne les connaissent pas.

Et 99% (n=96) des médecins généralistes renseignent les femmes sur ces effets secondaires avant la pose d'un implant contraceptif.

1% (n=1) ne le faisait pas.

## **4. DISCUSSION :**

### **4.1 Les biais de l'étude :**

#### *4.1.1 Biais de sélection :*

Le recrutement des médecins interrogés s'est fait via l'URPS qui a transmis le questionnaire par mail aux médecins généralistes d'Indre et Loire dont ils avaient l'adresse mail (497 sur 588 médecins généralistes recensés à ce jour en Indre et Loire).

Nous avons obtenu un taux de réponse relativement faible (20%). D'autres thèses du même type ayant pour objet d'étude la pratique en gynécologie des médecins généralistes ont eu des taux de réponse plus importants : 42,5% (38), 40% (39) voire même 57% (40).

Après l'envoi du questionnaire nous n'avons pas pu faire de relance téléphonique car nous n'avions pas à disposition les coordonnées des médecins. Le conseil de l'ordre des médecins n'a pas accepté de nous les fournir, l'URPS en revanche a bien voulu transférer notre questionnaire mais n'a pas souhaité nous fournir directement la mailing liste, nous n'y avons donc pas accès. La relance téléphonique aurait permis d'avoir un meilleur taux de réponse.

Cette étude étant basée sur le volontariat, les médecins généralistes les plus intéressés par la contraception sont d'avantage susceptibles d'avoir plus répondu au questionnaire que les autres médecins généralistes interrogés.

#### *4.1.2 Biais de déclaration :*

L'utilisation d'un questionnaire anonymisé comme méthode de recueil a permis d'obtenir des réponses plus objectives. Les médecins interrogés sur leur pratique n'avaient pas à répondre à un interlocuteur.

Il s'agissait d'une enquête déclarative sur la pratique des médecins généralistes. Le recueil de données objectives à partir du dossier des patients aurait permis

d'avoir un meilleur niveau de preuve.

## **4.2 Caractéristiques des médecins généralistes :**

### **4.2.1 Concernant l'âge :**

L'âge moyen des médecins généralistes interrogés dans notre étude est de 53ans.

L'âge moyen des médecins généralistes en France et en Indre et Loire est de 52ans (5), l'âge moyen des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire est donc concordant avec l'âge moyen des médecins généralistes français.

Dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée est celle des moins de 40 ans (36%). Sur le plan national cette tranche d'âge représente seulement 14,8 % des médecins généralistes français et en Indre et Loire 14,7% (5).

Ainsi la population de médecins généralistes ayant répondu à notre questionnaire est une population plutôt jeune. On peut donc se poser la question de savoir si la contraception intéresse davantage les jeunes médecins ? Font ils plus de formations sur les questions concernant la santé sexuelle et reproductive ?

### **4.2.2 Concernant le sexe :**

Dans notre étude 53% des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire étaient des femmes.

Sur le plan national 42,6 % des médecins généralistes sont des femmes, et en Indre et Loire 42,4 %.(5)

Cette différence est certainement un biais de notre étude, compte tenu du sujet de l'étude. Il est possible que les femmes médecins généralistes s'intéressent plus à la gynécologie et donc aient plus tendance à répondre à ce type de questionnaire concernant leur mode d'exercice et la



contraception.

#### *4.2.3 Concernant le mode d'exercice :*

Dans notre étude 51% des médecins généralistes exerçaient en mode « semi-rural », 31% en ville et 19% en mode « rural ».

Le manque de temps des médecins généralistes en milieu rural et la désertification de la profession dans les campagnes(5), sont peut-être des facteurs pouvant expliquer la différence des taux de réponse en fonction du mode d'exercice.

### **4.3 Enseignement en gynécologie :**

Dans notre étude, 81% des médecins généralistes déclarent avoir eu un enseignement en gynécologie.

60% déclarent avoir eu un enseignement pendant leur cursus universitaire. Ce n'est que depuis l'année 2004, date de l'apparition du concours des épreuves classantes nationales (ECN) (41), qu'un stage pour les internes de médecine générale est obligatoire soit en pédiatrie soit en gynécologie.

Cependant, les médecins qui n'ont passé ni l'ENC, ni l'internat ont probablement suivi un enseignement théorique fondamental incluant la gynécologie avant leur installation. Nous aurions donc pu nous attendre à un résultat un peu plus important de médecins se déclarant formés.

Concernant l'enseignement en gynécologie sous forme de FMC (formation médicale continue), seuls 12% avaient eu un enseignement sous cette forme, alors que depuis 2004 les FMC sont obligatoires pour les médecins libéraux (42). Il est possible que les organismes de FMC ne

proposent pas suffisamment de formations à thèmes gynécologiques, alors que les formations pratiques semblent plus adaptées et appréciées par les médecins généralistes. Ainsi il serait peut-être plus intéressant de développer ce type d'enseignement de façon à mieux répondre aux besoins des médecins généralistes.

Un nombre important de médecins généralistes ayant répondu au questionnaire (28%) avait passé un diplôme universitaire ou interuniversitaire. Dans la thèse de Madame Kiassi (43) seuls 11,7 % des médecins avaient passé un diplôme universitaire ou interuniversitaire. L'existence d'un diplôme interuniversitaire pour le médecin généraliste à la faculté de médecine de Tours peut expliquer cette différence.

De plus les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire sont probablement plus intéressés par la gynécologie, ce qui permet d'expliquer en partie que plus de 20% des médecins (28%) aient pu passer un diplôme supplémentaire de gynécologie.

La thèse de Monsieur Chambenoit (44) reprend les différents lieux de formation des médecins généralistes de la Région Centre. C'est le stage hospitalier qui est pour les médecins interrogés le plus formateur, les FMC et diplômes (inter) universitaires sont jugés trop théoriques.

#### **4.4 Consultations de contraception :**

La plupart des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire pratiquent des consultations de contraception (95%). Une des raisons serait que dans notre étude plus de 20% des médecins généralistes ont un diplôme de gynécologie, il est possible que ces médecins se sentent plus à l'aise dans cette spécialité.

Il aurait été intéressant de demander aux médecins généralistes de l'étude s'ils pratiquent une consultation d'information autour de la contraception, permettant à la femme de faire un choix libre et éclairé de sa contraception.

Seulement 5% ne pratiquent pas de consultations de contraception et la première raison évoquée est le manque d'intérêt puis vient le manque de temps et le manque de formation spécifique.

Concernant le manque de temps, en effet les consultations de gynécologie et notamment de contraception nécessitent plus de temps avec les patientes. Selon une étude de la DREES (44) ces consultations durent en moyenne 20 minutes. On peut se demander si cela ne serait pas un frein pour certains médecins généralistes.

Concernant le manque de formation, il pourrait être intéressant qu'un enseignement post ECN encore plus pratique soit mis en place pour les futurs médecins généralistes dans les facultés. A la faculté de médecine de Tours il existe une formation pratique de gynécologie d'une journée, très appréciée des internes et il y a encore une demande importante de formation de la part des médecins généralistes.

D'autres raisons que nous n'avions pas évoquées dans notre questionnaire sont évoquées dans d'autres thèses, notamment l'aspect médico légal. Les conséquences que pourraient avoir une erreur lors d'un geste technique comme la pose d'un DIU ou d'un implant contraceptif, ont tendance à dissuader certains médecins à réaliser ces gestes pourtant simples (45).

Pour les médecins qui ne pratiquent pas de consultations de contraception ils adressent le plus souvent à un autre médecin généraliste ou à un gynécologue médical (40%). La gynécologie médicale est une spécialité qui tend à disparaître il est donc important que les médecins généralistes aient le réflexe d'adresser leur patientes vers d'autres professionnels, médecins généralistes ou sages-femmes intéressés par la spécialité et formés dans ce domaine.

Parmi les médecins qui ne pratiquent pas de consultations de contraception, aucun n'adresse leurs patientes dans un Centre de Planification et d'Education familiale (CPEF), alors qu'il en existe pourtant plusieurs dont un au CHU de Bretonneau à Tours. La majorité des médecins ayant répondu au questionnaire exercent en milieu semi rural, ainsi il est possible que ces Centres soient géographiquement trop

éloignés du domicile des patientes. Par ailleurs, certains médecins peuvent penser que les CPEF sont exclusivement réservés aux femmes en demande d'IVG et n'adressent donc pas leurs patientes pour des consultations de contraception.

## **4.5 Contraception prescrite en première intention :**

Les médecins généralistes de notre étude prescrivent majoritairement (96% d'entre eux) la contraception oestro-progestative en première intention. Cela correspond à la situation décrite dans les études nationales et autres thèses publiées à ce sujet (38). Dans le modèle français actuel de prescription de contraception la pilule oestro-progestative est la contraception prescrite en première intention.

Cependant la dernière étude réalisée par l'INED montre que ce type de contraceptif commence à être moins prescrit car les femmes semblent avoir de moins en moins envie de prendre des « hormones » (46).

Aucun médecin généraliste de notre étude ne prescrit en première intention l'implant contraceptif.

## **4.6 Médecins généralistes et implant contraceptif :**

### **4.6.1 Prescription d'implant contraceptif :**

Une grande majorité des médecins généralistes de l'étude ont déjà prescrit l'implant contraceptif (81%), la plupart connaissent donc ce moyen de contraception puisqu'ils le prescrivent ou l'ont déjà prescrit, et estiment à priori qu'il s'agit d'un bon moyen de contraception.

Dans notre étude une majorité des médecins généralistes le prescrit mais jamais en première intention, pour 91% d'entre eux ils le prescrivent majoritairement aux femmes faisant des oublis de pilule.

Il aurait été intéressant de savoir quelle population de médecins généralistes prescrit le plus d'implant, dans une autre thèse (38) il a été montré que ce sont les jeunes médecins généralistes et plutôt des hommes qui prescrivent le plus d'implants contraceptifs. Ils auraient tendance à avoir moins de réticence à prescrire les nouveaux moyens de contraception.

#### 4.6.2 Pose d'implants contraceptifs :

Une majorité des médecins généralistes de l'étude (66%), ont déjà posé des implants contraceptifs dans leur pratique actuelle, ce qui est un chiffre relativement important comparativement aux autres études. A Rennes en 2010 le taux était de 35% (47), 44,9% en Vendée en 2012 (40), et 46% dans une étude qualitative à Nantes en 2012 (45).

En revanche seulement 20% en ont posé lors de leur cursus universitaire, or dans notre étude l'âge moyen des médecins généralistes est de 53 ans mais la population la plus représentée est celle des moins de 40 ans. Ces médecins généralistes ont donc passé les ECN et réalisé les trois années d'internat de médecine générale et 50% d'entre eux au moins sont donc passés en stage en gynécologie (41).

Cela nous montre que malgré un stage hospitalier en gynécologie peu de médecins généralistes sont formés lors de ce stage au cours de l'internat à la pratique de pose des implants contraceptifs.

Dans une thèse de médecine générale en 2011 la discussion met en évidence que les internes qui font un stage en gynécologie souhaiteraient que leur formation soit plus axée sur des gestes pratiques notamment la pose de DIU, le frottis cervico vaginal (FCV) , la pose et le retrait d'implants contraceptifs. (52)

Cela nous amène à discuter de l'intérêt des stages en CPEF/CIVG car ce sont les services qui font de la prévention autour de la santé sexuelle et reproductive et qui font principalement des consultations de contraception, que ce soit en demande directe ou lorsqu'une femme demande une IVG. Mais ces services doivent faire une demande

d'agrément à l'ARS pour être reconnus comme terrain de stage pour les médecins généralistes et ensuite, ils doivent obtenir le financement auprès de la direction de l'hôpital.

A la fin de leur internat les étudiants qui n'ont pas bénéficié d'un stage hospitalier en gynécologie ont donc peu de connaissances pratiques dans cette discipline, malgré pour certains un stage au cours de leur externat. La seule opportunité pour eux d'améliorer leur pratique est le SASPAS, stage en ambulatoire chez un médecin généraliste, l'étudiant pratique des consultations de médecine générale en autonomie mais débrieфе le soir avec son maître de stage.

La thèse de madame Royer (53) met en évidence une insuffisance de formation à la « gynécologie de ville » lors de ces stages chez le médecin généraliste, puisque la formation est dépendante de celle du maître de stage. En effet si celui-ci a une faible activité de gynécologie l'étudiant aura peu de chance d'en pratiquer lui aussi.

Ainsi dans notre étude 34% des médecins généralistes interrogés n'avaient jamais posé d'implants contraceptifs. Et pourtant ce sont à priori les médecins les plus intéressés au plan de la contraception puisqu'ils avaient répondu au questionnaire.

La principale raison évoquée (46%) était le manque de formation. Il aurait été intéressant de savoir si les médecins généralistes souhaitaient une formation à la pose de l'implant contraceptif au cours de leur cursus universitaire ou plutôt sous forme de FMC. (On sait que la participation aux FMC est faible par manque de temps, les médecins sont de plus en plus surchargés et viennent de moins en moins aux formations FMC)

La seconde raison évoquée était le peu de demande de la part des femmes (33%). S'il existe des spécialistes gynécologues installés à proximité du médecin généraliste, il est légitime de se demander si la présence de ce spécialiste libéral n'a pas une influence sur le nombre d'actes de gynécologie effectués. La thèse de madame Lauchet (48), est en faveur de cette hypothèse. Mais on peut aussi se demander si les médecins généralistes qui disent que peu de femmes font la demande d'une

contraception par implant, donnent à leurs patientes l'information sur tous les moyens de contraception qui existent aujourd'hui sur le marché.

Une autre raison pourrait être évoquée : la représentation des femmes quant aux qualifications de leur médecin généraliste, cette raison a été évoquée dans la thèse de madame Maura (49), où l'on voit que pour certaines femmes un médecin généraliste n'est pas forcément apte à effectuer des actes techniques de gynécologie, en revanche pour ces mêmes femmes si elles savaient que leur médecin généraliste pratique ces gestes elles seraient d'accord pour le consulter.

A l'inverse il serait intéressant de connaître les représentations des médecins généralistes au sujet de l'implant, car selon certains il ne serait qu'une alternative dans des situations précises (50) (51) (contraception post IVG, la femme en difficulté, parfois même la femme présentant des déficiences intellectuelles, celle qui oublie régulièrement la pilule...).

Cela montre qu'une formation théorique régulièrement mise à jour, des médecins généralistes ainsi qu'une formation pratique est nécessaire afin d'éviter des préjugés et les idées reçues pour favoriser leur adhésion à ce type de contraceptif et permettre un véritable choix contraceptif aux femmes, en tenant compte des éventuelles contre indications médicales.

En effet la prescription dépend de la décision des patientes, d'autant plus facile que celles-ci ont été informées, et de la volonté des médecins de sortir des normes contraceptives (56), et de leurs propres représentations. En effet s'ils ont une représentation négative de l'implant contraceptif ils ne seront pas disposés à le prescrire. (47)(50)

Enfin la peur d'une complication (15%) et le manque de temps (6%) sont les deux dernières raisons évoquées par les médecins généralistes qui ne posent pas d'implant contraceptif. Ces raisons ont déjà été évoquées que nous avons déjà évoquées et précisées plus haut dans notre travail pour les consultations de contraception. Ces mêmes raisons reviennent de la part des médecins généralistes au sujet de la pose d'implants contraceptifs

#### 4.6.3 Retrait d'implant contraceptif:

Dans notre étude 66% des médecins généralistes ont déjà retiré des implants, précisément le même pourcentage que ceux qui en posent.

Cela nous montre qu'à priori les médecins généralistes qui posent des implants retirent aussi les implants qu'ils posent.

Nous pourrions nous poser la question de savoir si ceux qui posent et retirent des implants le font à leur cabinet ou bien lors d'une vacation dans un CPEF/CIVG par exemple. En effet la question ne précisait pas le lieu de retrait.

Pour ceux qui n'en avaient jamais retiré les raisons évoquées étaient les suivantes :

- Le manque de formation (42%), même pourcentage que pour ceux qui n'en posaient pas,
- Peu de demande de la part des femmes (27,3%), équivalent au manque de demande concernant la pose d'implant contraceptif,
- Peur d'une complication (21,2%), pour les médecins généralistes interrogés, la peur d'une complication serait donc plus importante pour le retrait que pour la pose de l'implant, il aurait été intéressant d'approfondir cette question et de connaître les raisons de cette différence, mais on peut émettre l'hypothèse de la crainte du geste si une difficulté technique se pose au moment du retrait.
- Le manque de temps (9%), de même, pourcentage plus important que concernant la pose de l'implant contraceptif. En effet malgré le changement de dispositif de pose de l'implant contraceptif depuis janvier 2011, qui devait permettre une pose strictement en sous cutané, certains médecins restent probablement réticents car le geste technique peut prendre un peu plus de temps, du matériel est nécessaire... Il existe pourtant un kit de pose et de retrait d'implant



disponible en pharmacie (54) mais non remboursé par l'assurance maladie. On peut imaginer que tous les médecins ne connaissent pas ce kit, ce qui conforte l'idée du besoin et de la nécessité d'information des médecins généralistes concernant l'implant contraceptif.

Par ailleurs, l'expérience de terrain des professionnels des CPEF/CIVG et des services de gynécologie obstétrique, qui procèdent régulièrement au retrait d'implant contraceptif, nous apprend que malgré ce nouveau dispositif de pose, de nombreux implants sont encore posés trop profond, soit sous l'aponévrose soit en intramusculaire, et de ce fait, il n'est pas palpable et doit être repéré par un examen d'imagerie notamment l'échographie avant de prévoir le retrait qui nécessite un geste chirurgical soit sous AL soit sous AG. Parfois l'implant n'est pas palpable mais il est en sous-cutané dans du tissu graisseux, son retrait est alors plus facile. Dans toutes ces situations lorsque l'implant n'est pas palpable, un repérage échographique s'impose juste avant toute tentative de retrait.

La majorité (75%) des médecins généralistes qui retirent des implants contraceptifs ont appris à le faire lors d'une FMC. Seulement 14% d'entre eux lors d'un stage hospitalier et 11% lors de leur cursus universitaire, cela amène de nouveau à se questionner sur la formation aux gestes techniques des médecins généralistes d'Indre et Loire.

Tous les médecins généralistes qui ne retirent pas d'implant contraceptifs (34%) adressent leurs patientes vers d'autres confrères. Prêt de la moitié (45,5%) les adressent vers des confrères médecins généralistes ce qui montre qu'en Indre et Loire un nombre conséquent de médecins généralistes n'hésitent pas à travailler en collaboration avec les autres médecins généralistes qui s'intéressent davantage à la spécialité de gynécologie. On pourrait se demander si les confrères généralistes à qui les médecins adressent leurs patientes

sont en possession du DIU de Gynécologie.

Le CPEF est le second recours (21%) vers qui se tourne les médecins généralistes pour le retrait d'implant contraceptif. Dans notre étude peu de médecins généralistes adressaient leurs patientes dans un CPEF pour des consultations de contraception. Ainsi, à priori le CPEF est connu des médecins généralistes d'Indre et Loire et pas seulement pour la pratique des IVG mais aussi comme recours pour des gestes techniques de gynécologie en lien avec la contraception.

Pour 21% d'entre eux le réflexe est encore d'adresser leurs patientes à des gynécologues médicaux on peut faire l'hypothèse qu'il s'agit des médecins généralistes plus âgés qui ont l'habitude de travailler avec leurs spécialistes « référents ».

#### 4.6.4 Apprentissage de la pose et du retrait de l'implant contraceptif :

Pour les 34% des médecins généralistes qui ne posent pas d'implant contraceptif seulement 15% souhaitent apprendre à le faire, ce qui est peu et étonnant puisque la principale raison de ne pas poser ni retirer d'implants contraceptifs était le manque de formation.

La question a peut être été mal formulée, nous aurions pu demander aux médecins généralistes si une formation pratique à la pose de l'implant leur avait été proposée, souhaiteraient ils s'y rendre ?

Nous pourrions nous poser la question de savoir quelle tranche d'âge des médecins généralistes posent et retirent le plus les implants contraceptifs, dans une autre thèse (38) il avait été montré que ce sont les jeunes hommes de moins de 40 ans.

Ainsi si cela est le cas dans notre étude ceux qui ne posent pas et ne retirent pas d'implants contraceptifs appartiennent à une tranche d'âge plus élevée, ce qui pourrait expliquer que l'apprentissage de la pose et du retrait de l'implant contraceptif les intéresse moins.

Il aurait été intéressant aussi de poser la question à ceux qui ne souhaitent pas se former, s'ils trouvent intéressant et nécessaire que les jeunes

médecins généralistes se forment à la pose et au retrait de l'implant contraceptif. Dans la thèse de madame Kiassi (43) c'était le cas pour plus de la moitié d'entre eux.

#### 4.6.5 Connaissance des effets secondaires de l'implant contraceptif :

La quasi-totalité (97%) des médecins généralistes interrogés connaissent les effets secondaires de l'implant contraceptif et informent les femmes sur ces effets secondaires.

Ainsi même les médecins qui ne prescrivent pas et ne posent pas d'implants contraceptifs, connaissent ce moyen de contraception et ses effets secondaires.

En revanche nous n'avons pas demandé de détails aux médecins généralistes sur les effets secondaires de l'implant contraceptif, les réponses peuvent donc être biaisées.

Ainsi il aurait été intéressant de savoir si les médecins généralistes qui posent des implants contraceptifs renseignent plus les femmes sur les effets secondaires que ceux qui n'en posent pas.

## **5. Conclusion**

Plus de la moitié des médecins généralistes interrogés posent et retirent des implants contraceptifs en Indre et Loire, mais jamais en première intention. C'est la pilule oestro-progestative qui reste prescrite en première intention, après une consultation de contraception que quasiment tous les médecins généralistes de l'étude pratiquent.

Ces derniers prescrivent majoritairement l'implant contraceptif aux femmes faisant des oublis de pilule.

Les médecins généralistes interrogés semblent tous connaître les effets indésirables de l'implant contraceptif et le plus important frein pour eux à la pose et au retrait de l'implant contraceptif est le manque de formation ainsi que la peur d'une complication. Le peu de demande de la part des femmes semble être aussi une raison importante pour laquelle les médecins généralistes interrogés ne posent pas d'implant contraceptif.

Du fait de la modification de la démographie médicale française et de la diminution du nombre de gynécologues médicaux, les médecins généralistes qui sont les médecins de premier recours vont être de plus en plus amenés à pratiquer des consultations de gynécologie et notamment de contraception.

Dans notre étude les médecins généralistes qui ne retirent pas d'implants contraceptifs adressent, pour plus de la moitié de ceux ci, leurs patientes à d'autres médecins généralistes, probablement mieux formés et plus intéressés par la gynécologie et qui ont donc envie d'y consacrer plus de temps puisque l'autre frein important dans notre étude à la pose et au retrait de l'implant contraceptif est le manque de temps.

Il apparaît donc essentiel d'améliorer les formations pratiques à la pose et au retrait de l'implant contraceptif ainsi que l'accès à la formation, probablement dès le cursus hospitalo universitaire puis lors de formations médicales continues.

Il pourrait être intéressant ensuite d'étudier le ressenti des médecins à l'issue de ces formations afin de connaître les données précises concernant les éléments spécifiques qui pourraient être modifiés dans le but d'améliorer la formation médicale continue.

## **ABREVIATIONS :**

**CHU** : centre hospitalier universitaire

**CPEF** : centre de planification et d'éducation familiale

**COCON** : cohorte sur la contraception

**DIU** : dispositif intra utérin

**DREES** : direction de la recherche, des études de 'évaluation et des statistiques

**ECN** : examen classant national

**FMC** : formation médicale continue

**HAS** : haute autorité de santé

**INED** : institut nationale démographique

**IRM** : imagerie par résonance magnétique

**IVG** : interruption volontaire de grossesse

**SA** : semaine d'aménorrhée

**SASPAS** : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

**URPS** : union régionale des professionnels de santé

## **BIBLIOGRAPHIE :**

1. INPES. Contraception, Que savent les français ? octobre 2011;
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 2015;
6. Conseil de l'ordre. Atlas de démographie médicale de 2013 ;
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. Inpes. Baromètre Santé des Médecins Généralistes, 2009 ;
10. 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
11. 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;

12. INED. Synthèse de l'étude Cocon. Mars 2008
13. HAS. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme en age de procréer. Décembre 2004 ;
14. 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 ;
15. 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;
16. 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;
17. 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;
18. 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;
19. NEXPLANON®- Copyright VIDAL 2011 , cité le 19 novembre 2012

20. HAS/Service des bonnes pratiques professionnelles, « conduite pratique de la contraception chez l'homme et la femme » avril 2013 mise à jour janvier 2015 ;
21. CNGOF.fr/la contraception, juin 2015 ;
22. Sergent F. Implanon® : difficultés d'insertion et de retrait, échecs contraceptifs. Gynécologie Obstétrique et Fertilité. Avril 2006;34(4):368-370;
23. 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;
24. Shulman LP, Gabriel H. Management and localization strategies for the nonpalpable Implanon rod. Contraception. Avril 2006;73(4):325-330;
25. 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;
26. Prosch H, Walter RM, Westermayer V, Mostbeck GH. Sonographic localization of non- palpable implanon hormone implants. Ultraschall in der Medizin, Stuttgart Germany 1980. Décembre 2008;29 Supplément 5:239-244;
27. 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;



28. 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;
29. 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;
30. Journal de gynécologie et obstétrique D: 10. 1016/S036.-2315(08)74776-8. Métrorragie sous contraceptif. Décembre 2008;
31. Agence-prd.ansm.sante.fr, mise à jour septembre 2012
32. 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;
33. 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;
34. 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;
35. 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;

36. Grossesse extra-utérine survenue sous contraception par implant d'étonogestrel (Implanon<sup>®</sup>) : premier cas. EM-Consulte, cité le 7 avril 2012.
37. 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;
38. 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;
39. 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 Rangueil; 2006;
40. Trichet-Stephan N, Senan R. Dispositifs intra-utérins : besoins en formations des médecins généralistes en Vendée, Université de Nantes, 20 novembre 2012;
41. [cng.sante.fr/Epreuves-classantes-nationales-393](http://cng.sante.fr/Epreuves-classantes-nationales-393).
42. [has-sante.fr/portail/jcms/ /fr/dpc-des-medecins](http://has-sante.fr/portail/jcms/ /fr/dpc-des-medecins)
43. Kiassi I. L'implant contraceptif et les médecins généralistes en Ile de France : état des lieux. Octobre 2013.
44. DREES. Consulter un spécialiste libéral à son cabinet. Octobre 2009;
45. Attal E, Dumont-Beaudonnet V. L'implant contraceptif sous-cutané: perception du médecin généraliste. Université de Nantes, 10 octobre 2012.
46. Population et société. Contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Septembre 2012

47. Millon L. Connaissances et prescription en médecine générale des alternatives à la contraception orale. Rennes ; 2010;
48. 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.
49. Mauran N. Place du médecin généraliste en gynécologie-obstétrique : enquête auprès de médecins landais: Université de Bordeaux II; 2006.
50. 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;
51. 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 ;
52. 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;
53. 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.
54. [www3.churouen.fr/Internet/votresante/planification/conseils/implant/](http://www3.churouen.fr/Internet/votresante/planification/conseils/implant/)
55. HAS. Commission de la transparence, avis, septembre 2015 ;

56. INED, N Bajos, M Rouzaud-Cornabas, H Panjo, A Bohet, C Moreau, l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Mai 2014 ;
57. M Winckler. Tout ce qu'il faut savoir ou presque sur l'implant contraceptif . Octobre 2015 ;

## ANNEXE 1

### Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2011

Niveau d'efficacité	Méthode	% grossesses en pratique courante sur 12 mois	% grossesses en utilisation optimale sur 12 mois
Toujours très efficace	Implants	0,1	0,1
Toujours très efficace	Vasectomie	0,2	0,1
Toujours très efficace	Stérilisation féminine	0,5	0,5
Toujours très efficace	Progestatifs injectables	0,3	0,3
Toujours très efficace	DIU (stérilet)	0,8	0,6
Très efficace en utilisation optimale, efficace en emploi courant	Pilule oestroprogestative <sup>14</sup>	6 à 8	0,1
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Préservatif masculin	14	3
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Préservatif féminin	21	5
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Retrait	19	4
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Méthodes naturelles	20	1 à 9

## Annexe 2 :

### **Questionnaire Médecin :**

Age

sexe

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 contraception ?  
☐ 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 ☐ Obstétricien ☐ centre de planification familial

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 pilule microprogestative préservatifs ?

Avez-vous déjà prescrit des implants contraceptifs ? ☐ Oui si oui a quel tranche d'âge celle qui ont fait IVG oublié pilule ☐ Non

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

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

☐ Oui ☐ Non si non pourquoi ? manque de temps manque de formation ? peu de demande venant des patientes crainte d'une complication

Concernant votre pratique actuelle, avez-vous déjà retiré des implants ? ☐ Oui ☐ Non si non pourquoi ? manque de temps ? manque de formation ? autre ?

Si oui : Ou avez-vous appris ?

☐ Cours universitaire Formation post universitaire

☐ Stages hospitaliers ☐ Autres

☐ DIU ☐

Si non, Adressez-vous vos patientes vers des confrères ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, à qui ? ☐ Autre médecin généraliste ☐ Gynécologue médical ☐ Obstétricien ☐ centre de planification ☐ PMI

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

## **ANNEXE 3 :**

### **Mail adressé aux médecins généralistes :**

Chers confrères,

Je suis actuellement en dernier semestre d'internat de médecine générale, je réalise un travail de thèse concernant l'implant contraceptif et les médecins généralistes en Indre et Loire.

L'objectif principal de l'étude est de savoir si les médecins généralistes d'Indre et Loire posent et retirent des implants contraceptifs, les objectifs secondaires sont d'étudier vos pratiques en matière de consultation de contraception et de formation concernant la contraception.

Pour cela seriez vous d'accord pour m'aider et remplir ce questionnaire dont le lien se trouve ci après?

Les questionnaires seront traités de manière anonyme et permettront une analyse statistique des résultats.

Je vous remercie par avance de votre aide précieuse et vous prie de recevoir mes respectueuses salutations.

Pauline de la Farge.

Lien vers le questionnaire :

[https://docs.google.com/forms/d/1eoRSOkCEWCKlpSuETgwqlB\\_8pWQe5mi4vmKMdhcJA34/viewform?usp=send\\_form](https://docs.google.com/forms/d/1eoRSOkCEWCKlpSuETgwqlB_8pWQe5mi4vmKMdhcJA34/viewform?usp=send_form)



**Vu, le Directeur de Thèse**

**Vu, le Doyen  
de la Faculté de médecine de TOURS**

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

## **Faculté de Médecine de TOURS**

**de la Farge Pauline**

67 pages -13 figures –2 illustrations- 3 annexes

### **Résumé :**

*Contexte :* En France le moyen de contraception le plus prescrit est la pilule oestroprogestative. Alors que l'offre contraceptive y est importante le taux d'IVG reste stable. Du fait de la modification de la démographie médicale les médecins généralistes vont être amenés de plus en plus à assurer le suivi gynécologique de leurs patientes et à poser et retirer des implants contraceptifs.

*Question de recherche :* Implant contraceptif et médecins généralistes en Indre et Loire, qu'en est il en 2015 ?

*Méthode :* Il s'agit d'une étude transversale observationnelle, le recueil de données a été fait via un questionnaire anonymisé envoyé par mail aux médecins généralistes d'Indre et Loire.

*Résultats :* Une majorité (81%) des médecins généralistes a déjà prescrit l'implant contraceptif mais jamais en première intention. 66% en ont déjà posé et retiré. Les principaux freins sont majoritairement le manque de formation, le peu de demande de la part des femmes et la peur d'une complication.

*Conclusion :* Une amélioration de la formation initiale et continue à la pose et au retrait d'implants contraceptifs, et de l'accès à celle ci pourrait améliorer la prise en charge contraceptive.

### **Mots clés :**

- Implant contraceptif
- Contraception
- Médecin généraliste
- Gynécologie
- Indre et Loire

### **Jury :**

Président : Monsieur le Professeur Henri Marret

Membres : Monsieur le Professeur Gilles Body  
Monsieur le Professeur Franck Perrotin  
Monsieur le Docteur Bernard Bourreau  
Madame le Docteur Sylvie Osterreicher

**Date de la soutenance : 16 juin 2016**