

Année 2019

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État
par

Geoffroy LECAT

Né le 5 septembre 1986 à Chambray-lès-Tours (37)

LE SUIVI DE LA CONTRACEPTION DES FEMMES DE PLUS DE 40 ANS : ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU LOIR-ET-CHER À PARTIR DES DERNIÈRES RECOMMANDATIONS DE LA HAS.

Présentée et soutenue publiquement le 17 janvier 2019 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Henri MARRET, Gynécologie-Obstétrique, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Docteur Bernard BOURREAU, Gynécologie-Obstétrique, PH, CPEF – CIVG, CH - Blois

Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, Professeur Émérite, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Emmanuel RUSCH, Épidémiologie, Économie de la santé et prévention, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Sylvie OSTERREICHER, Médecine Générale, PH, CPEF – CIVG, CH - Blois

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : les femmes après 40 ans constituent une population spécifique en contraception. Les échecs et inadéquations de celle-ci conduisent à un nombre important de grossesses non programmées qui aboutissent une fois sur deux à une IVG chez ces femmes. De plus, leur risque cardio-vasculaire est relativement élevé à cet âge. Les recommandations HAS ont beaucoup évolué entre 2004 et 2015 afin qu'elles puissent choisir de manière éclairée une contraception fiable, tolérée, en toute innocuité. L'objectif de notre étude était de savoir si les médecins généralistes respectaient les recommandations HAS sur la contraception des femmes de plus de 40 ans. **MÉTHODES** : étude quantitative descriptive par auto-questionnaire ciblant les médecins généralistes du Loir-et-Cher. Échantillonnage par tirage au sort. Envoi de questionnaires papier puis rappel ciblé. Variables qualitatives décrites avec des pourcentages. Tests statistiques ciblés. **RÉSULTATS** : 83 questionnaires exploitables sur les 100 envoyés. 88% des médecins faisaient des suivis de contraception chez les femmes de plus de 40 ans. Les principales insuffisances étaient : la consultation dédiée (prévue dans 45% des cas), la proposition d'un dépistage VIH à l'occasion d'une biologie (22%), l'abord des contraceptions naturelles en cas de réticence de la patiente aux contraceptions médicales (4%), l'information de la patiente sur le renouvellement possible d'une pilule contraceptive par un pharmacien ou un infirmier (32%), la pose d'implants contraceptifs et de stérilets (respectivement 30% et 26% déclaraient en poser aux patientes de plus de 40 ans). **DISCUSSION** : les pratiques restent perfectibles concernant le suivi contraceptif des femmes après 40 ans. Les modifications de la formation initiale en médecine générale qui ont eu lieu ces dernières années amélioreront sûrement les connaissances et les pratiques des futurs médecins. Ceci sera à confirmer par des études ultérieures. Les FMC constituent un autre levier d'action important : les spécificités sur la contraception de la femme après 40 ans doivent y être abordées, en insistant sur les faiblesses mises en exergue dans notre étude.

MOTS CLÉS : médecine générale, gynécologie, contraception, médecine préventive, risque cardiovasculaire, 40 ans.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Women aged over 40 represent a specific population regarding contraception matters. Indeed, failures and inadequate contraception lead to an important number of unwanted pregnancies: in 50% of cases, those result in an abortion. Moreover, the exposure to cardiovascular disease is quite high at this age. The French National Authority for Health's (HAS) guidance have greatly evolved between 2004 and 2015 in order to let women choose, in an informed way, a safe and suitable contraception solution. We have investigated if General Practitioners did follow the HAS's guidance regarding contraception dedicated to women aged over 40. **METHODS:** quantitative study targeting GPs located in Loir-et-Cher (France). Sample randomly defined. Paper version of questionnaire sent out, usage of targeted reminders where needed. Qualitative variables described with percentages. Specific statistical tests. **RESULTS:** 83 workable questionnaires, out of 100 sent out. 88% of GPs stated following up contraception of women aged over 40. Most inadequacies identified: dedicated consultation (intended in 45% of cases), HIV screening proposal as part of wider biological screening (22%), natural contraception approached in case of reluctance from patient to use regular medical contraception (4%), patient informed about ability from chemist or nurse to renew contraceptive pill prescription (32%), contraceptive implant and IUD insertion (respectively 30 and 26% have stated implanting those to patients aged over 40). **DISCUSSION:** regarding the contraception follow up for women aged over 40, best practices can be improved. Amendments brought in the last years to GP's initial education program will improve for sure the knowledge and practices of future GPs. Further studies shall confirm it. Continuing medical education is also essential: covering contraception specificities for women aged over 40, insisting on weaknesses identified in our study.

KEY WORDS: General Practice, gynecology, contraception, preventive medicine, cardiovascular risk, 40 years old.

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie
Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales
Pr Hubert LARDY, Moyens – relations avec l'Université
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine générale
Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue
Pr Patrick VOURECH, Recherche

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Philippe ARBEILLE
Pr Catherine BARTHELEMY
Pr Christian BONNARD
Pr Philippe BOUGNOUX
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Pierre COSNAY
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr Alain GOUDEAU
Pr Noël HUTEN
Pr Olivier LE FLOCH
Pr Yvon LEBRANCHU
Pr Elisabeth LECA
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Pr Gérard LORETTE
Pr Roland QUENTIN
Pr Alain ROBIER
Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle.....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BODY Gilles.....	Gynécologie et obstétrique
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
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
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
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
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
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
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURCH Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David	Physiologie
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe	Biostat., informatique médical et technologies de communication
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire

REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Néphrologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BOREL Stéphanie.....	Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse.....	Médecine Générale
MONJAUZE Cécile.....	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves.....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
LE PAPE Alain.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle.....	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle.....	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

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.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Henri MARRET,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma haute considération.

A Monsieur le Docteur Bernard BOURREAU,

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail, je vous en remercie vivement.

A Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ,

Je vous suis reconnaissant de l'intérêt que vous avez porté à cette thèse et d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH,

Vous avez accepté de juger ce travail. Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Sylvie OSTERREICHER,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse : merci pour vos relectures, votre encadrement et votre disponibilité. Au-delà de ce travail, l'intérêt que vous portez à la santé des femmes est communicatif et précieux.

Aux Médecins du Département de Santé Publique de Tours, en particulier Madame le Dr Emeline Laurent et Monsieur Geoffrey Berthon,

Je vous remercie sincèrement de l'intérêt que vous avez porté à ma thèse et de l'aide méthodologique que vous m'avez fournie.

Aux Médecins généralistes ayant participé à cette étude,

Je vous remercie chaleureusement d'avoir répondu à mon questionnaire.

Aux Médecins ayant testé les questionnaires : je vous remercie de vos corrections et remarques qui ont été constructives.

A mes parents : merci pour tout ce que vous avez fait et faites toujours encore pour moi aujourd'hui. Merci Papa pour ta relecture et pour les envois postaux.

A Delphine et Astrid : merci pour votre soutien, votre écoute et votre présence durant ces longues études. Et merci Bikette pour la traduction en Anglais !

Aux médecins qui ont participé à ma formation durant l'internat : j'espère être digne de l'enseignement que vous m'avez donné. Je remercie tout particulièrement mes MSU de niveau 1 et SASPAS qui m'ont accueilli dans leurs cabinets et leurs maisons (Dr Hardillier, Dr Baudron, Dr Auzary, Dr Chaleix, Dr Constant, Dr Guillemont) : j'espère transmettre aussi bien que vous l'amour de notre profession.

A toutes les équipes soignantes que j'ai rencontrées et avec lesquelles j'ai eu la chance de travailler : merci d'avoir participé à ma formation.

A mes compagnons de route dans les services et internats que j'ai traversés : Hélène, Catherine, Vivien, Feta, Benji, Aurélie, Pauline, Roxane, Sala, Amandine, Marion et Marion, Adèle, Lucie, Lena, Hana, Thomas, Tony... Grâce à vous, je garde beaucoup de joyeux souvenirs de collocation, de travail en équipe et de soirées diverses.

A mes amis de toujours : merci de votre amitié fidèle. Les moments que nous passons ensemble sont précieux.

A Bouclette : merci pour ta relecture attentive, ta bienveillance et tes encouragements durant ce travail qui n'était qu'une petite étape dans notre vie. Je t'aime chaque jour davantage.

A Cacahuète : ta présence s'est renforcée durant ce travail. J'ai hâte de te rencontrer et de te donner un vrai prénom !

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS.....	14
1 INTRODUCTION	15
1.1 L'IVG en France : les femmes de plus de 40 ans concernées	16
1.1.1 Incidence des IVG en France.....	16
1.1.2 Complications des IVG	16
1.1.3 Situations à risque d'IVG	17
1.2 Rappel des contraceptions existantes et de leur efficacité (Cf. Annexe A7).....	18
1.3 Particularités de la contraception des femmes de plus de 40 ans	18
1.3.1 Bénéfices et risques des contraceptions médicales	18
1.3.1.1 Bénéfices non contraceptifs des contraceptions médicales	18
1.3.1.2 Risques cardiovasculaires.....	20
1.3.1.2.1 Risque thromboembolique veineux.....	20
1.3.1.2.2 Risques d'AVC et d'IDM.....	21
1.3.1.3 Risque de cancer du sein	22
1.3.2 Evolution du modèle contraceptif français.....	22
1.3.3 Contraception définitive en France	23
1.3.3.1 Stérilisation tubaire chirurgicale	23
1.3.3.2 Stérilisation tubaire par voie hystéroscopique Essure® (Disponible aux USA).....	24
1.3.3.3 Vasectomie	24
1.3.4 Les contraceptions hors AMM après 40 ans	25
1.3.4.1 L'implant contraceptif à l'Etonogestrel (Nexplanon®)	25
1.3.4.2 Les macro-progestatifs	25
1.4 Pratique des médecins généralistes dans le suivi contraceptif	26
1.4.1 Manque de formation	27
1.4.2 Des conditions de suivi de la contraception perfectibles.....	28
1.4.3 Temps consacré à la contraception en consultation	29
2 MATERIEL ET METHODES.....	30
2.1 Type d'étude	30
2.2 Population de l'étude	30
2.2.1 Critères d'inclusion.....	30
2.2.2 Critères d'exclusion	31
2.3 Objectif principal.....	31
2.4 Objectifs secondaires	31
2.5 Questionnaire	32
2.6 Recueil des données.....	33
2.7 Saisie des données et analyses statistiques.....	33
2.8 Aspect éthique et réglementaire	34

3	RESULTATS.....	35
3.1	Renseignements généraux.....	35
3.1.1	Age.....	35
3.1.2	Sexe.....	36
3.1.3	Milieu d'exercice	36
3.1.4	Nombre quotidien de consultations	37
3.1.5	Mode d'exercice	37
3.1.6	Enseignement complémentaire en gynécologie.....	38
3.1.7	Pratique du suivi de contraception chez les patientes de plus de 40 ans	38
3.2	Déroulement des consultations à motif gynécologique	39
3.2.1	Consultation dédiée à la contraception.....	39
3.2.2	Critères contrôlés lors d'un renouvellement de contraception oestroprogestative	41
3.2.3	Dépistage VIH à l'occasion d'un bilan sanguin	41
3.2.4	Attitude devant une patiente désireuse de changer de contraception	42
3.2.5	Discussion du type de contraception devant une modification de situation personnelle, affective ou sociale.....	43
3.3	Prévention des échecs de contraception.....	44
3.3.1	Présence d'une contraception	44
3.3.2	Patiente réticente aux contraceptions médicales	44
3.3.3	Réévaluation des connaissances des patientes sur la contraception.....	45
3.3.4	Information sur les modalités de rattrapage en cas d'oubli de pilule	46
3.3.5	Information sur la contraception d'urgence.....	46
3.3.6	Information sur la possibilité de renouvellement de pilule par un pharmacien ou un infirmier	48
3.4	Contraceptions de longue durée d'action.....	49
3.4.1	Pose d'implants.....	49
3.4.2	Pose de stérilets	50
3.4.3	Abord de la contraception définitive.....	52
3.5	Petit quizz	54
3.5.1	Contraceptions augmentant le RTEV (X3 ou plus)	54
3.5.2	Situations où une contraception oestroprogestative est fortement déconseillée après 40 ans	55
4	DISCUSSION.....	56
4.1	Forces et limites de l'étude	56
4.1.1	Population de l'étude	56
4.1.1.1	Choix de la population	56
4.1.1.2	Représentativité de l'échantillon et taux de réponse	57
4.1.2	Questionnaire.....	58
4.1.3	Choix des variables à tester	61
4.2	Objectif principal.....	61

4.2.1	Déroulement des consultations	62
4.2.2	Prévention des échecs de contraception	65
4.2.3	Contraception de longue durée d'action.....	69
4.3	Objectifs secondaires	70
4.4	Perspectives d'études.....	75
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES		77
ANNEXES A		86
ANNEXES B.....		94
TABLE DES FIGURES.....		105
TABLE DES TABLEAUX STATISTIQUES		106

ABREVIATIONS

AMM : *Autorisation de Mise sur le Marché*
ASMR : *Amélioration du Service Médical Rendu*
AVC : *Accident Vasculaire Cérébral*
BERCER : *Bienvenue Entretien Renseignement Choix Explication Retour*
CECOS : *Centre d'Etude et de Conservation des Oeufs et du Sperme humains*
CHRU : *Centre Hospitalier Régional Universitaire*
CIL : *Correspondant Informatique et Libertés*
CNAM : *Caisse Nationale d'Assurance Maladie*
CNGOF : *Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français*
CNIL : *Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés*
CNOM : *Conseil national de l'Ordre des médecins*
COP : *Contraception OestroProgestative*
CPAM : *Caisse Primaire d'Assurance Maladie*
CPEF : *Centre de Planification et d'Education Familiale*
DIU : *Dispositif Intra-Utérin*
DMO : *Densité Minérale Osseuse*
DREES : *Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques*
EE : *EthinylEstradiol*
ERERC : *Espace de Réflexion Ethique Région Centre val de loire*
FDRCV : *Facteur De Risque CardioVasculaire*
FMC : *Formation Médicale Continue*
GEU : *Grossesse Extra-Utérine*
GNP : *Grossesses Non Programmées*
HAS : *Haute Autorité de Santé*
HPST : *Hôpital, Patients, Santé et Territoire*
HTA : *HyperTension Artérielle*
IDM : *Infarctus Du Myocarde*
IMC : *Indice de Masse Corporelle*
INSEE : *Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques*
IST : *Infection Sexuellement Transmissible*
IVG : *Interruption Volontaire de Grossesse*
LDT : *Ligature De Trompes*
OMS : *Organisation Mondiale de la Santé*
POP : *Pilules OestroProgestatives*
RR : *Risque Relatif*
RTEV : *Risque Thrombo-Embolique Veineux*
SASPAS : *Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé*
SIDA : *Syndrome d'Immunodéficience Acquise*
SIU : *Système Intra-Utérin*
USA : *United States of America*
VIH : *Virus de l'Immunodéficience Humaine*

1 INTRODUCTION

La proportion de grossesses interrompues par une IVG est importante chez les femmes de plus de 40 ans. Lors d'une grossesse non programmée, environ 50% de celles-ci choisissent d'interrompre leur grossesse (1).

Il s'agit très souvent d'un échec de contraception et/ou d'une inadéquation de la méthode contraceptive (2).

Les moyens de contraception médicale se sont particulièrement diversifiés ces dernières années. Pourtant, la pilule oestroprogestative reste utilisée par environ 23% des femmes après 40 ans malgré un risque cardiovasculaire majoré et des oublis fréquents. La part des femmes sans contraception à cet âge représente environ 4.9% (3).

Les méthodes de contraception naturelle, dont on sait qu'elles sont moins efficaces, sont de plus en plus utilisées : les femmes sont environ 12% chez les plus de 40 ans à choisir ces méthodes (3).

Environ 45% des prescriptions initiales de contraceptifs et 58% des renouvellements sont rédigés par un médecin généraliste (4) : ce qui fait de lui un acteur central et accessible pour le suivi contraceptif des femmes. De plus, la démographie médicale en France est telle (chute de 58% du nombre de gynécologues médicaux en activité entre 2013 et 2015), que pour répondre à la demande des patientes, les médecins généralistes devront se former au suivi contraceptif.

Le modèle dominant semble être, aujourd'hui encore, celui d'une relation dans laquelle les décisions relèvent pour l'essentiel du professionnel de santé (5). Une meilleure application des dernières recommandations de la HAS (5,6) pourrait diminuer les échecs contraceptifs (7).

Les études sur la contraception des femmes de plus de 40 ans sont peu nombreuses, leurs résultats parfois anciens et divergents.

Cette thèse a pour objectif d'évaluer les pratiques professionnelles des médecins généralistes du Loir-et-Cher, concernant le suivi de la contraception des femmes de plus de 40 ans, à partir des dernières recommandations de la HAS (5,6).

1.1 L'IVG en France : les femmes de plus de 40 ans concernées

Une bonne connaissance de l'épidémiologie de l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) et des Grossesses Non Programmées (GNP) est un préalable important pour adapter au mieux une stratégie de prévention et de prise en charge (8).

Aujourd'hui, le nombre d'IVG en France reste stable (Cf. Annexe A3) : les femmes de plus de 40 ans sont concernées et très souvent il s'agit d'un échec de contraception et/ou d'une inadéquation de la méthode contraceptive (2).

1.1.1 Incidence des IVG en France

L'IVG reste toujours aussi fréquente qu'à la fin des années 1970 (Cf. Annexe A2). Les GNP ont bien diminué, mais le nombre d'avortements n'a pas baissé. Ceci s'explique par l'augmentation du recours à l'IVG en cas de grossesse non programmée (9).

En 2015, 218 100 IVG ont été réalisées en France (à mettre en parallèle avec près de 800 000 naissances), dont 203 500 en métropole. Les chiffres sont pratiquement similaires ces dernières années mais fluctuants (Cf. Annexe A3) (8,10).

Les femmes de plus de 40 ans représentent 6.6% du total des IVG (11). Cette proportion paraît faible mais elle est à mettre en parallèle avec la diminution de fécondité survenant à cet âge. De 1990 à 2015, le taux de recours à l'IVG (nombre d'IVG / 1000 femmes) chez les femmes de plus de 40 ans est stable (10). Il y a donc relativement peu d'IVG après 40 ans comparé aux autres classes d'âge. Cependant, la proportion d'IVG est très importante : il y a autant de naissances que d'IVG dans cette classe d'âge (Cf. Annexe A4).

Ce rapport IVG/Naissances vivantes pour les femmes de plus de 40 ans, a récemment tendance à diminuer en raison de l'augmentation des grossesses désirées à cet âge (12) : cela peut s'expliquer par la nouvelle norme procréative.

1.1.2 Complications des IVG

La dépénalisation de l'IVG en France a permis de faire quasiment disparaître les décès maternels provoqués par les avortements volontaires (13).

Dans une étude rétrospective californienne (14) sur plus de 50 000 IVG, le taux de recours aux urgences hospitalières pour une complication liée à l'avortement était de 0,87 %.

Le taux de complications majeures était de 0,23 % (IVG instrumentale = 0,16 % et IVG médicamenteuse = 0,31 %). En l'absence de données françaises récentes, nous pouvons néanmoins estimer que le taux de complications des IVG en France est proche de ces données (13).

Le taux de complications précoces post IVG est donc faible. Ces complications sont le plus souvent mineures et nécessitent rarement des soins hospitaliers. Les femmes après 40 ans n'ont pas plus de complication post IVG nécessitant une prise en charge par les urgences que les femmes de 20-24 ans (population référente).

1.1.3 Situations à risque d'IVG

Il est évident que la situation la plus à risque d'IVG est l'absence de contraception. Ne pas s'être sentie « à risque » d'être enceinte constitue la raison principale de non utilisation d'une contraception (15). Les femmes de plus de 40 ans peuvent parfois penser à tort qu'elles sont ménopausées.

Les femmes qui disposent de moins de ressources sociales (au chômage, aux revenus les plus faibles, sans Sécurité sociale), de même que les femmes de plus de 40 ans et celles qui sont nées en Afrique subsaharienne se déclarent plus souvent sans contraception au moment d'une l'IVG (41% chez les plus de 40 ans) (2).

Deux tiers des IVG sont ainsi dues à des échecs contraceptifs (Cf. Annexe A5). Le recours à l'avortement traduit avant tout des difficultés à la pratique contraceptive au quotidien et une inadéquation de la méthode contraceptive.

50% des femmes ayant une IVG ont changé de contraception dans les 6 mois précédents l'événement (contre 16% pour celles qui n'ont pas eu d'avortement) : le risque d'échec contraceptif est donc très important au début de l'utilisation d'une méthode et au moment d'un changement de contraception (16).

L'usage non systématique ou les erreurs de prise sont les principaux motifs des échecs. Les échecs sont d'autant plus importants que la méthode nécessite une prise quotidienne (15).

35% des IVG en France concernent des femmes qui avaient déjà eu recours à l'IVG auparavant : nous observons actuellement un recours moindre à l'IVG mais plus souvent répété (Cf. Annexe A6) (1,17). Avoir déjà eu une IVG augmente donc le risque d'y être à nouveau soumise.

Le type de contraception utilisé après une première IVG est donc essentiel mais reste une question débattue dans de nombreux pays (17). Une étude en Nouvelle-Zélande (18) montre que la prescription d'une méthode de contraception « au long cours », comme le stérilet ou l'implant contraceptif, aux femmes qui ont une première IVG limite le recours à un deuxième avortement.

En France, en post-IVG : 1 femme sur 5 sort sans prescription contraceptive, la moitié ont une prescription de pilule tandis que 30 % choisissent une méthode à longue durée d'action(2). Les professionnels de santé doivent donc être attentifs à la contraception prescrite en post-IVG en fonction du choix des femmes mais aussi des échecs des précédentes contraceptions (8).

1.2 Rappel des contraceptions existantes et de leur efficacité (Cf. Annexe A7)

Indice de Pearl = nombre de grossesses pour 100 femmes survenues à 1 an d'une utilisation optimale d'une contraception (lors des essais cliniques).

La fréquence des échecs de contraception reflète les difficultés de la gestion contraceptive au quotidien. Cela se traduit par un écart conséquent entre l'efficacité des méthodes dans les conditions d'une utilisation optimale (telle que mesurée dans une population sélectionnée incluse dans les essais cliniques) et leur efficacité enregistrée dans les conditions de leur utilisation courante (en population générale) (15).

Ces différences sont d'autant plus grandes que ces méthodes nécessitent une vigilance quotidienne ; les méthodes les plus efficaces en utilisation courante étant celles qui ne demandent pas une observance régulière.

1.3 Particularités de la contraception des femmes de plus de 40 ans

1.3.1 Bénéfices et risques des contraceptions médicales

1.3.1.1 Bénéfices non contraceptifs des contraceptions médicales

Les pilules oestroprogestatives (POP), en particulier les plus récentes et les moins dosées en œstrogènes, réduisent toutes le volume des menstruations en usage conventionnel (19). Elles réduisent également les récurrences des dysménorrhées, les douleurs pelviennes et

la récurrence des endométriomes, en particulier après un traitement chirurgical d'une endométriose (20). Le risque de survenue d'un cancer de l'endomètre chute de 50% chez ses utilisatrices ($0.43 < RR < 0.65$ selon les études) (21,22). Une diminution similaire des cancers épithéliaux ovariens a été mise en évidence avec un effet temps-dépendant. La réduction de l'incidence de ce cancer atteint 50% pour les femmes prenant une POP au-delà de 10 ans (23). Cette contraception semble également avoir un effet protecteur, au long cours, sur la survenue des cancers colorectaux avec une diminution de 20% de leur incidence : à noter que cette protection est plus forte tant que la femme est sous POP (24). Le risque de survenue d'une Grossesse Extra-Utérine (GEU) diminue sous POP. En effet, comme toute contraception, elle diminue le risque de grossesse en général mais l'explication semble également résider dans la diminution des maladies inflammatoires pelviennes (25). Les patientes qui souffrent d'un syndrome prémenstruel voient également leurs symptômes physiques et psychiques diminuer sous POP, en particulier celles contenant de la Drospirénone (26–28).

Le Système Intra-Utérin (SIU) au Levonorgestrel (Mirena®) est actuellement le meilleur traitement médical des ménorragies. Il est efficace dans plus de 80% des cas. Son coût est intéressant et il est moins invasif que l'endometrectomie et l'hystérectomie : celles-ci restent cependant indiquées en cas d'échec du Mirena® ou de contre-indications (19). Le Mirena® a été associé à une diminution du risque de cancer de l'endomètre et du cancer de l'ovaire, respectivement 50% et 40% (29). L'insertion d'un Mirena® a montré une diminution des douleurs chez des femmes présentant de l'endométriose : il reste un traitement de 2^{nde} intention en attendant des études supplémentaires (30,31).

La contraception injectable contenant de la Médroxyprogestérone (Dépo-provera®) réduit significativement les crises douloureuses chez les femmes drépanocytaires (32). Elle réduit également les douleurs associées à l'endométriose, de manière comparable aux autres contraceptions hormonales. Les dysménorrhées semblent également plus supportables sous Dépo-provera® en comparaison avec les POP (33).

L'implant contraceptif à l'Etonogestrel (Nexplanon® anciennement Implanon®) diminue les douleurs d'endométriose et les dysménorrhées, sans différence significative avec le Dépo-provera® (34).

Le Dispositif Intra-Utérin (DIU) au Cuivre diminue le risque de cancer de l'endomètre d'environ 50% avec un effet temps-dépendant (35). Il diminuerait également de 50% le risque de cancer du col de l'utérus : l'explication principale serait un meilleur suivi des femmes porteuses d'un DIU (36).

Concernant la densité minérale osseuse (DMO) et le risque fracturaire : beaucoup d'études mentionnent l'effet bénéfique des POP (25,37,38). Cependant, il existe de nombreux biais en raison des multiples facteurs qui influencent la DMO. De plus, il est très difficile de trouver un groupe contrôle qui n'a jamais été exposé à la contraception hormonale. Les microprogestatifs (formes orales, Nexplanon®, SIU) ne semblent pas avoir d'effet significatif sur la DMO (39). Les macroprogestatifs, en particulier le Dépo-provera®, de par l'inhibition ovarienne causant un hypo-oestrogénisme, diminuent la DMO (40,41). Cependant, il n'a pas été montré que cela était corrélé à une augmentation du risque fracturaire (42).

1.3.1.2 Risques cardiovasculaires

1.3.1.2.1 Risque thromboembolique veineux

Le Risque Thrombo-Embolique Veineux (RTEV) est en moyenne de 4/10 000 par an dans la population féminine. Il double de 20 à 40 ans, pour atteindre 1/1000 chez les femmes > 45 ans dont 10% de décès (43) (Cf. Annexe A8). Le RTEV est influencé par de nombreux facteurs de risques : âge, IMC, tabac, antécédents familiaux de thrombose veineuse profonde, contraception hormonale... (Cf. Annexe A9). Il augmente de manière progressive depuis une quinzaine d'années en raison de l'augmentation de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) et des perturbateurs endocriniens. Cependant l'utilisation des POP explique une partie substantielle de cette augmentation parmi les femmes en âge de procréer (43).

L'augmentation du RTEV sous POP est connue depuis leur introduction en 1961. Celle-ci varie selon la dose d'œstrogène, le type et la dose de progestatif (Cf. Annexe A10). En effet, avec un même progestatif, passer de 30 à 20 µg d' EthinylEstradiol (EE) diminue le RTEV de 18% (44). La durée d'utilisation diminue le RTEV : jusqu'à 34% après 4 ans de prise continue (44). Dans l'ensemble, une POP de 1^{ère} ou 2^e génération (noréthistérone^a, lévonorgestrel, norgestimate^b) multiplie par 3 le RTEV alors qu'une 3^e ou 4^e génération (désogestrel, gestodène, drospirénone, acétate de cyprotérone) le multiplie par 6 (45). Selon une étude française récente (46), la POP la moins à risque d'accident cardiovasculaire grave est l'association lévonorgestrel 0.1 mg / EE 20 µg (Leeloo® et génériques). Il convient donc d'évaluer régulièrement le RTEV de chaque patiente avant d'instaurer ou renouveler une POP :

^a A noter qu'il n'existe actuellement plus de POP contenant de la noréthistérone en France depuis l'arrêt de commercialisation de Triella® en novembre 2016.

^b Classée parmi les 2^e génération en France depuis 2014 en raison de ses effets métaboliques et cliniques comparables au lévonorgestrel (Pas de consensus international).

en particulier chez les femmes > 40 ans et/ou obèses. La meilleure stratégie, concernant le RTEV, serait de réduire la part des POP dans le paysage contraceptif français au profit d'autres méthodes notamment chez les femmes de plus de 40 ans (46).

L'administration d'EE non orale semble être plus thrombogène que per os. Ainsi, l'anneau vaginal (Nuvaring®) et le patch contraceptif (Evra®) augmentent le RTEV de la même manière qu'une POP de 3^e ou 4^e génération (43,47).

Les pilules microprogestatives (Désogestrel 75 µg) et les SIU au lévonorgestrel (Mirena®) n'augmentent pas le RTEV. Le Mirena® aurait même un effet protecteur : cela reste à confirmer (44,48).

L'implant contraceptif à l'Etonogestrel (Nexplanon® anciennement Implanon®) augmenterait faiblement le RTEV (OR=1.4) (47).

La contraception injectable (Dépo-provera®) augmente le RTEV de manière similaire à une POP de 2^e génération (OR=3.6) (48).

A noter que les Macroprogestatifs (hors AMM pour la contraception en France), utilisés majoritairement pour des troubles menstruels, augmenteraient de manière significative le RTEV avec un RR > 5 (49,50).

1.3.1.2.2 Risques d'AVC et d'IDM

Bien que les thromboses artérielles soient moins fréquentes que les pathologies thromboemboliques veineuses, les conséquences à court et long terme sont souvent plus lourdes. Chez les femmes < 30 ans, les risques d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et d'Infarctus Du Myocarde (IDM) ne dépassent pas respectivement 10.5/100 000 par an et 2.2/100 000 par an. Raison pour laquelle cette dimension est peu prise en compte comparée au RTEV. Les incidences augmentent significativement avec l'âge pour atteindre 64.4/100 000 et 38.2/100 000 entre 45 et 49 ans (Cf. Annexe A11). Le sur risque engendré par la contraception après 40 ans devient donc préoccupant.

La contraception oestroprogestative augmente, dans les mêmes proportions, les risques d'AVC et d'IDM. Concernant les POP, le RR est d'environ 1.6. Il n'y a pas de différence majeure selon le type de progestatif utilisé alors que l'augmentation de la dose d'estrogène semble faire croître significativement les risques (51). Les formes non orales (Nuvaring® et Evra®) semblent plus thrombogènes également au niveau artériel. Le RR atteint 3.2 pour Evra® et 2.5 pour Nuvaring® (52).

Les pilules microprogestatives (Désogestrel 75 µg) n'augmentent pas les risques d'AVC ou d'IDM : en particulier chez les patientes présentant une Hypertension Artérielle (HTA) ou un lupus (53).

Le SIU au lévonorgestrel (Mirena®) et les macroprogestatifs n'ont pas non plus montré de modification du risque d'AVC ou d'IDM chez leurs utilisatrices (53).

L'implant contraceptif à l'Etonogestrel (Nexplanon® anciennement Implanon®) augmente le risque d'IDM (RR=2.1) mais ne montre pas de surrisque d'AVC (52).

La contraception injectable (Dépo-provera®) pourrait avoir un impact délétère au niveau vasculaire (54), mais les données restent limitées, en particulier pour la femme de plus de 40 ans. L'utilisation de cette contraception chez les femmes présentant des risques cardiovasculaires (dont la femme de plus de 40 ans) doit donc être prudente.

1.3.1.3 Risque de cancer du sein

Il y est admis qu'il existe une discrète augmentation du risque de cancer du sein sous POP. Cependant, celle-ci semble faible ($1.08 < RR < 1.21$) et les résultats sont contrastés et souvent peu significatifs (23,55,56).

1.3.2 Evolution du modèle contraceptif français

Chez la femme de plus de 40 ans, la fécondabilité est nettement diminuée par rapport à une femme entre 25 et 30 ans : elle passe de 20% à 8% par cycle (57). Cette diminution de fertilité, bien connue des médecins et des patientes, explique en partie une vigilance contraceptive plus faible. En effet, après 40 ans, les femmes sont plus nombreuses à être sans aucune contraception (environ 4.9%) ou à utiliser une contraception « naturelle » (environ 12%) (3). Or, les femmes ne sont pas toutes égales devant la chute de fertilité liée à l'âge : il est donc important de privilégier une contraception efficace afin d'éviter les GNP et les IVG, d'autant plus que la morbidité materno-fœtale est augmentée à cet âge (58).

Par ailleurs, le rapport bénéfices/risques de la POP chez la femme après 40 ans apparaît clairement défavorable : moins bonne efficacité en pratique courante, augmentation du RTEV, des risques d'AVC et d'IDM, prise quotidienne contraignante. La part occupée par cette contraception reste pourtant importante : près de 20% des femmes l'utilisent après 40 ans, un paradoxe dans le modèle contraceptif français (3). Cependant, le recours à la POP a reculé

depuis 2000 (59). Le déremboursement des POP de 3^e et 4^e générations en mars 2013, à la suite de la polémique que nous connaissons, a accéléré cette décroissance (Cf. Annexe A12). Cela a provoqué une désaffection à l'égard des POP en général et une recrudescence des contraceptions « naturelles » voire l'absence de contraception. La polémique des pilules de 3^e et 4^e générations semble avoir eu un effet marqué sur le paysage contraceptif français, sans que l'on puisse dire aujourd'hui si cet effet sera durable (3).

1.3.3 Contraception définitive en France

La stérilisation à visée contraceptive chez la femme est parmi les contraceptions les plus utilisées dans le monde : aux USA, elle concerne 10 millions de femmes en âge de procréer (60). En France, la légalisation de la stérilisation à visée contraceptive par la loi « Aubry » de juillet 2001 (Cf. Annexe A1) a coïncidé avec l'AMM européenne des Essures® la même année.

A la suite d'une polémique ayant progressé depuis 2015, le laboratoire Bayer® a finalement décidé d'arrêter la commercialisation des Essures® en septembre 2017 (excepté aux USA). La stérilisation tubaire chirurgicale (communément nommée « Ligature de trompes ») est donc l'unique technique actuellement disponible en France pour la contraception définitive féminine.

Chez la personne majeure, la loi ne prévoit pas de conditions d'âge, de nombre d'enfants ou de statut marital. Cependant la contraception définitive intéresse essentiellement les femmes après 40 ans (Cf. Annexe A13) : celles-ci ont en général assouvi leur désir d'enfant et souhaitent une contraception fiable, définitive, sans surrisque cardiovasculaire et surtout non astreignante.

Nous parlerons également de la stérilisation à visée contraceptive chez l'homme : peu utilisée en France (0.8% des hommes en couple), elle est pourtant très efficace, peu invasive et plébiscitée dans d'autres pays du globe comme le Canada ou le Royaume-Uni (respectivement 15.2% et 18% des hommes en couple) (61).

1.3.3.1 Stérilisation tubaire chirurgicale

Il existe de multiples techniques que nous ne détaillerons pas ici : elles sont toutes sûres (62) et efficaces, avec un taux de grossesses estimé à environ 0.46% (63).

Contrairement à la méthode Essure®, la Ligature De Trompes (LDT) a une efficacité immédiate. Elle présente également un recul important : la première technique a été décrite par

Pommeroy en 1929 et les clips ont fait leur apparition dans les années 1970. Autre avantage : en cas de demande de reperméabilisation des trompes, celle-ci est possible avec des résultats globalement bons (taux de grossesses compris entre 31 et 88%) (64).

La LDT semble moins efficace que la méthode Essure® et présente les complications inhérentes à toute chirurgie : le taux de morbidité majeur est estimé à 4/1000 (62).

1.3.3.2 Stérilisation tubaire par voie hystéroscopique Essure® (Disponible aux USA)

Avant l'arrêt de sa commercialisation (sauf aux USA) en septembre 2017, la méthode Essure® a connu un succès notable en France depuis 2001. Ainsi, nous étions le 2^e pays au monde, après les Etats-Unis, en nombre absolu de poses et le 1^{er} pays où cette méthode devançait la LDT (65). Depuis 2006, la méthode Essure® était recommandée en première intention par la HAS et remboursée par l'assurance maladie pour les femmes de plus de 40 ans (66) : cette limite d'âge ayant été supprimée en octobre 2012 (67).

L'arrêt de commercialisation des Essures® est un nouveau coup dur pour l'image des contraceptions médicales qui s'ajoute à la polémique des pilules de 3^e et 4^e génération en 2012. Depuis 2012, une tendance à une remise en cause du paysage contraceptif se dégage en France au profit de contraceptions naturelles et de l'absence de contraception. On observe une méfiance de plus en plus importante des patientes à l'égard des contraceptions médicales, en particulier hormonales (3).

1.3.3.3 Vasectomie

Parmi les méthodes de stérilisation à visée contraceptive, la vasectomie semble être de loin la plus intéressante. Elle présente de nombreux avantages : peu invasive, simple, peu coûteuse. Les complications sont rares (1 à 2%) et le plus souvent mineures : hémorragies, hématomes, infections et douleurs scrotales chroniques. Elle ne présente aucune complication grave à long terme (68,69). En cas de regret, plusieurs possibilités existent : utilisation de sperme préalablement conservé au CECOS, possibilité d'extraction chirurgicale de spermatozoïdes testiculaires, reperméabilisation des déférents par microchirurgie. Chaque méthode donnant de bons résultats (69).

L'inconvénient majeur réside dans l'efficacité différée de la méthode : 3 voire 6 mois seront nécessaires pour que la méthode soit efficace. Seule une azoospermie confirmée sur 2 spermogrammes à 3 mois d'intervalle permet de confirmer l'efficacité de la méthode (69).

Pour la majorité des couples en France, la contraception est assumée par les femmes. Environ 12% des femmes de plus de 40 ans déclarent utiliser le préservatif masculin comme moyen de contraception (3). La vasectomie, autre contraception masculine, reste marginale dans notre pays : 0.8% des hommes en couple (61). Pourtant, cette méthode est de loin la plus efficiente des contraceptions définitives.

1.3.4 Les contraceptions hors AMM après 40 ans

1.3.4.1 *L'implant contraceptif à l'Etonogestrel (Nexplanon®)*

Le Nexplanon® est parmi les contraceptions les plus efficaces en pratique courante (Cf. Annexe A7) : il ne présente par ailleurs aucune contrainte de prise quotidienne et ainsi aucun oubli. Concernant le risque cardiovasculaire, il augmenterait modérément le RTEV (RR=1.4) (47) et le risque d'IDM (RR=2.1) (52).

Les contraceptions les plus efficaces après 40 ans sont les DIU au cuivre et les SIU au lévonorgestrel (Mirena®) (70). Celles-ci présentent également l'avantage de ne pas augmenter le risque cardiovasculaire. Le Nexplanon® semble être l'alternative la plus efficace pour des femmes de plus de 40 ans, réfractaires ou intolérantes aux stérilets (DIU et SIU), qui ne souhaitent pas de contraception définitive.

D'après l'avis d'efficiencia de la HAS de septembre 2015 (70), l'absence d'élargissement de l'AMM est dû à des motivations purement économiques : le Nexplanon® coûtant plus cher que les stérilets.

Le prochain renouvellement d'inscription du Nexplanon® sur la liste des médicaments remboursables aura lieu en 2020 : l'AMM sera alors peut-être élargie aux femmes de plus de 40 ans.

1.3.4.2 *Les macro-progestatifs*

La périménopause est une période complexe de la vie génitale féminine. L'âge médian de survenue se situe à 45,5 ans. Sa durée moyenne serait de 3,8 ans avec des écarts très

importants en ce qui concerne l'âge de survenue, la durée et l'importance relative des différents signes cliniques. La prise en charge s'impose uniquement chez les patientes symptomatiques et repose sur un traitement qui sera, idéalement, contraceptif, antigonadotrope et le plus neutre possible sur le plan métabolique (71).

Les macroprogestatifs sont souvent prescrits chez des femmes de plus de 40 ans présentant des signes cliniques de périménopause. Ils sont très efficaces sur les signes cliniques liés à l'hyperestrogénie (mastodynies, ménométrorragies, troubles de l'humeur, rétention hydrosodée, pesanteur pelvienne, troubles du transit, nausées, asthénie). Dans cette indication, le schéma de prise consiste à prendre un macroprogestatif du 16^e au 25^e jour du cycle pour pallier l'insuffisance lutéale et l'hyperestrogénie. En le prenant du 1^{er} au 21^e jour du cycle, le schéma devient de plus contraceptif. Hors, l'utilisation à visée contraceptive est hors AMM en France : en raison de l'augmentation importante du RTEV ($RR > 5$) (49,50) et de l'absence d'évaluation de l'efficacité contraceptive dont les échecs semblent cependant rares en pratique courante (72). A noter également, le risque augmenté de cancer du sein ($RR = 1.44$) en cas d'utilisation longue (> 4.5 ans) : ce surrisque s'atténue rapidement après l'arrêt du macroprogestatif (73).

En cas de contre-indication ou d'intolérance aux alternatives thérapeutiques (Mirena®, contraceptions oestroprogestatives), il paraît légitime de prescrire un macroprogestatif avec un schéma contraceptif (hors AMM) chez une patiente en périménopause présentant des signes gênants d'hyperestrogénie (72). Il conviendra d'évaluer au préalable le RTEV de la patiente (Cf. Annexe A9) et de l'informer du surrisque.

1.4 Pratique des médecins généralistes dans le suivi contraceptif

Comme nous l'avons vu précédemment, le modèle contraceptif des femmes après 40 ans est perfectible. Les recommandations de la HAS (5) sur les stratégies de choix d'une méthode contraceptive chez la femme se réfèrent au modèle BERCER (74), fondé sur un partenariat entre le soignant d'une part, la femme ou le couple d'autre part. Ces derniers sont les experts de leur propre vie et donc à même de faire les meilleurs choix. Le rôle du prescripteur consiste à « éclairer » ce choix en leur présentant de façon compréhensible et objective les différentes options possibles.

1.4.1 Manque de formation

Depuis la loi du 31 décembre 1979 (Cf. Annexe A1), la contraception fait partie de la formation médicale. Pourtant le temps consacré aux questions de planification familiale est faible au cours des études de médecine générale. Variable selon les universités, le 2^e cycle n'offre que quelques heures d'enseignement théorique et un stage de trois mois en service de gynécologie obstétrique où on pratique peu la contraception. Ensuite, pendant leur internat de médecine générale, les internes doivent souvent choisir entre un stage en service de pédiatrie ou un stage en service de gynécologie-obstétrique : une très grande partie des internes n'effectuent donc pas de stage en gynécologie-obstétrique (7).

La formation et la culture médicale ne favorisent pas les consultations dédiées à la contraception. Lors de ces consultations, le médecin est en effet confronté à une patiente en bonne santé, pour laquelle il n'a pas à soigner une maladie et n'a pas non plus un rôle de prévention d'une pathologie. De plus, la contraception est intimement liée à la sexualité : ce sujet devrait être abordé sans à priori. Une modification de la situation personnelle, affective ou sociale peut faire discuter un changement de méthode contraceptive (74). Or, le sujet du mode de vie ou de la sexualité est très peu abordé lors de ces consultations (75).

Dans ces conditions il n'est guère étonnant d'observer que le praticien retient la méthode qu'il juge techniquement la plus efficace et qu'il connaît la mieux, sans nécessairement prendre en compte la situation et les attentes plus ou moins bien exprimées de la patiente (76). En l'absence de contre-indication médicale, c'est donc la pilule qui sera choisie, ce qui explique sa prédominance dans le modèle contraceptif français, et sans doute aussi son taux d'échec (7).

Concernant les compétences techniques nécessaires, seuls 29 % des généralistes considèrent que leur formation les a bien préparés à la pose d'un stérilet. Ainsi, les femmes qui consultent un gynécologue utilisent moins souvent la pilule que celles suivies par un médecin généraliste (48 % contre 70 %) et ont davantage recours au stérilet (26 % contre 7 %) (59). Dans la mesure où le refus de poser un stérilet ou un implant est plus fréquent chez les médecins généralistes, le choix de cette méthode contraceptive est conditionné par l'accessibilité à un gynécologue ou à une sage-femme : d'où un frein géographique à certaines contraceptions (77). (Les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF) ont un faible recrutement concernant le suivi de la contraception des femmes de plus de 40 ans : il s'agit essentiellement d'une population en difficulté socio-économique).

1.4.2 Des conditions de suivi de la contraception perfectibles

Dans 64.1% des cas les femmes ayant eu recours à l'IVG utilisaient une méthode de contraception au moment de la grossesse. Le plus souvent (26 %) il s'agissait d'une contraception orale. La majorité des femmes sous contraception attribuent leur grossesse non désirée à une erreur d'utilisation de la contraception (oubli de pilule, glissement ou déchirement du préservatif) : seules 12% de celles-ci indiquent avoir utilisé la contraception d'urgence pour tenter d'éviter la grossesse. Les IVG sont donc principalement liées à des échecs de contraception (2).

De nombreux dysfonctionnements subsistent dans les tentatives pour diminuer ces échecs. Beaucoup de grossesses non programmées sont clairement dues à l'inadéquation de la méthode utilisée à la vie sexuelle ou aux conditions de vie de la femme. Au-delà de la nécessaire amélioration de la formation des praticiens concernés, c'est la nature même de la relation qui se trouve ici interrogée : l'efficacité d'une méthode de contraception dépend, outre des motivations à éviter une grossesse, des conditions de prescription (écoute, relation entre le praticien et la femme) (78). Chaque consultation concernant la contraception nécessite donc du temps et doit donc être dédiée à celle-ci : afin de réévaluer l'adéquation aux attentes du moment et informer la patiente (autres méthodes existantes, conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, utilisation de la contraception d'urgence). Il est essentiel d'aborder la sexualité et le mode de vie afin de proposer à la patiente une contraception adaptée. En particulier quand la grossesse n'est pas socialement envisagée (notamment les femmes de plus de 40 ans) ou lorsque les rapports sexuels sont supposés quasi inexistantes (durant le post-partum, en l'absence de vie de couple, lors de la péri ménopause) : la « vigilance contraceptive » du praticien peut alors à tort s'amoinrir (7,77,78).

Les recommandations de la HAS ont évolué depuis 2004 en recommandant le modèle BERCER de l'OMS afin que les praticiens guident les patientes dans le choix, l'usage voire le changement de contraception. Le modèle dominant reste cependant, aujourd'hui encore, celui d'une relation dans laquelle les décisions relèvent pour l'essentiel du professionnel de santé (5). Un effort de formation des médecins et sages-femmes reste donc à faire afin de laisser à la femme (sans oublier le partenaire) une véritable maîtrise de ses décisions en matière de contraception (78). Ce choix « éclairé », la diversification de la couverture contraceptive et l'incitation à des méthodes moins contraignantes en termes d'observance pourraient diminuer les échecs contraceptifs (7).

1.4.3 Temps consacré à la contraception en consultation

Selon les données issues de l'étude française ECOGEN (2012), la durée moyenne des consultations en médecine générale donnant lieu à la prescription d'une contraception était de 16.8 minutes. Seules 20.2% des consultations étaient dédiées à la prescription de la contraception. Concernant les 79.8% restantes, le nombre de motifs de consultation était compris entre 2.77 et 3.06 (79).

Les consultations dédiées sont donc encore largement minoritaires et le temps de consultation semble bien court eu égard à l'existence de plusieurs motifs de consultations dans la majorité des cas. Nous sommes donc encore bien loin des recommandations émises par la HAS (5).

2 MATERIEL ET METHODES

2.1 Type d'étude

Afin d'évaluer le suivi contraceptif des femmes de plus de 40 ans par les médecins généralistes du Loir-et-Cher, nous avons choisi de réaliser une enquête de pratique professionnelle, quantitative, descriptive, à l'aide d'un auto-questionnaire (Cf. Annexe B1) destiné aux médecins.

2.2 Population de l'étude

En avril 2018, nous avons dénombré 343 médecins généralistes répertoriés dans les pages jaunes pour le Loir-et-Cher et 280 répertoriés dans l'annuaire Ameli de la CPAM.

Nous avons initialement éliminé les doublons, les médecins secteur 2 ainsi que les médecins à exercice particulier exclusif déclarés sur l'annuaire Ameli.

Nous avons ensuite contacté par téléphone tous les médecins (ou leurs secrétariats) afin d'éliminer les exercices médicaux particuliers exclusifs non déclarés sur l'annuaire Ameli (angiologues, acupuncteurs, échographistes, homéopathes, urgentistes), les médecins décédés, retraités inactifs.

Nous avons finalement répertorié 225 médecins généralistes respectant nos critères d'inclusion dans le département du Loir-et-Cher. A noter que l'ARS recensait 258 médecins généralistes libéraux dans ce département en mars 2018 (80).

Notre échantillon d'étude se compose de 100 médecins tirés au sort (parmi les 225) de manière aléatoire en utilisant la fonction « alea » du logiciel Microsoft Excel 2016 (sur les conseils du département de Santé publique du CHRU de Tours, lors d'une réunion méthodologique le 22 mars 2018).

2.2.1 Critères d'inclusion

- Être médecin généraliste.
- Exercer dans le département du Loir-et-Cher (41).
- Exercer en secteur 1.

2.2.2 Critères d'exclusion

- Être médecin dans une autre spécialité que la médecine générale.
- Non inscription à l'ordre des médecins.
- Être médecin remplaçant.
- Non secteur 1 : OPTAM, honoraires libres, non conventionnés.
- Exercice particulier exclusif : angiologue, échographiste, acupuncteur, homéopathe, urgentiste.

2.3 Objectif principal

L'objectif principal de notre étude était de déterminer si les médecins généralistes du Loir-et-Cher suivaient les dernières recommandations de la HAS (5,6) concernant le suivi de la contraception des femmes de plus de 40 ans.

Les variables qualitatives ont été décrites avec des pourcentages.

Les variables explicatives (influençant potentiellement la qualité de la pratique) sont les suivantes : l'âge du praticien, son genre, son milieu d'exercice (rural ou urbain), l'acquisition d'un enseignement complémentaire en gynécologie après l'externat.

2.4 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient :

-Comparer les médecins faisant des suivis de contraception chez des patientes de plus de 40 ans avec ceux qui n'en font pas (question 7).

Les variables explicatives étant : le sexe du médecin, son milieu d'exercice (rural ou urbain), l'acquisition d'un enseignement complémentaire en gynécologie après l'externat.

-Evaluer les connaissances des médecins généralistes sur le RTEV des contraceptions les plus utilisées en pratique courante (question 22).

-Evaluer les connaissances des médecins généralistes sur les situations où la contraception oestroprogestative est fortement déconseillée (6) chez la femme de plus de 40 ans (question 23).

2.5 Questionnaire

L'outil utilisé pour notre étude était un auto-questionnaire créé pour les besoins de l'enquête (Cf. Annexe B1).

Afin de concevoir les questions, nous nous sommes appuyés sur les dernières recommandations de la HAS sur la contraception de l'adulte (5) (publiées en 2013, mises à jour en octobre 2017) et sur les dernières recommandations de la HAS concernant la contraception chez la femme à risque cardiovasculaire (6) (publiées en 2013).

Le questionnaire était composé de 23 questions. Nous avons privilégié les questions fermées à choix unique, dans un but de rapidité de réponse afin d'obtenir un maximum de retours. Hormis les renseignements généraux relatifs au médecin répondant, toutes les questions concernaient spécifiquement la contraception des patientes de plus de 40 ans : cela a été précisé dans l'intitulé de chaque question.

Le questionnaire a préalablement été testé sur 15 médecins généralistes exerçant en Indre-et-Loire (37) et donc exclus de l'enquête finale.

Il était composé de 5 parties : A, B, C, D et E.

La partie A (Questions 1 à 7) intitulée « renseignements généraux », concernait le profil personnel et professionnel du médecin généraliste (âge, sexe, exercice rural ou urbain, seul ou en groupe, nombre quotidien de consultations, formation en gynécologie reçue ou non, pratique du suivi contraceptif chez les femmes après 40 ans). A noter que pour différencier les communes « rurales » et « urbaines », nous avons utilisé la classification fournie par l'INSEE (81), mise à jour en janvier 2018.

La partie B (Questions 8 à 12) était intitulée « Déroulement des consultations à motif gynécologique ». Nous nous intéressons dans cette partie à la pratique ou non de consultations dédiées à la contraception, au fait de proposer ou non un dépistage VIH à l'occasion d'un examen biologique, à l'attitude du médecin généraliste devant un désir de changement de contraception, à l'adaptation ou non de la contraception au mode de vie de la patiente.

La partie C (Questions 13 à 18) était intitulée « Prévention des échecs de contraception ». Cette partie permettait de préciser si le médecin généraliste s'assurait ou non de la prise d'une contraception la plus efficace possible chez ses patientes, s'il vérifiait leurs connaissances en matière de contraception, s'il les informait des modalités de rattrapage en cas d'oubli de pilule, s'il les informait sur la contraception d'urgence, s'il les informait sur la

possibilité de renouveler une ordonnance de pilule contraceptive arrivée à échéance par un pharmacien ou une infirmière.

La partie D (Questions 19 à 21) était intitulée « Contraceptions de longue durée d'action ». Cette partie permettait de savoir si le médecin généraliste posait des implants, des stérilets et s'il abordait la contraception définitive quand la patiente désirait changer de contraception.

La partie E (Questions 22 et 23) était intitulée « Petit quizz ». Cette partie permettait d'évaluer les connaissances des médecins généralistes sur le RTEV des différentes contraceptions et sur certaines situations où une contraception oestroprogestative était fortement déconseillée chez une patiente de plus de 40 ans. Les bonnes réponses ont été établies d'après les recommandations de la HAS (5,6) et figurent en Annexe B4.

2.6 Recueil des données

Un courrier a été envoyé par voie postale aux 100 médecins composant notre échantillon le 30 mai 2018. Il comprenait :

- Un auto-questionnaire (Cf. Annexe B1)
- Une lettre explicative (Cf. Annexe B2)
- Une enveloppe retour préaffranchie et adressée à l'investigateur

Une relance téléphonique a été faite le 21 juin 2018 auprès des médecins n'ayant pas répondu (ou de leur secrétariat).

Une lettre de relance (Cf. Annexe B3) a été expédiée le 2 juillet 2018 aux médecins n'ayant pas encore répondu. Celle-ci était également accompagnée d'un auto-questionnaire ainsi qu'une enveloppe retour préaffranchie et adressée à l'investigateur.

L'enquête a été clôturée le 21 août 2018.

2.7 Saisie des données et analyses statistiques

Les données issues des questionnaires ont été saisies dans un tableau Microsoft EXCEL® 2016, préalablement construit en fonction des items du questionnaire.

Ensuite, les données récoltées ont été analysées à l'aide du site de biostatistiques en ligne BiostaTGV® via le site <https://biostatgv.sentiweb.fr/>

Les tests statistiques qui ont été utilisés dans cette étude sont :

- « Chi² » pour comparer deux variables qualitatives.
- « Fisher » pour comparer deux variables qualitatives (lorsqu'un effectif était inférieur à 5).
- « Student » pour comparer une variable quantitative et une variable qualitative (comparaison des moyennes d'âges entre 2 groupes).
- « Wilcoxon-Mann Whitney » pour comparer une variable quantitative et une variable qualitative (comparaison de la distribution des rangs des âges entre 2 groupes lorsqu'un effectif était inférieur à 30).

Le seuil de significativité « p value » des résultats a été fixé arbitrairement à 0,05.

2.8 Aspect éthique et réglementaire

Un avis a été pris auprès de la direction de la recherche du CHRU de Tours (cellule « Recherches Non Interventionnelles »). Celle-ci a confirmé (dans un courriel le 11 juillet 2018) qu'il n'était pas nécessaire de faire une déclaration auprès de la CNIL, dans la mesure où aucun des médecins interrogés ne serait identifiable dans cette thèse, que la liste des médecins serait détruite à la fin de notre étude et que aucune donnée personnelle identifiante ne serait conservée.

Le Correspondant Informatique et Libertés (CIL) du CHRU de Tours a confirmé que nous étions en règles vis-à-vis de la CNIL dans un courriel le 12 septembre 2018. Notre traitement informatique a été enregistré dans le "fichier des fichiers" du CHRU de Tours sous le n° 2018_105.

Une demande d'avis éthique a été transmise à l'ERERC (Espace de Réflexion Ethique Région Centre Val de Loire) le 11 juillet 2018. Celui-ci a rendu un avis favorable le 13 juillet 2018 (Projet de recherche n°2018 065).

3 RESULTATS

Il est choisi d'énoncer les résultats dans l'ordre des items et des questions du questionnaire qui avait été envoyé aux médecins généralistes.

Une réponse globale est d'abord donnée par pourcentage sous forme de graphiques à secteurs et/ou de diagrammes en barres. Le nombre total de médecins ayant répondu à chaque question est indiqué sous les figures par : « N= x ».

100 questionnaires ont été envoyés aux médecins généralistes du Loir-et-Cher constituant notre échantillon établi de manière aléatoire.

Parmi les 100 médecins sollicités, 83 nous ont renvoyés le questionnaire rempli. Tous les questionnaires que nous avons reçus étaient exploitables.

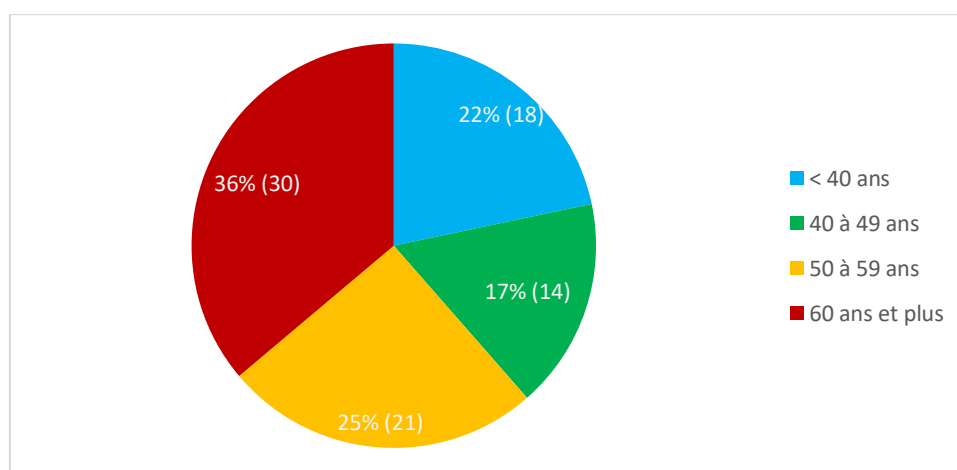
83 questionnaires ont été exploités pour les questions 1 à 7.

73 questionnaires ont été exploités pour les questions 8 à 23 (10 médecins répondants n'effectuant pas de suivi de contraception chez les patientes de plus de 40 ans).

3.1 Renseignements généraux

3.1.1 Age

Figure 1: âge des médecins (Q1)

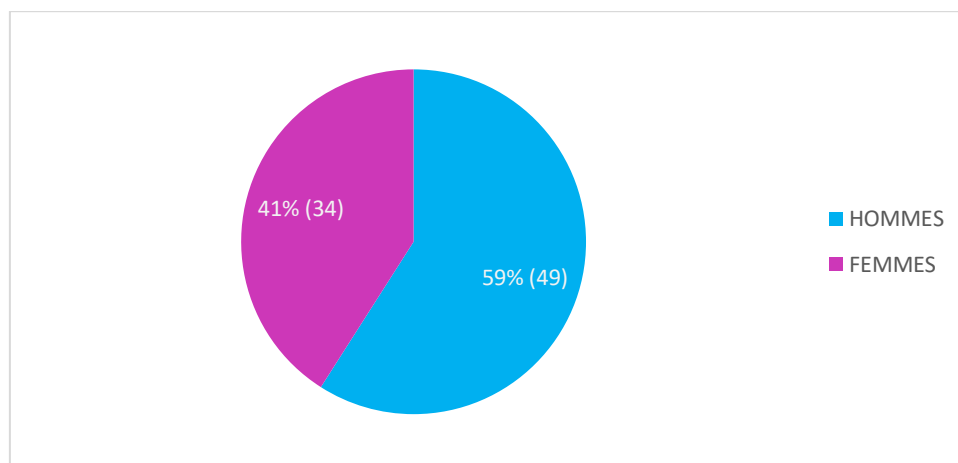


N=83

La moyenne d'âge des médecins répondants était de 51,8 ans (Médiane : 54, Min : 29, Max : 73).

3.1.2 Sexe

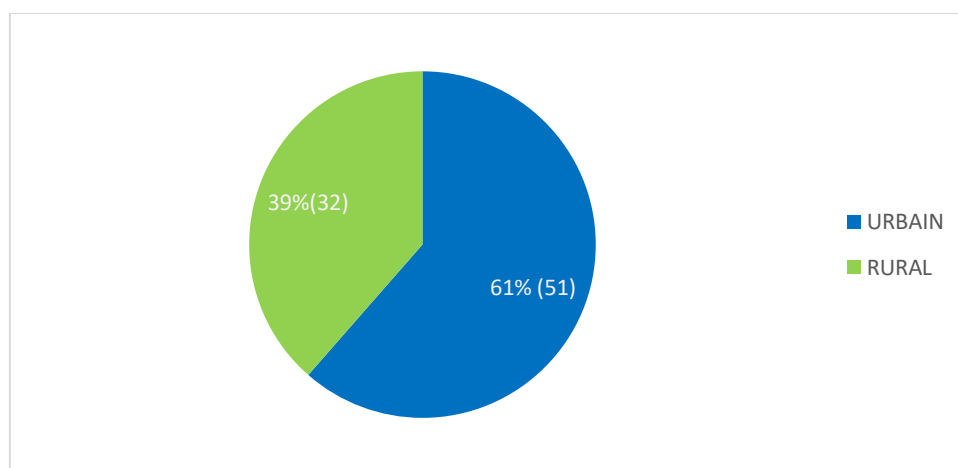
Figure 2: sexe des médecins (Q2)



N=83

3.1.3 Milieu d'exercice

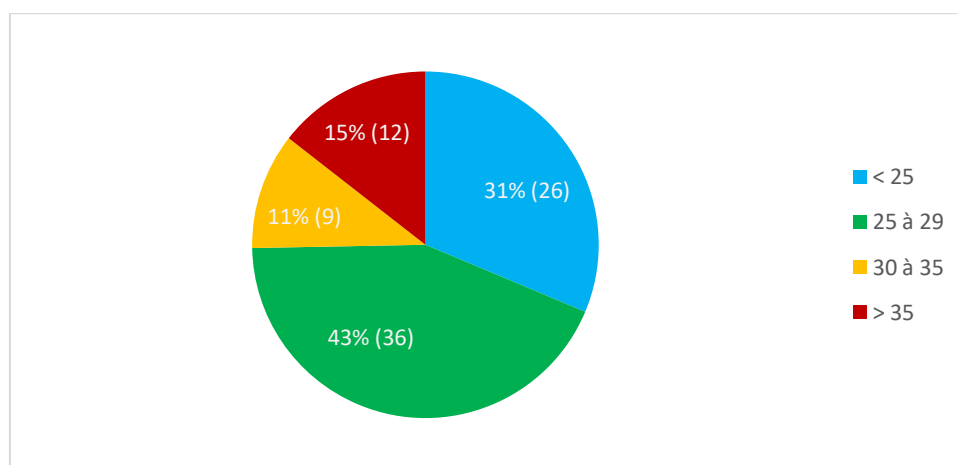
Figure 3: milieu d'exercice (Q3)



N=83

3.1.4 Nombre quotidien de consultations

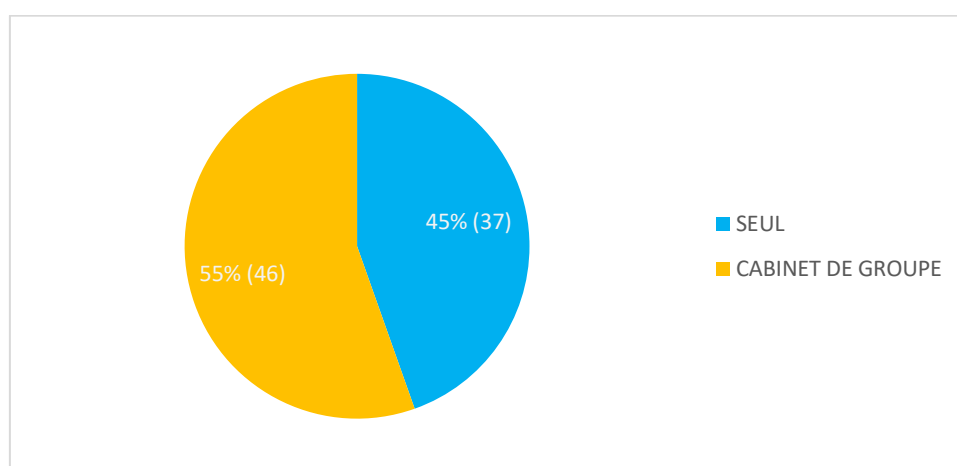
Figure 4: nombre quotidien de consultations (Q4)



N=83

3.1.5 Mode d'exercice

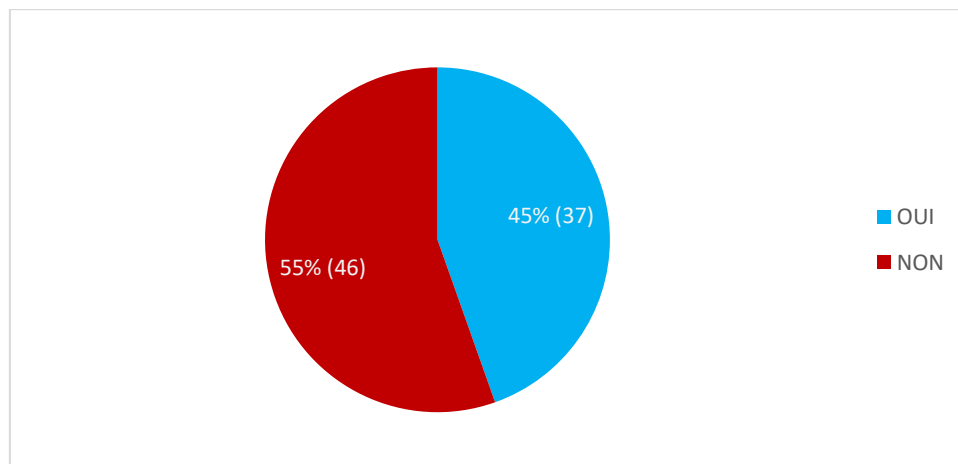
Figure 5: mode d'exercice (Q5)



N=83

3.1.6 Enseignement complémentaire en gynécologie

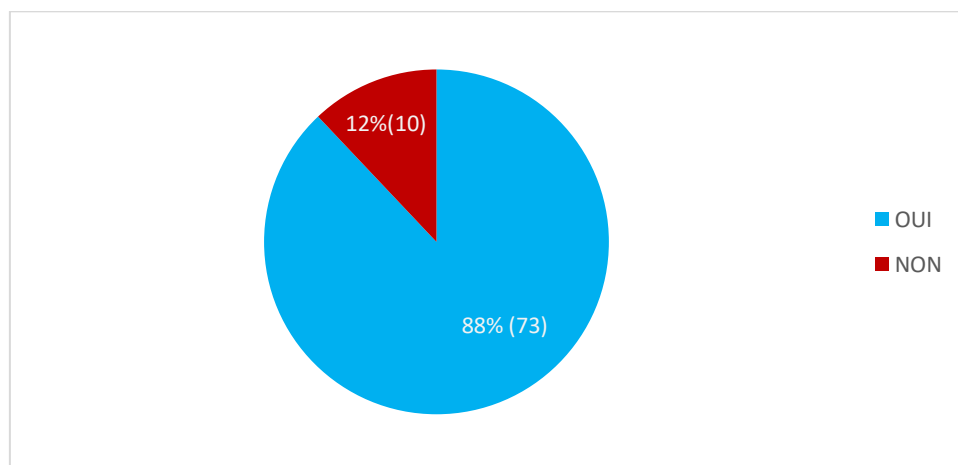
Figure 6: avez-vous reçu un enseignement complémentaire en gynécologie après votre externat ? (Q6)



N=83

3.1.7 Pratique du suivi de contraception chez les patientes de plus de 40 ans

Figure 7: faites-vous des suivis de contraception chez des patientes de plus de 40 ans dans votre pratique ? (Q7)



N=83

Dans le groupe « Oui » : la moyenne d'âge était de **51,7 ans** (médiane : 53,5 ans, minimum : 29 ans, maximum : 69 ans).

Dans le groupe « Non » : la moyenne d'âge était de **52,2 ans** (médiane : 54,5 ans, minimum : 31 ans, maximum : 73 ans).

Tableau 1: faites-vous des suivis de contraception chez des patientes de plus de 40 ans dans votre pratique ? (Q7)

	Oui (%)	Non (%)	p value
Sexe			
Homme	40 (48)	9 (11)	Test de Fisher p=0.04
Femme	33 (40)	1 (1)	
Milieu d'exercice			
Rural	31 (37)	1 (1)	Test de Fisher p=0.08
Urbain	42 (51)	9 (11)	
Enseignement complémentaire en gynécologie			
Oui	35 (42)	2 (2)	Test de Fisher p=0.17
Non	38 (46)	8 (10)	

D'après le test de Fisher, il existait une différence significative ($p=0.04$) entre les deux groupes selon le sexe. Les femmes médecins généralistes pratiquaient plus le suivi contraceptif chez les patientes de plus de 40 ans que les hommes médecins généralistes.

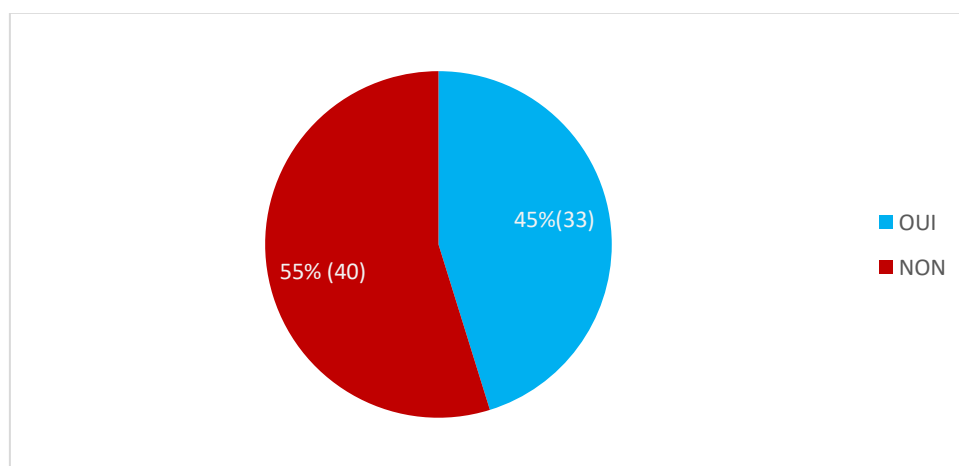
D'après le test de Fisher, il n'y avait pas de différence significative ($p=0.08$) entre les deux groupes selon le milieu d'exercice.

D'après le test de Fisher, il n'y avait pas de différence significative ($p=0.17$) entre les deux groupes selon qu'ils avaient reçu un enseignement complémentaire en gynécologie.

3.2 Déroulement des consultations à motif gynécologique

3.2.1 Consultation dédiée à la contraception

Figure 8: la dernière fois où une patiente de plus de 40 ans vous a parlé de contraception, avez-vous prévu une consultation dédiée ? (Q8)



N=73

Tableau 2: la dernière fois où une patiente de plus de 40 ans vous a parlé de contraception, avez-vous prévu une consultation dédiée ? (Q8)

	Oui (%)	Non (%)	p value
Age (en années)			
	Moyenne d'âge=51.8 Min=32 Max=66	Moyenne d'âge=51.65 Min=29 Max=69	Test de Student p=0.95
Sexe			
<i>Homme</i>	12 (16)	28 (39)	Test du Chi ² p=0.004
<i>Femme</i>	21 (29)	12 (16)	
Milieu d'exercice			
<i>Rural</i>	14 (19)	17 (23)	Test du Chi ² p=0.99
<i>Urbain</i>	19 (26)	23 (32)	
Enseignement complémentaire en gynécologie			
<i>Oui</i>	16 (22)	19 (26)	Test du Chi ² p=0.93
<i>Non</i>	17 (23)	21 (29)	

D'après le test de Student, il n'y avait pas de différence significative (p=0.95) entre les deux groupes selon l'âge moyen.

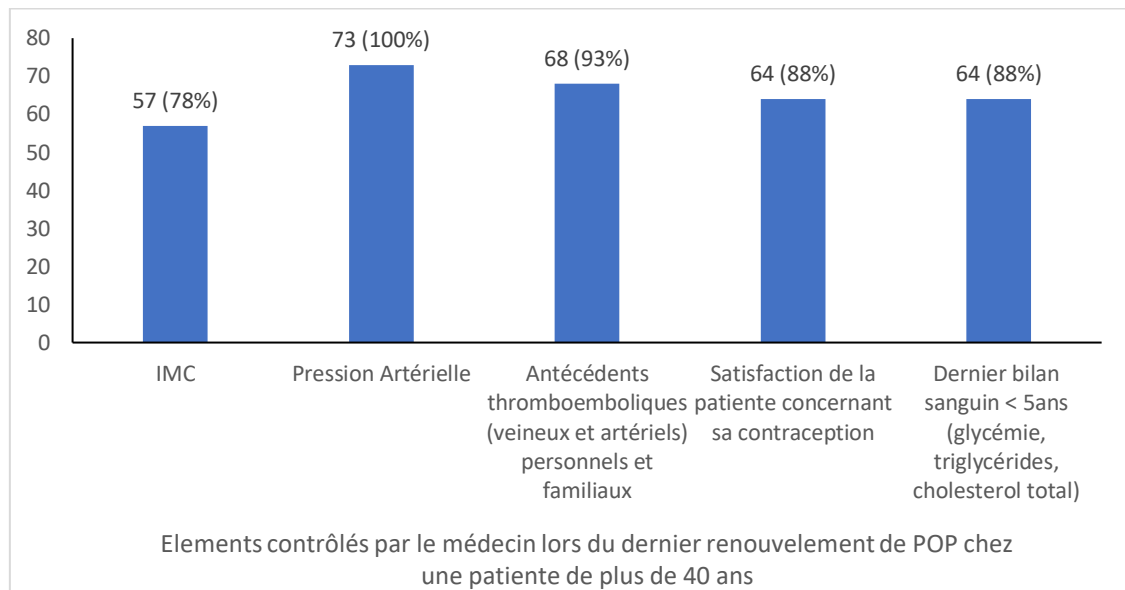
D'après le test du Chi², il existait une différence significative (p=0.004) entre les deux groupes selon le sexe. Les femmes médecins généralistes prévoyaient plus souvent une consultation dédiée à la contraception chez les patientes de plus de 40 ans que les hommes médecins généralistes.

D'après le test du Chi², il n'y avait pas de différence significative (p=0.99) entre les deux groupes selon le milieu d'exercice.

D'après le test du Chi², il n'y avait pas de différence significative (p=0.93) entre les deux groupes selon qu'ils avaient reçu un enseignement complémentaire en gynécologie.

3.2.2 Critères contrôlés lors d'un renouvellement de contraception oestroprogestative

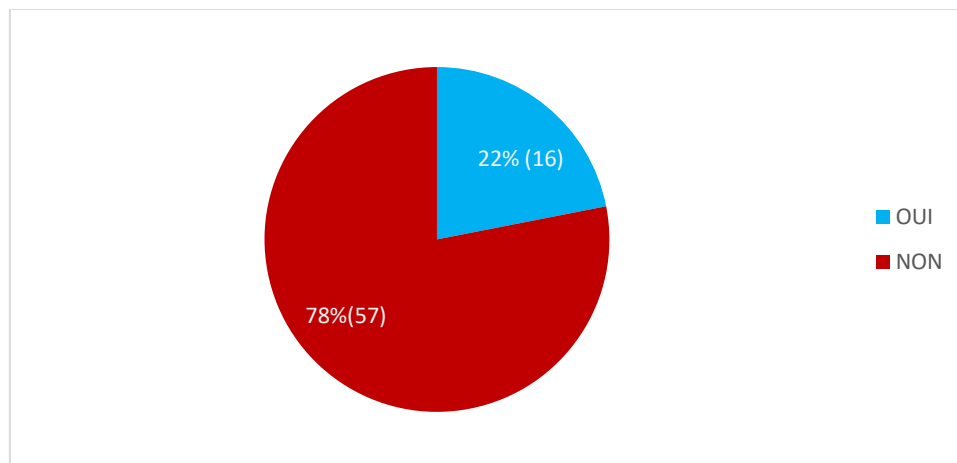
Figure 9: la dernière fois que vous avez renouvelé une contraception oestroprogestative à une patiente de plus de 40 ans, vous avez contrôlé (Q9) :



N=73

3.2.3 Dépistage VIH à l'occasion d'un bilan sanguin

Figure 10: la dernière fois que vous avez prescrit un bilan sanguin à une femme de plus de 40 ans, lui avez-vous donné la possibilité d'un dépistage VIH ? (Q10)



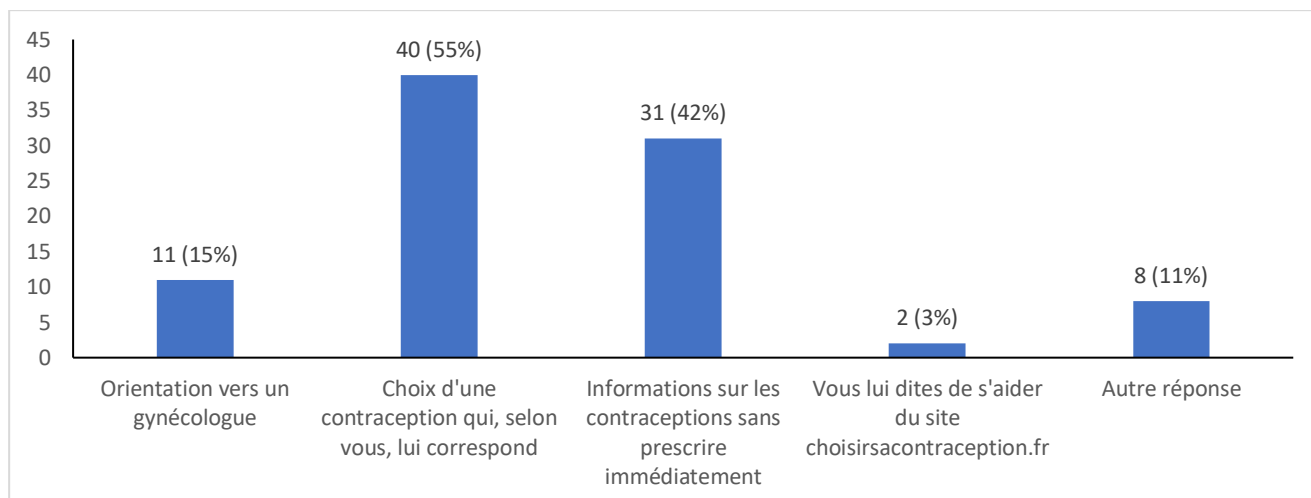
N=73

Dans le groupe « Oui » : la moyenne d'âge était **52,6 ans** (médiane : 54,5 ans, minimum : 31 ans, maximum : 66 ans).

Dans le groupe « Non » : la moyenne d'âge était **51,5 ans** (médiane : 54 ans, minimum : 29 ans, maximum : 69 ans).

3.2.4 Attitude devant une patiente désireuse de changer de contraception

Figure 11: quand une patiente de plus de 40 ans désire changer sa contraception (Q11) :



N=73

Tableau 3 : quand une patiente de plus de 40 ans désire changer sa contraception, vous choisissez une contraception qui correspond, selon vous, à ses habitudes de vie (Q11-2)

	Oui (%)	Non (%)	p value
Age (en années)			
	Moyenne d'âge=55.2 Min=29 Max=69	Moyenne d'âge=47.6 Min=31 Max=66	Test de Student p=0.005
Sexe			
<i>Homme</i>	29 (40)	11 (15)	Test du Chi² p=0.0008
<i>Femme</i>	11 (15)	22 (30)	
Enseignement complémentaire en gynécologie			
<i>Oui</i>	14 (19)	21 (29)	Test du Chi² p=0.015
<i>Non</i>	26 (36)	12 (16)	

D'après le test de Student, il existait une différence significative ($p=0.005$) entre les deux groupes selon l'âge moyen. Les médecins ayant une attitude « paternaliste » (choisissant la contraception selon leur propre ressenti) étaient significativement plus âgés en moyenne que les médecins n'ayant pas coché cette réponse.

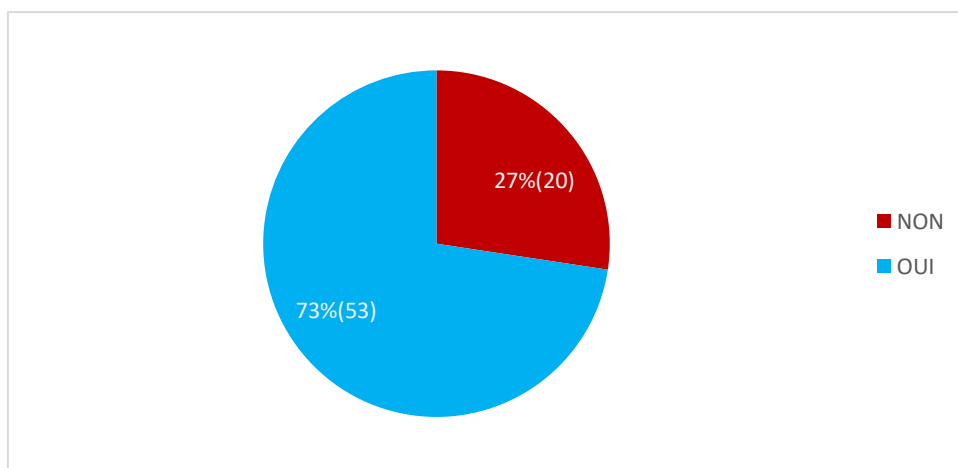
D'après le test du Chi², il existait une différence significative ($p=0.0008$) entre les deux groupes selon le sexe. Les hommes médecins généralistes avaient une attitude plus

souvent « paternaliste » (choisissant la contraception selon leur propre ressenti) que les femmes médecins généralistes.

D'après le test du Chi², il existait une différence significative ($p=0.015$) entre les deux groupes selon qu'ils avaient reçu un enseignement complémentaire en gynécologie. Les médecins généralistes n'ayant pas reçu d'enseignement complémentaire en gynécologie avaient une attitude plus souvent « paternaliste » (choisissant la contraception selon leur propre ressenti) que les médecins généralistes ayant reçu un enseignement complémentaire en gynécologie.

3.2.5 Discussion du type de contraception devant une modification de situation personnelle, affective ou sociale

Figure 12: une modification de situation personnelle, affective ou sociale, d'une patiente de plus de 40 ans vous amène à rediscuter du type de contraception (Q12) :

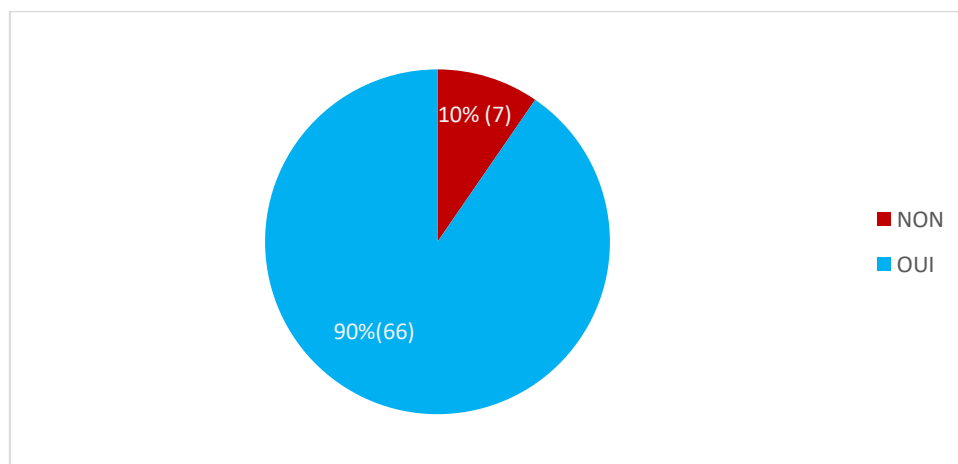


N=73

3.3 Prévention des échecs de contraception

3.3.1 Présence d'une contraception

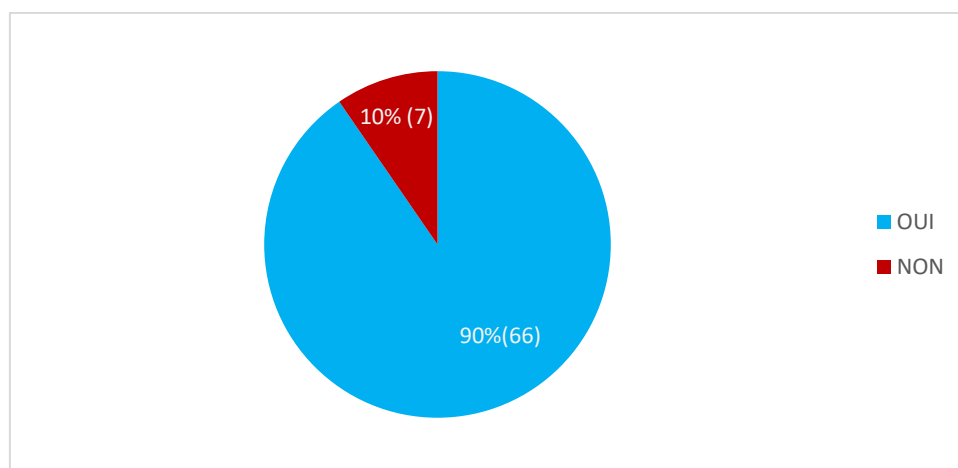
Figure 13: en dehors des consultations pour motif gynécologique, demandez-vous aux patientes de plus de 40 ans si elles ont une contraception ? (Q13)



N=73

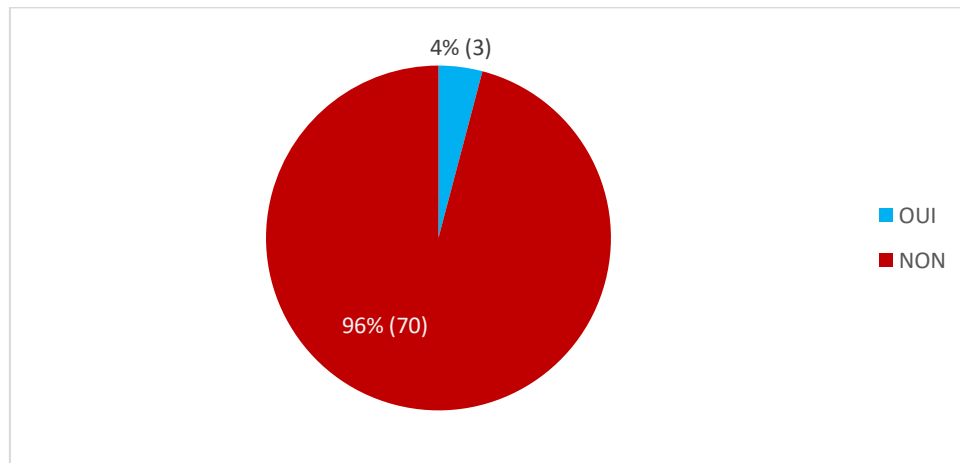
3.3.2 Patiente réticente aux contraceptions médicales

Figure 14: si une patiente de plus de 40 ans est réticente aux contraceptions médicales, lui proposez-vous des méthodes barrières (préservatifs, spermicides, diaphragme...) ? (Q14)



N=73

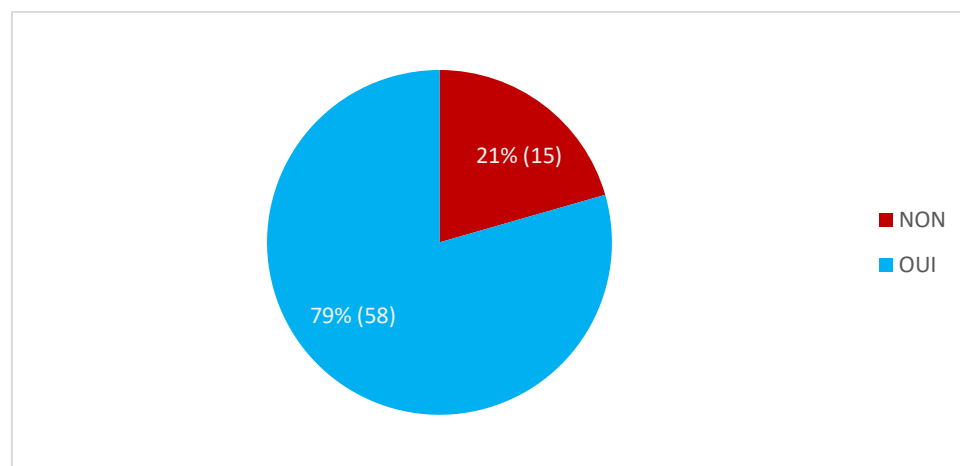
Figure 15: si une patiente de plus de 40 ans est réticente aux contraceptions médicales, lui proposez-vous des méthodes naturelles (MAMA, Ogino, Billings...) ? (Q14)



N=73

3.3.3 Réévaluation des connaissances des patientes sur la contraception

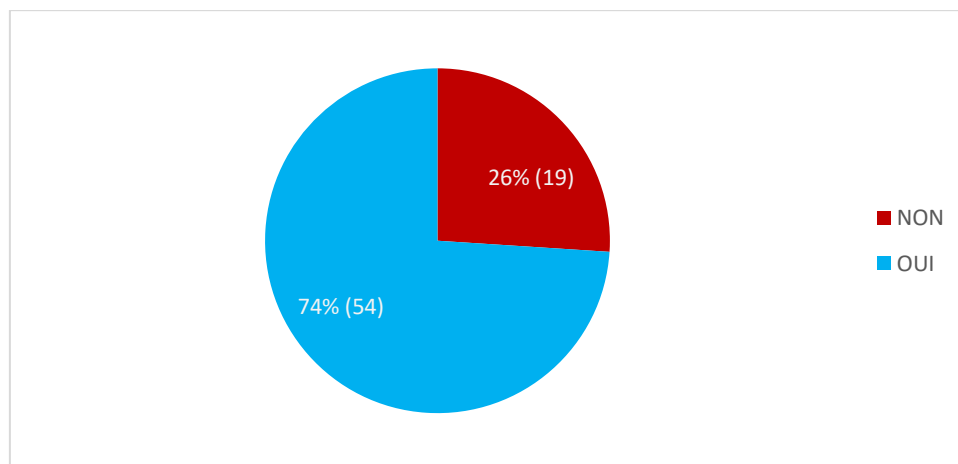
Figure 16: réévaluez-vous les connaissances des patientes de plus de 40 ans sur la contraception lorsqu'elles viennent en consultation de suivi gynécologique ? (Q15)



N=73

3.3.4 Information sur les modalités de rattrapage en cas d'oubli de pilule

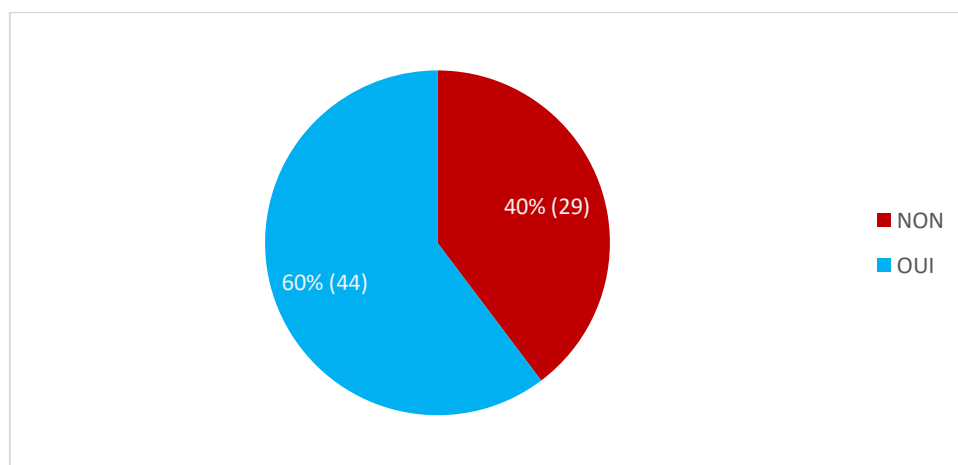
Figure 17: informez-vous les patientes de plus de 40 ans des modalités de rattrapage en cas d'oubli de pilule ? (Q16)



N=73

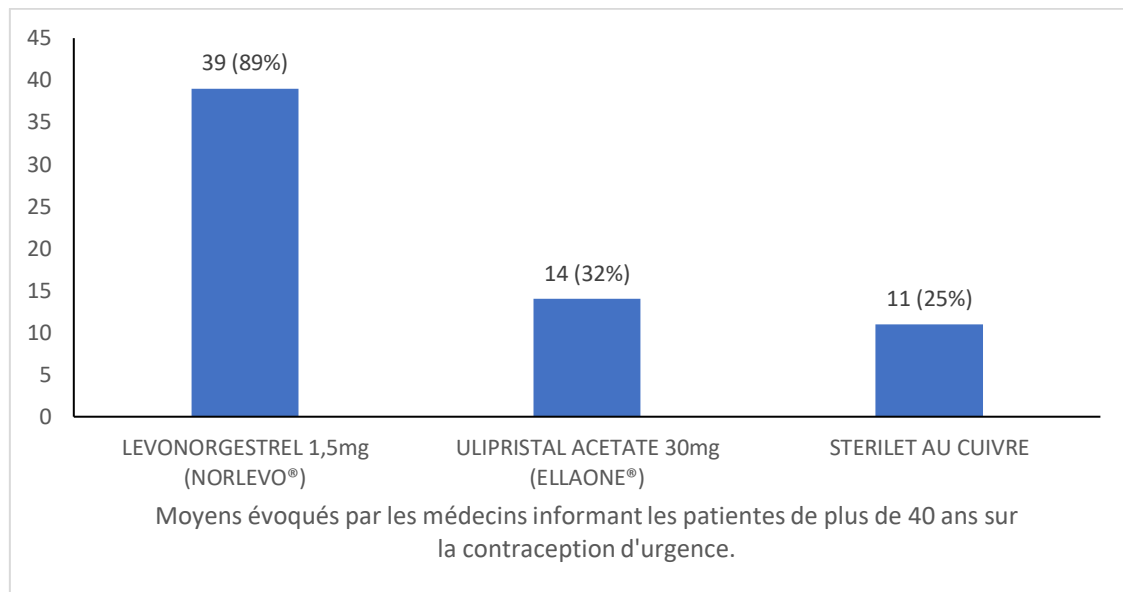
3.3.5 Information sur la contraception d'urgence

Figure 18: informez-vous les patientes de plus de 40 ans sur la contraception d'urgence ? (Q17)



N=73

Figure 19: si "oui", vous évoquez (Q17) :



N=44

Tableau 4: informez-vous les patientes de plus de 40 ans sur la contraception d'urgence ? (Q17)

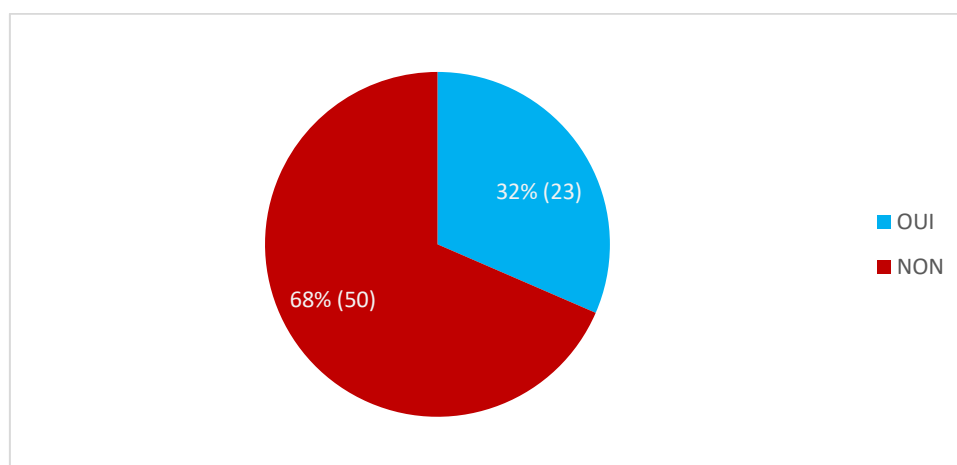
	Oui (%)	Non (%)	p value
Sexe			
<i>Homme</i>	27 (37)	13 (18)	Test du Chi ² p=0.16
<i>Femme</i>	17 (23)	16 (22)	
Enseignement complémentaire en gynécologie			
<i>Oui</i>	24 (33)	11 (15)	Test du Chi ² p=0.16
<i>Non</i>	20 (27)	18 (25)	

D'après le test du Chi², il n'y avait pas de différence significative (p=0.16) entre les deux groupes selon le sexe.

D'après le test du Chi², il n'y avait pas de différence significative (p=0.16) entre les deux groupes selon qu'ils avaient reçu un enseignement complémentaire en gynécologie.

3.3.6 Information sur la possibilité de renouvellement de pilule par un pharmacien ou un infirmier

Figure 20: informez-vous les patientes de plus de 40 ans de la possibilité de renouveler, par un pharmacien ou une infirmière, une ordonnance de pilule arrivée à échéance ? (Q18)



N=73

Tableau 5: informez-vous les patientes de plus de 40 ans de la possibilité de renouveler, par un pharmacien ou une infirmière, une ordonnance de pilule arrivée à échéance ? (Q18)

	Oui (%)	Non (%)	p value
Age (en années)			
	Moyenne d'âge=45.6 Min=31 Max=69	Moyenne d'âge=54.5 Min=29 Max=66	Test de Wilcoxon-Mann Whitney p=0.003
Milieu d'exercice			
<i>Rural</i>	8 (11)	23 (31)	Test du Chi ² p=0.37
<i>Urbain</i>	15 (21)	27 (37)	
Enseignement complémentaire en gynécologie			
<i>Oui</i>	13 (18)	22 (30)	Test du Chi ² p=0.32
<i>Non</i>	10 (14)	28 (38)	

D'après le test de Wilcoxon-Mann Whitney, il existait une différence significative ($p=0.003$) entre les deux groupes selon les rangs d'âge. Les médecins généralistes qui informent les patientes de plus de 40 ans de la possibilité de renouveler leur ordonnance (de pilule contraceptive arrivée à échéance) par un pharmacien ou une infirmière étaient significativement plus jeunes que les médecins n'informant pas.

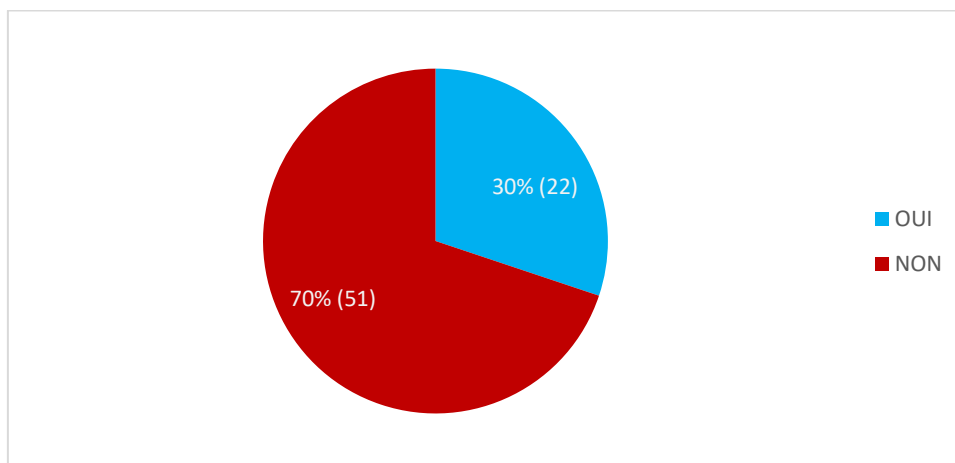
D'après le test du Chi², il n'y avait pas de différence significative ($p=0.37$) entre les deux groupes selon le milieu d'exercice.

D'après le test du Chi², il n'y avait pas de différence significative (p=0.32) entre les deux groupes selon qu'ils avaient reçu un enseignement complémentaire en gynécologie.

3.4 Contraceptions de longue durée d'action

3.4.1 Pose d'implants

Figure 21: posez-vous des implants contraceptifs chez des patientes de plus de 40 ans ? (Q19)



N=73

Dans le groupe « Oui » : la moyenne d'âge était de **49,8 ans** (médiane : 49 ans, minimum : 31 ans, maximum : 66 ans).

Dans le groupe « Non » : la moyenne d'âge était de **52,6 ans** (médiane : 54 ans, minimum : 29 ans, maximum : 69 ans).

Tableau 6: posez-vous des implants contraceptifs chez des patientes de plus de 40 ans ? (Q19)

	Oui (%)	Non (%)	p value
Sexe			
Homme	10 (14)	30 (41)	Test du Chi² p=0.29
Femme	12 (16)	21 (29)	
Milieu d'exercice			
Rural	8 (11)	23 (32)	Test du Chi² p=0.49
Urbain	14 (19)	28 (38)	
Enseignement complémentaire en gynécologie			
Oui	17 (23)	18 (25)	Test du Chi² p=0.001
Non	5 (7)	33 (45)	

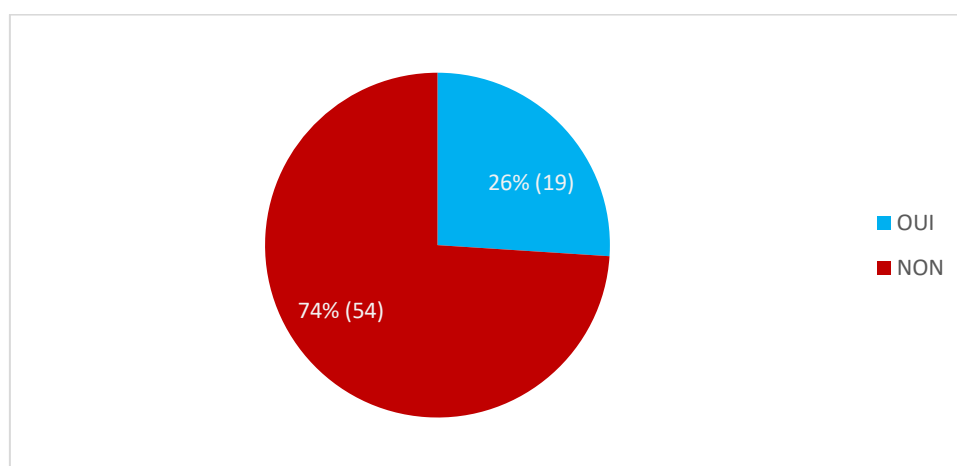
D'après le test du Chi², il n'y avait pas de différence significative (p=0.29) entre les deux groupes selon le sexe.

D'après le test du Chi², il n'y avait pas de différence significative (p=0.49) entre les deux groupes selon le milieu d'exercice.

D'après le test du Chi², il existait une différence significative (p=0.001) entre les deux groupes selon qu'ils avaient reçu un enseignement complémentaire en gynécologie. Les médecins généralistes ayant reçu un enseignement complémentaire en gynécologie étaient significativement plus nombreux à poser des implants aux patientes de plus de 40 ans que les médecins n'ayant pas reçu d'enseignement complémentaire en gynécologie.

3.4.2 Pose de stérilets

Figure 22: posez-vous des stérilets chez des patientes de plus de 40 ans ? (Q20)



N=73

Dans le groupe « Oui » : la moyenne d'âge était **51,7 ans** (médiane : 59 ans, minimum : 32 ans, maximum : 66 ans).

Dans le groupe « Non » : la moyenne d'âge était **51,7 ans** (médiane : 52,5 ans, minimum : 29 ans, maximum : 69 ans).

Tableau 7: posez-vous des stérilets chez des patientes de plus de 40 ans ? (Q20)

	Oui (%)	Non (%)	p value
Sexe			
Homme	6 (8)	34 (47)	Test du Chi² p=0.018
Femme	13 (18)	20 (27)	
Milieu d'exercice			
Rural	9 (12)	22 (30)	Test du Chi² p=0.6
Urbain	10 (14)	32 (44)	
Enseignement complémentaire en gynécologie			
Oui	15 (21)	20 (27)	Test de Fisher p=0.0028
Non	4 (5)	34 (47)	

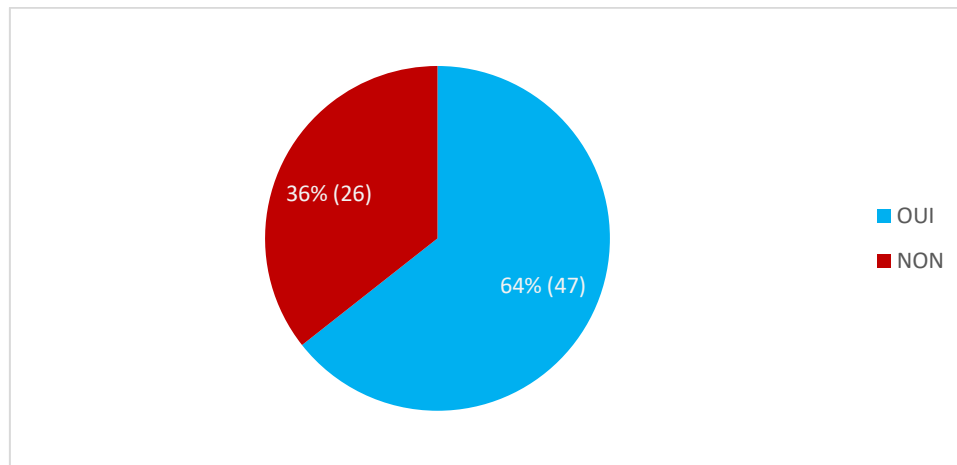
D'après le test du Chi², il existait une différence significative (p=0.018) entre les deux groupes selon le sexe. Les femmes médecins généralistes étaient significativement plus nombreuses à poser des stérilets aux patientes de plus de 40 ans que les hommes médecins généralistes.

D'après le test du Chi², il n'y avait pas de différence significative (p=0.6) entre les deux groupes selon le milieu d'exercice.

D'après le test de Fisher, il existait une différence significative (p=0.0028) entre les deux groupes selon qu'ils avaient reçu un enseignement complémentaire en gynécologie. Les médecins généralistes ayant reçu un enseignement complémentaire en gynécologie étaient significativement plus nombreux à poser des stérilets aux patientes de plus de 40 ans que les médecins généralistes n'ayant pas reçu d'enseignement complémentaire en gynécologie.

3.4.3 Abord de la contraception définitive

Figure 23: la dernière fois qu'une patiente de plus de 40 ans a voulu changer de contraception, avez-vous abordé le sujet de la contraception définitive (=stérilisation à visée contraceptive) ? (Q21)



N=73

Tableau 8: la dernière fois qu'une patiente de plus de 40 ans a voulu changer de contraception, avez-vous abordé le sujet de la contraception définitive (=stérilisation à visée contraceptive) ? (Q21)

	Oui (%)	Non (%)	p value
Age (en années)			
	Moyenne d'âge=51 Min=31 Max=66	Moyenne d'âge=53 Min=29 Max=69	Test de Wilcoxon-Mann Whitney p=0.36
Sexe			
<i>Homme</i>	24 (33)	16 (22)	Test du Chi ² p=0.39
<i>Femme</i>	23 (31)	10 (14)	
Milieu d'exercice			
<i>Rural</i>	18 (24)	13 (18)	Test du Chi ² p=0.33
<i>Urbain</i>	29 (40)	13 (18)	
Enseignement complémentaire en gynécologie			
<i>Oui</i>	27 (37)	8 (11)	Test du Chi ² p=0.029
<i>Non</i>	20 (27)	18 (25)	

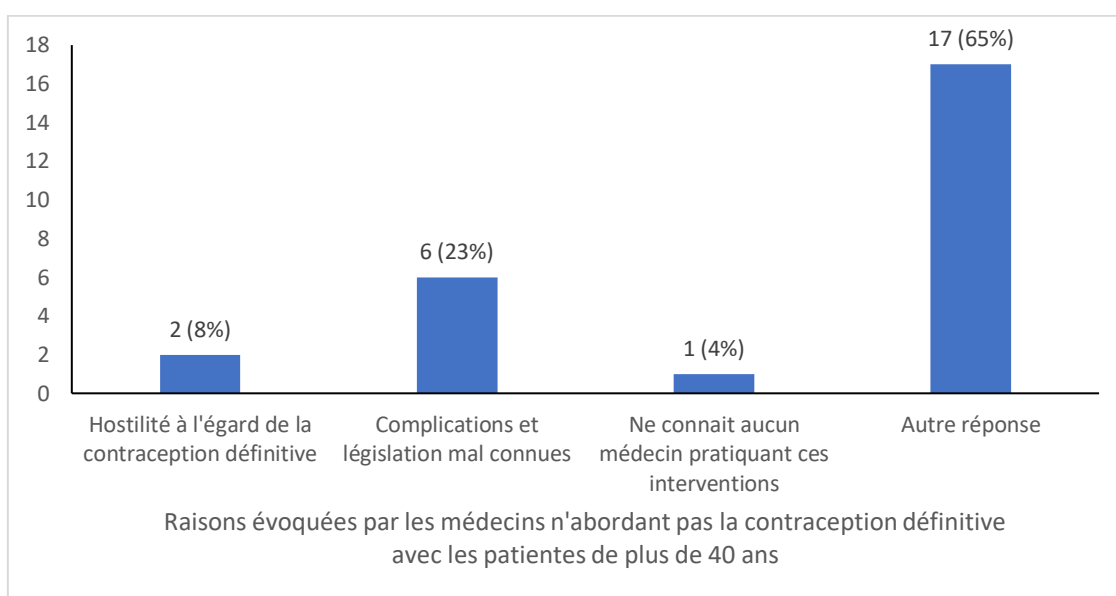
D'après le test de Wilcoxon-Mann Whitney, il n'y avait pas de différence significative (p=0.36) entre les deux groupes selon les rangs d'âge.

D'après le test du Chi², il n'y avait pas de différence significative (p=0.39) entre les deux groupes selon le sexe.

D'après le test du Chi², il n'y avait pas de différence significative (p=0.33) entre les deux groupes selon le milieu d'exercice.

D'après le test du Chi², il existait une différence significative (p=0.029) entre les deux groupes selon qu'ils avaient reçu un enseignement complémentaire en gynécologie. Les médecins généralistes ayant reçu un enseignement complémentaire en gynécologie étaient significativement plus nombreux à aborder le sujet de la contraception définitive avec les patientes de plus de 40 ans voulant changer de contraception que les médecins généralistes n'ayant reçu d'enseignement complémentaire en gynécologie.

Figure 24: si "Non", pourquoi ? (Q21')



N=26

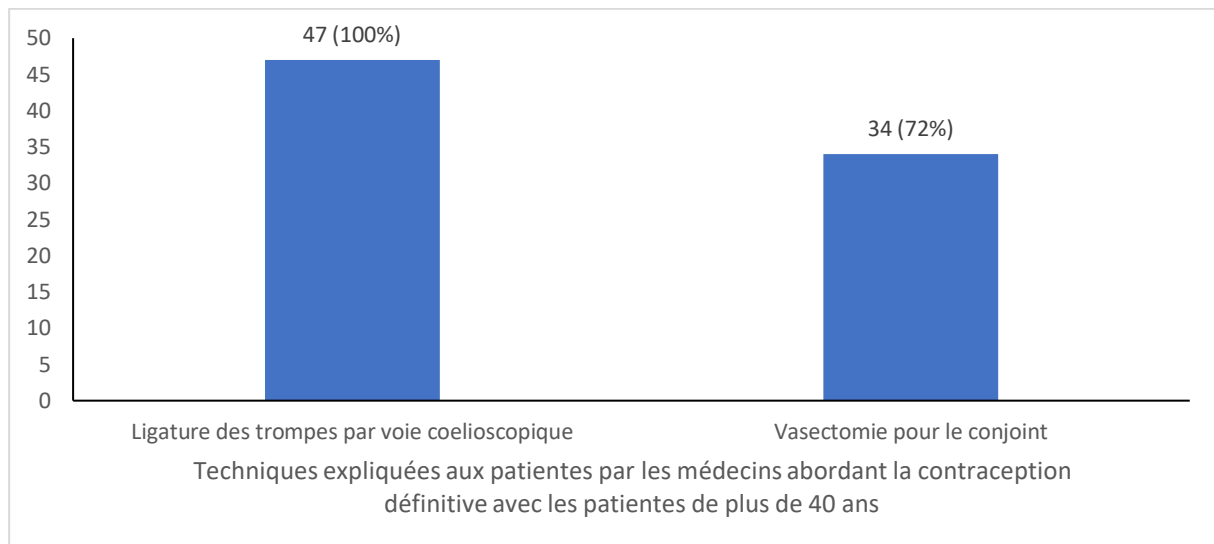
Détails de « Autre réponse » :

« J'attends que la démarche vienne de la patiente » ou « C'est à la patiente de l'aborder » : réponse citée 7 fois.

« Je n'y ai pas pensé » : réponse citée 7 fois.

« Il y a d'autres options » ou « inconsciemment, je ne l'aborde pas » : réponse citée 3 fois.

Figure 25: si "Oui", quelle(s) technique(s) lui avez-vous expliquées ? (Q21")

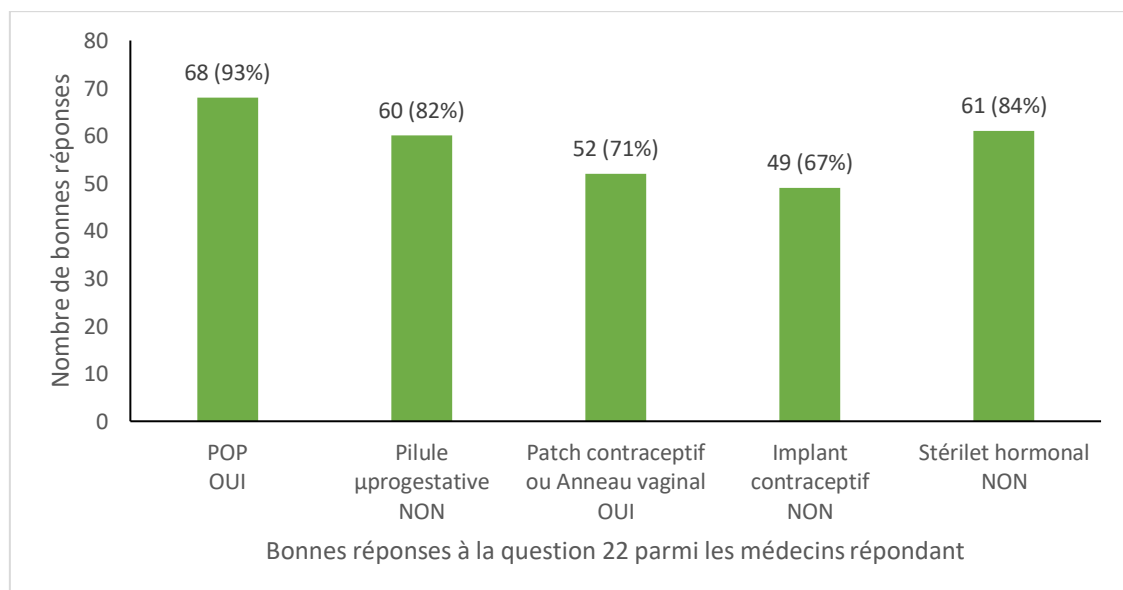


N=47

3.5 Petit quizz

3.5.1 Contraceptions augmentant le RTEV (X3 ou plus)

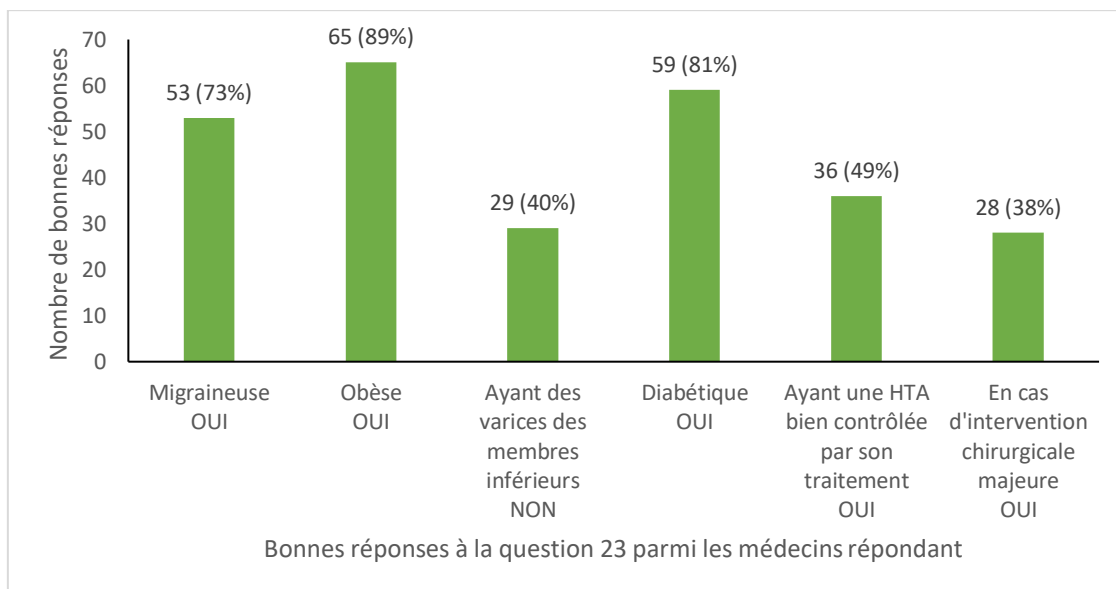
Figure 26: selon vous, les contraceptions suivantes augmentent le risque thrombo-embolique veineux de manière importante (X3 ou plus) chez les femmes de plus de 40 ans (Q22) :



N=73

3.5.2 Situations où une contraception oestroprogestative est fortement déconseillée après 40 ans

Figure 27: une contraception oestro-progestative est fortement déconseillée chez une femme de plus de 40 ans (Q23) :



N=73

4 DISCUSSION

4.1 Forces et limites de l'étude

4.1.1 Population de l'étude

4.1.1.1 Choix de la population

Données démographiques 1: densité de gynécologues, sages-femmes, médecins généralistes dans le Loir-et-Cher, en Indre-et-Loire et en France métropolitaine (année 2018)

	Densité de gynécologues pour 100 000 femmes de 15 ans et plus	Densité de sages-femmes à activité libérale exclusive et mixte pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans	Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants
France métropolitaine	27.4	47.4	153.5
Loir-et-Cher	15.4	40.8	121.6
Indre-et-Loire	28	54.8	161.8

Les femmes de plus de 40 ans ont le choix parmi plusieurs professionnels de santé concernant le suivi de leur contraception : le gynécologue, la sage-femme ou le médecin généraliste.

Les sages-femmes sont habilitées à pratiquer le suivi de la contraception des femmes en bonne santé depuis 2009 (Cf. Annexe A1). Cependant, cette possibilité reste encore mal connue du grand public, et parfois mal acceptée par les médecins.

Aujourd'hui, les femmes consultent en moyenne 3.5 fois par an leur médecin généraliste pour motif gynécologique (82). Environ 45% des prescriptions initiales de contraceptifs et 58 % des renouvellements sont rédigés par un médecin généraliste (4) : ce qui fait de lui un acteur central et accessible pour le suivi contraceptif des femmes. D'où notre choix des médecins généralistes pour notre étude.

Le Loir-et-Cher est un département rural, qui souffre de la désertification médicale. Celle-ci touche certes toutes les spécialités mais en particulier la gynécologie : comme nous pouvons le voir dans le tableau ci-dessus (83,84). D'où notre choix du Loir-et-Cher pour notre étude.

4.1.1.2 Représentativité de l'échantillon et taux de réponse

Notre échantillon était composé de 100 médecins tirés au sort de manière informatique parmi les 225 comptabilisés dans le Loir-et-Cher qui respectaient nos critères d'inclusion. Nous avons choisi d'envoyer les questionnaires par voie postale : l'inconvénient était certes le manque de rapidité ainsi que le coût mais nous disposions ainsi facilement des coordonnées de la totalité des médecins randomisés. De plus, une relance téléphonique aux médecins n'ayant pas répondu, a permis de s'assurer qu'ils avaient bien tous reçu le questionnaire. Cette randomisation sur une liste exhaustive des médecins respectant les critères d'inclusion/exclusion, l'envoi identique à tous les médecins de l'échantillon, l'absence de bénéfice secondaire à participer et finalement un taux de réponse important (83%), limitent les biais de sélection dans notre étude.

De plus, parmi les médecins répondants, 12% ne faisaient pas de suivi de contraception chez la femme de plus de 40 ans. Nous pensions obtenir un chiffre largement inférieur compte tenu de leur manque d'intérêt attendu pour notre étude. Ces 12% sont également un argument de plus pour dire que les biais de sélection sont limités dans notre étude.

D'autre part, malgré un excellent taux de réponse (83%), il y a eu un biais de non réponse : 17% des médecins sollicités n'ont pas répondu. Deux médecins ont clairement refusé de répondre à notre questionnaire. Le choix d'un questionnaire auto-administré renforce le sentiment d'anonymat de l'information transmise. Afin de renforcer ce sentiment chez nos répondants, nous avons également pris le soin d'ajouter une phrase rassurante en début de questionnaire concernant l'absence de citation des noms des médecins répondants dans notre étude. Malgré cela, l'absence d'anonymat des questionnaires a pu être un frein pour certains.

Données démographiques 2: comparaison des données (âge et sexe) de l'échantillon d'étude par rapport aux données du CNOM en 2015

	Echantillon de l'étude	Données démographiques médecins généralistes du Loir-et-Cher 2015
Moyenne d'âge des médecins en années	51.8	53
Proportion de femmes (%)	41	42
Age < 40 ans (%)	22	12
Age > 60 ans (%)	36	30

Les différences constatées entre notre échantillon et les données du CNOM (conseil national de l'ordre des médecins) sur la démographie médicale dans le Loir-et-Cher (85) peuvent s'expliquer, selon nous, par trois raisons :

- L'ancienneté de leurs données (2015) : des départs à la retraite ainsi que des nouvelles installations sont intervenus depuis.

- L'absence de distinction selon le mode d'exercice (libéral, salarié ou mixte, remplaçant thésé) contrairement à notre échantillon qui était constitué uniquement de médecins généralistes installés en libéral excluant les exercices particuliers exclusifs.

- L'existence d'un biais de sélection : les médecins plus jeunes ayant peut-être plus tendance à répondre au questionnaire que les plus âgés.

En l'absence de données plus comparatives, nous avons considéré que notre échantillon était représentatif de la population cible : à savoir, les médecins généralistes libéraux installés dans le Loir-et-Cher (hors exercice particulier exclusif).

4.1.2 Questionnaire

Le questionnaire comportait exclusivement des questions faisant référence aux recommandations HAS relatives à notre sujet d'étude. La formulation et la présentation des questions a d'abord été travaillée à l'aide du livre « Le questionnaire » de François de Singly et en s'inspirant de questionnaires conçus par la DREES. Certaines modalités de réponse ont ensuite été modifiées sur les conseils du département de santé publique de l'Université de Tours. Tout ceci afin de répondre à l'objectif principal de l'étude et d'obtenir un taux de réponse important.

Le choix de concevoir un questionnaire quasi exclusivement avec des questions fermées a favorisé le taux de réponse (83%). Le questionnaire étant simple et rapide à remplir : environ 4 minutes pour les médecins faisant du suivi de contraception chez les femmes de plus de 40 ans et 30 secondes dans le cas contraire. Il ne semble pas y avoir eu de problème de compréhension de la part des répondants et leurs réponses aux questions ont été exhaustives et interprétables. Cette simplicité du questionnaire s'est faite au prix d'une perte de précision, d'information et de nuance : inhérente à ce type de recueil par questions fermées. Les seules

questions ouvertes de notre questionnaire (proposition « autre réponse » avec points de suspension invitant le médecin répondant à préciser) avaient pour but essentiel de favoriser l'adhésion du répondant à notre questionnaire, en lui donnant une possibilité libre d'expression sans l'impression d'être contraint à des possibilités de réponse imposées ne lui correspondant pas.

Nous avons choisi de ne pas faire de question sur les actes tels que le frottis cervico-vaginal ou l'examen des seins : l'HAS recommande pourtant de s'assurer que ce dépistage soit à jour à l'occasion de toute consultation de contraception. Ce sujet a déjà été abordé dans de nombreuses thèses dont celle de S. Dias en 2010 ou M. Brosset en 2013 (86,87). Nous avons préféré aborder le dépistage du VIH (question 10) à l'occasion des consultations de suivi de contraception des femmes de plus de 40 ans : sujet actuellement moins traité.

Nous n'avons pas fait de question concernant les antécédents de chirurgie bariatrique : situation qui va devenir de plus en plus prévalente chez les patientes de plus de 40 ans. Cela constitue une limite dans notre étude. Notons qu'il s'agit d'une situation complexe où il conviendra essentiellement d'éviter toute contraception orale (88).

Par ailleurs, le suivi contraceptif pouvant être assuré par une sage-femme ou un prescripteur d'un CPEF, il aurait été intéressant de savoir si les médecins généralistes adressent des patientes de plus de 40 ans vers ces praticiens pour un suivi contraceptif. Ils constituent une possibilité de suivi contraceptif accessible non négligeable, en particulier dans un département comme le Loir-et-Cher souffrant de la désertification médicale.

Nous avons choisi de poser la question du suivi de la contraception des femmes de plus de 40 ans en tout début de questionnaire (question 7), juste après les questions socio-démographiques, et il s'agissait d'une question filtre. En effet, pour les médecins ne pratiquant pas le suivi de contraception chez les femmes de plus de 40 ans, le questionnaire s'arrêtait alors d'emblée. Ce qui a constitué une force puisque cela a permis que ces médecins, s'intéressant potentiellement peu à notre étude, remplissent le questionnaire rapidement : environ 30 secondes. Cela a sans doute contribué à un taux de réponse élevé : 83%. Cependant, les 12% de médecins ne pratiquant pas le suivi de contraception chez les femmes de plus de 40 ans, n'étaient par la suite pas comptabilisés dans nos statistiques alors qu'ils ne suivent pas, de fait, les recommandations de l'HAS sur la contraception. Ceci constitue une limite dans notre étude : ainsi nous pouvons considérer que la qualité du suivi de la contraception des femmes de plus de 40 ans par les médecins généralistes du Loir-et-Cher est finalement surestimée dans notre étude.

La question 8 n'était pas complètement conforme aux recommandations HAS. La recommandation HAS dit que : « Une femme qui consulte pour une première demande contraceptive doit bénéficier d'une consultation uniquement dédiée à ce motif, quel que soit son âge. En cas d'impossibilité (en cas d'urgence par exemple), programmer à court terme une consultation entièrement dédiée. ». La question 8 était intitulée ainsi : « la dernière fois où une patiente de plus de 40 ans vous a parlé de contraception, avez-vous prévu une consultation dédiée ? ». Quand une patiente de plus de 40 ans « parle de contraception » à son généraliste, ce terme sous-entend qu'elle veut des informations en vue de choisir une contraception (car elle n'en avait pas avant) et/ou changer sa contraception qui ne lui convient plus. Selon nous, cela peut donc s'assimiler à une « première demande contraceptive » et nécessiter une consultation dédiée. Le choix de formulation du début de la question (« la dernière fois que... ») avait pour but de limiter les biais de mémoire et de désirabilité sociale du médecin répondant. Cette formulation a été utilisée dans les questions 8, 9, 10 et 21.

Beaucoup de médecins ont coché toutes les cases à la question 9. Il est évident que les réponses présentées étaient toutes inhérentes à un renouvellement adéquat de COP en dehors de toute contre-indication. Cela a probablement constitué un important biais de désirabilité sociale et donc un manque d'honnêteté de certains médecins répondants. La question 9 n'était pas spécifique des patientes de plus de 40 ans mais a permis de mettre en évidence que les médecins généralistes du Loir-et-Cher connaissaient bien les recommandations HAS sur la contraception oestroprogestative de manière globale mais connaissaient beaucoup moins bien ses spécificités pour les patientes de plus de 40 ans (question 23).

La question 11 de notre questionnaire était une des rares questions à réponses multiples de notre questionnaire. Les réponses 2 et 3 étaient volontairement antinomiques : afin d'évaluer si le médecin avait une pratique plutôt « paternaliste » ou « informative » durant ses consultations de suivi de la contraception des femmes de plus de 40 ans. Pourtant 3 médecins répondants ont coché les deux réponses. Il s'agit, selon nous, soit d'une erreur de lecture soit d'un biais de désirabilité sociale. L'hypothèse qu'ils pratiquent tantôt de manière « paternaliste » tantôt de manière « informative » nous semble peu probable.

Dans le « petit quizz » (questions 22 et 23), les médecins répondants avaient la possibilité de répondre « ne sait pas ». Ceci avait pour but d'éviter des absences de réponse ou des réponses au hasard. Lors de la discussion des résultats, nous avons abordé essentiellement les pourcentages de bonnes réponses : les réponses « ne sait pas » ont été comptabilisées de fait parmi les mauvaises réponses. Le fait qu'il s'agisse de tester les connaissances des médecins (sujet sensible) dans ces deux dernières questions aurait pu en inciter certains à rechercher

l'information afin de répondre au plus juste : ce qui aurait pu constituer un biais de désirabilité sociale. Ceci nous paraît peu probable au vu du nombre de mauvaises réponses constatées et du temps qu'il aurait fallu au médecin répondant pour trouver l'ensemble des bonnes réponses autrement qu'avec ses connaissances.

Nous avons choisi de proposer quatre modalités de réponse pour les questions 12, 13, 15, 16, 17 : « Oui, pour toutes les patientes », « Oui, pour plus de la moitié des patientes », « Oui, pour moins de la moitié des patientes », « Non ». Notre objectif était ainsi d'éviter une modalité de réponse médiane qui aurait pu constituer un biais de réponse. Pour l'exploitation des résultats ainsi que la réalisation des tests statistiques, nous avons choisi de ne pas différencier les différentes réponses « Oui » et donc de les additionner : ceci a constitué une perte de précision.

4.1.3 Choix des variables à tester

Contrairement à la plupart des thèses comportant des questionnaires, nous avons choisi de limiter le nombre de tests statistiques pour comparer nos variables. Cette décision tenait compte du risque α estimé à 5% : risque que les différences observées soient dues à des fluctuations d'échantillonnage. Au total, nous avons réalisé 25 tests statistiques dans cette étude.

4.2 Objectif principal

Les médecins généralistes du Loir-et-Cher, qui pratiquent le suivi contraceptif des femmes de plus de 40 ans, ne suivent pas de manière satisfaisante les dernières recommandations de la HAS concernant ce suivi. La consultation dédiée n'est pratiquée que par 45% d'entre eux. 55% ont une attitude paternaliste dans le choix de la contraception des patientes de plus de 40 ans. 22% seulement donnent la possibilité d'un dépistage VIH à l'occasion d'un bilan sanguin. Les contraceptions naturelles sont ignorées : 4% en parlent lorsque la patiente est réticente aux contraceptions médicales. Ils ne sont que 32% à informer sur le renouvellement possible d'une pilule contraceptive par un pharmacien ou un infirmier. Ils sont très peu à poser des implants contraceptifs (30%), des stérilets (26%) et ils abordent moyennement le sujet de la contraception définitive (64%) chez les patientes de plus de 40 ans.

4.2.1 Déroutement des consultations

Dans notre étude (Q8), nous avons mis en évidence que les femmes médecins généralistes pratiquent plus la consultation dédiée à la contraception chez les patientes de plus de 40 ans (64%) que leurs homologues masculins (30%). Sans distinction de sexe, 45% prévoient une consultation dédiée pour les patientes de plus de 40 ans désirant parler de leur contraception.

Selon les données issues de l'étude française ECOGEN (2012), seules 20.2% des consultations étaient dédiées à la prescription de la contraception. Concernant les 79.8% restantes, le nombre de motifs de consultation était compris entre 2.77 et 3.06 (79). La différence avec notre échantillon d'étude s'explique sûrement par la formulation de la question posée dans notre étude : « la dernière fois qu'une patiente de plus de 40 ans vous a parlé de contraception, avez-vous prévu une consultation dédiée ? ». Contrairement à l'étude ECOGEN, il ne s'agissait ici que des situations où la patiente désirait parler de contraception : ce qui ne comprend pas toutes les consultations relatives à la contraception, en particulier celles où la patiente est entièrement satisfaite de celle-ci et ne désire donc pas en parler. De plus, l'étude ECOGEN n'était pas spécifique des patientes de plus de 40 ans.

Dans un travail de thèse en 2015, dans une population de patientes jeunes (moins de 25 ans essentiellement) consultant en vue d'une IVG, seules 17.3% des patientes avaient bénéficié d'une consultation dédiée avec le prescripteur de leur contraception avant leur IVG. Ce chiffre médiocre ne semble guère étonnant puisque cette recommandation vise en partie à éviter les échecs de contraception qui amenaient les patientes à une grossesse non programmée.

Notre étude a permis de retrouver une différence significative dans la pratique de la consultation dédiée chez la patiente de plus de 40 ans selon le sexe du médecin. La médecine générale étant en voie de féminisation (en 2020 on estime à 50% le taux de femmes dans la profession, celui-ci ayant déjà évolué de 38% à 47% entre 2007 et 2017) (89), il peut être supposé que la pratique de la consultation dédiée par les médecins généralistes va augmenter. Cependant, 49% des femmes médecins généralistes sont salariées (90). De plus, elles ont un volume d'activité plus faible en libéral (de 25%) que leurs confrères (91). On ne peut donc pas compter exclusivement sur la féminisation de la profession pour améliorer le taux de consultation dédiée à la contraception chez les patientes de plus de 40 ans. Il est donc primordial, selon nous, de sensibiliser les médecins généralistes à la pratique de la consultation dédiée à travers : la formation initiale universitaire, la formation médicale continue voire même par une incitation financière comme cela s'est récemment fait pour les patientes de 15 à 18 ans (possibilité de

coter à 46 euros une consultation de contraception et prévention depuis fin 2017). Encore faut-il que cette mesure puisse favoriser à augmenter le nombre de consultations dédiées à la contraception et à la prévention pour ces jeunes patientes.

Concernant les contre-indications générales des contraceptions oestroprogestatives (question 9), les médecins généralistes de notre échantillon semblent bien les connaître et les contrôler lors des consultations de renouvellement pour les patientes de plus de 40 ans. 100% d'entre eux ont déclaré contrôler la Pression Artérielle, 93% les antécédents thromboemboliques veineux et artériels (personnels et familiaux), 88% le dernier bilan sanguin (glycémie, triglycérides, cholestérol total) datant de moins de 5 ans. 88% ont contrôlé également la satisfaction de la patiente. Nous supposons donc que notre population cible (les médecins généralistes libéraux du Loir-et-Cher) connaît bien les recommandations générales de l'HAS sur les contraceptions oestroprogestatives et les applique bien également pour les femmes de plus de 40 ans. Nous avons également testé les connaissances de notre échantillon sur les recommandations spécifiques aux femmes à risque cardiovasculaire (6), dont font partie les femmes de plus de 40 ans, à la question 23.

Les recommandations HAS (5) recommandent « d'offrir la possibilité d'un dépistage du VIH, notamment à l'occasion du bilan sanguin de surveillance des patientes prenant une contraception orale ». Seuls 22% des médecins de notre échantillon appliquent cette recommandation pour les patientes de plus de 40 ans (question 10).

Les stratégies de dépistage du VIH ont beaucoup évolué ces dernières années notamment du fait des découvertes concernant les bénéfices à un diagnostic précoce. Le nombre de patients ayant découvert leur séropositivité en 2015 était évalué à environ 6000. La proportion de femmes était de 30%. La majorité des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2015 étaient nées en France. La plupart des contaminations étaient issues de rapports hétérosexuels (56% des contaminations) (92). Les diagnostics ont été faits en ville dans 30% des cas. La sérologie VIH était proposée par un médecin dans 75% des cas (93). Ainsi, il a été mis en évidence que les patients les plus à risque de dépistages tardifs n'appartenaient pas aux populations où la prévalence de la maladie est la plus élevée. Ces patients se retrouvaient donc exclus d'une stratégie de dépistage ciblée. Dans ce contexte, la HAS a recommandé dès 2009, outre le dépistage ciblé et régulier de certains groupes de population plus particulièrement affectés (homosexuels masculins, usagers de drogues injectables...), la proposition d'un test de dépistage à l'ensemble de la population âgée de 15 à 70 ans hors notion d'exposition à un risque de contamination (reprise dans les recommandations HAS sur la contraception comme nous l'avons vu précédemment). Cette stratégie était également celle recommandée par le plan

national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Ce dépistage de masse en population générale s'est heurté à des difficultés pratiques. Pour les patients, ce dépistage questionne en effet la fidélité du conjoint, l'existence d'une sexualité chez le sujet âgé ou célibataire (sujet encore tabou), le coût, la peur de la maladie, la gêne à aborder le sujet avec leur médecin (94). Pour le médecin, il existe également des freins à la prescription d'un dépistage VIH non ciblé : la présence d'un accompagnant à la consultation, le grand nombre de conduites préventives recommandées aux médecins généralistes, l'absence d'identification de risque par le patient et/ou le médecin, un motif de consultation sans rapport avec la sexualité, le sentiment d'être intrusif dans la vie privée du patient, la peur de la réaction de ce dernier, les difficultés de communication qu'elles soient culturelles ou linguistiques (95), le manque de formation, le manque de temps (96,97). Ajoutons à cela que le fait d'aborder le dépistage VIH revient souvent à parler de la sexualité et inversement (98). L'appui des pouvoirs publics et la réalisation de campagnes d'information auprès des patients pourraient être un moyen de légitimer l'intervention des médecins généralistes, leur permettant ainsi de promouvoir la santé sexuelle auprès de l'ensemble de leurs patients (99). Selon nous, au vu du peu de médecins généralistes de notre échantillon proposant un dépistage VIH aux patientes de plus de 40 ans à l'occasion d'un bilan biologique (22%), il est également primordial de sensibiliser les médecins généralistes à cette recommandation du dépistage non ciblé et aux manières de l'aborder : durant leur cursus universitaire et à l'occasion de FMC.

L'objectif de la question 11 était de savoir si les médecins avaient une approche plutôt « paternaliste » de la consultation de suivi contraception des femmes de plus de 40 ans ou une approche selon le modèle « BERCER » de l'OMS, recommandé par l'HAS (5). Parmi les médecins de notre étude, seuls 42% optent pour l'attitude « informative » en lien avec les recommandations HAS (« Vous lui donnez des informations sur les différents modes de contraception sans lui prescrire immédiatement ») et 55% ont une attitude paternaliste (ils « choisissent une contraception qui correspond, selon eux, aux habitudes de vie de la patiente »). Les médecins hommes et/ou plus âgés et/ou n'ayant pas reçu d'enseignement complémentaire en gynécologie après leur externat avaient plus souvent une attitude paternaliste.

Une récente recommandation du CNGOF (100) confirme et justifie les recommandations de la HAS (5) : une consultation paternaliste est inadaptée en contraception. Afficher son choix contraceptif diminue la satisfaction des femmes et pourrait diminuer la persistance contraceptive. De plus, la structuration de la consultation (modèle BERCER) permet une amélioration du choix contraceptif (101). L'amélioration des connaissances contraceptives (du médecin) associée à la structuration de la consultation permet une diminution des GNP par

rapport à une consultation traditionnelle non personnalisée. On remarque cependant que la majorité des études n'incluent pas ou peu de femmes de plus de 40 ans.

Quant au site « choisirscontraception.fr », outil d'information créé pour les patientes par le ministère de la santé et santé publique France en 2007, seuls 3% des médecins de notre étude le conseillent à une patiente de plus de 40 ans désireuse de changer de contraception. Nous pensons que l'immense majorité des médecins généralistes du Loir-et-Cher ne connaît tout simplement pas ce site internet pourtant très complémentaire des explications fournies en consultation. Il est pourtant prouvé que l'utilisation d'outils d'aide à la décision facilite l'information des patientes, permet d'avoir une meilleure connaissance et d'être plus clairs dans leurs représentations par rapport à une prise en charge classique (100) : cela permet aux femmes de choisir plus facilement une contraception efficace.

Notre étude confirme, à travers les résultats de la question 11, que le modèle dominant reste celui d'une relation dans laquelle les décisions relèvent pour l'essentiel du professionnel de santé (5). Un effort de formation des médecins, durant le cursus universitaire mais aussi par les FMC, reste donc à faire afin de laisser à la femme (sans oublier le partenaire) une véritable maîtrise de ses décisions en matière de contraception (78).

Une grande majorité des médecins de l'échantillon (73%) rediscutent le type de contraception suite à une modification de situation personnelle, affective ou sociale d'une patiente de plus de 40 ans (question 12). Les médecins généralistes du Loir-et-Cher respectent donc bien cette partie de la recommandation HAS (5). Encore faut-il qu'ils aient connaissance de cette modification de situation personnelle, affective ou sociale. Selon une étude américaine, les femmes souhaiteraient une consultation intime et amicale avec leur praticien pour se sentir plus à l'aise dans la discussion autour de la contraception (102) : cela permet d'aborder la sexualité et le mode de vie afin que la patiente dispose de la contraception la plus adéquate. Le médecin généraliste semble être un premier recours évident et accessible pour des consultations de cet ordre : d'ailleurs, les femmes le consultent en moyenne 3.5 fois par an pour motif gynécologique (82).

4.2.2 Prévention des échecs de contraception

90% des médecins interrogés demandent à leurs patientes de plus de 40 ans, en dehors des consultations à motif gynécologique, si elles ont une contraception (question 13). Ceci étant un prélude afin de « proposer une contraception adaptée à chacune en vue d'éviter les échecs et le recours à l'IVG » comme le préconisent les recommandations HAS (5). Les médecins

généralistes du Loir-et-Cher suivent donc en cela les recommandations. Cette question n'est pas anodine : la proportion de femmes de plus de 40 ans sans contraception au moment d'une IVG est de 41% en France (2).

Face à une patiente de plus de 40 ans réticente aux contraceptions médicales (question 14), 90% des médecins de notre échantillon proposent des méthodes barrières (préservatifs, spermicides, diaphragme...). Ils respectent donc en cela les recommandations HAS (5).

En revanche, ils ne sont que 4% dans notre étude à proposer des méthodes naturelles (MAMA, Ogino, Billings...) face à une patiente de plus de 40 ans réticente aux contraceptions médicales (question 14). Selon nous, les médecins généralistes du Loir-et-Cher ne connaissent pas ou peu ces méthodes, encore moins leur efficacité théorique ainsi qu'en pratique courante.

Il existe peu de littérature sur le sujet en France. Deux thèses de médecine générale ont évalué les connaissances des internes de médecine générale sur les contraceptions naturelles. 80% des internes interrogés estiment leur formation insuffisante dans le domaine des contraceptions naturelles (103) et 72% des internes s'estiment incompetents sur les méthodes Billings et sympto-thermique (104). Ce manque de connaissances est d'ailleurs la principale raison citée par ces internes pour juger inenvisageable de répondre à une demande de conseil à propos de ces méthodes. De plus, une minorité des internes interrogés jugent les méthodes naturelles fiables : 4 à 16% des internes selon la méthode (103).

Il serait intéressant, selon nous, que les contraceptions naturelles soient enseignées durant le cursus universitaire et les FMC : en particulier le taux d'efficacité de ces méthodes. Cela susciterait sans doute l'intérêt des médecins généralistes qui semble faire encore défaut aujourd'hui. L'objectif étant d'enrichir l'offre contraceptive pour les patientes de plus de 40 ans, que ces méthodes soient mieux utilisées en pratique courante et que les femmes puissent se les approprier. Le CNGOF va d'ailleurs dans ce sens puisqu'il a récemment publié des recommandations sur les contraceptions naturelles et méthodes barrières (105). Rappelons que la proportion des femmes de plus de 40 ans utilisant une méthode non médicale (barrière ou naturelle) au moment d'une IVG est de 40.6% en France (2) : contraception inadapté à la patiente et/ou mal utilisée en sont probablement la cause.

79% des médecins répondants réévaluent les connaissances des patientes de plus de 40 ans sur leur contraception (question 15) et 74% les informent des modalités de rattrapage en cas d'oubli de pilule (question 16). Les médecins généralistes du Loir-et-Cher respectent donc bien cette partie des recommandations HAS (5) sur la prévention des échecs de contraception.

En revanche, les médecins généralistes de notre échantillon informent relativement peu les patientes de plus de 40 ans sur la contraception d'urgence (question 17) : ils sont 40% à ne jamais en parler à ces patientes. Ils ne respectent donc pas les recommandations HAS (5) relatives à la contraception d'urgence.

D'après une thèse de 2012, 38% des femmes de plus de 40 ans connaissent la contraception d'urgence et seulement 16% y ont déjà eu recours (106).

En 2016, 1.5% des femmes âgées de 40-49 ans exposées à un risque de grossesse non programmée ont eu recours à la contraception d'urgence au cours des 12 derniers mois. En comparaison, parmi les 15-19 ans exposées à un risque de grossesse non programmée : 21.4% y ont eu recours sur la même période (107). La contraception d'urgence est donc plus connue et plus utilisée dans les tranches d'âges jeunes, notamment en milieu scolaire.

Malgré un accès facilité, son utilisation n'a pas progressé en France ces dernières années. De même, le profil des femmes qui y ont eu recours a peu évolué : son utilisation chez les femmes de plus de 40 ans est infime (107).

Sachant que les femmes de plus de 40 ans ont accès aux informations principalement par les professionnels de santé (106), le manque d'information qu'elles reçoivent de la part des médecins généralistes (mis en évidence dans notre étude) explique en grande partie l'infime recours à la contraception d'urgence dans cette classe d'âge. Celle-ci constitue pourtant une méthode de rattrapage accessible et efficace (107). La sensibilisation des médecins généralistes à la contraception d'urgence, par le biais des FMC, permettrait d'éviter sans doute des GNP et donc des IVG chez les patientes de plus de 40 ans (108).

Quant aux médecins informant les patientes de plus de 40 ans sur la contraception d'urgence (60%), ils évoquent le lévonorgestrel 1.5mg (Norlevo®) pour 89% d'entre eux. L'Ulipristal acétate 30mg (Ellaone®) est moins cité (32%). Selon nous, cela réside dans le fait que celui-ci est plus récent, moins connu des médecins généralistes et pouvant interagir avec la pilule contraceptive habituelle. De plus, sa méconnaissance par les médecins généralistes nous paraît peu préjudiciable puisqu'il a été classé en ASMR de niveau IV (mineure) par rapport au lévonorgestrel 1.5mg (Norlevo®) par la commission de la transparence (109). De plus, son prix reste largement supérieur à celui du lévonorgestrel 1.5mg (Norlevo®).

En dernière position, le stérilet au cuivre : cité par seulement 25% de ces médecins informant sur la contraception d'urgence.

Selon une étude prospective de 1963 femmes chinoises, le DIU au cuivre inséré dans les 120 heures après un rapport sexuel à risque offre une efficacité de 100% en termes de taux de

grossesses à 1 mois (110). Il constitue donc une excellente contraception d'urgence. De plus, si la tolérance est bonne, il constitue par la suite une contraception au long cours, efficace, sans contrainte de prise et sans hormones. Son taux d'abandon à 1 an est de 15% en France : ce qui est très bien comparé à celui des pilules contraceptives qui est de 30% (Cf. Annexe A7).

Selon nous, deux raisons expliquent que les médecins généralistes du Loir-et-Cher évoquent si peu le DIU au cuivre comme contraception d'urgence auprès de leurs patientes de plus de 40 ans. Ils sont tout d'abord très peu à poser des stérilets à ces femmes : 26% selon notre étude. De plus, ils ne connaissent probablement pas tous l'indication du stérilet au cuivre comme contraception d'urgence. Dans la thèse de A. Bonnin en 2015 en Franche comté (111), sur les 14 médecins généralistes interrogés, 3 (21,4%) admettaient ne pas connaître l'indication du DIU au cuivre en tant que contraception d'urgence. Parmi ceux connaissant son indication, certains ne connaissaient pas ses modalités pratiques d'utilisation ni son taux d'efficacité. Dans la thèse de A. Fraysse en 2018, l'utilisation du stérilet au cuivre comme contraception d'urgence était peu connue des médecins généralistes. Le peu de médecins qui en avaient vaguement entendu parler ne connaissaient pas ses modalités d'utilisation en urgence (112). Selon nous, le frein essentiel à cette utilisation du stérilet au cuivre chez la patiente de plus de 40 ans est le peu de médecins généralistes qui posent des stérilets à ces femmes : objet de la question 20.

Peu de médecins de notre échantillon (32%) informent leurs patientes de plus de 40 ans de la possibilité de renouveler, par un pharmacien ou une infirmière, une ordonnance expirée de pilule contraceptive (question 18). L'explication réside principalement, selon nous, dans l'ignorance de cette autorisation qui date de 2012 (Cf. Annexe A1). Il s'agit donc d'une loi relativement récente et les médecins informant les patientes, dans notre étude, étaient sans surprise significativement plus jeunes. De plus, plusieurs médecins ayant coché « non » ont précisé en marge du questionnaire qu'ils ne connaissaient pas cette possibilité.

Au moment d'une IVG, parmi les femmes qui utilisaient une contraception orale régulière : 92% l'avait oubliée au moins une fois ou avaient temporairement arrêté de la prendre dans le mois où elles sont devenues enceintes (2). Le renouvellement possible d'une ordonnance expirée de contraceptifs oraux, par un pharmacien ou une infirmière, vise à diminuer les ruptures contraceptives qui constituent un risque de GNP et donc d'IVG. Selon nous, l'information des médecins généralistes, par les articles de revues professionnelles et par le biais des FMC, permettrait d'améliorer le suivi de cette partie des recommandations HAS (5) qui semble actuellement mieux connue des médecins plus jeunes.

4.2.3 Contraception de longue durée d'action

Très peu de médecins de notre échantillon posent des implants contraceptifs à l'Etonogestrel (Nexplanon®) ou des stérilets aux femmes de plus de 40 ans (questions 19 et 20). Ils sont respectivement 30% et 26% à en poser. Il s'agit pourtant de moyens contraceptifs de longue durée d'action, particulièrement efficaces en pratique courante (Cf. Annexe A7) et sans contrainte de prise. De plus, le stérilet au cuivre est la contraception d'urgence la plus efficace existante. Notre étude montre que les médecins ayant reçu un enseignement complémentaire en gynécologie après leur externat sont significativement plus nombreux à poser des implants et des stérilets chez les patientes de plus de 40 ans. Les médecins généralistes femmes sont significativement plus nombreuses à poser des stérilets chez les patientes de plus de 40 ans.

Dans ces conditions il n'est guère étonnant d'observer que le praticien (qui ne pose ni implant ni stérilet) retient la méthode qu'il juge techniquement la plus efficace et qu'il connaît la mieux, sans nécessairement prendre en compte la situation et les attentes plus ou moins bien exprimées de la patiente (76). En l'absence de contre-indication médicale, c'est donc la pilule qui sera choisie par le praticien (7). Dans la mesure où le refus de poser un stérilet ou un implant est plus fréquent chez les médecins généralistes, le choix de ces méthodes contraceptives est conditionné par l'accessibilité à un gynécologue ou à une sage-femme : d'où un frein géographique à ces contraceptions (77), en particulier dans le Loir-et-Cher où la densité de gynécologues et de sages-femmes est faible (83,84). Les médecins généralistes du Loir-et-Cher ne respectent donc pas cette partie des recommandations HAS (5) : « Les femmes, nécessitant une contraception, doivent être informées de toutes les méthodes disponibles, y compris des méthodes de longue durée d'action. Il doit leur être fourni la contraception la plus acceptable pour elles, sous réserve de l'absence de contre-indication. Elles doivent recevoir une information détaillée (orale et écrite) qui leur permette de choisir une méthode ET de l'utiliser ». Selon la littérature, il existe plusieurs freins à la pose de stérilets et d'implants contraceptifs par le médecin généraliste : la formation, le matériel, le temps, la difficulté de retrait d'implant, la responsabilité, le manque d'identification du généraliste comme compétent en gynécologie... Le frein le plus accessible à une amélioration étant la formation aux techniques de pose (113,114). Au vu de la démographie médicale actuelle (en particulier la chute du nombre de gynécologue libéraux), le peu de poses de stérilets et d'implants contraceptifs par les médecins généralistes du Loir-et-Cher remet grandement en cause le choix et l'accès d'une contraception efficace pour les patientes de plus de 40 ans (ceci comprend la contraception d'urgence la plus efficace existante : le stérilet au cuivre). Selon nous, savoir poser un implant et un stérilet

devrait être des compétences obligatoires à acquérir durant l'internat de médecine générale. L. Royer-Baranger en 2011 et M. Brosset en 2013 (87,115) ont montré que la formation actuelle des internes restait perfectible concernant ces gestes techniques. La principale piste proposée était de rendre obligatoire un stage formateur en gynécologie-obstétrique, d'une durée plus courte que les stages habituels et plutôt en ambulatoire, afin de favoriser sa faisabilité.

64% des médecins de notre échantillon abordent la contraception définitive avec leurs patientes de plus de 40 ans voulant changer de contraception (question 21). Parmi les 36% de médecins n'abordant pas la question, 65% ont justifié en réponse libre : « Je n'y ai pas pensé » ou « J'attends que la démarche vienne de la patiente » ont été très fréquemment notés.

Le recours à la contraception définitive chez une femme de plus de 40 ans ne semble pas poser de problème aux médecins généralistes : pour la plupart c'est à partir de cet âge qu'ils s'autorisent à en parler (116). Cependant, beaucoup se représentent la femme qui en fait la demande spontanément comme plus motivée et donc moins à risque de regrets. De plus, ils ont moins l'impression de l'influencer dans ses choix si elle aborde elle-même le sujet. Les médecins craignent essentiellement que les femmes y ayant recours reviennent sur leur décision par la suite (116). Ce qui est en réalité peu fréquent : le taux de regret patent étant d'environ 2.3% quel que soit la technique utilisée (117).

Selon nous, une campagne d'information grand public pourrait améliorer l'abord de ce sujet sensible en informant les patients (hommes et femmes) sur la légalité et l'efficacité de la contraception définitive. Les données sur le taux de regrets et ses facteurs de risques pourraient être abordés en FMC : notamment la mésentente conjugale ou l'absence de discussion préalable avec le conjoint (117).

4.3 Objectifs secondaires

12% des médecins de notre échantillon ont déclaré ne faire aucun suivi contraceptif chez les femmes de plus de 40 ans (question 7) : on peut supposer qu'ils ne pratiquent d'ailleurs quasiment aucun suivi de contraception en général et sûrement très peu de gynécologie. Ces médecins généralistes qui ne font pas de suivi de contraception étaient plus souvent des hommes de manière significative. Nous nous attendions à une proportion plus importante de médecins généralistes faisant du suivi de contraception chez les femmes de plus de 40 ans dans le Loir-et-Cher. Dans sa thèse en 2010, C. Dias comptabilisait 95% de médecins généralistes qui déclaraient instaurer la pilule et 100% qui la renouvelaient (86). Dans la thèse de I. Bonhomme et C. Moretti, c'est 99% des médecins généralistes qui faisaient des prescriptions/suivis de

pilule (118). Ces données plus optimistes que celles de notre étude s'expliquent selon nous en raison de leur faible taux de réponse qui étaient respectivement de 42% et 28%. Ceci a probablement constitué un biais de sélection : les médecins généralistes ne pratiquant pas le suivi contraceptif et/ou la gynécologie ont ainsi été rares à répondre dans ces études.

Selon nous, deux principaux freins à la pratique gynécologique par les médecins généralistes ont été identifiés dans la littérature (86,87,118–120) et sont applicables au suivi contraceptif des femmes de plus de 40 ans par les médecins généralistes.

Premièrement : la formation (initiale et continue) est jugée insuffisante par les médecins généralistes.

Deuxièmement : les patientes méconnaissent les compétences en gynécologie de leur médecin généraliste. Cela engendre un manque de la demande en consultation gynécologique chez les médecins généralistes (118) : d'où le manque d'intérêt et de formation continue de certains qui en découlent.

Concernant la formation, les médecins interrogés ont souvent terminé leur 3^e cycle depuis 10, 20 voire 30 ans. La formation initiale a entre-temps progressé. Depuis 1997, un stage en médecine générale ambulatoire est obligatoire durant le 3^e cycle de l'internat de médecine générale. Depuis 2003, un second stage ambulatoire en médecine générale (SASPAS) est possible durant le 3^e cycle. Ces stages en ambulatoire peuvent être l'occasion pour l'interne de pratiquer la gynécologie et donc le suivi de contraception à travers des situations cliniques en rapport avec sa pratique future : sous réserve que son maître de stage pratique la gynécologie. Depuis l'arrêté du 22 septembre 2004 annexe V (121), tous les étudiants devaient effectuer un stage en pédiatrie et/ou en gynécologie-obstétrique durant leur internat : beaucoup d'étudiants étaient donc formés à la gynécologie mais au détriment de la pédiatrie et inversement. Devant une pénurie de sites pour les stages hospitaliers, il est possible depuis 2010 d'effectuer les stages de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique en ambulatoire (122). Depuis fin 2017 et la réforme de l'internat : la nouvelle maquette contient un stage à thème « santé de l'enfant » et un stage à thème « santé de la femme ». Les internes semblent avoir actuellement la possibilité de réaliser un stage relatif à chacune des deux disciplines durant leur internat : sous réserve qu'il y ait assez de terrains de stage. Concernant les internes qui auront opté pour un stage de médecine polyvalente ou un SASPAS, et jugeant leur formation insuffisante en gynécologie, les FMC et les diplômes universitaires proposés sont un complément très accessible et adapté à leur pratique. Notons qu'en région Centre-Val de Loire, les internes de médecine générale ont dans leur cursus un stage obligatoire mixte « santé de la femme » (3 mois) et « santé de l'enfant » (3mois). Ainsi, tous les internes de médecine générale ont aujourd'hui accès à une formation

en gynécologie, en rapport avec leur future pratique, qui est satisfaisante concernant le suivi de la contraception.

Concernant les préjugés des patientes à l'égard du médecin généraliste : différentes études ont mis en relief le fait que les femmes jugeaient leur médecin généraliste peu compétent pour le suivi gynécologique (120). Selon l'institut BVA en 2008 (123), 85% des femmes interrogées déclaraient avoir un suivi gynécologique, assuré pour 82% d'entre elles par un gynécologue contre 18% seulement par un généraliste. Notons que le suivi gynécologique et le suivi de contraception sont souvent intriqués et parfois indissociables.

Dans la plupart des systèmes de santé occidentaux, la médecine générale a pour rôle de prendre en charge les patients dans leur globalité du fait de son activité de soins de premier recours. En France, suite à la loi « HPST » promulguée en juillet 2009, la notion de médecin généraliste de premier recours est inscrite dans le code de santé publique (124). Le médecin généraliste a un rôle officiel de centralisation de la prise en charge des patients. Comme nous l'avons vu, la gynécologie fait en réalité clairement exception. La CNAM privilégie peu le rôle central de premier recours du médecin généraliste dans le domaine de la gynécologie. Dans le cadre de l'accès direct autorisé, le gynécologue peut être consulté sans passer par le médecin traitant pour les soins suivants : les examens cliniques gynécologiques périodiques, y compris les actes de dépistage, la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi d'une grossesse et l'IVG médicamenteuse (125). Selon nous, cette organisation des soins est en partie à l'origine de la méconnaissance des compétences du médecin généraliste par les patientes : l'accès direct au gynécologue devrait être rediscuté.

La thèse de Valérie Mégret en 2010 portait sur la vision de la consultation gynécologique par les patientes en cabinet de médecine générale (126). Spontanément, 45% des patientes répondantes préféraient avoir affaire à un gynécologue. 20% des femmes interrogées signalaient qu'elles pourraient changer d'opinion si leur médecin généraliste avait reçu une formation spécifique et 15% des patientes ignoraient si leur médecin généraliste avait bénéficié d'une formation en gynécologie-obstétrique. Il est donc dommage que le CNOM n'autorise pas l'inscription du diplôme universitaire de gynécologie-obstétrique sur la plaque ni sur les ordonnances des médecins généralistes. Selon nous, cela n'empêche pas les médecins généralistes d'afficher une note, éventuellement leur diplôme, dans leur salle d'attente informant ainsi les patientes de leurs compétences dans ce domaine. De plus, les sites internet de prise de rendez-vous en ligne permettent également de préciser les actes pratiqués par le médecin et qu'il communique ainsi sur sa pratique.

Malgré son intitulé, la question 22 du questionnaire de notre étude n'était pas spécifique des patientes de plus de 40 ans. En effet, l'augmentation du RTEV est importante (X3 ou plus) chez les patientes utilisant une contraception oestroprogestative quel que soit leur âge. 93% des médecins répondants savaient que les pilules oestroprogestatives augmentaient de manière importante le RTEV : nous ne sommes pas surpris de ce résultat puisqu'il s'agit d'un prérequis indispensable pour les prescrire.

Concernant les pilules microprogestatives et les stérilets hormonaux, respectivement 82% et 84% des médecins interrogés savaient que ces contraceptions n'augmentaient pas de manière importante le RTEV : nous pouvons donc supposer qu'ils les proposent aux patientes présentant un RTEV relativement élevé comme les patientes de plus de 40 ans.

Près de 29% des médecins interrogés n'associaient pas le patch contraceptif (Evra®) et l'anneau vaginal (Nuvaring®) à une élévation importante du RTEV : alors que leurs RR sont respectivement de 7.9 et 6.48 (47). Selon nous, la demande pour ces contraceptions est très faible en raison de l'absence de remboursement par la CPAM et du manque de connaissance de ces contraceptifs. En conséquence, elles sont très peu connues et encore moins prescrites par les médecins généralistes.

L'implant contraceptif (Nexplanon®) est quant à lui associé par 33% des médecins généralistes à une augmentation importante du RTEV alors que cette augmentation est en réalité faible (OR=1.4) (47). Le fait que 70% des médecins généralistes de notre étude n'en posent pas aux patientes de plus de 40 ans n'est sans doute pas étranger au manque de connaissances sur cette contraception.

Les connaissances des médecins généralistes du Loir-et-Cher concernant le RTEV des POP sont satisfaisantes. En revanche, elles le sont moins pour les autres contraceptions en particulier les oestroprogestatifs non oraux (Evra® et Nuvaring®) et l'implant contraceptif (Nexplanon®). Ceci est dommageable pour toutes les patientes, et en particulier les femmes de plus de 40 ans qui ont un RTEV d'emblée plus élevé dû à leur âge. Selon nous, il serait bénéfique de rappeler le RTEV des différentes contraceptions à l'occasion des FMC de gynécologie en particulier pour les oestroprogestatifs non oraux (Evra® et Nuvaring®) et l'implant contraceptif (Nexplanon®).

Contrairement à la précédente, la question 23 était plus spécifique des femmes de plus de 40 ans. L'objectif était de tester les connaissances des médecins généralistes sur les situations où une contraception oestroprogestative (COP) est fortement déconseillée chez une femme de plus de 40 ans. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur les recommandations HAS spécifiques de la femme à risque cardiovasculaire (6). Selon ces recommandations, une COP

est fortement déconseillée dès lors que la patiente cumule plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire (FDRCV). On estime que le RTEV double de 20 à 40 ans (Cf. Annexe A8) ; les risques d'AVC et d'IDM sont respectivement multipliés par 7 et 36 (Cf. Annexe A11). Selon la HAS et le résumé des caractéristiques du produit des différentes COP, l'âge de la patiente est comptabilisé comme un facteur de risque cardiovasculaire à partir de 35 ans. La HAS déconseille donc fortement la prescription d'une COP chez une femme de plus de 35 ans présentant un FDRCV surajouté (diabète, tabac, HTA, obésité, hyperlipidémie, migraine...). De plus, dans certaines situations jugées à haut risque, la HAS déconseille fortement la prescription d'une COP quelques soient l'âge et les autres FDRCV : c'est le cas par exemple lors d'une intervention chirurgicale majeure sans immobilisation. Les varices des membres inférieurs associées à la prise d'une COP ne constituent pas une situation à risque quel que soit l'âge de la patiente.

Les médecins de notre échantillon ont bien identifié l'obésité et le diabète comme des situations où la prescription d'une COP devait être évitée chez une patiente de plus de 40 ans : ils sont respectivement 89% et 81% à avoir bien répondu. Concernant les autres situations présentées dans la question 23, les connaissances des médecins répondants sont moyennes. La migraine et l'HTA (même bien contrôlée par un traitement) ne constituaient pas pour eux des situations où la COP était fortement déconseillée chez une patiente de plus de 40 ans : respectivement 27% et 51% n'ont pas donné la bonne réponse. Les varices des membres inférieurs ne sont pas du tout considérées comme une situation à risque en association avec une COP : seuls 40% des médecins de notre échantillon le savaient. Concernant une intervention chirurgicale majeure sans immobilisation, seulement 38% des médecins de l'échantillon ont bien répondu en l'identifiant comme une situation où la COP est fortement déconseillée.

Les spécificités de la contraception des femmes à risque cardiovasculaire, dont font partie les femmes de plus de 40 ans, sont donc mal connues des médecins généralistes du Loir-et-Cher. Les situations exposées dans cette question 23 de notre questionnaire semblent pourtant prévalentes en médecine générale : près de 20% des patientes de plus de 40 ans utilisent une COP (3). Selon nous, deux problématiques sont soulevées par ces résultats.

Premièrement, le rapport bénéfices/risques de la POP chez la femme de plus de 40 ans apparaît clairement défavorable : moins bonne efficacité en pratique courante, augmentation du RTEV, des risques d'AVC et d'IDM, prise quotidienne contraignante. Selon nous, une meilleure formation des médecins généralistes à l'ensemble des contraceptions existantes permettrait de continuer à réduire la part occupée par les POP dans le paysage contraceptif français (3) au

profit d'autres contraceptions moins risquées, plus efficaces, moins contraignantes : en particulier chez les femmes de plus de 40 ans.

Deuxièmement, pour qu'elles puissent choisir leur contraception de manière éclairée, encore faut-il que les patientes reçoivent la bonne information de la part du principal prescripteur. Quand bien même une patiente serait très satisfaite de sa COP et n'aurait pas de contre-indication absolue, son médecin généraliste doit l'informer des risques inhérents à cette contraception de manière personnalisée.

Selon nous, les spécificités de la contraception des femmes à risque cardiovasculaire, en particulier les femmes de plus de 40 ans, devraient être traitées lors de la formation initiale universitaire, durant les FMC de gynécologie et dans les revues médicales professionnelles. Il s'agit d'un véritable sujet de santé publique, pour l'instant confidentiel en France comparé à la contraception des plus jeunes : ce qui explique le manque de connaissances des médecins généralistes de notre étude.

L'amélioration de leurs connaissances contraceptives associée à la structuration de la consultation permettrait une diminution des GNP par rapport à une consultation traditionnelle non personnalisée (100).

4.4 Perspectives d'études

Il est prouvé que l'utilisation d'outils d'aide à la décision facilite l'information des patientes, permet d'avoir une meilleure connaissance et d'être plus clairs dans leurs représentations par rapport à une prise en charge classique. Malheureusement, en contraception, ces outils d'aide à la décision sont pour l'essentiel en cours d'évaluation (100). Il serait intéressant de disposer d'une étude évaluant l'effet de l'utilisation par les patientes du site « www.choisirsacontraception.fr » sur leurs connaissances et leurs choix en matière de contraception ainsi que le taux d'abandon de la méthode choisie.

Notre étude a confirmé que les contraceptions naturelles sont peu abordées en consultation, très probablement par méconnaissance de ces méthodes de la part des médecins. Il existe peu de littérature sur le sujet en France. Il serait intéressant de disposer d'une étude en région Centre sur les connaissances des internes de médecine générale. Par ailleurs, les patientes utilisant ce type de contraception s'informent sûrement par d'autres biais qu'un médecin : une étude sur les patientes utilisant les contraceptions naturelles permettrait de le confirmer et d'en savoir plus sur leurs attentes vis-à-vis des médecins.

Nous avons vu que différentes réformes ont eu lieu ces dernières années concernant le 3^e cycle des études de médecine générale : celles-ci feront surement évoluer les connaissances et les pratiques des futurs médecins généralistes en matière de suivi gynécologique (et donc contraceptif) des patientes. Il serait intéressant de le confirmer ultérieurement en réalisant des études auprès des internes ayant commencé leur internat à partir de 2017.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Mazuy M, Toulemon L, Baril E. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. Popul Sociétés [Internet]. janv 2015;(518). Disponible sur: http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/22860/population.societes.2015.518.ivg.fr.pdf
2. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. Rev Fr Aff Soc. 22 juin 2011;(1):148-61.
3. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, Fécond l'équipe. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? [Internet]. Institut National d'Études Démographiques (INED); 2014. Report No.: 511. Disponible sur: <https://ideas.repec.org/p/idg/posocf/511.html>
4. Meniere R. De la connaissance du bon usage de la contraception: apport de l'étude nationale Epilule 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale [Reproduction de]. [France]: Université de Nancy I. Faculté de médecine; 2004.
5. Haute Autorité de Santé. Contraception chez l'homme et chez la femme [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf
6. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638478/fr/contraception-chez-la-femme-a-risque-cardiovasculaire
7. Aubin C, Jourdain Menninger Danièle, Chambaud laurent. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence [Internet]. IGAS; 2009 oct. Report No.: RM2009-104A. Disponible sur: http://crdp-pupitre.ac-clermont.fr/upload/_20_56_2010-12-22_09-16-46_.pdf
8. Vigoureux S. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. déc 2016;45(10):1462-76.
9. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? déc 2004;(407). Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18727/pop.et.soc.francais.407.fr.pdf
10. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. juin 2016;(0968). Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>
11. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. Population. 16 janv 2015;69(3):365-98.
12. IVG : État des lieux et perspectives d'évolution du système d'information [Internet]. Ministère de la santé; 2016 juill. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_commission_ivg_25juillet.pdf
13. Faucher P. Complications de l'interruption volontaire de grossesse. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. déc 2016;45(10):1536-51.
14. Upadhyay, Desai, Zlidar, Weitz, Grossman, Anderson, et al. Incidence of Emergency Department Visits and Complications After Abortion. Obstet Gynecol N Y. 2015;(1):175.
15. Moreau C, Trussell J, Rodriguez G, Bajos N, Bouyer J. Contraceptive failure rates in France: results from a population-based survey. Hum Reprod. 1 sept 2007;22(9):2422-7.

16. Bajos N, Lamarche-Vadel A, Gilbert F, Ferrand M, Moreau C. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? *Hum Reprod.* 1 nov 2006;21(11):2862-7.
17. Bajos N, Prioux F, Moreau C. L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité. *Rev Épidémiologie Santé Publique.* août 2013;61(4):291-8.
18. Rose SB, Lawton BA. Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion. *Am J Obstet Gynecol.* janv 2012;206(1):37.e1-37.e6.
19. Bahamondes L, Valeria Bahamondes M, Shulman LP. Non-contraceptive benefits of hormonal and intrauterine reversible contraceptive methods. *Hum Reprod Update.* 1 sept 2015;21(5):640-51.
20. Zorbas KA, Economopoulos KP, Vlahos NF. Continuous versus cyclic oral contraceptives for the treatment of endometriosis: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet.* 1 juill 2015;292(1):37-43.
21. Dossus L, Allen N, Kaaks R, Bakken K, Lund E, Tjonneland A, et al. Reproductive risk factors and endometrial cancer: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *Int J Cancer.* 15 juill 2010;127(2):442-51.
22. Hannaford PC, Iversen L, Macfarlane TV, Elliott AM, Angus V, Lee AJ. Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *BMJ.* 12 mars 2010;340:c927.
23. Havrilesky L, Moorman P, Lowery W, Gierisch J, Coeytaux R, Urrutia R, et al. Oral contraceptive pills as primary prevention for ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* juill 2013;122(1):139-47.
24. Bosetti C, Bravi F, Negri E, La Vecchia C. Oral contraceptives and colorectal cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update.* 1 sept 2009;15(5):489-98.
25. Burkman R, Schlesselman JJ, Zieman M. Safety concerns and health benefits associated with oral contraception. *Am J Obstet Gynecol.* avr 2004;190(4, Supplement):S5-22.
26. Pearlstein TB, Bachmann GA, Zacur HA, Yonkers KA. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone-containing oral contraceptive formulation. *Contraception.* déc 2005;72(6):414-21.
27. Yonkers, Kimberly, Brown, Candace, Pearlstein, Foegh, et al. Efficacy of a New Low-Dose Oral Contraceptive With Drospirenone in Premenstrual Dysphoric Disorder. *Obstet Gynecol.* sept 2005;106(3):492-501.
28. Coffee AL, Kuehl TJ, Willis S, Sulak PJ. Oral contraceptives and premenstrual symptoms: Comparison of a 21/7 and extended regimen. *Am J Obstet Gynecol.* nov 2006;195(5):1311-9.
29. Soini, Hurskainen, Ritva, Grénman, Seija, Maenpaa, et al. Cancer Risk in Women Using the Levonorgestrel-Releasing Intrauterine System in Finland. *Obstet Gynecol.* août 2014;124(2):292-9.
30. Abou-Setta, Al-Inany, Farquhar. Levonorgestrel-releasing intrauterine device (LNG-IUD) for symptomatic endometriosis following surgery. *Cochrane [Internet].* oct 2006; Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005072.pub2/full>
31. Johnson NP, Hummelshoj L, Abrao MS, Adamson GD, Allaire C, Amelung V, et al. Consensus on current management of endometriosis. *Hum Reprod.* 1 juin 2013;28(6):1552-68.

32. de Abood M, de Castillo Z, Guerrero F, Espino M, Austin KL. Effect of Depo-Provera® or Microgynon® on the painful crises of sickle cell anemia patients. *Contraception*. 1 nov 1997;56(5):313-6.
33. Vercellini P, De Giorgi O, Oldani S, Cortesi I, Panazza S, Crosignani PG. Depot medroxyprogesterone acetate versus an oral contraceptive combined with very-low-dose danazol for long-term treatment of pelvic pain associated with endometriosis. *Am J Obstet Gynecol*. août 1996;175(2):396-401.
34. Walch K, Unfried G, Huber J, Kurz C, van Trotsenburg M, Pernicka E, et al. Implanon® versus medroxyprogesterone acetate: effects on pain scores in patients with symptomatic endometriosis — a pilot study. *Contraception*. janv 2009;79(1):29-34.
35. Beining RM, Dennis LK, Smith EM, Dokras A. Meta-Analysis of Intrauterine Device Use and Risk of Endometrial Cancer. *Ann Epidemiol*. juin 2008;18(6):492-9.
36. Castellsagué X, Díaz M, Vaccarella S, de Sanjosé S, Muñoz N, Herrero R, et al. Intrauterine device use, cervical infection with human papillomavirus, and risk of cervical cancer: a pooled analysis of 26 epidemiological studies. *Lancet Oncol*. oct 2011;12(11):1023-31.
37. Kaunitz AM. Oral contraceptive health benefits: perception versus reality. *Contraception*. janv 1999;59(1, Supplement 1):29S-33S.
38. Sulak PJ. Oral contraceptives: therapeutic uses and quality-of-life benefits—case presentations. *Contraception*. janv 1999;59(1, Supplement 1):35S-38S.
39. Petitti DB, Piaggio G, Mehta S, Cravioto MC, Meirik O. Steroid hormone contraception and bone mineral density: a cross-sectional study in an international population. *Obstet Gynecol*. mai 2000;95(5):736-44.
40. Cundy T, Cornish J, Roberts H, Elder H, Reid IR. Spinal bone density in women using depot medroxyprogesterone contraception. *Obstet Gynecol*. oct 1998;92(4, Part 1):569-73.
41. Scholes D, Lacroix AZ, Ott SM, Ichikawa LE, Barlow WE. Bone mineral density in women using depot medroxyprogesterone acetate for contraception. *Obstet Gynecol*. févr 1999;93(2):233-8.
42. The ESHRE Capri Workshop Group. Noncontraceptive health benefits of combined oral contraception. *Hum Reprod Update*. 1 oct 2005;11(5):513-25.
43. Plu-Bureau G, Maitrot-Mantelet L, Hugon-Rodin J, Canonico M. Hormonal contraceptives and venous thromboembolism: An epidemiological update. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. févr 2013;27(1):25-34.
44. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ*. 2009;339(7720):557-60.
45. Lidegaard Ø, Milsom I, Geirsson RT, Skjeldestad FE. Hormonal contraception and venous thromboembolism. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1 juill 2012;91(7):769-78.
46. Weill A, Dalichampt M, Raguideau F, Ricordeau P, Blotière P-O, Rudant J, et al. Low dose oestrogen combined oral contraception and risk of pulmonary embolism, stroke, and myocardial infarction in five million French women: cohort study. *BMJ*. 10 mai 2016;353:i2002.
47. Lidegaard Ø, Nielsen LH, Skovlund CW, Løkkegaard E. Venous thrombosis in users of non-oral hormonal contraception: follow-up study, Denmark 2001-10. *BMJ*. 10 mai 2012;344:e2990.
48. Vlieg A van H, Helmerhorst FM, Rosendaal FR. The Risk of Deep Venous Thrombosis Associated With Injectable Depot–Medroxyprogesterone Acetate Contraceptives or a Levonorgestrel Intrauterine Device. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 1 nov 2010;30(11):2297-300.

49. Poulter N, Chang C, Farley T, Meirik O. Risk of cardiovascular diseases associated with oral progestagen preparations with therapeutic indications. *The Lancet*. 6 nov 1999;354(9190):1610.
50. Vasilakis C, Jick H, del Mar Melero-Montes M. Risk of idiopathic venous thromboembolism in users of progestagens alone. *The Lancet*. 6 nov 1999;354(9190):1610-1.
51. Roach REJ, Helmerhorst FM, Lijfering WM, Stijnen T, Algra A, Dekkers OM. Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2015. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy.scd.univ-tours.fr/doi/10.1002/14651858.CD011054.pub2/abstract>
52. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic Stroke and Myocardial Infarction with Hormonal Contraception. *N Engl J Med*. 14 juin 2012;366(24):2257-66.
53. Tepper NK, Whiteman MK, Marchbanks PA, James AH, Curtis KM. Progestin-only contraception and thromboembolism: A systematic review. *Contraception*. déc 2016;94(6):678-700.
54. Chakhtoura Z, Canonico M, Gompel A, Thalabard J-C, Scarabin P-Y, Plu-Bureau G. Progestogen-Only Contraceptives and the Risk of Stroke. *Stroke* [Internet]. 1 avr 2009; Disponible sur: <https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/STROKEAHA.108.538405>
55. Iodice S, Barile M, Rotmensz N, Feroce I, Bonanni B, Radice P, et al. Oral contraceptive use and breast or ovarian cancer risk in BRCA1/2 carriers: A meta-analysis. *Eur J Cancer*. août 2010;46(12):2275-84.
56. Moorman PG, Havrilesky LJ, Gierisch JM, Coeytaux RR, Lowery WJ, Peragallo Urrutia R, et al. Oral Contraceptives and Risk of Ovarian Cancer and Breast Cancer Among High-Risk Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Oncol*. 20 nov 2013;31(33):4188-98.
57. The ESHRE Capri Workshop Group. Female contraception over 40. *Hum Reprod Update*. 1 nov 2009;15(6):599-612.
58. Khoshnood B, Bouvier-Colle M-H, Leridon H, Blondel B. Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2008;37(8):733-47.
59. Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? [Internet]. Institut National d'Études Démographiques (INED); 2012. Report No.: 492. Disponible sur: <https://ideas.repec.org/p/idg/posocf/492.html>
60. Mao J, Pfeifer S, Schlegel P, Sedrakyan A. Safety and efficacy of hysteroscopic sterilization compared with laparoscopic sterilization: an observational cohort study. *BMJ*. 13 oct 2015;351:h5162.
61. Department of Economic and Social Affairs. Trends in contraceptive use worldwide 2015 [Internet]. United Nations; 2015. Disponible sur: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2015.shtml>
62. Lawrie TA, Kulier R, Nardin JM. Techniques for the interruption of tubal patency for female sterilisation. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2016. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy.scd.univ-tours.fr/doi/10.1002/14651858.CD003034.pub4/abstract>

63. Fernandez H, Legendre G, Blein C, Lamarsalle L, Panel P. Tubal sterilization: pregnancy rates after hysteroscopic versus laparoscopic sterilization in France, 2006–2010. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* sept 2014;180:133-7.
64. Deffieux X, Faivre E, Gervaise A, Fernandez H. Reperméabilisation tubaire après stérilisation tubaire. [Httpwwwem-Premiumcomproxyscduniv-Toursfrdatatraitest0341-50623](http://www.em-premium.com/proxy.scd.univ-tours.fr/data/traitements/0341-50623) [Internet]. 6 avr 2012; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/proxy.scd.univ-tours.fr/article/686197/resultatrecherche/3>
65. Panel P, Jost S, Grosdemouge I, Friederich L, Niro J, Le Tohic A. Contraception permanente par pose hystéroscopique d’implants tubaires. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* juill 2012;40(7–8):434-44.
66. Haute Autorité de Santé. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2013 mars. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-les-methodes-les-plus-efficaces-disponibles
67. Marret H. Y a-t-il un âge limite à la stérilisation volontaire féminine ? [/data/revues/12979589/v41i1/S129795891200361X/](http://www.em-consulte.com/en/article/781303) [Internet]. 16 janv 2013; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/781303>
68. Dohle GR, Diemer T, Kopa Z, Krausz C, Giwercman A, Jungwirth A. European Association of Urology guidelines on vasectomy. *Actas Urol Esp Engl Ed.* mai 2012;36(5):276-81.
69. Robin G, Marcelli F, Rigot J-M. Contraception masculine. *Presse Médicale.* févr 2014;43(2):205-11.
70. Haute Autorité de Santé. Avis d’efficacité Nexplanon [Internet]. 2015 sept. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/nexplanon_15092015_avis_efficience.pdf
71. Robin G, Dewailly D. La transition ménopausique ou périménopause. *Médecine Thérapeutique Médecine Reprod Gynécologie Endocrinol.* 1 déc 2008;10(6):387-98.
72. Madelenat P, Koskas M. Mise au point sur la contraception progestative. *Rev Sage-Femme.* avr 2009;8(2):72-96.
73. Fabre A, Fournier A, Mesrine S, Desreux J, Gompel A, Boutron-Ruault M-C, et al. Oral progestagens before menopause and breast cancer risk. *Br J Cancer.* 13 févr 2007;96(5):841-4.
74. INPES. Comment aider une femme à choisir sa contraception ? [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>
75. Dugué Duret M-L. Pratique des médecins généralistes du CHER en 2012 en matière de personnalisation de la contraception [Thèse d’exercice]. [France]: Université François-Rabelais (Tours). UFR de médecine;
76. Bajos N, Ferrand M, Bove C, Hassoun D, Bachelot A, Donati P, et al. De la contraception à l’avortement : sociologie des grossesses non prévues. Paris: INSERM; 2002. (Questions en santé publique.).
77. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l’accès et au choix d’une contraception adaptée [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee
78. Bajos N, Ferrand M. L’avortement à l’âge de raison. *Mouvements.* 2001;no17(4):99-105.

79. Darriau S. Les procédures de prévention lors des consultations avec prescription de contraception en médecine générale en France [Thèse d'exercice]. [France]: Université François-Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2013.
80. ARS. Recensement des professionnels de santé libéraux en région centre [Internet]. 2018 mars. Disponible sur: https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2018-03/Liste_Medecins_Lib%C3%A9raux_internet_20180309.xls
81. INSEE. Base des unités urbaines | Insee [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2115018>
82. Observatoire Thalès. La prise en charge des femmes françaises [Internet]. 1999 sept. Report No.: Etude 2769. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
83. DREES. Densité de médecins par spécialité, modes d'exercice regroupés et zone d'inscription [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableView/tableView.aspx?ReportId=3795>
84. DREES. Densité des sages-femmes par zone d'activité et mode d'exercice [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableView/tableView.aspx?ReportId=3755>
85. Conseil national de l'Ordre des médecins. La démographie médicale en région Centre [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_centre_2015.pdf
86. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2010.
87. Brosset M. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique gynéco-obstétricale: une enquête quantitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2013.
88. Lobert M, Pigeyre M, Gronier H, Catteau-Jonard S, Robin G. Contraception et obésité. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 nov 2015;43(11):740-7.
89. CNOM. Atlas 2017 de la démographie médicale en France [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf
90. DREES. Effectifs des médecins par spécialité, mode d'exercice, sexe et tranche d'âge [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableView/tableView.aspx>
91. INSEE. Les revenus d'activité des médecins libéraux récemment installés : évolutions récentes et contrastes avec leurs aînés [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1374692?sommaire=1374698>
92. Santé Publique France. Découvertes de séropositivité VIH et de sida. Point épidémiologique. [Internet]. 2017 mars. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Decouvertes-de-seropositivite-VIH-et-de-sida.-Point-epidemiologique-du-23-mars-2017>
93. INVS. Découvertes de séropositivité VIH et de sida. Point épidémiologique. [Internet]. 2016 avr. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/%20fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Decouvertes-de-seropositivite-VIH-et-de-sida.-Point-epidemiologique-du-1er-avril-2016>
94. Fernandez-Gerlinger MP, Bernard E, Saint-Lary O. What do patients think about HIV mass screening in France? A qualitative study. *BMC Public Health*. 30 mai 2013;13(1):526.

95. Descamps C. Étude SHIVA: influence de la recommandation de la HAS de 2009 sur le dépistage du VIH en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2014.
96. Deblonde J, De Koker P, Hamers FF, Fontaine J, Luchters S, Temmerman M. Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. *Eur J Public Health*. 1 août 2010;20(4):422-32.
97. Burke RC, Sepkowitz KA, Bernstein KT, Karpati AM, Myers JE, Tsoi BW, et al. Why don't physicians test for HIV? A review of the US literature. *AIDS*. juill 2007;21(12):1617.
98. Jary N. Lien entre proposition de dépistage du VIH et abord de la sexualité en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2016.
99. Terrier A. Situations d'abord de la sexualité et de proposition de dépistage du VIH en Médecine Générale [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2017.
100. Linet T. Consultation en contraception. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie [Internet]. 28 oct 2018; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718918302642>
101. Gemzell-Danielsson K, Thunell L, Lindeberg M, Tydén T, Marintcheva-Petrova M, Oddens BJ. Comprehensive counseling about combined hormonal contraceptives changes the choice of contraceptive methods: results of the CHOICE program in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1 août 2011;90(8):869-77.
102. Dehlendorf C, Levy K, Kelley A, Grumbach K, Steinauer J. Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. *Contraception*. 1 août 2013;88(2):250-6.
103. Gautier-Lavaste C. PLANIFICATION FAMILIALE NATURELLE Enquête auprès d'internes en médecine générale : Connaissances, intérêts pour le sujet, enseignement à la faculté et place dans une consultation au cabinet. [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté De Médecine René Descartes Paris 5; 2007. Disponible sur: <http://www.methodes-naturelles.fr/passer-a-l'action/quel-dit-la-science/theses.pdf>
104. Bonneville C. Méthodes naturelles de régulation des naissances : connaissances des internes rennais en médecine générale ? : Etude descriptive à partir de 50 questionnaires [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2014.
105. Hassoun D. Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières. RPC contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie [Internet]. 30 oct 2018; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718918302575>
106. Cudennec E. La contraception des femmes de plus de quarante ans en Loire-Atlantique: étude auprès de femmes de 40 à 49 ans dans les cabinets de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Nantes; 2012.
107. Rahib D, Lydié N, le groupe Baromètre santé 2016. L'utilisation de la contraception d'urgence en France métropolitaine en 2016 : niveau et déterminants. *Bull Epidémiologique Hebd*. 2018;(29):590-5.
108. Yapici G, Oner S, Kurt AO, Sasmaz T, Bugdayci R. Knowledge of emergency contraception among women aged 15-49 years in Mersin, Turkey. *J Reprod Med*. 2011;56(5-6):204-10.
109. Haute Autorité de Santé. Synthèse d'avis de la commission de la transparence ellaone [Internet]. 2010 janv. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/synthese_davis_ellaone_-_ct-7137.pdf

110. Wu S, Godfrey EM, Wojdyla D, Dong J, Cong J, Wang C, et al. Copper T380A intrauterine device for emergency contraception: a prospective, multicentre, cohort clinical trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 1 sept 2010;117(10):1205-10.
111. Bonnin A. Etude des freins à l'utilisation du dispositif intra-utérin au cuivre en contraception d'urgence chez les médecins généralistes de Franche-Comté [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2015.
112. Fraysse A. Pose de stérilet comme moyen de contraception d'urgence par les médecins généralistes de Haute-Normandie: freins et perspectives [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01829094/document>
113. Guidi Rontani B. Quels sont les freins à la pose du stérilet par les médecins généralistes ? : étude qualitative dans l'Arrageois [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016.
114. Arbouys S. Implant contraceptif hormonal: opinions et analyse des pratiques de médecins généralistes en Sarthe, Maine et Loire et Mayenne [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2015.
115. Royer L. Etat des lieux des apprentissages des pratiques gynécologiques des internes de médecine générale en stage ambulatoire: enquête auprès des internes en stage praticien et SASPAS de Mai à Octobre 2010 [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2011.
116. Cadot M. Contraception définitive féminine. Pratiques et représentations de médecins généralistes. *Médecine.* 17 juin 2015;11(5):232-6.
117. Legendre G, Varoux M, Nazac A, Fernandez H. Regret après stérilisation tubaire hystéroscopique par technique Essure®. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* mai 2014;43(5):387-92.
118. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie: une étude quantitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2017.
119. Lauchet N. Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute-Vienne: obstacles et besoins de formations identifiés [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2010.
120. Fayolle E. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. *exercer.* 2013;24(107):114-20.
121. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238#LEGIARTI000024679445>
122. JO du 28 août 2010. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022747156&categorieLi en=id>
123. David M, Perigois E. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. *Inst Études Marchés Opin BVA* [Internet]. mai 2008; Disponible sur: http://www.fncgm.com/images/Enquetes/enquete_bva.pdf le 07/07/2013

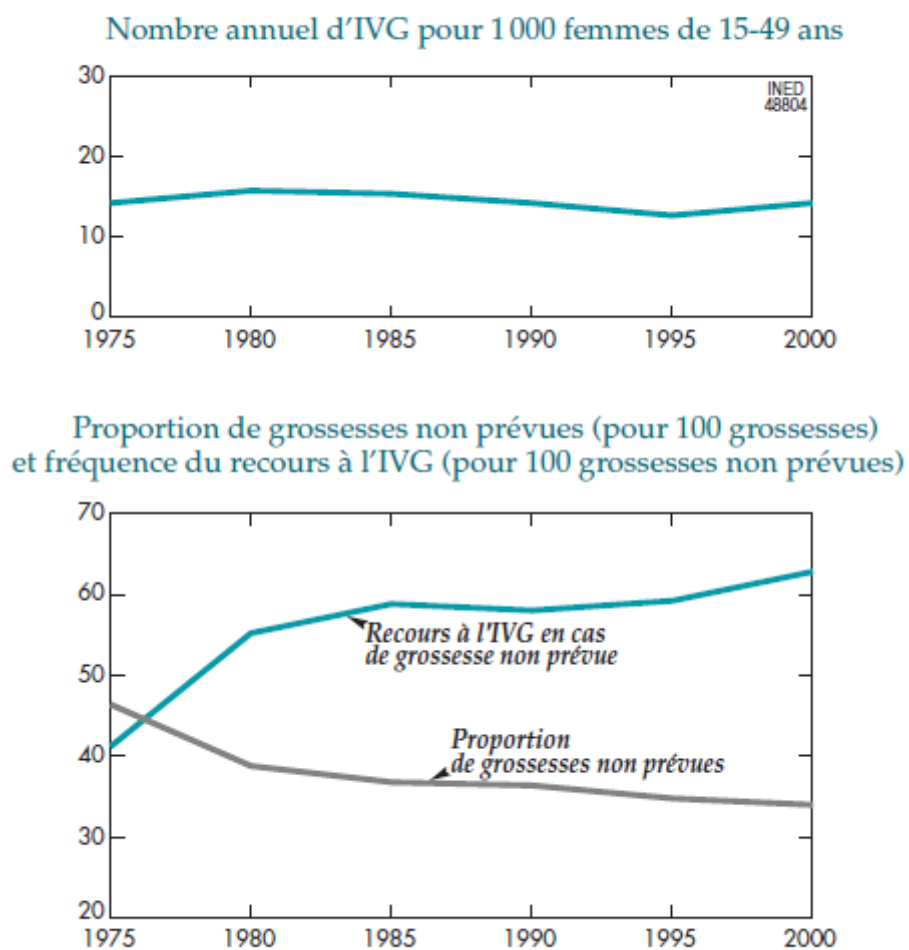
124. Article L4130-1 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020885673&dateTexte=&categorieLien=cid>
125. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Les consultations en accès direct autorisé [Internet]. 2018. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations/metropole>
126. Megret V. Vision de la consultation gynécologique par les patientes dans le cabinet de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2010.
127. de Bastos M, Stegeman BH, Rosendaal FR, Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Stijnen T, et al. Combined oral contraceptives: venous thrombosis. In: Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2014. Disponible sur:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010813.pub2/abstract>

ANNEXES A

Annexe A1

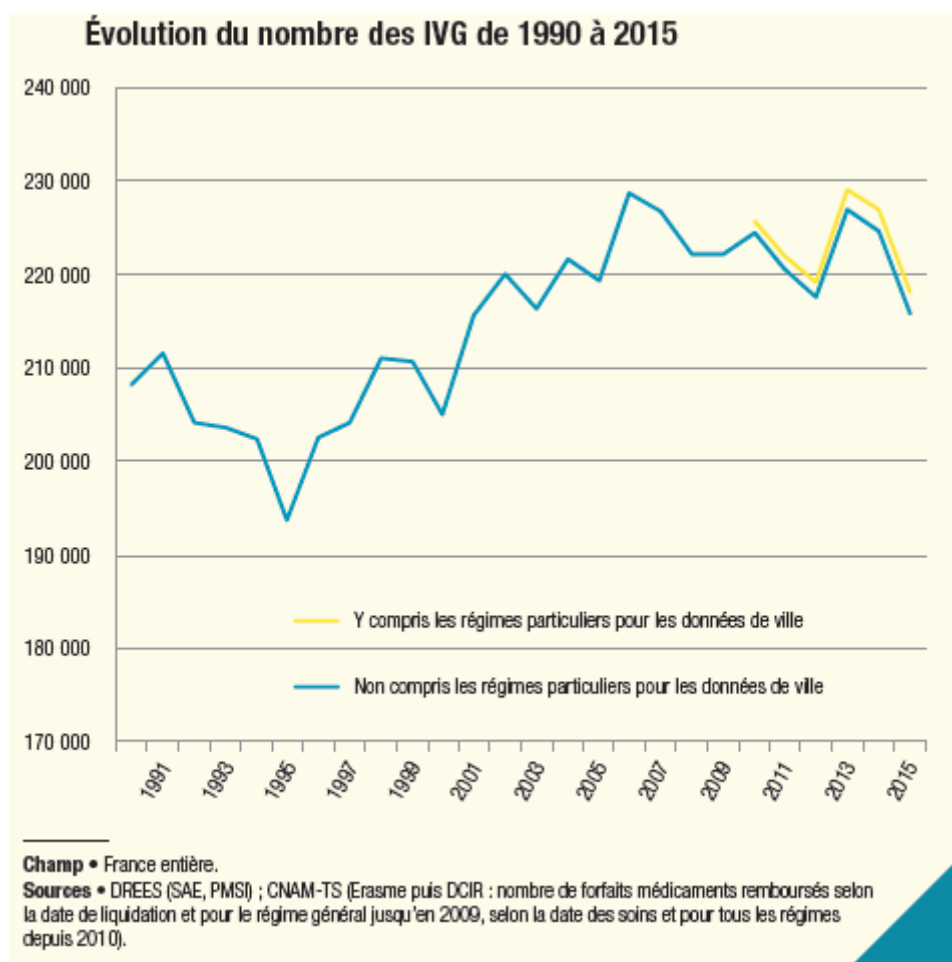
Dates	Contribution apportée à la contraception et/ou l'IVG
28 décembre 1967 Loi « Neuwirth » n° 67-1176	-Autorise la fabrication et l'importation de contraceptifs, leur vente exclusive en pharmacie sur ordonnance médicale, avec autorisation parentale pour les mineures (moins de 21 ans), et interdit toute publicité commerciale, en dehors des revues médicales, ou propagande antinataliste.
17 janvier 1975 Loi « Veil » n° 75-17	-Autorisation temporaire de l'IVG jusqu'à 12 SA pour les femmes en situation de détresse (Notion de détresse abandonnée en 2001) par un médecin dans un établissement de santé. Délai de réflexion obligatoire de 7 jours. -Consentement obligatoire d'une autorité parentale pour les mineures. (Moins de 18 ans)
31 décembre 1979 Loi n° 79-1204	L'IVG est définitivement légalisée sous conditions : -Situation de détresse de la patiente. -Délai de grossesse ≤ 12SA. -Intervention réalisée par un médecin dans un établissement de santé. - Obligation de se rendre à 2 consultations médicales (à une semaine d'intervalle) et à une consultation sociale. L'enseignement de la contraception est ajouté à la formation médicale et paramédicale. (Sages-femmes et infirmiers)
31 décembre 1982 Loi « Roudy » n°82-1172	-Autorise le remboursement de l'IVG par l'assurance maladie.
23 septembre 1988 AMM de la Mifépristone	-Autorisation de l'IVG médicamenteuse uniquement au sein des hôpitaux.
27 janvier 1993 Loi « Neiertz » n° 93-121	-Punit le délit d'entrave à l'IVG et les agissements des groupes anti-IVG.
Avril 1999 AMM Norlevo®	-La pilule du lendemain est disponible en pharmacie sous prescription.
13 décembre 2000 Loi n° 2000-1209	-Les infirmières de collèges et lycées sont également autorisées à administrer la contraception d'urgence aux élèves mineures et majeures, sous certaines conditions. -Supprime la prescription obligatoire pour la contraception d'urgence. -Délivrance gratuite et anonyme de la contraception d'urgence dans les pharmacies pour les mineures.
4 Juillet 2001 Loi « Aubry » n°2001-588	-L'entretien pré-IVG devient facultatif pour les femmes majeures. -Le délai légal d'IVG est allongé de 2 semaines (porté à 14 SA) -L'autorisation parentale pour les mineures n'est plus obligatoire, la présence d'un majeur référent de son choix est requise. (Avec respect de l'anonymat dans ce cas) -IVG prise en charge à 100% pour les mineures. -Prescription et délivrance d'une contraception à une mineure possible sans autorisation parentale. -Légalisation de la stérilisation à visée contraceptive pour les hommes et les femmes majeurs après délai de réflexion obligatoire de 4 mois.
1er Juillet 2004 décret n° 2004-636	-Les IVG médicamenteuses peuvent avoir lieu en cabinet de ville jusqu'à 7 SA si une convention est passée entre le médecin de ville (Gynécologue ou Généraliste) et un établissement de santé.
Mai 2009 Décret n° 2009-516	-Autorisation des IVG médicamenteuses en centre de santé, centre de planification ou d'éducation familiale jusqu'à 7 SA. (Si une convention est signée avec un établissement de santé)
Juillet 2009 Loi n° 2009-879	-Les sages-femmes peuvent assurer des consultations en matière de gynécologie préventive et de contraception auprès des femmes en bonne santé tout au long de leur vie.
10 janvier 2012 Décret n° 2012-35	-Renouvellement possible d'une contraception orale par un infirmier (si ordonnance date de moins d'1 an et pour une durée de 6 mois maximum)
17 juillet 2012 Décret n° 2012-883	-Renouvellement possible d'une contraception orale par un pharmacien (si ordonnance date de moins d'1 an et pour une durée de 6 mois maximum)
25 mars 2013 Décret n°2013-248	-Prise en charge à 100% de l'IVG par l'assurance maladie pour toutes les femmes. -Prise en charge à 100% des contraceptifs remboursables pour mineures de 15 à 18 ans sur présentation d'une ordonnance et de la carte Vitale des parents au pharmacien.
27 janvier 2016 Loi de modernisation du système de santé	-Suppression du délai de réflexion obligatoire de 7 jours entre la première et la deuxième consultation pour obtenir une IVG. - Les sages-femmes peuvent pratiquer des IVG médicamenteuses (Effectif depuis juin 2016). - Possibilité d'IVG instrumentale dans les centres de santé (qui respectent un cahier des charges)
29 juin 2016 Décret n° 2016-865	-Prise en charge à 100% en tiers payant, de manière anonymisée, des frais relatifs à la contraception (Consultation, biologie, contraceptif) pour les mineures de 15 à 18 ans.

*Figure - Fréquence du recours à l'IVG
et des grossesses non prévues en France*



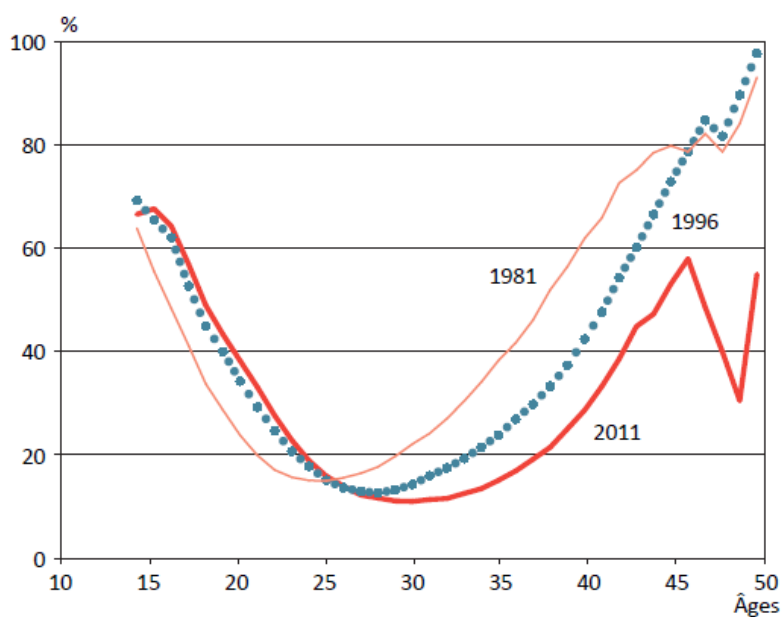
Sources : enquêtes et annuaires Ined, Drees.

Annexe A3(10)



Annexe A4(1)

Part d'IVG pour 100 grossesses



Annexe A5 (2)

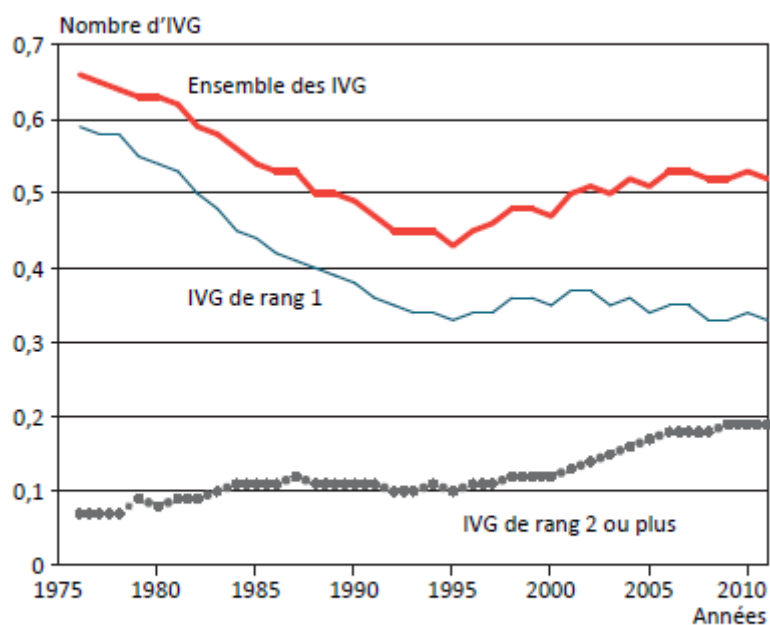
Situation contraceptive des femmes en France dans le mois où la grossesse a débuté

Situation contraceptive avant l'IVG	%
Pas de contraception	35,9
DIU, implant	1,7
Patch/anneau vaginal	0,8
Pilule	26,7
Préservatif	15,9
Autres méthodes barrières ou naturelles	17,8
Contraception d'urgence	1,2

SOURCES • DREES, enquête IVG 2007.

Annexe A6 (1)

Nombre d'IVG par femme, selon le rang de l'IVG



Champ : France métropolitaine.

Source : Bulletins d'interruption volontaire de grossesse, calculs des auteures.

Note : les IVG de rang 1 sont celles qui sont des premières IVG pour les femmes, les IVG de rang 2 ou plus sont celles chez des femmes en ayant déjà eues.

Annexe A7 : Efficacité contraceptive et taux d'abandon de la méthode après un an au États-Unis et en France

Méthode	Taux de grossesse (%) au cours de la première année d'utilisation			Taux d'abandon (%) de la méthode après 1 an d'utilisation	
	Utilisation courante		Utilisation correcte et régulière (Trussel)	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)
	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)			
Implant contraceptif	0,05		0,05	16	
Vasectomie	0,15		0,1	0	
DIU au lévonorgestrel	0,2	1,1 ¹	0,2	20	15 ¹
Stérilisation féminine	0,5		0,5	0	
DIU au cuivre	0,8	1,1 ¹	0,6	22	15 ¹
Injectable progestatif (Depoprovera)	6		0,3	44	
Pilule combinée oestroprogestative et pilule progestative seule	9	2,4	0,3	32	30
Patch contraceptif	9		0,3	32	
Anneau vaginal	9		0,3	32	
Diaphragme	12 ²		6 ²		
Préservatif masculin	15	3,3	2	47	53
Préservatif féminin	21		5	51	
Retrait	22	10	4	57	45
Éponge ³	24, 12 ⁴	22 ⁵	20, 9 ⁶	64	62 ⁵
Méthode de connaissance de l'ovulation (méthode naturelle)	25	8	0,4 – 5 ⁷	49	48
Spermicides	29	22 ⁵	18	58	62 ⁵
Cape cervicale	32, 16 ⁸		26, 9 ⁹		
Aucune méthode	85		85		

Les taux publiés par l'OMS proviennent largement des États-Unis (Trussel 2011). Les taux pour la France sont issus de l'étude Cocon (Moreau 2007, Moreau 2009) ; En fonction du taux de grossesse au cours de la 1^{re} année d'utilisation, la méthode est considérée par l'OMS comme : < 1 : très efficace ; 1 – 9 : efficace ; 10 – 25 : modérément efficace ; 26 – 32 : moins efficace.

¹ tout type de DIU (cuivre et lévonorgestrel) ; ² diaphragme avec spermicide ; ³ les éponges spermicides ont été retirées du marché en mars 2013 ; ⁴ femmes uni/multipares : 24 ; femmes nullipares : 12 ; ⁵ spermicide ou éponge ; ⁶ femmes uni/multipares : 20 ; femmes nullipares : 9 ; ⁷ méthode sympto-thermique : 0,4 ; méthode de l'ovulation : 3 ; méthode des 2 jours : 4 ; méthode des jours fixes : 5 ; ⁸ femmes uni/multipares : 32 ; femmes nullipares : 16 ; ⁹ femmes uni/multipares : 26 ; femmes nullipares : 9.

Annexe A8 : incidence des MTEV (maladies veineuses thrombo-emboliques) selon l'âge (44)

Crude incidence rates and adjusted rate ratios of venous thrombosis in women using different types of hormonal contraception

Characteristics	Woman years	% of woman years	No of women with venous thrombosis	Rate per 10 000 woman years	Adjusted rate ratio (95% CI)
Age group					
15-19	1 359 821	13.0	250	1.84	0.39 (0.33 to 0.45)*
20-24	1 491 764	14.3	444	2.98	0.62 (0.54 to 0.70)*
25-29	1 491 959	14.3	537	3.60	0.86 (0.76 to 0.96)*
30-34	1 587 896	15.2	598	3.77	Reference
35-39	1 628 852	15.6	685	4.21	1.18 (1.05 to 1.32)*
40-44	1 518 172	14.5	797	5.25	1.57 (1.41 to 1.74)*
45-49	1 368 909	13.1	902	6.59	2.09 (1.88 to 2.32)*
Total	10 447 373	100.0	4213	4.03	—

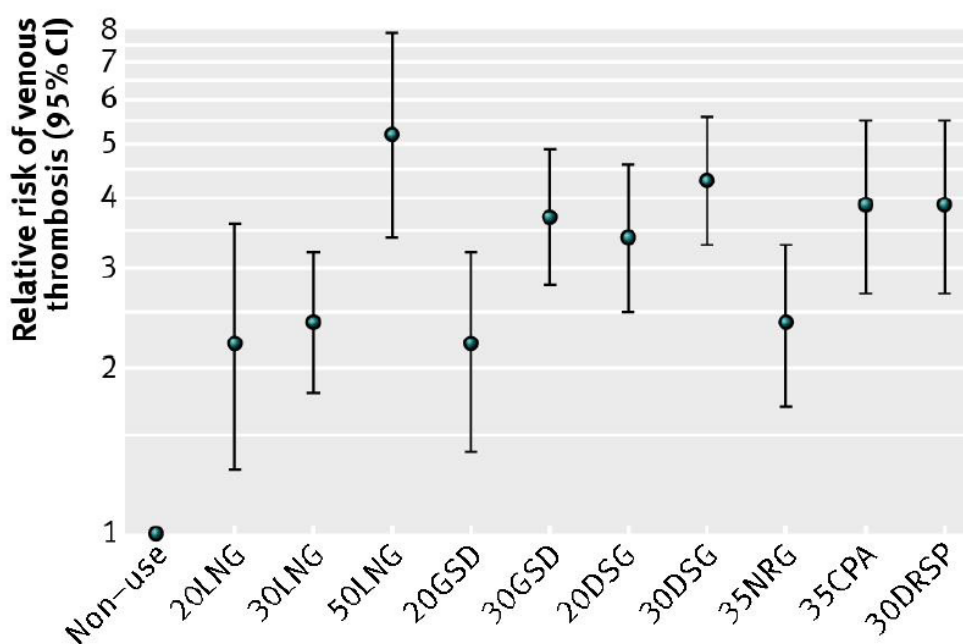
Annexe A9 : facteurs de risques thromboemboliques veineux (47)

Risk factors of venous thromboembolism.

Risk factor	Prevalence (%)	Relative risk
Genetic		
Age (≥ 30 vs. < 30 years)	50	4
Family disposition (close relative)	5	2
Leiden factor V mutation heterozygote	6–10	8
Leiden factor V mutation homozygote	0.4–1	64
Prothrombin G20210A	2–3	2
Protein C deficiency	0.05	11
Protein S deficiency	0.1	32
Antithrombin deficiency	0.03	18
Acquired		
Pregnancy	4	4–28
Adiposity (body mass index > 30 kg/m ²)	8	2
Oral contraceptives	35	3–6
Immobilization (travel or surgery)	?	2–5
Connective tissue diseases	4	3
Varicose veins	8	2

Annexe A10 : risque relatif de MTEV selon le type de POP (127)

Network meta-analysis, per contraceptive plotted on a logarithmic scale. Dots (lines)=overall relative risk (95% confidence interval) of venous thrombosis; non-use=reference group.



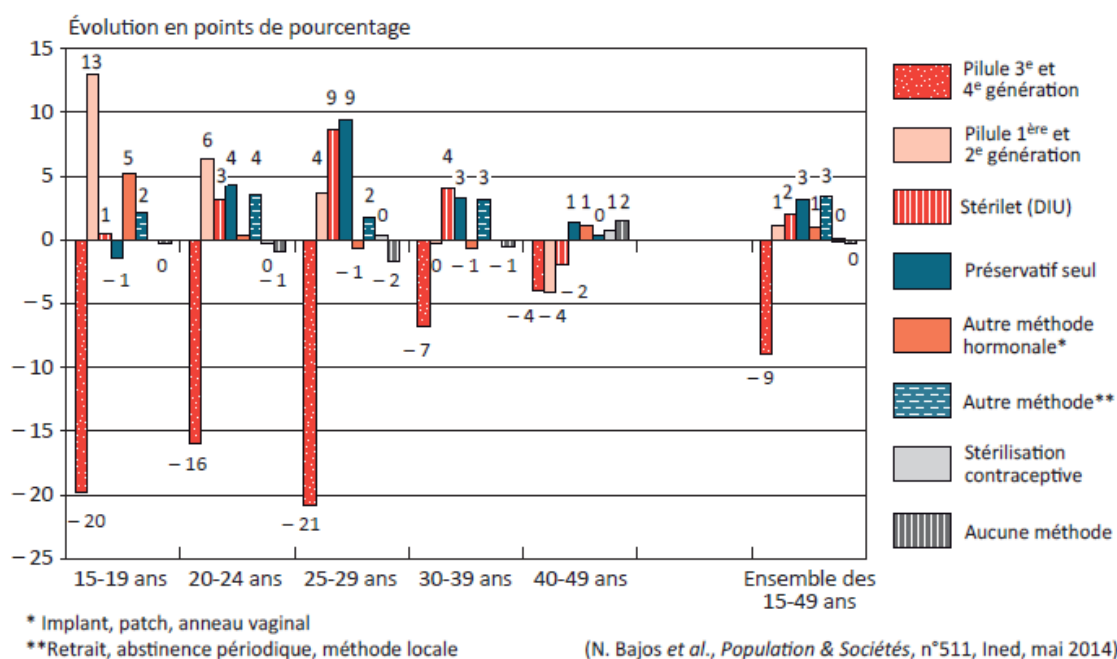
Annexe A11 (52)

Incidence Rates and Adjusted Relative Risks of Thrombotic Stroke and Myocardial Infarction among Nonpregnant Danish Women, According to Age, Calendar Year, Educational Level, and Predisposing Risk Factors, 1995–2009.

Variable	No. of Person-yr	Thrombotic Stroke			Myocardial Infarction		
		No. of Events	Incidence Rate	Adjusted Relative Risk (95% CI)*	No. of Events	Incidence Rate	Adjusted Relative Risk (95% CI)*
		<i>no. of events/ 100,000 person-yr</i>			<i>no. of events/ 100,000 person-yr</i>		
Age							
15–19 yr	2,075,087	70	3.4	0.05 (0.04–0.06)	9	0.4	0.01 (0.01–0.02)
20–24 yr	1,961,761	110	5.6	0.07 (0.06–0.09)	13	0.7	0.02 (0.01–0.03)
25–29 yr	1,906,954	201	10.5	0.16 (0.13–0.18)	41	2.2	0.06 (0.04–0.08)
30–34 yr	2,053,357	317	15.4	0.26 (0.23–0.30)	102	5.0	0.15 (0.12–0.18)
35–39 yr	2,149,752	501	23.3	0.40 (0.36–0.44)	262	12.2	0.36 (0.31–0.41)
40–44 yr	2,104,119	825	39.2	0.65 (0.59–0.71)	534	25.4	0.71 (0.64–0.80)
45–49 yr	2,000,033	1287	64.4	1.00	764	38.2	1.00
Risk factor							
Diabetes‡	123,264	186	150.9	2.73 (2.32–3.22)	159	129.0	4.66 (3.88–5.61)
Hypertension‡	1,343,081	1039	77.4	2.32 (2.14–2.50)	581	43.3	2.17 (1.95–2.42)
Hyperlipidemia‡	63,111	139	220.3	2.11 (1.74–2.56)	85	134.7	1.88 (1.46–2.41)
Arrhythmia‡	69,752	68	97.5	1.80 (1.41–2.29)	54	77.4	2.56 (1.95–3.37)
Smoking§	1,195,490	204	17.1	1.57 (1.31–1.87)	112	9.37	3.62 (2.69–4.87)

Annexe A12 (3)

Évolution des méthodes de contraception utilisées en France entre 2010 et 2013 selon l'âge des femmes

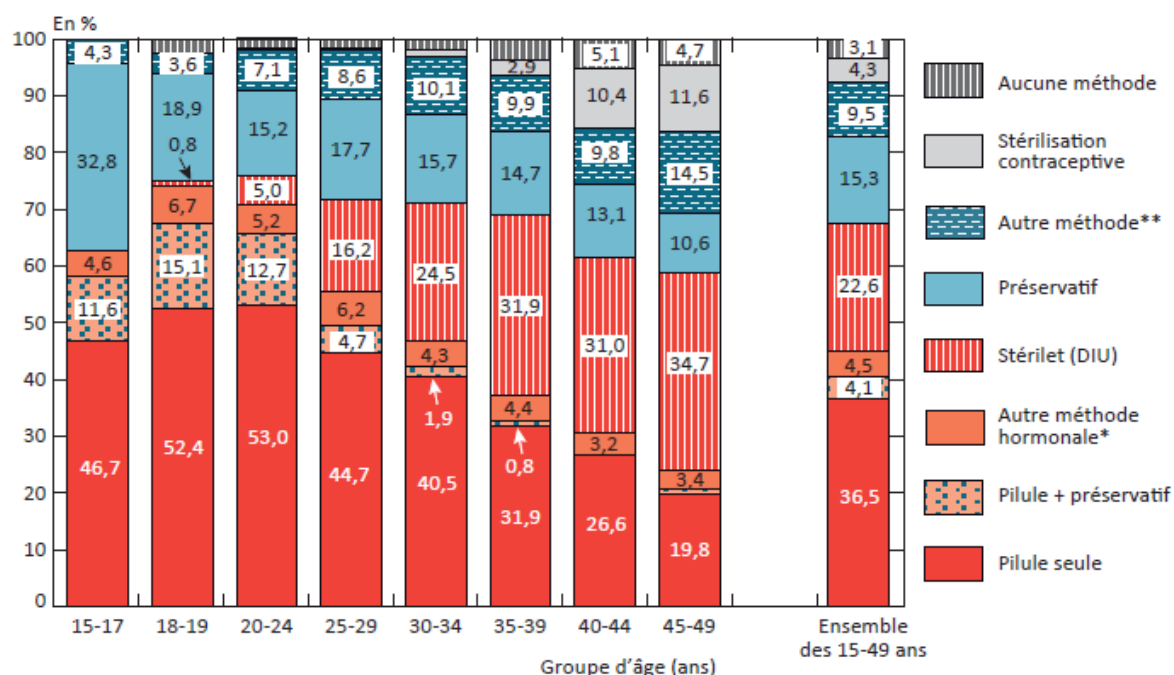


Source : Enquête Fécond (2013), Inserm-Ined.

Lecture : la proportion de femmes de 25-29 ans utilisant une pilule de 3^e ou 4^e génération a baissé de 21 points entre 2010 et 2013 (28 % en 2010 et 7 % en 2013).

Champ : femmes de 15-49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant.

Méthodes de contraception utilisées en France en 2013 selon l'âge des femmes



(N. Bajos et al., *Population & Sociétés*, n° 511, Ined, mai 2014)

Source : Enquête *Fécond* (2013), Inserm-Ined.

Champ : femmes de 15-49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant (soit 75 % de l'ensemble des femmes de 15-49 ans).

ANNEXES B

Annexe B1 : questionnaire

QUESTIONNAIRE SUR LE SUIVI DE LA CONTRACEPTION DES FEMMES DE PLUS DE 40 ANS PAR LES MEDECINS GENERALISTES

Je vous remercie pour les quelques minutes que vous allez consacrer au remplissage de ce questionnaire.

Merci d'y répondre de manière spontanée.

Votre nom ne sera jamais cité dans les résultats. Nous ne recueillons votre identité que pour le cas où nous aurions besoin de compléter des réponses.

A. RENSEIGNEMENTS GENERAUX (DONNEES RELATIVES AU PRATICIEN)

Q1 : Quelle est votre année de naissance ?

Q2 : Vous êtes :

☐ Un homme

☐ Une femme

Q3 : Dans quelle commune exercez-vous ?

Q4 : Combien faites-vous de consultations par jour en moyenne ?

☐ <25

☐ Entre 25 et 29

☐ Entre 30 et 35

☐ >35

Q5 : Vous exercez :

☐ Seul(e)

☐ Dans un cabinet de groupe

Q6 : Avez-vous reçu un enseignement complémentaire en gynécologie après votre externat ?

☐ Oui ☐ Non

- Si « oui », lequel ?

- ☐ DU ou DIU
- ☐ FMC
- ☐ Semestre d'internat ou FFI en gynécologie
- ☐ Autre :

Q7 : Faites-vous des suivis de contraception chez des patientes de plus de 40 ans dans votre pratique ?

☐ Oui ☐ Non

- Si « non », pourquoi ?

- ☐ Manque de formation spécifique
- ☐ Manque d'intérêt
- ☐ Manque de temps
- ☐ Autre :

La suite du questionnaire concerne uniquement les personnes ayant répondu « oui » à la question précédente.

Si vous ne faites pas de suivi de contraception chez les femmes de plus de 40 ans, je vous remercie de votre participation.

Merci de retourner le questionnaire en le mettant dans l'enveloppe préaffranchie ci-jointe.

B. DEROULEMENT DES CONSULTATIONS A MOTIF GYNECOLOGIQUE

Les questions Q8 à Q12 ne concernent que les consultations à motif gynécologique des femmes de plus de 40 ans.

Q8 : La dernière fois où une patiente de plus de 40 ans vous a parlé de contraception, avez-vous prévu une consultation dédiée ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q9 : La dernière fois que vous avez renouvelé une contraception oestroprogestative à une patiente de plus de 40 ans, vous avez contrôlé (*plusieurs réponses possibles*) :

- ☐ Son IMC (Indice de Masse Corporelle)
- ☐ Sa Pression Artérielle
- ☐ Ses antécédents thromboemboliques (veineux, artériels) personnels et familiaux
- ☐ La satisfaction de la patiente concernant sa contraception
- ☐ Son dernier bilan sanguin (glycémie, triglycérides, cholestérol total) < 5 ans

Q10 : La dernière fois que vous avez prescrit un bilan sanguin à une femme de plus de 40 ans, lui avez-vous donné la possibilité d'un dépistage VIH ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q11 : Quand une patiente de plus de 40 ans désire changer sa contraception (*plusieurs réponses possibles*) :

- ☐ Vous l'orientez vers un gynécologue
- ☐ Vous choisissez une contraception qui correspond, selon vous, à ses habitudes de vie
- ☐ Vous lui donnez des informations sur les différents modes de contraception sans lui prescrire immédiatement
- ☐ Vous lui dites de s'aider du site www.choisirsacontraception.fr
- ☐ Autre réponse :

Q12 : Une modification de situation personnelle, affective ou sociale, d'une patiente de plus de 40 ans vous amène à rediscuter du type de contraception :

- ☐ Oui, pour toutes les patientes
- ☐ Oui, pour plus de la moitié des patientes
- ☐ Oui, pour moins de la moitié des patientes
- ☐ Non

C. PREVENTION DES ECHECS DE CONTRACEPTION

Q13 : En dehors des consultations pour motif gynécologique, demandez-vous aux patientes de plus de 40 ans si elles ont une contraception ?

- ☐ Oui, pour toutes les patientes
- ☐ Oui, pour plus de la moitié des patientes
- ☐ Oui, pour moins de la moitié des patientes
- ☐ Non

Q14 : Si une patiente de plus de 40 ans est réticente aux contraceptions médicales :

- Lui proposez-vous des méthodes barrières (préservatifs, spermicides, diaphragme...) ?

☐ Oui ☐ Non

- Lui proposez-vous des méthodes naturelles (MAMA, Ogino, Billings...) ?

☐ Oui ☐ Non

Q15 : Réévaluez-vous les connaissances des patientes de plus de 40 ans sur la contraception lorsqu'elles viennent en consultation de suivi gynécologique ?

- ☐ Oui, pour toutes les patientes

- ☐ Oui, pour plus de la moitié des patientes
- ☐ Oui, pour moins de la moitié des patientes
- ☐ Non

Q16 : Informez-vous les patientes de plus de 40 ans des modalités de rattrapage en cas d'oubli de pilule ?

- ☐ Oui, pour toutes les patientes
- ☐ Oui, pour plus de la moitié des patientes
- ☐ Oui, pour moins de la moitié des patientes
- ☐ Non

Q17 : Informez-vous les patientes de plus de 40 ans sur la contraception d'urgence ?

- ☐ Oui, pour toutes les patientes
- ☐ Oui, pour plus de la moitié des patientes
- ☐ Oui, pour moins de la moitié des patientes
- ☐ Non

- Si « Oui », vous évoquez (*plusieurs réponses possibles*) :

- ☐ Le lévonorgestrel 1.5mg (Norlevo®)
- ☐ L'Ulipristal acétate 30mg (Ellaone®)
- ☐ Le stérilet au cuivre

Q18 : Informez-vous les patientes de plus de 40 ans de la possibilité de renouveler, par un pharmacien ou une infirmière, une ordonnance de pilule arrivée à échéance ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

D. CONTRACTIONS DE LONGUE DUREE D'ACTION

Q19 : Posez-vous des Implants contraceptifs chez des patientes de plus de 40 ans ?

☐ Oui ☐ Non

- Si « non » (*une seule réponse possible*) :

☐ Vous orientez la patiente intéressée par cette contraception chez un confrère

☐ Vous lui proposez d'autres contraceptions

☐ Autre réponse :

Q20 : Posez-vous des stérilets chez des patientes de plus de 40 ans ?

☐ Oui ☐ Non

- Si « non » (*une seule réponse possible*) :

☐ Vous orientez la patiente intéressée par cette contraception chez un confrère

☐ Vous lui proposez d'autres contraceptions

☐ Autre réponse :

Q21 : La dernière fois qu'une patiente de plus de 40 ans a voulu changer de contraception, avez-vous abordé le sujet de la contraception définitive (= stérilisation à visée contraceptive) ?

☐ Oui ☐ Non

- Si « Non », pourquoi ? (*Une seule réponse possible*)

☐ Vous êtes hostile à la contraception définitive

☐ Vous ne connaissez pas bien les complications éventuelles de ces techniques ou la législation en vigueur

☐ Vous ne connaissez aucun médecin pratiquant ces interventions

☐ Autre réponse :

- Si « Oui » : Quelle(s) technique(s) lui avez-vous expliquées ? (*Plusieurs réponses possibles*)

☐ Ligature des trompes par voie coelioscopique

☐ Vasectomie pour le conjoint

E. PETIT QUIZZ

Q22 : Selon vous, les contraceptions suivantes augmentent le risque thrombo-embolique veineux de manière importante (X3 ou plus) chez les femmes de plus de 40 ans :

	Oui	Non	Ne sait pas
La pilule oestro-progestative			
La pilule microprogestative Désogestrel 75µg (Cerazette®, Optimizette®, Clareal®)			
Le patch contraceptif (Evra®) ou l'anneau vaginal (Nuvaring®)			
L'implant contraceptif (Nexplanon®)			
Les stérilets hormonaux (Mirena®, Jaydess®)			

Q23 : Une contraception oestro-progestative est fortement déconseillée chez une femme de plus de 40 ans :

	Oui	Non	Ne sait pas
Migraineuse			
Obèse			
Présentant des varices des membres inférieurs			
Diabétique			
Présentant une HTA bien contrôlée par son traitement			
En cas d'intervention chirurgicale majeure sans immobilisation			

Merci de votre participation

Merci de retourner le questionnaire en le mettant dans l'enveloppe préaffranchie ci-jointe

Annexe B2 : lettre explicative

LECAT Geoffroy

16 rue des épinettes, Apt. 16

37540 Saint-Cyr-sur-Loire

Tél : 06.80.70.60.44

@ : geoffroylecat@hotmail.com

**THESE DE MEDECINE GENERALE SUR LA CONTRACEPTION DES FEMMES DE PLUS
DE 40 ANS**

Chères consœurs, chers confrères,

Je réalise un travail de thèse concernant **« le suivi de la contraception des femmes de plus de 40 ans »**, sous la direction du Dr Sylvie OSTERREICHER (Responsable du CPEF-CIVG du centre hospitalier de Blois).

L'objectif principal de cette étude est de décrire la prise en charge de la contraception des femmes de plus de 40 ans par les médecins généralistes du Loir-et-Cher. La perspective étant de proposer des axes d'amélioration pour la formation médicale continue sur ce thème.

Je sollicite votre bienveillante participation, durant **quelques minutes**, afin de répondre à un **rapide questionnaire** que vous pourrez me retourner par courrier à l'aide de l'enveloppe préaffranchie ci-jointe.

Si vous êtes intéressé(e), vous pouvez me transmettre votre adresse email afin que je vous envoie ultérieurement ma thèse sous format électronique.

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

Geoffroy LECAT

Annexe B3 : lettre de relance

Geoffroy Lecat

16 rue des épinettes

Appartement 16

37540 Saint Cyr sur Loire

06.80.70.60.44

geoffroylecat@hotmail.com

Objet : thèse de Médecine Générale sur la contraception des femmes de plus de 40 ans.

Chers confrères, chères consœurs,

Je vous remercie sincèrement pour votre participation à l'enquête sur « Le suivi contraceptif des femmes de plus de 40 ans par les médecins généralistes du Loir-et-Cher ».

Si toutefois vous n'aviez pas encore eu le temps de répondre au questionnaire, je vous sollicite à nouveau afin que vous le complétiez (4 minutes).

En effet, obtenir un maximum de réponses permettra de réaliser une étude la plus représentative possible de votre réalité ; ce qui pourrait éventuellement déboucher à terme sur des formations plus adaptées à vos besoins en ce qui concerne la contraception.

Je vous prie d'agréer mes sincères salutations.

Geoffroy LECAT

Annexe B4 : bonnes réponses à la partie « PETIT QUIZZ » du questionnaire

Q22 : Selon vous, les contraceptions suivantes augmentent le risque thrombo-embolique veineux de manière importante (X3 ou plus) chez les femmes de plus de 40 ans :

	Oui	Non	Ne sait pas
La pilule oestro-progestative	X		
La pilule microprogestative Désogestrel 75µg (Cerazette®, Optimizette®, Clareal®)		X	
Le patch contraceptif (Evra®) ou l'anneau vaginal (Nuvaring®)	X		
L'implant contraceptif (Nexplanon®)		X	
Les stérilets hormonaux (Mirena®, Jaydess®)		X	

Q23 : Une contraception oestro-progestative est fortement déconseillée chez une femme de plus de 40 ans :

	Oui	Non	Ne sait pas
Migaineuse	X		
Obèse	X		
Présentant des varices des membres inférieurs		X	
Diabétique	X		
Présentant une HTA bien contrôlée par son traitement	X		
En cas d'intervention chirurgicale majeure sans immobilisation	X		

TABLE DES FIGURES

Figure 1: âge des médecins (Q1)	35
Figure 2: sexe des médecins (Q2).....	36
Figure 3: milieu d'exercice (Q3).....	36
Figure 4: nombre quotidien de consultations (Q4)	37
Figure 5: mode d'exercice (Q5)	37
Figure 6: avez-vous reçu un enseignement complémentaire en gynécologie après votre externat ? (Q6)	38
Figure 7: faites-vous des suivis de contraception chez des patientes de plus de 40 ans dans votre pratique ? (Q7).....	38
Figure 8: la dernière fois où une patiente de plus de 40 ans vous a parlé de contraception, avez-vous prévu une consultation dédiée ? (Q8)	39
Figure 9: la dernière fois que vous avez renouvelé une contraception oestroprogestative à une patiente de plus de 40 ans, vous avez contrôlé (Q9) :	41
Figure 10: la dernière fois que vous avez prescrit un bilan sanguin à une femme de plus de 40 ans, lui avez-vous donné la possibilité d'un dépistage VIH ? (Q10).....	41
Figure 11: quand une patiente de plus de 40 ans désire changer sa contraception (Q11) :	42
Figure 12: une modification de situation personnelle, affective ou sociale, d'une patiente de plus de 40 ans vous amène à rediscuter du type de contraception (Q12) :	43
Figure 13: en dehors des consultations pour motif gynécologique, demandez-vous aux patientes de plus de 40 ans si elles ont une contraception ? (Q13)	44
Figure 14: si une patiente de plus de 40 ans est réticente aux contraceptions médicales, lui proposez- vous des méthodes barrières (préservatifs, spermicides, diaphragme...) ? (Q14).....	44
Figure 15: si une patiente de plus de 40 ans est réticente aux contraceptions médicales, lui proposez- vous des méthodes naturelles (MAMA, Ogino, Billings...) ? (Q14)	45
Figure 16: réévaluez-vous les connaissances des patientes de plus de 40 ans sur la contraception lorsqu'elles viennent en consultation de suivi gynécologique ? (Q15)	45
Figure 17: informez-vous les patientes de plus de 40 ans des modalités de rattrapage en cas d'oubli de pilule ? (Q16).....	46
Figure 18: informez-vous les patientes de plus de 40 ans sur la contraception d'urgence ? (Q17).....	46
Figure 19: si "oui", vous évoquez (Q17') :.....	47
Figure 20: informez-vous les patientes de plus de 40 ans de la possibilité de renouveler, par un pharmacien ou une infirmière, une ordonnance de pilule arrivée à échéance ? (Q18)	48
Figure 21: posez-vous des implants contraceptifs chez des patientes de plus de 40 ans ? (Q19).....	49
Figure 22: posez-vous des stérilets chez des patientes de plus de 40 ans ? (Q20).....	50
Figure 23: la dernière fois qu'une patiente de plus de 40 ans a voulu changer de contraception, avez- vous abordé le sujet de la contraception définitive (=stérilisation à visée contraceptive) ? (Q21).....	52
Figure 24: si "Non", pourquoi ? (Q21')	53
Figure 25: si "Oui", quelle(s) technique(s) lui avez-vous expliquées ? (Q21'')	54
Figure 26: selon vous, les contraceptions suivantes augmentent le risque thrombo-embolique veineux de manière importante (X3 ou plus) chez les femmes de plus de 40 ans (Q22) :	54
Figure 27: une contraception oestro-progestative est fortement déconseillée chez une femme de plus de 40 ans (Q23) :	55

TABLE DES TABLEAUX STATISTIQUES

Tableau 1: faites-vous des suivis de contraception chez des patientes de plus de 40 ans dans votre pratique ? (Q7).....	39
Tableau 2: la dernière fois où une patiente de plus de 40 ans vous a parlé de contraception, avez-vous prévu une consultation dédiée ? (Q8)	40
Tableau 3 : quand une patiente de plus de 40 ans désire changer sa contraception, vous choisissez une contraception qui correspond, selon vous, à ses habitudes de vie (Q11-2)	42
Tableau 4: informez-vous les patientes de plus de 40 ans sur la contraception d'urgence ? (Q17)	47
Tableau 5: informez-vous les patientes de plus de 40 ans de la possibilité de renouveler, par un pharmacien ou une infirmière, une ordonnance de pilule arrivée à échéance ? (Q18)	48
Tableau 6: posez-vous des implants contraceptifs chez des patientes de plus de 40 ans ? (Q19)	49
Tableau 7: posez-vous des stérilets chez des patientes de plus de 40 ans ? (Q20)	51
Tableau 8: la dernière fois qu'une patiente de plus de 40 ans a voulu changer de contraception, avez-vous abordé le sujet de la contraception définitive (=stérilisation à visée contraceptive) ? (Q21).....	52

Vu, le Directeur de Thèse le 12/12/18

Dr OSTERREICHNER
RPPS 1000205243



Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

LECAT Geoffroy

109 pages – 10 tableaux – 27 figures

Résumé : **INTRODUCTION :** les femmes après 40 ans constituent une population spécifique en contraception. Les échecs et inadéquations de celle-ci conduisent à un nombre important de grossesses non programmées qui aboutissent une fois sur deux à une IVG chez ces femmes. De plus, leur risque cardio-vasculaire est relativement élevé à cet âge. Les recommandations HAS ont beaucoup évolué entre 2004 et 2015 afin qu'elles puissent choisir de manière éclairée une contraception fiable, tolérée, en toute innocuité. L'objectif de notre étude était de savoir si les médecins généralistes respectaient les recommandations HAS sur la contraception des femmes de plus de 40 ans. **MÉTHODES :** étude quantitative descriptive par auto-questionnaire ciblant les médecins généralistes du Loir-et-Cher. Échantillonnage par tirage au sort. Envoi de questionnaires papier puis rappel ciblé. Variables qualitatives décrites avec des pourcentages. Tests statistiques ciblés. **RÉSULTATS :** 83 questionnaires exploitables sur les 100 envoyés. 88% des médecins faisaient des suivis de contraception chez les femmes de plus de 40 ans. Les principales insuffisances étaient : la consultation dédiée (prévue dans 45% des cas), la proposition d'un dépistage VIH à l'occasion d'une biologie (22%), l'abord des contraceptions naturelles en cas de réticence de la patiente aux contraceptions médicales (4%), l'information de la patiente sur le renouvellement possible d'une pilule contraceptive par un pharmacien ou un infirmier (32%), la pose d'implants contraceptifs et de stérilets (respectivement 30% et 26% déclaraient en poser aux patientes de plus de 40 ans). **DISCUSSION :** les pratiques restent perfectibles concernant le suivi contraceptif des femmes après 40 ans. Les modifications de la formation initiale en médecine générale qui ont eu lieu ces dernières années amélioreront sûrement les connaissances et les pratiques des futurs médecins. Ceci sera à confirmer par des études ultérieures. Les FMC constituent un autre levier d'action important : les spécificités sur la contraception de la femme après 40 ans doivent y être abordées, en insistant sur les faiblesses mises en exergue dans notre étude.

Mots clés : médecine générale, gynécologie, contraception, médecine préventive, risque cardiovasculaire, 40 ans.

Jury :

Président du Jury : Professeur Henri MARRET

Directeur de thèse : Docteur Sylvie OSTERREICHER

Membres du Jury : Docteur Bernard BOURREAU
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Professeur Emmanuel RUSCH

Date de soutenance : Jeudi 17 Janvier 2019