

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : MEDECINE GENERALE

Par

Sébastien ARBOUYS

Né le 20 Septembre 1984 à La Ferté-Bernard (72)

Présentée et soutenue publiquement le : 16 Octobre 2015

IMPLANT CONTRACEPTIF HORMONAL :

***OPINIONS ET ANALYSE DES PRATIQUES DE MEDECINS
GENERALISTES EN SARTHE, MAINE ET LOIRE ET MAYENNE***

Président : DESCAMPS Philippe

Directeur : BELLOEIL Vanessa

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen

Pr. RICHARD

Vice doyen recherche

Pr. PROCACCIO

Vice doyen pédagogie

Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GINIÈS, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LE JEUNE, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PENNEAU-FONTBONNE, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. VERRET, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie
ASFAR Pierre	Réanimation
AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
AUDRAN Maurice	Rhumatologie
AZZOUIZI Abdel-Rahmène	Urologie
BARON Céline	Médecine générale
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BONNEAU Dominique	Génétique
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
BRIET Marie	Pharmacologie
CAILLIEZ Éric	Médecine générale
CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
CONNAN Laurent	Médecine générale
COUTANT Régis	Pédiatrie
COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique
DIQUET Bertrand	Pharmacologie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
FURBER Alain	Cardiologie
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
GARNIER François	Médecine générale
GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation

GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion
HAMY Antoine	Chirurgie générale
HUEZ Jean-François	Médecine générale
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
JEANNIN Pascale	Immunologie
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
LEGRAND Erick	Rhumatologie
LERMITE Emilie	Chirurgie générale
LEROLLE Nicolas	Réanimation
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie
MENEI Philippe	Neurochirurgie
MERCAT Alain	Réanimation
MERCIER Philippe	Anatomie
MILEA Dan	Ophtalmologie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
PROCACCIO Vincent	Génétique
PRUNIER Fabrice	Cardiologie
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique
SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
SUBRA Jean-François	Néphrologie
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion
URBAN Thierry	Pneumologie
VERNY Christophe	Neurologie
WILLETEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
BELIZNA Cristina	Médecine interne
BELLANGER William	Médecine générale
BIGOT Pierre	Urologie
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
CASSEREAU Julien	Neurologie
CHEVAILLER Alain	Immunologie
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire

CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique
de CASABIANCA Catherine	Médecine générale
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation
DUCANCELLÉ Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FERRE Marc	Biologie moléculaire
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
HINDRE François	Biophysique
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
MARCHAND-LIBOUBAN Hélène	Histologie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MESLIER Nicole	Physiologie
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie
PAPON Xavier	Anatomie
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie
PETIT Audrey	Médecine et Santé au travail
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion
TURCANT Alain	Pharmacologie

septembre 2015

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

DESCAMPS Philippe

Directeur de thèse :

BELLOEIL Vanessa

Membres du jury :

Madame le Professeur BARON Céline

Madame le Docteur BELLOEIL Vanessa

Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe DESCAMPS,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse.

A Madame le Docteur Vanessa BELLOEIL,

Je vous remercie pour votre soutien, votre écoute, votre compréhension, votre grande disponibilité et vos conseils avisés et constructifs dans la direction de cette thèse qui m'ont permis de mener à bien ce projet.

A Madame le Professeur Céline BARON,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury et de ce que vous faites au sein du département de Médecine Générale d'Angers.

A Monsieur le Professeur Jean-François HUEZ,

Je vous remercie d'avoir chaleureusement accepté de participer à ce jury. Merci pour le travail que vous réalisez chaque jour au sein du département de Médecine Générale d'Angers afin de nous assurer une formation de qualité.

Aux Médecins Généralistes qui ont participé à cette étude et sans qui cette thèse n'aurait pu aboutir. Merci pour le temps que vous m'avez accordé.

Aux Docteurs Michèle LAIZET, Luc FIERFOL et Didier SABOUREAULT de La Ferté-Bernard (72), je vous remercie profondément pour votre soutien et votre écoute. C'était un honneur que d'être votre stagiaire puis votre remplaçant. Vous avez contribué à ma vocation de Médecin Généraliste en tant que médecins de famille puis vous êtes devenus tous les trois un véritable modèle que je souhaite suivre tout au long de ma carrière.

A mon Amie Fidèle et Médecin Généraliste le Docteur Eve ATTAL, je te remercie pour tout ce que tu as fait pour moi que ce soit personnellement ou professionnellement. Depuis les bancs de la Faculté de médecine, tu as toujours été là pour moi...

A mon Défunt Grand-père Paternel, je ne te remercierai jamais assez pour ton soutien et tout ce que tu m'as apporté. Tu as été l'une des principales pierres fondatrices de ce rêve d'être Médecin Généraliste. En ce jour de soutenance, mes principales pensées te seront dédiées mon « Papitou ».

A mes Parents, pour vos encouragements, votre amour et votre aide pendant toutes ces années, je vous remercie chaleureusement.

LISTE DES ABREVIATIONS

A.N.A.E.S : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

C.N.G.O.F : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

C.P.E.F : Centre de planification et d'éducation familiale

D.I.U : Dispositif Intra Utérin

I.N.E.D : Institut National d'études démographiques

I.N.P.E.S : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

I.V.G : Interruption Volontaire de Grossesse

O.M.S : Organisation mondiale de la santé

P.V : Prélèvement vaginal

PLAN

INTRODUCTION.....	9
MATERIEL ET METHODE.....	22
RESULTATS.....	24
DISCUSSION.....	41
CONCLUSION.....	48
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	49
TABLE DES MATIERES.....	55
ANNEXES.....	57

1. INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE

Dans une enquête de l'INPES sur la contraception en 2007, 55% des personnes interrogées avaient confiance dans les informations relatives à la contraception données par des professionnels de santé (médecins généralistes, puis médecins spécialistes et enfin planning familial), suivis de près par les médias (37% - Télévision, presse, internet, radio). L'entourage ou la sphère scolaire n'étaient que peu cités (7 et 4%). D'ailleurs, 52% estimaient que l'information en matière de contraception ou de sexualité reçue au cours de leur scolarité était insuffisante [1].

Le médecin généraliste est bien souvent le premier interlocuteur de la femme en matière de contraception. Compte-tenu de la diminution progressive et attendue du nombre de gynécologues [2], ils vont être amenés à consulter de plus en plus de femmes pour leur contraception. En effet, en 2015 il ne restera que 600 gynécologues pour 30 millions de femmes en âge de consulter et 180 en 2020 [3].

Parmi les moyens de contraception existants, l'implant contraceptif commercialisé depuis 2001 a fait naître l'espoir d'une contraception efficace car sans risque d'oubli. Pourtant, 2,6 % des femmes de 15-49 ans l'utilisaient selon l'enquête Fecond de 2010 [4].

1.2 LES I.V.G : UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE

Plus de quarante ans après la loi Neuwirth, la contraception et la prévention des I.V.G restent un véritable enjeu de Santé publique. Depuis Mars 2013, l'ensemble des frais de soin, d'hospitalisation et de surveillance pour une IVG est pris en charge intégralement par l'Assurance Maladie.

Depuis la légalisation de l'IVG en 1974 par la loi Veil et l'adoption en 2001 d'une loi allongeant le délai légal de 12 à 14 semaines d'aménorrhée, aménageant la contraception d'urgence et l'autorité parentale pour les mineures demandant une IVG, le contexte français demeure paradoxal : le nombre d'IVG reste stable, environ 220 000 par an, malgré une diffusion massive de la contraception [5]. Le nombre de grossesses non désirées reste élevé. Environ 17% des françaises de 15 à 54 ans déclarent avoir déjà eu recours à l'I.V.G au moins une fois dans leur vie [6]. Plus d'1 conception sur 5 est interrompue volontairement (27 I.V.G pour 100 naissances vivantes). Le taux annuel est de 14.7 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans, pour une moyenne européenne de 11,2%. 1/3 des I.V.G sont réalisées chez des femmes de moins de 24 ans [7].

Si la libéralisation de l'avortement n'a pas produit d'augmentation des I.V.G, la diffusion large, en revanche, d'une contraception médicalisée et efficace n'a pas fait diminuer aussi rapidement le nombre d'avortements.

Qu'en est-il dans la région des Pays de la Loire ?

8383 I.V.G pour 44389 naissances ont été pratiquées en 2011 [8] (19 I.V.G pour 100 naissances), avec un taux annuel de 10.6 I.V.G pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. Il y a eu 1901 I.V.G en Maine et Loire (22.67 %), 1308 en Sarthe (15.60 %) et enfin 485 en Mayenne (5.78%) [9].

1.3 LA CONTRACEPTION EN FRANCE

1.3.1 EPIDEMIOLOGIE

Selon les chiffres du Baromètre Santé 2010, plus de 91% des Françaises sexuellement actives âgées de 15 à 24 ans déclaraient employer une méthode contraceptive. La pilule lancée en 1960 autorisée en France en 1967 par la loi Neuwirth reste le moyen de contraception le plus utilisé en France [10].

Une étude révélait que 88 % des femmes de 20 ans et moins déclaraient avoir oublié au moins une fois leur pilule lors des trois derniers mois (contre 54 % de l'ensemble des femmes) [11]. De plus en plus de femmes utilisent la contraception d'urgence mais une minorité (5%) connaît le délai maximal des 120h. Par ailleurs, beaucoup d'idées reçues circulent : 53% des personnes interrogées pensent qu'il n'est pas possible d'être enceinte pendant les règles, ou pensent qu'en surveillant leur cycle, elles peuvent maîtriser leur fécondité car il existerait « *des jours sans risques* » [12]. L'enquête de l'INPES et de l'institut BVA de 2007 confirmait une connaissance étendue des françaises sur les différentes méthodes contraceptives : la pilule et le préservatif étant connus par plus de 97% d'entre elles et le stérilet par 93%. Par contre, une femme sur deux ne connaissait pas les nouveaux moyens de contraception hormonaux autres que la pilule. Seules 23% savaient que le délai de l'implant était de 3 ans [13].

Les prescripteurs orienteraient préférentiellement les femmes vers la pilule, au détriment d'autres méthodes comme l'implant [14]. Or, la pilule n'est pas nécessairement adaptée aux besoins de toutes les femmes car elle impose certaines contraintes d'utilisation et de prescription. De plus, l'inadéquation entre la méthode utilisée et le mode de vie de la femme peut entraîner une mauvaise utilisation voire un arrêt de la contraception. Cette orientation des prescriptions s'expliquerait en partie par des habitudes professionnelles, notamment de médecins généralistes moins formés que les gynécologues sur les derniers contraceptifs commercialisés. Or, de nombreuses jeunes femmes préfèrent consulter les médecins généralistes par appréhension d'une consultation gynécologique, ou de possibles dépassements d'honoraires. Pour cela, l'ANAES a rédigé en décembre 2004 des

recommandations intitulées : « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme ». Le document recense l'état des connaissances de toutes les méthodes contraceptives disponibles. Il engage vers la prescription du moyen contraceptif le plus adapté, le mieux accepté par la patiente et non nécessairement celui le plus efficace théoriquement [15]

Selon l'étude COCON en 2000, parmi les femmes ayant eu recours à l'IVG, seules 28% n'utilisaient pas de contraception. Plus de 2 grossesses sur 3 survenaient donc chez des femmes utilisant un moyen contraceptif : 23,1% la pilule, 19,3% le préservatif et 7% le stérilet ; ces échecs étant attribués à une utilisation incorrecte de la méthode ou à la survenue d'une difficulté lors de son utilisation (oubli de pilule, rupture du préservatif...), et à une conduite inadéquate pour éviter la grossesse par manque d'information [16].

Les campagnes grand public d'information axées sur la pluralité des contraceptifs disponibles ont débuté en 2007. La première intitulée "La meilleure contraception, c'est celle que je choisis" a été mise en place et complétée par un site Internet, coordonné par l'INPES et le ministère de la Santé. Ce site, toujours actif, permet un accès rapide à des informations sur l'ensemble des moyens de contraception disponibles (efficacité, contre-indications, modalités d'accès, coût, etc.) [17]. Animée par des spots radios et des bannières web lancée de Mai à Juin 2013, la campagne "la contraception qui vous correspond existe" avait pour objectif d'inciter hommes et femmes à s'informer sur les différents moyens contraceptifs et à choisir celui adapté à leurs besoins, leur mode de vie et leurs antécédents médicaux. En effet, en dépit de cette diversité, le schéma contraceptif en France est longtemps resté figé : préservatif en début de vie sexuelle, puis pilule, et enfin stérilet après la naissance d'enfants, alors que ce dernier, par exemple, peut parfaitement être proposé aux jeunes femmes avant toute naissance.

Cette « norme » contraceptive a été remise en cause par « la crise des pilules dites de 3e et 4e génération ». En effet, le débat médiatique de 2013 a contribué à une diversification des pratiques contraceptives. Même si la pilule reste prépondérante, le recours à celle-ci a diminué passant de 50% en 2010 à 41% en 2013 [18].

La politique de prévention par la contraception était jusqu'à présent peu adaptée à la situation spécifique des mineures qui présente trois caractéristiques :

- une vulnérabilité et une sous-information au commencement de leur vie amoureuse
- le besoin de confidentialité, voire de secret autour de la vie sexuelle, amplifié dans certaines situations familiales jusqu'à devenir un impératif vital lorsque la culture ou la religion prohibent toute relation sexuelle en dehors du mariage
- l'absence ou la faiblesse des ressources financières.

Partant de ce constat, le Conseil régional des Pays de la Loire a lancé le Pass prévention / contraception en septembre 2012. Ce Pass s'adresse aux lycéens et aux apprentis, filles et garçons, scolarisés dans la région. Il prend la forme d'un chéquier de huit coupons remis à la demande du jeune par le personnel de santé scolaire ou éducatif «référent» de l'établissement. Il a été progressivement diffusé dans les Centres de planification et d'éducation familiale de la région. Ce chéquier permet, sans avance de frais et de manière anonyme, un accès à la contraception et au dépistage des infections sexuellement transmissibles. Les coupons ouvrent droit à deux consultations médicales, à des prélèvements et analyses biologiques ainsi qu'à la délivrance de produits contraceptifs en pharmacie pour une durée moyenne d'un an. L'ensemble de ce parcours de soins est encadré par les professionnels de santé compétents (médecins, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers...) à qui le jeune remettra un des coupons du chéquier, chacun se faisant ensuite directement rembourser par la Région [19].

Par ailleurs, depuis la loi de financement de la Sécurité sociale de Mars 2013, la contraception est gratuite pour les jeunes filles de 15 à 18 ans sur le plan national. Elles peuvent désormais obtenir la pilule contraceptive (de 1ère et de 2ème génération), le stérilet ou l'implant contraceptif en présentant aux pharmaciens une ordonnance médicale et la carte de vitale de leurs parents (ou une attestation d'affiliation à un régime de sécurité sociale) [20].

1.3.2 INDICE DE PEARL DES METHODES CONTRACEPTIVES

L'efficacité d'une méthode contraceptive se mesure par l'*indice de Pearl (Image 1)*, indice théorique égal au pourcentage de grossesses "accidentelles" sur un an d'utilisation de la méthode. À titre d'exemple, un *indice de Pearl* à 2 signifie que 2 femmes sur 100 utilisant pendant un an la méthode contraceptive analysée ont été enceintes dans l'année. On distingue donc cette efficacité théorique, consécutive à l'usage correct de la méthode, et l'efficacité pratique, calculée sur l'ensemble de l'échantillon, y compris les couples n'ayant pas respecté la méthode (oubli de prise de la pilule, usage incorrect du préservatif, etc.) [21].

L'écart entre l'efficacité théorique et pratique est particulièrement grand pour la pilule (oublis etc...), les préservatifs (ruptures, mises en place incorrectes) et les méthodes naturelles.

L'implant contraceptif constitue de nos jours l'une des méthodes de contraception les plus sûres avec un indice de Pearl calculé à 0% année-femme [22]. En pratique courante, les données des centres régionaux de pharmacovigilance estiment l'indice de Pearl à 0,06. Les rares cas de grossesse observés (33 pour 100 000 implants vendus) étaient attribués à des problèmes d'insertion (77 %), un non-respect du moment de pose indiqué (10%) ou à un échec du principe actif notamment en raison d'une probable interaction médicamenteuse (7.6%) [23] à [30].

Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives		
Méthode	Indice de Pearl	Efficacité pratique
Œstro-progestatifs (pilule)	0,1	6 à 8
Progestatifs (pilule)	0,5	6 à 8
Dispositif intra-utérin	0,6	0,8
Préservatifs masculins	3	14
Spermicides	6	26
Diaphragme et spermicides	6	20
Cape cervicale	9 à 26	20 à 40
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Implants	0,1	0,1

Image 1

1.3.3 PRIX ET PRISE EN CHARGE DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Contraception	Prix	Remboursé par la Sécurité sociale
<u>Tests d'ovulation</u>	10 à 40 € les 5	Non
<u>Spermicides</u>	De 7 à 20€ les 6 doses	Non
<u>Préservatif féminin</u>	Environ 8.70 € la boîte de 3 Gratuit dans les CPEF et Centre de dépistage	Non
<u>Diaphragme</u>	Environ 30 €	Oui à 65%
<u>Cape Cervicale</u>	Environ 60 €	Non
<u>Stérilet en cuivre</u>	Environ 30.50 € Gratuit pour les mineures d'au moins 15 ans dans les pharmacies et sans conditions d'âge et pour les non-assurées sociales dans les CPEF	Oui à 65 %
<u>Stérilet hormonal</u>	Environ 125 € Gratuit pour les mineures d'au moins 15 ans dans les pharmacies et sans conditions d'âge et pour les non-assurées sociales dans les CPEF	Oui à 65 %
<u>Pilule contraceptive</u>	De 1.88 à 14 € par mois Gratuit pour les mineures d'au moins 15 ans dans les pharmacies et sans conditions d'âge et pour les non-assurées sociales dans les CPEF	Oui Certaines sont remboursées à 65%
<u>Anneau vaginal</u>	Environ 16 € par mois	Non
<u>Patch contraceptif</u>	Environ 15 € par mois	Non
<u>Implant contraceptif</u>	Environ 106 € Gratuit pour les mineures d'au moins 15 ans dans les pharmacies et sans conditions d'âge et pour les non-assurées sociales dans les CPEF	Oui à 65 %
<u>Injection contraceptive</u>	3.44 € la dose	Oui à 65 %
<u>Contraception d'urgence : NORLEVO</u>	4 à 10 € Gratuit pour les mineures d'au moins 15 ans dans les pharmacies et par infirmière scolaire et sans conditions d'âge pour les non-assurées sociales dans les CPEF	Oui à 65 %
<u>Contraception d'urgence : ELLAONE</u>	20 € Gratuit pour les mineures d'au moins 15 ans dans les pharmacies	Oui à 65%
<u>Ligature des trompes</u>	Variable	Oui si justifiée médicalement

Image 2 : Prix indicatifs des différentes méthodes contraceptives pratiqués en métropole en 2013

1.4 L'IMPLANT CONTRACEPTIF SOUS-CUTANE

NEXPLANON® est le nouvel implant contraceptif qui a remplacé définitivement l'IMPLANON® depuis Janvier 2011. Il contient le même dosage en Etonorgestrel (68 mg) auquel a été ajouté 3% de sulfate de baryum ce qui le rend radio-opaque (recherche facilitée par simple radio du bras en cas d'implant non palpable).

L'inserteur du NEXPLANON® a été modifié de façon à rendre impossible une implantation trop profonde. Le geste de pose ayant été modifié, cela a nécessité un nouvel apprentissage des professionnels.

Bâtonnet souple, sorte de petite allumette, que le médecin pose sous la peau au niveau de la face interne du bras non dominant, il contient de la progestérone qui diffuse dans le corps et va bloquer l'ovulation pour 3 ans maximum, 2 ans chez les femmes obèses (suivant critères médicaux Indice Masse Corporelle (taille/poids²) supérieur à 30) [31].

1.4.1 TECHNIQUE D'INSERTION

Demandez à la patiente de s'allonger sur le dos sur la table d'examen avec son bras non dominant plié au niveau du coude et tourné vers l'extérieur (Figure 1).

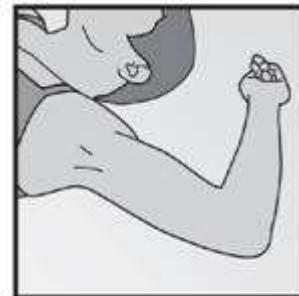
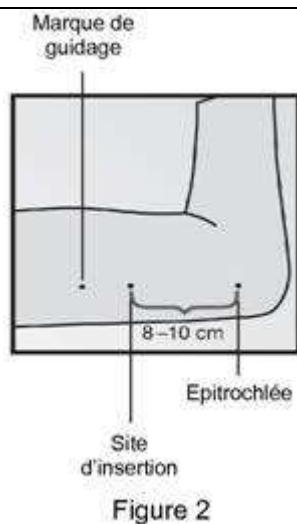


Figure 1

Identifiez le site d'insertion, qui se situe à la face interne du bras non dominant, à environ 8 à 10 cm au-dessus de l'épitrochlée.

Faites deux repères avec un marqueur stérile: un premier point, pour repérer l'endroit où l'implant sera inséré, et un second point, quelques centimètres au-dessus du premier repère (Figure 2). Ce second repère servira plus tard de guide pour la direction pendant l'insertion.

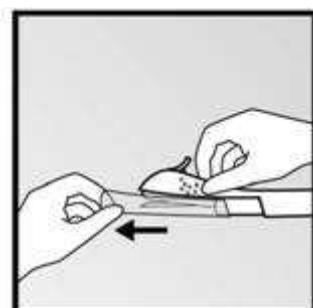


Nettoyez le site d'insertion avec une solution antiseptique.

Anesthésiez la zone d'insertion (par exemple, avec un patch ou crème EMLA environ 1h avant ou en injectant 2 ml de lidocaïne à 1 % juste sous la peau le long du tunnel d'insertion prévu).

Sortez de son emballage l'applicateur NEXPLANON® préchargé stérile jetable contenant l'implant.

Tenez l'applicateur juste au-dessus de l'aiguille au niveau de la zone striée, et retirez le capuchon protecteur transparent de l'aiguille contenant l'implant (Figure 3). Si le capuchon ne se retire pas facilement, l'applicateur ne doit pas être utilisé. Vous pouvez voir l'implant blanc en regardant dans la pointe de l'aiguille. Ne touchez pas la manette coulissante violette avant d'avoir entièrement inséré l'aiguille sous la peau, car l'aiguille se rétracterait et libérerait l'implant de l'applicateur.



• Figure 3

Avec votre main libre, tendez la peau autour du site d'insertion entre le pouce et l'index (Figure 4).

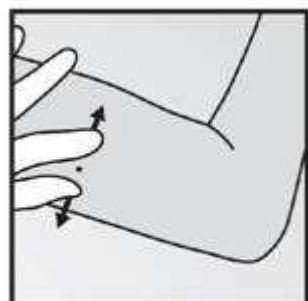


Figure 4

Piquez la peau avec la pointe de l'aiguille selon un angle de 30° environ (Figure 5).

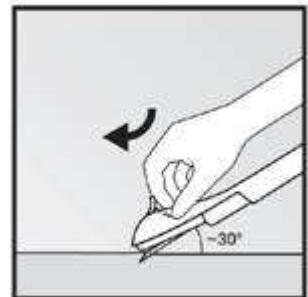


Figure 5

Amenez l'applicateur en position horizontale. Tout en soulevant la peau avec la pointe de l'aiguille, introduisez l'aiguille sur toute sa longueur. Vous pouvez ressentir une légère résistance mais n'exercez pas de force excessive (Figure 6). Si l'aiguille n'est pas entièrement insérée, l'implant ne sera pas correctement inséré.

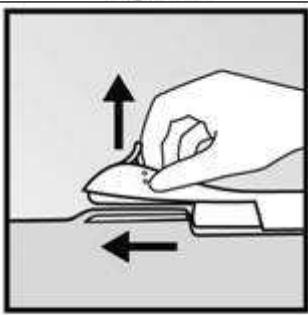


Figure 6

Tout en maintenant l'applicateur dans la même position et l'aiguille insérée sur toute sa longueur, déverrouillez la manette coulissante violette en la poussant légèrement vers le bas. Déplacez la manette coulissante complètement en arrière jusqu'à la butée, ce qui laisse alors l'implant dans sa position sous-cutanée finale et de verrouiller l'aiguille dans le corps de l'applicateur (Figure 7). Si la manette coulissante n'est pas complètement tirée en arrière, l'aiguille ne se rétractera pas complètement et l'implant ne sera pas correctement inséré. L'applicateur peut maintenant être retiré.



Figure 7

Vérifiez toujours la présence de l'implant dans le bras de la patiente par palpation immédiatement après l'insertion. En palpant les deux extrémités de l'implant, vous devez pouvoir confirmer la présence du bâtonnet de 4 cm (Figure 8).



Figure 8

Vérifiez l'applicateur. L'aiguille doit être complètement rétractée et seul le bout violet de l'obturateur doit être visible.

Appliquez un petit pansement adhésif sur le site d'insertion. Demandez à la patiente de palper elle-même l'implant.

Appliquez une compresse stérile avec un bandage compressif pour minimiser le risque d'ecchymose. La patiente peut retirer le bandage compressif au bout de 24 heures et le petit pansement au bout de 3 à 5 jours.

1.4.1 TECHNIQUE DE RETRAIT

Nettoyez la zone où l'incision sera réalisée et appliquez un antiseptique. Localisez l'implant par palpation et marquez l'extrémité distale (l'extrémité la plus proche du coude), par exemple, avec un marqueur stérile (Figure 9).

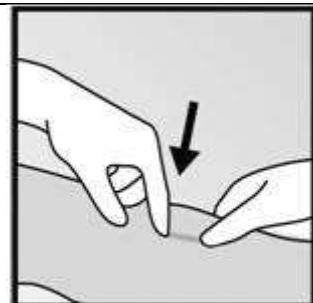


Figure 9

Anesthésiez le bras, par exemple, avec 0,5 à 1 ml de lidocaïne à 1 % au niveau du repère indiquant l'endroit de l'incision (Figure 10). Veillez à injecter l'anesthésique local sous l'implant pour qu'il reste près de la surface de la peau.

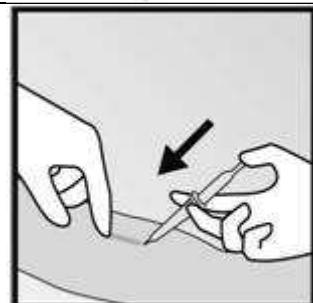


Figure 10

Appuyez sur l'extrémité proximale de l'implant (Figure 11) pour l'immobiliser; un renflement indiquant l'extrémité distale de l'implant peut apparaître. En partant de l'extrémité distale de l'implant, faire une incision longitudinale de 2 mm vers le coude.

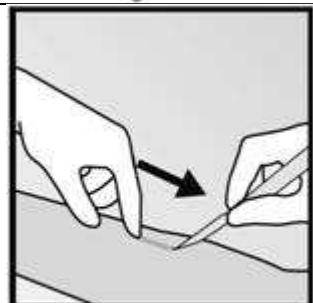


Figure 11

Poussez doucement l'implant vers l'incision jusqu'à ce que l'extrémité soit visible. Saisissez l'implant avec une pince (de préférence une pince mosquito courbe) et retirez l'implant (Figure 12).

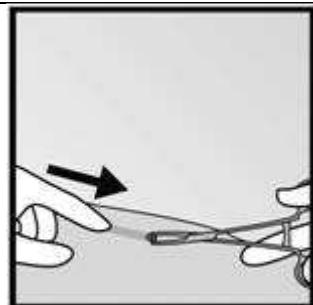


Figure 12

Si l'implant est encapsulé, pratiquez une incision dans la gaine tissulaire et ensuite retirez l'implant avec une pince (Figures 13 et 14).

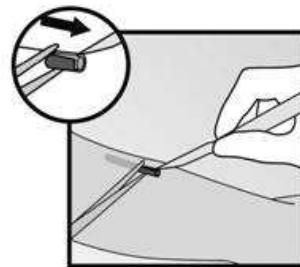


Figure 13

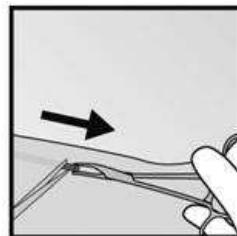


Figure 14

Si l'extrémité de l'implant n'est pas visible au niveau de l'incision, insérez doucement une pince dans l'incision (Figure 15). Saisissez l'implant. Tournez la pince avec votre autre main (Figure 16). Avec une seconde pince, disséquez soigneusement le tissu autour de l'implant et saisissez l'implant (Figure 17). L'implant peut alors être retiré.

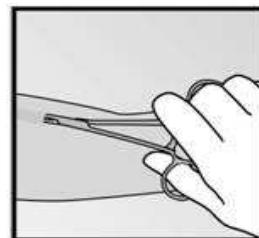


Figure 15

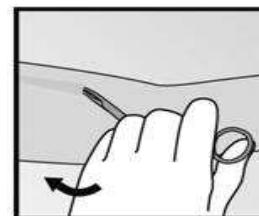


Figure 16

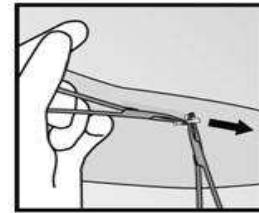


Figure 17

Vérifiez que la totalité du bâtonnet, qui mesure 4 cm de long, a été retiré en le mesurant.

Si la femme souhaite continuer à utiliser Nexplanon, un nouvel implant peut être inséré immédiatement après le retrait du précédent implant en utilisant la même incision.

Après avoir retiré l'implant, fermez l'incision avec une suture cutanée adhésive et appliquez un pansement adhésif.

Appliquez une compresse stérile avec un bandage compressif pour minimiser le risque d'écchymose. La patiente peut retirer le bandage compressif au bout de 24 heures et le petit pansement au bout de 3 à 5 jours

1.5 LE MEDECIN GENERALISTE FACE A LA GYNECOLOGIE MEDICALE

Selon le C.N.G.O.F, les spécialistes de la gynécologie obstétrique n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les prescriptions de contraception, les examens systématiques et de dépistage, les traitements les plus courants ni pour le traitement hormonal de la ménopause [32]. Traditionnellement, le médecin généraliste est le médecin de famille, 1^{er} consulté par les patients, quels que soient leur âge et leurs pathologies. Sa prise en charge est globale : il s'occupe non seulement des pathologies aigues et chroniques mais joue également un rôle important dans le dépistage et la prévention.

Son champ d'action large et pluridisciplinaire lui confère une place légitime dans le suivi gynécologique des femmes. C'est ainsi qu'une femme consulte en moyenne 3,6 fois par an un médecin généraliste pour des questions gynécologiques [33].

La prise en compte des aspects médicaux / familiaux / psychologiques / économiques des couples permet aux prescripteurs d'apporter à la patiente une information claire et adaptée à son cas. Cette information appelée « counseling » est essentielle dans le domaine de la contraception car de cela dépend l'opinion de la femme, le choix de sa contraception et aussi le pouvoir non négligeable de diffusion de l'information retenue au sein de son propre entourage.

L'idée que se font les médecins généralistes de l'implant contraceptif hormonal influence en conséquence l'opinion de leurs patientes et leur pratique. Pour cette raison, nous avons choisi de nous intéresser aux pratiques des généralistes face à l'implant.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 TYPE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

Nous avons choisi de réaliser une étude descriptive par e-Questionnaire afin de recueillir les connaissances, les pratiques et les opinions de médecins généralistes en Sarthe, Maine et Loire et Mayenne quant à l'implant hormonal contraceptif.

Notre travail avait pour objectif principal d'analyser leurs pratiques de prescription, de pose et de retrait de l'implant.

Les objectifs secondaires étaient :

- Influence des caractéristiques socio démographiques sur ces habitudes ?
- Connaissances et réticences envers le NEXPLANON®?

Enfin, nous voulions connaître leur ressenti quant à leur formation sur le geste de pose et retrait de l'implant contraceptif afin de dégager d'éventuelles perspectives d'amélioration de la pratique.

2.2 POPULATION ETUDIEE ET MODE DE RECRUTEMENT

Un questionnaire en ligne a été envoyé à 195 médecins généralistes de 3 départements rattachés à la Faculté de médecine d'Angers : la Sarthe, le Maine et Loire et la Mayenne.

Ils ont été sélectionnés par tirage au sort via le logiciel Hasard, à partir des listes établies par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (C.P.A.M) de chaque département.

Un nombre identique de médecins a été sélectionné dans chaque département, 65 pour chacun.

Ont été exclus de l'enquête les médecins à orientation particulière quand celle-ci était précisée.

2.3 DEROULEMENT DE L'ENQUÊTE

Un questionnaire manuscrit avait été testé auprès de trois médecins maîtres de stage universitaire. Ils n'ont pas été intégrés dans l'étude mais ont permis quelques modifications pertinentes rendant le questionnaire plus facilement compréhensible et abordable.

Le choix d'un questionnaire en ligne a été fait pour permettre aux médecins généralistes d'y répondre rapidement. Ce questionnaire était anonyme.

Les questionnaires ont été envoyés à partir du 2 Janvier 2012, avec réponse attendue jusqu'au 29 Février 2012. Une relance a été effectuée le 1^{er} Mars 2012, avec un délai de réponse accordé jusqu'au 15 Mars 2012. Les réponses reçues après cette date n'ont pas été prises en compte dans l'analyse de nos résultats.

Chaque e-Questionnaire était accompagné d'un mail explicatif présentant notre travail et son déroulement [Annexe n°1].

2.4 QUESTIONNAIRE

Le questionnaire était composé de 23 questions à réponses fermées et 28 à réponses ouvertes.

Il se divisait en trois parties :

- 1- Données socio-démographiques personnelles et professionnelles
- 2- Évaluation globale de l'activité de gynécologie médicale
- 3- Analyse des pratiques concernant le NEXPLANON®

2.5 SAISIE DES QUESTIONNAIRES ET ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES

La saisie des questionnaires a été réalisée à l'aide de Google Docs et l'analyse des données informatiques avec les logiciels GOOGLE DOCS, MICROSOFT OFFICE EXCEL 2007, EPIINFO version 7 et le site en ligne BIOSTATGV.

L'analyse descriptive des données a été suivie d'une analyse bivariée comparant les médecins prescripteurs aux non prescripteurs de l'implant hormonal contraceptif, puis les médecins poseurs aux non poseurs.

L'analyse statistique a utilisé le test du Chi-Deux pour les comparaisons de variables qualitatives: le risque alpha a été choisi égal à 5% et un degré de liberté égal à 1. Le test de Student a été utilisé pour les comparaisons de moyennes. Les résultats sont présentés sous forme de moyennes pour les variables quantitatives et sous forme de pourcentages pour les variables qualitatives.

3. RESULTATS

3.1 PARTICIPATION A L'ETUDE

Sur les 195 questionnaires envoyés, 136 réponses ont été reçues dans les délais impartis soit un taux de participation de 69.74 %. A noter qu'aucun mail n'a été reçu pour une demande d'information ou autre explication éventuelle.

3.2 DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

3.2.1 PROFIL DES MEDECINS GENERALISTES

Les âges de notre échantillon étaient répartis entre 28 et 68 ans avec un sexe ratio (hommes/femmes) de 1.23. Le plus jeune s'était installé en 2012, le plus ancien en 1971, soit 41 ans de différence.

Tableau I : Répartition du genre, des moyennes d'âges et de l'ancienneté d'exercice

	Nombre	Moyenne d'âge (ans)	Moyenne de la durée d'installation (ans)
Hommes	75 (55%)	52	25
Femmes	61 (45%)	45	16
Total	136 (100%)	49	21

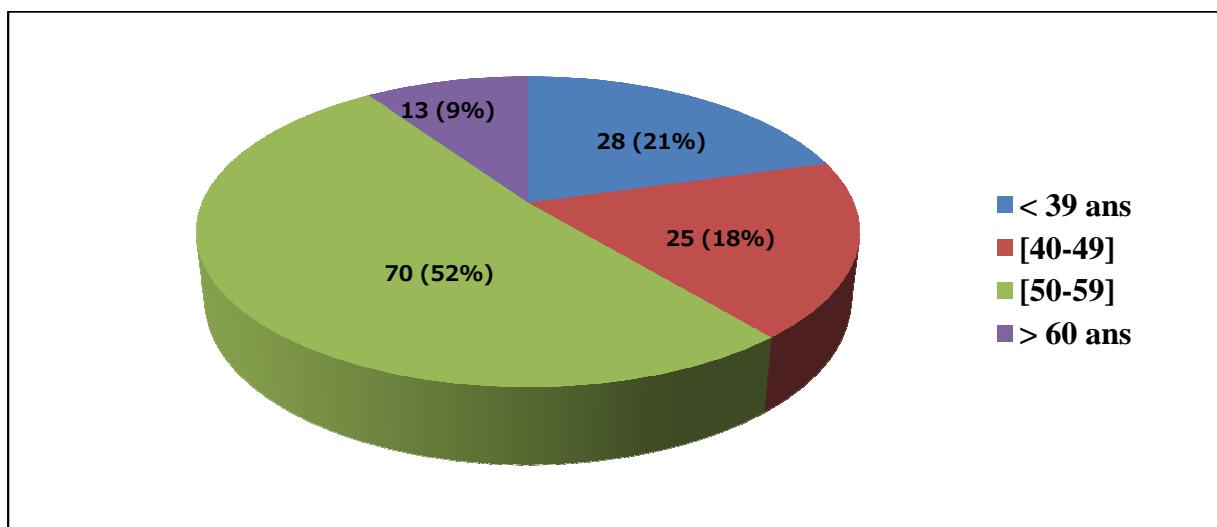


Figure 18 : Répartition des médecins selon leur âge

3.2.2 LIEU ET MODE D'EXERCICE

Une majorité exerçait en association avec un ou plusieurs confrères généralistes.

Tableau II : Mode d'exercice des médecins généralistes

	Nombre	Seul	En association avec autre(s) Médecin(s) Généraliste(s)
Hommes	75	22 (17%)	53 (39%)
Femmes	61	13 (9%)	48 (35%)
Total	136	35 (26%)	101 (74%)

Leur mode d'exercice était avant tout rural (40%).

32% exerçaient une activité semi-rurale, et 28% une activité urbaine.

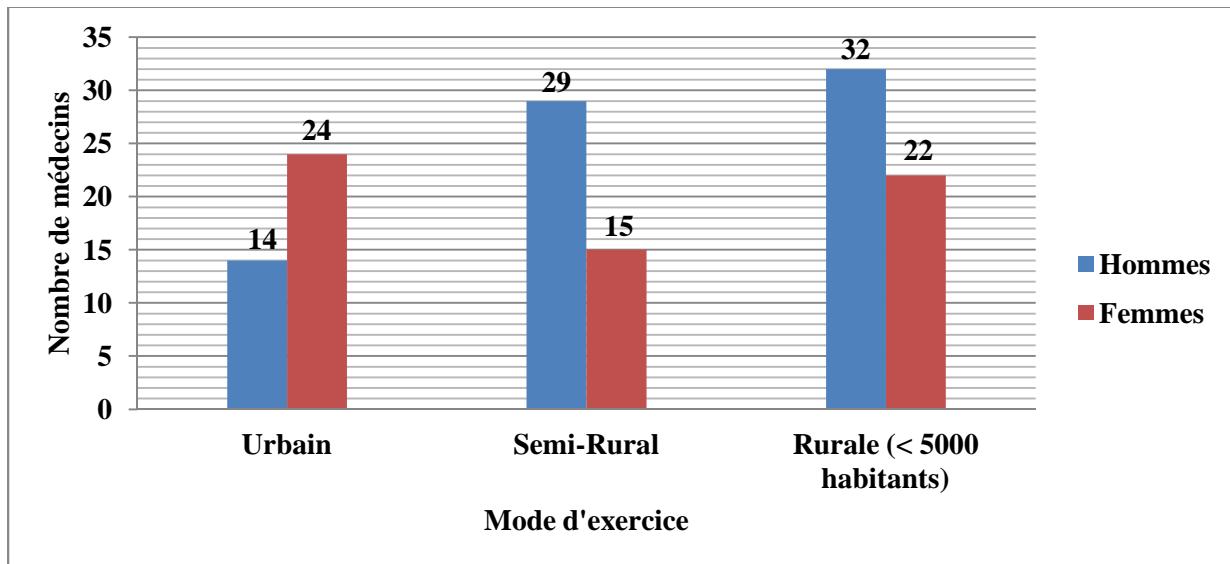


Figure 19 : Mode d'exercice des médecins selon le sexe

3.2.3 PRATIQUE D'UNE ACTIVITE ANNEXE A LA MEDECINE GENERALE

45 médecins (33%) exerçaient une activité annexe à la médecine générale. Le temps hebdomadaire qui y était consacré n'a pu être inclus, seuls 8 médecins ayant répondu à cette question.

Tableau III : Activités annexes

Activités annexes	Nombre de médecins
Acupuncture	2
Homéopathie	2
Enseignement au département de médecine générale	4
Régulation médicale au Service médical d'accueil des urgences	2
Coordinateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	6
Maison d'accueil spécialisée	2
Centre de planification familiale	7
Vacations hospitalières	5
Médecin Pompier	2
Sexologie	1
HTSMA ou hypnose, stratégies thérapeutiques et mouvements alternatifs	2
Médecin à la protection maternelle infantile	4
Ostéopathie	1
Médecin membre de médecins sans frontière	1
Médecin du sport	3
Médecine préventive	2
Médecin membre du Conseil départemental de l'ordre des médecins	1

3.3 ACTIVITE MOYENNE, ACTES DE GYNECOLOGIE ET DE CONTRACEPTION

3.3.1 ACTIVITE MOYENNE

3.3.1.1 SELON LE SEXE

Les médecins réalisaient en moyenne 111 consultations de médecine générale par semaine (valeurs extrêmes 30 et 230). Le nombre moyen de consultations hebdomadaires de gynécologie représentait environ 16.5 % de l'activité médicale globale des femmes et 9 % des hommes ; et les actes de gynécologie 7% pour les femmes et environ 2.5% chez les hommes.

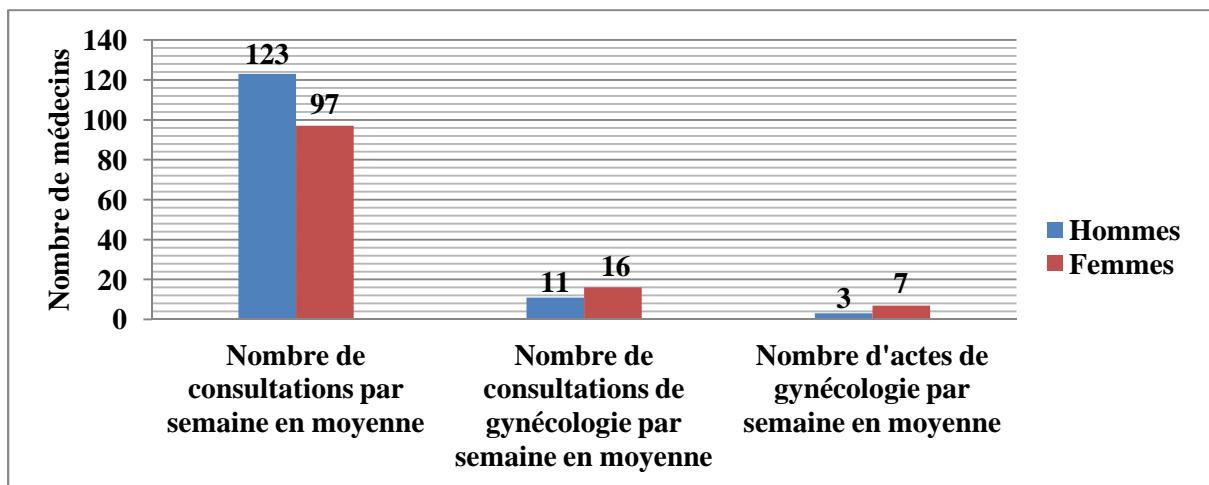


Figure 20 : Activité moyenne des médecins généralistes interrogés selon le sexe

3.3.1.2 SELON LE MILIEU D'EXERCICE

Les médecins en milieu rural et semi-rural faisaient 10% de consultations de gynécologie et 3% d'actes gynécologiques, les médecins citadins 14% de consultations de gynécologie et 7% d'actes gynécologiques.

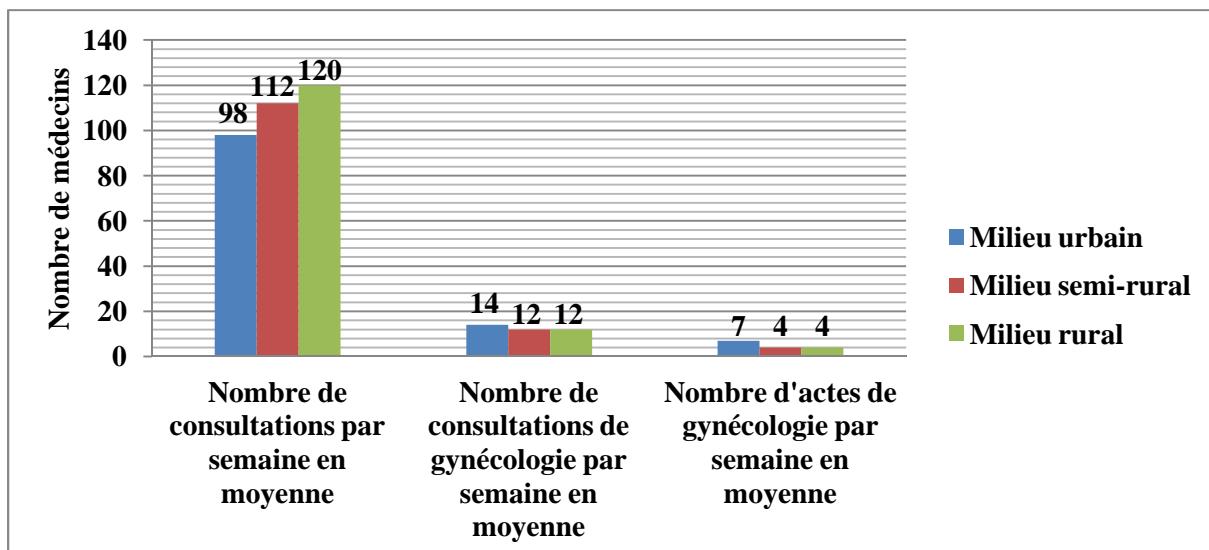


Figure 21 : Activité moyenne des médecins généralistes selon le milieu d'exercice

3.3.1.3 SELON LA DISTANCE AVEC LE GYNECOLOGUE LE PLUS PROCHE

La majorité des médecins se situait à proximité d'un confrère gynécologue.

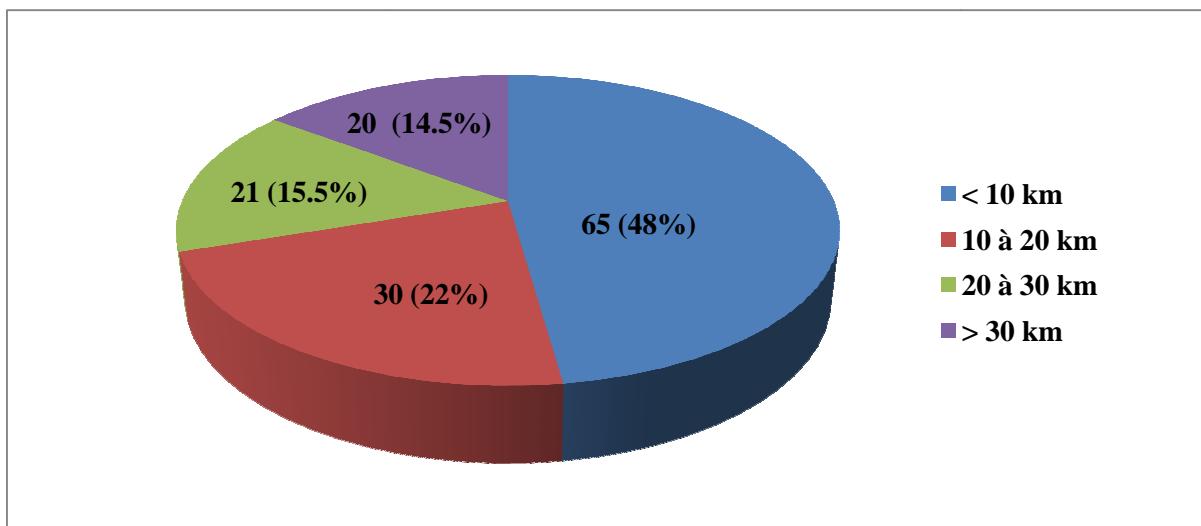


Figure 22 : Répartition des médecins interrogés selon distance du gynécologue le plus proche de leur cabinet

Il n'y avait pas de différence significative dans la part d'activité de gynécologie des médecins généralistes selon la distance qui les séparent d'un gynécologue.

3.3.2 ACTIVITE CONTRACEPTION

99% des médecins (135) déclaraient avoir une activité contraception.

Tableau IV : La prescription des divers moyens contraceptifs par les médecins généralistes selon le sexe

	Global				Hommes				Femmes			
	Oui		Non		Oui		Non		Oui		Non	
Instaure la pilule	134	98.5%	2	1.5%	73	97.5%	2	2.5%	61	100%	0	0
Renouvelle la pilule	135	99%	1	1%	74	98.5%	1	1.5%	61	100%	0	0
Instaure les DIU	62	45.5%	74	54.5%	39	52%	36	48%	23	38%	38	62%
Renouvelle les DIU	86	63 %	50	37%	46	61%	29	39%	40	65.5%	21	34.5%
Instaure l'implant contraceptif	74	54.5%	62	45.5%	44	58.5%	31	41.5%	30	49%	31	51%
Renouvelle l'implant contraceptif	84	62%	52	38%	45	60%	30	40%	39	64%	22	36%
Instaure l'anneau contraceptif	59	43%	77	57%	37	49%	38	51%	22	36%	39	64%
Renouvelle l'anneau contraceptif	81	59.5%	55	40.5%	49	65%	26	35%	32	52.5%	29	47.5%
Instaure le patch contraceptif	49	36%	87	64%	32	42.5%	43	57.5%	17	28%	44	72%
Renouvelle le patch contraceptif	66	48.5%	70	51.5%	41	54.5%	34	45.5%	25	41%	36	59%
Total	136				75				61			

Quasiment tous instauraient et renouvelaient la pilule sans différence significative entre les deux sexes. Les groupes hommes ou femmes étaient comparables dans leurs prescriptions (pilule, DIU, implant progestatif et patch contraceptif).

3.4 ANALYSE DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES

3.4.1 PRESCRIPTION DE L'IMPLANT HORMONAL CONTRACEPTIF

54.5% des médecins déclaraient prescrire l'implant contraceptif dont 4 femmes pour 6 hommes. En moyenne était prescrit 0.95 NEXPLANON® par mois selon leurs estimations (valeurs extrêmes : 0-6). 46.5% des hommes prescrivaient moins de 2 implants contraceptifs par mois, contre 33% des femmes.

3.4.2 ETAT DES CONNAISSANCES

A la question : «Pouvez-vous citer selon les recommandations actuelles (ANAES 2004) les contre-indications à la pose du NEXPLANON® ? »

Moins de la moitié des médecins généralistes a répondu à cette question.

Tableau Va : Contre-indications à la pose de l'implant contraceptif selon l'ANAES 2004 citées par les médecins généralistes

Items cités	Nombre de médecins ayant répondu
Accident Thromboembolique veineux évolutif ou ancien	59 (43%)
Tumeur maligne, connue ou suspectée, progestogène-dépendante	42 (31%)
Présence ou antécédent de tumeur du foie bénigne ou maligne	23 (17%)
Présence ou antécédent d'affection hépatique sévère tant que les paramètres de la fonction hépatique ne se sont pas normalisés	23 (17%)
Hémorragies génitales non diagnostiquées	20 (15%)
Grossesse connue ou suspectée	19 (14%)
Hypersensibilité à l'étonogestrel ou à l'un des excipients du NEXPLANON	14 (10%)

Certaines réponses ne figurant pas dans les recommandations de l'ANAES 2004 ont été citées :

Hypertension artérielle non contrôlée (2 réponses), valvulopathie (2 réponses), tabagisme actif (2 réponses), antécédent de grossesse extra-utérine (2 réponses), obésité (2 réponses)

A la question : «Pouvez-vous citer les interactions médicamenteuses pouvant diminuer l'efficacité du NEXPLANON® ? »

Un tiers des médecins interrogés (46) a répondu à cette question.

Tableau Vb : Interactions médicamenteuses pouvant diminuer l'efficacité de l'implant contraceptif citées par les médecins généralistes

Items cités	Nombre de médecins ayant répondu
Certains anti-épileptiques (primidone, phénytoïne, barbituriques, carbamazépine, oxcarbazépine, topiramate, felbamate...)	39 (29%)
Certains anti-VIH (ritonavir, nelfinavir, névirapine, éfavirenz)	28 (20%)
Certains anti-tuberculeux (Rifampicine...)	25 (18%)
Certains antifongiques (griséofulvine, Kétoconazole...)	11 (8%)
Produits phytothérapeutiques contenant du millepertuis	10 (7%)

Certaines réponses ne figurant pas dans les recommandations de l'ANAES 2004 ont été citées : certains antibiotiques (2 réponses), les anti-inflammatoires non stéroïdiens (1 réponse).

A la question : «Pouvez-vous citer les principaux effets indésirables du NEXPLANON® ?»

71% des médecins ont répondu à cette question. La majorité a cité les spotting et mètrorragies comme principal effet indésirable.

Tableau VI : Principaux effets indésirables de l'implant contraceptif cités par les médecins généralistes

Effets indésirables cités	Nombre de médecins ayant répondu
Mètrorragies, spotting	97 (71%)
Prise de poids	70 (51%)
Aménorrhée	48 (35%)
Acnée	45 (33%)
Mastodynies	20 (15%)
Céphalées	18 (13%)
Troubles de l'humeur	8 (6%)
Hirsutisme	4 (3%)
Infections vaginales	4 (3%)
Alopécie	2 (1.5%)

A la question : «Quelle conduite adoptez-vous lors de mètrorragies prolongées ou abondantes inhabituelles après insertion du NEXPLANON® »

70% des médecins ont répondu à cette question.

Tableau VII : Conduites adoptées lors de mètrorragies prolongées ou abondantes inhabituelles après insertion du NEXPLANON® cités par les médecins généralistes

Conduites adoptées citées	Nombre de médecins ayant répondu
Retrait effectué après 3 Mois	51 (38%)
Retrait immédiat	31 (23%)
Réalisation d'une échographie pelvienne	21 (15%)
Traitements d'essai par Ponstyl + Exacyl	17 (13%)
Avis gynécologique	8 (6%)
Examen gynécologique	6 (4%)
Test de grossesse sanguin	5 (3.5%)
Traitements d'essai homéopathique	2 (1.5%)
Recherche d'interactions médicamenteuses éventuelles	1 (1%)

Aucune différence significative n'a été établie pour ces 4 questions entre les différents groupes de médecins (sexe, âge, milieu d'exercice).

3.4.3 POSE DE L'IMPLANT HORMONAL CONTRACEPTIF

58% des médecins posaient des implants contraceptifs, en moyenne 0.92 par mois (valeurs extrêmes : Moins de 1-4).

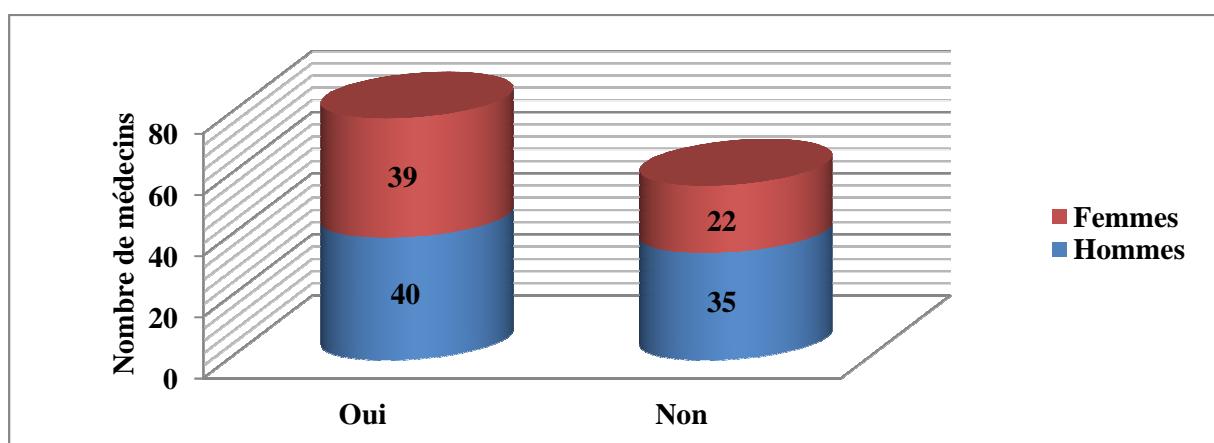


Figure 23 : Nombre de médecins généralistes posant l'implant contraceptif selon leur sexe

Parmi les 42% de médecins ne posant pas d'implants, un quart justifiait ce refus par le fait qu'une attestation de formation était demandée de la part de leur assureur.

Tableau VIII : Motivations des médecins généralistes pour ne pas poser le NEXPLANON®

Justifications citées	Nombre de médecins ne le posant pas ayant répondu
Demande d'attestation de formation de la part de votre assureur	14 (25%)
Inquiétudes et réticences à la pose et/ou au retrait	13 (23%)
Absence de formation	11 (19%)
Mauvaise opinion de ce moyen contraceptif	11 (19%)
Pas de demande de la patientèle	4 (7%)
Surcoût de l'assurance responsabilité civile professionnelle	2 (3%)
Patientes âgées de moins de 18 ans	2 (3%)
Patientes âgées de plus de 40 ans	2 (3%)

59% rencontraient des réticences de la part de leurs patientes vis-à-vis de l'implant hormonal contraceptif.

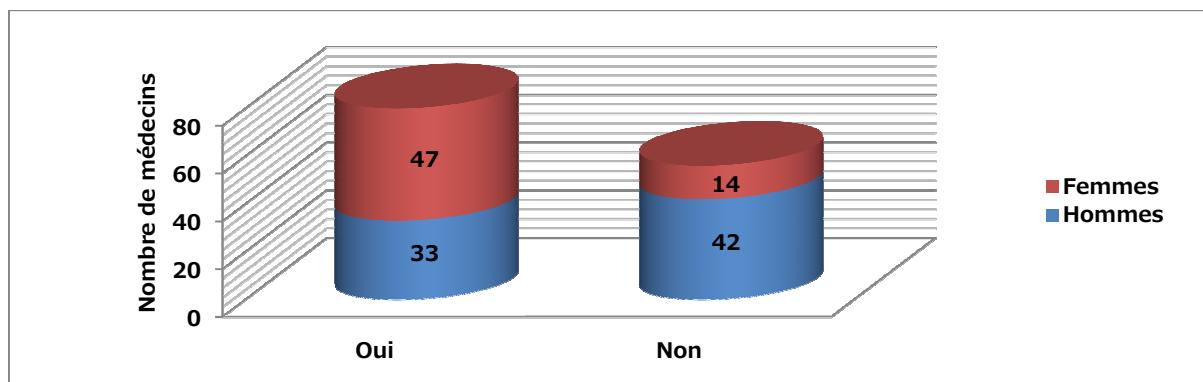


Figure 24 : Nombre de médecins généralistes rencontrant des réticences de la part de leurs patientes vis-à-vis de l'implant hormonal contraceptif

Ces réticences étaient variées :

Tableau IX : Réticences de la part des patientes citées par les médecins généralistes concernant le NEXPLANON®

Réticences citées	Nombre de médecins ayant répondu
Peur du risque de prise de poids	49 (61%)
Peur d'un corps étranger	44 (55%)
Peur du risque de mètrorragies	44 (55%)
Peur du geste de pose	35 (44%)
Peur du geste de retrait	25 (31%)
Peur de l'aménorrhée	24 (30%)
Rapport aux compétences du médecin généraliste dans ce domaine	2 (2.5%)
Mauvaise opinion de ce moyen contraceptif	2 (2.5%)

3.4.4 ANALYSE DES PRATIQUES DE POSE DU NEXPLANON

A la question : «Où avez-vous appris à poser le NEXPLANON® ? »

Tableau X : Moyens d'apprentissage de la pose de l'implant hormonal suivis par les 79 médecins généralistes poseurs du NEXPLANON®

Moyens d'apprentissage cités	Nombre de médecins poseurs de NEXPLANON® concernés
En formation médicale continue	24 (30%)
Stage hospitalier	20 (25%)
Au cabinet médical par un visiteur médical	16 (21%)
Seul avec vidéos	8 (10%)
Par un Confrère médecin généraliste	7 (9%)
Seul avec brochures	4 (5%)

A la question : «Posez-vous tous les NEXPLANON® que vous prescrivez ? »

81% des prescripteurs posaient eux-mêmes l'implant, les autres orientaient leurs patientes vers un collègue.

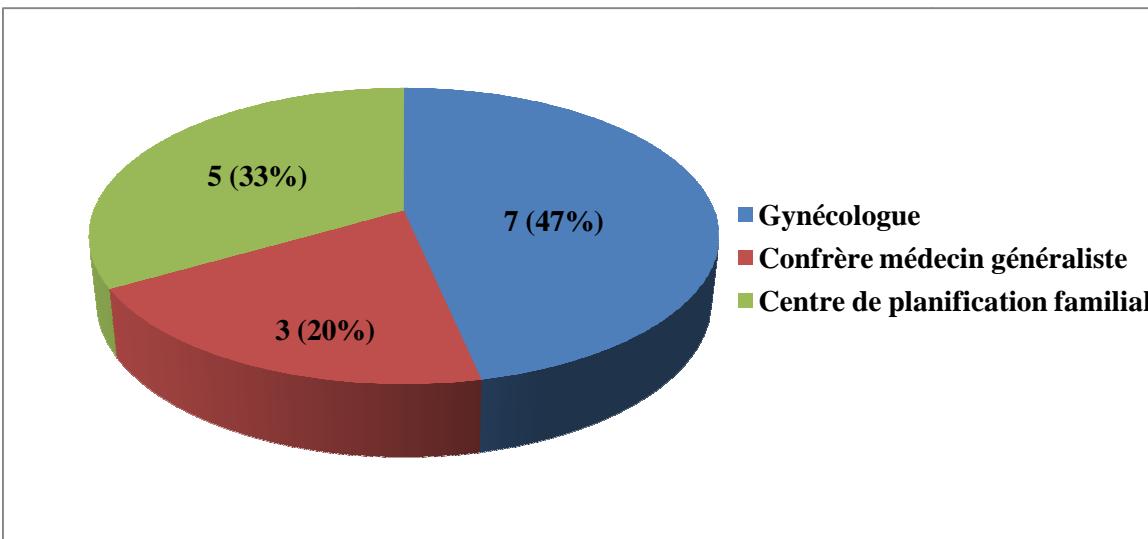


Figure 25 : Orientation des patientes par les 15 médecins généralistes interrogés qui ne posent pas eux-mêmes l'implant contraceptif

Parmi ceux qui posaient le NEXPLANON®, 7 rencontraient des difficultés dans la pratique du geste, principalement dans la manipulation de l'inserteur.

Tableau XI : Difficultés rencontrées concernant la pose du NEXPLANON®

Difficultés citées	Nombre de médecins concernés rencontrant des difficultés
Manipulation de l'inserteur	4 (57%)
Pose en profondeur	3 (43%)
Le temps de pose	1 (14%)

A la question : « Posez-vous plus d'implant hormonal contraceptif depuis la nouvelle technique d'insertion ? »

24% répondait par l'affirmative.

A la question : « Comment cotez-vous la pose du NEXPLANON® ? »

66% cotaient une consultation à 23€, plutôt que d'appliquer la cotation en vigueur QZLA004 à 17.99€. A noter que 2 médecins utilisaient la cotation d'un dispositif intra-utérin.

Tableau XII : Cotations de la pose pratiquées par les 79 médecins généralistes poseurs

Cotations citées	Nombre de médecins poseurs de NEXPLANON® concernés
Consultation : C = 23€	52 (66%)
Ablation ou changement d'implant sous-cutané : QZGA002 = 41.80€	24 (30%)
Pose d'un dispositif intra-utérin : JKLD001 = 38.40€	2 (3%)
Pose d'implant contraceptif sous-cutané : QZLA004 = 17.99€	1 (1%)

3.4.5 ANALYSE DES PRATIQUES DE RETRAIT DU NEXPLANON

87% des médecins poseurs d'implants le retiraient également. Ceux qui ne les retiraient pas avançaient différentes raisons.

Tableau XIII : Justifications citées par les 10 médecins généralistes concernés

Justifications citées	Nombre de médecins ne le retirant pas ayant répondu
Inquiétudes et réticences à la technique du retrait	4 (40%)
Pas de demande de la patientèle	3 (30%)
Avis spécialisé demandé pour le retrait	2 (20%)
Absence de formation	1 (10%)

Ils orientaient alors leurs patientes vers un collègue.

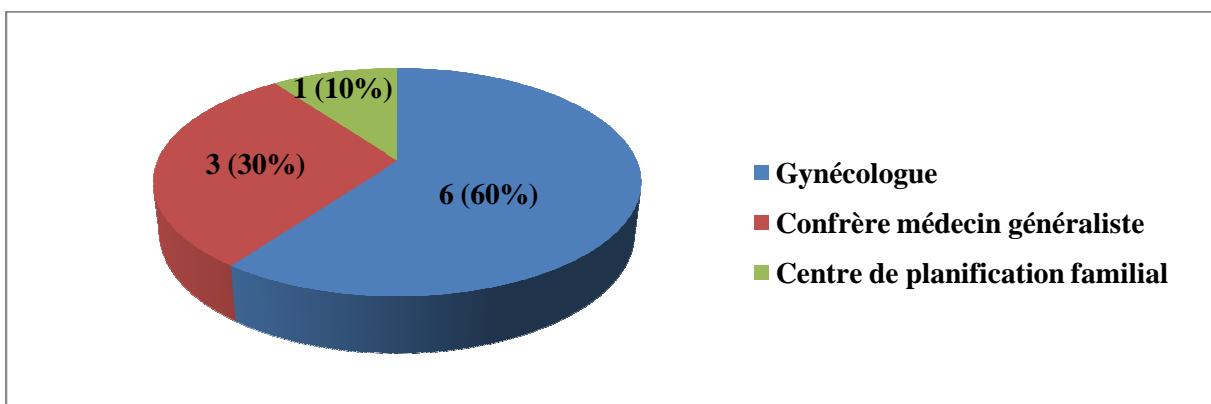


Figure 26 : Orientation des patientes par les 10 médecins généralistes qui ne retirent pas eux-mêmes l'implant contraceptif

Ainsi, les médecins retiraient en moyenne 0.75 implant par mois (valeurs extrêmes : Moins de 1-3).

52% rencontraient des difficultés lors de son retrait. Pour la plupart, la difficulté était de repérer l'implant dans le bras de la patiente.

Tableau XIV : Difficultés rencontrées citées par les médecins généralistes concernant le retrait du NEXPLANON®

Difficultés citées	Nombre de médecins concernés rencontrant des difficultés
Repérage difficile car migration en profondeur de l'implant	15 (42%)
Préhension de l'implant difficile car celui-ci glisse	10 (28%)
Fibrose entourant l'implant	8 (22%)
Nécessité d'une tierce personne	7 (19%)
Durée du geste	4 (11%)
Saignement important	1 (3%)

Aux questions : «Comment cotez-vous le retrait du NEXPLANON® ? » et «Comment cotez-vous le changement du NEXPLANON® ? »

La majorité appliquait la cotation QZGA002 à 41.80€

Tableau XV : Cotations du retrait / changement NEXPLANON®

Cotations citées	Nombre de médecins concernés
Ablation ou changement d'implant sous-cutané : QZGA002 = 41.80€	56 (81%)
Consultation : C = 23€	13 (19%)

3.4.6 LES MODALITES DE POSE ET DE RETRAIT DE L'IMPLANT CONTRACEPTIF

A la question : «Quel type d'anesthésie utilisez-vous pour l'insertion ?»

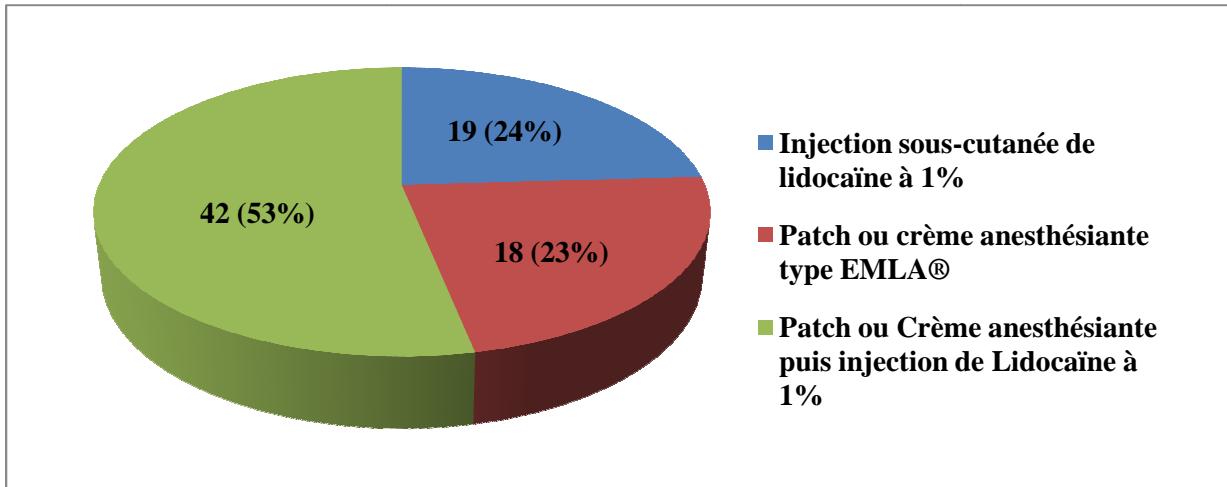


Figure 27 : Modalités d'anesthésie locale pratiquées par les 79 médecins généralistes concernés lors de l'insertion du NEXPLANON®

A la question : «Quel type d'anesthésie utilisez-vous pour le retrait ?»

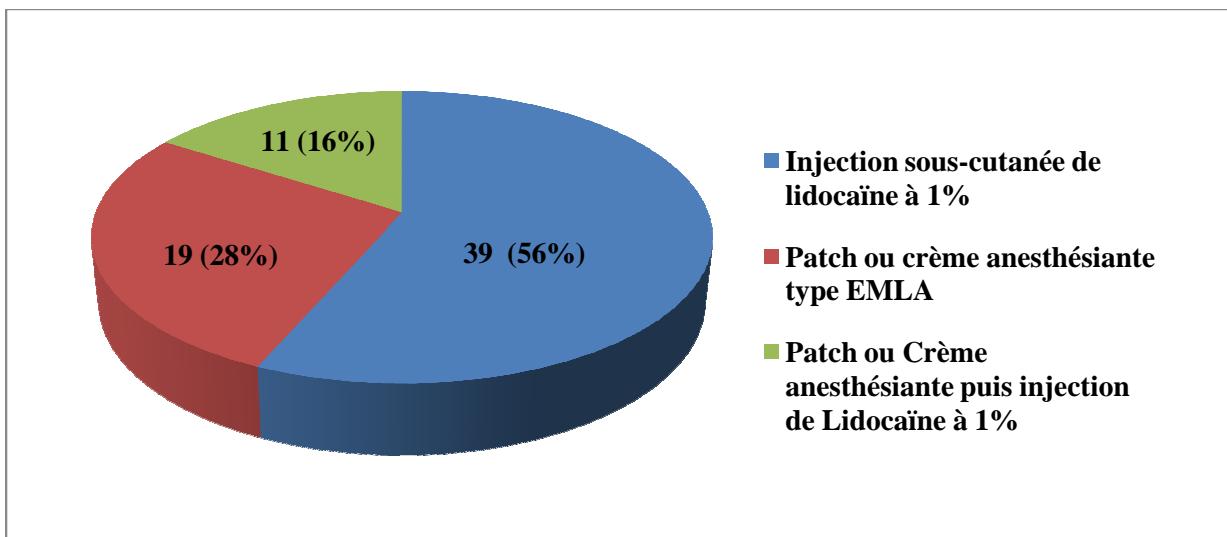


Figure 28 : Modalités d'anesthésie locale pratiquées par les 69 médecins généralistes concernés lors du retrait du NEXPLANON®

A la question : «Fournissez-vous le matériel (anesthésiant, bandage...) lors de la pose et/ou retrait du NEXPLANON® ? »

La majorité des médecins fournissaient tout le matériel nécessaire à savoir : désinfectant local, compresses, flacons de Lidocaïne à 1%, pansements, bandages, aiguilles, seringues, fils de sutures, Stéristrips®, bistouris et gants stériles. Aucun ne fournissait le patch et la crème EMLA®.

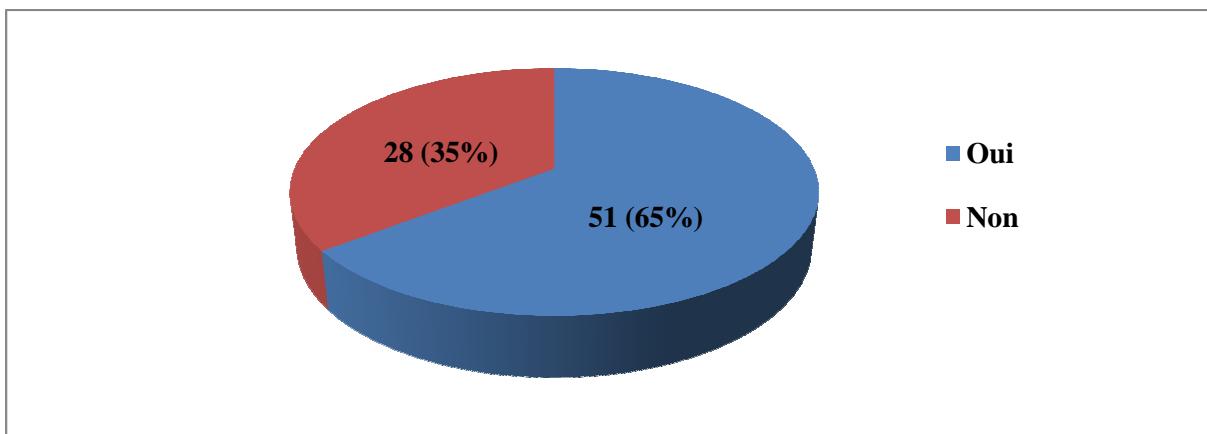


Figure 29 : Procuration du matériel nécessaire lors de la pose et/ou retrait de l'implant contraceptif par les médecins généralistes eux-mêmes

3.4.7 POSE DU DISPOSITIF INTRA-UTERIN

L'étude portant sur l'activité gynécologique des médecins généralistes, ils ont également été interrogés succinctement sur les DIU :

53% des médecins posaient des DIU.

Parmi les 47% n'en posant pas, la majorité justifiait ce refus par un manque d'expérience et de formation

Tableau XVI : Motivations des médecins généralistes pour ne pas poser le D.I.U

Justifications citées	Nombre de médecins ne le posant pas ayant répondu
Le manque d'expérience ou de formation	29 (45%)
Inquiétudes et réticences à la pose et/ou au retrait	10 (16%)
Pas de demande de la patientèle	7 (11%)
Nécessité d'avoir du matériel de réanimation médical dans le cabinet	4 (6%)
Mauvaise opinion de ce moyen contraceptif	4 (6%)
Surcoût de l'assurance responsabilité civile professionnelle	3 (5%)
Question morale (traitement abortif)	2 (3%)

3.5 OPINION DES MEDECINS SUR LEUR FORMATION

A la question : «Estimez-vous avoir reçu une bonne formation concernant l'information à délivrer sur le NEXPLANON®, sa pose et son retrait ? »

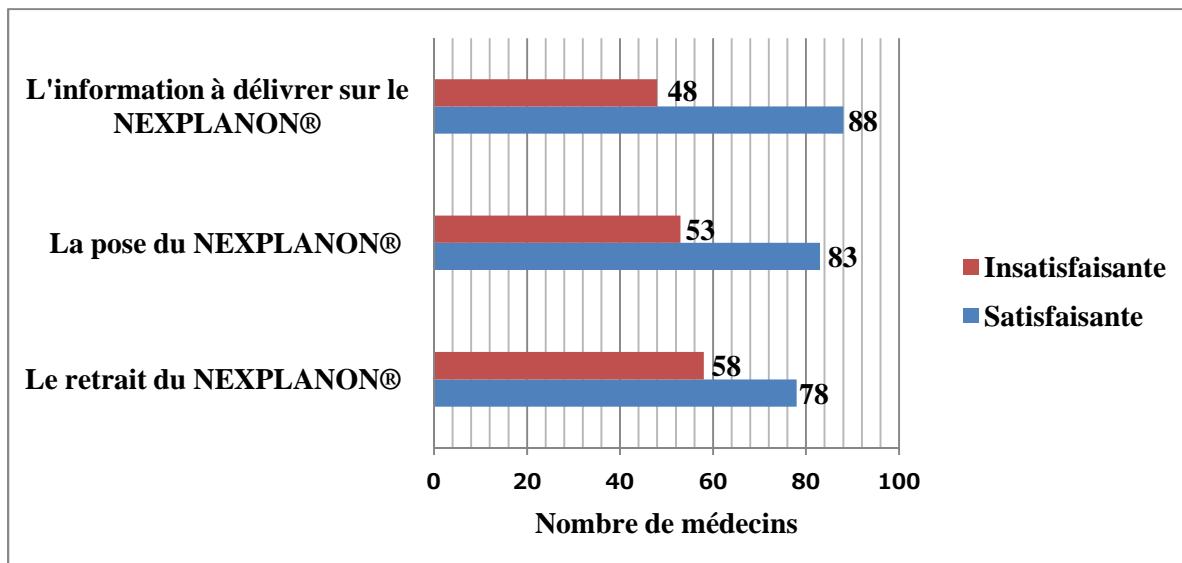


Figure 30 : Satisfaction de la formation sur:

A la question : «Si vous estimez ne pas avoir reçu une bonne formation, aimeriez-vous avoir un complément de formation? »

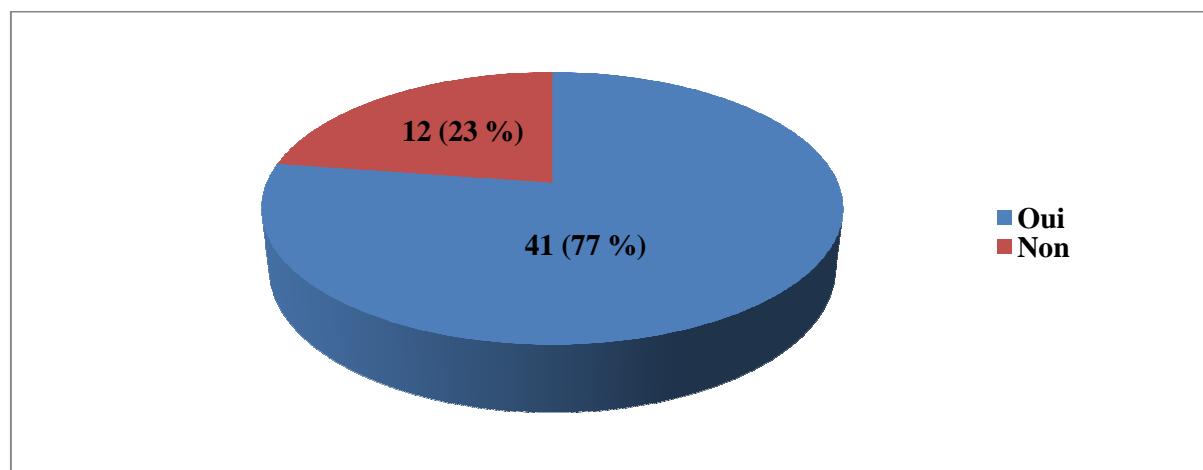


Figure 31 : Complément de formation à la connaissance, à la pratique du geste de pose et retrait de l'implant hormonal contraceptif souhaité parmi les 53 médecins concernés

La plupart le souhaitait, et préférait une formation donnée par un gynécologue.

Tableau XVII : Souhaits de formateurs des 41 médecins généralistes demandeurs de complément de formation concernant NEXPLANON®

Personnes citées	Nombre de médecins concernés ayant répondu
Par un gynécologue	30 (73%)
Par un confrère médecin généraliste	9 (22%)
Par un visiteur médical du laboratoire concerné	2 (5%)

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les différents groupes de médecins généralistes (sexe, âge et milieu d'exercice) à ces 3 questions posées.

4. DISCUSSION

4.1 QUALITES ET LIMITES DE L'ETUDE

Cette étude observationnelle a été menée auprès de 195 médecins généralistes de 3 départements rattachés à la Faculté de médecine d'Angers et sélectionnés par tirage au sort à partir des listes établies par la C.P.A.M. Un nombre identique de médecins par département a été choisi, ce qui n'est pas représentatif de la proportion de médecins par département pouvant constituer un biais de sélection. Un nombre de médecins proportionnel au nombre de médecins de chaque département n'aurait-il pas dû être choisi afin d'améliorer la comparabilité ?

La méthode d'enquête choisie par E-questionnaire était adaptée car peu contraignante et respectant l'anonymat des médecins. Nous avons pu ainsi analyser les pratiques d'un nombre important de médecins généralistes concernant le NEXPLANON®, utiliser des tests statistiques pour comparer les groupes entre eux et pouvoir ensuite généraliser les résultats. Les réponses obtenues nous ont permis de répondre à l'ensemble des questions posées par nos objectifs principal et secondaires.

Nous avons obtenu un taux de réponse de 69.74 % pouvant être considéré comme satisfaisant car nous sommes arrivés à une saturation des données. D'autres thèses ayant eu pour objet d'étude les pratiques de médecins généralistes en gynécologie médicale ont obtenu des taux de réponse allant de 42,5% à 57% [34][35][36].

Nous avons privilégié des questions fermées afin de faciliter les réponses et leur analyse. Bien que testées préalablement, certaines questions quantitatives ont pu poser problème notamment l'estimation du nombre de consultations de gynécologie et d'actes (Frottis, PV, Implant, DIU...) en moyenne par semaine et le nombre de NEXPLANON® posé et retiré en moyenne par mois. En effet, ces questions engendraient une estimation relativement difficile de la part des médecins. Il aurait été préférable de proposer plusieurs fourchettes d'estimations.

De même, l'interprétation des questions à réponses libres était délicate du fait de réponses très concises, souvent en quelques mots. Il est possible que certains médecins interrogés n'aient pas compris certaines questions. Devant ce biais de mesure, il aurait été préférable de réaliser une étude qualitative avec entretiens semi-dirigés ; mieux appropriée pour l'étude des opinions, des comportements et des pratiques des individus ; bien que le discours recueilli lors de ces entretiens ne constitue pas une base légitime de connaissances des pratiques car il

existe un écart entre le discours d'un individu sur ses pratiques et la réalité des pratiques de tous.

Dans la plupart des études descriptives, les personnes qui acceptent de répondre aux questionnaires sont le plus souvent intéressées ou ont déjà des connaissances en rapport avec le domaine étudié. Les autres sont dès lors moins susceptibles de répondre aux sollicitations du thésard.

4.2 DISCUSSION DES DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

L'âge moyen de notre échantillon (49 ans) est proche de celui de la population générale des médecins généralistes au niveau national (50 ans) tout comme la proportion de femmes dans notre étude : 45% contre 42% au niveau national [37]. La sélection de l'échantillon a pu être effectuée en variation maximale d'âge, de sexe, de lieu et de mode d'exercice. Nous pouvons donc extrapoler les résultats obtenus.

4.3 DISCUSSION DE L'ACTIVITE MOYENNE, ACTES DE GYNECOLOGIE ET CONTRACEPTION

Le nombre moyen de consultations hebdomadaires de gynécologie représentait environ 16.5 % de l'activité médicale globale des femmes et 9 % des hommes ; les actes de gynécologie 7% pour les femmes et environ 2.5% chez les hommes. Cette différence statistiquement significative est aussi retrouvée dans d'autres thèses [38] [39]. La proximité ou non d'un gynécologue n'influençait pas l'activité de ces médecins dans notre étude et celle de DIAS S. [34].

Quasiment tous instauraient et renouvelaient la pilule sans différence significative entre les deux sexes. Les groupes hommes ou femmes étaient comparables dans leurs prescriptions (pilule, DIU, implant progestatif et patch contraceptif). Cela correspond à la situation décrite dans les différentes études nationales et autres thèses déjà publiées [34]. En effet, la pilule oestroprogesterative est le premier contraceptif prescrit en France. Cependant, une étude réalisée par l'INED montre que celle-ci commence à être moins prescrite. En 2010, 50 % des femmes de 15-49 ans concernées par la contraception utilisaient la pilule. La proportion d'utilisatrices a légèrement diminué (- 4.6%) depuis le début des années 2000, la baisse étant compensée par l'adoption de nouvelles méthodes hormonales de contraception (implant, patch contraceptif et anneau vaginal) [40].

4.4 DISCUSSION DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES

Moins de la moitié des médecins généralistes connaissaient les contre-indications à la pose du NEXPLANON® selon les recommandations actuelles (ANAES 2004) :

- Accident Thromboembolique veineux évolutif ou ancien
- Tumeur maligne, connue ou suspectée, progestogène-dépendante
- Présence ou antécédent de tumeur du foie bénigne ou maligne
- Présence ou antécédent d'affection hépatique sévère tant que les paramètres de la fonction hépatique ne se sont pas normalisés
- Grossesse connue ou suspectée
- Hypersensibilité à l'étonogestrel ou à l'un des excipients du NEXPLANON

Il en était de même pour les interactions médicamenteuses pouvant diminuer l'efficacité de celui-ci:

- Certains anti-épileptiques (primidone, phénytoïne, barbituriques, carbamazépine, oxcarbazépine, topiramate, felbamate...)
- Certains anti-VIH (ritonavir, nelfinavir, névirapine, éfavirenz)
- Certains anti-tuberculeux (Rifampicine...)
- Certains antifongiques (griséofulvine, Kétoconazole...)
- Produits phytothérapeutiques contenant du millepertuis

Il est vrai que ces deux questions étaient volontairement ouvertes pour éviter d'influencer les réponses et appelaient à une réflexion. Les médecins n'ont peut-être pas cité toutes les réponses qu'ils connaissaient.

Les médecins ne semblaient donc pas tous informés, or des cas de grossesses survenues sous implant contraceptif étaient dus à une interaction médicamenteuse. Les rares cas de grossesses observées (39 pour 100 000 implants vendus et 65 000 femmes-année) étaient attribués à des problèmes d'insertion (expulsions par exemple) (77%), un non-respect du moment de pose indiqué (10%) et à un échec du principe actif notamment en raison d'une probable interaction médicamenteuse (7.6%) [24].

En revanche, 71% des médecins de notre étude ont désigné les principaux effets indésirables du NEXPLANON® contre 81% dans l'étude de KIASSI I. [35] :

- Métrorragies, spotting
- Prise de poids
- Aménorrhée
- Acnée
- Mastodynies
- Céphalées
- Troubles de l'humeur
- Hirsutisme
- Alopécie

Les modifications du cycle (spotting et métrorragies) étaient les effets secondaires les plus rapportés. Ce problème de saignement est également retrouvé dans les enquêtes de suivi de cohortes de patientes sous implant progestatif [35] [46] [22]. Il s'agirait, d'ailleurs, du principal motif d'arrêt anticipé de ce moyen contraceptif selon certaines études (20 à 40% des cas) [47] à [52].

Parmi les conduites adoptées lors de métrorragies prolongées ou abondantes inhabituelles après insertion du NEXPLANON®, les médecins généralistes proposaient d'attendre un délai de 3 mois avant de le retirer (38% d'entre eux) ou tester une association médicamenteuse de courte durée par PONSTYL® et EXACYL® (13%). Il semble primordial d'informer les patientes de ces modifications du cycle avant la pose et des éventualités thérapeutiques pouvant être envisagées secondairement. Nous pouvons également leurs proposer de tenir un calendrier mensuel des spotting à visée informative pour le médecin. L'objectivation des saignements permet d'ailleurs souvent à la patiente une meilleure tolérance.

L'implant contraceptif souffre aussi de certaines représentations négatives qui peuvent en limiter la prescription. 19% d'entre eux avaient une mauvaise opinion de ce moyen contraceptif comme décrit dans d'autres thèses. 41% des médecins ont jugé avoir une préférence personnelle pour d'autres méthodes que l'implant dans le travail de Dessenne C. [55], cette part est relativement importante. Selon certains, le NEXPLANON® ne serait

qu'une alternative dans certaines situations particulières (contraception du post IVG, de la femme en difficulté, parfois même de la femme présentant des limitations intellectuelles...) [44] [45]. Un travail est donc nécessaire aussi dans l'information des médecins afin de changer cette vision et favoriser leur adhésion à ce moyen contraceptif.

Il est essentiel que lorsque le médecin aide la patiente à choisir sa contraception, il la guide mais de manière objective, sans laisser transparaître ses préférences.

Pour être bien acceptée et suivie, une méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie avec elle, en fonction de sa réalité quotidienne. Quel que soit l'âge, il n'y a pas une contraception valable pour toutes les femmes. Chacune est un cas unique selon ses antécédents médicaux, mais aussi sa situation affective, son mode de vie, son rapport au corps...

L'aide au choix peut s'inscrire dans une approche éducative ou dans une démarche de conseil et d'accompagnement appelé « counseling ». En pratique, le modèle BERCER de l'OMS propose un déroulement de la consultation et du suivi en 6 étapes : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour [Annexe n°2]. Chacune peut être plus ou moins approfondie selon la personne et selon les besoins du moment.

Il nous paraît intéressant de proposer un inventaire des informations importantes à délivrer aux femmes lors de la prescription du NEXPLANON®. L'information orale reste capitale mais un support d'information écrit nous semble être un atout supplémentaire. Dans cette optique, les médecins généralistes pourraient délivrer à leurs patientes une brochure explicative comme celle du Centre de Planification Flora Tristan du C.H.U d'Angers [Annexe n°3]. Tous ces documents et ces informations sont accessibles gratuitement sur internet, mais peut-être qu'une diffusion généralisée par les médecins aux patientes concernées par la contraception serait plus bénéfique. Le fait d'informer les femmes, aussi bien des avantages que des effets secondaires possibles, avant d'instaurer une contraception, pourraient augmenter l'acceptabilité et l'observance du traitement, et ainsi diminuer le nombre d'abandons précoces de la méthode contraceptive choisie.

54.5% des médecins déclaraient prescrire l'implant contraceptif. Ce chiffre est plutôt satisfaisant, au vu des résultats d'autres études : 35% à Rennes [41] [43], 45% en Vendée [36], 48.5% en Seine-Saint-Denis [35] et 46% dans une étude qualitative à Nantes [42]. Nous pouvons légitimement nous poser la question de cette différence. Est-elle due au changement

du dispositif d'insertion effectué en 2011 ? À l'évolution des mœurs ? À l'attrait de notre population étudiée pour la gynécologie médicale ?

Environ 58% des médecins interrogés posaient et retiraient les implants. Parmi les 42% de médecins ne posant pas d'implants, un quart justifiait ce refus par le fait qu'une attestation de formation était demandée de la part de leur assureur. Cette attestation est toute fois facile à se procurer via le portail numérique du laboratoire Schering-Plough. En effet, à l'issu de la formation via la plateforme numérique www.formation-sp.fr, le médecin reçoit par courriel les liens lui permettant de télécharger l'attestation de formation, le guide pratique reprenant l'ensemble des informations indispensables notamment le counseling, la pose, le retrait et la localisation ainsi qu'un remis destiné aux patientes.

25% déclaraient présenter une inquiétude quant au geste technique de pose et de retrait. Cette crainte ressentie a été mentionnée dans divers travaux [34] [36] [38] [42].

Certains médecins justifiaient de ne pas poser l'implant par un faible nombre de demandes des patientes, ce qui induirait une perte de pratique et d'expérience [42] [43].

4.5 DISCUSSION DE LA FORMATION DES MEDECINS

La majorité des médecins poseurs d'implant ont appris le geste lors d'une formation médicale continue.

Dans l'étude de ROYER L. [53], près de la moitié des étudiants en médecine effectuant leur SASPAS n'avait pas fait de stage de gynécologie. Son travail met en évidence une insuffisance de formation à la gynécologie médicale lors de ces stages ambulatoires.

Une thèse de 2012 propose une piste de réflexion intéressante : un exemple de référentiel permettant de bien définir les notions, compétences et autres gestes techniques qui devraient être acquis par les étudiants à la fin de ce type stage ambulatoire [54].

65% des médecins estimaient avoir reçu une bonne formation quant à l'information à délivrer sur le NEXPLANON® et à moindre mesure 61% à la pose et 57% au retrait de celui-ci.

77% des médecins insatisfaits initialement souhaitaient un complément de formation, pour la plupart auprès d'un gynécologue. Comparativement, ils sont 45% à vouloir apprendre le geste dans l'étude de KIASSI I. [35]

Nous avons montré qu'une part non négligeable de médecins n'est pas formée à l'implant et qu'une part importante de médecins juge sa formation insuffisante. Les principales limitations à la prescription de l'implant contraceptif sont les difficultés de retrait, le manque de formation et de connaissance du produit.

Au vu de ces résultats, il nous semble opportun de favoriser la formation des médecins si l'on souhaite promouvoir le NEXPLANON®. Un médecin formé posera aisément et convenablement l'implant et lorsque la pose est correcte le retrait s'effectue rapidement et sans difficultés.

Cette idée est retrouvée dans un rapport de l'HAS de 2013 sur l' «État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée».

Selon ce rapport, la formation initiale et continue des médecins insuffisante est un frein aux choix d'une contraception adaptée, responsable de la persistance de pratiques de prescriptions stéréotypées.

[56]. Ainsi en renforçant la formation des médecins, les principaux freins à sa prescription seraient voués à disparaître, les médecins prescrivant essentiellement ce qu'ils connaissent et maîtrisent.

5. CONCLUSION

Compte-tenu d'une modification annoncée de la démographie médicale en France, en particulier la baisse importante de l'effectif des gynécologues libéraux et la féminisation des médecins généralistes, ces derniers seront de plus en plus sollicités pour répondre aux demandes croissantes de leurs patientes sur les questions de gynécologie et plus particulièrement de contraception.

L'offre contraceptive en France est grande permettant à la femme ou au couple de choisir la méthode la mieux adaptée. Dans ce panel, l'implant contraceptif sous-cutané a fait naître l'espoir d'une contraception efficace car sans risque d'oubli.

Pourtant, seulement un peu plus de la moitié des médecins généralistes de notre étude le prescrivait et le posait. Le geste technique (en particulier le retrait) et les troubles du cycle fréquents (entraînant des retraits prématurés malgré le counseling recommandé et réalisé au préalable) sont les principales raisons exprimées par les médecins non poseurs. Cependant, l'implant est considéré comme un moyen de contraception séduisant du fait de son caractère peu contraignant, réversible, efficace et de longue durée d'action et ayant sa place dans le panel des contraceptions à proposer aux femmes au même titre que les autres méthodes.

Environ un tiers des médecins estimaient ne pas avoir reçu une bonne formation quant à l'information à délivrer sur le NEXPLANON® ainsi qu'à la technique de pose et de retrait. La majorité des médecins insatisfaits initialement souhaitaient un complément de formation. Ces chiffres démontrent une volonté croissante chez les médecins de vouloir continuer à se former afin de proposer une prise en charge globale à leurs patientes. Une amélioration de leur formation initiale et continue ainsi que son accès pourrait inciter plus de médecins à choisir et à poser ce moyen contraceptif. Ces éléments pourraient favoriser une meilleure prise en charge contraceptive des femmes et ainsi peut être espérer une diminution du taux d'IVG.

L'exploration des représentations des patientes serait intéressante afin d'améliorer l'information qui leur est donnée et aider à la promotion de ce moyen contraceptif.

Par ailleurs, depuis le décret n°2012-885 du 17 juillet 2012 les sages-femmes peuvent prescrire, poser et retirer l'implant contraceptif. Il nous semblerait intéressant dans une autre étude d'analyser et de comparer en parallèle leurs pratiques et leurs opinions quant à celui-ci.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Gall B, Jouannic E. Les français et la contraception. Sondage BVA pour l'INPES, 2007 Mars
- [2] Atlas National CNOM 2010.pdf (Objet application/pdf) [Internet]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas%20National%20CNOM%202010.pdf>
- [3] COMITE DE DEFENSE DE LA GYNECOLOGIE MEDICALE. La pétition. Demain, consulter un gynécologue médical, impossible ? Novembre 2009. [Internet]. [http://www.cdgm.org/article.php3?id_article=41>](http://www.cdgm.org/article.php3?id_article=41)
- [4] Bajos N., Bohet A., Le Guen M. et Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population & Sociétés. Numéro 492. Septembre 2012.
- [5] BAJOS N. et al. « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? » Population et Sociétés, décembre 2004 ; 407 :1-4
- [6] O.R.S Pays de la Loire. La santé observée dans les pays de la Loire : tableau de bord régional sur la santé. Ed. 2007. Nantes : Observatoire régional de santé des Pays de la Loire ; 2007 221p.
- [7] VILAIN A., MOUQUET M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, Etudes et résultats, Juin 2012, n° 804, 6 p <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er804.pdf>.
- [8] Accouchements et interruptions volontaires de grossesse en 2011 : comparaisons régionales Sources : ARS et Drees, SAE ; Insee, Estimations de population http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_2005R
- [9] http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_2005D.
- [10] Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique, dite Loi Neuwirth. Journal officiel, du 29 décembre 1967, p. 12861-12862.)
- [11] Marie P., Champollion S., Ourabah R. (2008), “Que font les patientes lorsqu’elles oublient leur pilule ?”, Exercer, n° 80, p. 13-16...
- [12] HENON D. La santé des femmes en France. Avis et rapports du conseil économique social et environnemental, 2010, p. 1-106.
- [13] INPES. « Les Français et la contraception », 2 mars 2007. [Internet] http://www.choisirsaccontraception.fr/pdf/présentation_BVA.pdf.
- [14] Amsellem-Mainguy Y. (2010), “Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives”, Politiques sociales et familiales, n° 100, p. 104-109.

[15] HAS. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. Décembre 2004.

[16] BAJOS N., LERIDON H. et JOB-SPIRA N., « La contraception en France dans les années 2000. Présentation de l'étude COCON », Population 2004 ; 59(3-4) :409-418

[17] Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports, Institut National de Prévention et d'Education pour le Santé. La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit. Dossier de presse, 2007, 15 p. 6. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Choisir sa contraception.fr. Disponible sur <http://www.choisirsacontraception.fr>

[18] Bajos N., Bohet A., Rouzaud-Cornabas M., Bohet A., Moreau C. et l'équipe Fecond La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif? Population & Sociétés. Numéro 511. Mai 2014.

[19] Un Pass prévention-contraception pour la rentrée. Lettres d'information de la région des Pays de la Loire. <http://www.paysdelaloire.fr>

[20] Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures, Journal officiel (27 mars 2013)

[21] Haute Autorité de santé (HAS). Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Site internet : HAS. Saint-Denis La Plaine (France) ; 2013 [consulté le 14 mai 2013]

[22] Croxatto HB, Mäkäräinen L. The pharmacodynamics and efficacy of Implanon. An overview of the data. Contraception. 1998 Déc;58(6 Suppl):91S-97S.

[23] Bensouda-Grimaldi L, Jonville-Béra A, Beau-Salinas F, Llabres S, Autret-Leca E. [Insertion problems, removal problems, and contraception failures with Implanon]. Gynecol Obstet Fertil. 2005 Déc;33(12):986-990.

[24] Harrison-Woolrych M, Hill R. Unintended pregnancies with the étonogestrel implant (Implanon): a case series from postmarketing experience in Australia. Contraception. Avril 2005;71(4):306-308;

[25] Boucoiran I, Trastour C, Faraj L, Delotte J, Bongain A. Pregnancy with Implanon: a report on three cases. Gynécologie Obstétrique et Fertilité. Février 2011;39(2):e52-54;

[26] Schindlbeck C, Janni W, Friese K. Failure of Implanon contraception in a patient taking carbamazepin for epilepsy. Archives of Gynecology and Obstetrics. Janvier 2006;273(4):255-256;

[27] Leticee N, Viard J-P, Yamgnane A, Karmochkine M, Benachi A. Contraceptive failure of étonogestrel implant in patients treated with antiretrovirals including efavirenz. Contraception. Avril 2012;85(4):425-427

- [28] Mansour M, Louis-Sylvestre C, Paniel B-J. Ectopic pregnancy with étonogestrel contraceptive implant (Implanon): first case. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Octobre 2005;34(6):608-609
- [29] Bouquier J, Fulda V, Bats A-S, Lécuru F, Huchon C. A life-threatening ectopic pregnancy with étonogestrel implant. *Contraception*. Février 2012;85(2):215-217
- [30] Grossesse extra-utérine survenue sous contraception par implant d'étonogestrel (Implanon®) : premier cas. EM-Consulte, cité le 7 avril 2012
- [31] Source : <http://www.commentguerir.com/medicament/nexplanon-68-mg-implant-pour-usage-sous-cutane>
- [32] GATIN BENEDICTE. Le CNGOF ouvre ses portes aux généralistes. *Panorama du médecin*, Novembre 2006, n°5038, p.65
- [33] COHEN J., MADELENAT P., LEVY-TOLEDANO R. *Gynécologie et santé des femmes, quel avenir en France ? État des lieux et perspectives en 2020*. Paris : éditions ESKA, Juin 2000, 188p
- [34] Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie obstétrique par les médecins généralistes d'Île de France. Université Paris Diderot, 28 octobre 2010
- [35] Kiassi I. L'Implant contraceptif et les médecins généralistes en Seine Saint-Denis : état des lieux. Université Paris Diderot, 28 octobre 2013
- [36] Trichet-Stephan N, Senan R. Dispositifs intra-utérins : besoins en formations des médecins généralistes en Vendée, Université de Nantes, 20 novembre 2012
- [37] Conseil de l'ordre des médecins. *Atlas National de démographie médicale*, CNOM 2013
- [38] Chambenoit B. Formation médicale initiale à l'examen gynécologique des médecins généralistes dans la région centre. Université de Tours, 31 octobre 2011;
- [39] Lauchet N. Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute-Vienne: obstacles et besoins de formations identifiés, Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie ; 2010.
- [40] Population et société. Contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Septembre 2012
- [41] Millon L. Connaissances et prescription en médecine générale des alternatives à la contraception orale. Rennes ; 2010
- [42] Attal E, Dumont-Beaudonnet V. L'implant contraceptif sous-cutané: perception du médecin généraliste. Université de Nantes, 10 octobre 2012.
- [43] Kerboul G. Place du dispositif intra-utérin, de l'implant sous-cutané, de l'anneau vaginal et du patch trans-dermique en médecine générale : étude auprès des médecins généraliste du Morbihan [Thèse d'exercice] Université de Rennes 1 ; 2009.

- [44] SIMAL B. Contraception par implant contraceptif en médecine générale : analyse qualitative de la pratique par entretiens semi-dirigés auprès de seize médecins généralistes en région Rhône Alpes. Lyon; 2012
- [45] Boulhila Cloarec N. Nouvelles galéniques contraceptives et leur impact sur le taux d'IVG : évaluation des pratiques et enquête d'opinion en médecine générale. Aix Marseille ; 2011
- [46] Affandi B. An integrated analysis of vaginal bleeding patterns on clinical trials of Implanon. *Contraception*. 1998 Déc ; 58(6Suppl):99s-107s.
- [47] Mansour D, Korver T, Marintcheva-Petrova M, Fraser IS. The effects of Implanon on menstrual bleeding patterns. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2008 Juin;13 Suppl 1:13-28.
- [48] Weisberg E, Fraser I. Australian women's experience with Implanon. *Aust Fam Physician*. 2005 Août;34(8):694-696.
- [49] Darney P, Patel A, Rosen K, Shapiro LS, Kaunitz AM. Safety and efficacy of a single-rod etonogestrel implant (Implanon): results from 11 international clinical trials. *Fertil. Steril.* 2009 Mai;91(5):1646-1653.
- [50] Sergent F, Clamageran C, Bastard A, Verspyck E, Marpeau L. [Acceptability of the etonogestrel-containing contraceptive implant (Implanon)]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2004 Sep;33(5):407-415.
- [51] Bitzer J, Tschudin S, Alder J. Acceptability and side-effects of Implanon in Switzerland: a retrospective study by the Implanon Swiss Study Group. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2004 Déc;9(4):278-284.
- [52] Rai K, Gupta S, Cotter S. Experience with Implanon in a northeast London family planning clinic. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2004 Mar;9(1):39-46.
- [53] Royer L. Etats des lieux des apprentissages des pratiques gynécologiques des internes de médecine générale en stage ambulatoire : enquête auprès des internes en stage chez le praticien et SASPAS de Mai à Octobre 2010. Université d'Angers ; 2011.
- [54] Rémy B. Elaboration d'un référentiel métier et compétences par méthode de consensus, La gynécologie en situation de soins primaires. Université de Poitiers, 25 octobre 2012
- [55] Dessenne C. Approche de l'utilisation de l'implant contraceptif par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Université de Lille 2, 18 Novembre 2013.
- [56] HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013

LISTE DES FIGURES

Figure 1 à 8 : Technique d'insertion du NEXPLANON®.....	15 à 18
Figure 9 à 17 : Technique de retrait du NEXPLANON®.....	19 à 20
Figure 18 : Répartition des médecins selon leur âge.....	24
Figure 19 : Mode d'exercice des médecins selon le sexe.....	25
Figure 20 : Activité moyenne des médecins généralistes interrogés selon le sexe.....	27
Figure 21 : Activité moyenne des médecins généralistes selon le milieu d'exercice.....	27
Figure 22 : Répartition des médecins interrogés selon distance du gynécologue le plus proche de leur cabinet.....	28
Figure 23 : Nombre de médecins généralistes posant l'implant contraceptif selon leur sexe	31
Figure 24 : Nombre de médecins généralistes rencontrant des réticences de la part de leurs patientes vis-à-vis de l'implant hormonal contraceptif.....	32
Figure 25 : Orientation des patientes par les 15 médecins généralistes interrogés qui ne posent pas eux-mêmes l'implant contraceptif.....	34
Figure 26 : Orientation des patientes par les 10 médecins généralistes qui ne retirent pas eux-mêmes l'implant contraceptif.....	35
Figure 27 : Modalités d'anesthésie locale pratiquées par les 79 médecins généralistes concernés lors de l'insertion du NEXPLANON®.....	37
Figure 28 : Modalités d'anesthésie locale pratiquées par les 69 médecins généralistes concernés lors du retrait du NEXPLANON®.....	37
Figure 29 : Procuration du matériel nécessaire lors de la pose et/ou retrait de l'implant contraceptif par les médecins généralistes eux-mêmes.....	38
Figure 30 : Satisfaction de la formation.....	39
Figure 31 : Complément de formation à la connaissance, à la pratique du geste de pose et retrait de l'implant hormonal contraceptif souhaité parmi les 53 médecins concernés.....	39

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition du genre, des moyennes d'âges et de l'ancienneté d'exercice.....	24
Tableau II : Mode d'exercice des médecins généralistes.....	25
Tableau III : Activités annexes.....	26
Tableau IV: La prescription des divers moyens contraceptifs par les médecins généralistes selon le sexe.....	28
Tableau Va : Contre-indications à la pose de l'implant contraceptif selon l'ANAES 2004 citées par les médecins généralistes.....	29
Tableau Vb : Interactions médicamenteuses pouvant diminuer l'efficacité de l'implant contraceptif citées par les médecins généralistes.....	30
Tableau VI : Principaux effets indésirables de l'implant contraceptif cités par les médecins généralistes.....	30
Tableau VII : Conduites adoptées lors de mètrorragies prolongées ou abondantes inhabituelles après insertion du NEXPLANON® cités par les médecins généralistes.....	31
Tableau VIII : Motivations des médecins généralistes pour ne pas poser le NEXPLANON®.....	32
Tableau IX : Réticences de la part des patientes citées par les médecins généralistes concernant le NEXPLANON®.....	33
Tableau X : Moyens d'apprentissage de la pose de l'implant hormonal suivis par les 79 médecins généralistes poseurs du NEXPLANON®.....	33
Tableau XI : Difficultés rencontrées concernant la pose du NEXPLANON®.....	34
Tableau XII : Cotations de la pose pratiquées par les 79 médecins généralistes poseurs.....	35
Tableau XIII : Justifications citées par les 10 médecins généralistes concernés.....	35
Tableau XIV : Difficultés rencontrées citées par les médecins généralistes concernant le retrait du NEXPLANON®.....	36
Tableau XV : Cotations du retrait / changement NEXPLANON®.....	36
Tableau XVI : Motivations des médecins généralistes pour ne pas poser le D.I.U.....	38
Tableau XVII : Souhaits de formateurs des 41 médecins généralistes demandeurs de complément de formation concernant NEXPLANON®.....	40

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	7
PLAN.....	8
1. INTRODUCTION.....	9
1.1 Contexte.....	9
1.2 Les I.V.G : un problème de santé publique.....	9
1.3 La contraception en France.....	10
1.3.1 Epidémiologie.....	10
1.3.2 Indice de Pearl des méthodes contraceptives.....	12
1.3.3 Prix et prise en charge des méthodes contraceptives.....	14
1.4 L'implant contraceptif sous-cutané.....	15
1.4.1 Technique d'insertion.....	15
1.4.2 Technique de retrait.....	19
1.5 Le médecin généraliste face à la gynécologie médicale.....	21
2. MATERIEL ET METHODE.....	22
2.1 Type et objectifs de l'étude.....	22
2.2 Population étudiée et mode de recrutement.....	22
2.3 Déroulement de l'enquête.....	22
2.4 Questionnaire.....	23
2.5 Saisie des questionnaires et analyse statistiques des données.....	23
3. RESULTATS.....	24
3.1 Participation à l'étude.....	24
3.2 Données sociodémographiques.....	24
3.2.1 Profil des médecins généralistes.....	24
3.2.2 Lieu et mode d'exercice.....	25
3.2.3 Pratique d'une activité annexe à la médecine générale.....	25
3.3 Activité moyenne, actes de gynécologie et de contraception.....	26
3.3.1 Activité moyenne.....	26
3.3.1.1 Selon le sexe.....	26

3.3.1.2 Selon le milieu d'exercice.....	27
3.3.1.3 Selon la distance avec le gynécologue le plus proche.....	27
3.3.2 Activité contraception.....	28
3.4 Analyse des pratiques des médecins généralistes.....	29
3.4.1 Prescription de l'implant hormonal contraceptif.....	29
3.4.2 Etat des connaissances.....	29
3.4.3 Pose de l'implant hormonal contraceptif.....	31
3.4.4 Analyse des pratiques de pose du NEXPLANON®.....	33
3.4.5 Analyse des pratiques de retrait du NEXPLANON®.....	35
3.4.6 Les modalités de pose et retrait de l'implant contraceptif.....	37
3.4.7 Pose du dispositif intra-utérin.....	38
3.5 Opinion des médecins sur leur formation.....	39
4. DISCUSSION.....	41
4.1 Qualités et limites de l'étude.....	41
4.2 Discussion des données sociodémographiques.....	42
4.3 Discussion de l'activité moyenne, actes de gynécologie et de contraception.....	42
4.4 Discussion des pratiques des médecins généralistes.....	43
4.5 Discussion de la formation des médecins.....	46
5. CONCLUSION.....	48
REFERENCES BIBLIOGRAPHIES.....	49
LISTE DES FIGURES.....	53
LISTE DES TABLEAUX.....	54
TABLE DES MATIERES.....	55
ANNEXES.....	57
Annexe 1 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes.....	57
Annexe 2 : Le modèle BERGER de l'OMS.....	61
Annexe 3 : Livret explicatif sur le NEXPLANON® du Centre Flora Tristan.....	62

Annexe 1 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes

Implant contraceptif hormonal : opinions et analyse des pratiques de médecins généralistes en Sarthe, Maine et Loire et Mayenne

1. Aspects socio-démographiques

Sexe Masculin Féminin

Age ans

Année d'installation

Exercez-vous : Seul en association avec autre(s) Médecin(s) Généraliste(s)

Votre activité est-elle : Urbaine Semi-rurale Rurale (< 5000 habitants)

Exercez-vous une activité annexe à la médecine générale :

Oui, précisez :..... Non

Si vous exercez une activité annexe en lien avec la gynécologie, combien de temps par semaine vous prend t-elle ?

2. Activité : Gynécologie/ Contraception

Pouvez-vous estimer :

Le nombre de consultations par semaine en moyenne :

Le nombre de consultations de gynécologie par semaine en moyenne :

Le nombre d'actes de gynécologie(Frottis, PV, Implant, DIU...) en moyenne par semaine :

La distance du gynécologue le plus proche de votre cabinet :

< 10km 10 à 20km 20 à 30km > 40km

Avez-vous une activité de contraception ? Oui Non

Si oui, prescrivez-vous : (Plusieurs réponses possibles)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> La pilule | <input type="checkbox"/> En 1 ^{ère} prescription | <input type="checkbox"/> En renouvellement |
| <input type="checkbox"/> Les DIU | <input type="checkbox"/> En 1 ^{ère} prescription | <input type="checkbox"/> En renouvellement |
| <input type="checkbox"/> L'implant contraceptif | <input type="checkbox"/> En 1 ^{ère} prescription | <input type="checkbox"/> En renouvellement |
| <input type="checkbox"/> L'anneau contraceptif | <input type="checkbox"/> En 1 ^{ère} prescription | <input type="checkbox"/> En renouvellement |
| <input type="checkbox"/> Le patch contraceptif | <input type="checkbox"/> En 1 ^{ère} prescription | <input type="checkbox"/> En renouvellement |

3. Analyse des pratiques

A) Prescription

Combien prescrivez-vous de NEXPLANON® en moyenne par mois ?

Pouvez-vous citer selon les recommandations actuelles (ANAES 2004) les contre-indications à la pose du NEXPLANON® ?

.....
.....
.....

Pouvez-vous citer les interactions médicamenteuses pouvant diminuer l'efficacité du NEXPLANON® ?

.....
.....
.....

Pouvez-vous citer les principaux effets indésirables du NEXPLANON® ?

.....
.....
.....

Quelle conduite adoptez-vous lors de métrorragies prolongées ou abondantes inhabituelles après insertion du NEXPLANON® ?

.....
.....
.....

B) Pose

Posez-vous le NEXPLANON® ? Oui Non

Si non, précisez pourquoi : (Plusieurs réponses possibles)

- Demande d'attestation de formation de la part de votre assureur
- Patientes âgées de moins de 18 ans
- Patientes âgées de plus de 40 ans
- Autres, précisez :.....
.....
.....

Rencontrez-vous des réticences de la part de vos patientes vis-à-vis de l'implant ?

Oui Non

Si oui, précisez en quoi : (Plusieurs réponses possibles)

- corps étranger
- peur du geste de pose
- peur du geste de retrait
- peur du risque de prise de poids
- peur du risque de métrorragies

- peur de l'aménorrhée
- Aux compétences du médecin généraliste dans ce domaine
- Autres, précisez :.....
.....
.....

Posez-vous les dispositifs intra-utérins? Oui Non
Si non, précisez pourquoi :
.....
.....
.....

Si vous ne posez pas et ne retirez pas le NEXPLANON® merci d'aller directement à la partie « E) Ressenti »

Où avez-vous appris à poser le NEXPLANON® ?.....

Combien posez-vous de NEXPLANON® en moyenne par mois ?

Posez-vous tous les NEXPLANON® que vous prescrivez ? Oui Non
Si non, à qui adressez-vous vos patientes ?

- Gynécologue
- Confrère médecin généraliste
- Centre de planification

Eprouvez-vous des difficultés dans votre pratique du geste de pose de l'implant ?

Oui Non

Si oui, précisez :

Posez-vous plus d'implant hormonal contraceptif depuis la nouvelle technique d'insertion ?
 Oui Non

Comment cotez-vous la pose du NEXPLANON® ?

C) Retrait

Retirez-vous le NEXPLANON® ? Oui Non

Si non, précisez pourquoi :
.....
.....
.....

A qui adressez-vous alors vos patientes ?

- Gynécologue
- Confrère médecin généraliste
- Centre de planification

Si oui,

Combien retirez-vous de NEXPLANON® en moyenne par mois ?

Eprouvez-vous des difficultés dans votre pratique du geste de retrait de l'implant ?

Oui Non

Si oui, précisez :

Comment cotez-vous le retrait du NEXPLANON® ?

Comment cotez-vous le changement du NEXPLANON® ?.....

D) Geste

Quel type d'anesthésie utilisez-vous pour l'insertion ?

Quel type d'anesthésie utilisez-vous pour le retrait ?

Fournissez-vous le matériel (anesthésiant, bandage...) lors de la pose et/ou retrait du NEXPLANON® ? Oui Non

Si oui, lequel :
.....

E) Ressenti

Estimez-vous avoir reçu une bonne formation concernant :

L'information à délivrer sur le NEXPLANON® ? Oui Non

La pose du NEXPLANON® ? Oui Non

Le retrait du NEXPLANON® ? Oui Non

Si non, aimeriez-vous avoir un complément de formation ? Oui Non

Par qui ?

Merci d'avoir pris de votre temps pour remplir ce questionnaire.

Si vous désirez avoir un exemplaire informatique de ma thèse, je vous invite à me laisser votre mail et/ou vos coordonnées :

.....
.....

Cordialement.

Sébastien ARBOUYS
Interne Médecine Générale
C.H.U d'ANGERS
Mail :

Bienvenue

Temps d'accueil de la consultante : le soignant se présente, assure de la confidentialité des entretiens et explique le rôle, les objectifs et le déroulement possible de la ou des consultations.

Entretien

Temps de recueil d'information et d'expression de la femme sur les raisons de sa visite, ses sentiments, ses besoins, ses souhaits et ses doutes : ce moment est propice à l'élaboration d'un diagnostic éducatif partagé.

Renseignement

Délivrance d'une information claire, hiérarchisée et sur mesure. Il est essentiel que le professionnel s'assure de la bonne compréhension des informations concernant les méthodes qui intéressent la consultante ou qui pourraient lui être proposées : mode d'emploi, efficacité en pratique courante, contre-indications, avantages, inconvénients, risques graves (même exceptionnels), coût.

Choix

Le professionnel souligne que la décision finale appartient à la consultante. Pour l'aider à choisir, il peut l'inciter à réfléchir sur sa situation de famille, sur ses préférences (et celles de son partenaire), sur les bénéfices et les risques des différentes méthodes, et sur les conséquences de son choix. Le soignant s'attache également à faire réfléchir la femme sur la possibilité qu'elle a, compte tenu de sa situation et de son parcours, de respecter la méthode contraceptive. Il s'assure au final qu'elle a pris une décision précise.

Explication

Discussion autour de la méthode choisie et de son emploi: démonstration (au mieux apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même) ; réflexion sur les possibilités d'établir une prise de la pilule en routine, information sur les effets secondaires et la conduite à tenir, renseignements sur les possibilités de rattrapage en cas de problème (indiquer les lieux et les conditions dans lesquels la femme peut se procurer une contraception d'urgence). La délivrance de documents écrits peut représenter une aide. Enfin, les raisons médicales qui peuvent justifier le retour de la consultante sont abordées.

Retour

Les consultations de suivi sont l'occasion de réévaluer la méthode et son utilisation, de vérifier qu'elle est adaptée à la personne et que celle-ci en est satisfaite. Elles constituent une opportunité pour discuter un changement de méthode. Cette phase prendra en compte les modifications des conditions médicale, personnelle, affective et sociale. À partir de 35-40 ans, il est recommandé de réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée en raison de l'augmentation des facteurs de risque cardio-vasculaire et de l'évolution des contre-indications avec l'âge.

Annexe 3 : Livret explicatif sur le NEXPLANON® du Centre Flora Tristan

Centre de Planification FLORA TRISTAN
Pôle Gynécologie Obstétrique
CHU - ANGERS
49033 ANGERS Cedex 01
 02.41.35.38.43

Site Internet : www.planif49.fr



Ne protège pas
des MST

IMPLANT CONTRACEPTIF SOUS CUTANE

NEXPLANON

Il remplace l'Implanon depuis 2011.

Il s'agit du même produit, seul le système de pose a été modifié et simplifié.

Bâtonnet souple, sorte de petite allumette, que le médecin pose sous la peau au niveau de la face interne du bras (gauche si droitière et inversement).

Le bâtonnet contient de la progestérone qui diffuse dans le corps et va bloquer l'ovulation pour 3 ans maximum, 2 ans chez les femmes obèses*.

Janvier 2011

* suivant critères médicaux Indice Masse Corporelle (taille/poids²) supérieur à 30.

Est-ce que la pose est douloureuse ?

Non, car on utilise soit une crème anesthésique, soit une anesthésie locale par piqûre, soit les 2 si vous avez très peur.

Est-ce que c'est efficace comme contraception ?

Oui, c'est même le meilleur moyen de contraception existant actuellement, efficace immédiatement si on le pose au bon moment par rapport aux règles.

Est-ce qu'il y a des contre indications ?

Elles sont exceptionnelles car le bâtonnet ne contient pas d'oestrogènes comme la plupart des pilules.

Quels sont les effets sur l'utérus ?

La progestérone diminue ou arrête le développement de la muqueuse utérine si bien que les règles ne sont pas forcément régulières ni d'allure tout à fait habituelle. Elles peuvent parfois s'arrêter. Cela ne traduit en aucun cas un dérèglement hormonal ou une anomalie au niveau de l'utérus.

Mais si je n'ai pas de règles, je vais avoir peur d'être enceinte ?

Il n'y a aucune raison car l'implant est toujours extrêmement efficace. Si vous êtes vraiment angoissée, vous pouvez faire un test de grossesse urinaire.

La diminution ou l'arrêt des règles peuvent même être un bénéfice, en évitant la fatigue, l'anémie et des douleurs parfois fort désagréables...

L'absence de règles témoigne seulement du fait que la muqueuse utérine est toute fine. Mais rassurez-vous elle repoussera très vite dès le retrait d'implanon et vous retrouverez rapidement vos cycles habituels.

Et pour le retirer ?

Aucun problème dans la grande majorité des cas sous anesthésie locale.

Et si je souhaite une grossesse ?

Il suffit de le retirer et vous pouvez être enceinte très rapidement voir immédiatement.

On m'a dit que l'implant peut faire grossir, donner des boutons ?

Cela peut arriver mais reste très rare. Dans ce cas, si c'est votre choix, l'implant peut être retiré n'importe quand.

Est-ce que l'implant est bien remboursé ?

Oui, intégralement avec une partie sécurité sociale et une partie mutuelle complémentaire.

J'ai entendu parler de femmes qui saignent beaucoup avec l'implant ?

Cela peut arriver mais c'est peu fréquent. Dans ce cas, il faut en parler au médecin qui peut proposer des médicaments et si cela ne marche pas, on peut le retirer.

Quelle est la surveillance conseillée avec l'implant ?

Une consultation médicale quelques mois après la pose pour faire le point, puis une fois par an environ pour le suivi gynécologique habituel.

