

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2015

THÈSE N°

**Evaluation des pratiques professionnelles lors de la
prescription d'une contraception chez les médecins
généralistes en Limousin en 2014**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 05 octobre 2015

par

François-Louis FLEURAT

né le 09 février 1987, à Saint-Junien (87)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Daniel Buchon Président
M. le Professeur Yves Aubard..... Juge
Mme le Professeur associé Martine Prevost..... Juge
Mme le Professeur associé Nathalie Dumoitier Juge
Mme le Docteur Marie-Paule Pautout.....Directeur

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2015

THÈSE N°

**Evaluation des pratiques professionnelles lors de la
prescription d'une contraception chez les médecins
généralistes en Limousin en 2014**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 05 octobre 2015

par

François-Louis FLEURAT

né le 09 février 1987, à Saint-Junien (87)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Daniel Buchon Président
M. le Professeur Yves Aubard..... Juge
Mme le Professeur associé Martine Prevost Juge
Mme le Professeur associé Nathalie Dumoitier Juge
Mme le Docteur Marie-Paule Pautout..... Directeur

REMERCIEMENTS

A M. le Professeur Daniel Buchon, vous m'avez fait l'honneur de présider cette thèse et je vous en remercie vivement.

A M. le Professeur Yves Aubard, vous me faites l'honneur d'accepter de juger mon travail. Veuillez recevoir l'assurance de ma sincère reconnaissance.

A Mme le Professeur Associé Martine Prevost, vous me faites l'honneur de siéger parmi mes juges et je vous en remercie sincèrement.

A Mme le Professeur Associé Nathalie Dumoitier, vous avez accepté de juger mon travail. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

A Mme le Docteur Marie-Paule Pautout, vous m'avez fait le grand plaisir de diriger mon travail de thèse et je vous en remercie profondément. Cela fait maintenant un moment que nous nous connaissons et je voulais vous remercier pour votre disponibilité et votre gentillesse. Vous avez fait preuve de patience quant à mes « connaissances » en gynécologie durant mon stage et c'est aussi grâce à vous que j'ai pu m'intéresser à ce sujet et le mener à terme ! Cela a toujours été un plaisir de travailler avec vous, je voulais vous assurer de ma sincère reconnaissance et j'espère que nous continuerons à collaborer ensemble dans les années à venir.

Aux médecins généralistes du Limousin qui ont accepté de répondre à mon questionnaire.

Je tenais aussi à remercier tous les gens que j'ai pu côtoyer le long de mon internat, notamment à Saint-Junien où j'ai pu rencontrer des personnes formidables et apprendre énormément à leurs côtés. A tous les services d'urgence, de cardiologie et de médecine, à tous les médecins, infirmières, aides soignantes, agents de services et secrétaires de l'hôpital de Saint-Junien, merci pour tout !

A mes maîtres de stage successifs, Serge Lavaure, Bruno Coquillaud, Philippe Jardel ainsi qu'à Marie Lasaires, Chantal Begot-Villate et Marie-Paule Pautout, c'est aussi grâce à vous que j'ai pu aimer ce métier et devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

A tous mes co-internes, en particulier Seb, on a appris ensemble, on en a bavé ensemble et même si tu es parti vers de nouveaux horizons, soit assuré de ma sincère amitié !

A ma tutrice Claire, merci pour tout, ta disponibilité et ta gentillesse durant mon internat. Nous sommes amenés à continuer à travailler ensemble et j'en suis ravi !

A toute ma famille, mes parents, mes grands parents, ma tante, merci d'avoir été là et de continuer à l'être. Sans vous je ne serais pas là, merci de m'avoir soutenu dans mes études et dans la vie en général. Merci pour l'amour que vous me portez.

A ma belle-famille, merci de m'avoir accueilli comme vous l'avez fait et merci pour votre affection.

A mon frère Pierre, merci d'être toi tout simplement.

A tous mes amis sans qui je ne serais rien, Thomas, Romain, Momo, Malik, Moussa, Jonathan, Alan, Quentin, Seb, Johana, Charlotte, Sarah, Estelle, Laureen, Claire (les 3 elles se reconnaîtront !), Béné, Anaïs, Gaëlle, Jess et tous ceux et celles que je n'aurais pas dû oublier !

A tous mes potes du basket, ne changez rien vous êtes parfaits !

Enfin à Virginie, ton amour est un privilège que j'apprécie tous les jours, merci de partager ma vie depuis toutes ces années, merci pour ta patience et ta présence à mes côtés, merci pour les moments passés ensemble , merci pour ceux qu'ils nous restent à vivre, merci pour tout et même encore plus !

“La médecine, c'est un art qu'on exerce, en attendant qu'on le découvre.”

Emile Deschamps

Le 1^{er} novembre 2014

UNIVERSITE de LIMOGES

FACULTE de MEDECINE

TITRES des PROFESSEURS et MAITRES de CONFERENCES des UNIVERSITES pour la
REDACTION des DEDICACES

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

ABOYANS Victor	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
CARDIOLOGIE Responsable de service	
ACHARD Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
PHYSIOLOGIE	
ADENIS Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
OPHTALMOLOGIE	
ALAIN Sophie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	
ALDIGIER Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
NEPHROLOGIE	
ARCHAMBEAUD Françoise	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
MEDECINE INTERNE Responsable de service	
ARNAUD Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE	
AUBARD Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE Responsable de service	
AUBRY Karine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

O.R.L.

BEDANE Christophe Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

DERMATO-VENEREOLOGIE Responsable de service

BERTIN Philippe Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

THERAPEUTIQUE

Responsable de service de RHUMATOLOGIE

BESSEDE Jean-Pierre Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

O.R.L.

Responsable de service

BONNAUD François Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

PNEUMOLOGIE

Doyen Honoraire

BORDESSOULE Dominique Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

HEMATOLOGIE

Responsable de service d'HEMATOLOGIE CLINIQUE et THERAPIE CELLULAIRE

CAIRE François Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

NEUROCHIRURGIE

CHARISSOUX Jean-Louis Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE

CLAVERE Pierre Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

RADIOTHERAPIE

Responsable de service

CLEMENT Jean-Pierre Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

PSYCHIATRIE d'ADULTES

Responsable de service

COGNE Michel Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

IMMUNOLOGIE

Responsable de service

CORNU Elisabeth Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE

COURATIER Philippe Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

NEUROLOGIE

Responsable de service

DANTOINE Thierry Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT

Responsable de service

DARDE Marie-Laure Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

Responsable de service

DAVIET Jean-Christophe Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION

DESCAZEAUD Aurélien Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

UROLOGIE

DESSPORT Jean-Claude Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

NUTRITION

DRUET-CABANAC Michel Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

MEDECINE et SANTE au TRAVAIL

Responsable de service

DUMAS Jean-Philippe Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

UROLOGIE

Responsable de service

ESSIG Marie Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

NEPHROLOGIE

Responsable de service

FAUCHAIS Anne-Laure Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

MEDECINE INTERNE

Responsable de service

FEUILLARD Jean Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

HEMATOLOGIE

Responsable de service du Laboratoire d'HEMATOLOGIE

FOURCADE Laurent Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

CHIRURGIE INFANTILE

Responsable de service

GAINANT Alain Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

CHIRURGIE DIGESTIVE

GUIGONIS Vincent Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

PEDIATRIE

JACCARD Arnaud Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

HEMATOLOGIE

JAUBERTEAU-MARCHAN

M.Odile Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

IMMUNOLOGIE

LABROUSSE François Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Responsable de service

LACROIX Philippe Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

MEDECINEVASCULAIRE

LAROCHE Marie-Laure Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

PHARMACOLOGIE CLINIQUE

LASKAR Marc

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE

Responsable de service

Assesseur

LIENHARDT-ROUSSIE Anne

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

PEDIATRIE

Responsable de service

LOUSTAUD-RATTI Véronique

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

HEPATOLOGIE

MABIT Christian

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

ANATOMIE

Responsable de service d'ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE

MAGY Laurent

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

NEUROLOGIE

MARQUET Pierre

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

Responsable de service

MATHONNET Muriel

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

CHIRURGIE DIGESTIVE

MELLONI Boris

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

PNEUMOLOGIE

Responsable de service

MERLE Louis

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

PHARMACOLOGIE CLINIQUE

MOHTY Dania

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

CARDIOLOGIE

MONTEIL Jacques

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

Responsable de service

MOREAU Jean-Jacques

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

NEUROCHIRURGIE

Responsable de service

Assesseur

MOUNAYER Charbel

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE

NATHAN-DENIZOT Nathalie

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

Responsable de service

PARAF François

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE

Responsable de service

PLOY Marie-Cécile

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

Responsable de service

PREUX Pierre-Marie

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION

Responsable de service du SIME

Assesseur

ROBERT Pierre-Yves

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

OPHTALMOLOGIE

Responsable de service

SALLE Jean-Yves

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION

Responsable de service

SAUTEREAU Denis Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

GASTRO-ENTEROLOGIE;HEPATOLOGIE

Responsable de service

STURTZ Franck Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

Responsable de service

TEISSIER-CLEMENT
Marie-Pierre Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES

TREVES Richard Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
RHUMATOLOGIE

TUBIANA-MATHIEU Nicole Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
CANCEROLOGIE

Responsable de service

VALLEIX Denis Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
ANATOMIE

Responsable de service de CHIRURGIE DIGESTIVE et ENDOCRINIENNE

Doyen

VERGNENEGRE Alain Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION

Responsable de service de l'UNITE ONCO-THORACIQUE et CUTANEE

VERGNE-SALLE Pascale Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
THERAPEUTIQUE

VIGNON Philippe Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
REANIMATION

Responsable de service

VINCENT François Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
PHYSIOLOGIE

VIROT Patrice Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
CARDIOLOGIE

WEINBRECK Pierre Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
MALADIES INFECTIEUSES
Responsable de service

YARDIN Catherine Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
Responsable de service

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel Professeur des Universités
MEDECINE GENERALE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel Maître de Conférences des Universités-Praticien
Hospitalier
PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BARRAUD Olivier Maître de Conférences des Universités-Praticien
Hospitalier
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BOURTHOUMIEU Sylvie Maître de Conférences des Universités-Praticien
Hospitalier
CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard Maître de Conférences des Universités-Praticien
Hospitalier
PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

CHABLE Hélène	Maître de Conférences des Universités -Praticien Hospitalier
BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE	
DURAND Karine	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOLOGIE CELLULAIRE	
DURAND-FONTANIER Sylvaine	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier
ANATOMIE	
ESCLAIRE Françoise	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOLOGIE CELLULAIRE	
HANTZ Sébastien	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	
LEGUYADER Alexandre	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE	
LIA Anne-Sophie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE	
MARIN Benoît	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION	
QUELVEN-BERTIN Isabelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE	
TCHALLA Achille	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT	

TERRO Faraj	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOLOGIE CELLULAIRE	
WOILLARD Jean-Baptiste	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE	
<u>PROFESSEURS ASSOCIES</u>	
DUMOITIER Nathalie	Professeur associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE	
PREVOST Martine	Professeur associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE	
<u>MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE</u>	
MENARD Dominique	Maître de Conférences associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE	
<u>PROFESSEURS EMERITES</u>	
BONNETBLANC Jean-Marie	Professeur des Universités Emérite
VALLAT Jean-Michel	Professeur des Universités Emérite
<u>ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES</u>	
BLANC Philippe	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
CHAUZEIX Jasmine	HEMATOLOGIE
COUVÉ-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE (Centre d'Investigation Clinique)
DONISANU Adriana	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
FILLOUX Matthieu	IMMUNOLOGIE
FRUIT Dorothée	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE (Centre d'Investigation Clinique)
FREDON Fabien	ANATOMIE (assistant associé du 01-11-2014 au 31-10-2015)
GAGNOUD Rémi	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

GALY Antoine	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
GENIAUX Hélène	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE
MANCIA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MATHIEU Pierre-Alain	ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie)
MESTUROUX Laura	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
OLOMBEL Guillaume	IMMUNOLOGIE
ROGER Lucie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION (Surnombre du 1 ^{er} novembre 2014 au 06 mars 2015 inclus)
ROULET-COUDRIER Fanny	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
SERENA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
THOLANCE Yannick	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ABDEH Ali	CHIRURGIE DIGESTIVE (Chef de clinique associé du 01-11-2014 au 30-04-2015)
ARDOUIN Elodie	RHUMATOLOGIE
ASLOUM Youcef	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
AUBOUR Marine	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
BORDAS Mathieu	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BORDES Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
BOULOGNE Cyrille	CARDIOLOGIE
BOURMAULT Loïc	OPHTALMOLOGIE
BUISSON Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE
CAZAVET Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE

CENTI Joachim	UROLOGIE
CHAPELLAS Catherine	REANIMATION
COSTE-MAZEAU Perrine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
CYPIERRE Anne	MEDECINE INTERNE A
DAIX Thomas	REANIMATION
DIJOUX Pierrick	CHIRURGIE INFANTILE
DONADEL Lorène	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (Surnombre du 1 ^{er} novembre 2014 au 20 février 2015 inclus)
DOST Laura	OPHTALMOLOGIE
DURAND Lise-Marie	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (Surnombre du 1 ^{er} novembre 2014 au 06 mars 2015 inclus)
EGENOD Thomas	PNEUMOLOGIE
ENESCU-FLORICA Eléna-Cécilia	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
ENSERGUEIX Gaël	NEPHROLOGIE
ESPAGNE-DUBREUILH Gaëlle	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
EVENO Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
GANTOIS Clément	NEUROCHIRURGIE
GIMENEZ Laetitia	NEUROLOGIE
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B
HUMMEL Vincent	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
IOSIF Christina	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (Chef de clinique associée du 14-11-2013 au 13-05-2014 et du 14-05-2014 au 13-11-2014)
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE
KENNEL Céline	HEMATOLOGIE
LACORRE Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

LAPÉBIE François-Xavier	MEDECINE INTERNE A
LE COUSTUMIER Eve	MALADIES INFECTIEUSES
LEGROS Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LERAT Justine	O.R.L.
MAILLOCHON Edouard	CHIRURGIE DIGESTIVE
MARTIN Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
MASSON Alexandra	PEDIATRIE
MESNARD Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MONTCUQUET Alexis	NEUROLOGIE
PETITALOT Vincent	CARDIOLOGIE
PONTHIER Laure	PEDIATRIE
ROGER Thomas	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
SALERNO Baptiste	CARDIOLOGIE
SCOMPARIN Aurélie	O.R.L.
TABOURET Tessa	GASTRO-ENTEROLOGIE
TALLON Elizabeth	PSYCHIATRIE d'ADULTES
TRIGOLET Marine	PEDIATRIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

(du 1^{er} novembre 2014 au 31 octobre 2015)

LAUCHET Nadège

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CROS Jérôme
ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
(du 1^{er} mai 2014 au 31 octobre 2018)

Liste des abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
C1G : Contraceptif oral de 1^{ère} génération
C2G : Contraceptif oral de 2^e génération
C3G : Contraceptif oral de 3^e génération
CHC : Contraceptifs Hormonaux Combinés
CHMP : Comité des Médicaments à Usage Humain
COC : Contraceptifs Oraux Combinés
COEP : Contraceptif Oral Oestro Progestatif EMA : Agence Européenne du Médicament
DIU : Dispositif Intra Utérin RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit
HAS : Haute Autorité de Santé
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INED : Institut National d'Etudes Démographiques
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
LNG : Lévonorgestrel
MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORS : Observatoire Régional de Santé
PRAC : Comité pour l'Évaluation des Risques en matière de Pharmacovigilance
RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit
TVP : Thrombose Veineuse Profonde
VIH : Virus de l'immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

Introduction.....	22
La contraception orale : évolution des recommandations et des pratiques d'un point de vue international.....	26
La contraception orale : évolution des recommandations et des pratiques d'un point de vue national.....	28
1. Les différents moyens de contraception en France en 2014.....	34
1.1 Avant-propos.....	34
1.2 Les différents moyens de contraception.....	35
1.2.1 Les méthodes naturelles.....	35
1.2.1.1 Le retrait.....	35
1.2.1.2 L'abstinence périodique.....	35
1.2.1.3 La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée.....	36
1.2.2 Les méthodes barrières.....	36
1.2.2.1 Le diaphragme.....	37
1.2.2.2 La cape cervicale.....	37
1.2.2.3 Les spermicides.....	37
1.2.2.4 Les préservatifs masculins et féminins.....	37
1.2.3 La contraception hormonale.....	38
1.2.3.1 La contraception oestroprogestative.....	38
1.2.3.2 La contraception progestative.....	44
1.2.4 Les dispositifs intra utérins ou stérilets.....	46
1.2.4.1 Le dispositif intra utérin au cuivre.....	46
1.2.4.2 Le dispositif intra utérin à la progestérone.....	47
1.2.5 La stérilisation.....	47
2. Synthèse des recommandations de prescription d'une contraception.....	48
3. Matériel et méthodes.....	59
3.1 Méthodes.....	59
3.2 Matériel.....	59
3.3 Outils statistiques.....	60
4. Résultats.....	61
4.1 Population étudiée.....	62
4.1.1 Le sexe.....	62
4.1.2 L'année de naissance.....	63
4.1.3 L'année d'installation.....	64
4.1.4 Le mode d'exercice.....	65
4.1.5 Le lieu d'exercice.....	66
4.1.6 La participation à une formation continue.....	67
4.1.7 Avez-vous suivi une formation complémentaire en gynécologie ?.....	68
4.2 La pratique professionnelle.....	69
4.2.1 Votre consultation de primo prescription de contraception est-elle spécifiquement dédiée à cette question ?.....	69

4.2.2 Si vous adressez la patiente à un gynécologue, quel en est le motif ?....	70
4.2.3 Détaillez-vous dès le début le déroulement de cette consultation ?.....	71
4.2.4 Interrogez-vous la patiente sur le moyen de contraception qu'elle désire (en cas de primo contraception) ?.....	72
4.2.5 Interrogez-vous la patiente sur ses connaissances en matière de contraception (en cas de primo contraception) ?.....	73
4.2.6 Interrogez-vous la patiente sur son activité sexuelle ?.....	74
4.2.7 En l'absence d'antécédent particulier, faites-vous un examen gynécologique le jour même ?.....	75
4.2.8 Faites-vous un frottis cervico-vaginal ?.....	76
4.2.9 Si oui, pour quelles femmes ?.....	77
4.2.10 En l'absence d'antécédent particulier, prescrivez-vous un bilan biologique ? (lors de la prescription d'une contraception hormonale oestroprogestative)..	78
4.2.11 Si oui, dans quel délai ?.....	79
4.2.12 Et lequel ?.....	80
4.3 Mise en situation.....	82
4.3.1 Vous recevez dans votre cabinet une jeune femme âgée de 17 ans, nullipare, sans facteur de risque pour une première prescription, quel(s) moyen(s) de contraception lui proposez-vous ?.....	83
4.3.2 Plus tard dans la journée vous recevez une femme de 31 ans, sans facteur de risque, pour renouvellement de pilule. Elle est sous Jasmine (contraception oestro progestative 4e génération) depuis des années et la supporte bien, que faites-vous ?.....	86
4.3.3 Si proposition d'un autre type de contraception, lequel ?.....	88
4.3.4 Le lendemain une patiente de 38 ans se présente à votre consultation car elle désire une contraception (première prescription). Elle est fumeuse (1 paquet/jour) et en surpoids (IMC=31 kg/m ²). Que lui proposez-vous ?.....	90
4.3.5 Plus tard dans la journée, une femme de 32 ans se présente pour la 1ère fois à votre consultation pour renouvellement de contraception. Elle n'a pas d'antécédents particuliers hormis des migraines parfois avec aura. Elle est sous Cérazette (pilule micro progestative). Que lui proposez-vous ?.....	93
4.3.6 En fin de consultation se présente alors une jeune fille de 16 ans, nullipare, pour une première prescription de contraception. L'examen clinique est normal. Elle n'a aucun antécédent personnel notable. Elle signale seulement l'existence d'une thrombose veineuse profonde chez sa mère il y a quelques mois. Que lui prescrivez-vous?.	96
4.4 Le suivi.....	101
4.4.1 Lors de la consultation de suivi, interrogez-vous la patiente sur sa satisfaction vis à vis du moyen de contraception choisi ?.....	101
4.4.2 Lors de la consultation de suivi, vérifiez-vous si la patiente utilise son moyen de contraception de façon adaptée ?.....	102
4.4.3 Lors de la consultation de suivi, vérifiez-vous si la patiente connaît la conduite à tenir en cas de mauvaise observance ?.....	103
4.4.4 Lors de la consultation de suivi, interrogez-vous la patiente sur la tolérance et les effets indésirables ?.....	104
4.4.5 Lors de la consultation de suivi, réévaluez-vous le choix de la méthode contraceptive à chaque renouvellement de prescription ?.....	105
4.4.6 Savez-vous qu'il existe des recommandations de l'HAS parues en 2013 remplaçant « Stratégie de choix des méthodes contraceptive chez la femme » (2004) ?....	106

4.4.7 Si oui, avez-vous déjà lu ces recommandations?.....	107
4.4.8 Avez-vous l'impression d'avoir modifié vos pratiques quant à la prescription de la contraception depuis les dernières recommandations HAS 2013 ?.....	108
4.4.9 Si oui, dans quelle mesure ?.....	109
4.4.10 Connaissez-vous l'existence du Pass Contraception mis en place en Limousin depuis mai 2014 ?.....	110
5. Discussion.....	111
5.1 Limites de l'étude.....	111
5.1.1 Biais de sélection.....	111
5.1.2 Limites du questionnaire.....	111
5.1.3 Population étudiée.....	112
5.2 Analyse des résultats.....	112
5.2.1 Concernant la partie « votre pratique professionnelle ».....	112
5.2.2 Concernant la partie « mise en situation ».....	115
5.2.2.1 Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins et les dernières recommandations HAS 2013 ?.....	115
5.2.2.2 Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et les recommandations HAS 2013/OMS 2009 ?.	118
5.2.2.3 Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations (groupe 1) et ceux n'ayant pas lu les recommandations (groupe 2) ?.....	121
5.2.3 Concernant le suivi.....	123
Conclusion.....	126
Bibliographie.....	129
Annexes.....	132
Serment d'Hippocrate.....	139
Résumé.....	141

Introduction

L'histoire de la contraception est intimement liée à celle de l'avortement et s'inscrit dans l'histoire politique, culturelle, sociétale (1).

Avant l'ère chrétienne, avortement et contraception sont confondus.

Avec l'arrivée de l'ère chrétienne, la notion de pureté intérieure prime. La sexualité a comme objectif celui de procréer.

Contraception et avortement, complices du plaisir, sont donc condamnés et interdits.

Au Moyen Age, (fin du Ve siècle au Xe siècle) malgré l'interdit religieux, la contraception est un choix personnel possible. Les moyens les plus connus sont le coït interrompu, et le préservatif avec des fabrications plus ou moins folkloriques.

Le 19ème siècle va accentuer la lutte contre la contraception et l'avortement, ennemi du travail, de l'ordre et de la moralité.

Le capitalisme grandit, l'essor économique nécessite de centrer tous les efforts sur la production économique et aussi sur l'augmentation de la natalité. La cellule familiale va se réduire et se loger devient difficile, il y a une migration de la campagne vers les villes. Les difficultés de vie se multiplient.

Devant la misère sociale et économique les familles veulent limiter absolument le nombre de leurs enfants.

Et ce n'est pas l'abstinence sexuelle qui limite les naissances mais les méthodes Ogino, le coït interrompu et l'avortement.

De tout temps, les femmes et les hommes ont inventés et créés mille recettes « contraceptives » :

- introduction dans le vagin de miel ou de pommade à base d'excréments de crocodile en Egypte,
 - badigeonnage d'huile de cèdre, d'onguent de plomb, d'encens mélangé à l'huile d'olive en Grèce,
 - utilisation d'huiles (safran, acacia, racines de mandragore) et de pulpe de grenade ou de figue dans le vagin pour empêcher la pénétration du sperme dans l'antiquité (prémices des spermicides actuels),
 - douches d'eau froide pour tuer le sperme à l'époque romaine,
- Chez les nobles, un esclave accourait après chaque rapport sexuel pour effectuer une douche vaginale ; pratique que l'on retrouve dans l'utilisation des « poires » vaginales encore utilisées au temps de nos grands-parents,
- tampons occlusifs en laine (principe qui sera à la base du diaphragme), pour fermer le col de l'utérus, étudié par Soranos, brillant gynécologue de l'Antiquité,
 - observation des cycles en préconisant l'abstinence juste avant et après les règles, (la

période de fertilité des femmes étant supposée à ces périodes), méthode proposée également par Soranos,

- instructions dans le Kâma-Sûtra en Inde à partir du 4^{ème} siècle sur les périodes d'abstinence (par rapport au soleil, par exemple),
- utilisation en Asie au 16^e siècle du préservatif. Les Chinois le fabriquent en papier de soie huilée, les Japonais en écaille de tortue ou en cuir.

Le préservatif a été aussi utilisé comme protection du pénis lors des déplacements dans les forêts. Une statuette égyptienne de plus de 6 000 ans montre déjà un Egyptien muni d'un « étui ».

En 1564, l'anatomiste chirurgien Gabriel Fallopio, plus connu sous le nom de Gabriel Fallope invente un fourreau de lin « à la mesure du gland » imbibé de décoctions d'herbes astringentes (« Condom » ou « Redingote » anglaise).

Condom (préservatif) vient du verbe latin condere qui signifie cacher, protéger.

Ils sont en boyau animal (pas très confortable) « cuirasse contre le plaisir » dira la marquise de Sévigné.

Le préservatif se banalise, beaucoup d'hommes l'utilisent. Il est commercialisé lors de la Révolution Française et le Directoire. Des boutiques se spécialisent dans la vente de cet article.

Anthony Van Leeuwenhoek, savant néerlandais, précurseur de la biologie cellulaire, fait de nombreuses découvertes dont les « animacules » ou larves d'hommes (les spermatozoïdes) en 1677 et développe les premiers essais de spermicides.

Thomas Malthus, scientifique anglais, publie un essai en 1803 sur l'importance du contrôle des naissances pour limiter la misère et la surpopulation mondiale et constitue un courant de pensée, le malthusianisme.

La cape cervicale est mise au point en 1830 par Frédérik A. Wilde, gynécologue allemand, première protection pour les femmes.

Le latex fut découvert en 1839 par Charles Goodyear, le premier préservatif en caoutchouc est né. Cette capote est lavée, séchée, talquée après chaque utilisation. Ce n'est qu'en 1870 qu'apparaît le 1^{er} préservatif sur le marché.

Quelques noms évocateurs de marques de préservatifs : le crocodile, le rival protecteur, le voluptueux, le bibi chatouilleur, le porc épïc, le velouté, le cristallin.

D'autres possibilités pour les femmes font leur apparition en 1882 avec l'invention par Mr Hesse, de deux obturateurs vaginaux nommés pessaires : le petit pessaire (la cape) et le grand pessaire (le diaphragme). C'est à partir de 1908 que K. Kafka, gynécologue, donnera à la cape sa forme actuelle ; elle sera alors en métal ou en celluloïd.

Paul Robin, sympathisant libertaire, néo-malthusianisme, considère que l'émancipation sociale des défavorisés, et des femmes, passe nécessairement par le contrôle de la natalité. Il installe en 1889 un centre de consultation et de vente de produits anticonceptionnels à Paris.

Et c'est en 1909 que paraîtra le premier guide de la contraception sous le titre « moyens pour éviter la grossesse ».

Puis ensuite les arguments natalistes l'emportent et intervient une véritable chape de plomb sur ces premiers mouvements émancipateurs.

Au début du 20ème siècle apparaissent les pompes vaginales : pompe en forme de poire qui propulse dans le vagin, après chaque rapport sexuel, un mélange d'eau et de toutes sortes de produits (vinaigre, acide citrique, etc.) supposés détruire les spermatozoïdes.

En 1912, une infirmière new yorkaise, Margaret Sanger assiste à la mort d'une mère de trois enfants qui avait tenté d'avorter.

Elle se mobilise et en 1923 fonde à New York le premier centre de planning.

Trois ans plus tard, il en existe 250 aux Etats-Unis.

Après la première guerre mondiale, les pertes en hommes sont nombreuses, le déficit des naissances dû à la guerre est de plus d'un million.

Le 23 juillet 1920, une proposition de loi est déposée à l'Assemblée Nationale. Ce texte est présenté « comme une véritable mesure de salut national » selon ses auteurs.

Cette loi est adoptée le 31 juillet 1920. Elle réprime la provocation à l'avortement de 6 mois à 3 ans de prison plus une amende et la propagande anticonceptionnelle de 1 à 6 mois de prison.

Kiasuku Ogino, médecin japonais, en 1924 met au point la méthode Ogino : calcul de la période de fécondité (entre le 12ème et le 16ème jour du cycle) en préconisant l'abstinence à cette période.

Suit la méthode Knauss, du nom de son inventeur, repérant à l'aide de la température le moment de l'ovulation.

Des milliers de femmes utilisent ce calendrier Ogino et des milliers de bébé Ogino, comme on les appelle, naîtront ; le taux d'échecs étant d'environ 40%.

En 1928, Ernst Gräfenberg, sexologue allemand, invente le premier stérilet qui se présente sous la forme d'un anneau d'argent associé à un fil d'argent enroulé en spirale. Il prendra par la suite des formes différentes (triangle, rond, boucle, T...) et utilisera différents matériaux (or, argent, plastique, nickel, cuivre..).

1930 voit naître la fabrication du premier préservatif en latex liquide (produit toujours utilisé pour leur fabrication).

Grégory Pincus et avec l'aide de Margaret Sanger ouvre en 1951 le premier centre de recherche sur les hormones sexuelles.

Son équipe à Mexico met au point une synthèse d'œstrogènes et progestérone qui empêche l'ovulation.

Les premiers essais de la pilule contraceptive à Porto Rico débutent en 1954. La pilule est née. Elle se nomme Enovid avec sa première autorisation de mise sur le marché aux Etats Unis le 10 juin 1957.

Des effets secondaires importants apparaissent, mais cette méthode étant une grande avancée pour les femmes, les recherches continuent.

En France les interdits sont de plus en plus mal vécus par la population qui ne comprend pas qu'il leur soit impossible voire interdit de maîtriser leur fécondité. Certains mouvements, groupes de pression jouent un rôle d'avant garde, au côté de certains groupes politiques en faveur de la libéralisation.

Le 8 mars 1956, le Dr Marie Andrée Lagroua Weill Hallé, le Dr Pierre Simon et Evelyne Sullerot créent le mouvement « La maternité heureuse » pour « permettre aux couples, grâce à la contraception, de n'avoir des enfants que lorsqu'ils le désirent ».

C'est en 1960 que ce mouvement deviendra le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF).

En 1960, aux Etats Unis, la première pilule contraceptive est commercialisée. En France, le pouvoir politique se refuse à l'autoriser. En Chine, dès 1965, elle connaîtra un développement considérable très rapidement. La Grande Bretagne est la première en Europe à l'expérimenter.

Des militantes et militants ouvrent dans une quasi clandestinité en 1961, le premier centre de planning familial à Grenoble. Il permettra la diffusion de diaphragmes venus clandestinement de Suisse ou de Grande Bretagne, cachés dans des pare chocs de voiture et de crèmes spermicides fabriquées et mises en tube (Alpagelle®) par le Dr Simon et ses amis.

La commercialisation du premier préservatif lubrifié aura lieu en 1961 par la société Durex.

C'est aussi en 1961 que la pilule Enovid® est introduite en France, et Anovlar® en 1964. Pour contourner la loi, ses propriétés contraceptives ne sont pas mentionnées. Officiellement, c'est un médicament pour régulariser les règles.

Dans les facultés de médecine de Tours et de Lyon est inscrit pour la première fois, fin 1964, un cours sur la contraception.

Nous pouvons voir qu'au fil du temps, de nombreuses méthodes contraceptives ont été élaborées et aujourd'hui leur usage varie beaucoup d'un pays à l'autre (2) :

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

La contraception orale : évolution des recommandations et des pratiques

1/ D'un point de vue international (3)

Depuis l'introduction des contraceptifs oraux combinés (COC) sur le marché mondial en 1961 (Cf. ci-dessus), leurs effets indésirables sont de mieux en mieux connus et en particulier le risque de thrombose veineuse. Ce risque a fait l'objet de nombreuses publications dans la littérature et est suivi au niveau national, européen et mondial par les autorités de santé. La composition des COC a évolué depuis les années 1960 : le contenu en éthynylestradiol (EE) a été diminué afin de limiter les risques d'effets indésirables (initialement 150 µg par comprimé puis 100 µg, 50 µg, 30 µg et 15 à 20 µg actuellement).

En parallèle, les progestatifs utilisés se sont diversifiés. Le sur-risque de thrombose veineuse lié aux COC contenant un progestatif dit de troisième génération (désogestrel ou gestodène) par rapport aux COC contenant du lévonorgestrel (2^e génération) est connu depuis 1995. Depuis cette date, les pilules oestroprogestatives de 3^e génération et celles comprenant de la drospirénone (dites de 4^e génération) ont été régulièrement évaluées par l'Agence européenne du médicament (EMA), la Food and Drug Administration (FDA) aux États-Unis ainsi que par d'autres agences (canadiennes, danoises notamment). Cependant, le rapport entre le bénéfice et le risque pour les femmes sous pilule oestroprogestative est resté favorable.

En 2001, l'EMA a réévalué le risque de thrombose veineuse avec les COC de 3^e génération contenant du désogestrel ou du gestodène. Elle a conclu qu'il existait un sur-risque de thrombose veineuse entre les COC de 2^e génération et les COC de 3^e génération contenant 30 µg d'éthynylestradiol (EE) et du désogestrel ou du gestodène. Pour les COC de 3^e génération contenant 20 µg d'EE, les données épidémiologiques ne suggèrent pas que le sur-risque soit moindre par rapport aux COC de 3^e génération qui ne contiennent que 30 µg d'EE. Enfin, l'Agence européenne a également conclu que le rapport bénéfice/risque des COC de 3^e génération restait positif et que le sur-risque de thrombose veineuse devait être mentionné dans l'autorisation de mise sur le marché (AMM) des COC de 3^e génération. L'indication thérapeutique des COC de 3^e génération n'a pas été modifiée par le Comité des médicaments à usage humain (CHMP).

En 2009, la publication d'une étude menée au Danemark concernant le risque de thrombose veineuse avec les COC contenant de la drospirénone (4^e génération) déclenche une réflexion européenne (EMA) sur ce risque. Entre 2009 et 2011, plusieurs publications sont examinées. En mai 2011, le sur-risque de thrombose veineuse pour les COC contenant de la drospirénone, par rapport aux COC de deuxième génération est confirmé. Ce sur-risque serait similaire à celui observé avec les COC de troisième génération (contenant du

gestodène ou du désogestrel) et deux fois plus élevé que celui observé avec les COC de 2ème génération (contenant du lévonorgestrel). La conclusion était que le rapport bénéfice/risque des COC contenant de la drospirénone restait toujours positif en soulignant que les thromboses veineuses étaient des événements rares.

D'autres pays ont également réévalué le rapport bénéfice/risque des COC de troisième et quatrième génération au regard du risque de thrombose veineuse (États-Unis, Canada). Tous les avis sont concordants : le rapport bénéfice/risque reste positif pour ces COC. Ces réévaluations ont toutes abouti à des mises à jour de l'information sur ce risque dans les résumés des caractéristiques du produit (RCP) nationaux.

En décembre 2011, l'agence canadienne a rappelé que même s'il existe un sur-risque, le risque absolu de thrombose veineuse reste très faible chez les femmes prenant un COC contenant de la drospirénone. L'agence canadienne recommande aux professionnels de santé d'évaluer soigneusement le rapport bénéfice/risque individuel avant de prescrire ces COC.

La FDA a finalisé en avril 2012 la réévaluation du risque de thrombose veineuse associé aux COC contenant de la drospirénone.

Une publication américaine récente a confirmé le sur-risque de thrombose veineuse avec les COC contenant de la drospirénone par rapport aux COC de première et deuxième génération.

En juillet 2013, l'ensemble des données disponibles (données d'exposition, données de pharmacovigilance, études pharmaco-épidémiologiques publiées ou non) a fait l'objet d'une analyse par la France et le Royaume- Uni qui étaient en charge de l'évaluation du dossier. Les résultats de celle-ci ont été présentés durant le PRAC (Comité pour l'évaluation des risques en matière de pharmacovigilance) du mois de juillet 2013 et ont à nouveau été examinés en octobre 2013. L'ensemble des membres du comité partagent les conclusions scientifiques suivantes :

- **Le rapport bénéfice/risque de chaque COC est favorable ;**
- L'efficacité de tous les COC est identique du point de vue de la contraception. Les données scientifiques disponibles n'apportent pas la preuve d'une différence en terme de tolérance entre les différents COC ;
- **Le risque thromboembolique, bien que faible, est supérieur chez les femmes utilisatrices de COC par rapport à celles qui n'en prennent pas ;**
- Les COC contenant du norgestimate ont un risque équivalent à celui des contraceptifs contenant du lévonorgestrel (risque de base);

- **Les COC contenant du gestodène, du désogestrel ou de la drospirénone présentent un sur-risque de thrombose veineuse par rapport à celui des contraceptifs contenant du lévonorgestrel ;**
- Il n'existe pas suffisamment d'études pour documenter le risque des COC contenant du diénogest, de la chlormadinone ou du nomégestrol ;
- Les différences de risques thromboemboliques veineux liées au progestatif sont insuffisamment connues des professionnels de santé et des femmes et les facteurs de risque insuffisamment pris en compte ;
- **Le sur-risque généré par les COC contenant du gestodène, du désogestrel ou de la drospirénone en termes d'événements thromboemboliques veineux et de décès au niveau européen a été reconnu.** Afin de mieux prendre en compte les différences de risque entre COC, le PRAC a proposé des modifications de l'autorisation de mise sur le marché afin de modifier l'indication, les contre-indications et précautions d'emploi des COC concernés par la réévaluation.

Les recommandations du PRAC ont été confirmées par le CHMP (du mois de novembre 2013).

2/ D'un point de vue national

Dans notre pays, les méthodes contraceptives ont connu une large diffusion depuis le vote en 1967 de la loi Neuwirth. Depuis cette date la France est devenue un des pays où la couverture contraceptive, notamment en ce qui concerne les méthodes nécessitant une prescription médicale, est la plus élevée au monde. Seules 3% des femmes en âge de procréer n'utilisent pas de moyen de contraception (4).

Depuis cette date, le cadre législatif français a été assoupli à plusieurs reprises afin de prendre en compte les évolutions de la société (4).

La dernière modification législative dans ce domaine concerne la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Parmi les 100 objectifs de santé publique, nous retrouvons l'objectif 97 « Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours ». (4)

Dès 2004, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis un document à l'attention des prescripteurs intitulé « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme ». Ce dernier s'appuie sur une idée centrale à savoir qu'une méthode contraceptive doit être adaptée à la vie affective et sexuelle de chaque femme. (4)

Le paysage contraceptif français a connu des évolutions notables en France au cours de la dernière décennie. Au début des années 2000 les femmes se sont vu proposer de

nouvelles méthodes hormonales de contraception comme l'implant, le patch et l'anneau vaginal (*figure 1*) et elles peuvent depuis accéder à la contraception d'urgence sans ordonnance, et gratuitement pour les mineures. (5)

La loi Aubry du 4 juillet 2001 a facilité l'accès à la contraception et à l'avortement chez les mineures en leur permettant de recourir au médecin de leur choix sans autorisation parentale ; elle a aussi légalisé la stérilisation à visée contraceptive. (5)

La pilule reste aujourd'hui la méthode de contraception la plus utilisée en France, une femme de 15-49 ans sur deux l'employait en 2010. Alors que la proportion de femmes y ayant recours n'avait cessé d'augmenter depuis la légalisation de la contraception en 1967, elle a légèrement diminué depuis le début des années 2000 (- 4,6 %). Cette baisse est globalement compensée par l'adoption des nouvelles méthodes hormonales (*figure 1*). Ces méthodes se sont diffusées au cours de la dernière décennie au point d'être utilisées par 4 % des femmes en 2010 (*figure 1*). Parmi elles, l'implant est la méthode la plus utilisée (2,6 % des femmes de 15-49 ans), devant l'anneau vaginal (1,0 %) et le patch contraceptif (0,4 %). (5)

L'utilisation de la pilule a diminué de façon différente selon l'âge des femmes. Chez les jeunes de 18-19 ans, la baisse (- 4,4 %) s'accompagne d'un usage plus fréquent du préservatif et des nouvelles méthodes hormonales. Chez les femmes de 20-24 ans, la baisse (- 10,4 %) n'est qu'en partie compensée par l'utilisation des nouvelles méthodes hormonales (+ 5,1 %) alors qu'elle l'est largement chez celles de 25-29 ans (- 5,8 % vs +6,9). (5)

S'agissant des autres méthodes de contraception, les évolutions de la dernière décennie sont en continuité avec les tendances précédentes : l'emploi du stérilet (ou dispositif intra-utérin, DIU) continue à diminuer légèrement tandis que l'utilisation du préservatif comme contraceptif progresse encore. Le recours aux autres méthodes comme le retrait ou la méthode des températures, en baisse régulière depuis les années 1970, s'est stabilisé depuis 2000 et concerne aujourd'hui 6,2 % des femmes. La stérilisation contraceptive continue quant à elle à ne concerner qu'une minorité de femmes (3,9 % d'entre elles et 0,3 % de leurs partenaires masculins) alors qu'elle a été légalisée en 2001 comme méthode contraceptive (Cf. ci-dessus). (5)

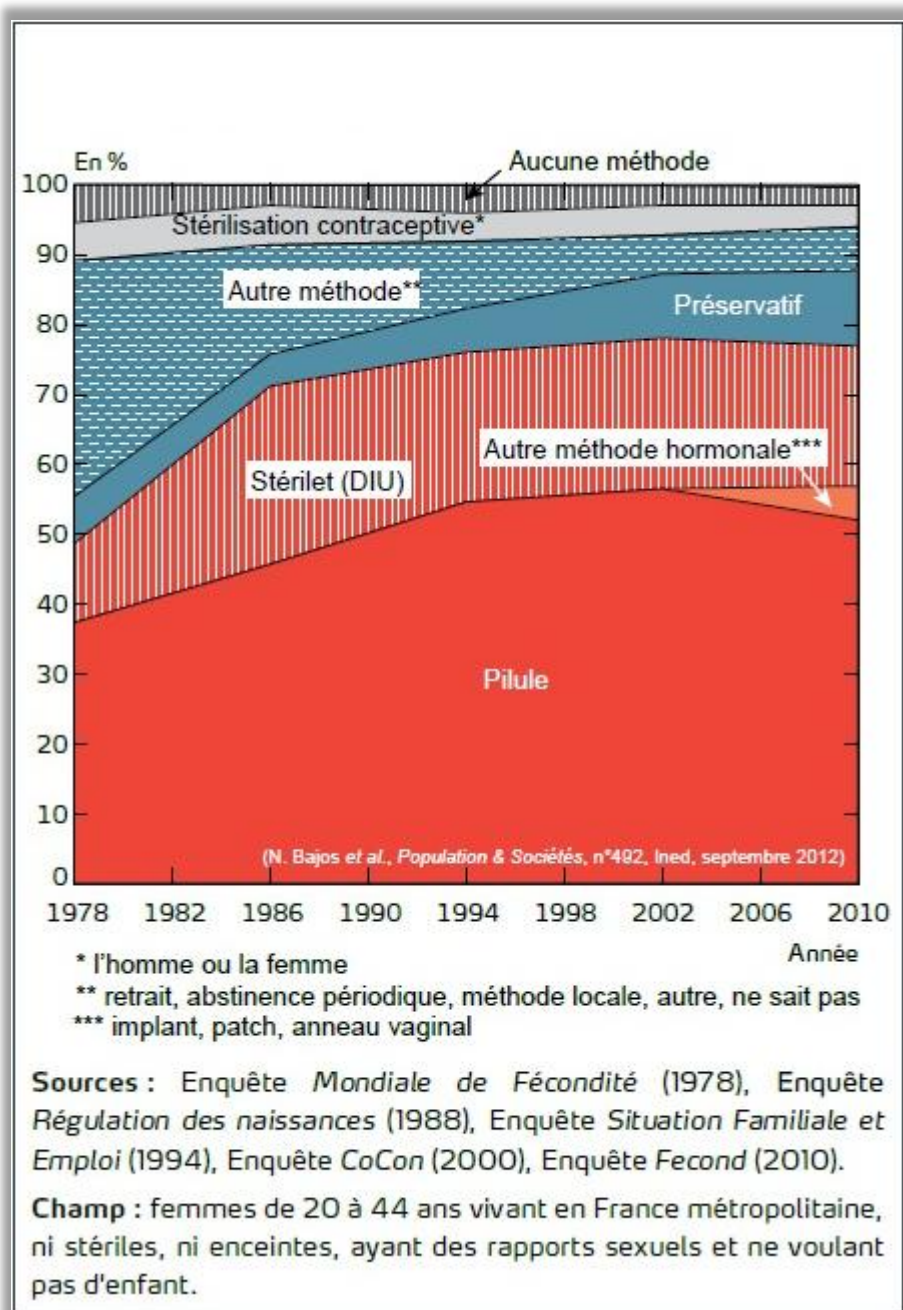


Figure 1 : Les méthodes de contraception utilisée en France. Evolution 1978 - 2010

Fin 2012 - début 2013, les pilules de 3^e et 4^e génération ont fait l'objet d'une controverse importante ayant abouti à la fin de leur remboursement dès mars 2013. En effet ce type de contraception a fait l'objet d'un débat médiatique, notamment à propos du risque de thrombose veineuse profonde associée à leur utilisation.

Rappel des faits : une jeune femme lourdement handicapée, Marion Larat, a accusé la pilule de troisième génération Meliane®, fabriquée par le géant pharmaceutique allemand Bayer, d'avoir provoqué son accident vasculaire cérébral. Le 14 décembre 2012, elle a déposé plainte pour "atteinte involontaire à l'intégrité de la personne humaine" contre le directeur général de Bayer Santé, auprès du procureur de Bobigny (Seine-Saint-Denis).

Plainte qui vise également le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), qui n'a pas demandé le retrait de cette pilule du marché, "en violation manifestement délibérée du principe de précaution". (6)

En réaction à cette affaire, **les autorités sanitaires françaises, qu'il s'agisse de la HAS ou de l'ANSM, ont recommandé fin décembre 2012, lorsqu'une contraception oestroprogestative est envisagée, de préférer en première intention les spécialités de 2e génération (voire de 1re génération [pour la HAS]) contenant du lévonorgestrel ou de la noréthistérone (pour l'ANSM). Ceci en raison du sur-risque vasculaire lié aux contraceptifs de 3e et 4e générations** et de leur absence de supériorité par rapport à ceux de 2e génération sur les effets indésirables : acné, prise de poids, nausées, mastodynies, dysménorrhée, aménorrhée, méno-métrorragies. (7)(8)

Remarque : Il faut savoir que, comme décrit précédemment, la position française au PRAC de réserver la prescription des pilules de 3^e génération en seconde intention n'a pas été suivie par une majorité des pays européens.

En janvier 2013, l'ANSM a initié en une réévaluation du rapport bénéfice/risque des contraceptifs hormonaux combinés (CHC, incluant les pilules, l'anneau vaginal et le patch) contenant des progestatifs dits de 3^e et 4^e générations (désogestrel, diénogest, gestodène, norgestimate, drospirénone, chlormadinone, nomégestrol, étonogestrel et norelgestromine). Elle a introduit une procédure d'arbitrage auprès des institutions communautaires au niveau européen.

En novembre 2013, le CHMP de l'EMA a adopté une position finale. Le rapport bénéfices/risques des CHC reste favorable, le risque bien connu de thromboembolie veineuse est maintenant mieux pris en considération.

En février 2014, l'ANSM a publié une nouvelle lettre d'information aux professionnels de santé à propos des contraceptifs hormonaux combinés (CHC), à savoir que le risque thromboembolique veineux associé à tous les CHC faiblement dosés (contenant moins de 50 µg d'éthinylestradiol) est faible.

De plus, les différences observées entre les CHC concernant le risque thromboembolique veineux (TEV), en fonction du type de progestatif qu'ils contiennent, sont bien documentées. **Les CHC contenant les progestatifs suivants : lévonorgestrel, noréthistérone ou norgestimate, sont ceux qui comportent le risque TEV le plus faible (Cf. figure 2 ci-dessous). Chez la plupart des patientes, les bénéfices associés à l'utilisation d'un CHC sont nettement supérieurs au risque de survenue d'effets indésirables graves. L'attention doit être portée sur les facteurs de risque individuels de chaque patiente et sur la nécessité de les réévaluer régulièrement.**

Lors de la prescription d'un CHC, il est également important de sensibiliser les patientes aux manifestations cliniques de TEV et de thromboembolie artérielle (TEA).

Progestatif contenu dans le CHC (associé à l'éthinylestradiol, sauf mention contraire)	Risque relatif vs. lévonorgestrel	Incidence estimée (pour 10 000 femmes par année d'utilisation)
Non utilisatrice de CHC, non enceinte	-	2
Lévonorgestrel	Réf.	5-7
Norgestimate / Noréthistérone	1,0	5-7
Gestodène / Désogestrel / Drospirénone	1,5-2,0	9-12
Étonogestrel / Norelgestromine	1,0-2,0	6-12
Chlormadinone / Diénogest/ acétate de nomégestrol (E2)	AC ¹	AC ¹

E2 – estradiol ; AC – à confirmer

¹ Des études supplémentaires sont en cours ou planifiées pour collecter des données suffisantes afin d'estimer le risque de ces spécialités.

Figure 2 : Risque de TEV associé aux contraceptifs hormonaux combinés

L'ANSM a aussi conjointement rédigé un document d'aide à la prescription relatif à l'utilisation des CHC (**Annexe 1**).

Au vu de ces nombreux bouleversements et de l'évolution des recommandations, l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) et l'INED (Institut national d'études démographiques), ont mené une enquête nommée *Fécond*, permettant d'étudier l'impact de ces événements sur les pratiques contraceptives et les représentations de la pilule (en France) en comparant la situation quelques mois après la survenue de ces incidents avec celle qui prévalait auparavant (en 2010). Des évolutions amorcées avant le débat médiatique, notamment le recul du recours à la pilule, observé depuis les années 2000, se sont renforcées, tandis que de nouvelles inégalités sociales de recours à la contraception sont apparues. (9)

Cette controverse semble avoir contribué à assouplir un modèle contraceptif fortement centré sur la pilule, alors même que de nombreuses femmes en soulignaient le caractère contraignant.

Aucune désaffection vis-à-vis de la contraception n'a été observée : parmi les femmes concernées par la contraception – ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant – seules 3 % n'utilisent aucune contraception, soit la même proportion qu'en 2010. Les méthodes utilisées pour éviter une grossesse ont cependant évolué. Près d'une femme sur cinq déclare avoir changé de méthode depuis le débat médiatique de 2012-2013 sur les pilules. Le recours à la pilule a baissé, passant de 50 % à 41 % entre 2010 et 2013. Cette diminution prolonge celle de 5 points observée entre le milieu des années 2000 et l'année 2010. En l'espace d'une décennie, le recours à la contraception orale a ainsi reculé de 14 points en France. (9)

La baisse observée depuis 2010, plus marquée que la précédente, s'est donc encore accentuée depuis la controverse de 2012-2013 : elle concerne de manière quasi exclusive les pilules incriminées dans le débat, celles dites de 3^e et 4^e génération, qui représentent désormais 10 % des méthodes contraceptives utilisées, contre 19 % en 2010. En d'autres termes, alors que 40 % des pilules utilisées en 2010 étaient de 3^e ou 4^e générations (45 % de 2^e génération et 15 % des pilules progestatives), cette proportion est passée à 25 % en 2013 (59 % pour celles de 2^e génération et 16 % pour les pilules progestatives). Néanmoins le

débat semble bel et bien avoir provoqué une désaffection à l'égard de la méthode elle-même, les transferts vers des pilules de 2^e génération ayant été de très faible ampleur (22 % d'utilisatrices de 2^e génération en 2010 et 23 % en 2013). Les femmes ont ainsi adopté d'autres méthodes de contraception, notamment le stérilet (ou dispositif intra-utérin DIU) (+ 1,9 point), le préservatif (+ 3,2 points) et d'autres méthodes comme les dates (rapports en dehors des périodes de fécondabilité) ou le retrait (+ 3,4 points) (*figure 3*). Si la pilule reste aujourd'hui encore la méthode de contraception la plus utilisée en France, les pratiques contraceptives apparaissent désormais beaucoup plus diversifiées. (9)

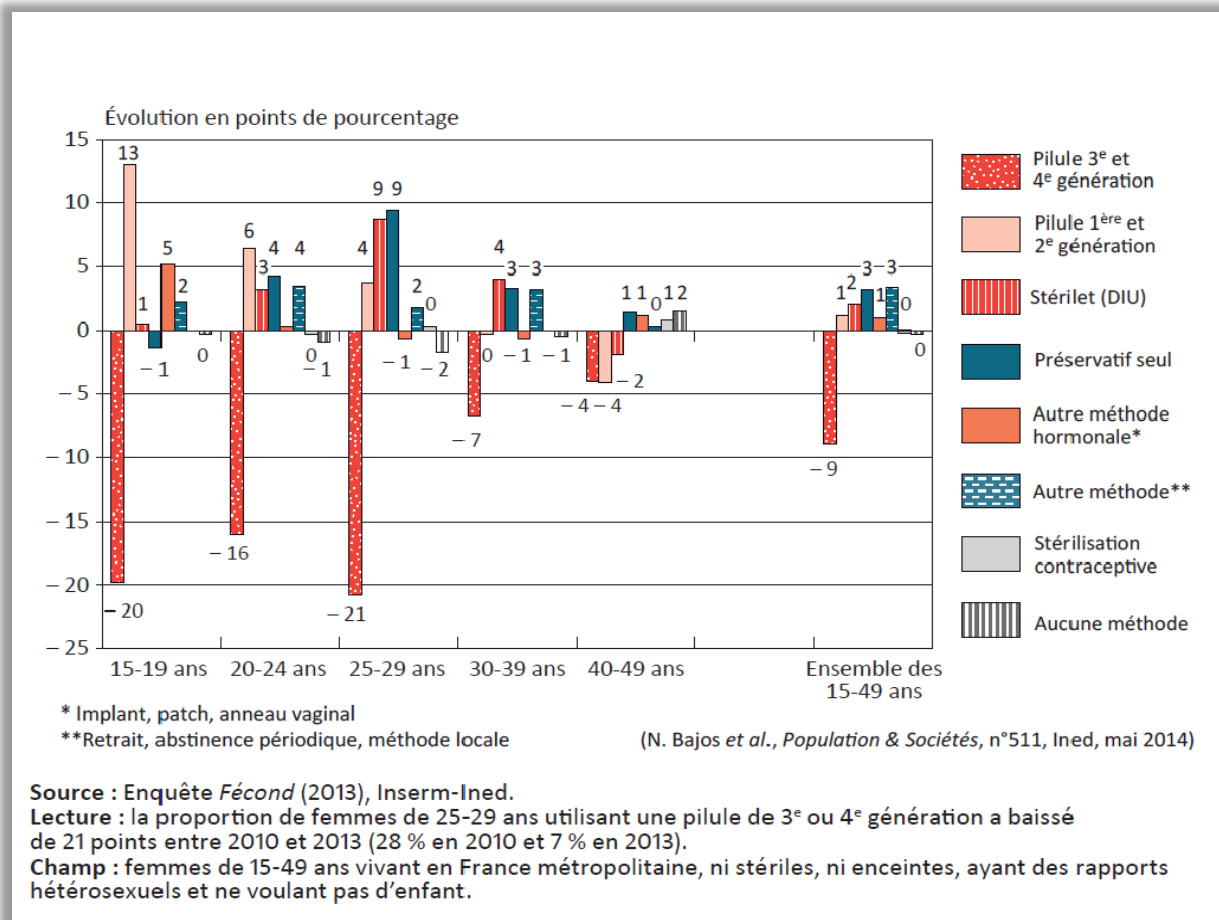


Figure 3 : Évolution des méthodes de contraception utilisées en France entre 2010 et 2013 selon l'âge des femmes

Ces dernières années, nous avons donc observé une franche évolution des recommandations sur la contraception, amorcée depuis le débat médiatique de 2012. L'enquête *Fécond* a mis en lumière un changement des habitudes contraceptives dans notre pays et dans cette lignée, j'ai donc souhaité effectuer une étude des pratiques professionnelles sur la prescription de la contraception chez les médecins généralistes en Limousin en 2014, afin de chercher si celles-ci correspondent aux dernières recommandations de l'HAS et de l'ANSM, et si cela pourrait correspondre à l'avènement d'un nouveau modèle contraceptif.

1. Les différents moyens de contraception en France en 2014(10)(11)(12)(13)(14)

1/ Avant-propos

La description des méthodes contraceptives est focalisée sur celles considérées comme très efficaces en utilisation correcte et régulière par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elles sont définies par un taux de grossesses non désirées pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation correcte et régulière de leur méthode contraceptive inférieur à 1. Compte tenu de leur efficacité, ces méthodes sont ainsi les plus susceptibles de diminuer le risque d'échec de contraception et donc le nombre d'interruption volontaire de grossesse (IVG).

L'efficacité d'une méthode contraceptive se mesure par l'*indice de Pearl*, indice théorique égal au pourcentage de grossesses "accidentelles" sur un an d'utilisation de la méthode.

À titre d'exemple, *indice de Pearl* = 2. Cela signifie que 2 femmes sur 100 utilisant la méthode contraceptive analysée pendant un an 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.).

A noter qu'à l'exception du préservatif, aucun des moyens contraceptifs décrits dans le tableau suivant ne protège des infections sexuellement transmissibles (IST), notamment de la contamination par le VIH. S'il existe un risque de contamination et afin de le réduire, l'utilisation correcte et systématique d'un préservatif est fortement recommandée en complément de tous ces moyens de contraception.

Le préservatif masculin est la seule méthode qui ait fait preuve de son efficacité dans la prévention de la transmission des infections sexuellement transmissibles. Son utilisation doit être recommandée des lors que les pratiques sexuelles exposent au risque d'IST du fait de l'existence de plusieurs partenaires, de relations occasionnelles ou de l'absence de relation stable (notamment chez l'adolescente).

Méthode	Échec avec utilisation correcte	Échec en emploi typique
Aucune méthode	85 %	85 %
Pilule	0,3 %	8 %
DIU au cuivre (« stérilet »)	0,6 %	0,8 %
DIU hormonal	0,1 %	0,1 %
Préservatif masculin	2 %	15 %
Coit interrompu	4 %	27 %
Préservatif féminin	5 %	21 %
Anneau vaginal	0,3 %	8 %
Patch contraceptif	0,3 %	8 %
Diaphragme	6 %	16 %
Cape cervicale	9 % / 26 % (nullipare / ayant un enfant)	16 % / 32 % (nullipare / ayant un enfant)
Éponge	9 % / 26 % (nullipare / ayant un enfant)	16 % / 32 % (nullipare / ayant un enfant)
Spermicides	18 %	29 %
Progestatifs injectables	0,3 %	3 %
Stérilisation masculine (vasectomie)	0,1 %	0,15 %
Stérilisation féminine (ligature des trompes)	0,5 %	0,5 %
Méthode du calendrier	9 %	25 %
Méthode des températures	jusqu'à 25 % [réf. nécessaire]	
Méthode symptothermique	2 %	25 %

Utilisation correcte = efficacité théorique

Emploi typique = efficacité pratique

Tableau 1 : Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS en 2011 (11)

Clés : 0-0.9% = très efficace 1-9 = efficace 10-25 = modérément efficace 26-32 = moins efficace

2/ Les différents moyens de contraception

2.1/ Les méthodes naturelles : le retrait et l'abstinence périodique

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

2.1.1/ Le retrait

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

2.1.2/ L'abstinence périodique

a) Méthode d'Ogino-Knauss

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

Il faut observer environ 12 cycles pour avoir une idée précise de la durée des cycles. Pour des cycles qui durent de 26 à 32 jours, la période d'abstinence doit se situer du 7ème au 18ème jour du cycle.

b) Méthode Billings ou de la glaire cervicale

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

c) Méthode des températures

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

d) Méthode symptométrique

Cette méthode combine les méthodes suscitées.

e) Tests d'ovulation

Ces tests identifient le pic de LH, 24 à 36 heures avant l'ovulation. Ils ont une efficacité limitée en cas de syndrome des ovaires poly-kystiques étant donné que la LH est augmentée de manière basale ce qui positive le test en dehors des périodes d'ovulation.

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

2.1.3/ La méthode MAMA ou méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

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

2.2/ Les méthodes barrières

Les méthodes barrières représentées par les diaphragmes en association à des spermicides (crème ou gel), les préservatifs féminins, les capes cervicales (à l'exclusion des femmes ayant accouché) ou l'utilisation de spermicides seuls (crème, mousse, gel, ovule et film vaginal) sont associées à des pourcentages de grossesses non désirées dans la première année d'utilisation compris entre 5 et 18 % lorsqu'elles sont utilisées correctement et régulièrement c'est-à-dire en condition parfaite d'utilisation. L'efficacité de ces méthodes est très dépendante du comportement des personnes les utilisant. Dans le cadre d'une

utilisation courante, ces chiffres sont compris entre 16 et 29 %. Les méthodes barrières comportent donc un risque d'échec contraceptif élevé dans leur emploi courant ; elles ne sauraient être recommandées en tant que telles à une seule fin contraceptive mais peuvent être choisies selon les préférences des personnes.

2.2.1/ Le diaphragme

Méthode très ancienne, elle est très peu utilisée actuellement.
Le diaphragme est en silicone en France.
Il doit être utilisé en association avec des spermicides.
Plusieurs tailles existent, le médecin doit évaluer la taille adaptée à la patiente.
Le diaphragme est placé en diagonal le long du vagin, il recouvre la paroi antérieure de celui-ci et le col utérin.
Il doit être posé avant chaque rapport sexuel et doit être retiré 6 heures après. Il ne doit pas être gardé plus de 24 heures dans le vagin. Il s'agit d'une méthode peu onéreuse (on peut utiliser le même diaphragme pendant 1 an) mais elle est contraignante.
Il semble diminuer le risque de néoplasie intra-épithéliale cervicale (CIN en anglais) dû à l'HPV mais ne protège pas contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

2.2.2/ La cape cervicale

Elle est encore moins utilisée que le diaphragme.
Elle est également en silicone en France.
Elle se place sur le col utérin comme un dé à coudre. L'utilisation concomitante de spermicide est nécessaire pour obtenir un effet contraceptif.
Le taux d'échec est plus important chez les multipares que les nullipares.

2.2.3/ Les spermicides

Ce sont des substances qui sont insérées dans le vagin sous forme d'ovule, de crème, de capsule, de comprimés, d'éponges et qui ont une activité spermicide. Elles doivent être insérées avant le rapport sexuel et leur durée d'action va de 3 à 10 heures.
Ils peuvent être utilisés seuls ou en association avec le diaphragme ou la cape cervicale.
Les spermicides disponibles en France sont commercialisés sous les noms : Alpagelle® et Pharmatex®.

2.2.4/ Les préservatifs masculins et féminins

Seuls moyens efficaces pour lutter contre les infections sexuellement transmissibles.
Ils sont à usage unique.
Le préservatif masculin est le plus souvent en latex, mais en cas d'allergie il peut être en polyuréthane.
Le préservatif féminin, Femidon® le plus souvent en polyuréthane ou en nitrile lubrifié, doit être placé plusieurs heures avant le rapport sexuel.

2.3/ La contraception hormonale

2.3.1/ La contraception oestroprogestative

Les mécanismes d'action de la contraception oestroprogestative sont:

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

a) La contraception orale

La pilule oestroprogestative peut être mono, bi ou tri-phasique, c'est à dire contenant différentes doses d'hormones au cours du cycle. Elle est composée d'éthinylestradiol de synthèse et d'un progestatif de synthèse.

Elle est minidosée ou macrodosée en fonction de la dose d'éthinylestradiol (50-35-30-20-15 microgrammes).

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

Elle peut être de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} génération ou autre en fonction du type de progestatif (Cf. tableau 2 ci-dessous).

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

Remarque : la lettre R signifie que le contraceptif oral est remboursé au 1^{er} mars 2013.

CONTRACEPTIFS ORAUX COMMERCIALISÉS EN FRANCE AU 1ER JANVIER 2013 (15)

<u>Génération progestatif</u>	<u>Dénomination commune (DC)</u>	<u>Phases</u>	<u>Dosage</u>	<u>Spécialités</u>	<u>Posologie</u>
1 ^{ère}	Noréthistérone	Triphasique	Noréthistérone 500 puis 750 μ g puis 1000 μ g, EE 35 μ g	Triella	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
2 ^e	Lévonorgestrel	Monophasique	Lévonorgestrel 150 μ g, EE 30 μ g	Minidril – Ludéal - Zikiale	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
2 ^e	Lévonorgestrel	Monophasique	Lévonorgestrel 100 μ g, EE 20 μ g	Leeloo – Lovavulo - Optilova	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
2 ^e	Lévonorgestrel	Biphasique	Lévonorgestrel 150 puis 200 μ g, EE 30 puis 40 μ g	Adépal - Pacilia	21 cp (7+14) + 7 j d'arrêt
2 ^e	Lévonorgestrel	Triphasique	Lévonorgestrel	Trinordiol –	21 cp

R

			50 puis 75 puis 125 µg, EE 30 puis 40 puis 30 µg	Amarance – Daily - Evanecia	(6+5+10) + 7 j d'arrêt
2 ^e	Norgestrel	Monophasique	Norgestrel 500 µg, EE 50 µg	Stédiril	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
3 ^e	Désogestrel	Monophasique	Désogestrel 150 µg, EE 20 µg	Mercilon - Désobel 150/20 - DésogestrelEthinyloestradiol 150/20 Biogaran - / Zentiva	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
3 ^e	Désogestrel	Monophasique	Désogestrel 150 µg, EE 30 µg	Varnoline - Désobel 150/30 - DésogestrelEthinyloestradiol 150/30 Biogaran / Zentiva	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
				Varnoline continu	21 cp actifs + 7 placebo
3 ^e	Gestodène	Monophasique	Gestodène 60 µg, EE 15 µg	Edenelle - Mélodia – Minesse – Optinesse - Sylviane - GestodèneEthinyloestradiol 60/15 Biogaran / Teva / Arrow / Zentiva	24 cp actifs + 4 placebo
3 ^e	Gestodène	Monophasique	Gestodène 75 µg, EE 20 µg	Harmonet, Méliane - Carlin 75/20 - Efezial 75/20 - Félixita 75/20 - GestodèneEthinyloestradiol 75/20 Actavis / Arrow /	21 cp (+ 7 j d'arrêt)

				Biogaran / EG / Ranbaxy / Ratiopharm / Sandoz / Teva / Zentiva / Zydus	
3 ^e	Gestodène	Monophasique	Gestodène 75 µg, EE 30 µg	Minulet – Monéva - Carlin 75/30 - Efezial 75/30 - Félixita 75/30 - GestodèneEthinylestradiol 75/30 Actavis / Arrow / Biogaran / EG / Ranbaxy / Ratiopharm / Sandoz / Teva / Zentiva / Zydus	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
3 ^e	Gestodène		Gestodène 50 puis 70 puis 100 µg, EE 30 puis 40 puis 30 µg	Phaéva - Tri- Minulet - Perléane	21 cp (6+5+10) + 7 j d'arrêt
3 ^e	Norgestimate	Monophasique	Norgestimate 250 µg, EE 35 µg	Cilest - Effiprev	
3 ^e	Norgestimate	Triphasique	Norgestimate 180 µg puis 215 µg puis 250 µg, EE 35 µg	Tricilest - Triafemi	21 cp (7+7+7) + 7 j d'arrêt
Autres (parfois appelées 4^{ème} génération)	Chlormadinone	Monophasique	Chlormadinone 2 mg, EE 30 µg	Bélara	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
Autres (parfois appelées 4^{ème} génération)	Drospirénone	Monophasique	Drospirénone 3 mg, EE 30 µg	Jasmine – Convuline - Drospibel 3 mg / 30 µg - Drospirenone Ethinylestradiol 3 mg / 30 µgBiogaran	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
Autres (parfois	Drospirénone	Monophasique	Drospirénone 3 mg, EE 20 µg	Jasminelle – Bélanette -	21 cp (+ 7 j

appelées 4ème génération)				Drosibel 3 mg / 20 µg - DrospirenoneEthinylestradiol 3 mg / 20 µg Biogaran	d'arrêt)
				Jasminelle continu - Drospirenone Ethinylestradiol 3 mg / 20 µg Biogaran continu	21 cp actifs + 7 placebo
				Yaz – Rimendia	24 cp actifs + 4 placebo
Autres (parfois appelées 4ème génération)	Diénogest	Multiphasique	Diénogest 5 paliers en mg : 0, 2, 3, 0 puis 0 Valérate d'estradiol 5 paliers en mg : 3, 2, 2, 1 puis 0.	Qlaira	26 cp actifs (2+5+17+2) et 2 placebo
Autres (parfois appelées 4ème génération)	Nomégestrol	Monophasique	Nomégestrol acétate 2,5 mg, estradiol 1,5 mg	Zoely	24 cp actifs + 4 placebo

Tableau 2 : les différents contraceptifs oestroprogestatifs

Tous les contraceptifs oraux oestroprogestatifs (COEP) ont une efficacité globalement comparable. Leur indice de Pearl dans les essais cliniques se situe entre 0 et 0,7. L'efficacité des COEP peut néanmoins diminuer en cas d'oubli de prise, de vomissements ou de diarrhées sévères, ou lorsque certains traitements leur sont associés (liste non exhaustive) :

- des antiépileptiques (phénobarbital, phénytoïne, primidone, carbamazépine...);
- des antituberculeux (rifampicine, isoniazide, rifabutine);
- des antiprotéases (contre le virus du sida);
- des antimigraineux (dihydroergotamine);
- des psychostimulants (modafinil);
- des antifongiques (griséofulvine);
- le millepertuis

Il faut savoir que tous les COEP entraînent une augmentation du risque d'événement thromboembolique veineux (phlébite, embolie pulmonaire) et artériel (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral ischémique) (7) (8) (16).

C'est pourquoi, toute prescription de COEP doit être précédée d'une recherche des facteurs de risque personnels ou familiaux de thrombose.

En effet, si le risque de survenue d'un événement cardiovasculaire lié aux COEP est rare, il est accru en cas d'association à d'autres facteurs de risque, à réévaluer à chaque prescription, notamment :

- Tabagisme : l'arrêt du tabac doit être préconisé et accompagné d'une aide au sevrage
- Anomalies de la coagulation, en particulier d'origine génétique (déficit en antithrombine, en protéine C, en protéine S, résistance à la protéine C activée ou recherche de la mutation du facteur V de Leiden et de la mutation de la prothrombine ou facteur II G20210A) : ces anomalies doivent être recherchées en cas d'antécédents familiaux et personnels d'accidents thromboemboliques
- Âge : le risque thromboembolique augmentant avec l'âge, le rapport bénéfice/risque des COEP devra être réévalué de façon plus importante à partir de 35 ans.

Par ailleurs, les utilisatrices de COEP doivent être informées des signes évocateurs de maladie thromboembolique veineuse :

- Œdème unilatéral de la cuisse, de la jambe ou seulement du mollet, douleur unilatérale avec ou sans œdème, notamment d'un des deux mollets ;
- Essoufflement soudain, douleur thoracique, crachat sanglant,

Ou artérielle :

- Déformation de la bouche, faiblesse d'un côté du corps, bras ou jambe, troubles de la parole,
- Douleur inhabituelle ou brutale dans la poitrine à type de pesanteur ou de serrement, au niveau du sternum pouvant irradier dans le bras gauche, ou dans la mâchoire.

Les contraceptifs oraux de 3^e génération (C3G) exposent les femmes à un sur risque d'événement thromboembolique veineux par rapport aux contraceptifs oraux de 1^{ère} (C1G) et 2^e génération (C2G) contenant moins de 50 µg d'éthinylestradiol :

- Chez la femme en bonne santé sans autre facteur de risque, ce risque est d'environ 0,02 % par an avec les C2G contenant moins de 50 µg d'éthinylestradiol ; avec les C3G, il est de 0,04 % par an (soit 4 accidents au lieu de 2 par an pour 10 000 utilisatrices) ;
- Le risque thromboembolique veineux lié aux COEP est maximal dans les 12 premiers mois. Il diminue avec la durée de la contraception, mais le sur risque lié aux C3G par rapport aux C1G/C2G persiste.

Il n'a pas été démontré d'intérêt clinique supplémentaire des C3G par rapport aux C1G/C2G sur les effets indésirables comme les nausées, les jambes lourdes, les gastrodynies, la dysménorrhée, l'aménorrhée ou les méno-métrorragies, pas plus que sur l'acné ou les variations de poids.

Les données de la littérature rapportent également une augmentation potentielle du risque de cancers du sein, du col utérin, des cancers et tumeurs bénignes du foie pour tous les COEP. Ces cancers sont peu fréquents dans les tranches d'âge les plus jeunes mais augmentent avec l'âge. A l'inverse, la contraception oestroprogestative orale a des effets bénéfiques potentiels sur la survenue du cancer de l'endomètre, de l'ovaire et du cancer colorectal.

Le traitement doit être arrêté en cas :

- d'augmentation significative de la pression artérielle chez des patientes ayant des antécédents d'hypertension artérielle,
- de survenue ou d'exacerbation de migraine ou d'apparition de céphalées inhabituelles, récurrentes, persistantes ou sévères.

b) L'anneau (non remboursable)

L'anneau Nuvaring® délivre 120 µg d'etonogestrel (progestatif de 3^e génération) et 15 µg d'éthinylestradiol par 24 heures. L'effet contraceptif de Nuvaring® repose principalement sur l'inhibition de l'ovulation. L'indice de Pearl est compris entre 0,64 et 0,96 selon le mode de calcul dans les essais cliniques.

L'anneau est placé dans le fond du vagin pendant 3 semaines puis il doit être retiré une semaine afin de permettre l'hémorragie de privation. Il a les mêmes contre-indications que la pilule oestroprogestative. Son intérêt par rapport à la pilule est d'améliorer l'observance. Si l'anneau reste en dehors du vagin plus de 3 heures, son efficacité diminue, il faut alors appliquer les mêmes règles que pour un oubli de pilule de plus de 12 heures.

c) Le patch (non remboursable)

Le patch Evra® délivre 150 µg de norelgestromine (progestatif de 3^e génération) et 20 µg d'éthinylestradiol par 24 heures. Le principal mécanisme d'action d'EVRA est l'inhibition de l'ovulation par inhibition des gonadotrophines ; les modifications de la glaire cervicale et de l'endomètre peuvent également contribuer à son efficacité. L'indice de Pearl est compris entre 0,72 et 0,90 selon le mode de calcul dans les essais cliniques.

On utilise un patch par semaine, 3 semaines consécutives avec un intervalle libre d'une semaine sans patch (comme la pilule à 21 comprimés) afin de permettre l'hémorragie de privation. Il a les mêmes contre-indications que la pilule oestroprogestative. Comme l'anneau, son intérêt par rapport à la pilule est d'améliorer l'observance. Une diminution de son efficacité a été rapportée chez les femmes obèses. L'efficacité ne diminue pas en cas d'oubli de changement de patch jusqu'à 48 heures.

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

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

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

2.3.2/ La contraception progestative

Le mécanisme d'action des progestatifs sont :

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

a) La contraception orale à base de progestatifs

- Les faiblement dosées en administration continue

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

A noter que contrairement à Microval®, Cérazette® agit aussi en inhibant l'ovulation. L'indice de Pearl (indice total) est de 0,4, si le délai de prise d'un comprimé oublié est inférieur ou égal à 3 heures pour Cérazette® (et génériques) et il est de d'environ 1 pour Microval®.

Elles sont administrées en continu, le comprimé doit être pris tous les jours à la même heure. Il n'y a pas d'hémorragie de privation mais les spottings sont fréquents.

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

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

Génération progestatif	Dénomination commune (DC)	Phases	Dosage	Spécialités	Posologie
2 ^e	Lévonorgestrel	---	Lévonorgestrel 30 µg	Microval	28 cp
3 ^e	Désogestrel	---	Désogestrel 75 µg	Cérazette - Désogestrel 75 µg Actavis / Biogaran / Mylan / Teva -- Antigone	28 cp

Tableau 3 : les différents contraceptifs microprogestatifs

- Les fortement dosés en administration discontinue

Il s'agit de progestatifs de synthèse (Lutényl, Lutéran, Surgestone), classiquement indiqués dans le traitement des troubles de la péri-ménopause liés à l'hyperoestrogénie relative, et dans le traitement hormonal substitutif de la ménopause.

Ils ont un effet anti-gonadotrope avec blocage de l'ovulation.

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

Ils doivent être administrés du 5ème au 25ème jour du cycle.

b) L'implant sous-cutané (remboursable)

L'implant est disponible en France depuis 2001.

L'effet contraceptif de Nexplanon® est principalement dû à une inhibition de l'ovulation. Cette spécialité agit aussi en modifiant la glaire cervicale, ce qui gêne le passage des spermatozoïdes.

L'indice de Pearl dans les études cliniques est de 0,00. Cependant, en pratique aucune méthode ne peut être considérée comme efficace à 100 %.

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

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

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

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

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

c) Les injections (remboursables)

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

L'effet contraceptif est lié :

- à l'inhibition de l'ovulation par action anti gonadotrope ;
- à une modification de la glaire cervicale, rendant celle-ci impropre au passage des spermatozoïdes ;
- à une inhibition de la nidation au niveau de l'endomètre.

L'indice de Pearl est de 0.3.

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

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

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

En France la contraception progestative injectable reste très peu prescrite.

2.4/ Les dispositifs intra-utérins ou stérilets (DIU)

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

Le DIU peut être posé après 4 semaines dans le post-partum. En revanche, il peut être mis en place immédiatement après une interruption volontaire de grossesse.

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

Il est posé pour une durée de 5 ans.

Seul le DIU au cuivre peut être proposé aux jeunes femmes nullipares.

NB : Il n'y a pas de différence significative d'efficacité contraceptive entre un DIU au cuivre de surface supérieure à 250 mm² et le DIU au levonorgestrel.

2.4.1/ Le DIU au cuivre

Le mode d'action principal du DIU au cuivre est un effet cytotoxique du cuivre sur les gamètes à l'origine d'une altération des spermatozoïdes, entraînant ainsi une inhibition de la fécondation.

Le DIU agit également en provoquant une inflammation locale de l'endomètre qui empêche l'implantation dans l'utérus de l'ovocyte fécondé.

Surface de cuivre	Taille	Nom commercial
375 mm²	standard	GYNELLE 375
375 mm²	Standard / SL short	MONA LISA Cu 375
375 mm²	Standard / short	MULTI LOAD Cu 375
375 mm²	standard	ANCORA 375 Cu
380 mm²	standard	MONA LISA CuT 380A QL
380 mm²	standard	MONA LISA NT Cu380A
380 mm²	Standard / short	NT 380
380 mm²	Standard / short	TT 380
380 mm²	Standard / short	UT 380
380 mm²	mini / normal / maxi	NOVAPLUS T380
380 mm²	standard	COPPER T380A

380 mm ²	standard	SUGANT 380A Cu
---------------------	----------	----------------

Tableau 4 : Dispositifs intra utérins remboursables et disponibles en France au 31 janvier 2013 (liste non exhaustive)

Le pourcentage de grossesses non désirées dans la première année d'utilisation est inférieur à 1. Il est de 0,6 % en utilisation correcte et régulière et passe à 0,8 % en emploi courant.

2.4.2/ Le DIU à la progestérone (remboursable)

Le seul commercialisé est Miréna® au lévonorgestrel (progestatif de synthèse). Il libère 20 microgrammes de lévonorgestrel par 24 heures pour un total de 52.00 mg. Le mécanisme d'action de Miréna® repose sur l'inhibition de la croissance de l'endomètre par effet local et l'épaississement de la glaire cervicale la rendant impropre aux spermatozoïdes. A ces mécanismes s'ajoute la réaction inflammatoire empêchant la nidation.

L'indice de Pearl est de 0,2 et le taux d'échec cumulatif est d'environ 0,7 % à 5 ans.

2.5/ La stérilisation

La stérilisation est la suppression délibérée et réfléchie de la fécondité sans atteinte des autres fonctions sexuelles ou endocrines.

L'article L2123-1 du Code de la santé publique (CSP) est ainsi rédigé :

« La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences ». (17)

Cet acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé et après une consultation auprès d'un médecin.

Ce médecin doit au cours de la première consultation :

- informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention ;
- lui remettre un dossier d'information écrit.

Il ne peut être procédé à l'intervention qu'à l'issue d'un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.

Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l'intéressée de son refus dès la première consultation.

Un livret, récapitulant les informations essentielles à communiquer sur la stérilisation, a été élaboré par le ministère de la Santé et doit être remis à ce titre aux personnes concernées. Sa remise ne remplace pas la délivrance d'une information orale sur le sujet. **(Annexe 1)**

En pratique, en 2004, l'ANAES recommandait :

- de présenter les techniques de stérilisation féminine et masculine comme irréversibles même si le recours à certaines techniques de procréation médicalement assistée est parfois envisageable et s'il existe des possibilités de reconstitution chirurgicale. L'efficacité de ces dernières n'est en effet pas garantie et est variable en fonction des méthodes choisies
- de n'envisager la stérilisation chez les femmes jeunes ou nullipares qu'avec la plus grande réserve et la plus grande précaution. La littérature démontre en effet que le risque de regrets suite à l'intervention est d'autant plus élevé que la femme est jeune et qu'elle a peu (ou pas) d'enfants à la date de l'intervention.

Il est recommandé d'évoquer de manière systématique avec la femme qui envisage cette méthode, le risque de regret potentiel et d'explorer avec elle ses motivations et son éventuel futur désir d'enfant.

2. Synthèse des recommandations de prescription d'une contraception (22)

Comme nous l'avons cité précédemment, le modèle contraceptif a fortement évolué et notamment ces dernières années avec l'avènement de nouvelles méthodes contraceptives. Compte tenu des faits nouvellement publiés, l'OMS a donc décidé de réviser la 3^e édition des critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives (2004) et ainsi de formuler des nouvelles recommandations en 2009 que l'on retrouve dans la 4^e édition des critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives.

Il existe plusieurs types de populations pour lesquelles la prescription d'une contraception présente des particularités : l'adolescente, le post-partum et post-abortum, la femme au-delà de 35-40 ans et la femme à risque cardiovasculaire. Je vais m'intéresser plus particulièrement à cette dernière catégorie car elle a fait l'objet de nombreuses recommandations récentes, et cela permettra d'éclairer les réponses à la partie « Mise en situation » de mon questionnaire.

Ces recommandations ont été adaptées au contexte français selon les recommandations de bonne pratique et les pratiques professionnelles les plus récentes, ainsi que selon les avis de groupes de lecture et des données réglementaires dont les résumés des caractéristiques des produits (RCP).

Parmi les organisations ayant participé à l'adaptation au contexte français nous retrouvons :

- la Haute Autorité de Santé
- la Société Française d'Endocrinologie
- le groupe d'étude sur l'hémostase et la thrombose
- la Société Française de Médecine Vasculaire



- L'Académie de Médecine

Il existe quatre niveaux d'éligibilité :


 **Méthode utilisable sans aucune restriction d'utilisation, suivi normal (catégorie 1, OMS)**

Méthode utilisable de manière générale avec un suivi plus attentif qu'en règle normale (catégorie 2, OMS)

Les avantages de la méthode contraceptive sont généralement supérieurs aux inconvénients.


 **Méthode non recommandée de manière générale, à moins qu'aucune autre méthode appropriée ne soit disponible ou acceptable ; elle nécessite un suivi rigoureux (catégorie 3, OMS)**

Les risques théoriques ou avérés l'emportent sur les avantages procurés par l'emploi de la méthode.

 **Méthode à ne pas utiliser (catégorie 4, OMS)**
L'emploi de la méthode expose à un risque pour la santé inacceptable.

J'ai repris la présentation des recommandations sous forme de tableaux fournis par l'HAS car je trouve que cela représente clairement et de façon synthétique les niveaux d'éligibilité de chaque moyen de contraception en fonction de chaque facteur de risque cardiovasculaire.

Il convient tout d'abord de savoir identifier une femme présentant un risque cardiovasculaire. Cela passe par un interrogatoire complet et précis sur les antécédents familiaux et personnels de la patiente. Nous nous attacherons donc à connaître :

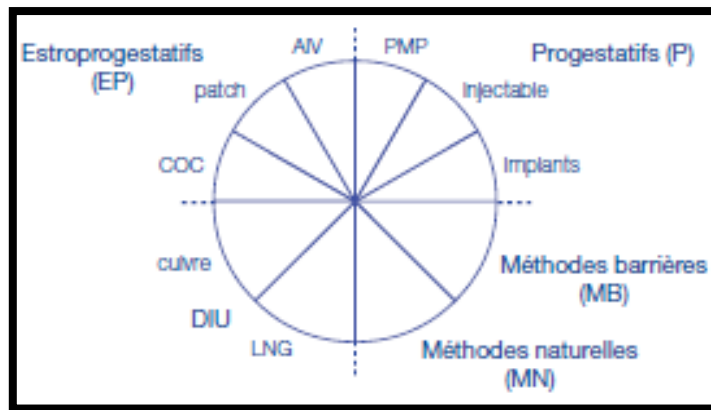
- L'âge
- Les antécédents personnels avec ou sans facteurs déclenchants :
 - d'accidents thromboemboliques veineux (thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire) ou artériels, coronariens, accidents vasculaires cérébraux, facteurs génétiques de risque de thrombose ;
 - hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, anomalies de la coagulation (héréditaires ou non), maladie variqueuse ;
 - pathologie médicale majorant le risque thrombotique (lupus, maladies inflammatoires de type maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, syndrome myéloprolifératif, cancer, etc.).

- Les antécédents familiaux chez les apparentés au 1^{er} degré (parents, frères et sœurs ou enfants) :
- d'accidents thromboemboliques veineux, survenus notamment avant l'âge de 50-60 ans (selon les circonstances de survenue) ;
- d'accidents thromboemboliques artériels, hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie.
 - L'existence de céphalées, migraines, avec ou sans aura.
 - La consommation de tabac.

Puis nous réaliserons un examen clinique et prescrirons un bilan biologique afin de rechercher d'éventuelles contre-indications :

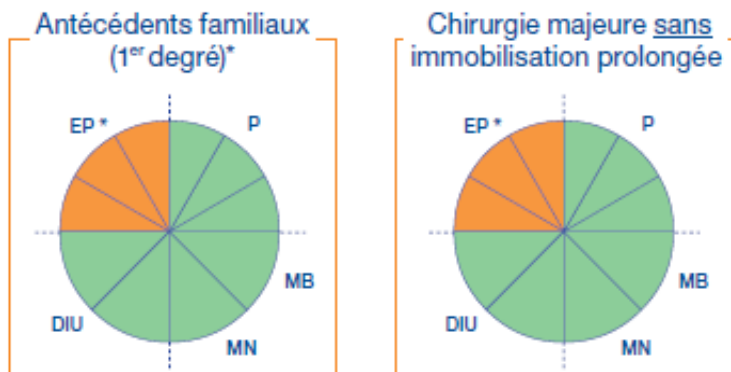
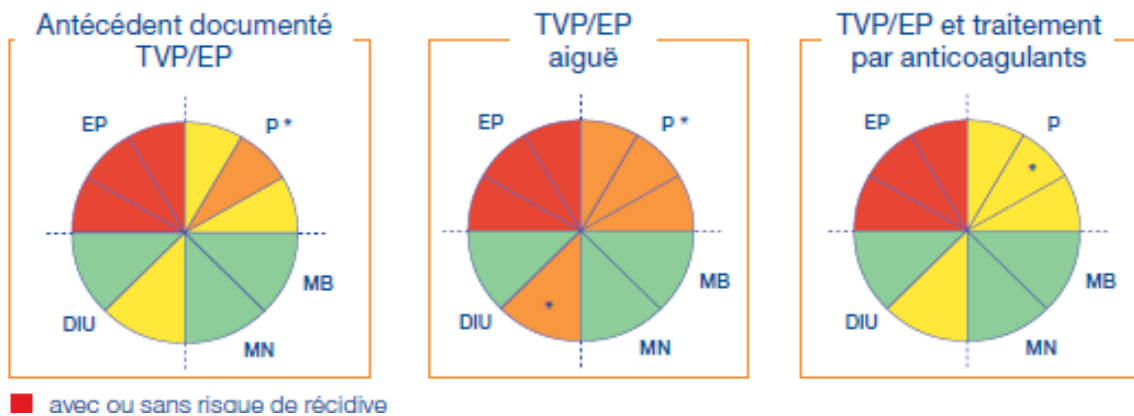
- Examen général, poids, taille, indice de masse corporelle, tension artérielle, état veineux des membres inférieurs.
- Bilan biologique lors de la prescription d'une contraception hormonale.

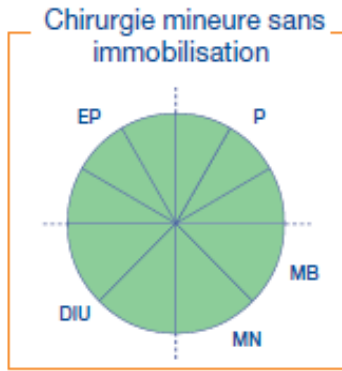
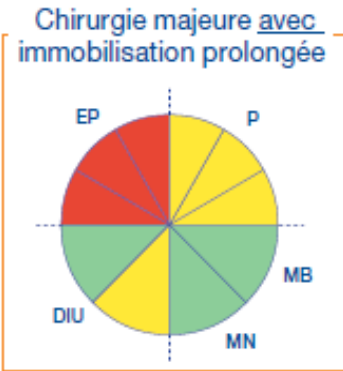
Les différents types de contraceptifs



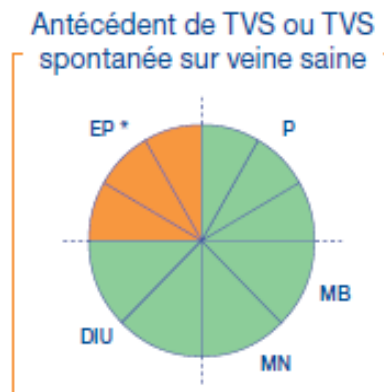
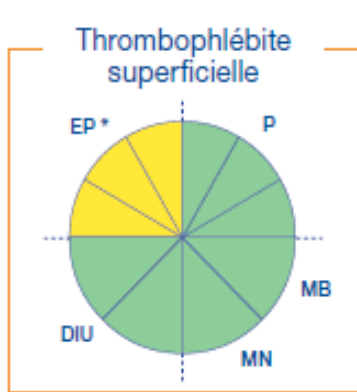
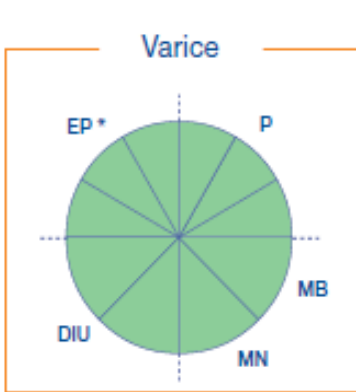
NB : les astérisques correspondent à certaines particularités liées au contexte français.

• **Thrombose veineuse profonde (TVP) et embolie pulmonaire (EP)**



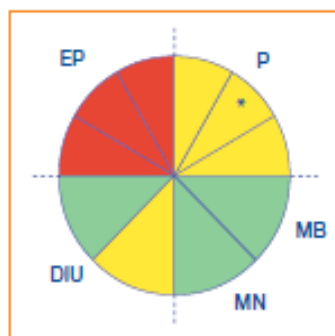


- **Thrombose veineuse superficielle**

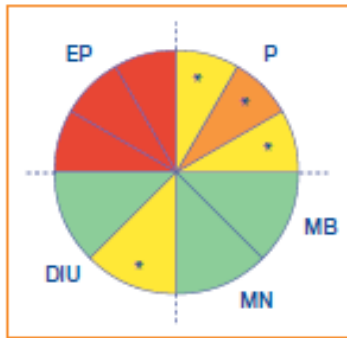


- **Facteurs héréditaires de thrombose**

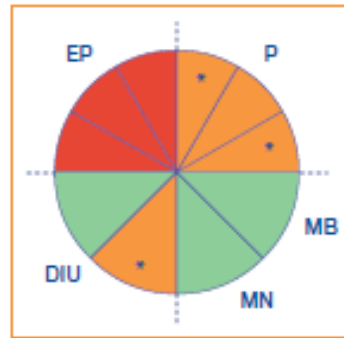
Facteur V Leiden,
F II20210A ou déficit
en protéine C ou S,
antithrombine*



- **Cardiopathie ischémique (ancienne ou actuelle)**



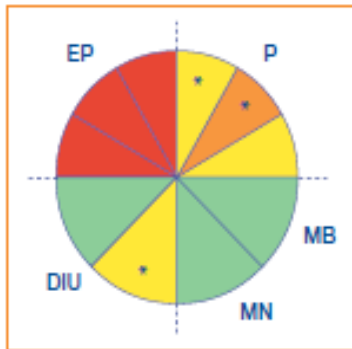
instauration
d'une contraception



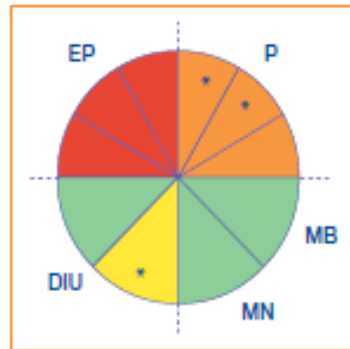
contraception
déjà en cours

- **Accident vasculaire cérébral**

Antécédents*



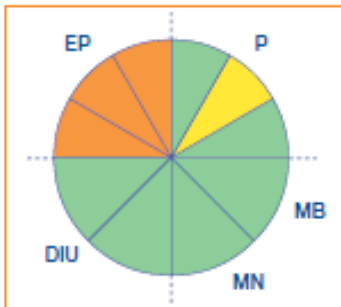
instauration
d'une contraception



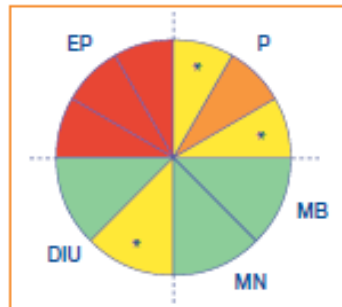
contraception
déjà en cours

- **Hypertension artérielle**

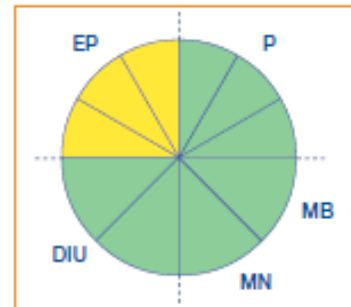
HTA bien contrôlée et mesurable
OU HTA élevée (systolique 140-159
ou diastolique 90-99 mmHg)



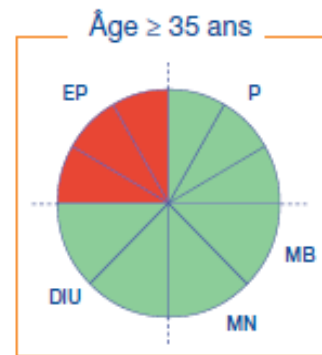
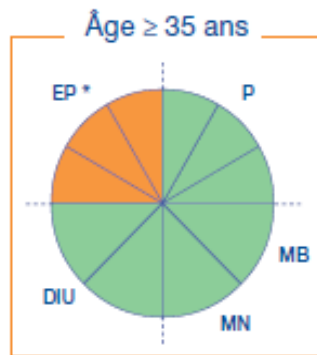
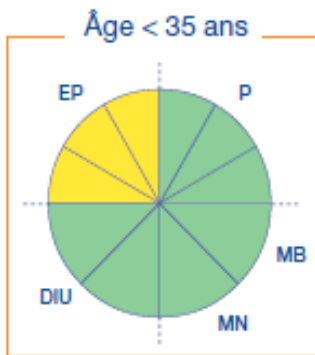
HTA élevée (systolique ≥ 160
ou diastolique ≥ 100 mmHg)
OU pathologie vasculaire



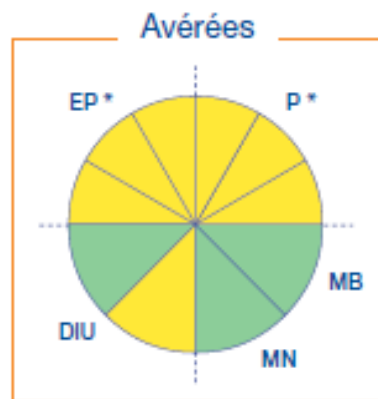
Antécédent d'HTA gravidique
(quand la tension artérielle
mesurée est normale)



- Tabac

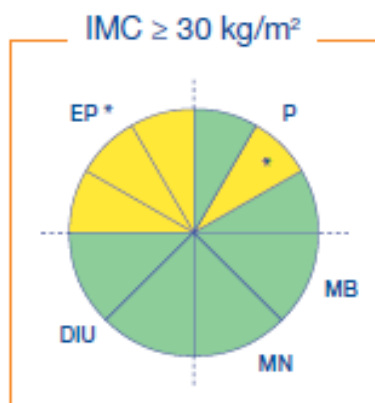


- Hyperlipidémies sévères



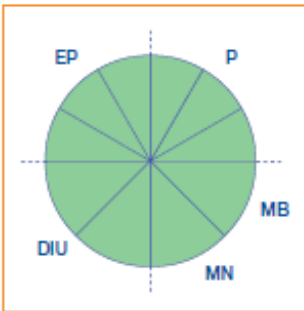
EP = selon type, gravité et autres facteurs de risque, passage en catégorie 3 ■

- Obésité

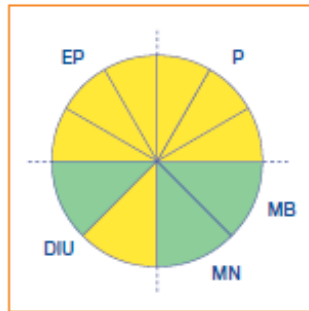


- **Diabète**

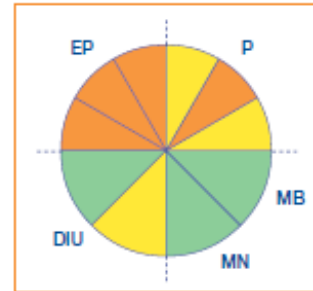
Antécédents diabète gestationnel



Sans complication vasculaire (type 1 ou 2)



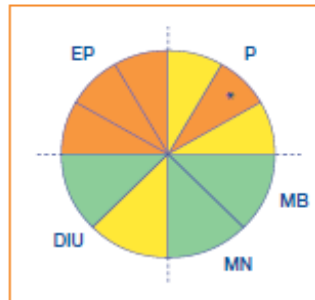
Autres complications vasculaires
Diabète > 20 ans d'évolution



EP = selon gravité, passage en catégorie 4 ■

- **Facteurs de risque multiples cardiovasculaires**

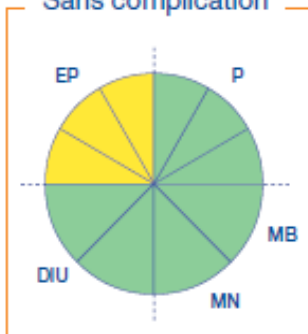
Diabète, tabac, âge, HTA, etc.



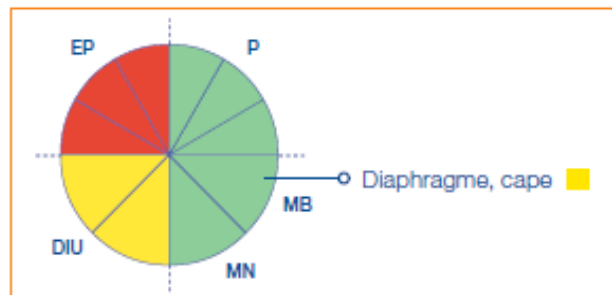
EP = selon les associations de facteurs, passage en catégorie 4 ■

- **Valvulopathies cardiaques**

Sans complication



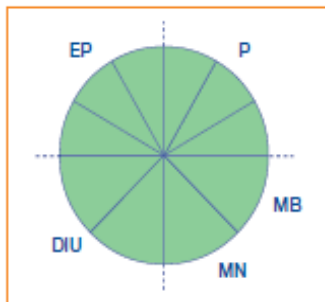
Avec complication
(hypertension artérielle pulmonaire, fibrillation atriale, antécédents d'endocardite bactérienne)



DIU = antibiothérapie préventive pour insertion

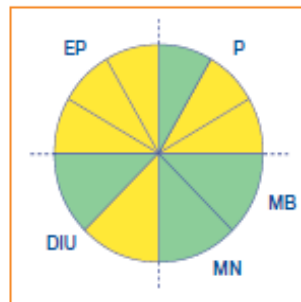
- Céphalées

Céphalées non migraineuses
(légères ou sévères)

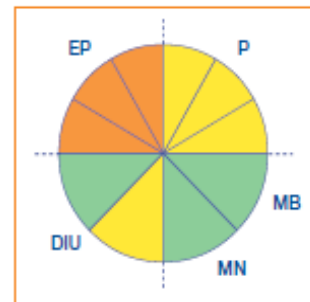


EP = si déjà sous contraception, catégorie 2 ■

Migraines, sans aura, femme < 35 ans

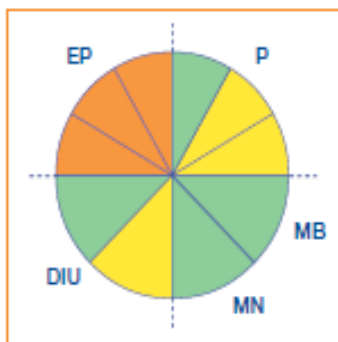


instauration d'une contraception

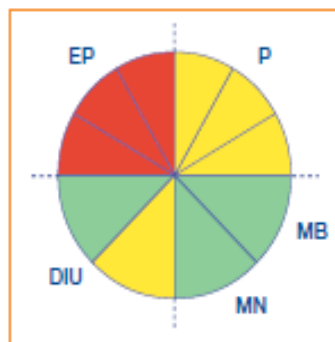


contraception déjà en cours

Migraines, sans aura, femme ≥ 35 ans

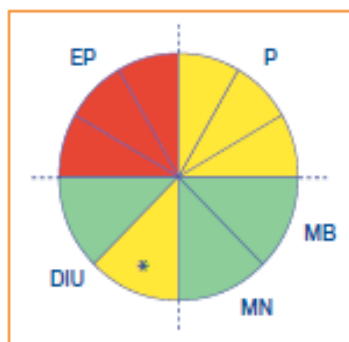


instauration d'une contraception

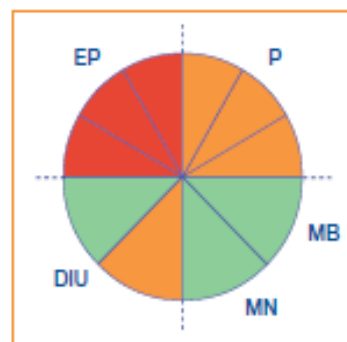


contraception déjà en cours

Migraines avec aura



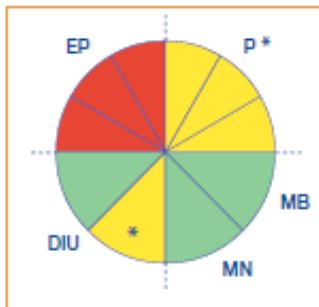
instauration d'une contraception



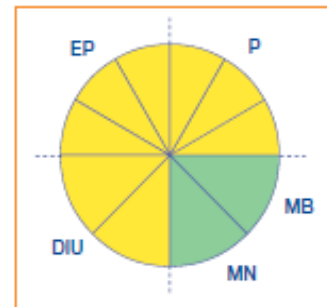
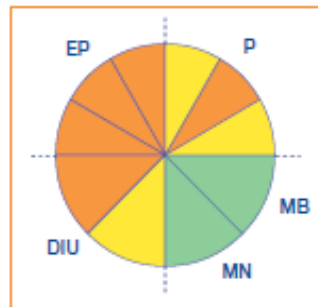
contraception déjà en cours

- **Lupus érythémateux disséminé, syndrome des antis phospholipides**

Anticorps antiphospholipides*



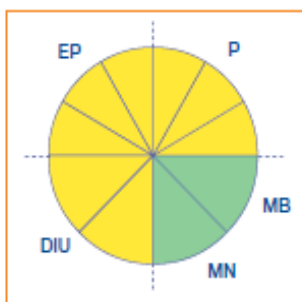
Thrombocytopénie grave



instauration
d'une contraception

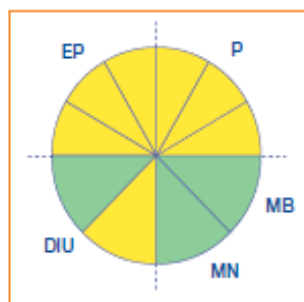
contraception
déjà en cours

Traitement immunosuppresseur

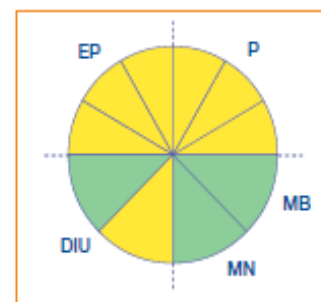


instauration
d'une contraception

Aucun des facteurs ci-dessus



contraception
déjà en cours



Au terme de la consultation, le médecin devra :

- Informer les femmes du risque de thrombose artérielle ou veineuse (en particulier lors de la prescription d'oestrogestatifs ou de longs voyages, notamment en avion).
- Les alerter quant aux signes cliniques évocateurs qui doivent les amener à consulter rapidement: œdème, douleur inexplicable au niveau du membre inférieur, de l'aîne ou du bas du dos, fatigue brutale inexplicable, dyspnée, douleur thoracique, hémoptysie, apparition ou aggravation de céphalées, déformation de la bouche, hémiparésie, dysphasie, etc.
- Informer sur les possibilités de sevrage en cas de tabagisme.

Enfin, il faudra mettre en place un suivi médical spécifique :

- Le risque de thrombose augmente avec l'âge et l'usage de tabac.
- Le risque cardiovasculaire est augmenté lors du post-partum
- À chaque renouvellement de prescription, réévaluer les risques en fonction de la méthode choisie.

- Effectuer un suivi clinique pour surveiller la tolérance au traitement contraceptif prescrit, en particulier au cours des périodes où le risque de thrombose est le plus élevé : au cours de la première année de traitement, lors de la reprise après un arrêt de traitement et en cas de changement par un contraceptif oral d'une autre génération.

3. Matériel et méthodes

1/ Méthodes

J'ai choisi d'effectuer une étude transversale descriptive auprès d'un échantillon de médecins généralistes libéraux thésés exerçant dans la région Limousin en 2014. Etaient donc exclus tous ceux qui ne rentraient pas dans ces critères.

2/ Matériel

Je me suis appuyé sur un questionnaire (**Annexe 3**) créé à partir de Google Docs et je l'ai envoyé par mail le 7 octobre 2014. Un rappel a été effectué le 7 novembre 2014 avec clôture de réception des réponses le 7 décembre 2014, soit une durée totale de 2 mois.

J'ai conçu ce travail pour que la majorité des questions soient formulées de manière fermée afin d'avoir un maximum de reproductibilité et de puissance pour mon étude.

A noter que les réponses enregistrées étaient totalement anonymes.

Mon questionnaire était décomposé en quatre grandes parties :

- 7 questions interrogeaient les médecins sur leur profil
- 12 questions sur leurs pratiques professionnelles
- 6 questions étaient rédigées sous la forme de mises en situation
- 10 questions concernaient le suivi effectué par le médecin

Toutes ces questions ont été rédigées en se basant sur les recommandations les plus récentes, à savoir les recommandations de la Haute Autorité de Santé sur la contraception mise à jour en 2013 (21) (22), elles-mêmes fondées sur les critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, établis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 4e édition, 2009) (10).

De plus la partie interrogeant les médecins sur leurs pratiques professionnelles a été conçue à partir du modèle **BERCER** de l'OMS (GATHER en anglais) (23) (24).

Il se décompose ainsi en plusieurs temps :

- **Bienvenue** (accueil de la patiente, explication du déroulement de la consultation)
- **Entretien** (recueil d'information, identification des besoins, prise en compte des demandes)
- **Renseignement** (délivrance d'une information claire, s'assurer de la bonne compréhension des informations délivrées)
- **Choix** (décision finale appartient à la patiente)
- **Explication** (discussion autour de la méthode choisie et de son emploi)
- **Retour** (réévaluation de la méthode et de son utilisation, éventuellement changement de méthode)

La population initiale que j'ai incluse correspondait à 389 médecins. Pour cela j'ai utilisé la base de données de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) du Limousin ; cela se répartissait de la façon suivante :

- 241 médecins en Haute-Vienne (87)
- 95 médecins en Corrèze (19)
- 53 médecins en Creuse (23)

J'ai utilisé cette base de données car elle était la plus complète et accessible pour réunir le plus d'adresses mail possibles sur la région Limousin et ceci afin que mon travail soit des plus représentatifs.

Après avoir défini mon échantillon, j'ai souhaité exploiter les données reçues en trois grandes parties à savoir :

- ***Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins et les dernières recommandations HAS 2013 ?***
- ***Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins ayant lu ces recommandations et les recommandations ?***
- ***Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ceux n'ayant pas lu les recommandations ?***

3/ Outils statistiques

J'ai cherché à mettre en évidence une corrélation entre ces différentes données grâce au test du Khi^2 pour les effectifs supérieurs à 5 et au test de Fisher pour les effectifs inférieurs à 5.

Pour l'exploitation de mes données, j'ai utilisé le logiciel Excel.

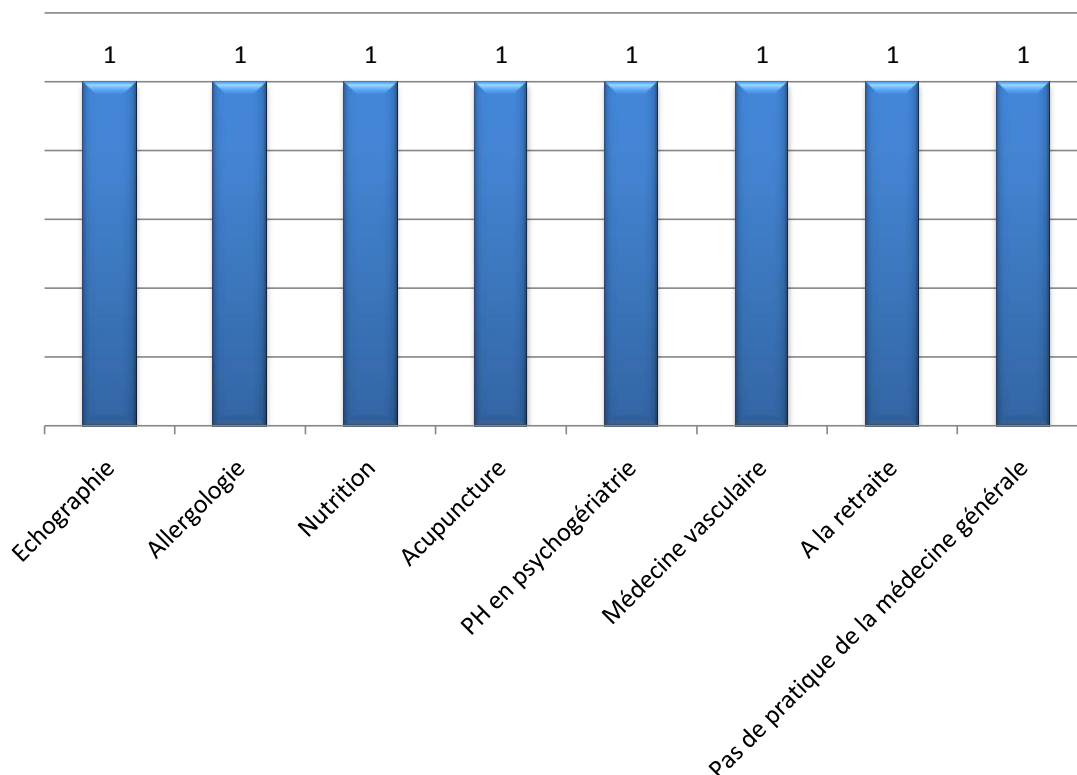
Mon étude statistique a été effectuée via le logiciel BiostaTGV.

Les références bibliographiques ont été référencées grâce au logiciel Zotero.

4. Résultats

Sur les 389 questionnaires envoyés, j'en ai exclus 8 car ces médecins exerçaient une activité exclusive autre que la médecine générale :

Critères d'exclusion



Ceci peut être expliqué par le fait que la liste fournie par l'URPS n'est pas mise à jour en temps réel.

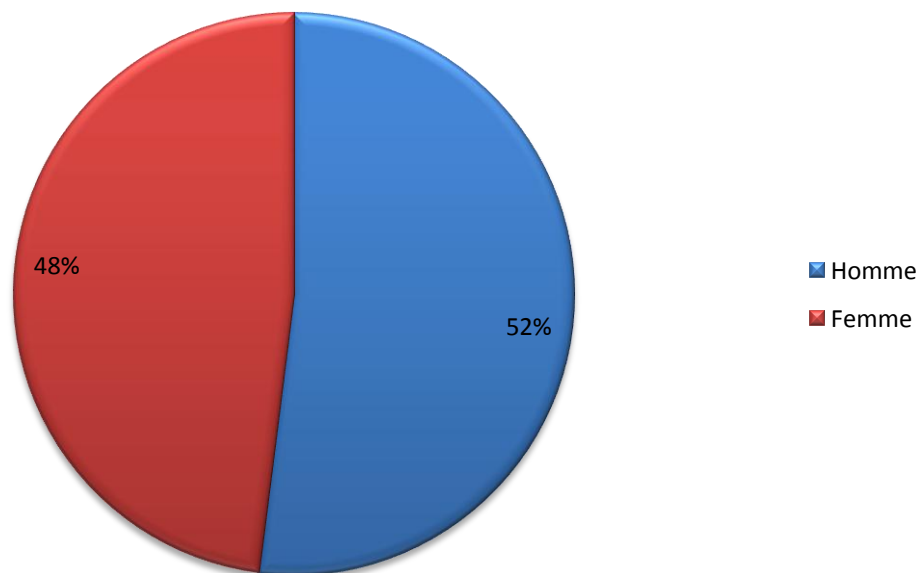
J'ai donc inclus au total 381 médecins et obtenu 106 réponses dont 105 réponses exploitables (1 questionnaire incomplet) soit un taux de réponses tout à fait acceptable de 26.99%.

1/ Population étudiée

1.1/ Le sexe (Q1)

Parmi les 105 réponses, il y avait 52% d'hommes (N=55) et 48% de femmes (N=50).

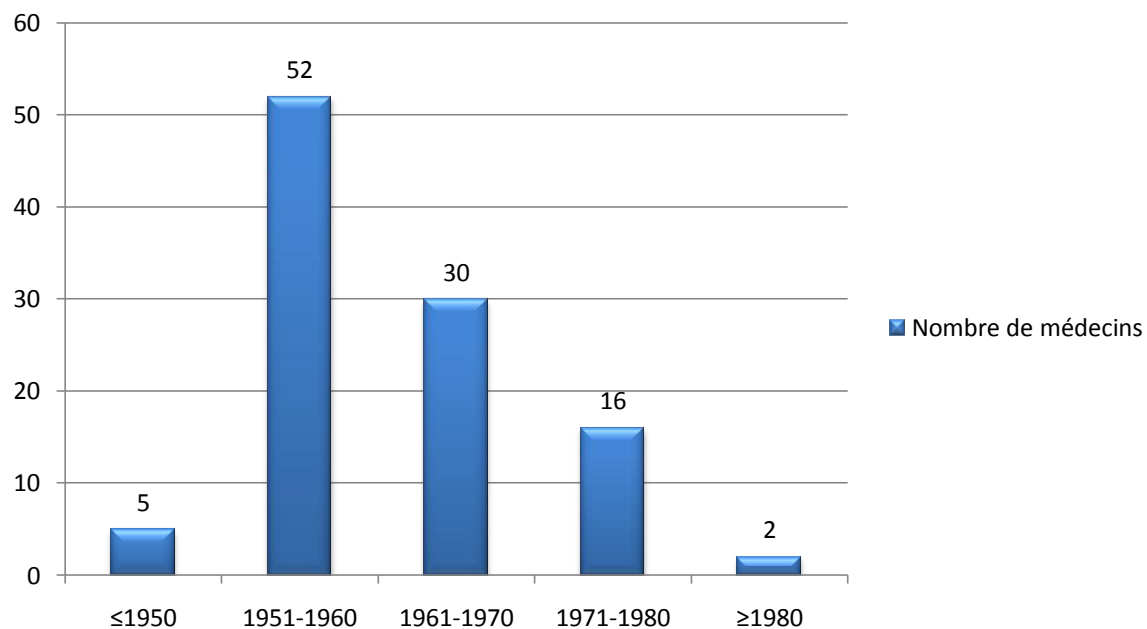
En 2013, il existait à l'échelle régionale un pourcentage de femmes médecins généralistes (en activité) d'environ 41% (18). Les deux pourcentages sont donc relativement comparables.



Il y a donc ici un relatif équilibre des données sur le plan du sexe.

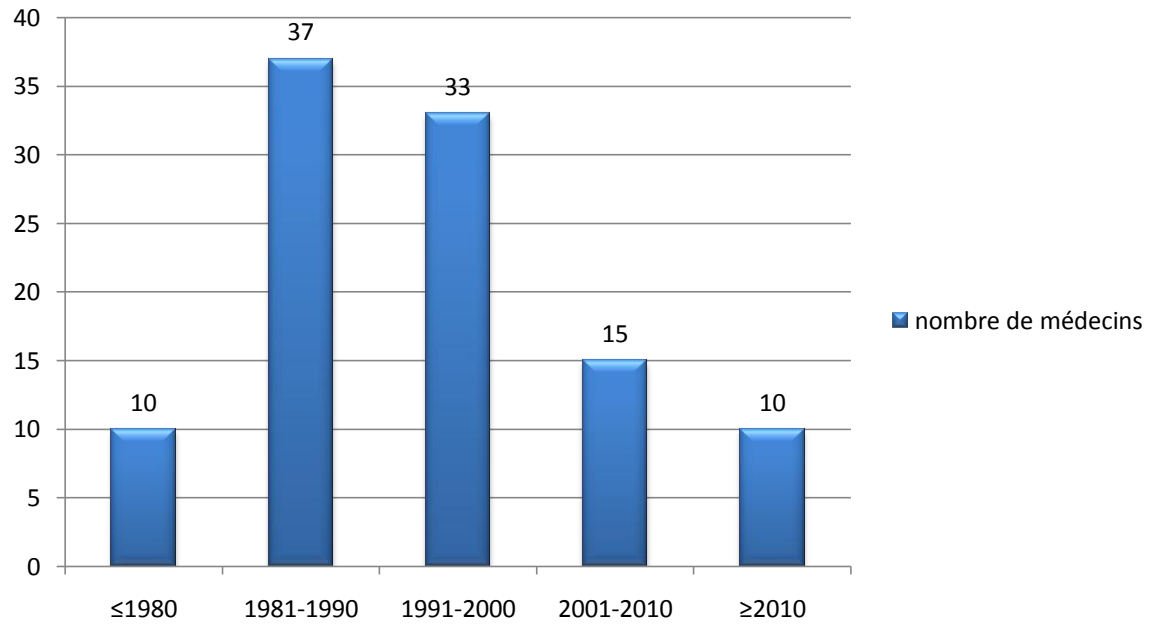
1.2/ L'année de naissance (Q2)

L'année de naissance moyenne était 1962, soit une moyenne d'âge de 52 ans. Ce chiffre correspond à l'âge moyen des généralistes exerçant en Limousin en 2012 : 51 ans.
(18)



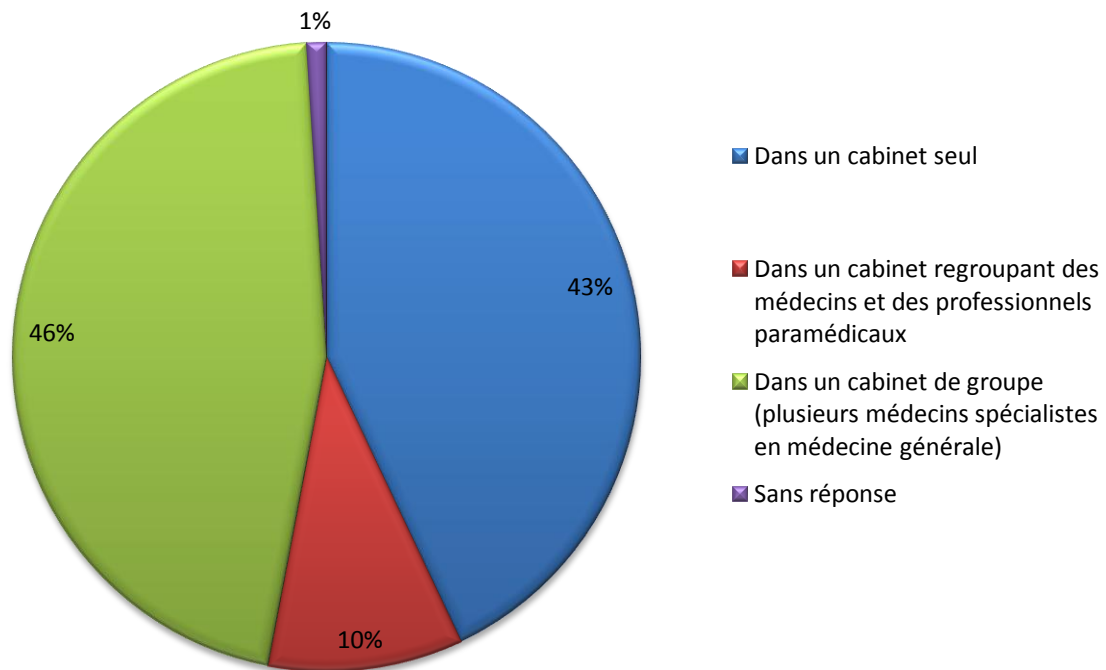
1.3/ L'année d'installation (Q3)

L'année d'installation moyenne est 1993.



1.4/ Mode d'exercice (Q4)

Sur 105 médecins, 46% (N=48) exerçaient dans un cabinet de groupe, 10% (N=11) dans un cabinet regroupant des médecins et des professionnels paramédicaux et 43% (N=45) dans un cabinet seul. Une réponse était ininterprétable car contradictoire (cabinet seul et de groupe) soit 1% (N=1).

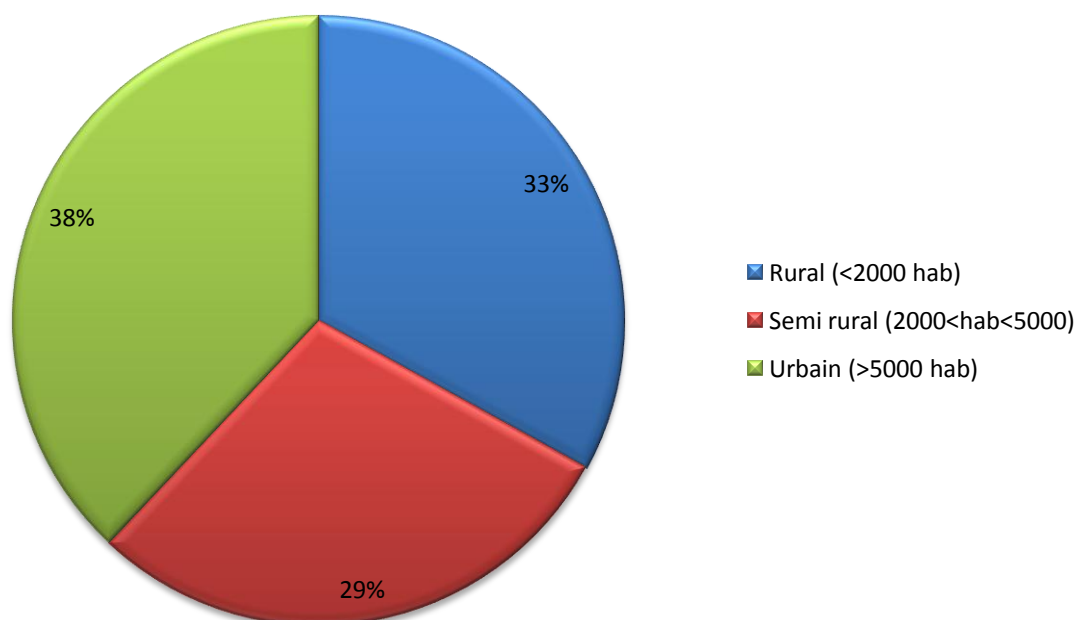


Selon l'Observatoire Régional de la Santé en Limousin (ORS) en 2011, 41% des médecins exerçaient en cabinet seul, 45% exerçaient en cabinet de groupe (avec plusieurs médecins spécialistes en médecine générale) et 13% exerçaient dans un cabinet regroupant des médecins et des professionnels paramédicaux. (19)

Encore une fois ces données sont relativement superposables à celles de mon échantillon.

1.5/ Lieu d'exercice (Q5)

Sur 105 médecins, 33% (N=35) exerçaient en milieu rural (<2000 habitants), 29% (N=30) en milieu semi rural (2000<habitants<5000) et 37% (N=39) en milieu urbain. Une réponse était ininterprétable car contradictoire (exercice à la fois rural et urbain) soit 1% (N=1).

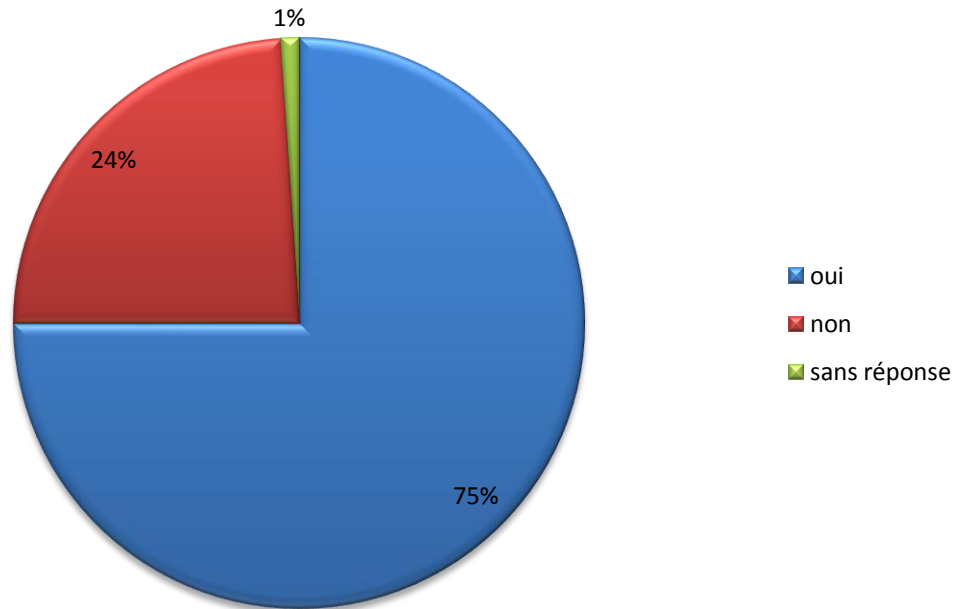


Encore selon l'ORS en 2011, 52% des médecins généralistes en Limousin exerçaient en milieu urbain (« villes-centre ou banlieues des 6 unités urbaines de la région »), 30% en milieu rural et 18% en zone périurbaine (couronne étendue des pôles urbains). (19)

Je relève donc qu'ici, les données de l'échantillon ne correspondent pas exactement à la réalité du lieu d'exercice des généralistes en Limousin, surtout pour les régions urbaines (38% vs 52%) et semi rurales (29% vs 18%). Cela peut s'expliquer par le fait que les critères définissant ces lieux d'exercice ne sont pas les mêmes dans notre étude et dans celle de l'ORS.

1.6/ Participation à la Formation Continue (FC)

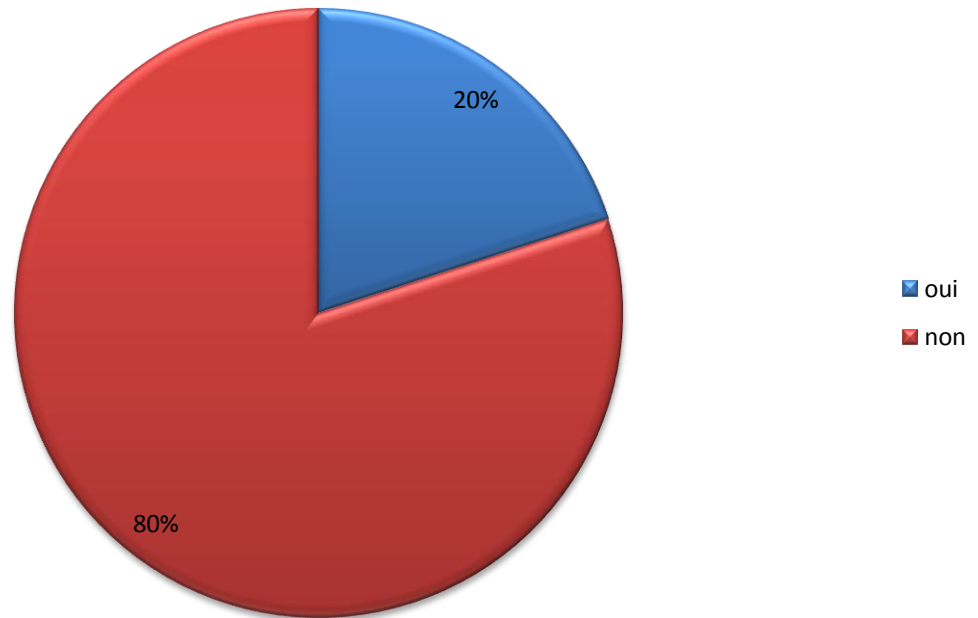
Sur 105 médecins, 24% ne participent pas aux soirées de Formation Continue (N=25), 75% y participent (N=79). Une réponse était inexistante, soit 1%, (N=1).



Selon l'ORS en 2011, 62% des médecins généralistes en Limousin suivaient des formations médicales complémentaires après la thèse. (19)
Ce pourcentage est plus important dans mon étude (75%).

1.7/ Avez-vous suivi une formation complémentaire en gynécologie ?(Q7)

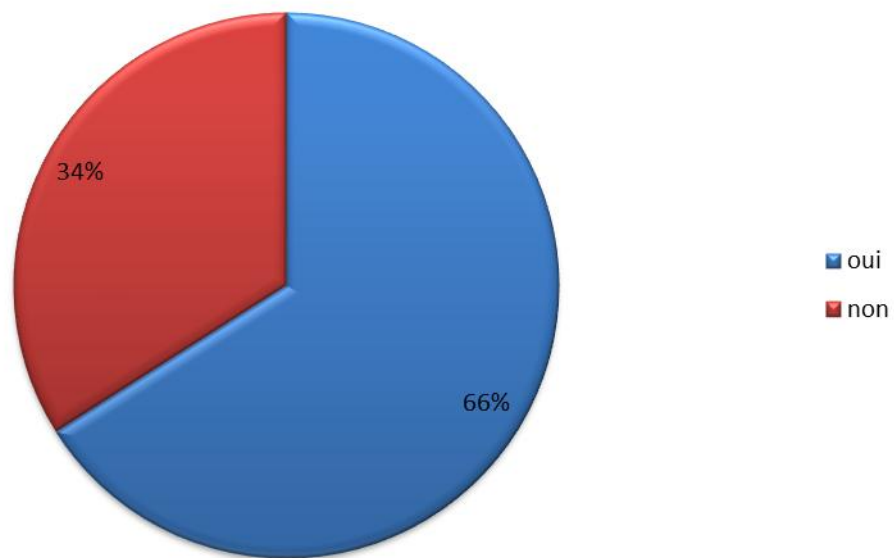
Sur 105 médecins, 80% n'ont pas suivi de formation complémentaire en gynécologie (N=83) et 20% déclarent en avoir eu une (N=22).



2/ La pratique professionnelle

2.1/ Votre consultation de primo prescription de contraception est-elle spécifiquement dédiée à cette question ? (Q8)

Sur 105 médecins, 34% ne dédiaient pas spécifiquement une consultation à la primo prescription d'une contraception (N=36) et 66% le faisaient (N=69).



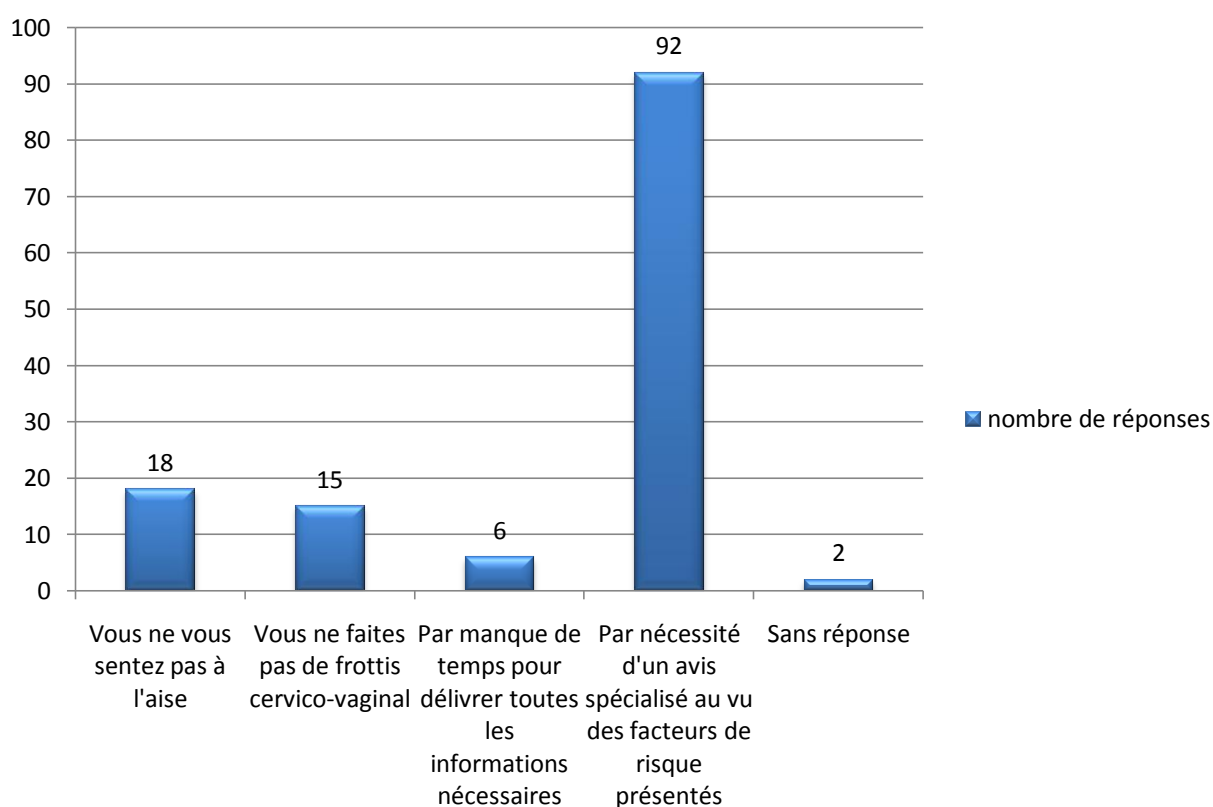
2.2/ Si vous adressez la patiente à un gynécologue, quel en est le motif ? (Q9)

Sur 105 médecins, 19% ont fourni plus d'une réponse alors que la question précisait bien un seul motif (N=20).

2% des questionnaires étaient sans réponse (N=2).

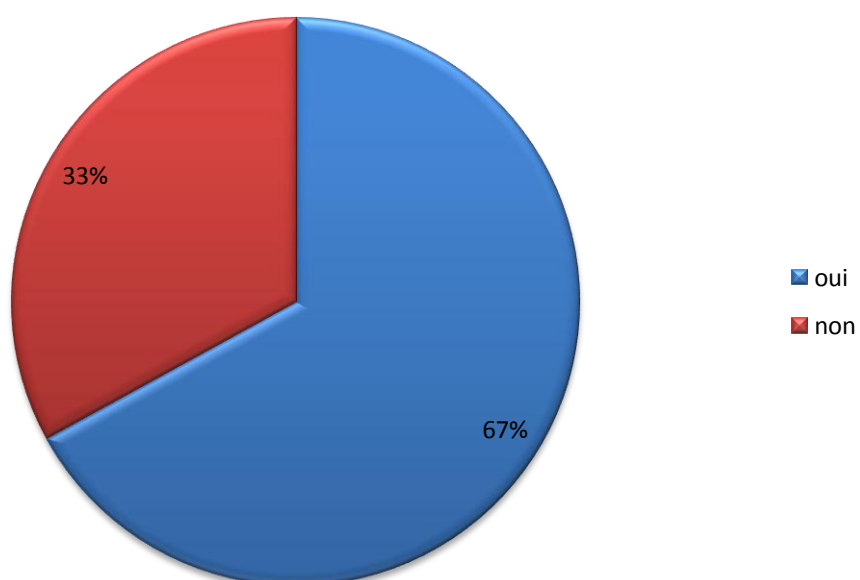
La très grande majorité soit 88% (N=92) ont signalé la nécessité d'un avis spécialisé au vu des facteurs de risque présentés par la patiente. 17% ne se sentaient pas à l'aise (N=18). 14% ne font pas de frottis cervico-vaginal (N=15) et enfin 6% évoquaient le manque de temps pour délivrer les informations nécessaires (N=6).

Remarque : *ici N ne correspond pas au nombre de médecins mais au nombre de réponses car certains médecins ont fourni plus d'une réponse. On obtient donc 133 réponses au total (pour 105 médecins).*



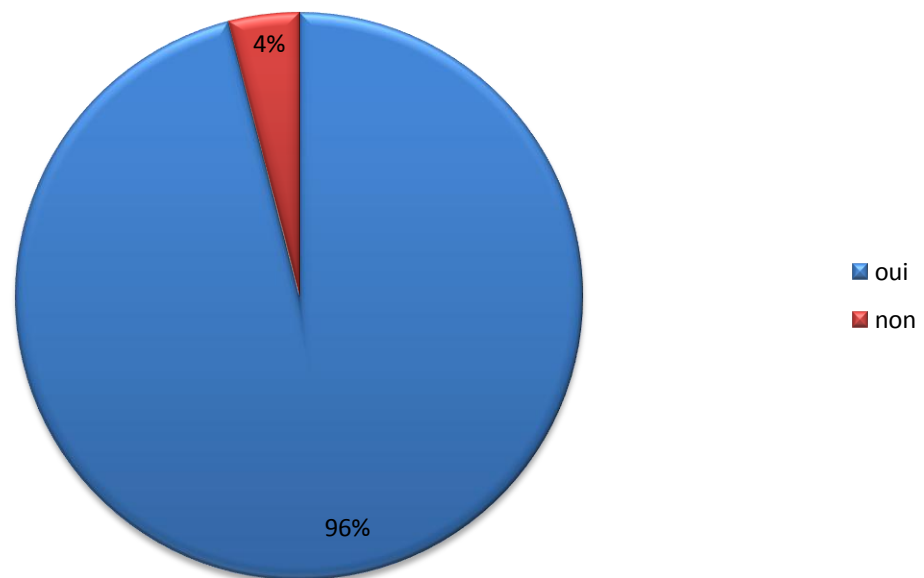
2.3/ Détaillez-vous dès le début le déroulement de cette consultation ? (Q10)

Sur 105 médecins, 67% détaillaient dès le début le déroulement de la consultation (N=70) et 33% ne le faisaient pas (N=35).



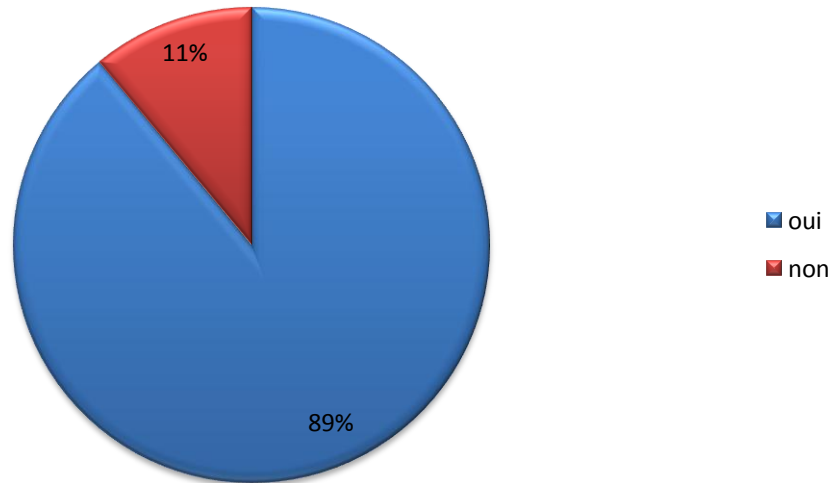
2.4/ Interrogez-vous la patiente sur le moyen de contraception qu'elle désire (en cas de primo contraception) ? (Q11)

Sur 105 médecins, j'ai relevé qu'une immense majorité, soit 96% (N=101), interrogeait la patiente sur le type de contraception qu'elle désire. 4% ne le faisaient pas (N=4).



2.5/ Interrogez-vous la patiente sur ses connaissances en matière de contraception (en cas de primo contraception) ? (Q12)

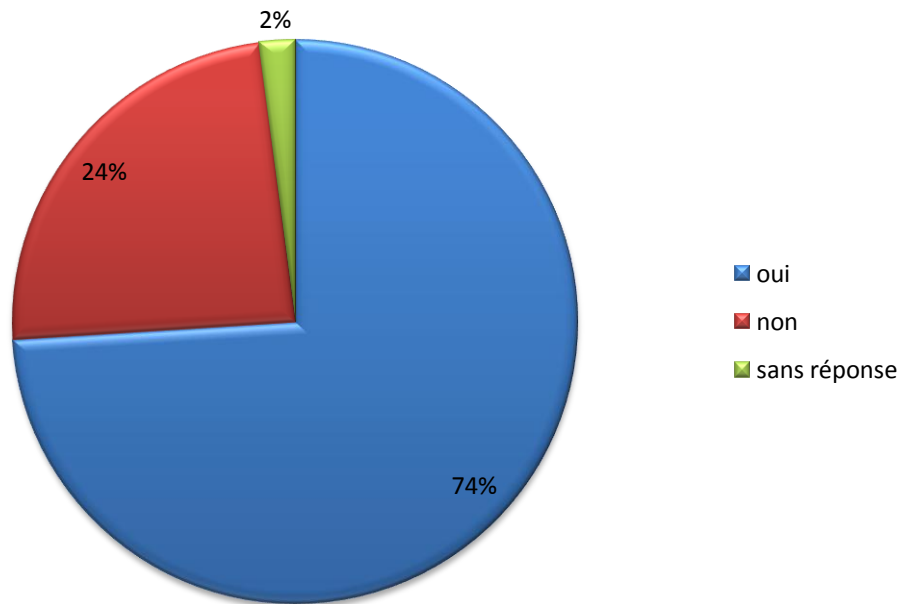
Sur 105 médecins, 11% n'interrogeaient pas la patiente sur ses connaissances en matière de contraception (N=12). Parallèlement, 89% des médecins le faisaient (N=93).



2.6/ Interrogez-vous la patiente sur son activité sexuelle ? (Q13)

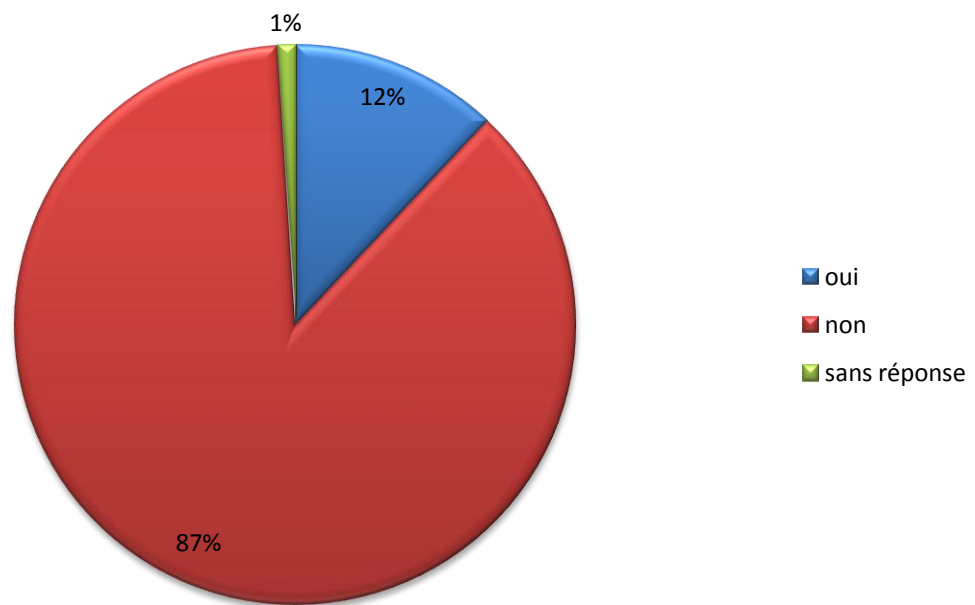
Sur 105 médecins, 24% n'interrogeaient pas la patiente sur son activité sexuelle (N=25) et 74% le faisaient (N=78).

2% des réponses étaient ininterprétables (N=2).



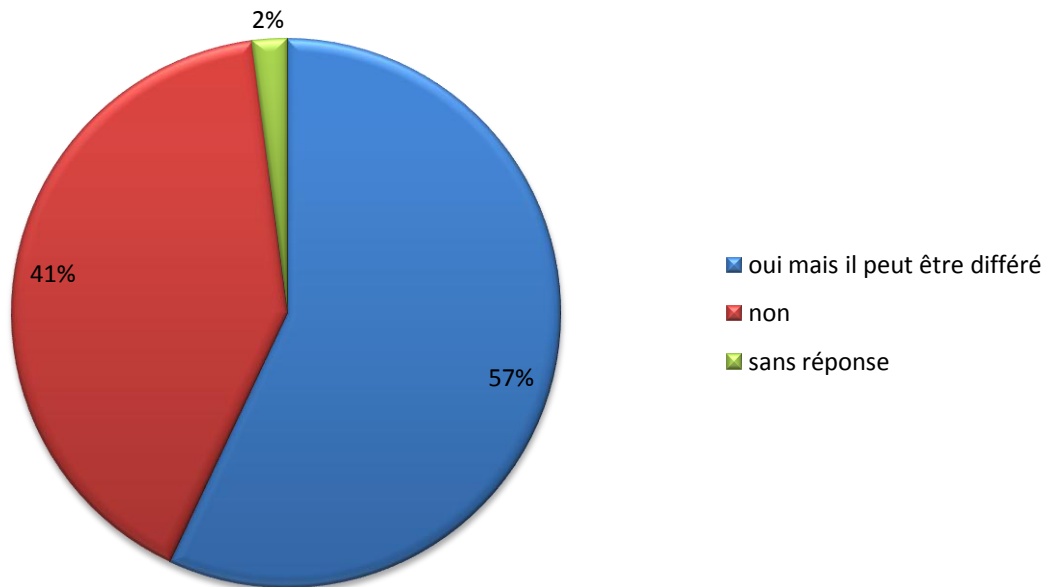
2.7/ En l'absence d'antécédent particulier, faites-vous un examen gynécologique le jour même ? (Q14)

Sur 105 médecins, 87% ne réalisaient pas d'examen gynécologique le jour même (N=91), 12% le faisaient le jour même (N=13) et 1% des réponses était ininterprétable (N=1).



2.8/ Faites-vous un frottis cervico-vaginal ? (Q15)

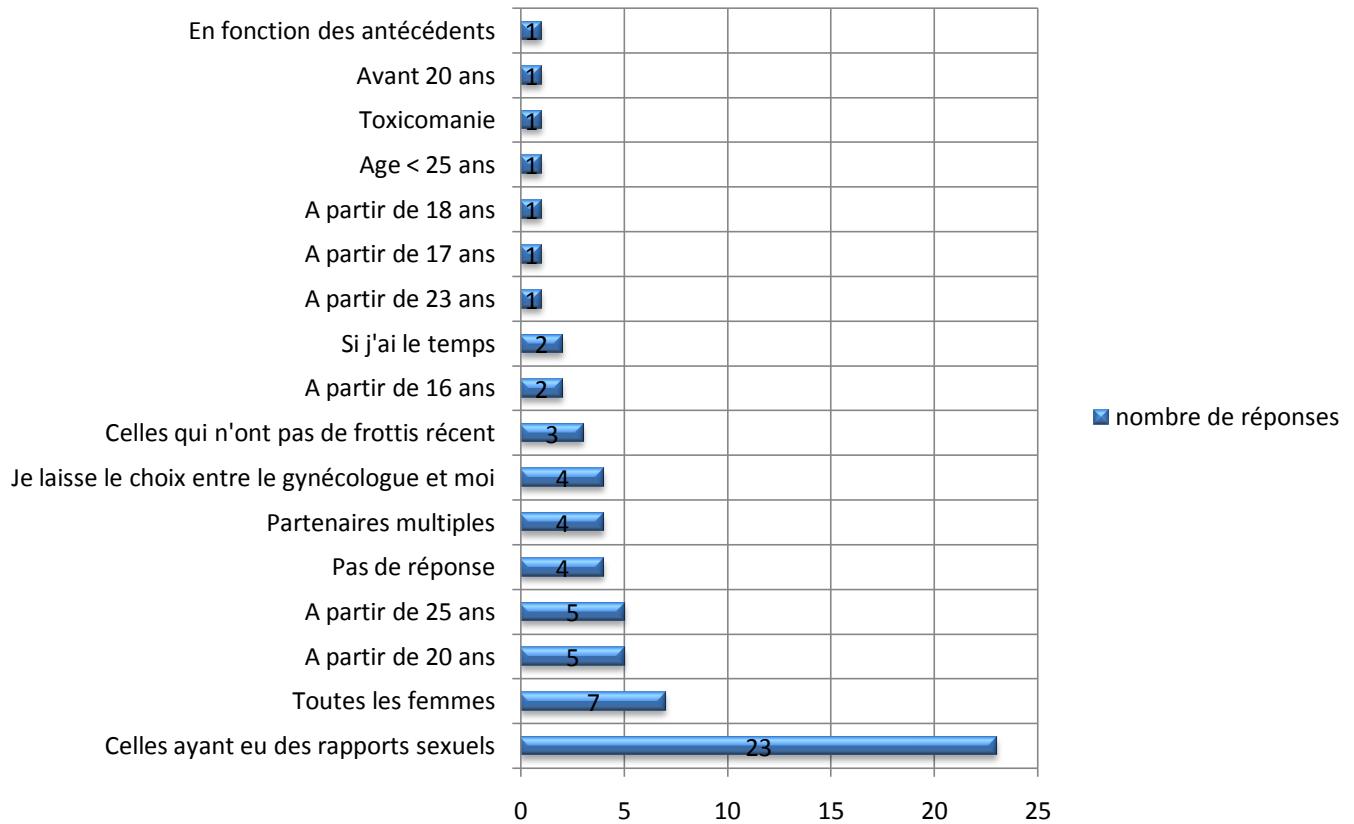
Sur 105 médecins, 41% ne réalisaient pas de frottis cervico-vaginal (N=43), 57% le faisaient de façon différée (N=60) et 2% des réponses ne pouvaient être interprétées (N=2).



A noter que 0% réalisaient le frottis cervico vaginal le jour même (N=0).

2.9/ Si oui, pour quelles femmes ? (Q16)

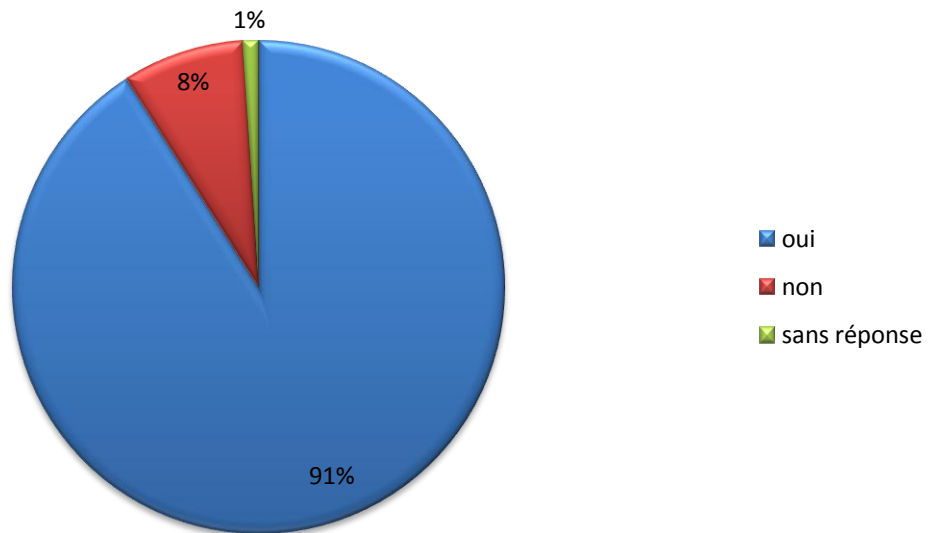
Sur 60 médecins réalisant le frottis de façon différée, je retrouvais différentes raisons à sa réalisation à savoir :



Plusieurs médecins ont fourni plus d'une réponse ce qui explique que le nombre total de réponses dépassent 60.

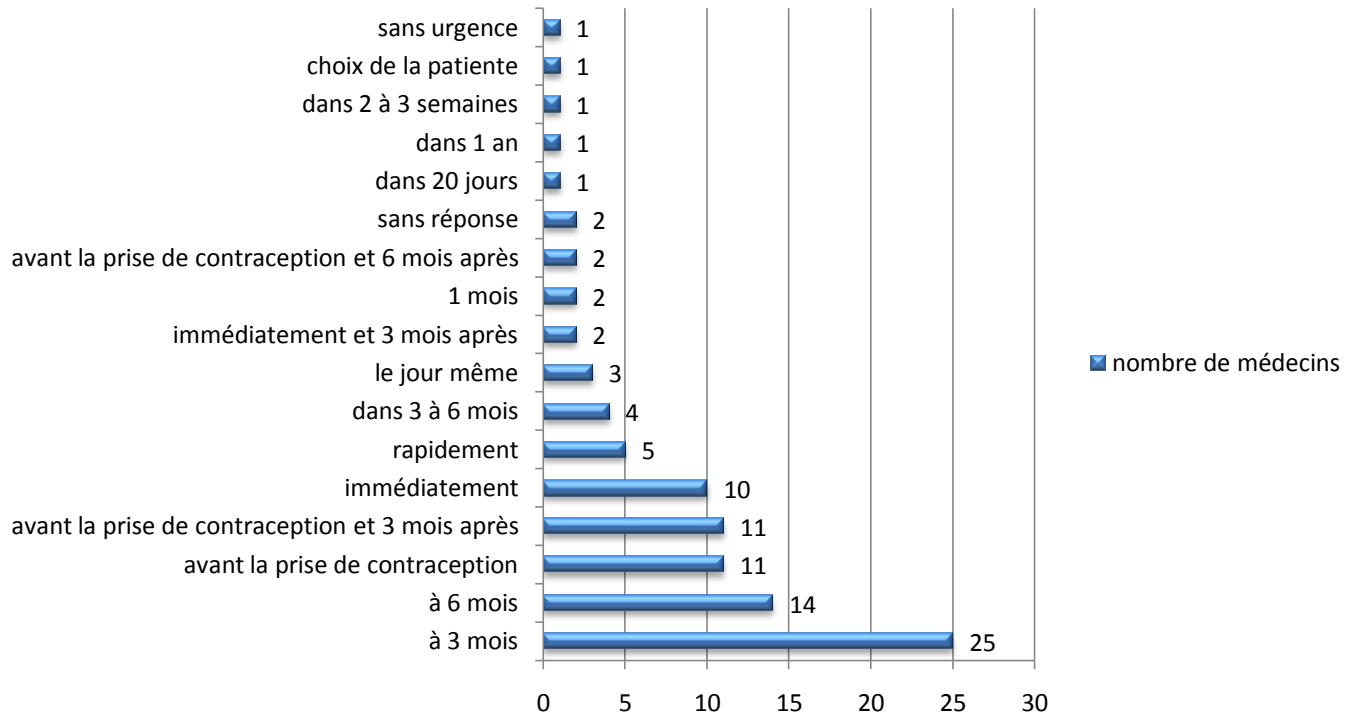
2.10/ En l'absence d'antécédent particulier, prescrivez-vous un bilan biologique ? (lors de la prescription d'une contraception hormonale oestroprogestative) (Q17)

Sur 105 médecins, 8% ne réalisaient pas de bilan biologique (N=8), 91% en réalisaient un (N=96) et un questionnaire restait sans réponse (N=1).



2.11/ Si oui, dans quel délai ? (Q18)

Sur 96 médecins ayant prescrit un bilan biologique, j'ai retrouvé diverses réponses :



2.12/ Et lequel ? (Q19)

Sur 96 médecins ayant donc prescrit ce bilan biologique, j'ai obtenu beaucoup de réponses différentes quant au contenu de ce bilan. Il m'a été impossible de le schématiser sous forme de graphique. J'ai tout de même relevé des réponses majoritaires résumées ici :

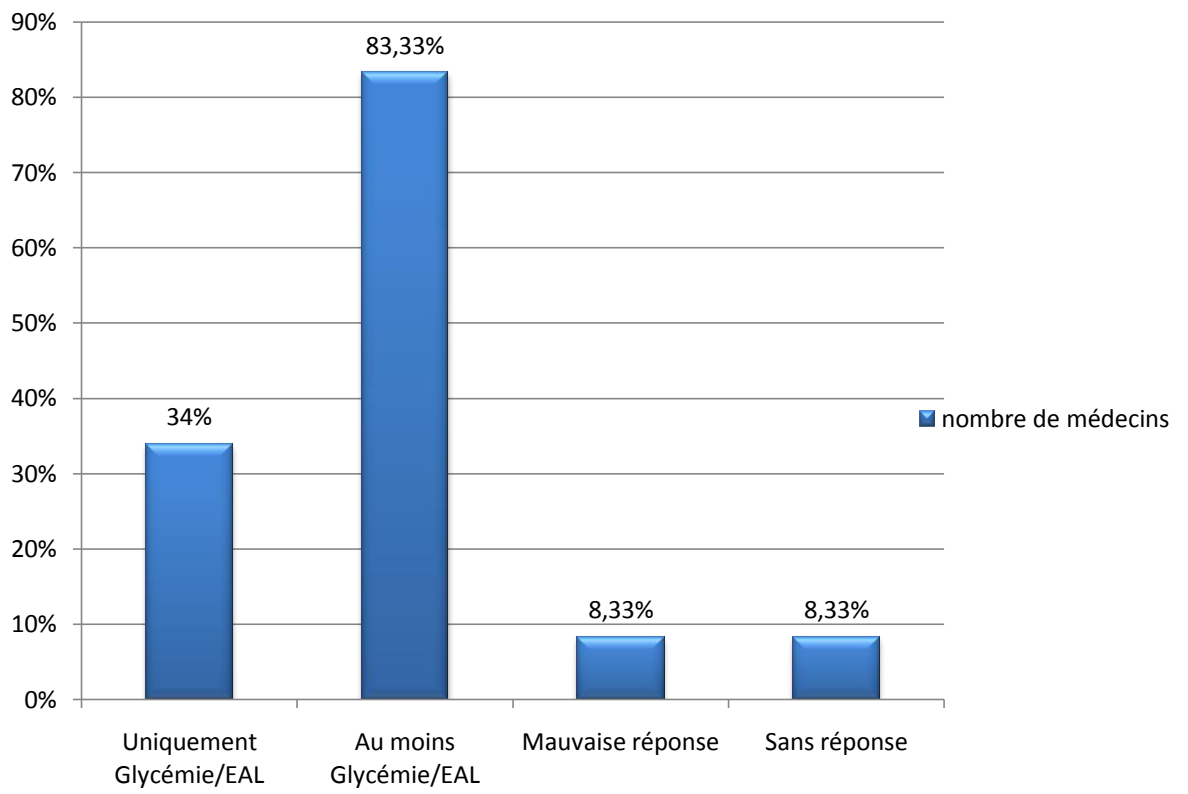
- 33 médecins ont prescrit **UNIQUEMENT une glycémie et un bilan lipidique complet** soit **34% de réponses exactes**.
- 80 médecins ont prescrit **ENTRE AUTRE une glycémie et un bilan lipidique complet** soit **83.33% des réponses**.

Cependant, s'y ajoutaient de nombreuses autres prescriptions à savoir :

- 22 médecins ont mentionné un bilan hépatique parmi leurs prescriptions soit 23% des réponses.
- 22 médecins citaient une Numération Formule Sanguine parmi leurs prescriptions soit 23% des réponses.
- 13 médecins ont signalé avoir prescrit des sérologies de façon systématique parmi lesquelles : hépatite B, hépatite C, HIV, Rubéole, Toxoplasmose, soit 14% des réponses.
- 9 médecins citaient la réalisation d'un bilan de coagulation et notamment la réalisation systématique d'une anti-thrombine III, soit 9% des réponses.
- De façon plus marginale il a été vu : Créatinine, TSH, CRP, Vitamine D, Calcémie, Ferritinémie, Cortisolémie, recherche de Trépanomatose.

8 réponses étaient ininterprétables, soit 8.33% des réponses

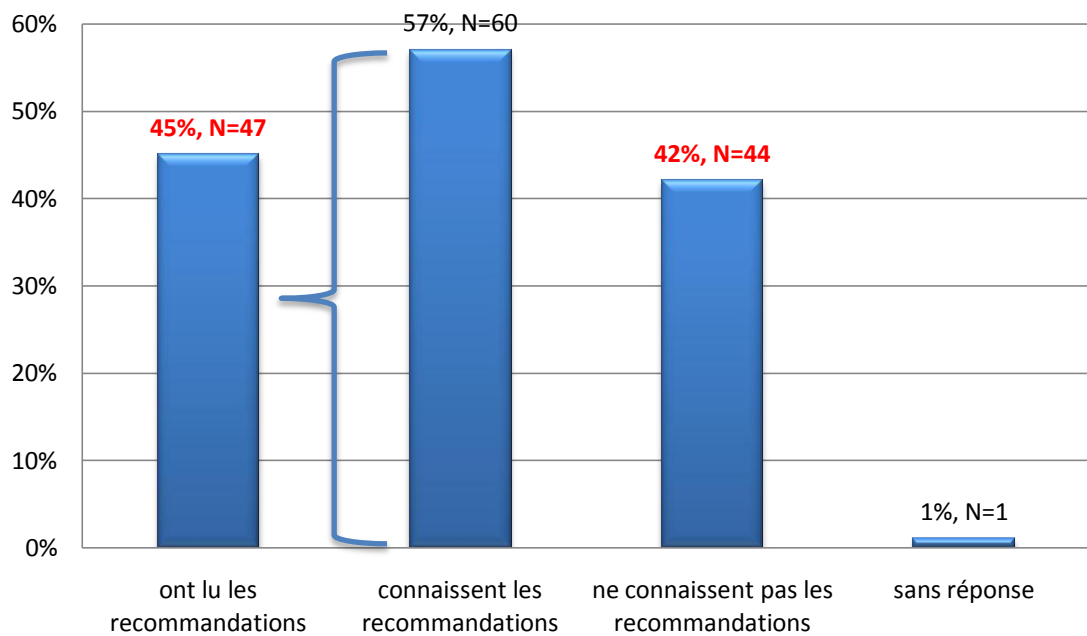
Au total, **8 médecins n'ont pas au moins recherché l'association glycémie et bilan lipidique, soit 8.33%**.



3/ Mise en situation

Avant toute chose, il est important de décrire la population de médecins ayant répondu connaître les recommandations HAS 2013/OMS 2009 afin de pouvoir analyser les résultats sous les différents angles décrits page 21.

57% disaient savoir qu'il existait des nouvelles recommandations (N=60) et **45% des médecins disaient les avoir lues (N=47)**. **42% ne les connaissaient pas (N=44)** et 1% ne répondait pas à la question (N=1).



Remarque : pour les tests statistiques, E-x correspond à 10^{-x} (10 puissance -x).

3.1/ Vous recevez dans votre cabinet une jeune femme âgée de 17 ans, nullipare, sans facteur de risque pour une première prescription, quel(s) moyen(s) de contraception lui proposez-vous? (Q20)

3.1.1/ Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins et les dernières recommandations HAS 2013/OMS 2009?

Les réponses attendues sont les suivantes : « **Contraception oestro progestative (COP) 1^{ère}/2^e génération, Dispositif Intra Utérin (DIU) au cuivre et Méthodes mécaniques** ».

Q20	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins	3% (3)	97% (102)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p=3.9062153735302E-54$.

Il y a une différence significative entre les recommandations et les réponses données par l'échantillon.

→ Si l'on accepte comme réponses le fait d'avoir répondu « COP de 1^{ère}/2^e génération » associé à « DIU au cuivre » **OU** associé à « Méthodes mécaniques », j'obtiens :

Q20	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins	21% (22)	79% (83)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p=3.7495600755039E-36$.

Il y a là encore une différence significative entre les recommandations et les réponses données par l'échantillon.

→ Si l'on accepte comme réponses le fait d'avoir répondu **UNIQUEMENT** « COP de 1^{ère}/2^e génération » +/- « DIU au cuivre » et +/- « Méthodes mécaniques », j'obtiens :

Q20	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins	64% (67)	36% (38)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p=6.1313583119692E-13$.

Il y a là encore une différence significative entre les recommandations et les réponses données par l'échantillon, même si l'on observe une nette augmentation du pourcentage de réponses exactes.

3.1.2/ Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins ayant lu ces recommandations et les recommandations HAS 2013/OMS 2009?

Q20	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins ayant lu les recommandations	4% (2)	96% (45)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p=1.0156159971179E-52$.

Il y a une différence significative entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ces recommandations.

- Si l'on accepte comme réponses le fait d'avoir répondu « COP de 1^{ère}/2^e génération » associé à « DIU au cuivre » **OU** associé à « Méthodes mécaniques », j'obtiens :

Q20	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins ayant lu les recommandations	28% (13)	72% (34)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p= 2.9933967415558E-31$.

Il y a une différence significative entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ces recommandations.

- Si l'on accepte comme réponses le fait d'avoir répondu **UNIQUEMENT** « COP de 1^{ère}/2^e génération » +/- « DIU au cuivre » et +/- « Méthodes mécaniques », j'obtiens :

Q20	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins ayant lu les recommandations	60% (28)	40% (19)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p= 1.340992662809E-14$.

Il y a là encore une différence significative entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ces recommandations, avec tout de même une nette augmentation du pourcentage de réponses exactes.

3.1.3/ Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ceux n'ayant pas lu les recommandations?

Q20	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins ayant lu les recommandations (N=47)	4% (2)	96% (45)
Médecins n'ayant pas lu les recommandations (N=44)	2% (1)	98% (43)

Le test de Fisher n'est statistiquement pas significatif avec $p= 0.68271658958596$.

Le fait d'avoir lu les recommandations n'est donc pas corrélé au fait de fournir une bonne combinaison de réponses.

- Si l'on accepte comme réponses le fait d'avoir répondu « COP de 1^{ère}/2^e génération » associé à « DIU au cuivre » **OU** associé à « Méthodes mécaniques », j'obtiens :

Q20	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins ayant lu les recommandations (N=47)	28% (13)	72% (34)
Médecins n'ayant pas lu les recommandations (N=44)	14% (6)	86% (38)

Le test du Chi² est statistiquement significatif avec $p=0.015079352151913$.

Le fait d'avoir lu les recommandations est donc corrélé au fait de fournir cette bonne combinaison de réponses.

- Si l'on accepte comme réponses le fait d'avoir répondu **UNIQUEMENT** « COP de 1^{ère}/2^e génération » +/- « DIU au cuivre » et +/- « Méthodes mécaniques », j'obtiens :

Q20	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins ayant lu les recommandations (N=47)	60% (28)	40% (19)
Médecins n'ayant pas lu les recommandations (N=44)	68% (30)	32% (14)

Le test du Chi² n'est statistiquement pas significatif avec $p=0.23859282931644$.

Il n'y a donc pas de différence significative entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ceux n'ayant pas lu ces recommandations.

3.2/ Plus tard dans la journée vous recevez une femme de 31 ans, sans facteur de risque, pour renouvellement de pilule. Elle est sous Jasmine (contraception oestro progestative 4e génération) depuis des années et la supporte bien, que faites-vous? (Q21)

3.2.1/ Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins et les dernières recommandations HAS 2013/OMS 2009?

Les réponses attendues sont « **poursuite du traitement** » et « **proposition d'une autre contraception au terme de la prescription en cours** ».

Q21	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins	8% (8)	92% (97)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p=7.7754037315348 \text{ E-}48$.

Il y a une différence significative entre les recommandations et les réponses données par l'échantillon.

→ Si l'on ne considère comme juste la réponse « **proposition d'une autre contraception au terme de la prescription en cours** » +/- « **poursuite du traitement** », j'obtiens :

Q21	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins	50% (52)	50% (53)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p= 4.4459395024158 \text{ E-}19$.

Il y a une différence significative entre les recommandations et les réponses données par l'échantillon, même si l'on observe une nette augmentation du pourcentage de réponses exactes.

3.2.2/ Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins ayant lu ces recommandations et les recommandations HAS 2013/OMS 2009?

Q21	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins ayant lu les recommandations	11% (5)	89% (42)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p= 1.0452734416427E-44$.

Il y a une différence significative entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ces recommandations.

→ Si l'on ne considère comme juste la réponse « **proposition d'une autre contraception au terme de la prescription en cours** » +/- « **poursuite du traitement** », j'obtiens :

Q21	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins ayant lu les recommandations	55% (26)	45% (21)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p= 8.9273404090871 E-17$.

Il y a là encore une différence significative entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ces recommandations, même si le pourcentage de réponses exactes augmente sensiblement.

3.2.3/ Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ceux n'ayant pas lu les recommandations ?

Q21	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins ayant lu les recommandations (N=47)	11% (5)	89% (42)

Médecins n'ayant pas lu les recommandations (N=44)	2% (1)	98% (43)
--	--------	----------

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p=0.018413926230747$.

Il y a donc une différence significative entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ceux n'ayant pas lu ces recommandations.

→ Si l'on ne considère comme juste la réponse « **proposition d'une autre contraception au terme de la prescription en cours** » +/- « **poursuite du traitement** », j'obtiens :

Q21	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins ayant lu les recommandations (N=47)	55% (26)	45% (21)
Médecins n'ayant pas lu les recommandations (N=44)	43% (19)	57% (25)

Le test du Chi² n'est statistiquement pas significatif avec $p=0.089621858359489$.

Il n'y a donc pas de différence significative entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ceux n'ayant pas lu ces recommandations.

3.3/ Si proposition d'un autre type de contraception, lequel? (Q22)

3.3.1/ Echantillon général

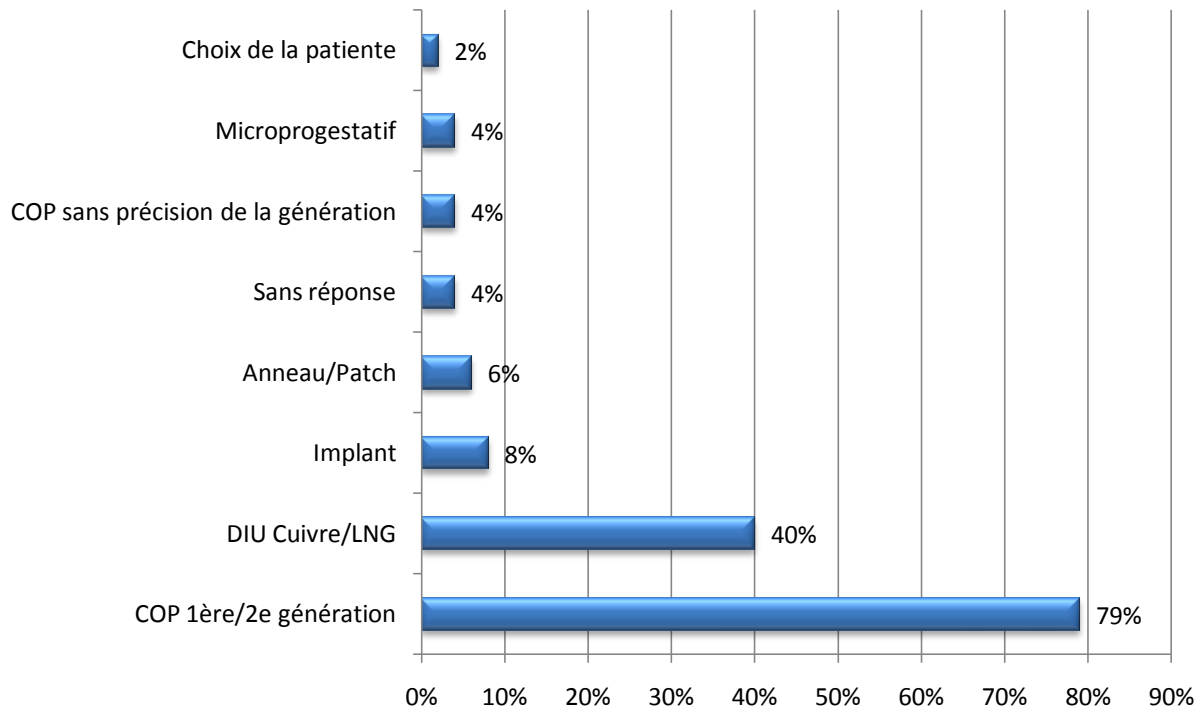
50% des médecins ont évoqué la proposition d'un autre type de traitement au terme de la prescription en cours (N=52).

Sont considérées comme réponses correctes : COP 1^{ère}/2^e génération, DIU au cuivre ou au Lévonorgestrel (LNG), contraception micro progestative, méthodes mécaniques voire méthodes naturelles.

La prescription d'anneau ou de patch contraceptifs n'est pas acceptée car cela présente un sur-risque thromboembolique similaire au COP de 3^e/4^e génération.

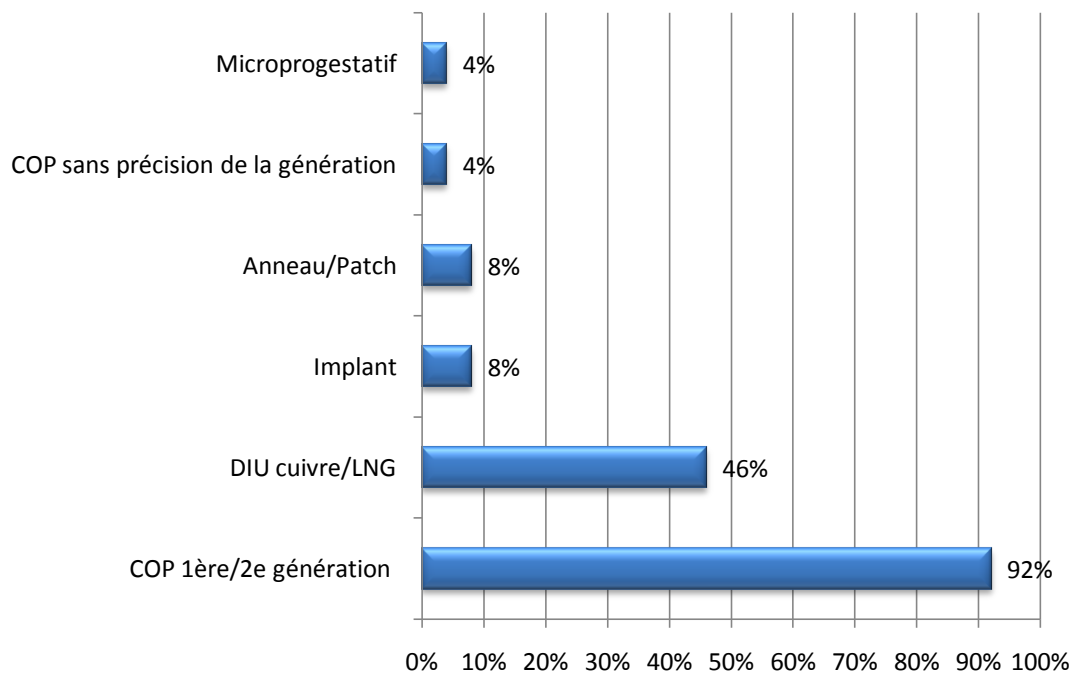
A noter que de nombreux médecins ont évoqué plus d'une réponse ce qui explique que les nombre de réponses dépasse 52.

Majoritairement, j'observe que les médecins prescrivait en priorité une COP de 1^{ère}/2^e génération (79%), en seconde position venaient les DIU (cuivre ou LNG) avec 40 % de prescription. Seuls 6% des réponses concernaient des anneaux et/ou patchs contraceptifs.



3.3.2/ Chez les médecins ayant lu les recommandations

Chez les médecins ayant lu les recommandations (N=47), 55% ont proposé un autre type de traitement au terme de la prescription en cours (N=26).

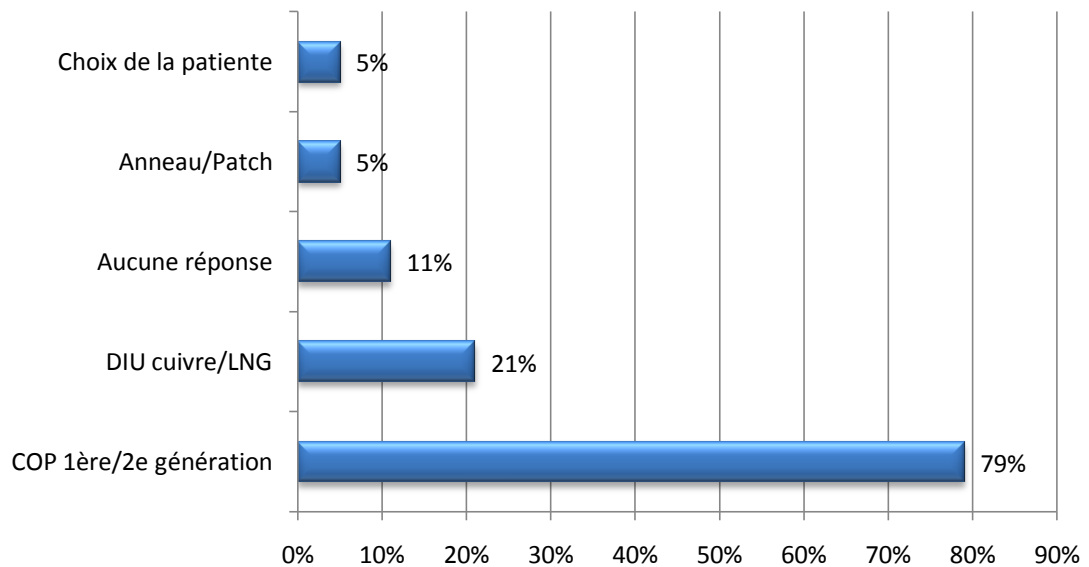


Nous retrouvons donc des pourcentages relativement superposables entre la proposition de traitement de l'échantillon en général et celle des médecins ayant lu les

recommandations avec pour une immense majorité la prescription d'une COP de 1^{ère}/2^e génération devant les DIU au cuivre/LNG.

3.3.3/ Chez les médecins n'ayant pas lu les recommandations

Chez les médecins n'ayant pas lu les recommandations (N=44), 43% ont proposé un autre type de traitement au terme de la prescription en cours (N=19).



Ici, nous voyons que la COP de 1^{ère} /2^e génération est principalement proposé (79%), loin devant les DIU (21%).

3.4/ Le lendemain une patiente de 38 ans se présente à votre consultation car elle désire une contraception (première prescription). Elle est fumeuse (1 paquet/jour) et en surpoids (IMC=31 kg/m²). Que lui proposez-vous? (Q23)

3.4.1/ Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins et les dernières recommandations HAS 2013/OMS 2009?

Les réponses attendues sont : « **Contraception micro progestative** », « **DIU au cuivre** », « **DIU au LNG** », « **méthodes mécaniques** » et « **méthodes naturelles** ».

Q23	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins	1% (1)	99% (104)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec p=2.2308483001315E-57.

Il y a une différence significative entre les recommandations et les réponses données par l'échantillon.

- Si l'on accepte comme réponses le fait d'avoir répondu « **Contraception micro progestative** », « **DIU au cuivre** », « **DIU au LNG** » et « **méthodes mécaniques** » (+/-méthodes naturelles qui sont plutôt un type de « contraception » secondaire), j'obtiens :

Q23	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins	13% (14)	87% (91)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p=8.480115818865E-43$.

Il y a là encore une différence significative entre les recommandations et les réponses données par l'échantillon, même si le pourcentage de réponses exactes augmente sensiblement.

- Si l'on considère **UNIQUEMENT le fait d'avoir donné une réponse exacte sans avoir évoqué de contraception contre-indiquée**, j'obtiens alors :

Q23	Résultat attendu	Mauvaise réponse
Médecins	92% (97)	8% (8)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p=0.0067546745752482$.

La différence est alors bien moins importante, bien que significative, avec seulement 8% de mauvaises réponses (COP de 1ère/2^e génération, nouvelles méthodes contraceptives type anneau ou patch).

3.4.2/ Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins ayant lu ces recommandations et les recommandations HAS 2013/OMS 2009?

Q23	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins ayant lu les recommandations	2% (1)	98% (46)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p=1.1377326330671E-55$.

Il y a une différence significative entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ces recommandations.

- Si l'on accepte comme réponses le fait d'avoir répondu « **Contraception micro progestative** », « **DIU au cuivre** », « **DIU au LNG** » et « **méthodes mécaniques** » (+/-méthodes naturelles qui sont plutôt un type de « contraception » secondaire), j'obtiens :

Q23	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins ayant lu les recommandations	23% (11)	77% (36)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p= 1.111974278518 \text{ E-}34$.

Il y a là encore une différence significative entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ces recommandations, même si le pourcentage de réponses exactes augmente sensiblement.

- Si l'on considère **UNIQUEMENT le fait d'avoir donné une réponse exacte sans avoir évoqué de contraception contre-indiquée**, j'obtiens alors :

Q23	Résultat attendu	Mauvaise réponse
Médecins ayant lu les recommandations	94% (44)	6% (3)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p=0.028930282023158$.

La différence est alors une fois encore bien moins importante, bien que significative, avec seulement 6% de mauvaises réponses (nouvelles méthodes contraceptives type anneau ou patch).

3.4.3/ Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ceux n'ayant pas lu les recommandations?

Q23	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins ayant lu les recommandations (N=47)	2% (1)	98% (46)
Médecins n'ayant pas lu les recommandations (N=44)	0% (0)	100% (44)

Le test de Fisher n'est statistiquement pas significatif avec $p=0.49748743718593$.

Il n'y a donc pas de différence significative entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ceux n'ayant pas lu ces recommandations, même si la seule combinaison de bonnes réponses a été fournie par un médecin ayant lu les recommandations.

- Si l'on accepte comme réponses le fait d'avoir répondu « **Contraception micro progestative** », « **DIU au cuivre** », « **DIU au LNG** » et « **méthodes mécaniques** » (+/- méthodes naturelles qui sont plutôt un type de « contraception » secondaire), j'obtiens :

Q23	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins ayant lu les recommandations (N=47)	23% (11)	77% (36)
Médecins n'ayant pas lu les recommandations (N=44)	5% (2)	95% (42)

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p=0.00036766571207596$.

Le fait d'avoir lu les recommandations est donc corrélé au fait de donner cette bonne combinaison de réponses.

- Si l'on considère **UNIQUEMENT le fait d'avoir donné une réponse exacte sans avoir évoqué de contraception contre-indiquée**, j'obtiens alors :

Q23	Résultat attendu	Mauvaise réponse
Médecins ayant lu les recommandations (N=47)	94% (44)	6% (3)
Médecins n'ayant pas lu les recommandations (N=44)	91% (40)	9% (4)

Le test de Fisher n'est statistiquement pas significatif avec $p=0.59276389295275$.

Il n'y a donc pas de différence significative entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ceux n'ayant pas lu ces recommandations. L'immense majorité n'a en effet pas cité de contraception contre-indiquée pour cette patiente.

3.5/ Plus tard dans la journée, une femme de 32 ans se présente pour la 1ère fois à votre consultation pour renouvellement de contraception. Elle n'a pas d'antécédents particuliers hormis des migraines parfois avec aura. Elle est sous Cérazette (pilule micro progestative). Que lui proposez-vous? (Q24)

3.5.1/Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins et les dernières recommandations HAS 2013/OMS 2009?

Les réponses attendues sont : « **DIU au cuivre** », « **méthodes mécaniques** » et « **méthodes naturelles** ». **Il ne faut pas poursuivre le traitement.**

Q24	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins	3% (3)	97% (102)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p=3.9062153735302 \text{ E-}54$.

Il y a une différence significative entre les recommandations et les réponses données par l'échantillon.

- Si l'on accepte comme réponses le fait d'avoir répondu « **DIU au cuivre** » et « **méthodes mécaniques** » (+/- méthodes naturelles qui sont plutôt un type de « contraception » secondaire), j'obtiens:

Q24	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins	7% (7)	93% (98)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p=5.7595583196553 \text{ E-}49$.

Il y a donc une différence significative entre les recommandations et les réponses données par l'échantillon.

- Si l'on accepte comme réponses le fait d'avoir répondu « **DIU au cuivre** » (+/- méthodes mécaniques et +/- méthodes naturelles), j'obtiens :

Q24	Résultat attendu	Mauvaise réponse
Médecins	21% (22)	79% (83)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p=3.7495600755039 \text{ E-}36$.

Il y a donc encore une fois une différence significative entre les recommandations et les réponses données par l'échantillon, même si on note une augmentation du pourcentage de réponses correctes.

3.5.2/ Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins ayant lu ces recommandations et les recommandations HAS 2013/OMS 2009?

Q24	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins ayant lu les recommandations	2% (1)	98% (46)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p=1.1377326330671E-55$.

Il y a une différence significative entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ces recommandations.

- Si l'on accepte comme réponses le fait d'avoir répondu « **DIU au cuivre** » et « **méthodes mécaniques** » (+/- méthodes naturelles qui sont plutôt un type de « contraception » secondaire), j'obtiens:

Q24	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins ayant lu les recommandations	6% (3)	94% (44)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p=3.7679353493072E-50$.

Il y a là encore une différence significative entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ces recommandations.

- Si l'on accepte comme réponses le fait d'avoir répondu « **DIU au cuivre** » (+/- méthodes mécaniques et +/- méthodes naturelles), j'obtiens :

Q24	Résultat attendu	Mauvaise réponse
Médecins ayant lu les recommandations	11% (5)	89% (42)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p=1.0452734416427E-44$.

Il y a encore une fois une différence significative entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ces recommandations.

3.5.3/ Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ceux n'ayant pas lu les recommandations?

Q24	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins ayant lu les recommandations (N=47)	2% (1)	98% (46)
Médecins n'ayant pas lu les recommandations (N=44)	2% (1)	98% (43)

Le test de Fisher n'est statistiquement pas significatif avec $p=1$.

Il n'y a donc pas de différence significative entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ceux n'ayant pas lu ces recommandations.

A noter que la troisième bonne combinaison de réponses a été donnée par un médecin connaissant les nouvelles recommandations mais ne les ayant pas lues, c'est pour cela que sa réponse n'apparaît pas dans nos analyses (3 réponses correctes sur l'échantillon global).

- Si l'on accepte comme réponses le fait d'avoir répondu « **DIU au cuivre** » et « **méthodes mécaniques** » (+/- méthodes naturelles qui sont plutôt un type de « contraception » secondaire), j'obtiens :

Q24	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins ayant lu les recommandations (N=47)	6% (3)	94% (44)
Médecins n'ayant pas lu les recommandations (N=44)	7% (3)	98% (41)

Le test de Fisher n'est statistiquement pas significatif avec $p=1$.

Il n'y a donc pas de différence significative entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ceux n'ayant pas lu ces recommandations.

- Si l'on accepte comme réponses le fait d'avoir répondu « **DIU au cuivre** » (+/- méthodes mécaniques et +/- méthodes naturelles), j'obtiens :

Q24	Résultat attendu	Mauvaise réponse
Médecins ayant lu les recommandations (N=47)	11% (5)	89% (42)
Médecins n'ayant pas lu les recommandations (N=44)	34% (15)	66% (29)

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p=0.00015356715386759$.

Le fait de ne pas connaître les recommandations est corrélé au fait d'avoir répondu correctement à cette question.

3.6/ En fin de consultation se présente alors une jeune fille de 16 ans, nullipare, pour une première prescription de contraception. L'examen clinique est normal. Elle n'a aucun antécédent personnel notable. Elle signale seulement l'existence d'une thrombose veineuse profonde chez sa mère il y a quelques mois. Que lui prescrivez-vous? (Q25)

3.6.1/ Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins et les dernières recommandations HAS 2013/OMS 2009?

Les réponses attendues sont : « **Contraception micro progestative** », « **DIU au cuivre** » et « **méthodes mécaniques** ».

Q25	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins	1% (1)	99% (104)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p=2.2308483001315 \text{ E-}57$.

Il y a une différence significative entre les recommandations et les réponses données par l'échantillon.

→ Si l'on accepte comme réponses le fait d'avoir répondu « **Contraception micro progestative** » et « **DIU au cuivre** » (+/- méthodes mécaniques), j'obtiens :

Q25	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins	4% (4)	96% (101)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p=1.0156159971179 \text{ E-}52$.

Il y a donc encore une fois une différence significative entre les recommandations et les réponses données par l'échantillon.

→ Si l'on accepte comme réponses le fait d'avoir répondu « **Contraception micro progestative** », +/- « **DIU au cuivre** » +/- « **méthodes mécaniques** », j'obtiens :

Q25	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins	35% (37)	65% (68)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p= 6.1622732607445 \text{ E-}27$.

Il y a donc encore une fois une différence significative entre les recommandations et les réponses données par l'échantillon, même si l'on note une nette augmentation du pourcentage de réponses exactes à cette question.

3.6.2/ Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins ayant lu ces recommandations et les recommandations HAS 2013/OMS 2009?

Q25	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins ayant lu les recommandations	2% (1)	98% (46)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p=1.1377326330671 \text{ E-}55$.

Il y a une différence significative entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ces recommandations.

→ Si l'on accepte comme réponses le fait d'avoir répondu « **Contraception micro progestative** » et « **DIU au cuivre** » (+/- méthodes mécaniques), j'obtiens :

Q25	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins ayant lu les recommandations	4% (2)	96% (45)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p=1.0156159971179 \text{ E-}52$.

Il y a là encore une différence significative entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ces recommandations.

→ Si l'on accepte comme réponses le fait d'avoir répondu « **Contraception micro progestative** », +/- « **DIU au cuivre** » +/- « **méthodes mécaniques** », j'obtiens :

Q25	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins ayant lu les recommandations	38% (18)	62% (29)
Recommandations	100	0

Le test de Fisher est statistiquement significatif avec $p=3.1303413158682E-25$.

Il y a là encore une différence significative entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ces recommandations, même si le pourcentage de réponses exactes augmente sensiblement.

3.6.3/ Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ceux n'ayant pas lu les recommandations?

Q25	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins ayant lu les recommandations (N=47)	2% (1)	98% (46)
Médecins n'ayant pas lu les recommandations (N=44)	0% (0)	100% (44)

Le test de Fisher n'est statistiquement pas significatif avec $p=0.49748743718593$.

Il n'y a donc pas de différence significative entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ceux n'ayant pas lu ces recommandations, même si la seule combinaison de bonnes réponses a été fournie par un médecin ayant lu les recommandations.

→ Si l'on accepte comme réponses le fait d'avoir répondu « **Contraception micro progestative** » et « **DIU au cuivre** » (+/- méthodes mécaniques), j'obtiens :

Q25	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins ayant lu les recommandations (N=47)	4% (2)	96% (45)
Médecins n'ayant pas lu les recommandations (N=44)	5% (2)	95% (42)

Le test de Fisher n'est statistiquement pas significatif avec $p=1$.

Il n'y a donc pas de différence significative entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ceux n'ayant pas lu ces recommandations.

→ Si l'on accepte comme réponses le fait d'avoir répondu « **Contraception micro progestative** », +/- « **DIU au cuivre** » +/- « **méthodes mécaniques** », j'obtiens :

Q25	Résultat attendu (bonne combinaison de réponses)	Mauvaise combinaison de réponses
Médecins ayant lu les recommandations (N=47)	38% (18)	62% (29)
Médecins n'ayant pas lu les recommandations (N=44)	36% (16)	64% (28)

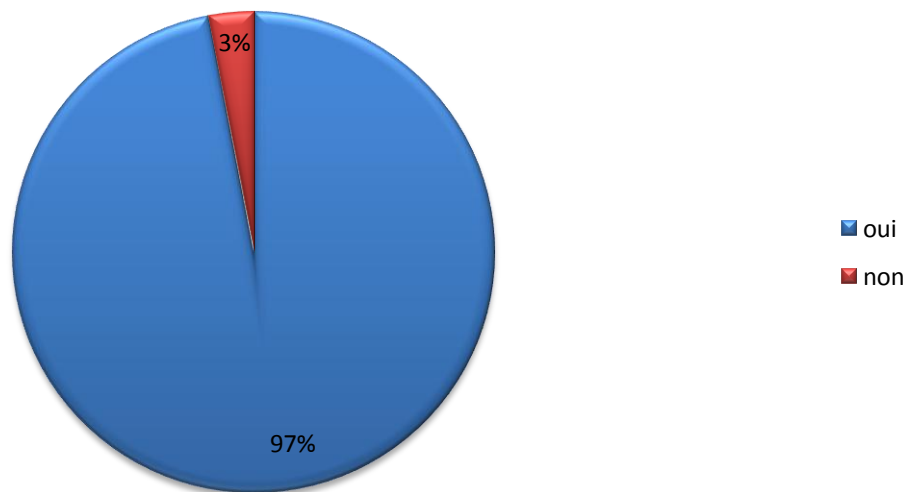
Le test de Fisher n'est statistiquement pas significatif avec $p=0.8836227903675$.

Il n'y a donc encore une fois pas de différence significative entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ceux n'ayant pas lu ces recommandations.

4/ Le suivi

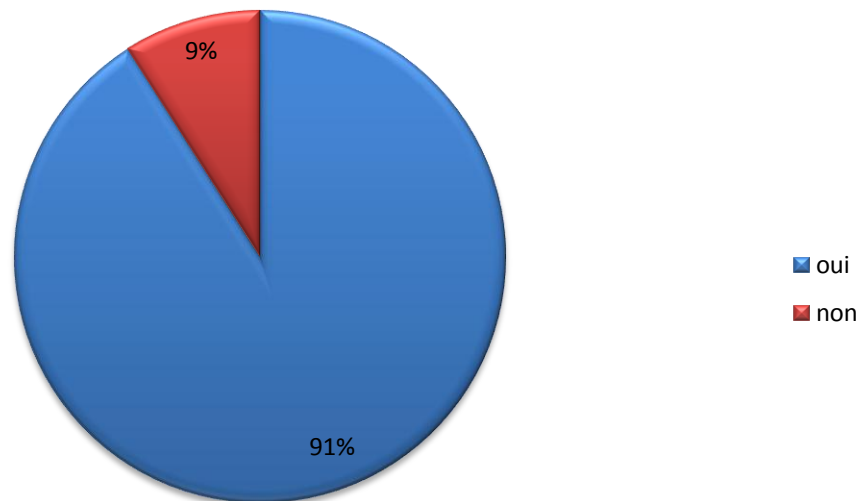
4.1/ Lors de la consultation de suivi, interrogez-vous la patiente sur sa satisfaction vis à vis du moyen de contraception choisi?(Q26)

Sur 105 médecins, 97% interrogeaient la patiente sur sa satisfaction vis-à-vis du moyen de contraception proposé (N=102) et 3% ne le faisaient pas (N=3).



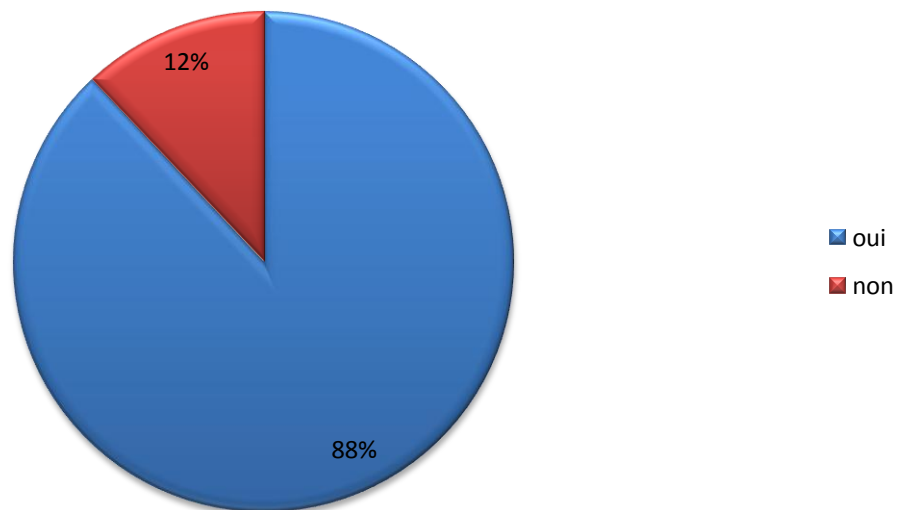
4.2/ Lors de la consultation de suivi, vérifiez-vous si la patiente utilise son moyen de contraception de façon adaptée? (Q27)

Sur 105 médecins, 91% vérifiaient si la patiente utilisait son moyen de contraception de façon adaptée (N=96) et 9% ne le faisaient pas (N=9).



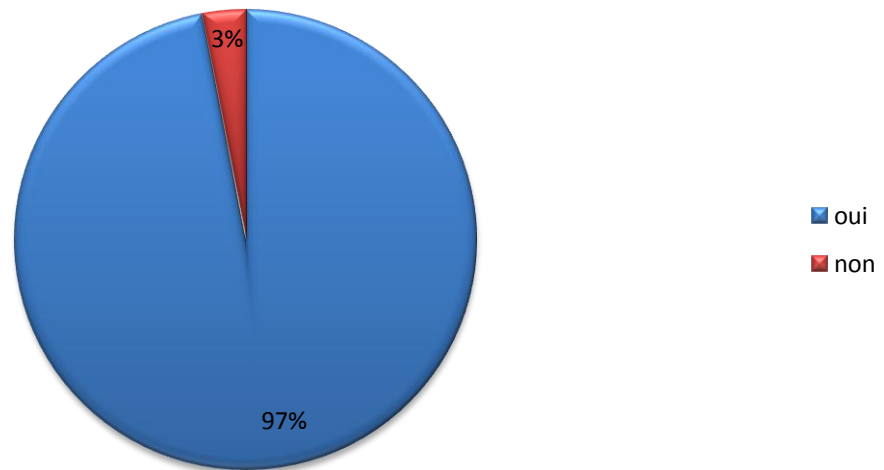
4.3/ Lors de la consultation de suivi, vérifiez-vous si la patiente connaît la conduite à tenir en cas de mauvaise observance? (Q28)

Sur 105 médecins, 88% contrôlaient la conduite à tenir en cas de mauvaise observance (N=92) et 12% ne le faisaient pas (N=13).



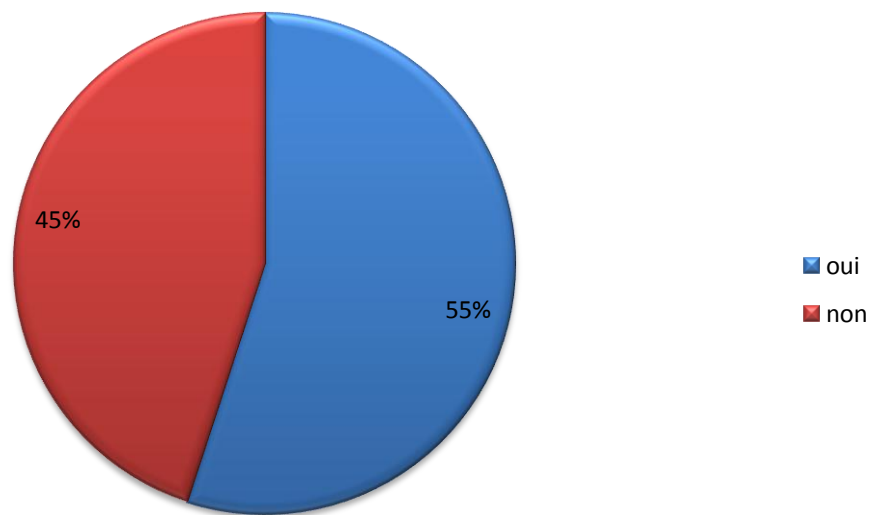
4.4/ Lors de la consultation de suivi, interrogez-vous la patiente sur la tolérance et les effets indésirables? (Q29)

Sur 105 médecins, 97% interrogeaient la patiente sur la tolérance et les effets indésirables de sa contraception (N=102) et 3% ne le faisaient pas (N=3).



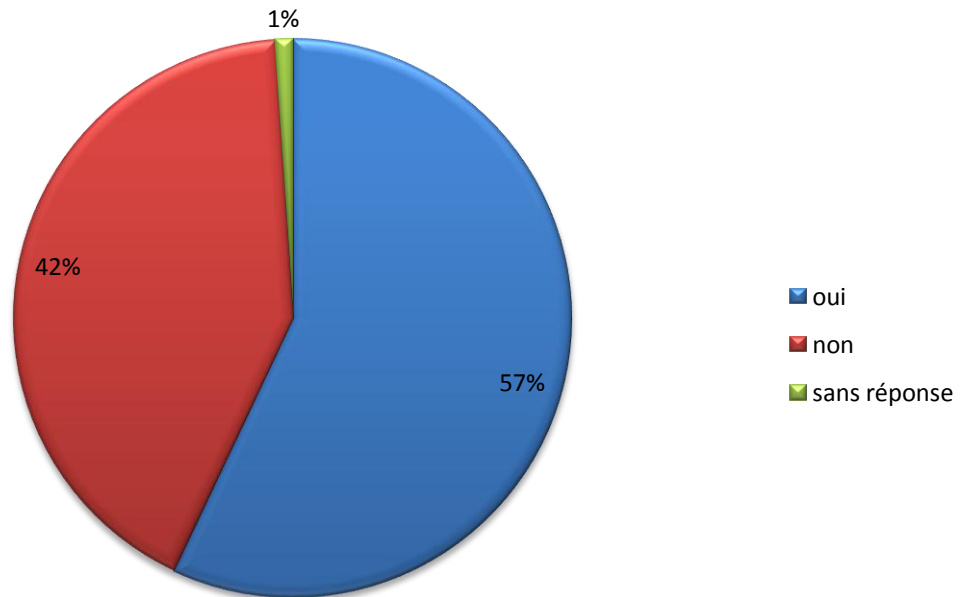
4.5/ Lors de la consultation de suivi, réévaluez-vous le choix de la méthode contraceptive à chaque renouvellement de prescription? (Q30)

Sur 105 médecins, 55% réévaluaient le choix de la méthode contraceptive à chaque renouvellement de prescription (N=58) et 45% ne le réalisaient pas (N=47).



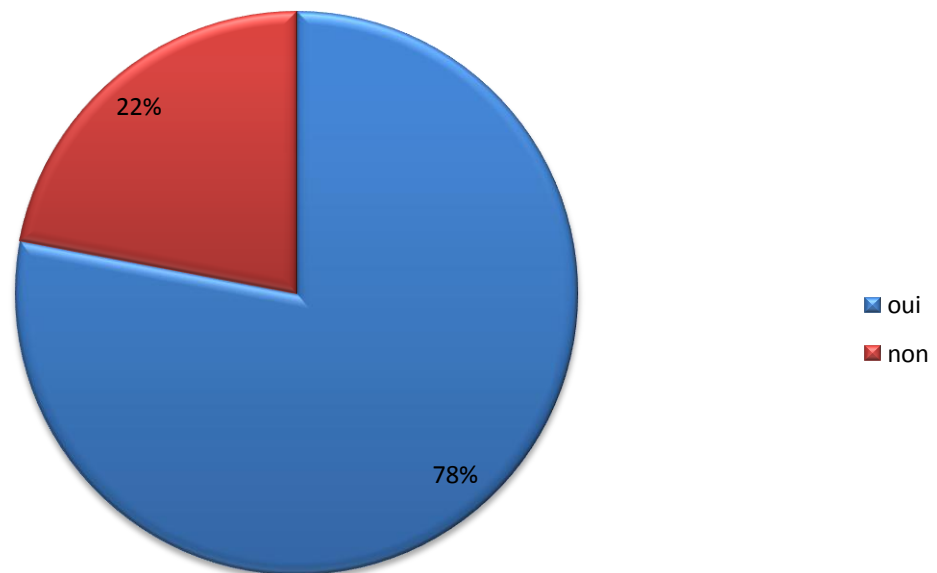
4.6/ Savez-vous qu'il existe des recommandations de l'HAS parues en 2013 remplaçant « Stratégie de choix des méthodes contraceptive chez la femme » (2004)? (Q31)

Sur 105 médecins, 57% connaissaient l'existence de ces nouvelles recommandations (N=60), 42% ne les connaissaient pas (N=44) et 1% des réponses était ininterprétable (N=1).



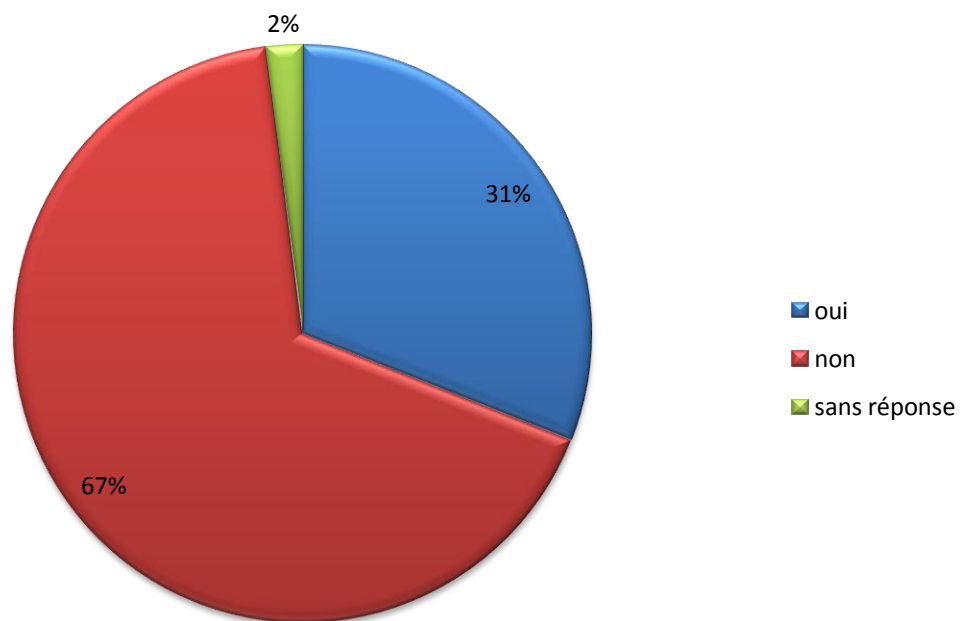
4.7/ Si oui, avez-vous déjà lu ces recommandations? (Q32)

Sur 60 médecins ayant connaissance de l'existence de ces recommandations, 78% avaient déjà lu ces recommandations (N=47) et 22% ne les avaient pas lues (N=13).



4.8/ Avez-vous l'impression d'avoir modifié vos pratiques quant à la prescription de la contraception depuis les dernières recommandations HAS 2013? (Q33)

Sur 105 médecins, 67% disaient ne pas avoir l'impression d'avoir modifié leurs pratiques vis-à-vis de la prescription de contraception depuis ces dernières recommandations (N=70), 31% disaient les avoir modifiées (N=33) et 2 réponses étaient ininterprétables (N=2).

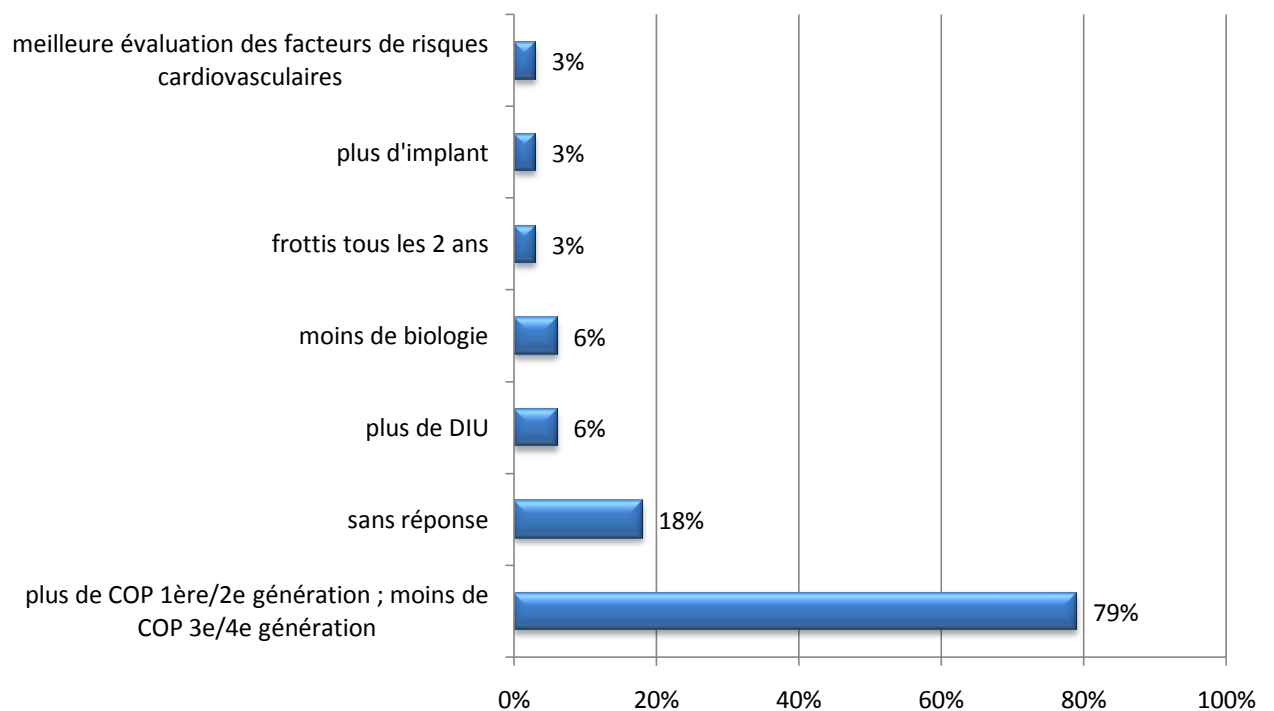


4.9/ Si oui, dans quelle mesure? (Q34)

Sur 33 médecins disant avoir modifié ses pratiques, il ressort une forte tendance à savoir privilégier la prescription de COP de 1^{ère}/2^e génération et moins prescrire voire abandonner la prescription des COP de 3^e /4^e génération (N=26).

La prescription de DIU n'est évoquée que dans 6% des cas (N=2) et celle des microprogestatifs type implant dans 3% des cas (N=1).

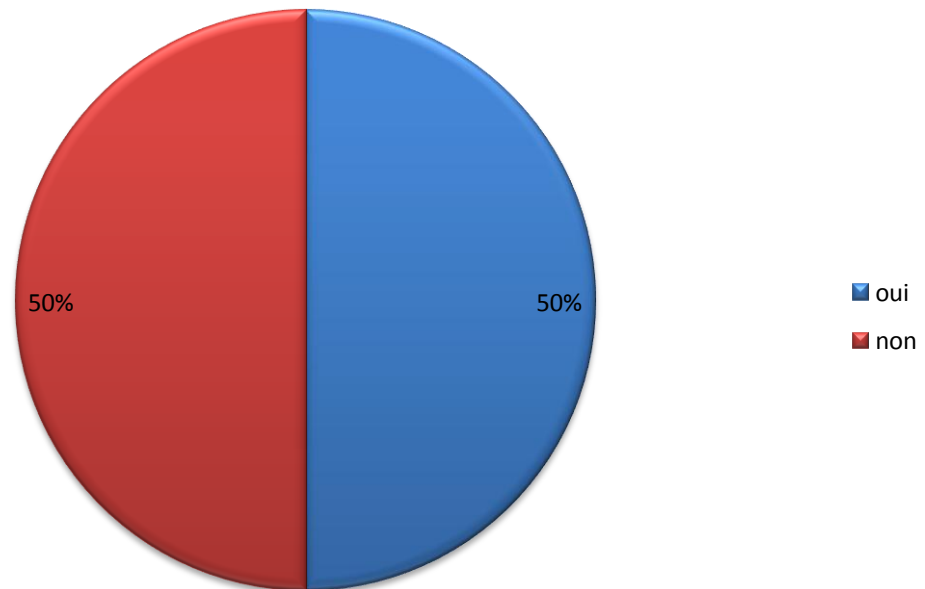
Enfin, il est retrouvé dans 6% des cas (N=2) le fait de moins prescrire de bilan biologique et dans 3% des cas (N=1) une meilleure évaluation des facteurs de risques cardiovasculaires.



A noter que 4 médecins ayant répondu ne pas avoir modifié leur pratique lors de la prescription d'une contraception ont précisé « déjà ne plus prescrire de COP de 3^e /4^e génération », pour certains depuis des années.

4.10/ Connaissez-vous l'existence du Pass Contraception mis en place en Limousin depuis mai 2014? (Q35)

Sur 105 médecins, 50% connaissaient le Pass Contraception (N=52) et 50% ne le connaissaient pas (N=53).



5. Discussion

1/ Limites de l'étude

1.1/ Biais de sélection

Il s'agissait ici d'une étude descriptive, anonyme, basée sur le volontariat. Seuls les médecins souhaitant apporter des réponses à mon questionnaire l'ont fait, de façon purement déclarative. On peut supposer que les médecins répondant à ce type d'enquête sont plus sensibilisés et intéressés par ce type d'enquête. Cela relève donc d'un biais de volontariat.

Il en ressort tout de même un taux de réponses tout à fait convenable s'élevant à 26.99%.

Afin de constituer l'échantillon, j'ai utilisé la base de données de l'URPS du Limousin afin de pouvoir obtenir un maximum d'adresses mail pour adresser notre questionnaire. Ces données n'avaient pas pu être récupérées auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

Cela représente un biais de recrutement car cette base de données est constituée sur le fait que les médecins aient participé ou participent au moins une fois à une session de formation continue durant leur carrière. Ils sont donc plus susceptibles d'être intéressés par mon travail et plus au fait des dernières recommandations en matière de contraception.

1.2/ Les limites du questionnaire

Dans ce type d'étude descriptive transversale, le questionnaire est un élément central du projet. En effet, même si la plupart des questions sont rédigées sous formes fermées, j'ai remarqué que pour la partie « mise en situation », les réponses apportées n'étaient pas toujours adaptées à l'énoncé, comme par exemple des réponses uniques alors que plusieurs réponses étaient possibles (et attendues). Ainsi j'ai dû interpréter les réponses à ces items en ajustant ce que l'on considérait comme réponses « correctes ». Les questions 16, 18, 19, 22 et 34 ont fournies de multiples réponses (car questions ouvertes) et cela a donc affecté l'analyse des données.

J'ai choisi aussi l'envoi par mail avec un rappel (durée totale de 2 mois de recueil des données). J'ai pensé que l'envoi par courrier électronique était plus simple pour les médecins généralistes, cela ne nécessitant pas le renvoi d'un courrier papier et cela réduisant aussi le temps de réponse. De plus, le questionnaire étant conçu via Google Docs, les réponses étaient automatiquement triées et enregistrées dans Excel ce qui garantissait une analyse des données plus fiable.

Paradoxalement le support informatique a pu aussi réduire le taux de réponse. Cependant, le risque inhérent à ce type d'étude reste le taux de non-réponse, avec ici un taux s'élevant à 73%. En effet cela diminue la représentativité de la population étudiée et la puissance de l'étude.

J'ai aussi souhaité réaliser une partie du questionnaire sous la forme de mise en situation ce qui est plutôt inhabituel sur ce genre d'étude et qui a peut-être perturbé certains médecins dans leur réponse. En effet ces mini cas cliniques demandaient une attention et donc une prise de temps particulière pour y répondre, cela ayant pu influencer sur la qualité des réponses.

1.3/ Population étudiée

L'échantillon est relativement représentatif de la population des médecins généralistes exerçant en Limousin. En effet, le sexe, l'âge et le mode d'exercice correspondent à la population étudiée.

J'ai relevé des différences sur le lieu d'exercice qui peuvent être attribuées à la différence de critères caractérisant les groupes urbain et semi rural. Dans mon étude j'ai divisé ces catégories en fonction du nombre d'habitants (>5000 habitants pour l'urbain et entre 2000 et 5000 habitants pour le semi rural) alors que pour l'ORS ces deux catégories sont divisées en « villes-centre ou banlieues des 6 unités urbaines de la région » et en « couronne étendue des pôles urbains ».

Je retrouve en revanche un pourcentage similaire pour l'exercice en milieu rural (environ 30%).

Par ailleurs, j'ai constaté une sur représentativité de participants à la formation continue dans mon échantillon (75% vs 62%) ce qui peut être expliqué par le type d'étude et la base de données utilisée.

Je n'ai pas retrouvé de données concernant l'année moyenne d'installation.

2/ Analyse des résultats

2.1/ Concernant la partie « votre pratique professionnelle »

Cette partie a été rédigée en se basant sur le modèle BERCER de l'OMS (23) (24) et les recommandations HAS de juillet 2013 (Contraception : prescriptions et conseils aux femmes) (21).

- Seuls 66% des médecins consacrent spécifiquement la consultation à la primo prescription d'une contraception. Il est vrai que cela n'est pas toujours aisé d'y dédier une consultation car le premier motif évoqué par la patiente concerne une autre pathologie et celle-ci profite de la consultation pour parler de contraception. Il est donc intéressant de donner un rendez-vous ultérieur afin de pouvoir mener cette consultation de primo contraception car elle est très chronophage. Ceci peut d'ailleurs freiner les médecins. Parallèlement, c'est aussi au médecin, de par sa fonction de prévention (surtout chez l'adolescente) à qui il revient d'aborder le sujet de la contraception.

Dans le travail de Mélanie Macchi réalisé en 2010 (28), 47% de patientes avaient bénéficié d'une consultation dédiée à la primo prescription contraceptive.

- Ensuite 88% des médecins adressent leur patiente au spécialiste au vu des facteurs de risque présentés. Seuls 17% se sentent mal à l'aise et 14 % ne réalisent pas de frottis cervico vaginal. Enfin 6% soulignent un manque de temps pour délivrer les informations nécessaires.

Le principal motif d'orientation vers un gynécologue reste donc un contexte particulier avec prise en charge pouvant s'avérer complexe.

Dans l'étude EPILULE datant de 2003 (26), la primo-prescription de la contraception était initiée par un médecin généraliste dans 51,3% des cas et la prescription initiale a été réalisée par un gynécologue dans 51,9% des cas. Il y est aussi indiqué que 86% des généralistes se sentent à l'aise pour s'occuper de contraception (ce qui correspond aux 17% qui ne se sentent pas à l'aise dans notre étude).

- 67% des médecins interrogés détaillent dès le début le déroulement de la consultation et 33% ne le font pas.
96% des médecins interrogent la patiente sur le type de contraception qu'elle désire et seulement 4% ne le font pas. Ce chiffre est de 82% dans le travail de M. Macchi (28).

11% des médecins n'interrogent pas la patiente sur ses connaissances en matière de contraception lors de la primo prescription d'une contraception. Parallèlement, 89% des médecins le font.

Ainsi les médecins généralistes informent très majoritairement la patiente sur la contraception, ce qui est indispensable car le manque d'informations objectives sur l'ensemble des méthodes contraceptives constitue un frein essentiel au choix d'une contraception adaptée (27). Impliquer la patiente améliore donc la satisfaction et l'utilisation de la future méthode contraceptive.

Cependant un effort devrait être fait quant à l'explication du déroulement de la consultation car souvent la patiente peut craindre un examen gynécologique (qu'elle pense indispensable à la délivrance d'une contraception). Cela la mettra en confiance pour le reste de la consultation et favorisera la compréhension de l'information délivrée.

- 24% des médecins n'interrogent pas la patiente sur son activité sexuelle et 74% le font. Cette question est assez largement évoquée dans le modèle BERCER (23) (24). La connaissance de l'activité sexuelle de la patiente permet la prescription d'une contraception plus adaptée. Et même si aborder ce sujet n'est pas toujours évident, cela permet notamment chez l'adolescente de ne pas méconnaître l'existence d'une sexualité juvénile, ce qui ne favoriserait pas la pratique contraceptive ni les comportements de prévention (27).

- 87% des médecins ne réalisent pas d'examen gynécologique le jour même en l'absence d'antécédent particulier, 12% le font le jour même et 1% des réponses sont ininterprétables. Les recommandations précisent que l'examen gynécologique peut être expliqué et programmé pour une consultation ultérieure, notamment lorsqu'il s'agit d'une adolescente (21).

- 41% des médecins ne réalisent pas de frottis cervico-vaginal, 57% le font de façon différée et 2% des réponses ne peuvent être interprétées. Aucun ne réalise le frottis cervico vaginal le jour même.

Sur les 60 médecins réalisant le frottis cervico vaginal de façon différée, nous retrouvons de nombreuses réponses différentes avec en premier lieu le fait d'avoir déjà eu des rapports sexuels puis viennent les critères d'âge très variés (à partir de 25 ans, 23 ans, 20 ans, 18 ans, 17 ans et 16 ans). Nous retrouvons aussi le fait d'avoir eu des partenaires multiples.

Les recommandations sur ce sujet, actualisées en juin 2013 par l'HAS (20), proposent le dépistage du cancer du col de l'utérus à toutes les femmes répondant aux critères d'éligibilité âgées de 25 à 65 ans, qu'elles soient ou non vaccinées contre le papillomavirus. Le rythme de réalisation des frottis préconisé est tous les 3 ans, après deux frottis normaux à 1 an d'intervalle.

Un démarrage anticipé du dépistage peut cependant être discuté si des circonstances peuvent faire évoquer un risque majoré de cancer du col de l'utérus : partenaires multiples (en l'absence de définition unanime $\geq 3-5$ /ans), infection sexuellement transmissible chronique, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Il est bien précisé qu'il n'est pas indiqué d'abaisser l'âge du début de dépistage avant 25 ans car même si l'infection à papillomavirus est fréquente chez la femme jeune, son évolution est très lente et se fera rarement vers un cancer du col invasif (très rare de retrouver ce type de lésion chez une femme âgée de moins de 30 ans). Le dépistage chez les moins de 25 ans entraîne donc des traitements inutiles et un rapport coût/efficacité non bénéfique.

- Concernant la prescription d'un bilan biologique, 8% n'en réalisent pas et 91% en réalisent un.

45% des 96 médecins prescrivant un bilan biologique le réalisent dans les 3 à 6 mois après l'introduction de la contraception. 41% le prescrivent avant la mise en place du contraceptif et selon les médecins effectuent un contrôle 3 à 6 mois après. Les autres réponses apportées sont plus marginales avec par exemple un délai de 2 à 3 semaines ou alors de 1 an après l'introduction du moyen de contraception. Un médecin évoque « au choix de la patiente ».

34% des médecins ne prescrivent qu'une glycémie à jeûn et un bilan lipidique complet. 83.33% prescrivent au moins une glycémie à jeûn et un bilan lipidique complet mais associés à d'autres prélèvements divers. 8.33% des médecins ne recherchent pas la glycémie à jeûn et le bilan lipidique complet.

Les recommandations concernant la réalisation d'un bilan biologique lors de la prescription d'une contraception hormonale oestroprogestative sont définies par l'HAS en juin 2013 et mise à jour en janvier 2015 (21). Le bilan biologique qu'il faut réaliser comporte un dosage de la glycémie à jeûn, du cholestérol total et des triglycérides. Chez une personne

sans antécédent personnel ni familial de maladie métabolique ou thromboembolique, il peut se faire 3 à 6 mois après la prescription initiale du contraceptif. Il est à renouveler tous les 5 ans en cas de bilan normal et d'absence de faits cliniques ou familiaux nouveaux.

Ce n'est qu'en cas d'antécédent familial de dyslipidémie que le bilan biologique doit être réalisée avant la mise en route du contraceptif et 3 à 6 mois après.

Le bilan peut comporter aussi un bilan d'hémostase comme nous le retrouvons dans 9% des réponses mais uniquement en cas d'antécédent personnel ou familial de maladie thromboembolique (survenue chez un apparenté au premier degré avant l'âge de 50-60ans).

Il n'est en revanche pas décrit dans les recommandations la réalisation d'autres dosages comme l'ont évoqué certains médecins (NFS, bilan hépatique, sérologies IST, etc.)

Concernant cette partie « Votre pratique professionnelle », j'ai comparé mes résultats avec ceux décrits dans le travail de thèse effectué par Gaëlle Eurin-Prate en 2012 concernant la première prescription de contraception en médecine générale dans le Nord en 2012 (25). Je retrouve des résultats quasi similaires aux questions explorant le respect du modèle BERCER avec de nombreux items bien pris en charge.

Concernant la réalisation du frottis, 40% des médecins en réalisent un de façon différée dans son étude contre 57% dans la mienne.

Vis-à-vis de la prescription du bilan biologique, il existe une différence quant au délai de réalisation avec dans mon étude, 41% de médecins le prescrivant avant l'instauration de la contraception contre 12% dans l'étude de Gaëlle Eurin-Prate.

2.2/ Concernant la partie « mise en situation »

Cette seconde partie a été construite en se basant principalement sur la fiche mémo de l'HAS intitulée Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire. (22)

J'ai décidé d'analyser les résultats selon les trois grandes parties citées dans Matériel et Méthodes à savoir :

- Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins et les dernières recommandations HAS 2013 ?
- Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins ayant lu ces recommandations et les recommandations ?
- Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ceux n'ayant pas lu les recommandations ?

2.2.1/ Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins et les dernières recommandations HAS 2013 ?

- A la question 20, la combinaison de réponses attendue est *contraception oestroprogestative (COP) de 1^{ère}/2^e génération, dispositif intra utérin (DIU) au cuivre et méthodes mécaniques.*

Globalement, les médecins prescrivent bien **la COP de 1^{ère}/2^e génération en première intention chez la nullipare sans facteur de risque (94%),** mais **seulement**

21% la prescrivent en évoquant comme autre contraception possible soit le DIU au cuivre, soit les méthodes mécaniques.

64% prescrivent la COP de 1^{ère}/2^e génération sans évoquer de méthodes contraceptives contre-indiquées chez cette jeune femme de 17 ans (Cf. ci-dessous).

Par ailleurs **30% des médecins ont bien évoqué la COP de 1^{ère}/2^e génération mais en l'associant soit à une contraception micro progestative, soit à une contraception oestroprogestative de 3^e/4^e génération, soit aux nouvelles méthodes contraceptives type anneau vaginal ou dispositif transdermique, soit à l'utilisation de méthodes naturelles.**

Il reste donc un effort à faire concernant la prescription de DIU au cuivre, notamment chez la nullipare, évoquée chez seulement 21% des prescripteurs. Ceci peut être expliqué par plusieurs facteurs, à savoir la croyance erronée qu'il est contre-indiqué chez la nullipare ou encore la difficulté de pose au cabinet due au manque de formation ou alors au manque de matériel. Pourtant les recommandations de 2004 soulignaient déjà que cette méthode contraceptive était utilisable chez la femme nullipare. (29)

- A la question 21, la combinaison de réponses attendue est *poursuite du traitement et proposition d'une autre contraception au terme de la prescription en cours*.

Si le fait d'avoir proposé une autre contraception au terme de la prescription en cours (sans pour autant avoir systématiquement évoqué la poursuite du traitement) est considéré comme réponse correcte, **il est alors retrouvé 50% de réponses correctes.**

L'échantillon a donc bien analysé que l'on pouvait changer de type de contraceptif (COP de 4^e génération ici) mais selon les recommandations cela n'impose pas un arrêt immédiat en cas de bonne tolérance et en l'absence de facteurs de risque. Une réévaluation au terme de chaque prescription est en revanche recommandée.

En revanche **50% des médecins ont évoqué la poursuite du traitement sans proposition d'un autre contraceptif au terme de la prescription ou la prescription immédiate d'un autre contraceptif.**

- A la question 22, les médecins ont proposé plusieurs réponses ce qui effectivement est tout à fait possible avec comme réponses acceptées *COP 1^{ère}/2^e génération, DIU au cuivre ou au Lévonorgestrel (LNG), contraception micro progestative, méthodes mécaniques voire méthodes naturelles*.

Seule la prescription d'anneau ou de patch contraceptifs n'est pas acceptée car cela présente un sur-risque thromboembolique similaire au COP de 3^e/4^e génération.

Seulement 6% des réponses fournies évoque ce type de contraceptif.

Majoritairement, **les médecins prescrivent en priorité une COP de 1^{ère}/2^e génération (79%), en seconde position venaient les DIU (cuivre ou LNG) avec 40 % de prescription puis les implants sous cutanés avec 8% des réponses, la contraception micro progestative avec 4% des réponses.**

Ne peuvent être considérées comme correctes les **réponses « choix de la patiente » (2%) et « COP » sans précision de la génération (4%).**

- A la question 23, la combinaison de réponses attendue est *contraception micro progestative, DIU au cuivre, DIU au LNG, méthodes mécaniques et méthodes naturelles.*

Cependant la proposition de « méthodes naturelles » peut être considérée comme secondaire vis-à-vis des autres types de contraceptifs car beaucoup moins efficace et difficile à proposer seule.

S'il est pris en compte le fait d'avoir uniquement donné une réponse exacte sans avoir évoqué de contraception contre-indiquée, il est retrouvé 92% de réponses correctes, avec seulement 8% des médecins ayant évoqué une COP de 1^{ère}/2^e génération ou des nouvelles méthodes contraceptives (type anneau ou patch).

Ici l'obésité ne contre indique pas l'utilisation de COP (catégorie 2 OMS), en revanche l'âge supérieur à 35 ans associé au fait de fumer > 15 cigarettes par jour contre indiquent formellement leur utilisation (catégorie 4 OMS).

Les contre-indications sont ainsi bien respectées pour l'immense majorité de l'échantillon avec une bonne évaluation des facteurs de risque cardiovasculaires. Cependant il est trop rarement évoqué plusieurs méthodes contraceptives indiquées. Il est possible que les médecins n'aient pas forcément compris qu'ils pouvaient fournir plusieurs réponses et s'en soient donc tenu à une réponse unique.

- A la question 24, la combinaison de réponses attendue est *DIU au cuivre, méthodes mécaniques et méthodes naturelles. Il ne faut pas poursuivre le traitement.*

Encore une fois, la proposition de « méthodes naturelles » peut être considérée comme secondaire vis-à-vis des autres types de contraceptifs.

Si les résultats sont ajustés **sur le fait d'avoir répondu DIU au cuivre plus ou moins associé aux méthodes mécaniques et aux méthodes naturelles, il est retrouvé 21% de réponses correctes.**

59% de l'échantillon (N=62) évoque une poursuite du traitement, ce qui est contre-indiqué du fait des migraines avec aura survenant sous traitement micro progestatif (catégorie 3 OMS).

De même les DIU au Lévonorgestrel sont contre-indiqués (catégorie 3 OMS si **migraines avec aura sous contraception**).

Toutes les méthodes oestroprogestatives sont elles aussi formellement contre-indiquées.

Le faible taux de réponses correctes retrouvé à cette question est peut-être dû au fait que la patiente présente **des migraines avec aura sous Cérazette**, ce qui fait passer les contraceptifs microprogestatifs et le DIU au Lévonorgestrel en **catégorie 3 OMS (Méthode non recommandée de manière générale, à moins qu'aucune autre méthode appropriée ne soit disponible ou acceptable)**.

- A la question 25, la combinaison de réponses attendue est *contraception micro progestative, DIU au cuivre et méthodes mécaniques*.

Si les résultats sont ajustés **sur le fait d'avoir répondu soit contraception micro progestative, soit DIU au cuivre, soit méthodes mécaniques (plus ou moins associés entre eux)**, il est retrouvé **35% de réponses correctes**.

Ne peuvent être considérées **comme réponses correctes tous les COP (catégorie 3 OMS), le DIU au Lévonorgestrel du fait de la nulliparité (pas en première intention) et les méthodes naturelles car nous avons en face de nous une adolescente**.

37% de l'échantillon a évoqué un COP.

9% a évoqué le DIU au Lévonorgestrel.

5% a cité les méthodes naturelles.

Le faible taux de réponses correctes obtenu à cette question peut être expliqué par le fait que les médecins ne pensent pas que **toutes les méthodes contraceptives oestro progestatives ne soient pas recommandées en cas d'antécédent familial de thrombose veineuse profonde (TVP) au 1^{er} degré (catégorie 3 OMS)**.

En effet l'existence d'une TVP aiguë ou d'un antécédent personnel de TVP relève d'une **catégorie 4 OMS**.

2.2.2/ Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et les recommandations HAS 2013/OMS 2009?

Pour rappel, **47% des médecins interrogés disent avoir lu ces recommandations**.

- Comme dans la première partie, les médecins prescrivent bien **la COP de 1^{ère}/2^e génération en première intention chez la nullipare sans facteur de risque (100% ici)**, mais **seulement 28% la prescrivent en évoquant comme autre contraception possible soit le DIU au cuivre, soit les méthodes mécaniques**.

60% prescrivent la COP de 1^{ère}/2^e génération sans évoquer de méthodes contraceptives contre-indiquées chez cette jeune femme de 17 ans.

40% des médecins ont donc bien évoqué la COP de 1^{ère}/2^e génération mais en l'associant soit à une contraception micro progestative, soit à une contraception oestroprogestative de 3^e/4^e génération, soit aux nouvelles méthodes contraceptives type anneau vaginal ou dispositif transdermique, soit à l'utilisation de méthodes naturelles.

- A la question 21, si le fait d'avoir proposé une autre contraception au terme de la prescription en cours (sans pour autant avoir systématiquement évoqué la poursuite du traitement) est considéré comme réponses correcte, **il est retrouvé 55% de réponses correctes.**

Ainsi l'échantillon de médecins ayant lu les recommandations a bien analysé que l'on pouvait changer de type de contraceptif (COP de 4^e génération ici). Cependant, selon les recommandations, cela n'impose pas un arrêt immédiat en cas de bonne tolérance et en l'absence de facteurs de risque. Une réévaluation au terme de chaque prescription est en revanche recommandée.

En revanche **45% des médecins ont évoqué la poursuite du traitement sans proposition d'un autre contraceptif au terme de la prescription ou la prescription immédiate d'un autre contraceptif.**

- A la question 22, **les médecins ayant lu les recommandations** ont proposé plusieurs réponses ce qui effectivement est tout à fait possible avec comme réponses acceptées *COP 1^{ère}/2^e génération, DIU au cuivre ou au Lévonorgestrel (LNG), contraception micro progestative, méthodes mécaniques voire méthodes naturelles.*

Seule la prescription d'anneau ou de patch contraceptifs n'est pas acceptée car cela présente un sur-risque thromboembolique similaire au COP de 3^e/4^e génération. **8% des réponses fournies évoque ce type de contraceptif.**

Majoritairement, **les médecins ayant lu les recommandations prescrivent en priorité une COP de 1^{ère}/2^e génération (92%), en seconde position venaient les DIU (cuivre ou LNG) avec 46 % de prescription puis les implants sous cutanés avec 8% des réponses, la contraception micro progestative avec 4% des réponses.**

Ne peut être considérée comme correctes la réponse « **COP** » sans précision de la **génération (4%).**

- A la question 23, la proposition de « méthodes naturelles » peut de nouveau être considérée comme secondaire vis-à-vis des autres types de contraceptifs car beaucoup moins efficace et difficile à proposer seule.
Sur le même principe s'il est pris en compte le fait d'avoir uniquement donné une réponse exacte sans avoir évoqué de contraception contre-indiquée, il est retrouvé 94% de réponses correctes, avec seulement 6% des médecins ayant évoqué de nouvelles méthodes contraceptives (type anneau ou patch). Aucun n'a ici évoqué de COP de 1^{ère}/2^e génération contrairement à l'échantillon dans son ensemble.

Ici l'obésité ne contre indique pas l'utilisation de COP (catégorie 2 OMS), en revanche l'âge supérieur à 35 ans associé au fait de fumer > 15 cigarettes par jour contre indiquent formellement leur utilisation (catégorie 4 OMS).

Les contre-indications sont donc bien respectées pour l'immense majorité des médecins ayant lu les recommandations mais qu'il est trop rarement évoqué plusieurs méthodes contraceptives indiquées. Il est possible que les médecins n'aient pas forcément compris qu'ils pouvaient fournir plusieurs réponses et s'en soient donc tenu à une réponse unique.

- A la question 24, la proposition de « méthodes naturelles » peut encore une fois être considérée comme secondaire vis-à-vis des autres types de contraceptifs.

Si les résultats sont ajustés sur le fait d'avoir répondu DIU au cuivre plus ou moins associé aux méthodes mécaniques et aux méthodes naturelles, il est retrouvé 11% de réponses correctes.

60% des médecins ayant lu les recommandations (N=28) évoquent une poursuite du traitement, ce qui est contre-indiqué du fait des migraines avec aura survenant sous traitement micro progestatif (catégorie 3 OMS).

De même les DIU au Lévonorgestrel sont contre-indiqués (catégorie 3 OMS si migraines avec aura sous contraception).

Toutes les méthodes oestroprogestatives sont elles aussi formellement contre-indiquées.

- A la question 25, si les résultats sont ajustés sur le fait d'avoir répondu soit contraception micro progestative, soit DIU au cuivre, soit méthodes mécaniques (plus ou moins associés entre eux), il est retrouvé 38% de réponses correctes.

Ne peuvent être considérées comme réponses correctes tous les COP (catégorie 3 OMS), le DIU au Lévonorgestrel du fait de la nulliparité (pas en première intention) et les méthodes naturelles car nous avons en face de nous une adolescente.

32% de l'échantillon a évoqué un COP.

13% a évoqué le DIU au Lévonorgestrel.

6% a cité les méthodes naturelles.

Ces chiffres sont relativement comparables à ceux fournis par l'échantillon (Cf. B.2.1)

2.2.3/ Existe-t-il une différence entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations (groupe 1) et ceux n'ayant pas lu les recommandations (groupe 2)?

- A la question 20, il est mis en évidence l'absence de différence significative entre les réponses fournies par les médecins ayant lu les recommandations et le reste de

l'échantillon (4% dans le groupe 1 vs 2% dans le groupe 2). Le fait d'avoir lu les recommandations n'est donc pas corrélé au fait de fournir une bonne combinaison de réponses sur cette question.

Or si les résultats sont ajustés sur le fait d'avoir répondu COP 1^{ère}/2^e génération associé au DIU au cuivre OU aux méthodes mécaniques, **il est alors retrouvé une différence significative entre les deux groupes à savoir que le fait d'avoir lu les recommandations est corrélé au fait d'avoir fourni les bonnes réponses (28% dans le groupe 1 vs 14% dans le groupe 2).**

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes sur le fait de prescrire la COP de 1^{ère}/2^e génération sans évoquer de méthodes contraceptives contre-indiquées chez cette jeune femme de 17 ans (64% dans le groupe 1 vs 60% dans le groupe 2).

Il n'y en a pas non plus entre les deux groupes sur le fait d'avoir évoqué la COP de 1^{ère}/2^e génération mais en l'associant soit à une contraception micro progestative, soit à une contraception oestroprogestative de 3^e/4^e génération, soit aux nouvelles méthodes contraceptives type anneau vaginal ou dispositif transdermique, soit à l'utilisation de méthodes naturelles (30% dans le groupe 1 vs 40% dans le groupe 2).

Globalement, sur cette question, le fait d'avoir lu les recommandations n'est pas corrélé au fait de fournir les réponses attendues, même en ajustant les résultats.

- A la question 21, il est observé une **différence statistiquement significative entre les réponses apportées par les médecins ayant lu les recommandations et le reste de l'échantillon. Le fait d'avoir lu les recommandations est donc corrélé au fait d'avoir fourni les bonnes réponses (11% dans le groupe 1 vs 2% dans le groupe 2).**

Cependant si le fait d'avoir proposé une autre contraception au terme de la prescription en cours (sans pour autant avoir systématiquement évoqué la poursuite du traitement) est considéré comme réponse correcte, il n'y a pas de **différence significative entre les deux groupes (55% dans le groupe 1 vs 43% dans le groupe 2).**

Sur cette question, le fait de connaître les recommandations est corrélé au fait de poursuivre le traitement mais le fait de proposer un autre contraceptif au terme de la prescription en cours n'est pas lié au fait d'avoir lu les recommandations.

Cela peut paraître logique car il est bien notifié dans le document de l'ANSM (7) que « le sur risque thromboembolique veineux ne justifie pas un arrêt brutal d'un COC dit de 3e génération ou d'un COC contenant de la drospirénone jusque là bien supporté chez une femme utilisatrice depuis une longue période. A l'issue de la prescription en

cours, le prescripteur envisagera, avec la femme déjà sous COC dit de 3e génération ou contenant de la drospirénone, la méthode la plus appropriée pour elle. »

- A la question 22, **les médecins ayant lu les recommandations prescrivent en priorité une COP de 1^{ère}/2^e génération (92%), en seconde position venaient les DIU (cuivre ou LNG) avec 46 % de prescription puis les implants sous cutanés avec 8% des réponses, la contraception micro progestative avec 4% des réponses.**

Les médecins du groupe 2 prescrivent eux aussi majoritairement **une COP de 1^{ère}/2^e génération (79%), avec cependant la prescription dans une moindre mesure de DIU au cuivre ou au LNG (21%). Les implants sous cutanés et autre microprogestatifs ne sont pas évoqués (0%).**

La différence entre les deux groupes se situe donc ici sur le fait **d'avoir moins souvent évoqué le DIU et de ne pas avoir cité les contraceptifs microprogestatifs dans leur ensemble chez les médecins n'ayant pas lu les recommandations.**

- A la question 23, il n'y a pas de **différence significative entre les réponses données par les médecins ayant lu les recommandations et ceux n'ayant pas lu ces recommandations, même si la seule combinaison de bonnes réponses a été fournie par un médecin ayant lu les recommandations.**

Cependant, comme dans les sections précédentes, la proposition de « méthodes naturelles » est considérée comme secondaire vis-à-vis des autres types de contraceptifs car beaucoup moins efficace et difficile à proposer seule. Ainsi si sont considérés seulement les autres types de contraceptifs sans forcément citer les méthodes naturelles, **il y a une différence significative entre les deux groupes avec une corrélation entre le fait d'avoir lu les recommandations et le fait de fournir la bonne combinaison de réponses (23% dans le groupe 1 vs 5% dans le groupe 2).**

Sur le même principe s'il est pris en compte le fait d'avoir uniquement donné une réponse exacte sans avoir évoqué de contraception contre-indiquée, il n'est pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes (94% dans le groupe 1 vs 91% dans le groupe 2).

- A la question 24, il n'y a **pas de différence statistiquement significative entre les réponses fournies par les deux groupes.**

Encore une fois, la proposition de « méthodes naturelles » est considérée comme secondaire vis-à-vis des autres types de contraceptifs. Ainsi **s'il est analysé seulement les autres types de contraceptifs sans forcément citer les méthodes naturelles, il n'y pas de différence significative entre les deux groupes (6% dans le groupe 1 vs 7% dans le groupe 2).**

Si les résultats sont ajustés **sur le fait d'avoir répondu DIU au cuivre plus ou moins associé aux méthodes mécaniques et aux méthodes naturelles, il y a une différence**

significative entre les deux groupes avec une corrélation entre le fait DE NE PAS CONNAITRE les recommandations et le fait d'avoir fourni une réponse correcte (11% dans le groupe 1 vs 34% dans le groupe 2).

60% des médecins ayant lu les recommandations (N=28) évoquent une poursuite du traitement, et 52% (N=23) font de même chez ceux n'ayant pas lu ces recommandations. Il n'y a donc pas de différence significative pour cette catégorie de réponses. Je rappelle qu'il est contre-indiqué de poursuivre cette contraception chez cette patiente du fait des migraines avec aura.

- A la question 25, il n'est pas relevé de différence statistiquement significative entre les deux groupes de médecins (2% dans le groupe 1 et 0% dans le groupe 2). A noter tout de même que la seule bonne combinaison de réponses a été proposée par un médecin ayant lu les recommandations.

Si les résultats sont ajustés **sur le fait d'avoir répondu soit contraception micro progestative, soit DIU au cuivre, soit méthodes mécaniques (plus ou moins associés entre eux), il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes de médecins (38% dans le groupe 1 vs 36% dans le groupe 2).**

2.3/ Concernant le suivi

Cette partie a été conçue en se basant sur les recommandations HAS de juillet 2013 (Contraception : prescriptions et conseils aux femmes) (22).

- 97% des médecins interrogent la patiente sur sa satisfaction vis-à-vis du moyen de contraception proposé et 3% ne le font pas.
- 91% vérifient si la patiente utilise son moyen de contraception de façon adaptée alors que 9% ne le font pas.
- 88% contrôlent la conduite à tenir en cas de mauvaise observance. 12% ne le font pas. Dans l'étude menée par M. Macchi en 2010, seul 60% des femmes estimaient avoir été informées de la conduite à tenir en cas d'oubli (28).
Il faut donc être vigilant car il peut exister une différence entre les informations données par le médecin et celles intégrées par la patiente. Il s'avère que les femmes ne connaissent souvent que partiellement la conduite à tenir en cas d'oubli ; une étude anglaise montre que moins de 12 % des femmes interrogées pouvaient citer précisément ce qu'il fallait faire suite à un oubli de pilule (30).
- 97% des médecins interrogent la patiente sur la tolérance et les effets indésirables de sa contraception et 3% ne le font pas.
- 55% des médecins réévaluent le choix de la méthode contraceptive à chaque renouvellement de prescription. 45% ne le réalisent pas.

Il est relevé ici une moindre assiduité vis-à-vis de la réévaluation de la méthode contraceptive. En effet les recommandations stipulent de « prendre en compte les modifications de situation personnelle, médicale, affective et sociale qui pourraient modifier l'adéquation de la méthode. » (20). Je pense notamment à la réévaluation régulière (conseillée annuellement) des facteurs de risque cardio vasculaire pouvant contraindre à un changement de méthode contraceptive.

- **57% des médecins connaissent l'existence des nouvelles recommandations, 42% ne les connaissent pas** et 1% des réponses est ininterprétable.
Sur ces 57% de médecins connaissant l'existence de ces recommandations, 78% les ont lues, soit un total **45% de l'échantillon ayant lu les recommandations.**

J'ai choisi cette dernière catégorie de médecins car elle me semble être la plus à même de répondre à notre questionnaire, notamment sur la partie « Mise en situation ».

Il faut savoir que les recommandations sur le plan national (HAS) datent de juillet 2013 pour la plupart et que mon questionnaire a été envoyé entre octobre et décembre 2014, ce qui fait environ 1 an et demi après la publication de ces recommandations. Cela explique peut-être le fait que près d'un médecin sur deux ne connaît pas ces dernières recommandations.

- 67% des médecins disent ne pas avoir l'impression d'avoir modifié leurs pratiques vis-à-vis de la prescription de contraception depuis ces dernières recommandations et 31% disent les avoir modifiées et 2 réponses sont ininterprétables.

Deux tiers de l'échantillon n'a donc pas modifié ses pratiques et un tiers a l'impression d'avoir modifié sa prescription. Sur ce dernier tiers, il ressort une forte tendance à savoir privilégier la prescription de COP de 1^{ère}/2^e génération au détriment des COP de 3^e/4^e génération.

Cependant le fait de prescrire plus de DIU et/ou de contraceptifs microprogestatifs reste très marginal.

Une meilleure évaluation des facteurs de risque cardiovasculaires, une moindre prescription de bilan biologique ou la réalisation de frottis cervico vaginal tous les deux ans sont encore plus rarement citées.

Les données nationales relevées par l'ANSM (qui a effectué un bilan sur l'évolution de l'utilisation des contraceptifs en France entre janvier 2013 et avril 2014 (31) en se basant sur les données Celtipharm) font ressortir une très faible diminution des ventes globales de contraceptifs (hors préservatifs) de 0.5%, avec une diminution de 15% des ventes d'oestroprogestatifs non oraux (dispositifs transdermiques et anneaux vaginaux), une augmentation marquée de 26% des ventes d'autres dispositifs (implants, dispositifs intra-utérin avec et sans progestatif). Il est à noter que la plus forte augmentation concerne les DIU au cuivre avec une augmentation de 45%.

De plus, il a été remarqué une diminution globale de l'ordre de 5.6% des ventes générales de COC avec :

- une augmentation des ventes de COC de 1^{ère} et 2^{ème} génération de 32%.
- une forte diminution de 48% des ventes de COC de 3^{ème} et 4^{ème} génération.

- La répartition des ventes de COC en fonction du dosage a évolué ; en avril 2014, 30% des ventes de COC concernaient les 1^{ère} et 2^{ème} générations ayant une teneur en œstrogènes de 20µg alors qu'en avril 2012, ces ventes occupaient seulement 11% des ventes de COC.
- Depuis janvier 2014, le ratio des ventes de COC de 1^{ère} et 2^{ème} générations / COC de 3^{ème} et 4^{ème} générations est de 79% / 21%.

Malgré la tendance à privilégier les COC de 1^{ère} et 2^e génération au détriment des COC de 3^e et 4^e génération, ce qui correspond aux données de prescription nationale, les progrès ne sont que partiels et les efforts sont à poursuivre notamment sur la prescription des DIU et des contraceptifs progestatifs.

- Enfin il existe une parfaite égalité des réponses concernant le Pass Contraception avec 50% des médecins le connaissant et 50% ne le connaissant pas.

Là encore, la mise en place récente (quelques mois avant l'envoi de notre questionnaire) explique sans doute que seulement la moitié de l'échantillon ait connaissance de ce dispositif.

Conclusion

L'évolution du système de soins et de la démographie médicale (diminution du nombre de gynécologues et répartition inégale sur le territoire, féminisation des médecins généralistes, etc.) placent de plus en plus le médecin généraliste au centre des questions sur la contraception.

La prise en charge de la contraception en médecine générale est de fait un véritable enjeu de santé publique, encore plus depuis le vent de panique ayant soufflé sur les pilules oestroprogestatives de nouvelles générations en 2013. En ce sens les hautes autorités de santé de notre pays ont rédigé à l'usage des professionnels de santé des nouvelles recommandations quant à la prescription des contraceptifs.

Mon travail s'attachait donc à évaluer si ces recommandations étaient connues et dans quelle mesure elles étaient appliquées.

Le modèle BERGER, qui existe depuis 2004, est bien suivi lors de la consultation de primo contraception. Il reste tout de même un effort à faire sur l'explication du déroulement de cette consultation ainsi que sur la mise en place d'une consultation dédiée à la prescription d'une contraception.

Ce dernier point soulève le problème de temps qui se présente aux généralistes, en effet ceux-ci en 15 ou 20 minutes n'ont pas forcément le temps de fournir une information complète et claire. Et ce d'autant plus si la patiente (notamment l'adolescente) appréhende cette consultation et n'évoque pas le sujet d'emblée.

Nous pourrions imaginer alors un transfert de compétences de la partie informative vers une sage femme ou une infirmière spécialisée (qui sont déjà habilitées à la prescription, à la pose ou au renouvellement de la contraception) en amont afin que le médecin ne s'occupe que de la partie médicale (interrogatoire, examen clinique, prescription, etc.). Ce schéma pourrait de plus tout à fait être réalisable dans le cadre des maisons médicales, qui semblent être le mode d'exercice du futur en médecine générale.

Nous pourrions aussi évoquer le système de tarification forfaitaire à l'acte qui se prête mal à ce type de consultation, longue, à fort contenu relationnel, et dont la spécificité pourrait être reconnue et encouragée (comme l'est par exemple la consultation pour un enfant en bas âge, qui fait l'objet d'une majoration). Ceci est d'ailleurs considéré à moyen terme comme un levier d'action concernant le choix d'une contraception adaptée par l'HAS (basé sur le rapport IGAS 2009) (27).

Dans la suite de mon travail, le message de l'examen gynécologique et du frottis cervico-vaginal non nécessaires à la prescription semblent en cours d'intégration, les critères d'âge de proposition des frottis et de réalisation du bilan biologique sont en revanche mal connus.

Enfin il existe en général une bonne intégration des concepts de consultation de suivi avec une mise en garde concernant la réévaluation de la méthode contraceptive qui n'est pas systématiquement effectuée.

Sur la partie « mise en situation » de mon étude, les médecins généralistes ont bien intégré le fait de prescrire des COC de 1^{ère} et 2^e génération au détriment des COC de 3^e et 4^e génération. Cependant les DIU, les contraceptifs progestatifs et les méthodes mécaniques sont trop rarement évoqués.

De plus il reste un effort à faire sur l'évaluation et la prise en compte des facteurs de risque cardio vasculaires et ainsi que sur la mise en place ou le changement d'une contraception. Et même si près d'un médecin sur deux dit avoir lu les dernières recommandations, il n'y a pas de différence significative majeure sur la plupart des items entre ceux ayant lu les recommandations et ceux ne les ayant pas lu.

Après le problème de temps et de tarification lors de la primo prescription d'une contraception se pose celui de la formation des généralistes.

Durant la formation initiale des internes en médecine générale, il a été mis en place des stages de gynécologie médicale que l'on peut effectuer soit dans le cadre hospitalier soit dans le cadre ambulatoire. Cependant du fait de la mise en place récente du dispositif et du peu de places proposées par semestre, seuls 27.9% des internes en médecine générale se sentaient suffisamment formés à la gynécologie en 2007 (32). Il existe donc encore une fragilité dans la formation initiale et la place accordée aux questions de contraception dans la formation théorique et pratique des futurs généralistes doit encore être développée. Nous pourrions imaginer une augmentation des lieux de stage proposés en ambulatoire, pouvant conduire à une étude auprès des internes sur l'intérêt de ce stage.

De plus, l'obsolescence rapide des connaissances techniques et les contraintes matérielles au cabinet peuvent expliquer la réticence de certains généralistes à prescrire, poser ou retirer des DIU ou des implants par exemple. Ici encore la formation initiale est nécessaire mais non suffisante car elle doit être complétée par la formation continue tout au long de la carrière des médecins.

Malheureusement cette formation continue ne repose que trop souvent sur les informations délivrées par les professionnels de l'industrie pharmaceutique lors des visites médicales.

Il est difficile de penser que cette formation devrait être rendue obligatoire par le biais de diplômes universitaires par exemple, même si ceux-ci doivent être encouragés selon le rapport Poletti (33).

En revanche, il pourrait être intéressant de développer le rôle des représentants de l'Assurance Maladie dans la diffusion des nouvelles recommandations pour les généralistes, par le biais de visites au cabinet médical (27).

La formation médicale continue (FMC) pourrait aussi utiliser comme support Internet avec le développement d'une téléformation, comme il existe une télémédecine, indépendante de l'industrie pharmaceutique avec des modalités d'accès adaptées, sur une plateforme centralisée et gérée par l'Assurance Maladie, permettant aux généralistes de se former selon leurs besoins et leurs contraintes de temps.

Là encore les représentants de l'Assurance Maladie seraient susceptibles de jouer un rôle dans la vérification de la compréhension et l'application du contenu de ces téléformations.

Je pense que la FMC des généralistes ferait un excellent sujet de thèse pour déterminer selon quelles modalités et via quels supports les médecins d'aujourd'hui et

même de demain souhaiteraient être formés pour une meilleure application des recommandations.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Martine Chosson, La contraception au fil du temps. In Site de l'Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception[en ligne]. Disponible sur : www.avortementancic.net
- (2) INED, La contraception dans le monde. In World Contraceptive Patterns 2013 Division de la Population des Nations Unies. Disponible sur : www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/la-contraception-dans-le-monde/
- (3) ANSM, Dossiers, Pilules oestroprogestatives et risque thrombotique/Quelles ont été les principales étapes de la réévaluation des pilules oestroprogestatives ?
- (4) INPES, La meilleure contraception c'est celle qu'on choisit, Dossier de presse. Septembre 2007
- (5) BAJOS N. et al. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population & Sociétés n°492. Septembre 2012
- (6) Cabut S., Krémer P. et Santi P., Alerte sur la pilule de 3^e et 4^e génération. In Le monde.fr, Santé le 15/12/2012. Disponible sur : www.lemonde.fr/sante/article/2012/12/14/alerte-sur-la-pilule-de-3e-et-4e-generation_1806520_1651302.html
- (7) HAS, Bon usage du médicament. Contraceptifs oraux oestroprogestatifs : préférer les pilules de 1^{re} ou de 2^e génération, Novembre 2012
- (8) ANSM, Contraceptifs oraux combinés et risque de thrombose veineuse : préférer les pilules de 2^e génération contenant du lévonorgestrel. Informations destinée aux prescripteurs, Décembre 2012
- (9) BAJOS N. et al. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population & Société n°511. Mai 2014
- (10) OMS, Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, 4^e édition. 2009
- (11) HAS, Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles, Document de synthèse – Méthodes contraceptives. Mars 2013
- (12) Polycopié KB Gynécologie-Obstétrique, Editions 2009, Contraception, p.279-296
- (13) Médecine générale, par le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants), 2^e édition, Consultations de la femme, 2009, p.265-269
- (14) OMS, Bloomberg School of Public Health, Agence des Etats-Unis pour le développement international. Planification familiale. Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier, 2011
- (15) ANSM, Contraceptifs oraux commercialisés en France au 1er janvier 2013

- (16) TRICOTEL A. et al. Estimate of Venous Thromboembolism and Related-Deaths Attributable to the Use of Combined Oral Contraceptives in France. PLOS ONE. April 2014
- (17) Loi n°2001-588 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Juillet 2001. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
- (18) RAULT J.-F. et al. La démographie médicale en région Limousin : Situation en 2013, Conseil National de l'Ordre des Médecins, p.13. 2013
- (19) ORS du Limousin, ARS, Baromètre santé en médecine générale en Limousin, Rapport n°230-1. Juillet 2012
- (20) HAS, Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus, p.14-15. Juin 2013
- (21) HAS, Fiche Mémo, Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. Juillet 2013 mise à jour janvier 2015
- (22) HAS, Fiche Mémo, Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire. Juillet 2013
- (23) Rinehart W., Rudy S., and Drennan M., GATHER Guide to Counseling. Population Reports, Series J, No. 48. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program. December 1998
- (24) INPES, Comment aider une femme à choisir sa contraception, Etat des connaissances. Septembre 2013
- (25) Eurin-Prate G. La première prescription de contraception en médecine générale : Caractéristiques de la consultation de primo prescription de contraception : Enquête auprès des médecins généralistes du Nord. Thèse de doctorat en médecine. Lille : Université de Lille 2, 2012, 99 p.
- (26) Direction générale de la santé. Stratégie d'actions en matière de contraception, p.55-56. Janvier 2007
- (27) HAS, État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée, avril 2013
- (28) Macchi M. Evaluation de l'application des recommandations de l'HAS de 2004 sur les « stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » par les prescripteurs. Etude rétrospective sur une population de patientes consultant au centre d'orthogénie de l'hôpital Robert Ballanger pour une demande d'IVG. Thèse de doctorat en médecine. Université Paris VI, 2010, 113 p.
- (29) HAS, Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, Recommandations pour la pratique clinique. Décembre 2004
- (30) Little P. and al., Effect of educational leaflets and questions on knowledge of contraception in women taking the combined contraceptive pill : randomised controlled trial, British Medical Journal. 27/06/1998 ; 316 : 1948-1952
- (31) ANSM : Evolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés et autres contraceptifs de janvier 2013 à avril 2014, Juin 2014

- (32) Évolution de la formation de l'interne de médecine générale, enquête de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG). Novembre 2007.
- (33) Rapport d'information n°3444, Assemblée Nationale, par Mme la députée Bérengère Poletti. Mai 2011

Annexes

ANNEXE 1 : DOCUMENT D'AIDE A LA PRESCRIPTION CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS



INFORMATION TRANSMISE SOUS L'AUTORITE DE L'ANSM

**DOCUMENT D'AIDE A LA PRESCRIPTION
CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS**

Veillez utiliser ce document d'aide à la prescription conjointement avec le Résumé des Caractéristiques du Produit lors de toute consultation relative à l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés (CHC).

- L'utilisation de contraceptifs hormonaux combinés (CHC) est associée à un risque thromboembolique (par exemple, thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral).
- Le risque thromboembolique associé aux CHC est plus élevé :
 - au cours de la première année d'utilisation ;
 - lors de la reprise d'une contraception hormonale combinée après une interruption de 4 semaines ou plus.
- Les CHC contenant de l'éthinylestradiol en association avec du lévonorgestrel, du norgestimate ou de la noréthistérone sont considérés comme ceux qui présentent le risque thromboembolique veineux (TEV) le plus faible.
- Le risque encouru par une patiente dépend également de son risque thromboembolique intrinsèque. La décision d'utiliser un CHC doit par conséquent prendre en compte les contre-indications et les facteurs de risques de la patiente, en particulier ceux liés au risque thromboembolique (voir les encadrés ci-dessous ainsi que le Résumé des Caractéristiques du Produit).
- La décision d'utiliser tout autre CHC que l'un de ceux associés au risque le plus faible de TEV doit être prise uniquement après concertation avec la patiente afin de s'assurer qu'elle comprend :
 - le risque thromboembolique associé à ce CHC ;
 - l'influence de ses facteurs de risque intrinsèques sur son risque de thrombose ;
 - la nécessité de rester attentive à toute manifestation clinique de thrombose.

Si vous cochez l'une des cases de cette section, ne prescrivez pas de CHC. La patiente a-t-elle :	
<input type="checkbox"/>	des antécédents personnels ou un événement actuel de thrombose, par exemple une thrombose veineuse profonde, une embolie pulmonaire, un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral, un accident ischémique transitoire, un angor ?
<input type="checkbox"/>	un trouble personnel connu de la coagulation ?
<input type="checkbox"/>	des antécédents de migraine avec aura ?
<input type="checkbox"/>	un diabète avec complications vasculaires ?
<input type="checkbox"/>	une pression artérielle très élevée, par exemple une pression systolique ≥ 160 mmHg ou une pression diastolique ≥ 100 mmHg ?
<input type="checkbox"/>	une hyperlipidémie importante ?
<input type="checkbox"/>	une intervention chirurgicale majeure ou une période d'immobilisation prolongée est elle prévue ? Si tel est le cas, <u>suspendre l'utilisation et conseiller une méthode de contraception non hormonale au moins pendant les 4 semaines précédant l'intervention ou l'immobilisation et les 2 semaines suivant le retour à une mobilité complète.</u>

Si vous cochez l'une des cases de cette section, vérifiez avec la patiente la pertinence de l'utilisation d'un CHC	
<input type="checkbox"/>	La patiente présente-t-elle un IMC supérieur à 30 kg/m ² ?
<input type="checkbox"/>	La patiente a-t-elle plus de 35 ans ?
<input type="checkbox"/>	La patiente fume-t-elle ? Si la patiente fume et est âgée de plus de 35 ans, <u>il est impératif de lui</u>

	<u>conseiller vivement d'arrêter de fumer ou d'utiliser une méthode de contraception non hormonale.</u>
<input type="checkbox"/>	La patiente présente-t-elle une pression artérielle élevée, par exemple une pression systolique entre 140 et 159 mmHg ou une pression diastolique entre 90 et 99 mmHg ?
<input type="checkbox"/>	La patiente a-t-elle un parent proche ayant présenté un évènement thromboembolique (voir liste ci-dessus) à un âge relativement jeune (par exemple avant l'âge de 50 ans) ?
<input type="checkbox"/>	La patiente ou quelqu'un de sa famille proche présente-t-il une lipidémie élevée ?
<input type="checkbox"/>	La patiente a-t-elle des migraines ?
<input type="checkbox"/>	La patiente présente-t-elle un trouble cardiovasculaire tel que fibrillation auriculaire, arythmie, coronaropathie ou valvulopathie ?
<input type="checkbox"/>	La patiente est-elle diabétique ?
<input type="checkbox"/>	La patiente a-t-elle accouché au cours des semaines précédentes ?
<input type="checkbox"/>	La patiente est-elle sur le point de faire un long voyage aérien (> 4 heures) ou effectue-t-elle des trajets quotidiens de plus de 4 heures ?
<input type="checkbox"/>	La patiente présente-t-elle toute autre maladie susceptible d'accroître le risque de thrombose (par exemple : cancer, lupus érythémateux disséminé, drépanocytose, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, syndrome hémolytique et urémique) ?
<input type="checkbox"/>	La patiente utilise-t-elle tout autre médicament susceptible d'accroître le risque de thrombose (par exemple : corticoïdes, neuroleptiques, antipsychotiques, antidépresseurs, chimiothérapie, etc.) ?
La présence de plus d'un facteur de risque peut remettre en cause la pertinence de l'utilisation d'un CHC. Il faut garder en mémoire que les facteurs de risques de chaque patiente peuvent évoluer avec le temps. Il est important d'utiliser ce document à chaque consultation.	

Veillez-vous assurer que votre patiente a compris qu'elle doit prévenir un professionnel de santé qu'elle utilise un contraceptif hormonal combiné si elle :

- doit subir une intervention chirurgicale ;
 - doit subir une période d'immobilisation prolongée (par exemple à cause d'une blessure ou d'une maladie, ou si elle a une jambe dans le plâtre) ;
- Dans ces situations, il est recommandé de discuter avec la patiente de l'opportunité d'utiliser une méthode de contraception non hormonale jusqu'à ce que le niveau de risque redevienne normal.

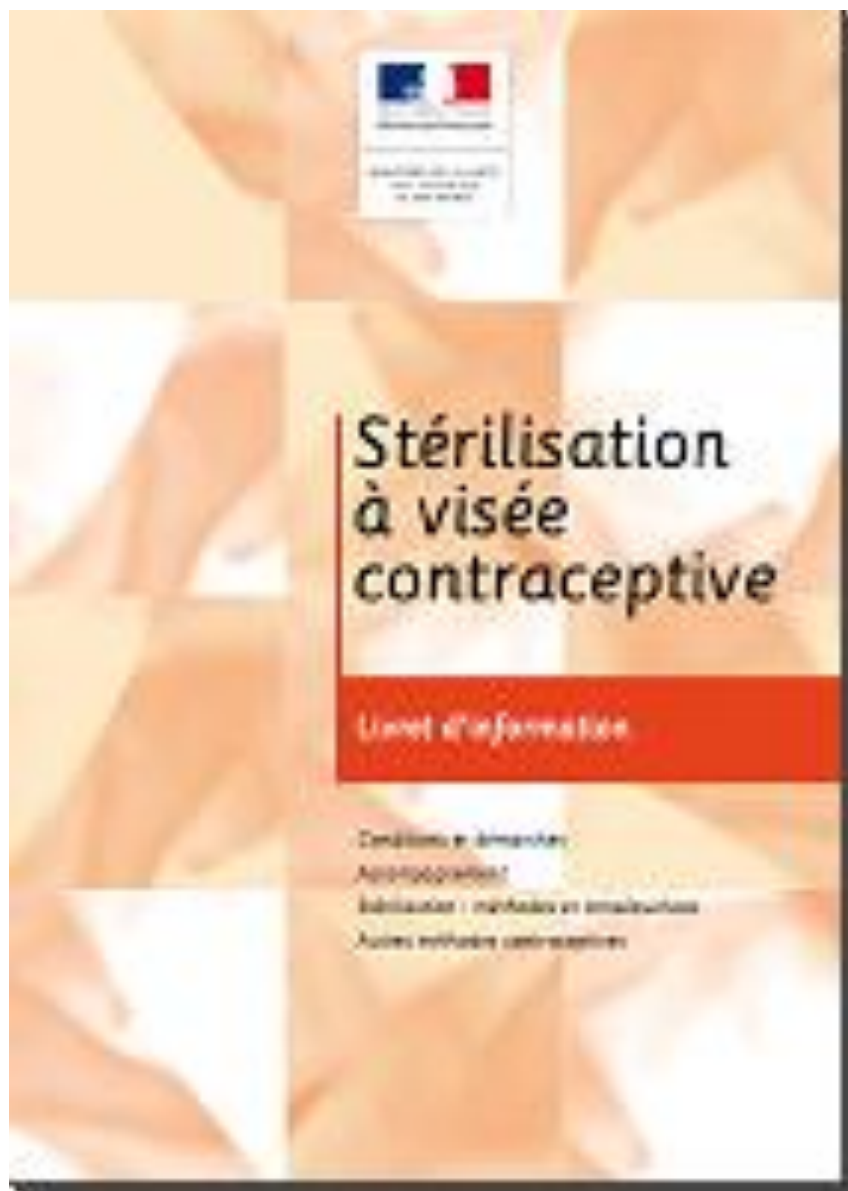
Veillez également informer votre patiente que le risque de caillot sanguin est accru si elle :

- fait des trajets prolongés (> 4 heures) ;
 - présente toute contre-indication ou tout facteur de risque relatifs aux CHC ;
 - a accouché au cours des semaines précédentes.
- Dans ces situations, votre patiente doit être particulièrement attentive à toute manifestation clinique de thrombose.

Veillez conseiller à votre patiente de vous informer en cas d'évolution ou d'aggravation de l'une des situations mentionnées ci-dessus. Veuillez encourager vivement vos patientes à lire la notice d'information de l'utilisateur qui figure dans l'emballage de chaque CHC, y compris la description des manifestations associées à la formation de caillots sanguins, auxquelles elles doivent rester attentives.

Nous vous rappelons que vous devez déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament dont vous avez connaissance au Centre Régional de pharmacovigilance (CRPV) dont vous dépendez. Vous trouverez les coordonnées de ces centres sur le site internet de l'ANSM (www.ansm.sante.fr) ou dans le dictionnaire Vidal®.

Annexe 2 : LIVRET D'INFORMATION « Stérilisation à visée contraceptive » (2012)



ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE THESE

Questionnaire

Madame, Monsieur,

Actuellement interne de médecine générale, en dernière année de mon DES, je me permets de vous solliciter dans le cadre de ma thèse.

Je réalise une étude sur l'évaluation des pratiques professionnelles lors de la prescription d'une contraception en médecine générale en Limousin en 2014 et ceci à travers un questionnaire. Cela ne vous prendra pas plus de 10 minutes de votre temps.

Je vous invite à répondre de la façon la plus honnête possible afin d'avoir des résultats des plus réalistes. Pour cela, il vous suffit de cliquer sur le lien Google Docs situé ci-dessus.

Ce travail est sous la direction du Dr Pautout, médecin généraliste exerçant à Saint Just Le Martel (87).

N'hésitez pas à me solliciter pour toute question ou information supplémentaire si vous le désirez (fl.fleurat@gmail.com).

En vous remerciant du temps que vous consacrerez à mon projet.

François-Louis FLEURAT (interne en médecine générale, faculté de Limoges)

A/ Vous

1/ Etes-vous : une femme un homme

2/ Quelle est votre année de naissance ?.....

3/ Quelle est votre année d'installation ?.....

4/ Exercez-vous actuellement :

Dans un cabinet seul

Dans un cabinet de groupe (plusieurs médecins spécialistes en médecine générale)

Dans un cabinet regroupant des médecins et des professionnels paramédicaux

5/ Exercez-vous dans un environnement : Urbain (> 5000 hab.) Semi-rural Rural (< 2000 hab.)

6/ Participez-vous aux soirées de Formation Continue ? Oui Non

7/ Avez-vous suivi une formation complémentaire en gynécologie ?

Non

Oui, laquelle ?

.....

B/ Votre pratique professionnelle

8/ Votre consultation de primo prescription de contraception est-elle spécifiquement dédiée à cette question ?

Oui Non

9/ Si vous adressez la patiente à un gynécologue, quel en est le motif ?

- Vous ne vous sentez pas à l'aise
 - Vous ne faites pas de frottis cervico-vaginal
 - Par manque de temps pour délivrer toutes les informations nécessaires
 - Autre :
-

10/ Détaillez-vous dès le début le déroulement de cette consultation ?

- Oui Non

11/ Interrogez-vous la patiente sur le moyen de contraception qu'elle désire (en cas de primo contraception) ?

- Oui Non

12/ Interrogez-vous la patiente sur ses connaissances en matière de contraception (en cas de primo contraception) ?

- Oui Non

13/ Interrogez-vous la patiente sur son activité sexuelle ?

- Oui Non

14/ En l'absence d'antécédent particulier, faites-vous un examen gynécologique ?

- Non Oui le jour même Oui mais il peut être différé

15/ Faites-vous un frottis cervico-vaginal ?

- Non; *allez à la question Q17*
- Oui le jour même Oui mais il peut être différé

16/ Si oui, pour quelles femmes ?

.....

17/ En l'absence d'antécédent particulier, prescrivez-vous un bilan biologique ?

- Non Oui

18/ Si oui, dans quel délai ?

.....

19/ Et lequel ?

.....

C/ Mise en situation

20/ Vous recevez dans votre cabinet une jeune femme âgée de 18 ans, nullipare, sans facteur de risque pour une première prescription, quels moyens de contraception lui proposez-vous ?

- Contraception oestro progestative 1^{ère}/2^e génération Oui Non
- Contraception oestro progestative 3^e/4^e génération Oui Non
- Nouvelles méthodes contraceptives type anneau vaginal ou dispositif transdermique Oui Non
- Dispositif intra utérin au cuivre Oui Non
- Dispositif intra utérin au Lévonorgestrel Oui Non
- Méthodes mécaniques (préservatif, diaphragme, spermicide) Oui Non
- Méthodes naturelles Oui Non

21/ Plus tard dans la journée vous recevez une femme de 31 ans, sans facteur de risque, pour renouvellement de pilule. Elle est sous Jasmine (contraception oestro progestative 4^e génération) depuis des années et la supporte bien, que faites-vous ?

- Poursuite du traitement Oui Non
- Prescription immédiate d'un autre type de contraception Oui Non
- Proposition d'un autre type de contraception Oui Non

22/ Si oui, lequel ?

23/ Le lendemain une patiente de 38 ans se présente à votre consultation car elle désire une contraception (première prescription). Elle est fumeuse (1 paquet/jour) et en surpoids (IMC=31 kg/m²). Que lui proposez-vous ?

- Contraception oestro progestative 1^{ère}/2^e génération Oui Non
- Contraception oestro progestative 3^e/4^e génération Oui Non
- Nouvelles méthodes contraceptives type anneau vaginal ou dispositif transdermique Oui Non
- Dispositif intra utérin au cuivre Oui Non
- Dispositif intra utérin au Lévonorgestrel Oui Non
- Méthodes mécaniques (préservatif, diaphragme, spermicide) Oui Non
- Méthodes naturelles Oui Non

24/ Plus tard dans la journée, une femme de 32 ans se présente pour la 1^{ère} fois à votre consultation pour renouvellement de contraception. Elle n'a pas d'antécédents particuliers hormis des migraines parfois avec aura. Elle est sous Cérazette (pilule micro progestative). Que faites-vous ?

- Poursuite du traitement Oui Non
- Contraception oestro progestative 1^{ère}/2^e génération Oui Non
- Contraception oestro progestative 3^e/4^e génération Oui Non
- Nouvelles méthodes contraceptives type anneau vaginal ou dispositif transdermique Oui Non
- Dispositif intra utérin au cuivre Oui Non
- Dispositif intra utérin au Lévonorgestrel Oui Non
- Méthodes mécaniques (préservatif, diaphragme, spermicide) Oui Non
- Méthodes naturelles Oui Non

25/ En fin de consultation se présente alors une jeune fille de 16 ans pour une première prescription de contraception. L'examen clinique est normal. Elle n'a aucun antécédent personnel notable. Elle signale seulement l'existence d'une thrombose veineuse profonde chez sa mère il y a quelques mois. Que lui prescrivez-vous ?

- Contraception oestro progestative 1^{ère}/2^e génération Oui Non
- Contraception oestro progestative 3^e/4^e génération Oui Non
- Nouvelles méthodes contraceptives type anneau vaginal ou dispositif transdermique Oui Non
- Dispositif intra utérin au cuivre Oui Non
- Dispositif intra utérin au Lévonorgestrel Oui Non
- Méthodes mécaniques (préservatif, diaphragme, spermicide) Oui Non
- Méthodes naturelles Oui Non

D/ Le suivi

Lors de la consultation de suivi :

26/ Interrogez-vous la patiente sur sa satisfaction vis à vis du moyen de contraception choisi ?
 Oui Non

27/ Vérifiez-vous si la patiente utilise son moyen de contraception de façon adaptée ?
 Oui Non

28/ Vérifiez-vous si la patiente connaît la conduite à tenir en cas de mauvaise observance ?
 Oui Non

29/ Interrogez-vous la patiente sur la tolérance et les effets indésirables ?
 Oui Non

30/ Réévaluez-vous le choix de la méthode contraceptive à chaque renouvellement de prescription ?
 Oui Non

31/ Savez-vous qu'il existe des recommandations de l'HAS parues en 2013 remplaçant « Stratégie de choix des méthodes contraceptive chez la femme » (2004)
 Oui Non; *allez à la Q31*

32/ Si oui, avez-vous déjà lu ces recommandations ?
 Oui Non

33/ Avez-vous l'impression d'avoir modifié vos pratiques quant à la prescription de la contraception depuis les dernières recommandations HAS 2013 ?
 Oui Non

34/ Si oui, dans quelle mesure ?
.....
.....

35/ Connaissez-vous l'existence du Pass Contraception mis en place en Limousin depuis mai 2014 ?
 Oui Non

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

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

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

François-Louis FLEURAT

Evaluation des pratiques professionnelles lors de la prescription d'une contraception chez les médecins généralistes en Limousin en 2014

Résumé :

Objectif : Evaluer les pratiques professionnelles des généralistes en Limousin lors de la prescription d'une contraception.

Méthodes : Etude transversale descriptive sous forme d'un questionnaire basé sur les dernières recommandations HAS, envoyé à 389 généralistes. Il a été évalué la différence entre les recommandations et les réponses fournies par les médecins.

Résultats : 57% des médecins connaissent les recommandations et 45% les ont lues. 66% des médecins consacrent une consultation à la primo prescription d'une contraception, 67% en détaillent le déroulement. 94% prescrivent une C1G/C2G en 1^{ère} intention chez la nullipare sans facteur de risque. 50% ne proposent pas de changement de contraceptif au terme de la prescription d'une C3G/C4G. Les autres prescrivent en majorité une C1G/C2G (79%) et plus rarement un DIU (40%), un implant (8%), un microprogestatif (4%). Les facteurs de risque cardiovasculaires sont bien repérés, 92% ne citent pas de contraceptif contre-indiqué sauf pour la migraine avec aura (59% en citent un) ou un antécédent familial de TVP au 1^{er} degré (65% en citent un).

Conclusion : Les consultations de primo-contraception et de suivi sont bien menées. Bien que peu connaissent les recommandations, les médecins prescrivent bien des C1G/C2G au détriment des C3G/C4G. Cependant les DIU, les contraceptifs progestatifs et les méthodes mécaniques sont trop rarement évoqués. L'évaluation et la prise en compte des facteurs de risque cardiovasculaires est à perfectionner. Il n'y a pas de différence significative entre les médecins ayant lu les recommandations et les autres. 2/3 des généralistes n'ont pas modifié leurs pratiques depuis les dernières recommandations.

Mots-clés :

Contraception
Pratiques professionnelles
Recommandations
Prescription
Facteurs de risque cardiovasculaires