



**Université Lille 2**  
**Droit et Santé**

**UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2**  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

**Année : 2013**

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Approche de l'utilisation de l'implant contraceptif par les médecins généralistes  
du Nord-Pas-de-Calais**

**Présentée et soutenue publiquement le 18 Novembre 2013 au Pôle Recherche**

**Par Claire Dessenne**

**Président : Monsieur le Professeur Didier Dewailly**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Damien Subtil**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre**

**Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Francis Collier**

# Table des matières

---

<b>Introduction</b>	<b>12</b>
<b>La couverture contraceptive française</b>	
1) <u>Une couverture contraceptive étendue</u> .....	13
2) <u>Répartition des méthodes contraceptives utilisées en France</u> .....	13
<b>Le paradoxe français</b>	
1) <u>Stabilité du taux d'IVG français au cours du temps</u> .....	16
2) <u>Situation contraceptive lors de la survenue d'une grossesse non prévue</u> .....	19
<b>Une volonté politique de modifier le schéma contraceptif français</b>	<b>20</b>
<b>L'implant contraceptif</b>	
1) <u>Présentation</u> .....	22
2) <u>Pharmacodynamie</u> .....	22
3) <u>Efficacité</u> .....	23
4) <u>Effets indésirables</u> .....	24
5) <u>Contre-indications</u> .....	25
6) <u>Cotation</u> .....	25

## Etude

<b>1. Matériel et méthode</b>	<b>26</b>
a. Description de l'étude	26
b. Objectifs principal et secondaires	26
c. Le questionnaire	27
d. Saisie et exploitation du recueil de données	27
<b>2. Résultats</b>	<b>28</b>
a. Population étudiée	28
· L'âge	28
· Le sexe	29
· Nombre d'années d'installation	29
· Le lieu d'exercice	30
· Nombres d'actes par semaine en moyenne (consultations)	30
b. Prescription de méthodes contraceptives et utilisation de l'implant	31
· Prescription de traitement contraceptif	31
· Nombre d'instauration de traitement contraceptif par mois	31
· Prescription, pose et retrait d'implant contraceptif	32
c. Formation	35
· Types de formation	35
· Origine de la formation	36
· La formation pratique est-elle jugée suffisante ?	37
· La formation théorique est-elle jugée suffisante ?	38
d. Freins à la prescription de l'implant	40
· Le manque de temps	41
· La nécessité d'un équipement spécifique	41
· La cotation insuffisante de l'acte	42
· Le manque de formation	42
· Une connaissance personnelle incomplète du produit	43
· Le prix du produit	43
· La fiabilité incertaine du produit	44
· Les effets indésirables du produit	44
· Les difficultés de pose du produit	45
· Les difficultés de retrait	45
· Le niveau socio-professionnel défavorisé	46
· Utilisation de l'implant comme premier contraceptif	46
· Utilisation de l'implant avant vingt ans	47

·	<i>Utilisation de l'implant après 40 ans.</i>	47
·	<i>Utilisation de l'implant chez la nullipare.</i>	48
·	<i>Préférence personnelle pour d'autres méthodes contraceptives que l'implant.</i>	48
<b>3.</b>	<b><u>Discussion.</u></b>	<b>49</b>
a.	<u>Population étudiée.</u>	49
b.	<u>Prescription de méthodes contraceptives et utilisation de l'implant.</u>	50
·	<i>Prescription de traitement contraceptif.</i>	50
·	<i>Utilisation de l'implant.</i>	51
c.	<u>Formation.</u>	51
d.	<u>Freins à la prescription de l'implant.</u>	52
·	<i>Problèmes techniques.</i>	52
·	<i>Formation et Connaissance.</i>	53
·	<i>Le produit lui-même.</i>	54
·	<i>La cotation insuffisante de l'acte.</i>	54
·	<i>Freins insignifiants.</i>	55
e.	<u>Intérêt de l'implant pour différentes catégories de femmes.</u>	56
·	<i>Contraception chez l'adolescente.</i>	56
·	<i>Première contraception.</i>	57
·	<i>Contraception après 40 ans.</i>	57
f.	<u>Préférence personnelle pour l'implant.</u>	57

## **Bibliographie** **60**

### **Annexes**

<b>1.</b>	<b><u>Questionnaire.</u></b>	<b>64</b>
<b>2.</b>	<b><u>Répartition des médecins selon leur utilisation de l'implant.</u></b>	<b>68</b>
<b>3.</b>	<b><u>Répartition des médecins selon leur accord avec les différents freins proposés dans le questionnaire.</u></b>	<b>69</b>
<b>4.</b>	<b><u>Répartition des médecins selon leur avis d'utiliser l'implant chez certaines catégories de femmes.</u></b>	<b>70</b>
<b>5.</b>	<b><u>Répartition des médecins selon qu'ils aient ou non une préférence personnelle pour d'autres méthodes contraceptives de l'implant.</u></b>	<b>72</b>

# Introduction

---

Commercialisé en France pour la première fois en 2001, l'implant contraceptif reste encore très peu utilisé (moins de 5% des méthodes contraceptives pour les femmes françaises âgées de 15 à 49 ans en 2010).

Il est cependant un très bon outil contraceptif avec un indice de Pearl inférieur à 0.1%.

Le 26 Octobre 2011, le ministère de la santé lançait une campagne conçue par l'INPES avec pour thématique « Contraception : les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? ». Cette campagne s'adressait aux femmes de 20 à 35 ans sous contraceptif oral, pour les amener à s'interroger sur l'adéquation de leur contraception avec leur situation personnelle, et leur rappeler qu'en cas d'oublis fréquents d'autres modes de contraception existent.

En mai 2013, le ministère de la santé poursuit sa démarche avec une nouvelle campagne également conçue par l'INPES et intitulée « La contraception qui vous convient existe ». Son but est de révolutionner les pratiques contraceptives et de casser le schéma contraceptif français en faisant place aux nouvelles méthodes contraceptives.

Ces campagnes se répètent car en France, malgré un taux de couverture contraceptive les plus élevés au monde (90.2% des femmes de 15 à 49 ans sexuellement actives), le nombre de recours à l'IVG (interruption volontaire de grossesse) se stabilise et tend même à augmenter chez les plus jeunes.

Une note d'analyse du Centre d'Analyse Stratégique indique par ailleurs que « les prescripteurs orienteraient préférentiellement les femmes vers la pilule, au détriment d'autres méthodes comme l'implant ».

Dans ce contexte, le point de vue du médecin généraliste est fondamental : quelle est pour lui la place de l'implant contraceptif dans l'arsenal thérapeutique contraceptif ? Quelle représentation a-t-il de l'implant ?

# La couverture contraceptive française

---

## **1) Une couverture contraceptive étendue.**

La France possède un des taux de couverture contraceptive les plus élevés au monde. En effet, 90,2% des femmes de 15 à 49 ans (sexuellement actives au cours des 12 derniers mois, non stériles, ayant un partenaire homme, non enceinte et ne cherchant pas à avoir un enfant) sont sous contraception (1).

71% des personnes âgées de 15 à 54 ans sexuellement actives déclarent « faire quelque chose » pour éviter une grossesse (85,1% des 15-24 ans, 76,6% des 25-44 ans et 50,2% chez les 45-54 ans) (2).

## **2) Répartition des méthodes contraceptives utilisées en France.**

Les modes de contraception français sont dominés par la pilule et le dispositif intra-utérin (DIU).

Ainsi, parmi les femmes qui déclarent utiliser une méthode contraceptive en 2010, 55,5 % utilisent la pilule et 26% le DIU (1).

Il semble exister en France une trajectoire contraceptive. La pilule est prescrite chez les femmes jeunes, puis on note un passage au DIU dès lors que le nombre d'enfants souhaité est atteint.

L'usage de la pilule est donc plus important chez les jeunes, 70,8 % des moins de 35 ans en 2010.

Son utilisation diminue ensuite au profit du DIU, mais elle reste majoritaire jusqu'à 45 ans (43,4 % des femmes âgées de 35 à 44 ans) (3) (Tableau 1).

Tableau 1 : Principales méthodes contraceptives utilisées par les femmes âgées de 15 à 49 ans en 2010 déclarant utiliser une méthode contraceptive (en %) :

**Champ** : Femmes non enceintes déclarant utiliser un moyen pour éviter une grossesse, sexuellement active dans les douze derniers mois et ayant un partenaire homme au moment de l'enquête.

**Source** : Baromètre Santé 2010 (3).

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

Au cours de la dernière décennie, de nouvelles méthodes contraceptives hormonales sont apparues en France : l'implant contraceptif, l'anneau vaginal et le patch contraceptif.

L'utilisation de ces méthodes progresse doucement : 4% des femmes de 15 à 49 ans en 2010.

Parmi ces méthodes, l'implant est la plus utilisée (2,6 %), devant l'anneau vaginal (1,0 %) et le patch contraceptif (0,4 %).(4)

Chez les mineures, on note également une hausse de l'utilisation de ces nouvelles méthodes : 2.8% d'utilisatrices chez les 15-19 ans en 2010 contre 0.8% en 2005 (1).

De ce fait, alors que la proportion des femmes ayant recours à la pilule n'avait cessé d'augmenter depuis la légalisation de la contraception en 1967, on note depuis le début des années 2000, une baisse de cette proportion (- 4,7 % en 10 ans), baisse globalement compensée par l'adoption de ces nouvelles méthodes hormonales (tableau 2).

Tableau 2 : Méthode contraceptive pour 100 femmes âgées de 20 à 44 ans et de 15 à 44 ans. (5)

Champ : France métropolitaine

(1) Méthodes féminines locales ou méthode non précisée.

(2) Grossesse non prévue

Sources : Ined, enquête mondiale de fécondité 1978, enquête régulation des naissances 1988, enquête sur les situations familiales et l'emploi 1994, enquête Cocon 2000, enquête Fecond 2010

	1978	1988	1994	2000	2010	2010
<b>Proportion de femmes</b>	20-44 ans	20-44 ans	20-44 ans	20-44 ans	20-44 ans	15-44 ans
<b>Utilisant une méthode actuellement dont :</b>	71,7	71,9	70,7	78,1	75,3	70,9
<b>Stérilisation de la femme</b>	4,1	3,9	3,0	3,5	2,2	2,0
<b>Stérilisation du partenaire</b>	0,0	0,3	0,0	0,0	0,3	0,2
<b>Pilule</b>	28,3	33,8	40,2	<b>45,4</b>	<b>40,7</b>	39,2
<b>Stérilet</b>	8,6	18,9	15,8	<b>17,3</b>	<b>14,9</b>	13,0
<b>Autres méthodes hormonales</b>	-	-	-	-	<b>3,8</b>	3,2
<b>Préservatifs</b>	5,1	3,4	4,6	7,4	8,6	9,1
<b>Méthodes naturelles</b>	23,5	9,8	6,3	3,6	4,9	4,2
<b>Autres méthodes (1)</b>	2,1	1,8	0,8	0,9	0,0	0,1
<b>N'utilisant pas de méthode dont :</b>	28,5	28,2	29,5	21,9	23,9	29,2
<b>Non concernées</b>	24,2	25,8	26,3	19,6	21,8	27,4
<b>Femmes à risque de GNP (2)</b>	4,3	2,4	3,2	2,3	2,2	1,8
<b>Ensemble</b>	100	100	100	100	100	100



# Le paradoxe français

---

Devant cette diffusion massive de la contraception, il est surprenant de constater que les recours à l'IVG ne diminuent pas et que leur nombre se stabilise et tend même à augmenter chez les jeunes. On parle de paradoxe français.

## **1) Stabilité du taux d'IVG français au cours du temps.**

En France, le nombre d'IVG s'élevait à 211 985 en 2010, alors qu'il était de 201 434 en 2001.

Au cours de ces dernières années, on note une certaine stabilité de ce taux qui fluctue entre 201 000 et 216 000 (Tableau 3).

En 2010, le taux de recours annuel est de 14,7‰ et le nombre moyen d'IVG par femme de 0,53.

L'IVG est donc loin d'être un élément exceptionnel dans la vie des femmes. Il est estimé que 40% des femmes auront recours à l'IVG à un moment de leur vie. (6)

Tableau 3 : Evolution du nombre d'IVG en France métropolitaine de 2001 à 2010.(7)

(1) Statistique annuelle d'établissements (IVG uniquement). Source : DREES

(2) Sur la base des estimations Ined jusqu'en 2001, sur la base des statistiques hospitalières depuis 2002.

Année	Nombre d'IVG SAE (1)	Taux annuel d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans (4)	Nombre moyen d'IVG par femme (2)
2001	201 434	14,3	0,51
2002	206 596	14,3	0,51
2003	203 346	14,0	0,50
2004	210 664	14,5	0,52
2005	206 311	14,2	0,51
2006	215 390	14,9	0,53
2007	213 382	14,7	0,53
2008	209 247	14,5	0,52
2009	209 268	14,6	0,52
2010	211 985	14,7	0,53

Le recours à l'IVG concerne particulièrement les jeunes femmes de moins de 25 ans.

Une IVG sur deux a lieu chez une femme de moins de 25 ans (8) et le taux d'IVG tend à augmenter chez les jeunes :

- ↳ Le taux de recours est passé de 14‰ en 2001 à 15,6‰ en 2007 pour les 15 à 19 ans et de 26,6 ‰ à 27 ‰ pour les femmes de 20 à 24 ans (1).
- ↳ Le nombre d'IVG est passé de 69 121 en 1990 à 81 525 en 2010 pour les femmes de 15 à 24 ans (8) (Tableau 4).

Tableau 4 : Nombre d'IVG et taux de recours selon le groupe d'âge (8)

**Note** • Par rapport à l'*Étude et Résultats* n° 765, les données pour 2009 ont été actualisées en prenant en compte les 719 IVG réalisées en centre de santé ou centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF).

**Champ** • France métropolitaine.

**Sources** • DREES (SAE, PMSI), INSEE (ELP), CNAM-TS (Erasme).

	1990	1999	2006	2009	2010
Total IVG	197 406	196 885	215 390	209 987	211 985
<b>Répartition selon le groupe d'âge</b>					
15-19 ans	22 987	26 563	31 093	29 014	28 838
20-24 ans	46 134	45 111	53 411	52 530	52 687
25-29 ans	46 826	44 029	45 838	46 417	47 361
30-34 ans	40 262	38 088	39 261	36 509	37 566
35-39 ans	28 320	29 057	30 268	30 209	29 798
40-44 ans	11 612	12 337	13 224	12 843	13 235
45-49 ans	922	1 111	1 265	1 417	1 328
15-49 ans	197 063	196 295	214 361	208 939	210 814
<b>Taux de recours (pour 1000 femmes de chaque groupe d'âge)</b>					
15-19 ans	10,9	13,8	15,8	15,2	15,3
20-24 ans	21,8	24,4	27,3	27,0	26,9
25-29 ans	21,7	20,8	24,1	23,5	24,0
30-34 ans	18,8	17,7	18,7	18,8	19,5
35-39 ans	13,2	13,3	13,9	13,6	13,6
40-44 ans	5,7	5,8	5,9	5,8	6,0
45-49 ans	0,7	0,5	0,6	0,6	0,6
15-49 ans	14,0	13,6	14,8	14,5	14,7

## 2) Situation contraceptive lors de la survenue d'une grossesse non prévue.

La dernière grossesse n'est pas souhaitée par un tiers des femmes. Par ailleurs, deux tiers des grossesses non prévues ont lieu sous contraception, se pose donc le problème des échecs contraceptifs (1) (Tableau 5).

Tableau 5 : Situation contraceptive lors de la survenue d'une grossesse non prévue.(9)

**Source** : Enquête COCON (Enquête de cohorte sur la contraception 2000-2004, Bajos Nathalie, Job-Spira Nadine)

<b>Situation contraceptive</b>	<b>Ensemble des grossesses non prévues</b>
Pas de contraception	34,5
Pilule	<b>20,9</b>
Stérilet	8,7
Préservatif	11,8
Méthode naturelle	21,8
Autre Méthode	2,0
<b>Total</b>	100

Un rapport de synthèse sur l'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées, réalisé par l'inspection générale des affaires sociales en 2009, stipule que 72% des IVG sont réalisées chez des femmes qui étaient sous contraception, dont 42% sous pilules et stérilet (9).

D'après un rapport du Ministère de la Santé sur les « Stratégies d'actions en matière de contraception », 23,1% des IVG ont lieu chez des femmes qui étaient sous pilules et parmi celle-ci on retrouve 6 fois sur 10 l'oubli d'une ou plusieurs pilules (2).

# Une volonté politique de modifier le schéma contraceptif français

---

Les politiques se sont penchés sur ce problème de paradoxe français.

Il ressort de leurs études que la problématique n'est pas celle de la disponibilité de méthodes contraceptives efficaces mais plutôt celle des difficultés rencontrées par les femmes dans la gestion quotidienne de leur contraception (9) :

- Problème d'observance, avec notamment les fréquents oublis de pilule. 92% des utilisatrices de contraception orale oublient leur pilule 1 à 5 fois durant les 6 derniers mois.
- Mauvaise utilisation de la méthode.
- Arrêt ou changement de méthode.

La prescription médicale tenant compte de l'efficacité théorique maximale sans envisager les difficultés rencontrées en utilisation quotidienne, le Ministère de la Santé a mis en avant comme axe stratégique d'impulser une modification des pratiques médicales, (2).

Les campagnes de santé publique et les recommandations scientifiques dont celles de l'ANAES de 2004 sur les «Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme », insistent sur le fait que chaque contraception doit être adaptée à la situation personnelle de chaque femme, pour qu'elle soit de ce fait bien acceptée et menée.

Le rapport d'information sur la contraception des mineurs de 2011 de l'Assemblée Nationale stipule que « la logique du « tout pilule » qui anime les prescripteurs est loin de constituer un mode de contraception adapté » aux jeunes qui souvent oublient sa prise quotidienne (10).

L'IGAS, dans un rapport sur l'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées de 2010, recommande de promouvoir les méthodes contraceptives moins sujettes aux problèmes d'observance que la contraception orale hormonale (9).

Cette idée est reprise dans la dernière campagne de Mai 2013 lancée par le ministère de la santé et conçue par l'INPES « la contraception qui vous convient existe ». Son but est

d'informer sur les différents moyens contraceptifs existants et de casser le schéma contraceptif français.(11)

# L'Implant contraceptif

---

## **1) Présentation**

L'implant est un contraceptif hormonal avec une action prolongée de 3 ans.

Il se présente sous la forme d'un bâtonnet flexible, souple de 4 cm de long et de 2 mm de diamètre. Il est inséré à la face interne du bras en sous-cutané.

En France, il est disponible depuis mai 2001. C'est un médicament de liste I.

La première et seule spécialité disponible a d'abord était l'Implanon®, remplacée en Janvier 2011 par le Nexplanon®.

Un implant coûte 106,44 euros et est remboursé à 65% par la Sécurité Sociale.

Il est recommandé d'utiliser l'implant chez les femmes présentant une contre-indication ou une intolérance aux contraceptifs œstroprogestatifs et aux DIU ou chez les femmes présentant des problèmes d'observance à la contraception orale. (12)

## **2) Pharmacodynamie.**

L'implant contraceptif est un progestatif, il est constitué de 68 mg d'étonogestrel.

Les effets principaux de l'étonogestrel sont une inhibition de l'ovulation et une modification de la glaire cervicale.

L'étonogestrel est libéré progressivement : 60 à 70 µg/jour en 5-6 semaines, puis diminution progressive pour atteindre 35 à 45 µg/jour à la fin de la première année, environ 30 à 40 µg/jour à la fin de la deuxième année et environ 25 à 30 µg/jour à la fin de la troisième année.

### 3) Efficacité.

Pour juger de l'efficacité des moyens contraceptifs, il faut différencier l'efficacité théorique, consécutive à l'usage correct de la méthode, de l'efficacité pratique qui tient compte des non respects d'utilisation d'une méthode.

L'implant contraceptif est la méthode la plus efficace avec une efficacité optimale et en pratique courante identique de 0.1% de grossesse par an (Tableau 6).

La pilule a dans des conditions parfaites d'utilisation une efficacité de 0.1% de grossesse par an, alors qu'en pratique courante son efficacité chute à 6-8%.

Cette chute d'efficacité s'explique par les risques fréquents d'oublis, les erreurs de prise, un simple épisode de vomissements, la prise concomitante d'un autre médicament.

La promotion de l'implant pourrait donc permettre de réduire les échecs contraceptifs des français.

Tableau 6 : Efficacité pratique des différentes méthodes contraceptives de l'OMS (13)

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



L'implant a une efficacité réduite chez les femmes en surpoids chez qui il faut le retirer plus précocement.

#### **4) Effets indésirables.**

Les effets indésirables les plus fréquents, survenant chez plus d'un cas sur 10 sont :

- Infection vaginale
- Céphalées
- Acné
- Mastodynies, règles irrégulières
- Prise de poids.

Dans moins d'un cas sur 100, on peut également observer :

- Augmentation de l'appétit
- Instabilité émotionnelle, humeur dépressive, nervosité, baisse de la libido
- Étourdissements
- Bouffées de chaleur
- Douleurs abdominales, nausées
- Alopécie
- Dysménorrhée, kyste ovarien
- Douleurs ou réactions au site d'insertion
- Perte de poids.

Des modifications du profil de saignement vaginal sont fréquentes et imprévisibles. Chez une femme sur cinq, on notera l'apparition d'une aménorrhée, alors que chez une femme sur cinq on note une augmentation de la fréquence ou de la durée des saignements. Le profil des saignements des 3 premiers mois est fréquemment prédictif du futur profil de saignement.

Ces changements de profil de saignement sont une raison fréquente d'arrêt de traitement.

## **5) Contre-indications.**

- Accident thrombo-embolique veineux évolutif.
- Tumeurs malignes connues ou suspectées sensibles aux stéroïdes sexuels.
- Présence ou antécédents d'affection hépatique sévère tant que les paramètres de la fonction hépatique ne sont pas normalisés.
- Hémorragies génitales sans diagnostic.
- Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients.

## **6) Cotation.**

La pose d'implant pharmacologique sous-cutané est un acte remboursable, codé QZLA004 à la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) et tarifé 14,47 euros.

L'ablation ou le changement de l'implant est également un acte remboursable, codé QZGA002 et tarifé 41,80 euros.

# Etude

---

## **1. Matériel et méthode.**

### **a. Description de l'étude.**

Une étude descriptive a été réalisée.

Avec l'aide du département de médecine générale (DMG), un questionnaire a été envoyé par mail à des maîtres de stage des universités (MSU), les interrogeant sur leur utilisation, leur formation et leur avis sur l'implant contraceptif.

Le DMG avait précédemment demandé à tous les MSU s'ils voulaient répondre à ce genre d'enquête, 134 avaient répondu positivement.

Ce sont ces 134 médecins qui ont constitué l'échantillon de cette étude.

La Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et le Comité de Protection des Patients (CPP) ont tout deux étaient interrogés, mais les réponses au questionnaire étant anonymes et ne comportant pas de données sur la patientèle des médecins, ces deux organismes nous ont certifié que leur accord n'était pas nécessaire à la réalisation de cette étude.

### **b. Objectifs principal et secondaires.**

L'objectif principal de cette étude est de comprendre quelle est la place de l'implant contraceptif dans l'arsenal thérapeutique du médecin généraliste.

Le questionnaire a pour objectif de nous aider à savoir :

- si les médecins généralistes utilisent ou non l'implant, et à quelle fréquence ?
- si ils sont formés à cette méthode contraceptive et si oui comment ?
- quels sont pour eux les freins à l'utilisation de l'implant ?
- d'après eux chez quelle population de patientes est-il intéressant de l'utiliser ?

### **c. Le questionnaire (Annexe 1).**

Le questionnaire est composé de quatre parties intitulées :

- Vous
- Prescription et pause de l'implant contraceptif
- Formation
- Freins à la prescription de l'implant.

La première partie « vous » s'intéresse aux caractéristiques du médecin répondant : son âge, son sexe, son année d'installation, son lieu d'exercice, le nombre moyen de consultations qu'il réalise par semaine.

La deuxième partie « prescription et pose de l'implant contraceptif » permet de savoir si les médecins répondants instaurent et prescrivent les traitements contraceptifs de leurs patientes et si ils prescrivent, posent et retirent l'implant et à quelle fréquence.

La troisième partie « formation » renseigne sur l'existence d'une formation spécifique sur l'implant, son type et si d'après le médecin répondant, elle est suffisante.

La dernière partie « freins à la prescription de l'implant » liste les freins potentiels de l'implant et interroge les répondants sur la réalité de ses freins. Elle questionne également les praticiens sur l'intérêt de l'utilisation de l'implant dans certaine situation :

- Premier contraceptif
- Femme de moins de 20 ans
- Femme de plus de 40 ans
- Nullipare.

### **d. Saisie et exploitation du recueil de données.**

Nous avons utilisé LimeSurvey, logiciel de sondage en ligne pour interroger l'échantillon de 134 MSU. Son utilisation permettait de s'assurer que les médecins ne puissent répondre qu'une seule fois au questionnaire et de conserver leur anonymat.

Les MSU ont reçu un premier mail avec un lien pour répondre en ligne au questionnaire le 12 Février 2013.

Une relance a été effectuée le 17 Mars 2013.

Le recueil de données a ensuite été analysé avec l'aide du Département de Santé Publique, notamment la plateforme d'aide méthodologique.

## 2. Résultats.

Après le premier envoi, 70 réponses ont été obtenues.

Grâce à la relance, nous avons pu obtenir un total de 108 réponses dont 5 incomplètes, soit un taux de réponses de 80,6%

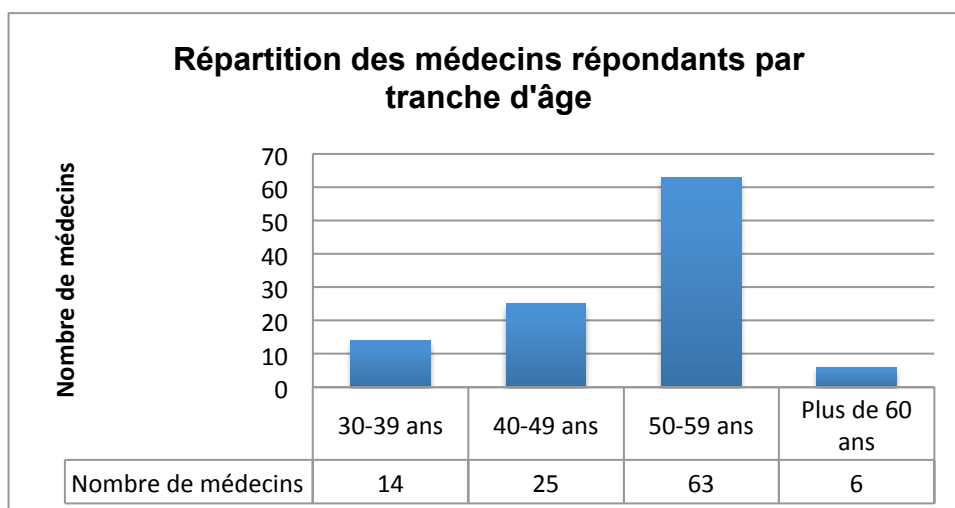
### a. Population étudiée.

- L'âge :

La moyenne d'âge des médecins est de 50 ans.

58% (n=63) des médecins ayant répondu au questionnaire sont âgés de 50 à 59 ans (Graphique 1).

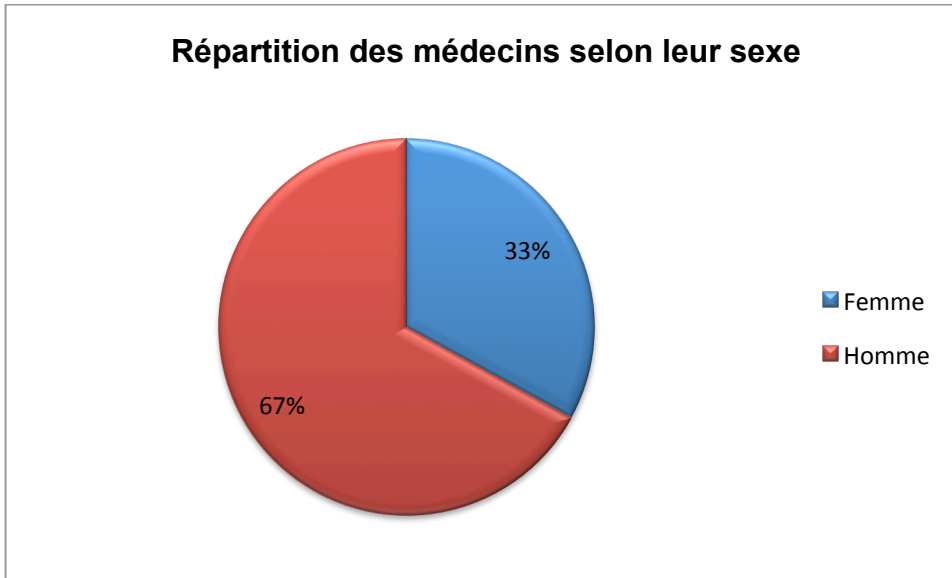
Graphique 1 : Répartition des médecins répondants par tranche d'âge.



- **Le sexe :**

Parmi les 108 répondants, on compte 33,33% (n=36) de femmes et 66,66% (n=72) d'hommes (Graphique 2).

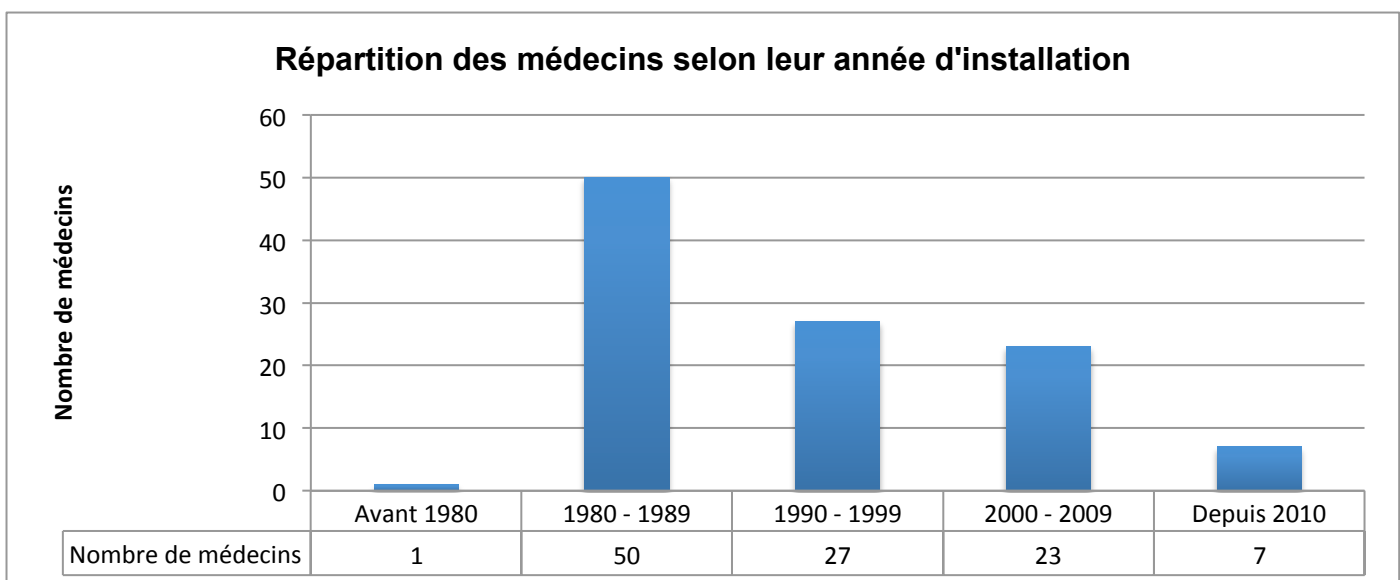
Graphique 2 : Répartition des médecins selon leur sexe



- **Nombre d'années d'installation :**

L'année moyenne d'installation des médecins répondants est 1993 (Graphique 3).

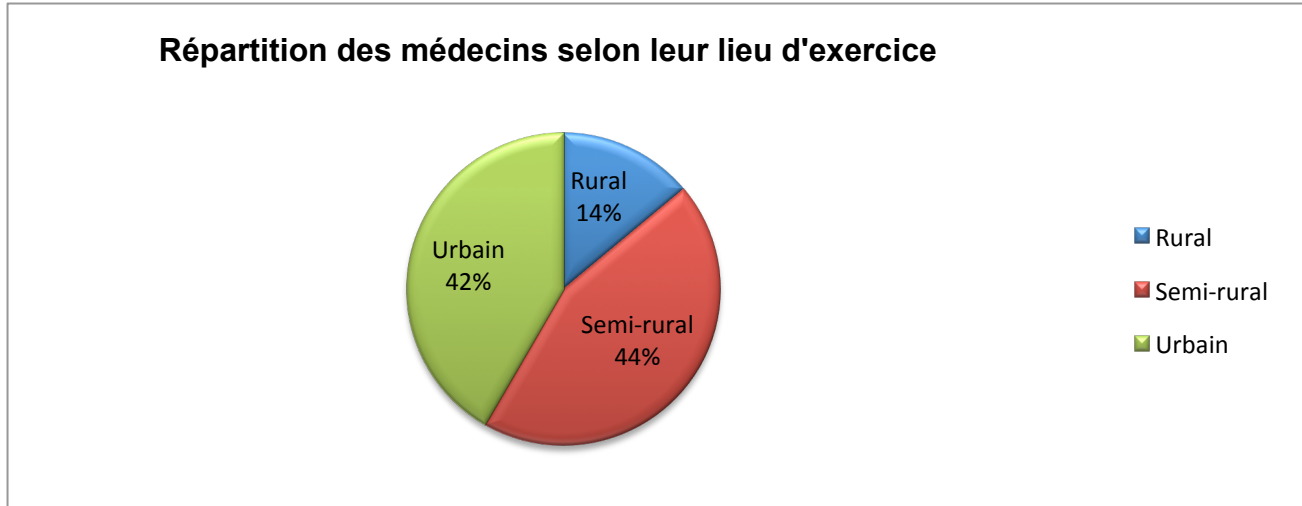
Graphique 3 : Répartition des médecins selon leur nombre d'années d'installation.



- Le lieu d'exercice :

44% (n=48) de la population étudiée travaille en milieu semi-rural, 42% (n=45) en milieu urbain et 14% (n= 15) en milieu rural (Graphique 4).

Graphique 4 : Répartition des médecins selon leur lieu d'exercice.

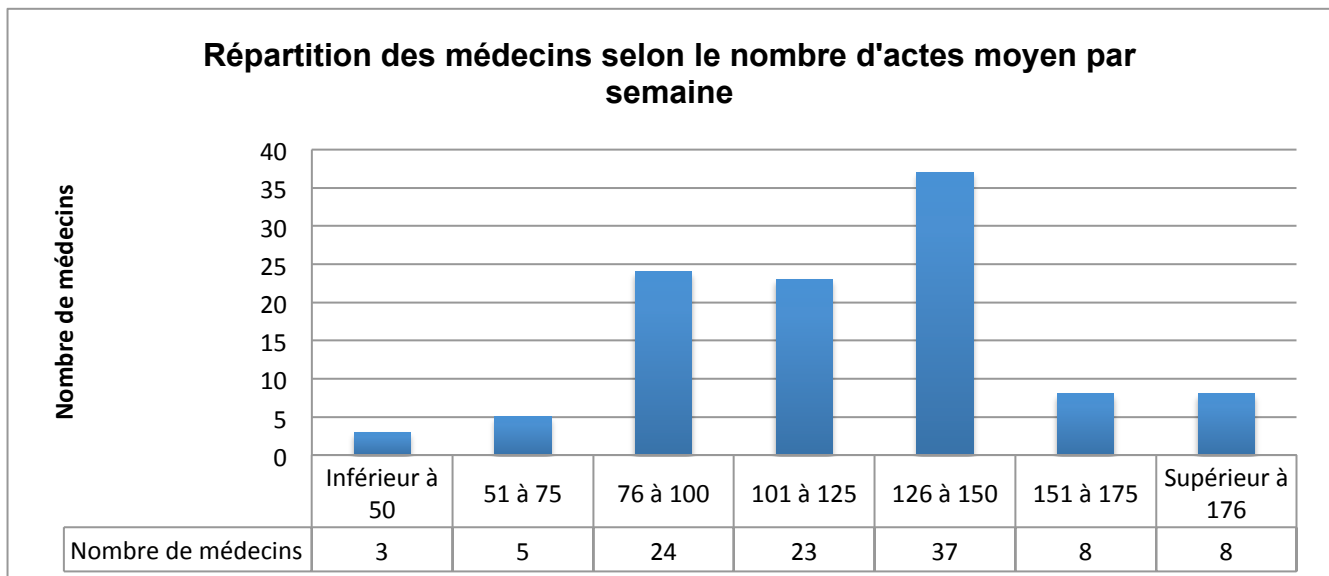


- Nombres d'actes par semaine en moyenne (consultations) :

En moyenne, les médecins répondants effectuent 125 actes par semaine.

34% (n=37) effectuent en moyenne de 126 à 150 actes par semaine, 21% (n=23) de 101 à 125 actes et 22% (n=24) de 76 à 100 actes (Graphique 5).

Graphique 5 : Répartition des médecins selon le nombre d'actes moyen par semaine.



## b. Prescription de méthodes contraceptives et utilisation de l'implant.

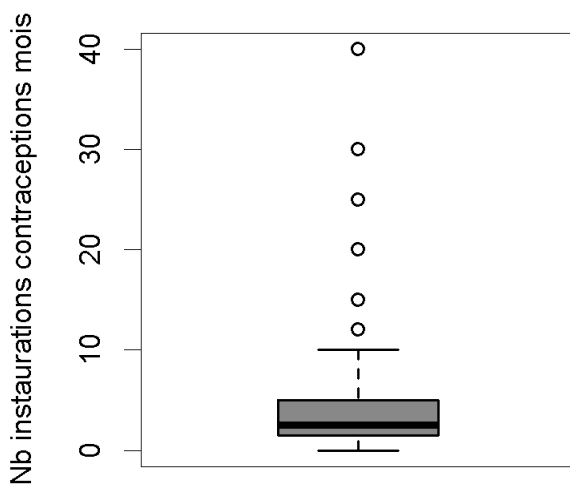
- Prescription de traitement contraceptif.

Tous les répondants (100%, n=108) prescrivent (instauration ou renouvellement) les traitements contraceptifs de leurs patientes.

- Nombre d'instaurations de traitement contraceptif par mois.

En moyenne, les répondants instaurent 4 traitements contraceptifs par mois (Graphique 6).

Graphique 6 : Nombre d'instaurations de traitements contraceptifs par mois.



Effectif 108

Moyenne 4.361

Ecart.type 5.852

Minimum 0

Quartile.1 1.75

Mediane 2.5

Quartile.3 5

Maximum 40



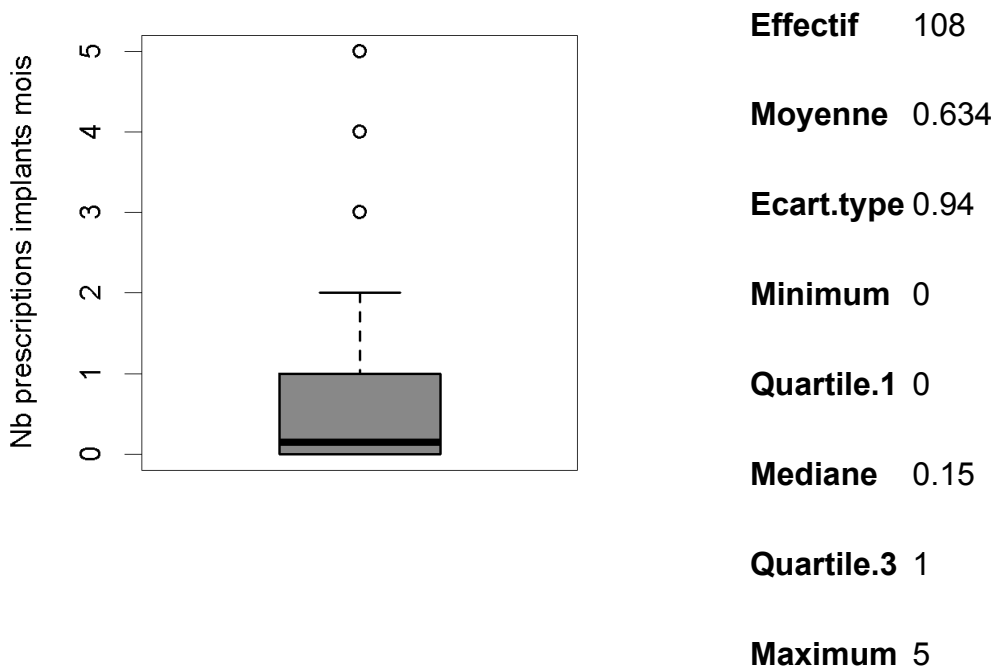
- Prescription, pose et retrait d'implant contraceptif.

52% (n=56) des répondants prescrivent l'implant contraceptif.

En moyenne, les répondants prescrivent un implant tous les 2 mois (0,634 implant prescrit par mois en moyenne).

75% des médecins prescrivent un implant ou moins par mois (quartile 3=1) (Graphique 7).

Graphique 7 : Nombre de prescriptions d'implants contraceptifs par mois.



Parmi ces médecins prescripteurs, 88% (n=49) le posent (Tableau 7) et 80% (n=45) le retirent (Tableau 8).

48% (n=52) des répondants ne prescrivent pas l'implant. Parmi eux, aucun (0%, n=0) ne le pose et 5,7%(n=3) le retirent.

Si l'on regarde la globalité des répondants (médecins prescripteurs et non prescripteurs d'implants), 45% (n=49) des répondants posent l'implant et 44%(n=48) le retirent (Annexe 2).

Un test du Khi 2 observe une association statistiquement significative entre pose et retrait d'implant au risque 5% ( $p = 5.44e-18$ ).

Tableau 7 : Répartition des médecins prescripteurs d'implant selon qu'ils posent ou non l'implant.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
<b>Médecins ne posant pas l'implant</b>	7	12	[5.59-24.69]
<b>Médecins posant l'implant</b>	49	<b>88</b>	[75.31-94.41]
<b>Total</b>	56	100	-

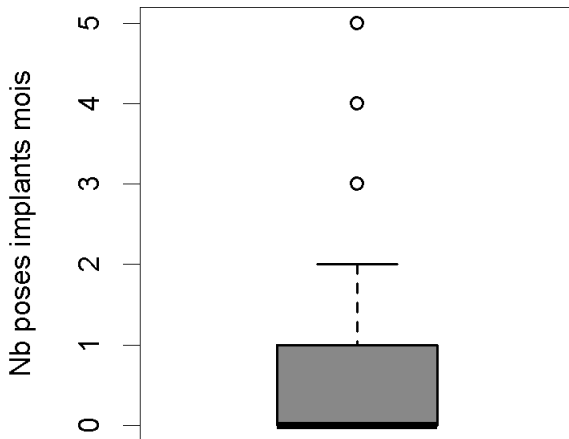
Tableau 8 : Répartition des médecins prescripteurs d'implant selon qu'ils retirent ou non l'implant.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
<b>Médecins ne retirant pas l'implant</b>	11	20	[10.67-32.84]
<b>Médecins retirant l'implant</b>	45	<b>80</b>	[67.16-89.33]
<b>Total</b>	56	100	-

Un implant est posé tous les 2 mois en moyenne par les répondants (0,532 par mois).

75% des médecins posent un implant ou moins par mois (quartile 3=1) (Graphique 8).

Graphique 8 : Nombre de pose d'implant par mois.

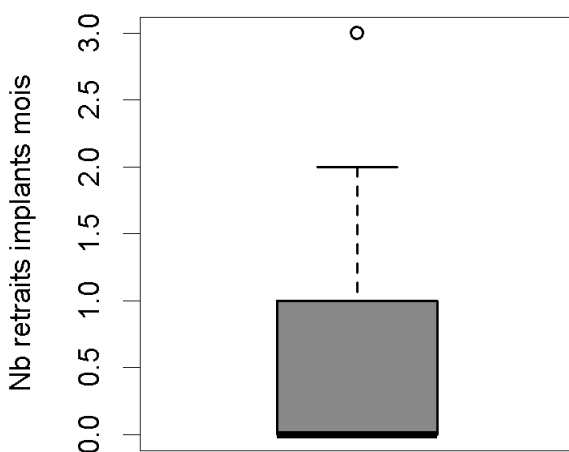


Effectif	108
Moyenne	0.532
Ecart.type	0.845
Minimum	0
Quartile.1	0
Mediane	0
Quartile.3	1
Maximum	5

Moins d'un implant est retiré tous les 2 mois par les répondants (0,426 par mois).

75% des médecins retirent un implant ou moins par mois (quartile 3=1) (Graphique 9).

Graphique 9 : Nombre de retrait d'implant par mois.



Effectif	108
Moyenne	0.426
Ecart.type	0.637
Minimum	0
Quartile.1	0
Mediane	0
Quartile.3	1
Maximum	3

### c. Formation.

- Types de formation :

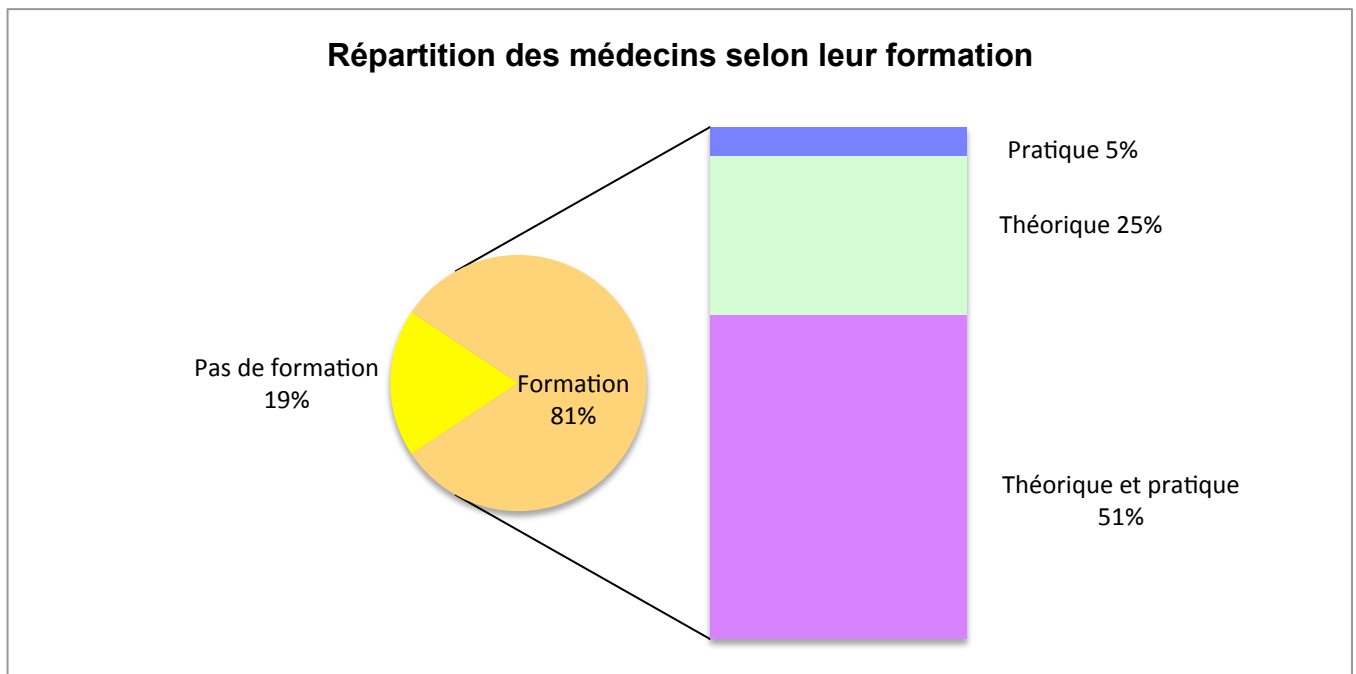
Un des répondants a cessé de répondre au questionnaire à partir de cette question.

19% (n=20) des médecins répondants n'ont aucune formation sur l'implant contraceptif.

Parmi les 81% (n=87) des médecins formés, 63% (n=55) ont une formation théorique et pratique, 31% (n=27) une formation uniquement théorique et 6% (n=5) une formation uniquement pratique.

76% (n=82) de la population étudiée a donc une formation théorique et 56% (n=60) une formation pratique (Graphique 10).

Graphique 10 : Répartition des médecins selon leur formation.



Un test de Fisher observe une association statistiquement significative entre la prescription d'implant et le type de formation (Test de Fisher exact  $p = 5e-04$ ).

90% des médecins n'ayant aucune formation ne prescrivent pas l'implant, alors que 74,55% des médecins ayant à la fois une formation théorique et pratique le prescrivent (Tableau 9).

Tableau 9 : Répartition des médecins selon qu'ils soient prescripteurs d'implants ou non et selon leur type de formation.

	Médecins non prescripteurs d'implant	Médecins prescripteurs d'implant	Total
Théorique	17 (62.96%)	10 (37.04%)	27
Pratique	3 (60%)	2 (40%)	5
Théorique et pratique	14 (25.45%)	41 (74.55%)	55
Aucune	18 (90%)	2 (10%)	20
Total	52	55	107

- **Origine de la formation**

Parmi les médecins formés, les 2 types de formation les plus répandues sont la formation médicale continue et la formation personnelle.

52% (n=45) des médecins formés ont une formation médicale continue et 43% (n=37) ont une formation personnelle (Graphique 11).

Parmi les médecins qui ont répondu avoir une formation autre, 7 ont été formés par le laboratoire, 3 par des vidéos sur internet et un par un collègue.

Graphique 11 : Origine de la formation.

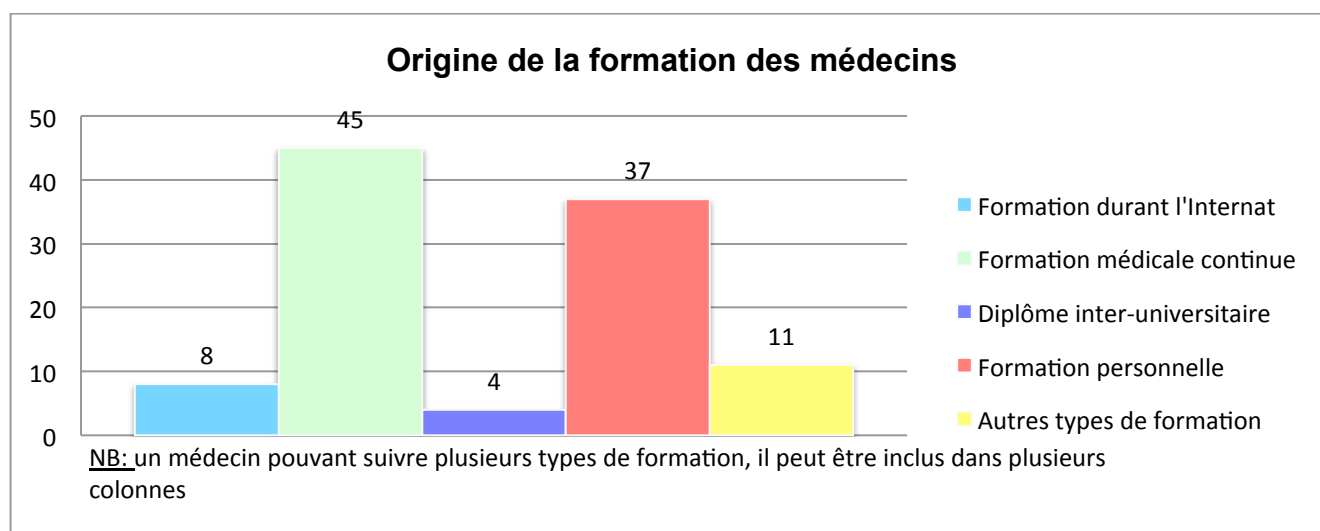


Tableau 10 : Représentation du type et de l'origine de la formation.

Formation	Nombre médecins	Type de formation				
		Internat	FMC	Diplôme inter-universitaire	Personnelle	Autres
Aucune	20	-	-	-	-	-
Pratique	5	0	4	0	1	0
Théorique	27	3	8	0	14	5
Théorique et pratique	<b>55</b>	5	33	4	22	6
<b>Total</b>	107	8	<b>45</b>	4	<b>37</b>	11
Pourcentage	-	7	<b>42</b>	4	<b>35</b>	10
<b>IC à 95%</b>	-	[3.52-14.64]	[32.7-51.99]	[1.03-9.3]	[32.7-51.99]	[5.5-18.03]

- [La formation pratique est-elle jugée suffisante ?](#)

3 médecins qui avaient répondu ne pas avoir de formation n'ont pas répondu à cette question.

67% (n=70) des médecins jugent leur formation pratique suffisante, contre 33% (n=34) qui la jugent insuffisante (Tableau 11).

Tableau 11 : Jugement de leur formation pratique par les médecins.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Formation pratique jugée insuffisante	34	<b>33</b>	[24-42.68]
Formation pratique jugée suffisante	70	<b>67</b>	[57.32-76]
<b>Total</b>	104	100	-
<b>Manquantes</b>	4	-	-

Le fait de juger sa formation pratique suffisante est corrélé à la fréquence de la prescription de l'implant (test du Khi2,  $p = 3.53e-10$ ).

74% (n=52) des médecins jugeant leur formation pratique suffisante prescrivent l'implant.

91%(n=31) des médecins jugeant leur formation pratique insuffisante ne prescrivent pas l'implant (Tableau 12).

Tableau 12 : Répartition des médecins selon la suffisance de leur formation pratique et selon la prescription d'implant.

	Non prescripteurs	Prescripteurs
Formation pratique jugée suffisante	18 (26%)	52 (74%)
Formation pratique jugée insuffisante	31 (91%)	3 (9%)

- [La formation théorique est-elle jugée suffisante ?](#)

3 médecins qui avaient répondu ne pas avoir de formation n'ont pas répondu à cette question.

71% (n=74) des médecins jugent leur formation théorique suffisante (Tableau 13).

Tableau 13 : Jugement de leur formation théorique par les médecins.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Formation théorique jugée insuffisante	30	29	[20.59-38.69]
Formation théorique jugée suffisante	74	71	[61.31-79.41]
Total	104	100	-
Manquantes	4	-	-

Le fait de juger sa formation théorique suffisante est corrélée à la fréquence de la prescription de l'implant (test du Khi2,  $p = 2.46e-06$ ).

68% (n=50) des médecins jugeant leur formation théorique suffisante prescrivent l'implant.

83% (n=25) des médecins jugeant leur formation théorique insuffisante ne prescrivent pas l'implant (Tableau 14).

Tableau 14 : Répartition des médecins selon la suffisance de leur formation pratique et selon la prescription d'implant.

	Non prescripteurs	Prescripteurs
Formation théorique jugée suffisante	24 (32%)	50 ( <b>68%</b> )
Formation théorique jugée insuffisante	25 ( <b>83%</b> )	5 (17%)

Un test du Khi2 observe une association statistiquement significative entre une formation par FMC et une formation théorique jugée suffisante ( $p = 0.00898$ ) (Tableau 15).

Tableau 15 : Répartition des médecins répondants selon la suffisance de la formation théorique et selon l'existence d'une formation par FMC.

	Formation théorique jugée insuffisante	Formation théorique jugée suffisante	Total
Pas de formation par FMC	23 (38.98%)	36 (61.02%)	59
Formation par FMC	7 (15.56%)	38 ( <b>84.44%</b> )	45
Total	30	74	104



#### d. Freins à la prescription de l'implant (Annexe 3).

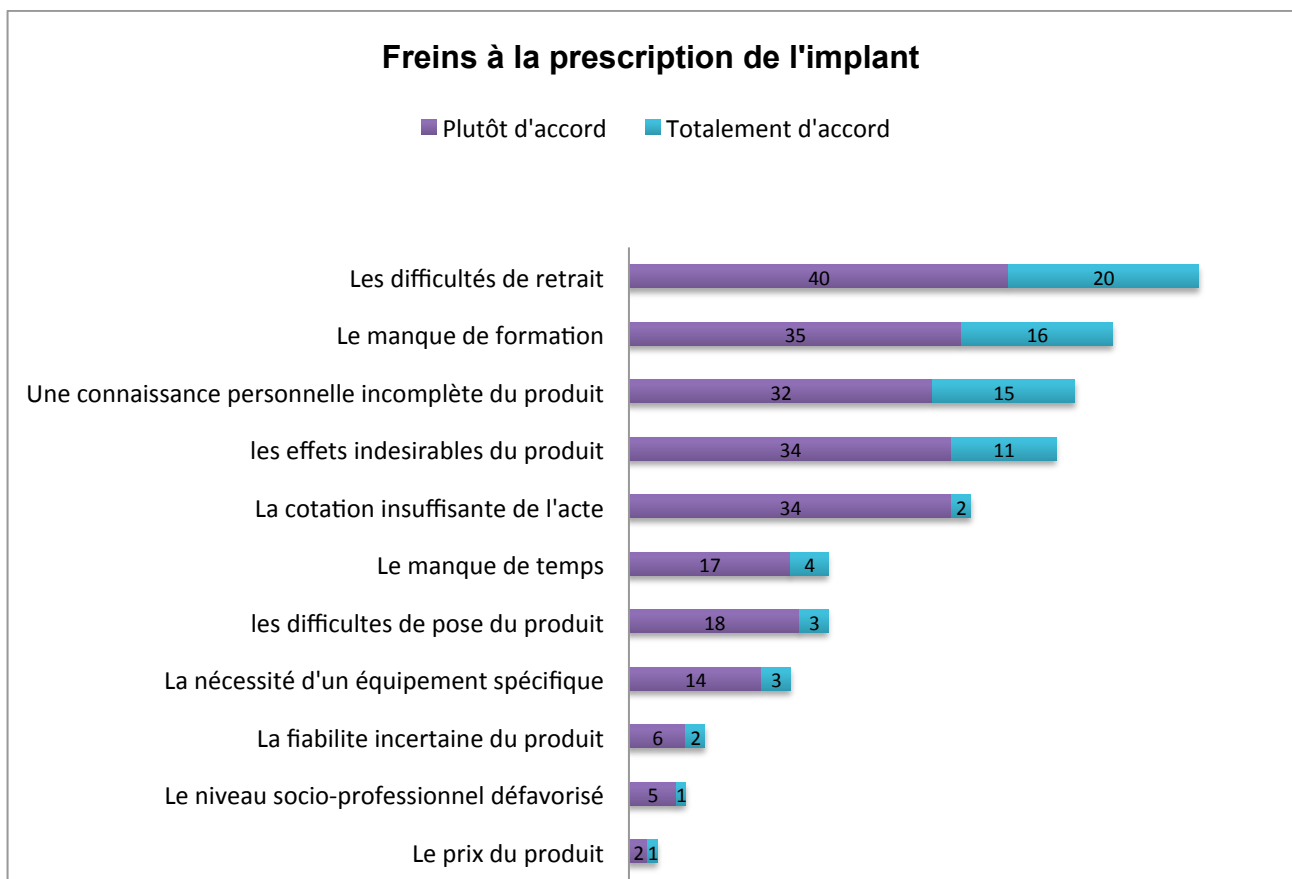
3 médecins n'ont pas répondu à cette partie.

Un médecin n'a pas répondu à la question « intérêt de la prescription de l'implant chez une nullipare » et un autre n'a pas répondu à la question « intérêt de la prescription de l'implant comme premier contraceptif ».

Les freins les plus souvent évoqués (réponse « totalement d'accord » ou « plutôt d'accord ») sont (Graphique 12) :

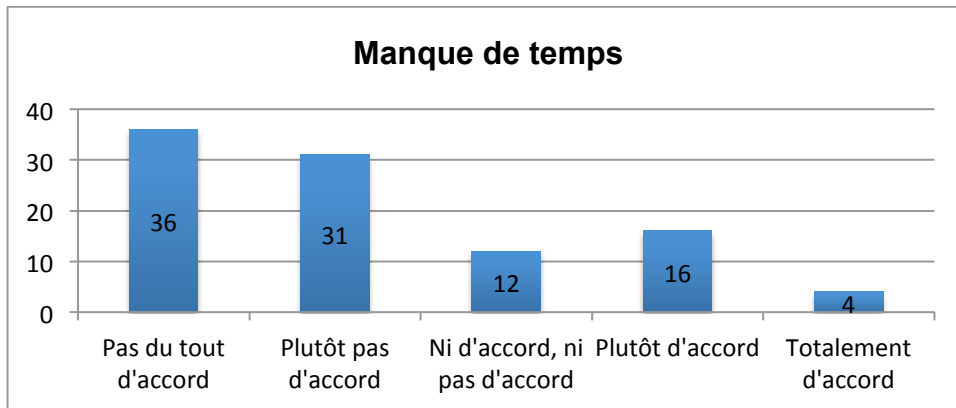
- La difficulté de retrait (57%)
- Le manque de formation (49%)
- La connaissance incomplète du produit (45%)
- Les effets indésirables du produit (43%)
- La cotation insuffisante de l'acte (34%)

Graphique 12 : Répartition par ordre d'importance des freins à la prescription de l'implant les plus évoqués.



- Le manque de temps.

Graphique 13 : Répartition des médecins selon leur accord avec le frein « manque de temps ».

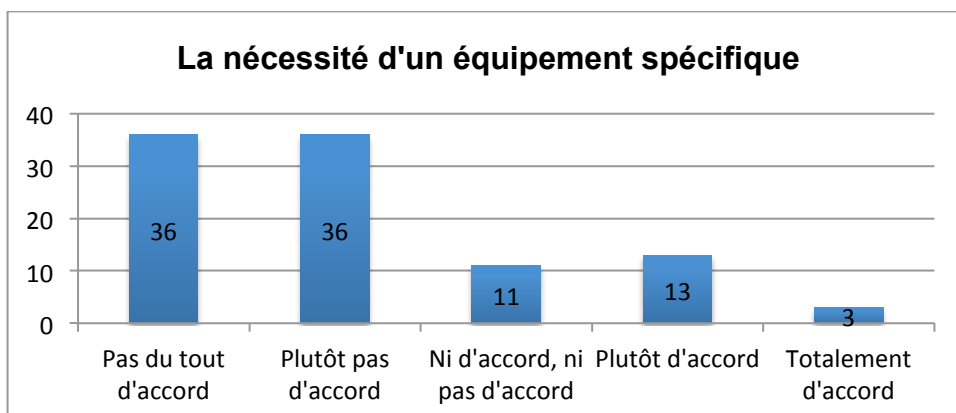


La proportion des médecins pensant que le manque de temps est un frein à la prescription de l'implant est de 20% :

- ↳ 4% (IC à 95% : 1,05-9,47) sont totalement d'accord
- ↳ 16% (IC à 95% : 9,98-24,94) sont plutôt d'accord.

- La nécessité d'un équipement spécifique.

Graphique 14 : Répartition des médecins selon leur accord avec le frein « nécessité d'un équipement spécifique».

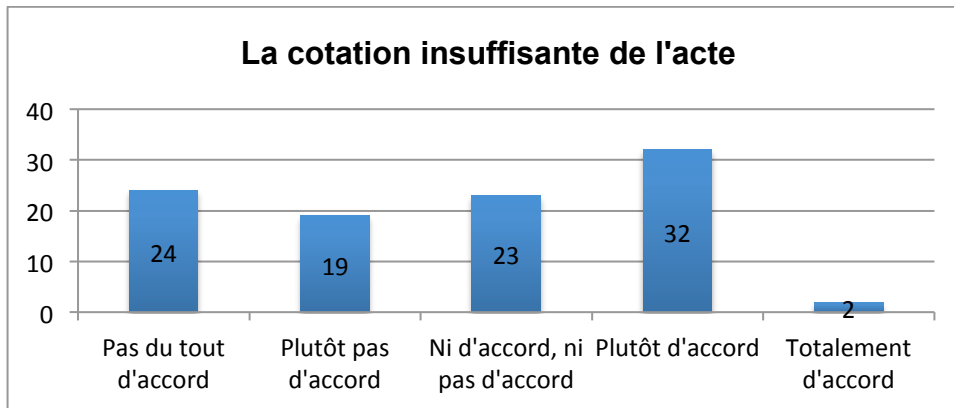


La proportion des médecins pensant que la nécessité d'un équipement est un frein à la prescription de l'implant est de 16% :

- ↳ 3% (IC à 95% : 0,59-8,12) sont totalement d'accord
- ↳ 13% (IC à 95% : 7,74-21,69) sont plutôt d'accord.

- La cotation insuffisante de l'acte.

Graphique 15 : Répartition des médecins selon leur accord avec le frein « cotation insuffisante de l'acte ».

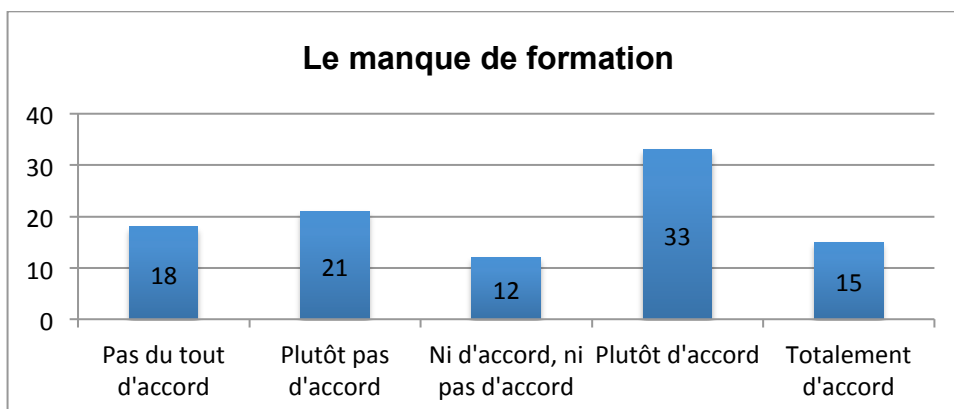


La proportion des médecins pensant que la cotation insuffisante de l'acte est un frein à la prescription de l'implant est de 34% :

- ↳ 2% (IC à 95% : 0,23-6,71) sont totalement d'accord
- ↳ 32% (IC à 95% : 23,76-42,31) sont plutôt d'accord.

- Le manque de formation.

Graphique 16 : Répartition des médecins selon leur accord avec le frein « manque de formation ».

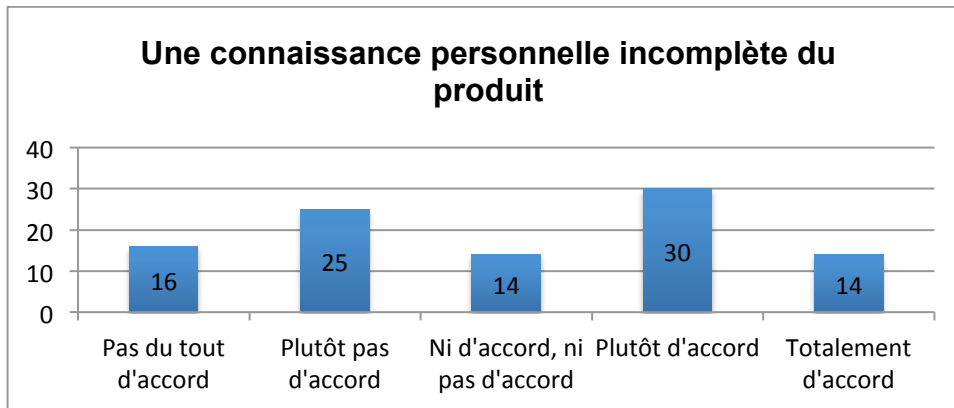


La proportion des médecins pensant que le manque de formation est un frein à la prescription de l'implant est de 48% :

- ↳ 15% (IC à 95% : 9,23-23,87) sont totalement d'accord
- ↳ 33% (IC à 95% : 24,62-43,29) sont plutôt d'accord.

- Une connaissance personnelle incomplète du produit

Graphique 17 : Répartition des médecins selon leur accord avec le frein « connaissance incomplète du produit ».

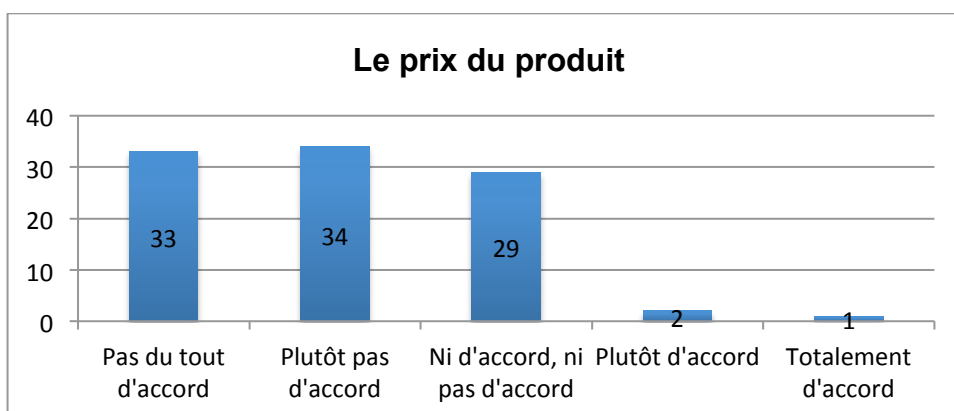


La proportion des médecins pensant qu'une connaissance personnelle incomplète du produit est un frein à la prescription de l'implant est de 44% :

- ↳ 14% (IC à 95% : 8,48-22,78) sont totalement d'accord
- ↳ 30% (IC à 95% : 22,07-40,34) sont plutôt d'accord.

- Le prix du produit

Graphique 18 : Répartition des médecins selon leur accord avec le frein « prix du produit ».

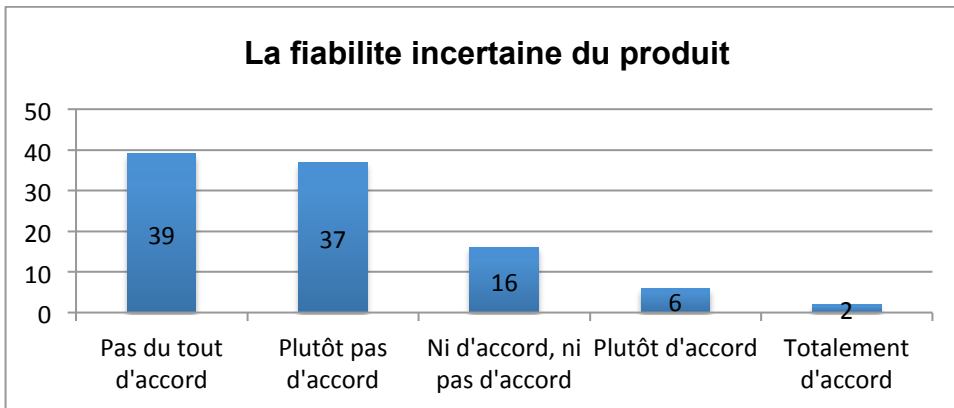


La proportion des médecins pensant que le prix du produit est un frein à la prescription de l'implant est de 3% :

- ↳ 1% (IC à 95% : 0,02-5,19) sont totalement d'accord
- ↳ 2% (IC à 95% : 0,23-6,71) sont plutôt d'accord.

- La fiabilité incertaine du produit.

Graphique 19 : Répartition des médecins selon leur accord avec le frein « fiabilité incertaine du produit ».

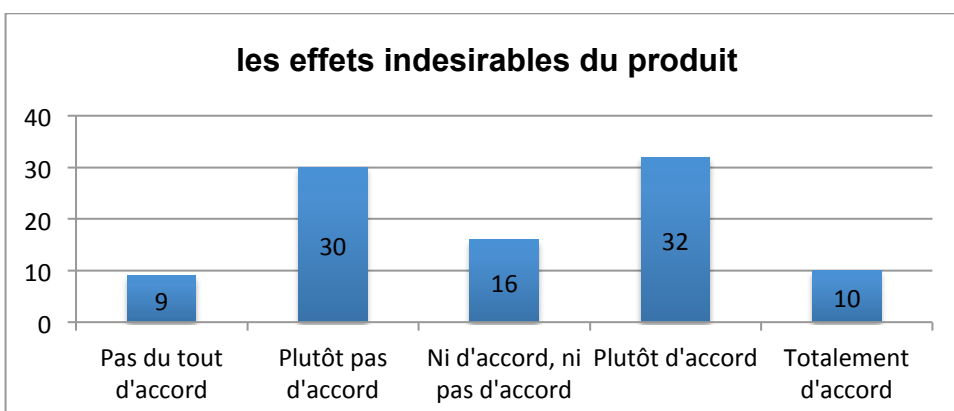


La proportion des médecins pensant que la fiabilité incertaine du produit est un frein à la prescription de l'implant est de 8% :

- ↳ 2% (IC à 95% : 0,23-6,71) sont totalement d'accord
- ↳ 6% (IC à 95% : 2,34-12,52) sont plutôt d'accord.

- Les effets indésirables du produit

Graphique 19 : Répartition des médecins selon leur accord avec le frein « effets indésirables du produit ».

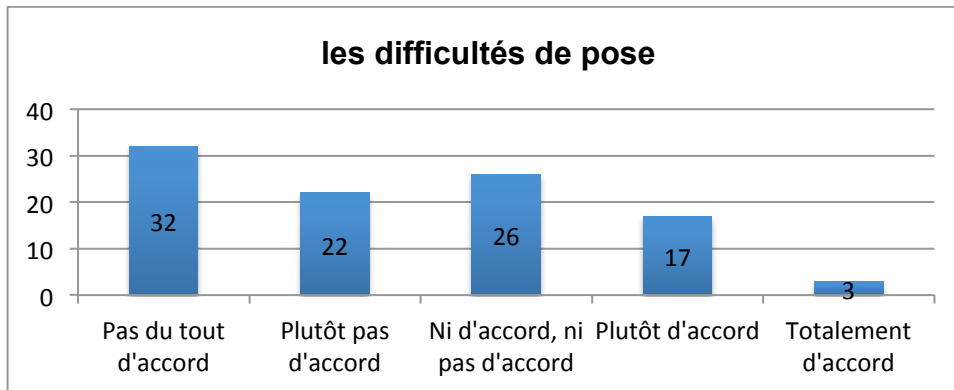


La proportion des médecins pensant que les effets indésirables du produit sont un frein à la prescription de l'implant est de 42% :

- ↳ 10% (IC à 95% : 5,6-18,36) sont totalement d'accord
- ↳ 32% (IC à 95% : 23,76-42,31) sont plutôt d'accord.

- Les difficultés de pose du produit

Graphique 20 : Répartition des médecins selon leur accord avec le frein « difficultés de pose ».

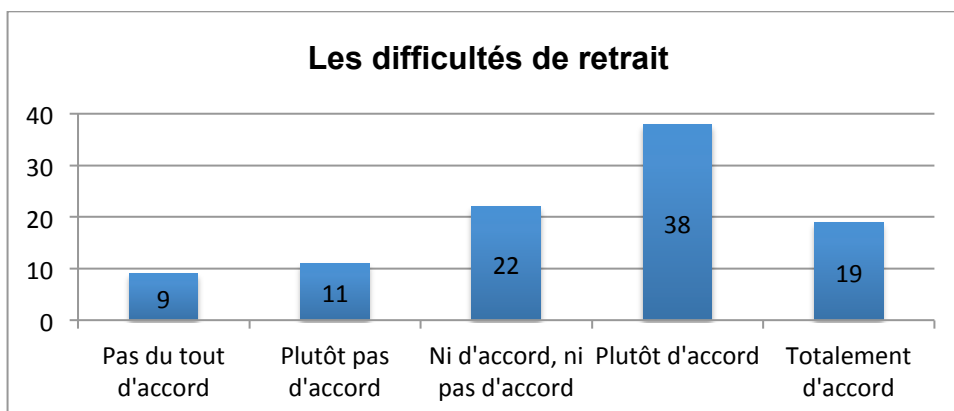


La proportion des médecins pensant que les difficultés de pose du produit sont un frein à la prescription de l'implant est de 20% :

- ↳ 3% (IC à 95% : 0,59-8,12) sont totalement d'accord
- ↳ 17% (IC à 95% : 10,74-26,01) sont plutôt d'accord.

- Les difficultés de retrait

Graphique 21 : Répartition des médecins selon leur accord avec le frein « difficultés de retrait ».

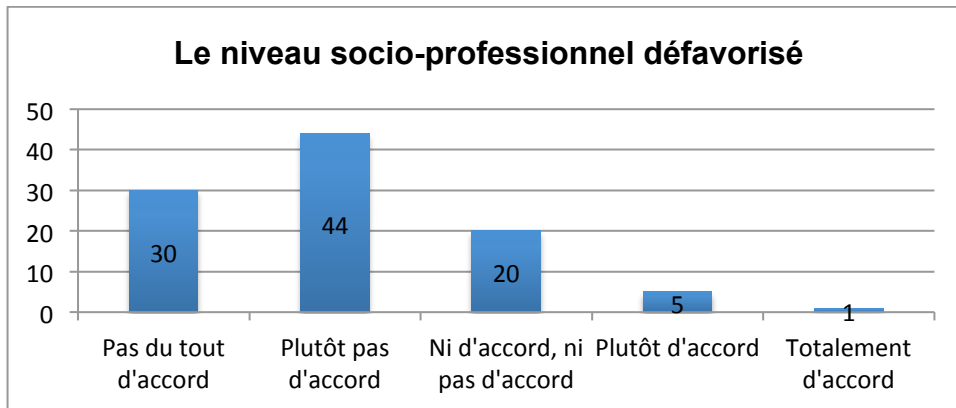


La proportion des médecins pensant que les difficultés de retrait du produit sont un frein à la prescription de l'implant est de 57% :

- ↳ 19% (IC à 95% : 12,29-28,12) sont totalement d'accord
- ↳ 38% (IC à 95% : 28,94-48,13) sont plutôt d'accord.

- Le niveau socio-professionnel défavorisé.

Graphique 22 : Répartition des médecins selon leur accord avec le frein « niveau socio-professionnel défavorisé ».



La proportion des médecins pensant que le niveau socio-professionnel défavorisé de la patiente est un frein à la prescription de l'implant est de 6% :

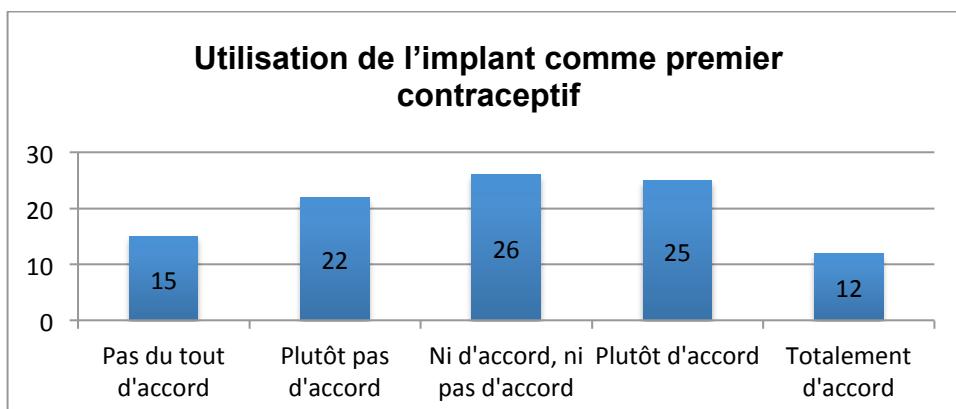
- ↳ 1% (IC à 95% : 0,02-5,19) sont totalement d'accord
- ↳ 5% (IC à 95% : 1,77-11,29) sont plutôt d'accord.

- Utilisation de l'implant comme premier contraceptif

En ce qui concerne l'utilisation de l'implant comme premier contraceptif, l'avis des répondants est partagé.

Le pourcentage des répondants d'accord et non d'accord est identique : 37% des médecins trouvent qu'il peut-être intéressant de prescrire l'implant comme premier contraceptif et 37% des médecins ne sont pas d'accord (Annexe 4, Tableau 19).

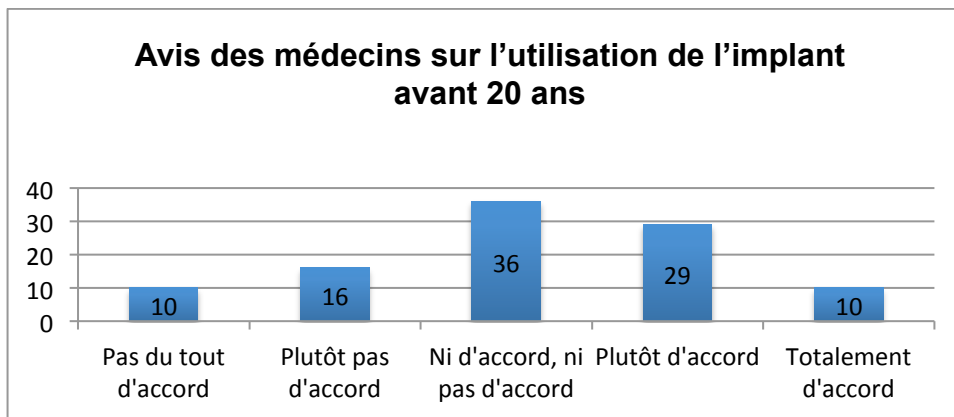
Graphique 23 : Répartition des médecins selon leur avis sur l'intérêt d'utiliser l'implant comme premier contraceptif.



- Utilisation de l'implant avant vingt ans

26% des médecins ne sont pas d'accord avec le fait qu'il peut-être intéressant de prescrire l'implant avant 20 ans, contre 39% qui sont d'accord (Annexe 4, Tableau 20).

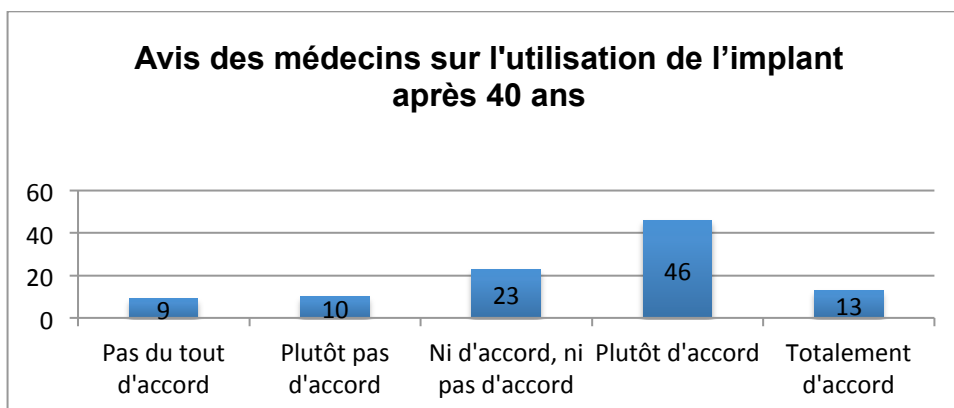
Graphique 24 : Répartition des médecins selon leur avis sur l'intérêt d'utiliser l'implant avant 20 ans.



- Utilisation de l'implant après 40 ans.

59% des médecins sont d'accord avec le fait qu'il peut être intéressant de prescrire l'implant après 40 ans, contre 19% qui ne sont pas d'accord (Annexe 4, Tableau 21).

Graphique 25 : Répartition des médecins selon leur avis sur l'intérêt d'utiliser l'implant après 40 ans.

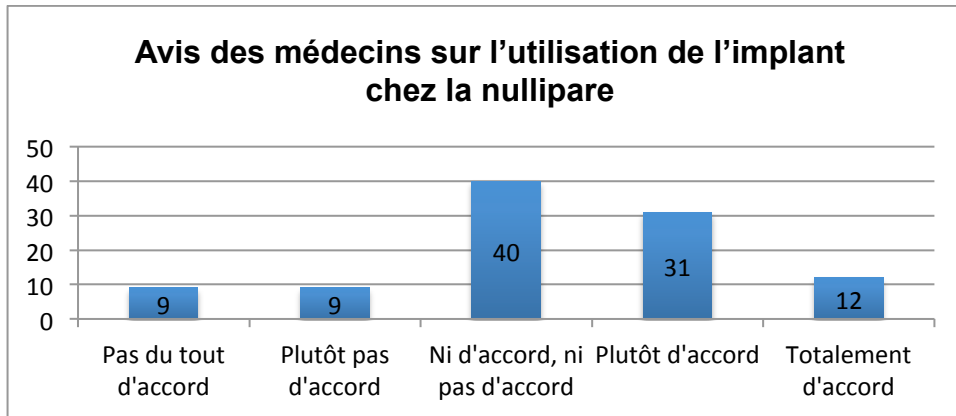




- Utilisation de l'implant chez la nullipare.

18% des médecins ne sont pas d'accord avec le fait que l'implant peut-être intéressant chez la nullipare, contre 43% qui sont d'accord (Annexe 4, Tableau 22).

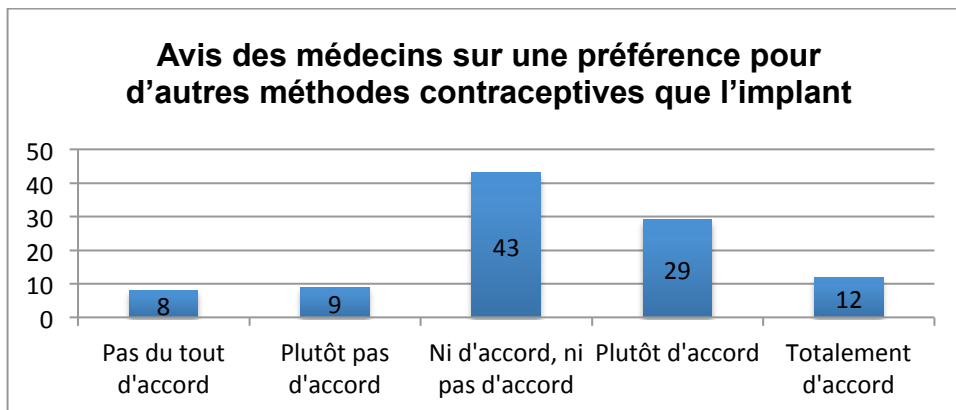
Graphique 26 : Répartition des médecins selon leur avis sur l'intérêt d'utiliser l'implant chez la nullipare.



- Préférence personnelle pour d'autres méthodes contraceptives que l'implant.

41% des médecins sont d'accord avec le fait qu'ils ont une préférence personnelle pour d'autres méthodes contraceptives que l'implant (Annexe 5).

Graphique 27 : Répartition des médecins selon qu'ils aient ou non une préférence personnelle pour d'autres méthodes contraceptives.



### **3. Discussion.**

L'implant contraceptif est peu prescrit et utilisé par les médecins interrogés dans cette étude.

Nous avons montré qu'une part non négligeable de médecins n'est pas formée à l'implant et qu'une part importante de médecins juge sa formation insuffisante.

Les principales limitations à la prescription de l'implant contraceptif sont les difficultés de retrait, le manque de formation et de connaissance du produit et sa cotation insuffisante.

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

Ainsi en renforçant la formation des médecins, les trois principaux freins à sa prescription disparaissent.

#### **a. Population étudiée.**

Le questionnaire a été envoyé à des MSU qui avaient été précédemment sélectionnés selon leur volonté de répondre ou non à ce genre d'enquête.

La réalisation d'un tirage au sort sur l'ensemble des médecins traitants du Nord-Pas de Calais aurait évité ce biais de sélection, mais aurait été plus onéreuse et n'aurait pas bénéficié d'un aussi bon taux de réponse.

Cependant, il est intéressant d'avoir interrogé des MSU qui forment la nouvelle génération de médecins généralistes à la pratique de ville.

Notre échantillon est comparable à la population de médecin traitant du Nord Pas de Calais sur le sexe et l'âge des sujets.

Il n'y a pas de différence significative entre la moyenne d'âge de notre échantillon et celui de la population médicale du Nord Pas de Calais, selon les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins, exposées dans un rapport de janvier 2012 (14).

Il n'y a pas de différence significative entre le sex-ratio de notre échantillon et celui de la population médicale du Nord Pas de Calais, selon les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins, exposées dans un rapport de janvier 2012 (14).

## **b. Prescription de méthodes contraceptives et utilisation de l'implant.**

### **• Prescription de traitement contraceptif.**

Tous les médecins interrogés prescrivent (instaurent ou renouvellent) le traitement contraceptif de leurs patientes.

Depuis quelques années, l'implication des médecins généralistes dans la gynécologie médicale ne cesse de croître (10) :

- En 2003, 44% des femmes consultant un médecin généraliste lui confiait leur contraception.
- En 2004, le premier motif de consultation chez le médecin généraliste des 18-25 ans est la demande de contraception.
- En 2005, 84% des cabinets de médecine générale sont équipés pour la pose d'un DIU ou la réalisation d'un frottis.
- En 2009, plus de la moitié des contraceptifs remboursés par la sécurité sociale ont été prescrit par des médecins généralistes.

Le médecin généraliste a donc un rôle de plus en plus important à jouer dans la contraception.

Ce rôle est favorisé par sa condition de médecin traitant :

- il connaît ses patientes, leur mode de vie, leur observance
- il bénéficie d'une relation de confiance médecin-patient
- il a un savoir médical des différents modes contraceptifs.

Il est donc essentiel que chaque médecin généraliste connaisse et soit formé à toutes les méthodes contraceptives existantes, afin de pouvoir les présenter à ses patientes et de guider leur choix vers la contraception la plus adaptée.

- Utilisation de l'implant.

Notre étude montre que l'implant est très peu utilisé par les médecins, puisque seulement la moitié le prescrit et moins de la moitié le pose ou le retire.

La fréquence de son utilisation est également faible avec pour les trois quarts des médecins une seule prescription ou moins par mois.

Ces chiffres concordent avec ceux cités précédemment, qui montraient que l'implant était très peu utilisé.

Les données fournies par la Direction Régionale du Service Médical de la région Nord Pas de Calais montrent également la faible utilisation de l'implant : 7 944 implants délivrés en pharmacie en 2012 prescrits par les médecins généralistes du Nord Pas de Calais. Alors que 285 474 patientes ont reçu au moins un contraceptif oral remboursé par l'Assurance Maladie la même année.

### c. Formation.

Dans notre étude, on s'aperçoit que seule la moitié des médecins a à la fois une formation pratique et théorique. De plus, environ un tiers des médecins se sent insuffisamment formé.

Comme nous avons logiquement mis en évidence un lien entre prescription de l'implant et formation, la faible utilisation de l'implant s'explique en partie par ce défaut de formation.

Il est donc important si l'on souhaite promouvoir l'implant de favoriser la formation des médecins.

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

Selon ce rapport, la formation initiale et continue des médecins insuffisante est un frein aux choix d'une contraception adaptée, responsable de la persistance de pratiques de prescriptions stéréotypées. (15)

La FMC est la formation la plus répandue dans notre étude et les médecins ayant reçu cette formation, jugent plus fréquemment leur formation suffisante. Il nous semble donc opportun de favoriser la promotion de l'implant lors des FMC.

La formation durant l'internat est peu retrouvée, ce qui est logique quand on regarde l'âge des médecins interrogés, l'implant étant arrivé sur le marché en 2001, la plupart des médecins interrogés avait terminé leur internat.

#### d. Freins à la prescription de l'implant.

Nous avons essayé de réaliser une liste la plus complète qui soit des freins à l'implant en nous basant sur les différentes données de la littérature, mais la contraception étant un vaste domaine, il peut y avoir un biais d'exhaustivité dans cette étude.

- Problèmes techniques.

Le principal frein retrouvé est les difficultés de retrait de l'implant.

Les gênes occasionnées par la pose, la nécessité de temps et de matériel ne sont retrouvées qu'en faible proportion.

- ↳ Le **temps nécessaire** a été peu cité comme frein, ce qui concorde avec les différentes études où l'on retrouve que le temps moyen pour poser un implant cutané est de moins de 1 minute 30 et moins de 3 minutes 30 pour le retirer. (16-18)

Les dernières publications (suivant l'arrivée du Nexplanon®) retrouvent un temps de retrait de 78s. (19)

- ↳ L'**équipement nécessaire** pour l'anesthésie et l'asepsie est facilement disponible pour chaque médecin. Cependant la prescription de l'implant nécessite deux consultations, une pour la prescription de la méthode et une pour la pose. L'équipement nécessaire n'est donc pas immédiatement disponible.

Cette nécessité de 2 consultations est citée comme frein par l'HAS. (15)

- ↳ La **pose** est citée moins fréquemment que le **retrait** de l'implant. Il est plus simple de poser que de retirer l'implant, mais ce qui permet un retrait facile de l'implant est une bonne pose, les difficultés de retrait étant secondaires à une pose incorrecte. (12, 20-21)

En effet si l'implant est inséré trop profondément, cela entrainera des difficultés de retrait.

Avec l'Implanon®, les problèmes de pose et de retrait étaient nombreux (implant non retrouvé car inséré trop profondément, ayant migré secondairement ou parfois non inséré lors de la pose).

Ces problèmes entraînaient de nombreux examens complémentaires, pouvant aller jusqu'à une échographie, un dosage sanguin de l'étonogestrel, une IRM et finalement la réussite ou non d'une ablation chirurgicale.(20)

Le remplacement de l'Implanon® par le Nexplanon® a pour but de diminuer ces erreurs.

Désormais, l'insertion est facilitée et plus sûre et l'implant est devenu radio-opaque, ce qui permet de le retrouver plus facilement si il a été mal inséré ou a migré secondairement. La réalisation d'une radiographie permet de voir rapidement si il est en place et la batterie d'examen qui était nécessaire avec l'Implanon® (échographie, bilan biologique IRM) n'est plus utile.

La pose et le retrait peuvent être favorisés par une amélioration du matériel mais aussi par une amélioration de la formation.

- **Formation et Connaissance.**

Nous avons montré précédemment qu'une amélioration de la formation serait utile.

Le manque de formation et de connaissance sont les deuxièmes freins les plus reconnus par les médecins.

Avec la moitié des médecins en accord avec les items « manque de formation » et « connaissance personnelle incomplète du produit », il est nécessaire de renforcer les connaissances théoriques et pratiques sur l'implant, un médecin ne prescrivant pas ce qu'il ne connaît pas ou ne sait pas utiliser.

- Le produit lui-même.

D'après notre étude, la fiabilité du produit n'est plus à démontrer auprès des médecins, mais ses effets secondaires représentent un frein important.

En effet, de part ces effets secondaires d'autres méthodes contraceptives vont être préférées à l'implant.

Les effets secondaires les plus fréquents et qui entraînent le plus de retrait précoce sont les troubles du cycle menstruel. (18, 22-25)

Il est nécessaire de prévenir chaque patiente des effets secondaires avant la prescription de l'implant pour minimiser les risques de retrait prématuré et de leur expliquer que le profil de saignement au cours des trois premiers mois est prédictif du profil de saignement par la suite. (26-27)

La prescription de l'implant doit toujours être envisagée au regard de sa mauvaise tolérance et à condition que l'absence de règles soit bien tolérée.

- La cotation insuffisante de l'acte.

Une part non négligeable de médecin juge que l'acte est insuffisamment coté.

En effet la pose de l'implant est rétribuée moins de un C (23 euros), pour un acte qui demande plus de disponibilité qu'une simple consultation.

Le retrait représente environ 2C.

En ce qui concerne la pose, le médecin a donc 2 possibilités :

- ↳ Soit faire payer à la patiente le prix d'une consultation, englobant la pose. Il peut faire cela si il a prix du temps à expliquer ce qu'est l'implant, son fonctionnement, ses effets secondaires...
- ↳ Soit faire payer 14,47 euros si la consultation ne comprend que l'insertion de l'implant (si au cours d'une consultation antérieure la description de l'implant et son utilisation a déjà été expliquée).

Les données fournies par la Direction Régionale du Service Médical de la région Nord Pas de Calais montrent que les médecins cotent très rarement la pose : 170 poses facturées contre 1693 retraits pour les médecins généralistes du Nord Pas de Calais en 2012.

Tableau 16 : Actes CCAM (QZLA004, QZGA002) facturés par les médecins généralistes du Nord Pas de Calais en 2012.

	Nombre d'actes
QZLA004	170
QZGA002	1693

La question peut se poser de savoir si une réévaluation de ses actes et notamment de la pose majorerait la prescription de l'implant.

- Freins insignifiants.

Une portion infime de médecins était en accord avec les items « niveau socio-professionnel défavorisé » et « prix du produit ».

Une prescription médicale est nécessaire pour la délivrance de l'implant. La prescription et la pose peuvent être réalisées par un médecin ou par une sage femme.

Avec un coût total annuel moyen et de reste à charge pour les femmes (part non remboursée par l'Assurance maladie) de 57,1 euros (lissé sur la durée théorique d'utilisation et comprenant les analyses de biologie médicale), l'implant se place juste au-dessus des pilules contraceptives remboursées (coût de 40,8 à 55,3 euros selon la pilule choisie). (15)

Il se situe donc parmi les méthodes contraceptives remboursées les plus coûteuses.

L'implant est remboursé à 65% par l'Assurance Maladie et les mutuelles prennent en charge le reste à payer. Le prix de revient pour les patientes est donc nul.

Pour les mineurs, la délivrance de l'implant est gratuite.

C'est probablement pour ces deux raisons que le coût du produit n'a pas été retenu par les médecins répondants.



### e. Intérêt de l'implant pour différentes catégories de femmes.

Il est surprenant de trouver qu'une partie des médecins ne voit pas d'intérêt possible dans l'utilisation de l'implant chez une femme de moins de 20 ans, de plus de 40 ans et chez la nullipare.

Il est recommandé d'utiliser l'implant chez les femmes présentant une contre-indication ou une intolérance aux contraceptifs œstroprogestatifs et aux DIU ou chez les femmes présentant des problèmes d'observance à la contraception orale. (15)

L'âge n'a donc pas un effet limitant sur l'utilisation de l'implant et l'implant peut donc présenter un intérêt si les autres contraceptifs ne sont pas adaptés à la patiente.

Il en est de même pour l'utilisation de l'implant comme premier contraceptif. L'avis des médecins sur cet item est totalement partagé. Mais là encore, l'implant peut avoir un intérêt dans certaines situations.

- Contraception chez l'adolescente.

La pose d'un implant est gratuite et anonyme pour les mineures. Il peut être utilisé sans l'accord des parents comme toute contraception.

D'après les recommandations de 2004 de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé), les méthodes de première intention pour les adolescentes sont le préservatif masculin et la contraception hormonale, surtout œstroprogestative. En cas de problèmes d'observance répétés ou d'adolescente à haut risque d'inobservance, il est recommandé de proposer et de discuter des avantages et des inconvénients d'autres méthodes plus adaptées comme par exemple l'implant.

Les recommandations de la Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare sur la contraception chez les adolescents sont que les jeunes doivent être informés de toutes les méthodes de contraception, en soulignant les avantages de la contraception réversible de longue durée d'action. L'âge n'est pas un élément limitant les méthodes contraceptives. (28)

Les recommandations pratiques de l'OMS 2005 (actualisées en 2009) stipulent que en général les adolescentes peuvent utiliser n'importe quelle méthode et avoir accès à un

choix étendu. L'âge ne constitue pas une raison médicale pour refuser une méthode à une adolescente. (29)

D'autre part des études ont montré qu'instaurer en post-partum chez des adolescentes, l'implant est bien toléré et que le nombre de grossesse dans l'année qui suit est plus faible que chez les adolescentes qui ne l'ont pas reçu. (30-32)

- **Première contraception.**

Les effets secondaires de l'implant le placent comme contraceptif de seconde intention mais dans des cas particuliers de contre indication aux œstroprogestatifs ou surtout de difficultés d'observance, il peut être intéressant de l'utiliser en première intention. (33-34)

- **Contraception après 40 ans**

D'après les recommandations de l'ANAES de 2004, il est possible de poursuivre toute forme de contraception débutée avant cet âge, dans la mesure où la méthode est bien supportée par la consultante. Cependant, par prudence et pour éviter les sur-risques cancéreux et cardio-vasculaires, il est également recommandé la substitution, entre 35 et 40 ans, de la méthode contraceptive œstroprogestative utilisée par une contraception par DIU ou par progestatif seul.

Les recommandations 2005 du NICE (National Institute for Health and Care Excellence) sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action, revalidées en 2013 ne notent pas de restriction d'utilisation spécifique en fonction de l'âge. (35)

Les recommandations de la Faculty of Sexual veulent qu'idéalement, les femmes de plus de 50 ans soient invitées à passer à une autre méthode qu'œstroprogestative comme par exemple l'implant, jusqu'à l'âge de 55 ans ou jusqu'à ce que la ménopause soit confirmée. (36)

#### **f. Préférence personnelle pour l'implant.**

41% des médecins ont jugé avoir une préférence personnelle pour d'autres méthodes que l'implant, cette part est relativement importante.

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

Le médecin généraliste doit adapter sa prescription à chaque consultante, en prenant en compte le mode de vie de sa patiente, son observance, les déterminants psychologiques, sociologiques et économiques. Cette prescription ne sera cependant envisagée qu'au regard de la tolérance et des effets secondaires des contraceptifs proposés.

# Conclusion

---

L'implant est actuellement l'une des méthodes contraceptives les plus fiables, mais ses effets secondaires (notamment troubles du cycle menstruel) placent son utilisation en seconde intention.

L'implant peut donc convenir à certaines catégories de femmes, notamment celles qui ont des problèmes d'observance ou des contre-indications aux œstroprogestatifs.

Le problème est que les difficultés de retrait de l'implant et le manque de formation des médecins limitent sa prescription.

De ce travail, il semble logique de conclure que des actions de formation mériteraient d'être menées, aussi bien sur les indications et contre-indications de l'implant contraceptif que sur les techniques de pose et de retrait.

# Bibliographie

---

1. Naves M-C, Sauneron S. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Note d'analyse 226 du Centre d'analyse stratégique. 2011 Juin.
2. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Stratégie d'actions en matière de contraception. 2007.
3. INPES. Contraception: les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie? Dossier de presse. Octobre 2011.
4. Nathalie Bajos, Aline Bohet, Mireille Le Guen, Caroline Moreau et l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population & Sociétés. 2012;492.
5. INED. Méthode contraceptive principale.  
[http://www.ined.fr/fr/pop\\_chiffres/france/avortements\\_contraception/methode/](http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/avortements_contraception/methode/), consulté le 20 février 2013.
6. Inspection générale des affaires sociales. Rapport sur les politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des IVG. 2009 Octobre.
7. INED. Avortements.  
[http://www.ined.fr/fr/france/avortements\\_contraception/avortements/](http://www.ined.fr/fr/france/avortements_contraception/avortements/), consulté le 20 février 2013.
8. Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010.
9. Inspection générale des affaires sociales. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. 2010 Février.
10. Rapport d'information de Mme Bérengère Poletti déposé par la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 mai 2011.

11. INPES. « La contraception qui vous convient existe » Communiqué de presse - Nouvelle campagne grand public . 2013 Mai.
12. HAS. Commission de la transparence. 2005.
13. Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence. Rapport IGAS. 2010
14. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas national. <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-national-873> consulté le 5 avril 2013.
15. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013.
16. L. Mascarenhas. Insertion and Removal of Implanon. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2000 Septembre;5 Suppl 2:29-34.
17. Ellen Mommers, Georges-Fabrice Blum, Thomas G. Gent, Klaus P. Peters, Terje S. Sordal, ; Maya Marintcheva-Petrova. Nexplanon, a radiopaque etonogestrel implant in combination with a next-generation applicator: 3-year results of a noncomparative multicenter trial. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2012 Novembre; 207 (5): 388.e1-388.e6.
18. Sidney Funk, Michael M. Miller, Daniel R. Mishell Jr, et al. Safety and efficacy of Implanon® , a single-rod implantable contraceptive containing etonogestrel. Contraception. 2005; 71: 319-326.
19. K.P. Peters, G.F. Blum, T.G. Gent, E. Mommers. Radiopaque etonogestrel implant with the new applicator: 3-year study. Contraception. 2012; 86 (2): 182.
20. C.Quéreux, E.Raimond, O.Graesslin. Contraception orale et non orale: actualités. La Revue Sage-Femme. 92: 13.
21. L. Bensouda-Grimaldia, A.-P. Jonville-Bérab, F. Beau-Salinasb, S. Llabresc, E. Autret-Leca. Implanon® : difficultés d'insertion et de retrait, échecs contraceptifs. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2005; 33 (12): 986-990.
22. Acceptabilité de l'implant contraceptif à l'étonogestrel (Implanon®). Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2004 Septembre; 33 (5): 407–415.

23. Petra M. Caseya, Margaret E. Longa, Mary L. Marnacha, Jessica E. Bury. Bleeding related to etonogestrel subdermal implant in a US population. *Contraception*. 2011 Mai; 83 (5): 426-430.
24. Philip Darney, Ashlesha Patel, Kimberly Rosen et al. Safety and efficacy of a single-rod etonogestrel implant (Implanon®): results from 11 international clinical trials. *Fertility and Sterility*. 2009 Mai; 91 (5): 1646-1653.
25. J.B. Otero Flores, M. Lozano Balderas, M. Corte's Bonilla,, L. Vazquez-Estrada. Clinical experience and acceptability of the etonogestrel subdermal contraceptive implant. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2005; 90: 228-233.
26. Diana Mansour, Tjeerd Korver, Maya Marintcheva-Petrova and Ian S. Fraser<sup>3</sup>. The effects of Implanon® on menstrual bleeding patterns. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2008; 13 Suppl1: 13-28.
27. An integrated analysis of vaginal bleeding patterns in clinical trials of Implanon® *Contraception*. 1998 Decembre; 58 (6 Suppl 1): 99S–107S.
28. Faculty of Sexual &, Reproductive Healthcare. *Contraceptive Choices for Young People, Clinical Guidance*. 2010 Mars.
29. OMS. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. 2009.
30. K. Tocce, J Jheeder, C. McHugh, S. Teal. Offering adolescents immediate postpartum etonogestrel implant: continuation and repeat pregnancy rates. *Contraception*. 2011 Septembre; 84 (3): 303.
31. Kristina M. Tocce, Jeanelle L. Sheeder, Stephanie B. Teal. Rapid repeat pregnancy in adolescents: do immediate postpartum contraceptive implants make a difference? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2012 Juin, 206 (6): 481.e1-481.e7.
32. Cristina Ap. F. Guazzelli, Flaviano Teixeira de Queiroz, Marcia Barbieri, Maria Regina Torloni, Fabio Fernando de Araujo. Etonogestrel implant in postpartum adolescents: bleeding pattern, efficacy and discontinuation rate. *Contraception*. 2010; 82: 256-259.
33. HAS. *Contraception chez l'adolescente, fiche mémo*. 2013.

34. P. Jacquin. Première contraception chez l'adolescent(e). Archives de pédiatrie. 18 (5 Suppl 2): H12-H13.
35. National Institute for Health and Care Excellence. Long-acting reversible contraception. 2005 modifié en 2013. Disponible sur:
36. Faculty of Sexual &, Reproductive Healthcare. Contraception for Women Aged Over 40 Years . 2010 Juillet.



# Annexes

---

## 1. Questionnaire :

### Vous :

Age :

Sexe :  Féminin  Masculin

Année d'installation : \_\_\_\_\_

Lieu d'exercice :  Rural

Semi-rural

Urbain

Nombre moyen d'actes par semaine (consultations): \_\_\_\_

### Prescription et pose de l'implant contraceptif:

Prescrivez-vous les traitements contraceptifs de vos patientes (instauration ou renouvellement) ?  Oui  Jamais

Approximativement, combien instaurez-vous de traitements contraceptifs par mois (si vous n'en instaurez jamais, noter: 0):

Approximativement, combien prescrivez-vous d'implants contraceptifs par mois (si vous n'en prescrivez jamais, noter: 0):

Approximativement, combien posez-vous d'implants contraceptifs par mois (si vous n'en posez jamais, noter: 0):

Approximativement, combien retirez-vous d'implants contraceptifs par mois (si vous n'en retirez jamais, noter : 0):

## Formation :

Avez-vous une formation spécifique sur l'implant?

- Théorique                       Pratique
- Théorique et pratique     Aucune

Si oui, quelle est cette formation ? (plusieurs réponses possibles)

- Durant l'internat             FMC                                       Diplôme inter-universitaire
- Formation personnelle     Autres :

Jugez-vous votre formation pratique suffisante ?

- Oui             Non

Jugez-vous votre formation théorique suffisante ?

- Oui             Non

## Freins à la prescription de l'implant:

Pour chacune des affirmations qui suivent, pouvez-vous noter votre position :

	<b>Pas du tout d'accord</b>	<b>Plutôt pas d'accord</b>	<b>Ni d'accord, ni pas d'accord</b>	<b>Plutôt d'accord</b>	<b>Tout à fait d'accord</b>
Le manque de temps est un frein à la prescription	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La nécessité d'un équipement spécifique est un frein à la prescription	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La cotation insuffisante de l'acte est un frein à la prescription	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le manque de formation est un frein à la prescription	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une connaissance personnelle incomplète du produit est un frein à la prescription	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le prix du produit est un frein à la prescription	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La fiabilité incertaine du produit est un frein à la prescription	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les effets indésirables du produit sont un frein à la prescription	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les difficultés de pose sont un frein à la prescription	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les difficultés de retrait sont un frein à la prescription	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Il peut être intéressant de prescrire un implant comme premier contraceptif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il peut être intéressant de prescrire un implant avant 20 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il peut être intéressant de prescrire un implant après 40 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il peut être intéressant de prescrire l'implant contraceptif à une nullipare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le niveau socio-professionnel défavorisé de la patient est un frein à la prescription	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous avez une préférence personnelle pour d'autres moyens contraceptifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 2. Répartition des médecins selon leur utilisation de l'implant.

Tableau 17 : Répartition des médecins selon qu'ils posent ou non l'implant.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
<b>Médecins ne posant pas l'implant</b>	59	55	[44.79-64.14]
<b>Médecins posant l'implant</b>	49	<b>45</b>	[35.86-55.21]
<b>Total</b>	108	100	-

Tableau 18 : Répartition des médecins selon qu'ils retirent ou non l'implant.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
<b>Médecins ne retirant pas l'implant</b>	60	56	[45.7-65.01]
<b>Médecins retirant l'implant</b>	48	<b>44</b>	[34.99-54.3]
<b>Total</b>	108	100	-

### 3. Répartition des médecins selon leur accord avec les différents freins proposés dans le questionnaire.

Tableau 19 : Répartition des médecins selon leur avis sur les freins potentiels à l'utilisation de l'implant.

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Manque de temps	n=38 <b>36%</b> [27,2%-46,2%]	n=33 <b>31%</b> [22,91%-41,32%]	n=13 <b>12%</b> [7,02%-20,59%]	n=17 <b>16%</b> [9,98%-24,94%]	n=4 <b>4%</b> [1,05%-9,47%]
Nécessité d'un équipement spécifique	n=38 <b>36%</b> [27,2%-46,2%]	n=38 <b>36%</b> [27,2%-46,2%]	n=12 <b>11%</b> [6,3%-19,48%]	n=14 <b>13%</b> [7,74%-21,69%]	n= 3 <b>3%</b> [0,59 %-8,12%]
Cotation insuffisante de l'acte	n= 25 <b>24%</b> [16,27%-33,3%]	n= 20 <b>19%</b> [12,29%-28,12%]	n= 24 <b>23%</b> [15,47%-32,28%]	n= 34 <b>32%</b> [23,76%-42,31%]	n= 2 <b>2%</b> [0,23%-6,71%]
Manque de formation	n= 19 <b>18%</b> [11,51%-27,07%]	n= 22 <b>21%</b> [13,87%-30,21%]	n= 13 <b>12%</b> [7,02%-20,59%]	n= 35 <b>33%</b> [24,62%-43,29%]	n= 16 <b>15%</b> [9,23%-23,87%]
Connaissance personnelle incomplète du produit	n= 17 <b>16%</b> [9,98%-24,94%]	n= 26 <b>25%</b> [17,09%-34,32%]	n= 15 <b>14%</b> [8,48%-22,78%]	n= 32 <b>30%</b> [22,07%-40,34%]	n= 15 <b>14%</b> [8,48%-22,78%]
Prix du produit	n= 35 <b>33%</b> [24,62%-43,29%]	n= 36 <b>34%</b> [25,48%-44,26%]	n= 31 <b>30%</b> [21,23%-39,34%]	n= 2 <b>2%</b> [0,23%-6,71%]	n= 1 <b>1%</b> [0,02%-5,19%]
Fiabilité incertaine du produit	n= 41 <b>39%</b> [29,82%-49,09%]	n= 39 <b>37%</b> [28,07%-47,17%]	n= 17 <b>16%</b> [9,98%-24,94%]	n= 6 <b>6%</b> [2,34%-12,52%]	n= 2 <b>2%</b> [0,23%-6,71%]
Les effets indésirables du produit	n= 10 <b>10%</b> [4,91%-17,22%]	n= 32 <b>30%</b> [22,07%-40,34%]	n= 18 <b>17%</b> [10,74%-26,01%]	n= 34 <b>32%</b> [23,76%-42,31%]	n= 11 <b>10%</b> [5,6%-18,36%]
Les difficultés de pose	n= 34 <b>32%</b> [23,76%-42,31%]	n= 23 <b>22%</b> [14,66%-31,25%]	n= 27 <b>26%</b> [17,9%-35,33%]	n= 18 <b>17%</b> [10,74%-26,01%]	n= 3 <b>3%</b> [0,59 %-8,12%]
Les difficultés de retrait	n= 10 <b>10%</b> [4,91%-17,22%]	n=12 <b>11%</b> [6,3%-19,48%]	n= 23 <b>22%</b> [14,66%-31,25%]	n= 40 <b>38%</b> [28,94%-48,13%]	n= 20 <b>19%</b> [12,29%-28,12%]
Niveau socio-économique défavorisé	n= 32 <b>30%</b> [22,07%-40,34%]	n= 46 <b>44%</b> [34,26%-53,82%]	n= 21 <b>20%</b> [13,08%-29,17%]	n= 5 <b>5%</b> [1,77%-11,29%]	n= 1 <b>1%</b> [0,02%-5,19%]

#### 4. Répartition des médecins selon leur avis d'utiliser l'implant chez certaines catégories de femmes.

Tableau 20 : Répartition des médecins selon leur avis sur le possible intérêt d'utiliser l'implant comme premier contraceptif.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Pas du tout d'accord	16	15	[9.32-24.08]
Plutôt pas d'accord	23	22	[14.81-31.53]
Ni d'accord, ni pas d'accord	27	26	[18.08-35.65]
Plutôt d'accord	26	25	[17.26-34.62]
Totalement d'accord	12	12	[6.37-19.66]
Total	104	100	-

Tableau 21 : Répartition des médecins selon leur avis sur le possible intérêt d'utiliser l'implant avant 20 ans.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Pas du tout d'accord	10	10	[4.91-17.22]
Plutôt pas d'accord	17	16	[9.98-24.94]
Ni d'accord, ni pas d'accord	38	36	[27.2-46.2]
Plutôt d'accord	30	29	[20.39-38.35]
Totalement d'accord	10	10	[4.91-17.22]
Total	105	100	-

Tableau 22 : Répartition des médecins selon leur avis sur le possible intérêt d'utiliser l'implant après 40 ans.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
<b>Pas du tout d'accord</b>	9	9	[4.24-16.07]
<b>Plutôt pas d'accord</b>	10	10	[4.91-17.22]
<b>Ni d'accord, ni pas d'accord</b>	24	23	[15.47-32.28]
<b>Plutôt d'accord</b>	48	46	[36.05-55.69]
<b>Totalement d'accord</b>	14	13	[7.74-21.69]
<b>Total</b>	105	100	-

Tableau 23 : Répartition des médecins selon leur avis sur le possible intérêt d'utiliser l'implant comme premier contraceptif.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
<b>Pas du tout d'accord</b>	9	9	[4.28-16.22]
<b>Plutôt pas d'accord</b>	9	9	[4.28-16.22]
<b>Ni d'accord, ni pas d'accord</b>	42	40	[31.01-50.47]
<b>Plutôt d'accord</b>	32	31	[22.29-40.69]
<b>Totalement d'accord</b>	12	12	[6.37-19.66]
<b>Total</b>	104	100	-



## 5. Répartition des médecins selon qu'ils aient ou non une préférence personnelle pour d'autres méthodes contraceptives de l'implant.

Tableau 24 : Répartition des médecins selon leur avis sur le fait qu'ils aient une préférence pour d'autres méthodes contraceptives que l'implant.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Pas du tout d'accord	8	8	[3.59-14.91]
Plutôt pas d'accord	9	9	[4.24-16.07]
Ni d'accord, ni pas d'accord	45	43	[33.36-52.88]
Plutôt d'accord	30	29	[20.39-38.35]
Totalement d'accord	13	12	[7.02-20.59]
Total	105	100	-

**AUTEUR :** Dessenne Claire

**Date de Soutenance :** Lundi 18 Novembre 2013

**Titre de la Thèse :** Approche de l'utilisation de l'implant contraceptif par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

**Thèse, Médecine, Lille,**

**Cadre de classement :** DES de médecine générale.

**Mots-clés :** Implant Contraceptif, Etonogestrel, Contraception, Formation, Difficultés d'insertion, Difficultés de retrait.

**Résumé :** En France, le recours à l'IVG se stabilise et tend même à augmenter chez les plus jeunes. Les campagnes de santé publique mettent en avant d'autres moyens contraceptifs que la pilule. Parmi eux, l'implant est le plus efficace mais il est peu utilisé. Il est donc intéressant de savoir comment le médecin généraliste l'utilise. Une étude descriptive a été réalisée à partir d'un questionnaire adressé à 134 maîtres de stage des universités. Ce questionnaire portait sur l'utilisation de l'implant, la formation des médecins et leur avis sur une liste de freins potentiels à sa prescription. 108 médecins ont répondu. 52% des répondants le prescrivent, 75% à une fréquence d'un ou moins par mois. 45% des répondants le posent et 44% le retirent. 76% des médecins ont une formation théorique mais 29% la jugent insuffisante. 56% ont une formation pratique et 33% la jugent insuffisante. Les freins les plus retrouvés sont la difficulté de retrait, le manque de formation, la connaissance incomplète du produit, ses effets indésirables et la cotation insuffisante de l'acte. Une partie des médecins ne voit pas d'intérêt possible dans l'utilisation de l'implant chez une femme de moins de 20 ans, de plus de 40 ans, chez la nullipare et comme premier contraceptif. De ce travail, il semble logique de conclure que des actions de formation mériteraient d'être menées, aussi bien sur les indications et contre-indications de l'implant contraceptif que sur les techniques de pose et de retrait.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Didier Dewailly

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur Damien Subtil  
Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre  
Monsieur le Docteur Francis Collier