



UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

## **Département de maïeutique**

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME  
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

**KATHLEEN FOURCHE**

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

**CONTRACEPTION ET RISQUE VASCULAIRE :  
EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES  
CONCERNANT LA PRESCRIPTION DE LA  
CONTRACEPTION ORALE EN 1<sup>ère</sup> INTENTION**

Soutenu le : Mercredi 9 Avril 2014

### JURY

Hélène Segain, Cadre sage-femme des consultations de gynécologie-obstétrique et d'orthogénie au CHIPS (Directrice de mémoire)

Elodie Prot, Sage-femme enseignante à l'UVSQ (Guidante de mémoire)

Numéro national d'étudiant : 21007585



# Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.



## Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements à ma directrice de mémoire, Mme Héléna Segain, pour son aide précieuse, sa disponibilité et ses encouragements tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je remercie ma guidante de mémoire, Mme Elodie Prot, pour son soutien, ses conseils pertinents et sa disponibilité lors de la rédaction de ce travail.

Je remercie ma mère et mon beau-père pour leur aide et leurs encouragements pendant l'élaboration de ce mémoire mais aussi pour leur soutien et leur présence tout au long de ces années.

Je remercie mon amie Manon Molins sans qui la rédaction du résumé de ce mémoire en anglais n'aurait pas été aussi parfaite.

Je remercie enfin mes amis sages-femmes Justine, Magali, Julie, Jan et Marion pour leur bonne humeur et sans qui ces quatre dernières années n'auraient pas été les mêmes.



# Table des matières

<b>AVERTISSEMENT</b> .....	<b>II</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>III</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>IV</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>VI</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>VII</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>IX</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>XI</b>
<b>1 PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 La contraception orale</b> .....	<b>1</b>
1.1.1 Contraception orale combinée ou œstroprogestative .....	1
1.1.2 Contraception progestative.....	4
<b>1.2 Maladie thromboembolique et contraception orale</b> .....	<b>6</b>
1.2.1 Les complications thromboemboliques sous contraception orale.....	6
1.2.2 Incidence des accidents thromboemboliques .....	7
1.2.3 Modification de l'hémostase sous contraception .....	8
<b>1.3 Nouvelles recommandations en contraception</b> .....	<b>9</b>
1.3.1 Le rapport bénéfice/risque .....	9
1.3.2 Contre-indication aux COC [37] .....	10
1.3.3 Les règles de prescription .....	11



<b>2</b>	<b>SECONDE PARTIE : ETUDE .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1</b>	<b>Matériel et Méthode .....</b>	<b>14</b>
2.1.1	Objectifs.....	14
2.1.2	Type d'étude.....	14
2.1.3	Population étudiée : .....	14
2.1.4	Recueil de données :.....	15
2.1.5	Analyse statistique .....	15
<b>2.2</b>	<b>Résultats.....</b>	<b>16</b>
2.2.1	Profil des participants.....	16
2.2.2	Déroulement d'une consultation type concernant la prescription d'une contraception orale en 1 <sup>ère</sup> intention.....	23
2.2.3	Analyse des pratiques par rapport à la première prescription de contraception orale en fonction de différents profils de cas cliniques.....	26
<b>3</b>	<b>TROISIEME PARTIE : DISCUSSION.....</b>	<b>33</b>
<b>3.1</b>	<b>Les limites.....</b>	<b>33</b>
<b>3.2</b>	<b>Analyse des résultats.....</b>	<b>34</b>
3.2.1	Profil des participants.....	34
3.2.2	Déroulement d'une consultation-type concernant la prescription d'une contraception orale de 1 <sup>ère</sup> intention.....	39
3.2.3	Analyse des pratiques par rapport à la première prescription de contraception orale en fonction de différents cas cliniques.....	42
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>51</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>53</b>
	<b>ANNEXES .....</b>	<b>59</b>



## Liste des tableaux

<u>Tableau 1</u> : Comparaison de la fréquence de prescription entre les différents lieux d'exercice des professionnels.....	22
<u>Tableau 2</u> : Comparaison de la durée d'une consultation-type entre les différentes professions .....	23
<u>Tableau 3</u> : Interrogatoire sur les antécédents familiaux lors de la 1 <sup>ère</sup> consultation de prescription de contraception orale.....	24
<u>Tableau 4</u> : Prise de tension lors de la consultation de prescription de la 1 <sup>ère</sup> contraception orale .....	24
<u>Tableau 5</u> : Pesée et calcul de l'IMC lors de la 1 <sup>ère</sup> prescription de contraception orale .....	25
<u>Tableau 6</u> : Information de la patiente concernant les risques thromboemboliques .	25
<u>Tableau 7</u> : Prescription d'un bilan lipidique et de la glycémie lors de la 1 <sup>ère</sup> prescription de contraception orale .....	25
<u>Tableau 8</u> : Analyse des prescriptions de pilule de 2 <sup>ème</sup> et de 3 <sup>ème</sup> générations entre les différents professionnels pour le profil 2 .....	27
<u>Tableau 9</u> : Analyse des prescriptions de pilule de 2 <sup>ème</sup> et de 3 <sup>ème</sup> générations entre les différents lieux d'exercice pour le profil 2 .....	27
<u>Tableau 10</u> : Analyse des prescriptions de pilule de 2 <sup>ème</sup> et de 3 <sup>ème</sup> génération entre les professionnels ayant une formation continue ou non pour le profil 2 .....	28
<u>Tableau 11</u> : Recherche d'une thrombophilie lors de la consultation de prescription de la 1 <sup>ère</sup> contraception orale dans le profil n°4 .....	29
<u>Tableau 12</u> : Différents moyens pour rechercher une thrombophilie .....	29
<u>Tableau 13</u> : Raisons évoquées pour ne pas dépister une thrombophilie .....	30

## Liste des figures

<u>Figure 1</u> : Taux de participation en fonction du sexe .....	16
<u>Figure 2</u> : Profil selon la profession .....	16
<u>Figure 3</u> : Répartition en fonction du sexe et de la profession .....	17
<u>Figure 4</u> : Répartition des professionnels en fonction de leur année de thèse/mémoire .....	17
<u>Figure 5</u> : Répartition selon les années de thèse/mémoire des différents professionnels .....	18
<u>Figure 6</u> : Répartition des médecins généralistes et des sages-femmes ayant eu ou non une formation initiale sur la contraception .....	18
<u>Figure 7</u> : Répartition des sages-femmes et des médecins généralistes n'ayant pas eu de formation initiale sur la contraception en fonction de leur date d'année de thèse/mémoire.....	19
<u>Figure 8</u> : Répartition des professionnels en fonction de leur formation continue sur la contraception.....	19
<u>Figure 9</u> : Date de la dernière formation continue sur la contraception .....	20
<u>Figure 10</u> : Répartition des professionnels en fonction de leur lieu d'exercice .....	20
<u>Figure 11</u> : Répartition des différents professionnels en fonction de leur lieu principal d'exercice .....	21
<u>Figure 12</u> : Fréquence de prescription de contraception orale en 1 <sup>ère</sup> intention.....	21
<u>Figure 13</u> : Fréquence de prescription de la contraception orale en 1 <sup>ère</sup> intention en fonction des différents professionnels de santé.....	22
<u>Figure 14</u> : Durée moyenne d'une consultation-type de contraception .....	23
<u>Figure 15</u> : Prescription contraception orale pour profil 1 .....	26
<u>Figure 16</u> : Prescription contraception orale pour profil 2 .....	26
<u>Figure 17</u> : Prescription contraception orale pour le profil 3.....	28
<u>Figure 18</u> Prescription contraception orale pour le profil 4 .....	31
<u>Figure 19</u> : Prescription contraception orale pour le profil 5.....	32



## Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire .....	60
Annexe II : Liste des contraceptifs oraux commercialisés en France au 1 <sup>er</sup> Janvier 2013 .....	66



# **Contraception et risque vasculaire : évaluation des pratiques professionnelles concernant la prescription de la contraception orale en 1<sup>ère</sup> intention et Résumé**

## **Objectifs**

Récemment, est apparue une vague médiatique contre les pilules de 3<sup>ème</sup> génération rappelant l'augmentation des risques vasculaires qu'elles entraînent lors de leur administration et conduisant au déremboursement de celles-ci par le gouvernement. Suite à ce phénomène, de nombreuses recommandations en matière de contraception ont été actualisées et envoyées aux professionnels de santé. Ce travail avait pour objectif dans un premier temps, de faire un état des lieux des pratiques professionnelles quant à la consultation de prescription d'une contraception orale en 1<sup>ère</sup> intention, puis dans un deuxième temps, d'évaluer si les stratégies de choix de prescription des professionnels étaient conformes aux recommandations.

## **Matériel et méthodes**

C'est une étude descriptive qui a été menée de Novembre 2013 à Janvier 2014 à l'aide d'un questionnaire distribué aux professionnels de santé pouvant prescrire une contraception orale en 1<sup>ère</sup> intention c'est à dire médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens et sages-femmes. Elle ciblait à la fois les professionnels travaillant en libéral, hospitalier, PMI, planning familial et centre d'orthogénie. Le questionnaire était composé de trois parties et les questions étaient basées sur les recommandations de la HAS de 2013. La première analysait le profil des participants, la deuxième étudiait le déroulement d'une consultation type de contraception orale en 1<sup>ère</sup> intention et la troisième partie présentait cinq cas cliniques permettant d'analyser les choix contraceptifs des professionnels.

## Résultats

La majorité des professionnels réalisent leurs consultations de contraception conformément aux recommandations. 94% prescrivent une pilule de 2<sup>ème</sup> génération en 1<sup>ère</sup> intention pour une patiente sans antécédent particulier et avec un examen clinique normal. Les prescriptions sont relativement homogènes entre tous les professionnels sauf lorsque la patiente présente de l'acné où on constate que 24% des professionnels prescrivent une pilule de 3<sup>ème</sup> génération et que les sages-femmes prescrivent de manière significative ( $p = 0,00377$ ) plus de pilule de 2<sup>ème</sup> génération que les gynécologues-obstétriciens dans cette situation. Il ressort qu'en cas de profil pathologique, 37% des sages-femmes de l'étude ne prescrivent aucune pilule. Cette hétérogénéité de prescription serait liée aux différents lieux d'exercice entre les sages-femmes libérales et les sages-femmes salariées.

## Mots-clés :

Contraception orale, risque vasculaire, thrombose veineuse, recommandation prescription contraception.



# **Contraception and vascular risk : assessing Professional practices regarding the prescription of first-line oral contraception and Abstract**

## **Objective**

Recently, there has been substantial media coverage against third-generation birth control pills. It recalled the augmentation of vascular risks due to their consumption. It led to the cutting back on their reimbursement by the government. Following this, numerous recommendations concerning birth control were updated and sent back to professionals of the health sector. The first aim of this work was to present the professional practices, regarding consultations for the prescription of first-line oral contraception. The second aim was to assess whether the professional's strategies for the prescription choices were consistent with the recommendations.

## **Methods**

This descriptive study was conducted from November 2013 to January 2014 using a questionnaire distributed to health professionals able to prescribe first-line oral contraception, i.e. general practitioner, obstetricians and midwives. It targeted professionals working in private, hospital, PMI, family planning and orthogenetic center. The questionnaire consisted of three parts and the questions were based on the recommendations of the HAS 2013. The first part analyzed the profile of the participants, the second one studied the course of a consultation for first-line oral contraception, and the third part presented five clinical cases to analyze the contraceptive choice of professionals.

## **Results and conclusion**



The majority of the consultations were conducted in accordance with the recommendations of contraception. 94% prescribed first-line 2nd generation pill for a patient without any medical history and with a normal result at the clinical examination. Prescriptions are relatively homogeneous amongst all professionals, except with patient suffering from acne. In this case 24% of all professionals prescribe a 3rd generation pill. In this situation, the midwife would prescribe significantly ( $p = 0.00377$ ) more 2nd generation pill than obstetricians. It appears that in case of a disease, 37% of the midwives don't prescribe any pill. This heterogeneity in the prescriptions is linked to the different places of practice between liberal midwives and employed midwives.

**Keywords :**

Oral contraception, cardiovascular risk, venous thrombosis, contraception prescription recommendation



# 1 Première partie : Introduction

En France, la contraception orale combinée (COC), dite œstroprogestative, est la méthode la plus utilisée chez les femmes âgées de 15 à 49 ans (80% d'entre elles) [1] du fait de son efficacité (indice de pearl : 0,15-0,45) et de la simplicité de son usage [2]. Le revers de la médaille est une augmentation du risque de thrombose par rapport aux femmes non utilisatrices et selon les dernières études, le risque est d'autant plus élevé avec les pilules de 3<sup>ème</sup> génération [3]. Ces dernières années, on a pu constater une augmentation régulière des prescriptions de contraceptifs oraux de 3<sup>ème</sup> génération et de contraceptifs oraux contenant de la drospirénone. En 2010, l'ANSM estimait que ces pilules représentaient environ 50 % des ventes de contraceptifs oraux en France. [4].

## 1.1 La contraception orale

### 1.1.1 Contraception orale combinée ou œstroprogestative

#### 1.1.1.1 Description et classification [5-7]

La contraception œstroprogestative est basée sur l'administration d'un œstrogène et d'un progestatif de synthèse. Elle se distingue par la dose d'œstrogène et la nature du progestatif utilisée. L'œstrogène utilisé est presque toujours de l'éthinylestradiol, œstrogène de synthèse dérivé du 17  $\beta$ -estradiol. Depuis 2009 sont apparues les premières pilules à l'estradiol et à base de valérate d'estradiol. Dix molécules de progestatifs de synthèse entrent dans la composition des œstroprogestatifs oraux et sont classées en plusieurs générations en fonction de leur création. Cette classification a été imposée par l'industrie du médicament, souvent

dans une stratégie commerciale évidente, mettant en avant le caractère « novateur » des pilules les plus récemment commercialisées.

#### 1.1.1.1.1 Pilule de 1<sup>ère</sup> génération

Les pilules de 1<sup>ère</sup> génération font référence aux pilules commercialisées dans les années 60 et qui contenaient parfois des doses d'œstrogènes supérieures à 50µg. Aujourd'hui elles contiennent 30 à 40µgd'éthinylestradiol et un progestatif de 1<sup>ère</sup> génération, la noréthisthérone. Ce progestatif a une activité androgénique significative et donc des effets secondaires importants comme le gonflement des seins, les nausées, les migraines et les troubles vasculaires. A l'heure actuelle une seule pilule de ce type est encore commercialisée en France, Triella®.

#### 1.1.1.1.2 Pilule de 2<sup>ème</sup> génération

Les pilules de 2<sup>ème</sup> génération sont apparues dans les années 70 et 80. Elles sont composées de 20 à 40 µgd'éthinylestradiol associé à un progestatif soit norgestrel (Stediril®), ou plus souvent lévonorgestrel : parmi les pilules les plus prescrites, LeelooGé® et Minidril®. Ces pilules sont remboursées par la sécurité sociale.

#### 1.1.1.1.3 Pilule de 3<sup>ème</sup> génération

Les pilules de 3<sup>ème</sup> génération ont été commercialisées à partir des années 1990. Elles comportent trois nouveaux progestatifs qui ont pour but de provoquer moins d'effets secondaires. Elles sont composées de 15 à 40 µg d'éthinylestradiol avec pour progestatif du désogestrel, gestodène ou du norgestimate. Ces progestatifs ont un effet antigonadotrope plus puissant ce qui a permis de réduire le dosage d'éthinylestradiol jusqu'à 15µg, seuil en dessous duquel le maintien du cycle n'est plus assuré. Par ailleurs ils ont un effet androgénique plus faible ce qui a permis

une diminution des effets secondaires tels que la prise de poids, l'acné et les problèmes veineux. Parmi les plus connues Varnoline®, Harmonet® et Mercilon®.

#### 1.1.1.1.4 Autres Pilules

Dans ces pilules, quelques fois nommées pilules de 4<sup>ème</sup> génération, un autre progestatif non stéroïdien, dérivé de la Spinolactone, est utilisé : il s'agit de la drospirénone comme dans Jasmine® ou Yaz®. La drospirénone a un effet antiandrogène et antiminéralocorticoïde modéré car elle a une plus grande affinité pour les récepteurs minéralocorticoïdes, une moins grande pour les récepteurs à la progestérone et aucune affinité pour les récepteurs aux androgènes. Cette molécule contre balance l'effet de l'éthinylestradiol au niveau du foie.

Plus récemment des pilules à base d'estradiol et de nomégestrol (Zoely®) ou à base de valérate d'estradiol et de diénogest (Qlaira®) ont été mises sur le marché.

#### 1.1.1.2 **Mécanisme d'action** [8-9]

##### 1.1.1.2.1 Blocage de l'ovulation

La pilule œstroprogestative a un effet antigonadotrope. Elle agit par rétrocontrôle négatif sur le système hypothalamo-hypophysaire empêchant ainsi la survenue de l'ovulation. La mise au repos de l'ovaire est sous la dépendance de plusieurs facteurs : la dose, la demi-vie et le type de progestatif utilisé mais aussi la sensibilité individuelle, la biodisponibilité de l'éthinylestradiol.

Les pilules faiblement dosées en éthinylestradiol (moins de 35 µg) n'inhibent pas complètement l'axe hypothalamo-hypophysaire. L'efficacité est meilleure pour celles qui contiennent du désogestrel ou gestodène car ce sont des progestatifs à forte activité anti-LH.



#### 1.1.1.2.2 Autres mécanismes

La muqueuse de l'endomètre s'atrophie et devient impropre à la nidation. La glaire cervicale s'épaissit et devient moins abondante ce qui nuit au transport des spermatozoïdes.

### 1.1.2 Contraception progestative

#### 1.1.2.1 **Pilule microprogestative**[10]

##### 1.1.2.1.1 Description

Ce sont des pilules qui ne contiennent qu'une seule hormone, un progestatif en quantité très faible. Les progestatifs sont des dérivés de la 19 nortestostérone. Il existe deux types de pilules microprogestatives, celle contenant du désogestrel à la dose de 75 µg comme Cérazette® et celle contenant du lévonorgestrel à la dose de 30 µg comme Microval®. La micropilule est essentiellement conseillée en cas de contre-indication vasculaire et métabolique aux œstroprogestatifs. Le faible dosage de ces contraceptifs permet de n'avoir aucun impact au niveau hépatique, métabolique et vasculaire et ainsi aucune surveillance biologique n'est nécessaire.

##### 1.1.2.1.2 Mode d'action [11-12]

Le microprogestatif a une action périphérique : d'une part des modifications histologiques et vasculaires de la muqueuse endométriale qui devient impropre à la nidation et, d'autre part, une modification de la glaire cervicale qui va alors gêner le passage des spermatozoïdes. Le mécanisme de l'action passe aussi par une diminution de la motilité tubaire. L'action antigonadotrope laisse subsister des taux basiques de FSH et LH, l'inhibition de l'ovulation est alors inconstante et un développement folliculaire peut avoir lieu. Ce type de pilule doit être pris en continu puisque l'effet antigonadotrope est moins puissant qu'avec les pilules œstroprogestatives. Le désogestrel se lie plus spécifiquement aux récepteurs de la

progestérone qu'aux récepteurs des stéroïdes androgènes. Il inhibe beaucoup plus constamment l'ovulation, le taux de LH est nettement plus bas.

### 1.1.2.2 Pilule macroprogestative[13]

#### 1.1.2.2.1 Description

Ce type de pilule est utilisé dans le traitement de l'insuffisance lutéale ou des pathologies endométriales et dans le traitement hormonal substitutif de la ménopause. Les molécules utilisées sont :

- Dérivé de la 19-nortestotérone : lynestrénol
- Dérivé de la 19-norprogestérone : promégestone ou acétate de nomégestrol
- Dérivé de la 17-hydroxyprogestérone : acétate de chlormadinone ou acétate de cyprotérone

#### 1.1.2.2.2 Mode d'action

Les médicaments dérivés de la 17-hydroxyprogestérone et de la 19-norprogestérone ont un fort pouvoir anti-gonadotrope et sont actuellement utilisés dans cette indication. Le blocage de l'activité gonadotrope entraîne une atrophie de l'endomètre mais aussi une hypo-œstrogénie souvent profonde en fin de prise ce qui explique que les saignements soient parfois absents.

La 19-nortestotérone inhibe la maturation folliculaire et l'ovulation. Une activité androgénique partielle provoque une baisse de HDL cholestérol. Certaines molécules ont une forte activité antiœstrogène cela permet de les préconiser lorsqu'il existe une pathologie utérine œstrogéno-dépendante.



## 1.2 Maladie thromboembolique et contraception orale

### 1.2.1 Les complications thromboemboliques sous contraception orale

La contraception orale est **la cause de thromboses veineuses des membres la plus fréquente** chez les femmes en âge de procréer en dehors de la grossesse. [14]

Dès le début des années 1960, lors de l'introduction des COC de 1<sup>ère</sup> génération, **le risque de thrombose veineuse et d'embolie pulmonaire était déjà bien établi par rapport aux œstrogènes**. En effet on constatait un risque multiplié par 3 à 6 chez les femmes utilisatrices de COC. [15] On a ensuite constaté que cette augmentation du **risque était proportionnelle à la dose d'éthinylestradiol**. En effet pour des doses égales ou supérieures à 50µg, les risques de maladies thromboemboliques veineuses étaient plus élevés que pour des doses égales à 30µg. [16]

Par ailleurs **ce risque est plus important lors de la première année d'utilisation notamment lors des trois premiers mois d'utilisation**. Il décroît les années suivantes tout en restant significativement supérieur par rapport aux femmes non utilisatrices. [17]

Les accidents ischémiques artériels (accident ischémique cérébral, infarctus du myocarde) sont rares sous contraception œstroprogestative. Leur risque est multiplié par 0,9 à 1,7 pour des COC contenant 20µg d'éthinylestradiol et de 1,3 à 2,3 pour des COC contenant 30 à 40µg d'éthinylestradiol[18-19]. Contrairement aux risques de thrombose veineuse, **le risque de thrombose artérielle est commun à toutes les pilules œstroprogestatives** qu'elles soient de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> génération. En dehors de l'âge, les principaux facteurs de risques sont le tabagisme, l'hypertension artérielle, le diabète, la dyslipidémie et la migraine avec aura. [20-21]



Les contraceptions microprogestatives ne sont pas associées à une élévation du risque vasculaire. Elles contiennent du lévonorgestrel ou du désogestrel qui n'ont pas d'impact sur la coagulation par voie orale, et n'augmentent pas le risque de thrombose veineuse. Cependant les études sont rares pour pouvoir conclure. [3, 22]

## 1.2.2 Incidence des accidents thromboemboliques

Le risque d'accident thromboembolique veineux chez les femmes non utilisatrices de contraception est de 3,01 sur 10 000 femmes par an tandis que chez les femmes utilisatrices de contraception il est de 6,29 sur 10 000. [23] Ces risques restent inférieurs à celui de la grossesse (29 sur 10 000 femmes par an) et du post-partum (300-400 sur 10 000 femmes par an). [24]

En octobre 2011 une étude prospective danoise de Lidegaard conclut à une **augmentation des maladies thromboemboliques chez les femmes utilisant une contraception de 3<sup>ème</sup> génération par rapport aux non utilisatrices**. Cette étude prospective portait sur 8 millions de femmes suivies entre 2001 et 2009 et comparait des pilules aux taux d'œstrogènes semblables (30-40µg) mais avec des progestatifs de 2<sup>ème</sup> génération et de 3<sup>ème</sup> génération. Ainsi par rapport à l'absence de contraception, **le risque de thrombose veineuse, sous contraception œstroprogestative, est multiplié par 3 pour les progestatifs de 2<sup>ème</sup> génération et par 5-6 pour ceux de 3<sup>ème</sup> génération**[3]. La mortalité qui résulte des accidents thromboemboliques veineux sous contraception est de l'ordre de 10,5 cas par million d'utilisatrices et par an. [24]. Selon l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), le nombre moyen annuel de cas d'accidents thromboemboliques veineux attribuables aux COC (entre 2000 et 2011) est de 2 529 dont **778 attribuables aux COC de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> génération et 1 751 attribuables aux COC de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération**. [25]

Toutes les pilules œstroprogestatives augmentent le risque de thrombose. Mais à dose équivalente d'éthinylestradiol, le risque semble plus important en cas

d'association avec les progestatifs de 3<sup>ème</sup> génération. Une méta-analyse a calculé le risque combiné de thrombose veineuse entre les femmes utilisant une COC avec un progestatif 3<sup>ème</sup> génération et les femmes utilisant une COC contenant du lévonorgestrel (2<sup>ème</sup> génération). Le risque était multiplié par 1,6 pour les pilules contenant du gestodène, par 2,0 pour les pilules contenant de désogestrel et de l'acétate de cyprotérone et par 1,7 pour les pilules contenant de la drospérinone. [23]

En France, l'Agence National de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) évalue à 5 millionsle nombre de femmes (soit 80% des jeunes femmes) qui prennent une COC, **la moitié d'entre elles utilisent une pilule de 2<sup>ème</sup> génération et l'autre moitié une pilule de 3<sup>ème</sup> ou de 4<sup>ème</sup> génération.**[26]

### 1.2.3 Modification de l'hémostase sous contraception

**Le risque thromboembolique est donc d'une part une conséquence de l'effet des œstrogènes**, notamment l'éthinylestradiol, sur le foie qui est le lieu de la synthèse des facteurs de coagulation. L'éthinylestradiolest peu métabolisable, à forte biodisponibilité et à l'élimination lente, caractéristique qui fait de lui le facteur de risque essentiel d'accidents thromboemboliques. [27]

L'impact des œstrogènes sur le foie est **responsable de modifications de la coagulation** : activité procoagulante qui résulte de l'augmentation des différents facteurs de coagulation (II,VII,VIII et X), du fibrinogène mais aussi de la diminution des inhibiteurs de la coagulation en particulier de la protéine S, antithrombine et anomalie acquise du test de résistance à la protéine C activée. [28-29]

De plus chez les patientes utilisatrices de COC, on a pu constater **une forme de Résistance Acquise à la Protéine C activée (RPCA)** en l'absence de mutation de facteur V Leiden. Les bases moléculaires de cette résistance acquise sont inconnues mais la diminution des taux plasmatiques de la protéine S, co-facteur de l'activation de la protéine C est fréquemment observée sous COC et pourrait en



partie l'expliquer. **Cette RPCA est plus importante avec les pilules œstroprogestatives contenant un progestatif de 3<sup>ème</sup> génération qu'avec ceux de 2<sup>ème</sup> génération.** [30]

Le taux de Sex Hormone Binding Globulin (SHBG), qui représente un bon reflet de l'imprégnation œstrogénique au niveau hépatique, et le taux d'angiotensinogène augmentent au cours de la contraception œstroprogestative et augmentent même d'avantage avec les progestatifs de 3<sup>ème</sup> génération, la drospérinone ou l'acétate de cyprotérone.[31]

D'autre part il a été constaté qu'il n'y avait pas de modification par rapport à la RPCA entre les femmes non utilisatrices de contraceptifs hormonaux et les femmes utilisant une contraception orale progestative seule. [32]

## **1.3 Nouvelles recommandations en contraception**

### **1.3.1 Le rapport bénéfice/risque**

**Le rapport bénéfice/risque des contraceptifs oraux combinés reste positif** quelque soit leur composition, **à condition de respecter les contre-indications et les précautions d'emploi.** Néanmoins, afin de minimiser le risque de thrombose lié aux COC, qu'il soit veineux ou artériel, le rapport bénéfice/risque doit être évalué pour chaque patiente. D'ailleurs selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) publiées en 2004, **le plus grand danger** en prescrivant une COC qu'elle soit de 2<sup>ème</sup> et de 3<sup>ème</sup> génération **est d'ignorer la présence de facteurs de risque cardio-vasculaire associés pour lesquels elles sont contre indiquées.** [33]

Depuis décembre 2012, on a pu noter une vague médiatique contre les pilules de 3<sup>ème</sup> génération. La polémique naît lorsqu'une jeune femme porte **plainte contre les laboratoires Bayer en accusant son traitement contraceptif (Diane 35®)**



**d'être à l'origine de son accident vasculaire cérébral (AVC).** Depuis on comptabilise 60 nouvelles plaintes déposées contre les pilules de 3<sup>ème</sup> génération. Face à ce phénomène, le gouvernement a anticipé le déremboursement des pilules de 3<sup>ème</sup> génération dès mars 2013 initialement prévu en septembre 2013 au motif d'un service médical rendu insuffisant et décidé de suspendre l'autorisation de mise sur le marché de Diane 35® et de ses génériques [34]. Cependant cette dernière a été remise sur le marché français du médicament par décision de la commission européenne estimant que les bénéfices de son utilisation étaient supérieurs aux risques encourus. Sa prescription sera cependant mieux encadrée et réservée au traitement anti acnéique. [35]

Suite à cet emballement médiatique, on a constaté à partir de la fin de l'année 2012 **une baisse de 25% des ventes des COC de 3<sup>ème</sup> génération.** Par ailleurs les **ventes des COC de 2<sup>ème</sup> génération ont augmenté de 16%.** Cependant tout cela a aussi conduit à **une baisse de 3,5% des ventes de COC** toutes générations confondues. [36]

Cette balance bénéfice/risque reste en faveur de la contraception œstroprogestative qui permet de diminuer les grossesses non désirées et donc de diminuer le nombre d'interruptions volontaires de grossesse.

### 1.3.2 Contre-indication aux COC [37]

Selon les dernières recommandations de la HAS, les contre-indications absolues à la COC sont l'infarctus du myocarde et les coronaropathies, l'accident vasculaire cérébral, l'hypertension artérielle, les valvulopathies et troubles du rythme thrombogènes, la pathologie oculaire d'origine vasculaire, le diabète compliqué de micro ou de macro-angiopathie, les tumeurs malignes du sein et de l'utérus, les affections hépatiques sévères ou récentes, les tumeurs hypophysaires, les connectivites, les porphyries et l'association avec les inducteurs enzymatiques et les inhibiteurs de protéases



Les contre-indications relatives sont les varices importantes, les antécédents psychiatriques, les antécédents de spanioménorrhée, les fibromes, les mastopathies bénignes, le diabète insulino-dépendant et l'obésité. Quant au tabac, il est difficile de l'interdire chez les jeunes, mais au-delà de 35 ans, l'association tabac-pilule est dangereuse pour les risques cardiovasculaires et doit figurer dans les contre-indications. En effet, 70% des événements rapportés sous contraception l'ont été chez des fumeuses, le risque relatif d'accident cardiovasculaire étant multiplié par 2,5. [38]

### **1.3.3 Les règles de prescription**

Les dernières recommandations de la HAS publiées en décembre 2004, concernent « les stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme ». Les études ayant abouti à ces recommandations ont été réalisées en collaboration avec l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) et l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). [33]

#### **1.3.3.1 Recommandation pratique de 2005 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) actualisée en 2008**

Lors du suivi d'une contraception, l'OMS recommande aux professionnels d'assurer une consultation annuelle au minimum et une consultation dans les 3 mois après la mise en route de la méthode. De plus elle conseille de discuter avec la patiente des effets secondaires de la méthode contraceptive choisie. [39]



### 1.3.3.2 **Lettre d'information aux prescripteurs de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) datée de décembre 2012 [40]**

L'ANSM recommande aux prescripteurs de **privilégier la prescription des COC de 2<sup>ème</sup> génération** contenant du lévonorgestrel. Le sur-risque thromboembolique veineux **ne justifie pas un arrêt brutal d'une COC dite de 3<sup>ème</sup> génération** ou d'un COC contenant de la drospirénone, bien supporté chez une femme utilisatrice depuis une longue période.

Elle préconise de procéder à un **interrogatoire complet sur les antécédents médicaux personnels et familiaux** afin d'identifier d'éventuels facteurs de risque notamment de thrombose. De plus elle recommande aux professionnels **d'identifier un tabagisme, d'effectuer un examen clinique** afin de dépister une éventuelle hypertension artérielle et **d'effectuer un bilan lipidique et un dosage de glycémie**.

Lorsqu'un facteur de risque de thrombose est identifié, la prise en compte des contre-indications et des précautions d'emploi dans l'évaluation individuelle du rapport bénéfice/risque peut conduire à proposer une contraception non œstroprogestative.

Enfin, il faut **informer les femmes du risque de thrombose et les alerter quant aux signes cliniques évocateurs** qui doivent les amener à consulter rapidement un médecin. Il faut aussi effectuer un suivi clinique pour surveiller la tolérance au traitement contraceptif prescrit, en particulier lors de la première année de traitement et en cas de changement par un contraceptif oral d'une autre génération.



### 1.3.3.3 **Recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS) publiée en juillet 2013 : Contraception chez la femme à risque vasculaire [41]**

Cet été, la HAS a publié plusieurs **fiches mémo** à l'attention des professionnels de santé pour les aider dans leur prescription de contraception. Elles sont fondées sur les critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives établis par l'OMS et les recommandations de bonne pratique les plus récentes.

A partir de toutes ces nouvelles recommandations et de l'emballement médiatique contre les pilules œstroprogestatives, nous avons voulu répondre aux problématiques suivantes : « Quel type de contraception orale est prescrite en 1<sup>ère</sup> intention par les professionnels de santé ? Sur quels critères de choix s'appuie leur prescription ? »

#### **Hypothèses :**

- La prescription par les professionnels de santé de contraception orale en 1<sup>ère</sup> intention est conforme aux recommandations.
- Les règles de prescription concernant la contraception orale sont toujours respectées.



## **2 Seconde partie : Etude**

### **2.1 Matériel et Méthode**

#### **2.1.1 Objectifs**

D'après l'état des lieux de la HAS, publié en avril 2013, concernant les pratiques contraceptives et les freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée, on pouvait conclure que certaines des recommandations pour la pratique clinique de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) publiées en 2004 ou celles de la HAS parues depuis 2005 n'étaient pas toujours suivies. En particulier, parmi celles non suivies, le fait que les pilules de 3<sup>ème</sup> génération ne soient indiquées qu'en seconde intention. [42]

Ce travail avait donc pour but :

Dans un premier temps, de faire un état des lieux des pratiques professionnelles quant à la prescription de la contraception orale de 1<sup>ère</sup> intention.

Puis dans un deuxième temps, d'évaluer si les stratégies de choix de prescription des professionnels sont conformes aux recommandations.

#### **2.1.2 Type d'étude**

C'est une étude descriptive qui fut menée entre Novembre 2013 et Janvier 2014.

#### **2.1.3 Population étudiée :**

L'étude concernait tous les professionnels de santé pouvant prescrire une contraception orale en 1<sup>ère</sup> intention c'est à dire à la fois médecins généralistes, médecins gynécologues-obstétriciens et sages-femmes. Elle ciblait à la fois les

professionnels travaillant en libéral, hospitalier, PMI, planning familial et centre d'orthogénie.

#### **2.1.4 Recueil de données :**

Le questionnaire était composé de 23 questions réparties en 3 parties.

Une première partie concernait les informations permettant de décrire le profil des participants.

Une deuxième partie comportait des questions relatives au déroulement d'une consultation type lors d'une prescription de contraception orale en 1<sup>ère</sup> intention basé sur les recommandations de l'HAS de 2013.

Une troisième partie présentait cinq cas cliniques permettant d'analyser les choix contraceptifs des professionnels en fonction de différents profils de femmes rencontrés régulièrement en pratique courante.

91 questionnaires ont été collectés en ligne et 10 ont été collectés sous format papier.

#### **2.1.5 Analyse statistique**

Nous avons décrit nos variables qualitatives à travers des effectifs et des pourcentages et nos variables quantitatives à travers des moyennes. Les pourcentages ont été arrondis au dixième de point supérieur si le centième était  $\geq 0,05$  et tronqués au dixième inférieur si le centième était  $< 0,05$ .

Concernant les questions ouvertes, nous avons traité les données en classant les réponses des professionnels sous différents items établis à la fin du recueil de données. Afin d'obtenir un classement objectif, nous avons procédé à l'identification de mots-clés.

Les données ont été saisies et analysées grâce aux logiciels R et Excel.

## 2.2 Résultats

300 questionnaires ont été envoyés par mail auprès de professionnels travaillant en libéral, auprès des cadres des services de consultations gynécologiques, dans les services de planning familial et dans les centres d'orthogénie. Nous avons recueilli 101 questionnaires sur toute la durée de l'étude ce qui donne un taux de participation de 33 %.

### 2.2.1 Profil des participants

Sur les 101 professionnels ayant participé à l'étude 14 sont des hommes et 87 sont des femmes, soit une nette prédominance de femmes.

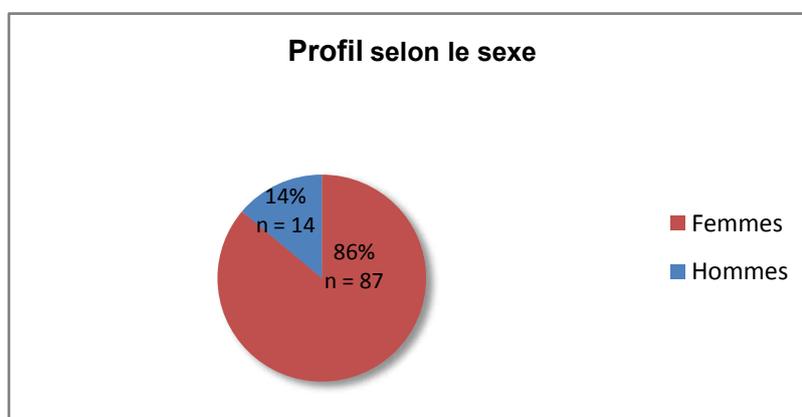


Figure 1 : Taux de participation en fonction du sexe

Dans les participants nous retrouvons 16 médecins généralistes, 26 médecins gynécologues-obstétriciens et 59 sages-femmes.

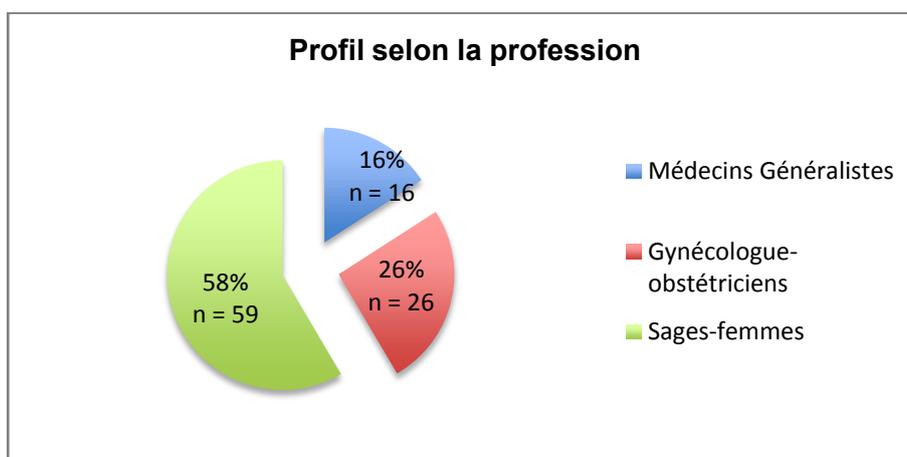


Figure 2

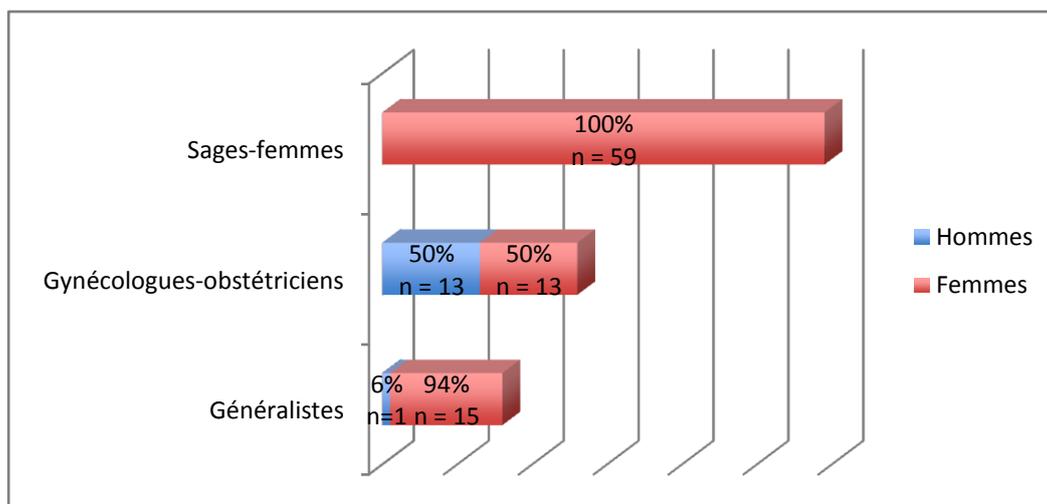


Figure 3 : Répartition en fonction du sexe et de la profession

La moyenne des années de thèses/mémoires des praticiens est 1995 (1968-2013) avec une médiane à 1993.

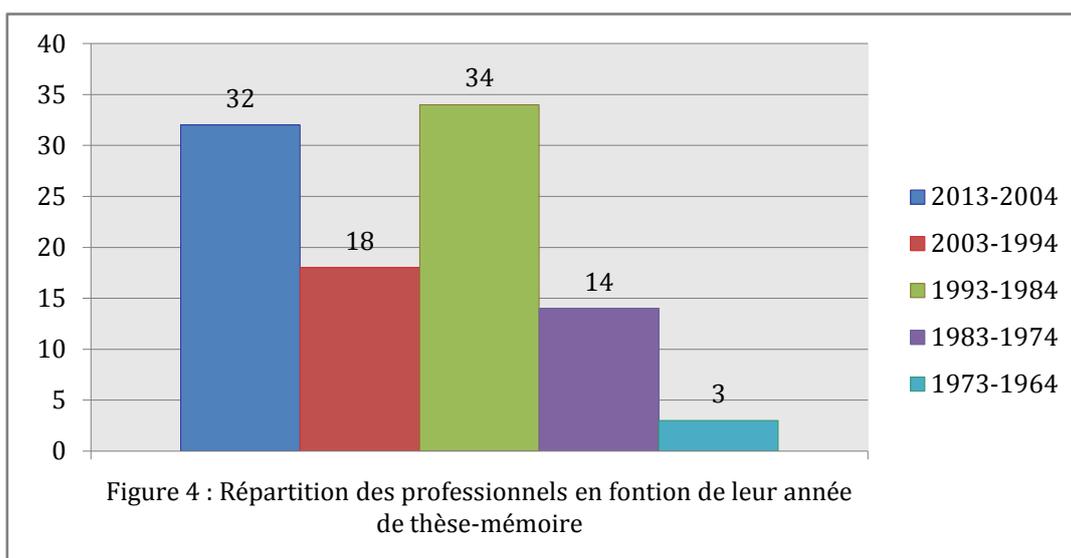


Figure 4

- L'année de thèse en moyenne des médecins généralistes est 1992 +/- 9 ans avec une médiane en 1988.
- L'année de thèse en moyenne des médecins gynécologues-obstétriciens est 1991 +/- 13 ans avec une médiane en 1987.
- L'année de mémoire des sages-femmes est 1997 +/-11 ans avec une médiane en 1999

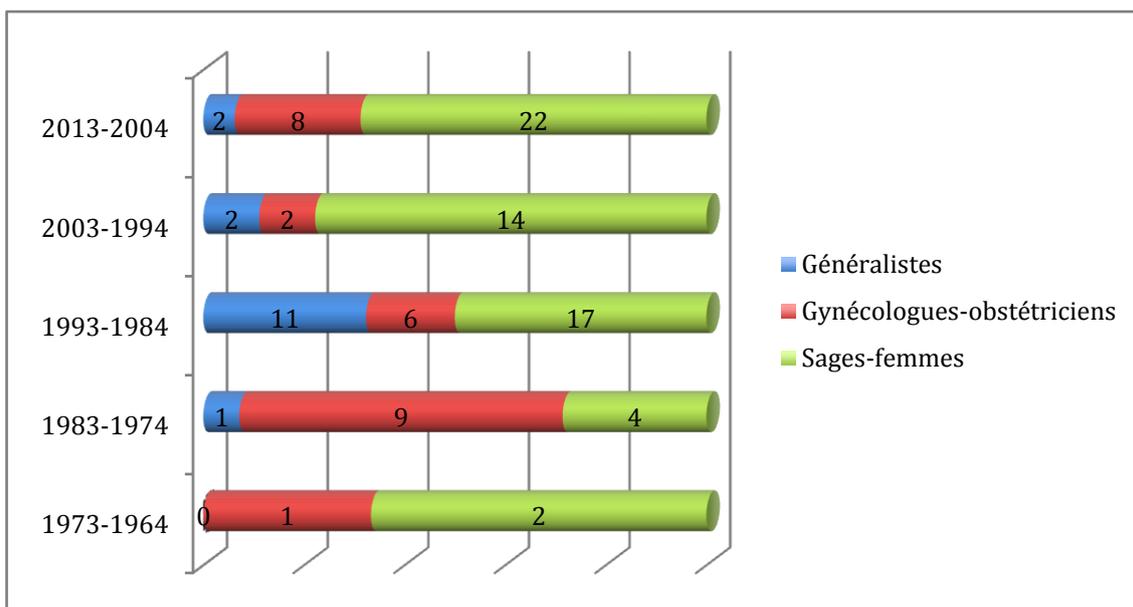


Figure 5 : Répartition selon les années de thèse/mémoire des différents professionnels

Chez les médecins généralistes et sages-femmes, répartition des professionnels ayant eu une formation sur la contraception pendant leur formation initiale :

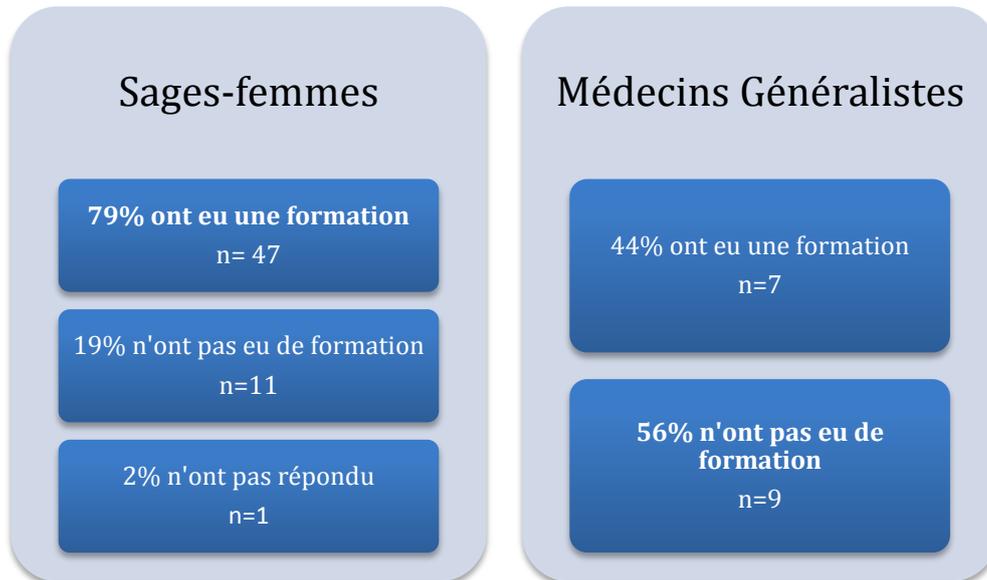


Figure 6

Parmi les professionnels médecins généralistes et sages-femmes n'ayant pas eu de formation sur la contraception pendant leur formation initiale, répartition selon leur année de thèse/mémoire :

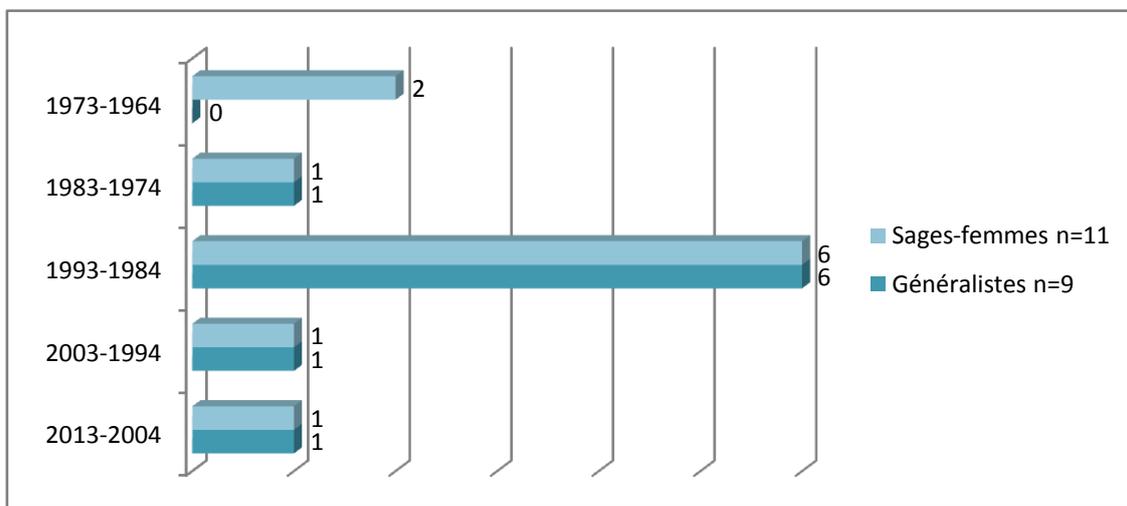


Figure 7 : Répartition des sages-femmes et des médecins généralistes n'ayant pas eu de formation initiale sur la contraception en fonction de leur date d'année de thèse/mémoire

79 professionnels ont déclarés avoir eu une formation complémentaire sur la contraception sur 101 soit 78% des professionnels. Parmi eux : 14 généralistes, 17 gynécologues-obstétriciens et 48 sages-femmes :

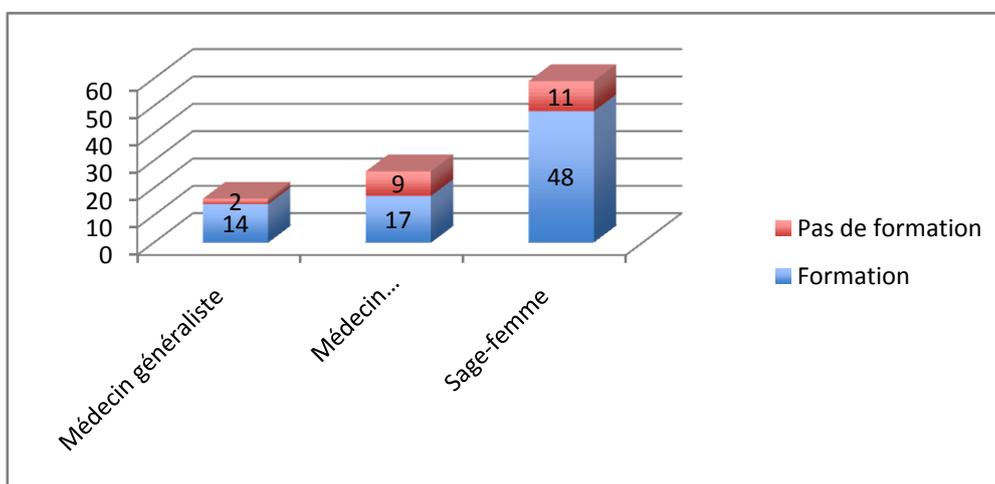


Figure 8 : Répartition des professionnels en fonction de leur formation continue sur la contraception

Formation sage-femme : 48/59 soit 81%

Formation chez les médecins généralistes : 14/16 soit 87,5%

Formation chez les médecins gynécologues-obstétriciens : 17/26 soit 65%

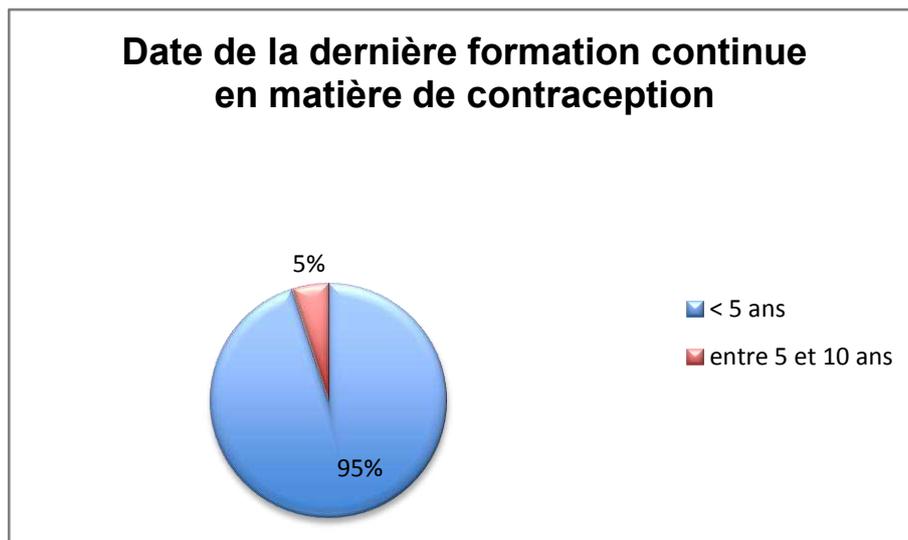


Figure 9

Pour la majorité des professionnels (95%), leur dernière formation continue concernant la contraception est récente et inférieure à 5 ans. On n'observait pas de différence en fonction du sexe, de la profession ou du mode d'exercice.

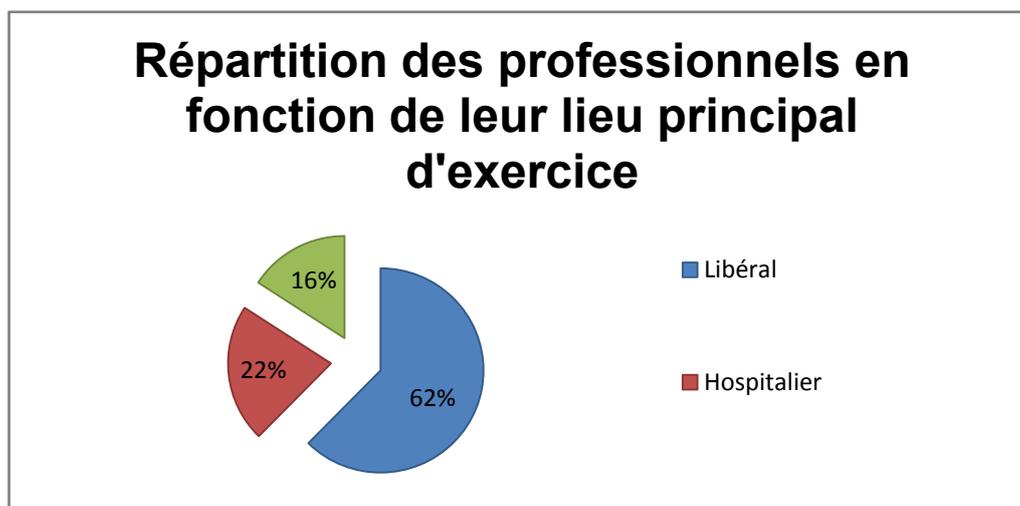


Figure 10

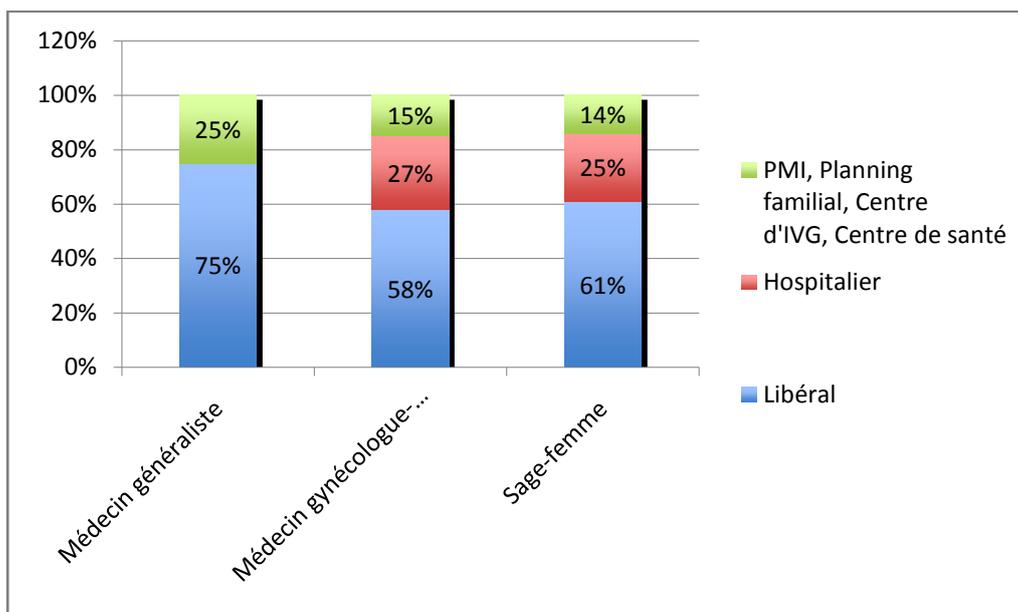


Figure 11 : Répartition des différents professionnels en fonction de leur lieu principal d'exercice

Déclaration des professionnels sur leur fréquence de prescription de contraception orale en 1<sup>ère</sup> intention :

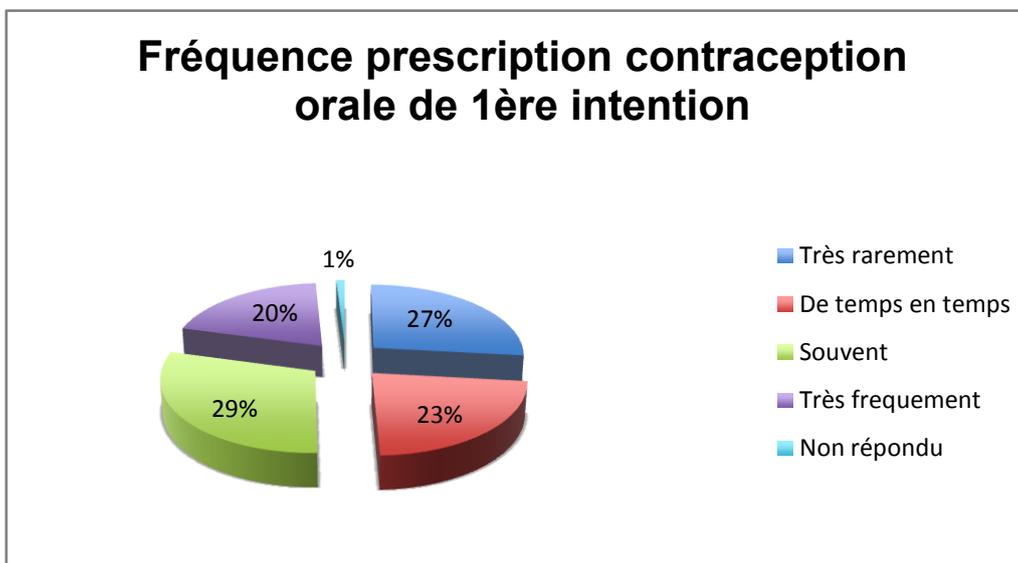


Figure 12

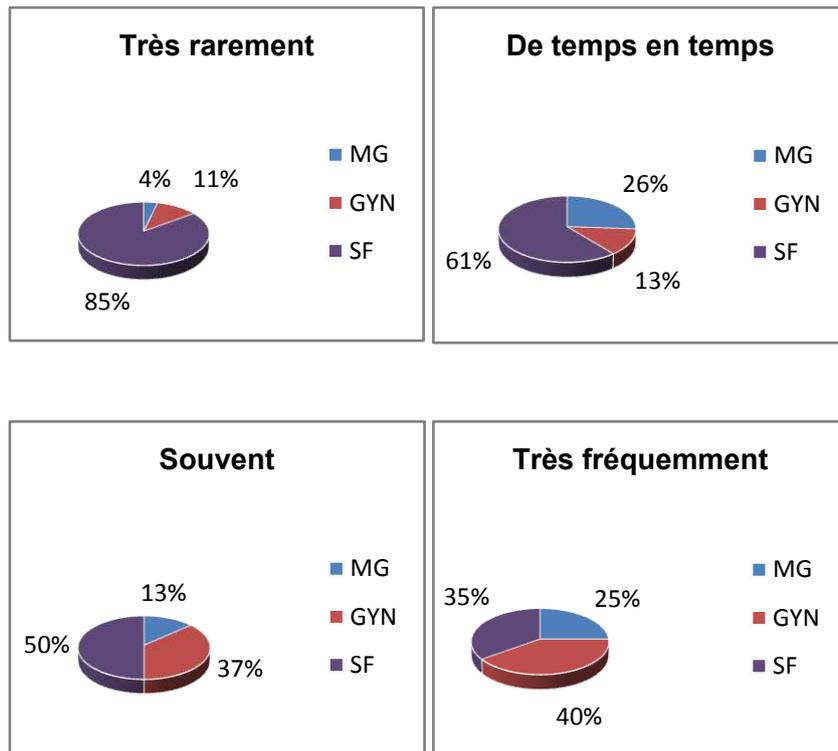


Figure 13 : Fréquence de prescription de la contraception orale en 1<sup>ère</sup> intention en fonction des différents professionnels de santé

	Libéral	Hospitalier	Planning familial, PMI, centre d'IVG...
Très rarement	n = 16 soit 26%	<b>n = 11 soit 46%</b>	n = 0 soit 0%
De temps en temps	n = 18 soit 29%	n = 5 soit 21%	n = 0 soit 0%
Souvent	<b>n = 22 soit 35,5%</b>	n = 4 soit 16,5%	n = 4 soit 25%
Très fréquemment	n = 6 soit 9,5%	n = 4 soit 16,5%	<b>n = 12 soit 75%</b>

Tableau 1 : Comparaison de la fréquence de prescription entre les différents lieux d'exercice des professionnels

## 2.2.2 Déroulement d'une consultation type concernant la prescription d'une contraception orale en 1<sup>ère</sup> intention

- Combien de temps dure en moyenne une consultation pour une première prescription de contraception ?

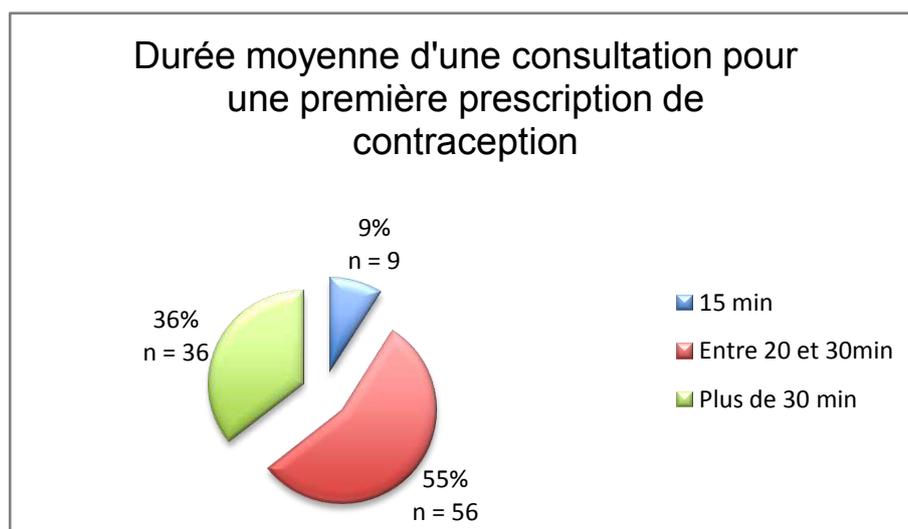


Figure 14

	Médecins généralistes	Gynécologues-obstétriciens	Sages-femmes
15 min	n = 2 soit 12,5%	n = 6 soit 23%	n = 1 soit 2%
Entre 20 et 30 min	<b>n = 13 soit 81%</b>	<b>n = 16 soit 61,5%</b>	n = 27 soit 46%
Plus de 30 min	n = 1 soit 6,5%	n = 4 soit 15,5%	<b>n = 31 soit 52%</b>

Tableau 2 : Comparaison de la durée d'une consultation-type entre les différentes professions

- Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception orale, interrogez-vous la patiente sur ses antécédents familiaux ?

	n	%
Oui	100	99%
Non	1	1%
Total	101	100%

Tableau 3 : Interrogatoire sur les antécédents familiaux lors de la 1<sup>ère</sup> consultation de prescription de contraception orale

- Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception orale, interrogez-vous la patiente sur ses antécédents personnels médicaux ?

Tous les professionnels ont déclaré demander les antécédents personnels de la patiente (n = 101 soit 100%)

- Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception orale, recherchez-vous des conduites addictives chez la patiente tel que le tabagisme ?

Tous les professionnels ont déclaré demander les conduites addictives de la patiente lors de la consultation (n = 101 soit 100%)

- Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception orale, prenez-vous la tension ?

	n	%
Oui	99	98%
Non	2	2%
Total	101	100%

Tableau 4 : Prise de tension lors de la consultation de prescription de la 1<sup>ère</sup> contraception orale



- Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception orale, pesez-vous la patiente et calculez vous son indice de masse corporel (IMC) ?

	n	%
Oui	86	85%
Non	15	15%
Total	101	100%

Tableau 5 : Pesée et calcul de l'IMC lors de la 1<sup>ère</sup> prescription de contraception orale

- Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception orale, informez-vous les femmes par rapport aux risques thromboemboliques de la pilule et les alertez-vous quant aux signes évocateurs de la phlébite ou de l'embolie pulmonaire ?

	n	%
Oui	69	69%
Non	31	31%
Non répondu	1	1%
Total	101	100%

Tableau 6 : Information de la patiente concernant les risques thromboemboliques

- Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception orale, prescrivez-vous un bilan lipidique et un dosage de la glycémie ?

	n	%
Oui	78	78%
Non	22	22%
Non répondu	1	1%
Total	101	100%

Tableau 7 : Prescription d'un bilan lipidique et de la glycémie lors de la 1<sup>ère</sup> prescription de contraception orale

## 2.2.3 Analyse des pratiques par rapport à la première prescription de contraception orale en fonction de différents profils de cas cliniques

### 2.2.3.1 Profil 1

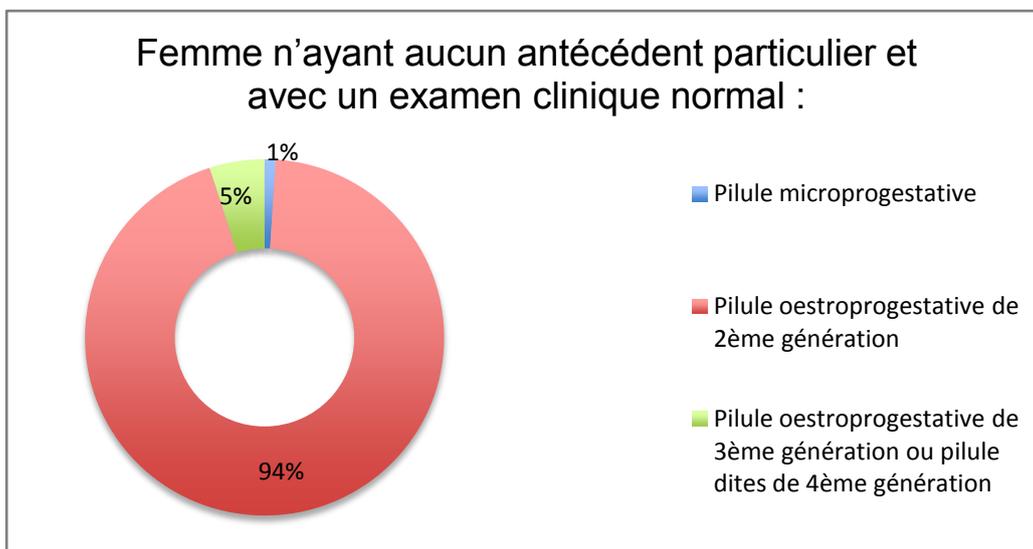


Figure 15

### 2.2.3.2 Profil 2

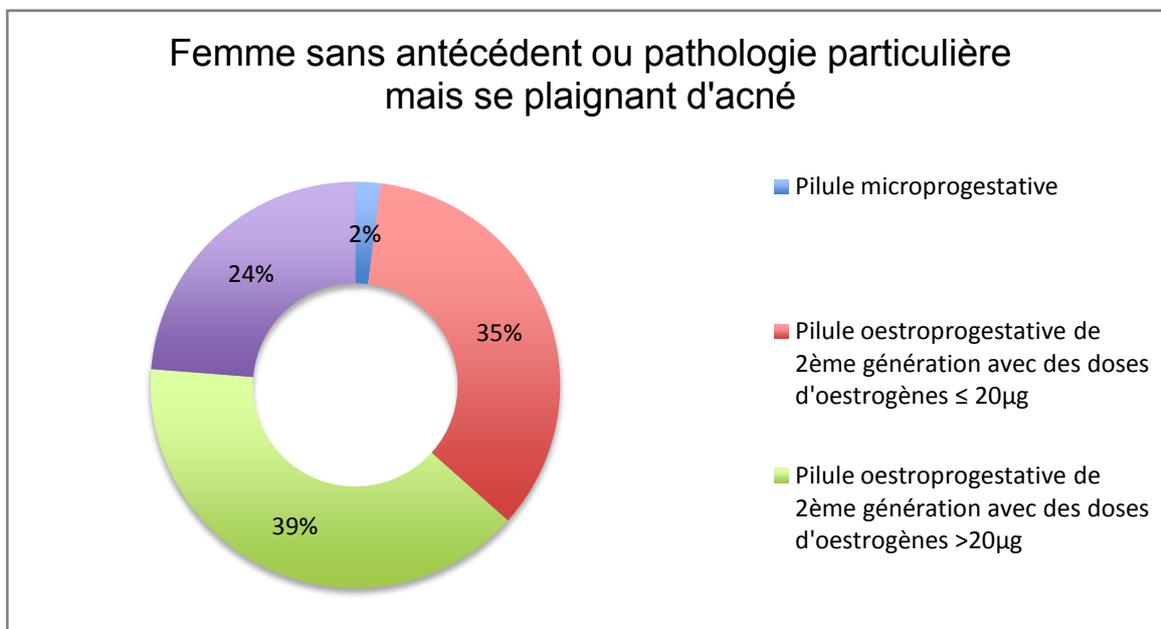


Figure 16

2.2.3.2.1 Analyse pour le profil n° 2 des prescriptions de pilules de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> génération :

- Entre les différents professionnels:

	2G	3G
Médecin Généraliste	n = 12 (75%)	n = 4 (25%)
Gynécologue-obstétricien	n = 14 (54%)	n = 12 (46%)
Sage-femme	n=49 (86%)	n=8(14%)

Tableau 8

→p significatif (= 0.00377) uniquement entre les prescriptions des sages-femmes et des médecins gynécologues-obstétriciens.

Les sages-femmes prescrivent de manière significative plus de pilules de 2<sup>ème</sup> génération que les médecins gynécologues-obstétriciens en 1<sup>ère</sup> intention chez une patiente présentant de l'acné.

- Entre les différents lieux d'exercice :

	2G	3G
Libéral	n = 46 (73%)	n = 16 (27%)
Hospitalier	n = 17 (77%)	n = 4 (23%)
PMI, Planning Familial, Centre d'orthogénie	n = 12 (75%)	n = 4 (25%)

Tableau 9

→On note une absence de différence significative



- Entre les professionnels ayant eu ou non une formation continue sur la contraception :

	2G	3G
Formation continue	n = 60 (76%)	n = 18 (24%)
Pas de formation continue	n = 15 (68%)	n = 6 (32%)

Tableau 10

➔ On note une absence de différence significative

### 2.2.3.3 Profil 3

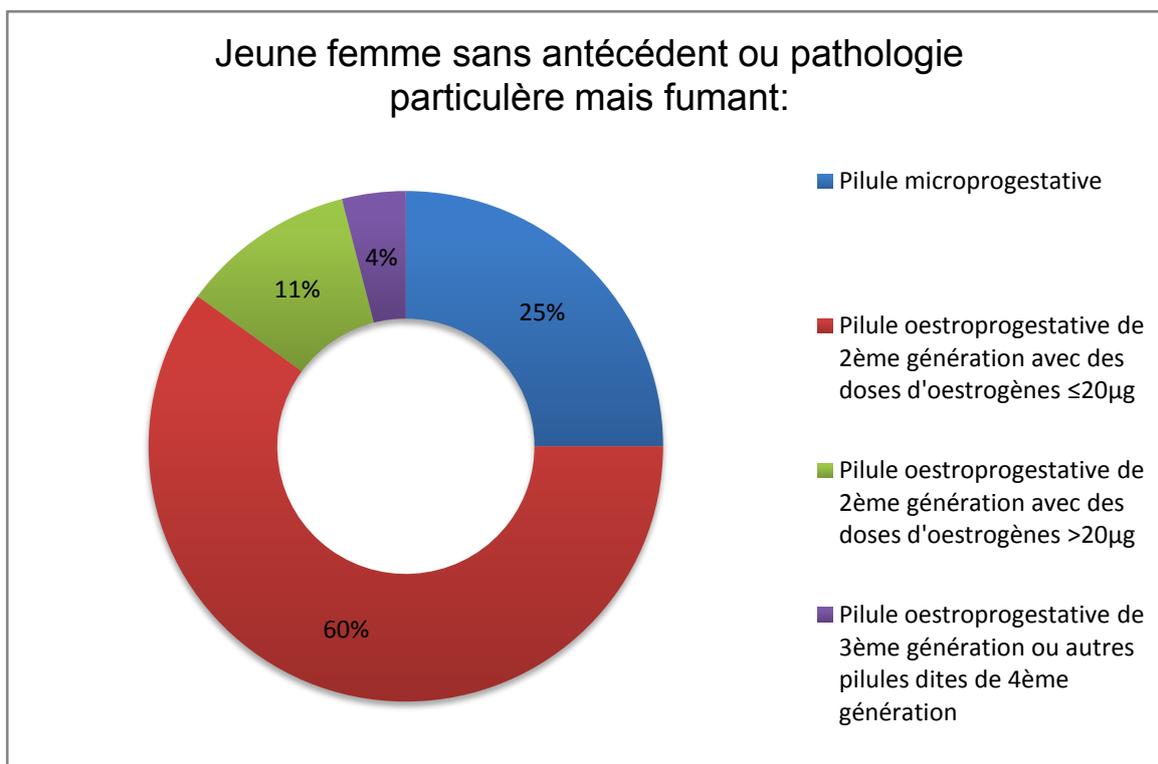


Figure 17

### 2.2.3.4 Profil 4

Femme avec dans ses antécédents familiaux : un antécédent thromboembolique au 1<sup>er</sup> degré :

- Recherchez-vous une thrombophilie ?

	n	%
Oui	79	78%
Non	22	22%
Total	101	100%

Tableau 11 : Recherche d'une thrombophilie lors de la consultation de prescription de la 1<sup>ère</sup> contraception orale dans le profil n°4

Parmi les 22 professionnels qui ne recherchent pas de thrombophilie :

- 17 sont des sages-femmes
- 3 sont des gynécologues obstétriciens
- 2 sont des médecins généralistes

- Si oui comment ?

	n	%
<b>En prescrivant un bilan thrombophilique</b>	48	60,7%
<b>En adressant la patiente vers un hématologue</b>	16	20,2%
<b>En prescrivant un bilan thrombophilique et en l'adressant à un hématologue</b>	5	6,3%
<b>En recherchant une étiologie plus précise de la TEV et en demandant les résultats du bilan suite à l'accident</b>	4	5,1%
<b>En l'adressant vers un gynécologue (pour SF)</b>	4	5,1%
<b>En l'adressant vers un généraliste (pour SF et GYN)</b>	1	1,3%
<b>Non répondu</b>	1	1,3%
<b>Total</b>	79	100%

Tableau 12 : Différents moyens pour rechercher une thrombophilie

Seule la prescription d'un bilan thrombophilique et l'orientation vers un médecin hématologue étaient proposés. D'autres moyens de dépistage ont été renseignés tel que l'orientation vers un médecin généraliste notamment pour les sages-femmes et les gynécologues, l'orientation vers un gynécologue-obstétricien pour les sages-femmes, la recherche plus précise de l'étiologie et des circonstances de l'accident thromboembolique ainsi que la demande du bilan fait à la suite de celui-ci.

○ Si non pourquoi ?

	n	%
<b>En adressant vers un médecin (pour SF)</b>	9	36%
<b>C'est un ATCD familial pas personnel</b>	4	16%
<b>Dépistage trop cher et prescription d'une autre contraception type DIU au cuivre</b>	4	16%
<b>Le dépistage actuel est insuffisant pour mettre en évidence une thrombophilie</b>	1	4%
<b>Non répondu</b>	7	28%
<b>Total</b>	25	100%

Tableau 13 : Raisons évoquées pour ne pas dépister une thrombophilie

Aucune proposition n'était donnée dans le questionnaire. Les réponses ont été regroupées en 5 items, l'orientation vers un médecin notamment pour les sages-femmes, le fait que l'accident thromboembolique soit familial et non personnel, le fait que le dépistage actuel ne mette pas en évidence toutes les thrombophilies et enfin le fait que le dépistage de recherche de thrombophilie soit très cher et donc que certains professionnels préfèrent prescrire directement une contraception type dispositif intra-utérin au cuivre.



- Que prescrivez-vous comme contraception ?

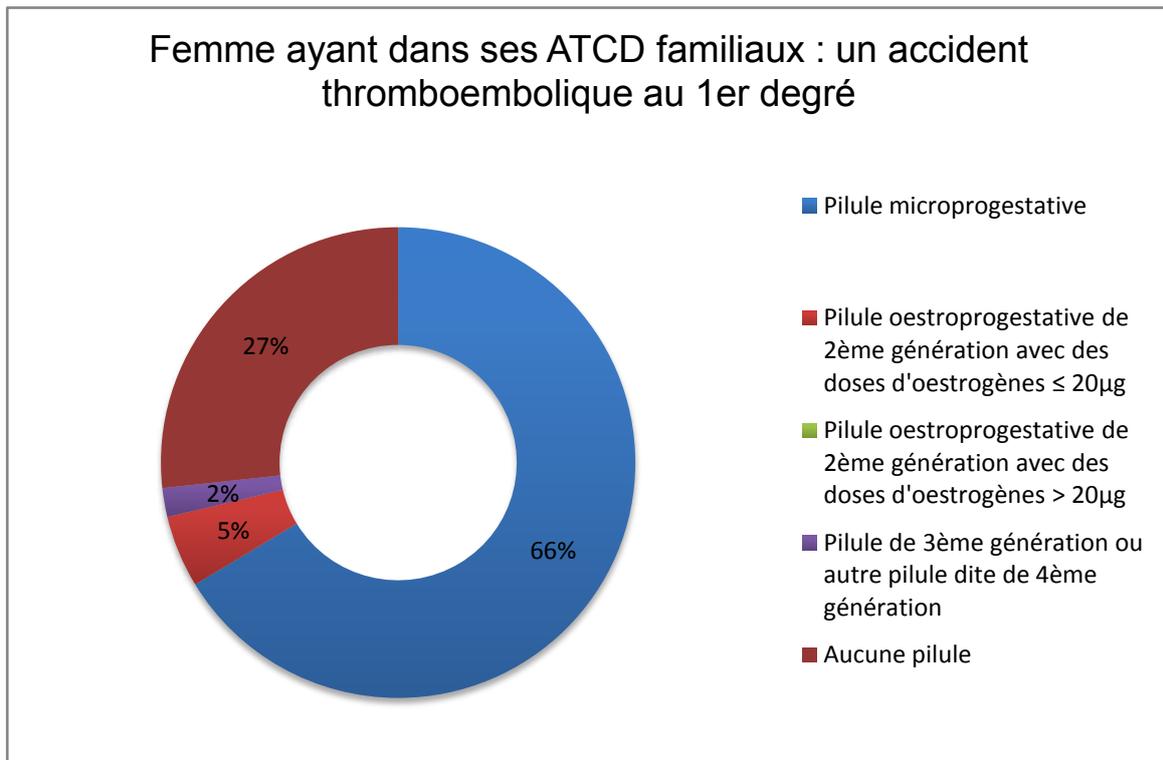


Figure 18

On peut noter que parmi les 27 professionnels qui ne prescrivent aucune pilule 23 sont des sages-femmes.



### 2.2.3.5 Profil 5

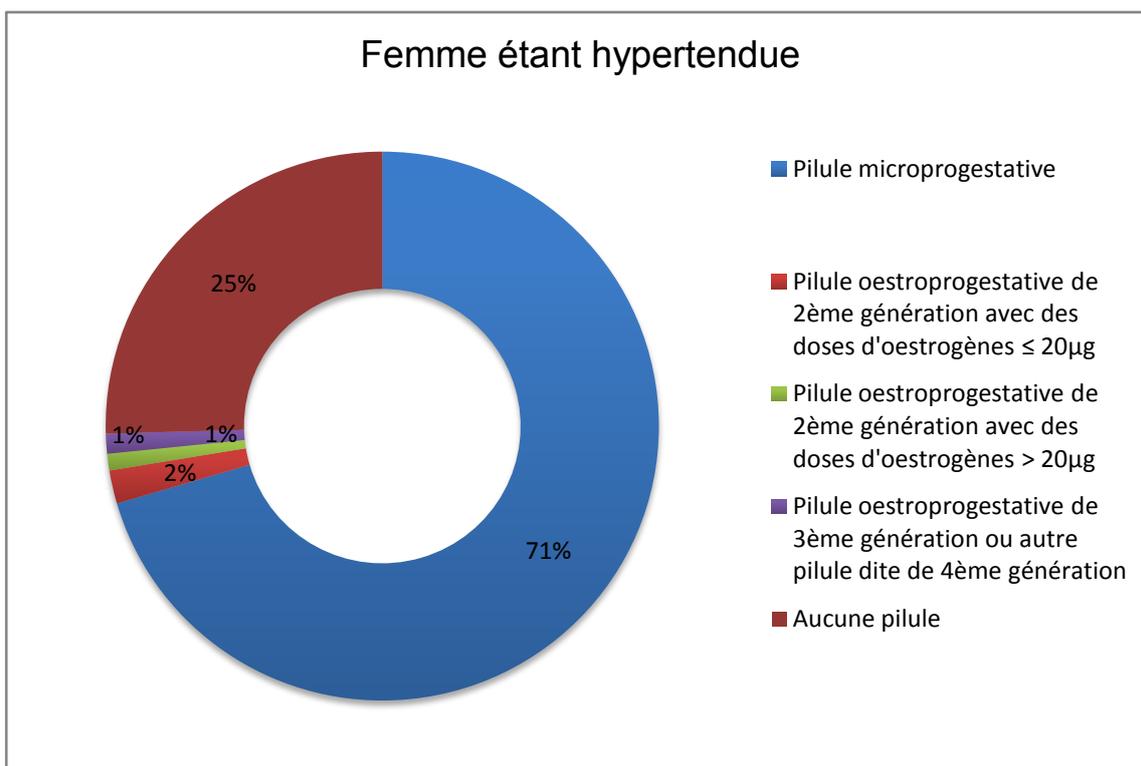


Figure 19

**On peut noter que parmi les 26 professionnels qui ne prescrivent aucune pilule à cette patiente 21 sont des sages-femmes.**

38 sages-femmes ont prescrit une contraception à cette patiente soit 64% des sages femmes. Parmi les 38 sages-femmes, 13 exerçaient en milieu hospitalier, 8 exerçaient en PMI, planning familial ou centre d'orthogénie et 17 exerçaient en libéral. Lorsque l'on rapporte ces chiffres aux statistiques de notre étude :

- Parmi les sages-femmes exerçant en PMI, planning familial ou centre d'orthogénie, **100% d'entre elles ont prescrit une contraception orale à cette patiente.**
- **Parmi les sages-femmes exerçant en milieu hospitalier, 87% d'entre elles ont prescrit une contraception à cette patiente.**
- Parmi les sages-femmes libérales, 47% ont prescrit une contraception à cette patiente.



## 3 Troisième partie : Discussion

Nos hypothèses étaient que la prescription par les professionnels de santé de contraception orale de 1<sup>ère</sup> intention était conforme aux recommandations et que les règles de prescription de celle-ci étaient toujours respectées.

L'objectif principal de l'étude était donc d'évaluer dans un premier temps, les pratiques professionnelles sur le déroulement d'une consultation type de prescription de contraception orale en 1<sup>ère</sup> intention basée sur les dernières recommandations et dans un deuxième temps d'évaluer les différentes contraceptions prescrites par rapport à différents profils de femmes que l'on peut rencontrer régulièrement.

Le lien du questionnaire a été envoyé par mail à partir de novembre 2013 jusqu'à janvier 2014. Nous avons fait le choix d'envoyer les questionnaires par mail pour pouvoir atteindre un plus grand nombre de professionnels. 101 questionnaires ont été collectés, ce chiffre aurait sûrement été plus important si l'étude avait été étalée sur plus de 3 mois.

Après avoir répondu, 12 professionnels, notamment des sages-femmes, ont été désireux d'avoir les recommandations concernant la dernière partie de l'étude c'est à dire concernant le choix de la contraception orale en 1<sup>ère</sup> intention en fonction des différents profils cliniques. De plus, 4 professionnels ont fait remarquer qu'ils auraient voulu pouvoir expliciter d'avantage leurs réponses en fonction des différents profils.

### 3.1 Les limites

La première limite de l'étude est le nombre de questionnaires exploités. En effet 101 questionnaires ne semblent pas permettre aux résultats de notre étude d'être représentatifs et extrapolables à l'ensemble des médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens et sages-femmes de France.

On note un biais de participation concernant plusieurs sages-femmes par rapport au dernier profil de l'étude qui relevait de la pathologie. En effet la prescription de contraception des sages-femmes étant exclusivement réservée à la physiologie, plusieurs d'entre elles ont répondu qu'elles ne prescrivaient aucune pilule parce qu'elles orientaient directement leurs patientes vers un médecin alors que d'autres ont répondu qu'elles prescrivaient une contraception avant l'orientation.

Enfin les questions fermées de la deuxième partie du questionnaire, concernant les pratiques professionnelles d'une consultation-type de contraception, pouvaient influencer les participants à une réponse plutôt qu'une autre (principalement pour les réponses en oui/non).

## 3.2 Analyse des résultats

### 3.2.1 Profil des participants

Nous avons retrouvé 16% de médecins généralistes, 26% de gynécologues-obstétriciens et **58%** de sages-femmes. **On note une majorité de participation de la part des sages-femmes.** Cela peut s'expliquer par le fait que les mails des sages-femmes, notamment libérales, sont facilement accessibles sur internet contrairement aux deux autres professions. De plus, ce résultat peut s'expliquer par l'hypothèse que les sages-femmes se sentent impliquées par une étude portant sur la contraception puisque la compétence de suivi gynécologique de prévention ne leur a été accordée que récemment (2009) par rapport aux médecins. Plusieurs sages-femmes sont désireuses d'améliorer leurs connaissances en gynécologie et plusieurs d'entre elles m'ont fait savoir qu'elles souhaitaient réactualiser leurs connaissances concernant la contraception.

Nous pouvons observer une **nette prédominance de participation des femmes, 86%** contre 14% d'hommes. Dans la population des participants les femmes représentent 94% des médecins généralistes, 50% des médecins gynécologues-obstétriciens et 100% des sages-femmes.



L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé recensé au 1<sup>er</sup> janvier 2010 parmi la profession de sage-femme : 98,2% de femmes et 1,8% d'hommes. [43]

Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), en 2012, le pourcentage de femmes médecins généralistes était de 41% et pour les gynécologues-obstétriciens de 40%. [44] Ainsi les résultats trouvés par notre étude pour les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes reflètent les statistiques nationales. En revanche dans le groupe des médecins généralistes, les femmes ont participé d'avantage que les hommes.

La médiane des années de thèse/mémoire retrouvée dans notre étude est **1993 donc environ 21 ans d'expérience professionnelle**. La majorité des professionnels ayant répondu à notre étude (34%) ont soutenu leur thèse ou leur mémoire entre 1993 et 1984.

On note une médiane pour les médecins généralistes en **1988** et pour les gynécologues-obstétriciens en **1987** alors qu'elle est en **1999** pour les sages-femmes.

Ces résultats concordent avec la féminisation de la population des médecins mais aussi le vieillissement de celle-ci. En effet selon les statistiques nationales, l'âge médian des médecins est passé de 40 à 52 ans entre 1990 et 2012. Cela est dû à une croissance ralentie des effectifs de médecins contrairement à la profession de sage-femme qui comporte un taux de croissance annuel d'effectif de 3% avec des classes d'âges homogènes entre 25 et 55 ans. [45]

Selon l'état des lieux de 2013 de la HAS concernant les pratiques contraceptives, la formation initiale et continue des médecins et des sages-femmes était insuffisante. En effet il concluait « que la formation initiale de ces praticiens était restreinte, que l'obsolescence rapide des connaissances techniques dans un domaine en pleine transformation et que le manque de formation sur les spécificités de l'abord des questions de sexualité se traduisait par la persistance d'idées reçues et de pratiques classiques voire stéréotypées. Et enfin que la mise à jour des



connaissances reposait encore pour une grande part sur les informations apportées par les industriels dans le cadre de la visite médicale. »[42]

Dans notre étude, parmi les médecins généralistes et les sages-femmes nous avons pu noter que **79% des sages-femmes avaient été formées sur la contraception** pendant leur formation initiale contre **44% des médecins généralistes**. Parmi ceux qui n'étaient pas formés nous avons pu constater que la majorité d'entre eux avait soutenu leur thèse ou mémoire entre 1993 et 1984.

L'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine a défini le contenu du DES de médecine générale (modifié par l'arrêté du 10 août 2010 et du 4 octobre 2011). Il contient une formation théorique en gynécologie-obstétrique et une formation pratique où un semestre doit être fait en gynécologie ou pédiatrie et un semestre dans un lieu de stage libre. [46]

Quant au programme des études de sages-femmes, il est fixé par l'arrêté du 11 décembre 2001 [47]. Il précise qu'en 1<sup>ère</sup> phase, 60 heures de cours doivent être consacrées à la gynécologie et qu'en 2<sup>ème</sup> phase, 78 heures sont attribuées à la gynécologie où la contraception et l'IVG doivent être développées. Ce programme concerne les sages-femmes sondées mais on peut noter que celui-ci a changé depuis l'arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. [48]

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2009 concluait d'encourager le développement d'actions de Développement Professionnel Continu (DPC) axés sur la contraception voire d'en faire une priorité nationale [49].

**La majorité des professionnels (79%) ont déclaré avoir fait une formation complémentaire sur la contraception**, ce qui montre l'investissement des professionnels concernant ce sujet. De plus, cette formation est pour **95% d'entre eux récente car inférieure à 5 ans**. Cela peut s'expliquer par la forte implication du ministère de la santé concernant l'information sur les pilules de 3<sup>ème</sup> génération ce qui a entraîné un désir chez les professionnels de santé à réactualiser leurs connaissances en matière de contraception. Encore récemment, une lettre a été envoyée aux professionnels de santé par l'ANSM, sur les risques

thromboemboliques des contraceptifs hormonaux combinés en y incluant un document d'aide à la prescription de ceux-ci. [50]

Les professionnels participants à notre étude **exercent majoritairement (pour 62% d'entre eux) en libéral**, 22% en milieu hospitalier et 16% en PMI, planning familial ou centre d'orthogénie.

61% des sages-femmes ayant répondu à notre étude exercent en libéral contre 25% en milieu hospitalier et 14% en PMI, planning familial ou centre d'orthogénie.

Ce chiffre est peu représentatif de la réalité puisque selon l'Automatisation Des Listes (ADELI) (système d'information des professionnels relevant du code de la santé publique), en 2010, 75,3% des sages-femmes exerçaient leur activité principale en établissement hospitalier contre 17,4% en cabinet libéral [43]. Cette différence de chiffre s'explique par le fait que notre questionnaire a été envoyé majoritairement aux professionnels exerçants en libéral car plus faciles d'accès.

Selon le conseil de l'ordre des médecins, en 2012, on notait comme répartition pour les médecins généralistes, 67% exerçant en libéral, 16% en hospitalier et 17% salarié en PMI, planning familial, centre d'orthogénie et médecine scolaire [51]. Dans notre étude on comptabilisait 75% de médecins généralistes exerçant en libéral et 25% exerçant en PMI, planning familial ou centre d'orthogénie. Aucun médecin généraliste exerçant à l'hôpital n'a répondu probablement car très peu travaillent à l'hôpital en consultation de gynécologie-obstétrique. Pour les médecins gynécologues médicaux ou obstétriciens, l'exercice de la profession est principalement libéral (62% pour les gynécologues-obstétriciens et 69% pour les gynécologues médicaux), sauf pour les chirurgiens gynécologues-obstétriciens où l'exercice est principalement en milieu hospitalier (42,7% salariés, 34,3% en libéral et 23% associant les deux activités) [52]. Dans notre étude nous n'avons pas différencié les différentes spécialités et la majorité des gynécologues exerçait en libéral pour 58% ce qui est plutôt représentatif de la répartition nationale.

La fréquence de prescription de contraception orale en 1<sup>ère</sup> intention est réalisée par les professionnels de notre étude pour 29% d'entre eux « souvent »,



27% « très rarement », 23% « de temps en temps » et pour 20% « très fréquemment ». On note des proportions équivalentes pour la fréquence de prescription de contraception orale de 1<sup>ère</sup> intention entre les différents professionnels ayant participé à notre étude.

La majorité des sages-femmes (**85%**) prescrivent « **très rarement** », la majorité des gynécologues-obstétriciens (**40%**) prescrivent « **très fréquemment** » et la majorité des médecins généralistes (**26%**) prescrivent « **de temps en temps** ».

Les consultations de contraception restent majoritairement faites par des gynécologues-obstétriciens et on peut donc conclure que la contraception reste considérée par les patientes comme relevant de la compétence des gynécologues. Cela entraîne une difficulté de positionnement de la part des médecins généralistes et des sages-femmes dans la mesure où l'évolution du système de soins et de la démographie médicale (diminution du nombre de gynécologues et répartition inégale sur le territoire) vont conduire à ce que les questions de contraception soient de plus en plus traitées par eux.

De plus, nous avons constaté que les professionnels qui exercent en PMI, planning familial ou centre d'orthogénie prescrivent « **très fréquemment** » pour **75%** d'entre eux. Les professionnels exerçant en libéral prescrivent « **souvent** » pour la plupart d'entre eux (**35,5%**). Enfin les professionnels exerçant en hospitalier prescrivent « **très rarement** » pour la majorité d'entre eux (**46%**). On peut noter que les femmes consultent principalement pour leur contraception les professionnels travaillant en PMI, planning familial ou centre d'orthogénie et ceux travaillant en libéral.

## **3.2.2 Déroulement d'une consultation-type concernant la prescription d'une contraception orale de 1<sup>ère</sup> intention**

### **3.2.2.1 Durée moyenne d'une consultation-type**

La majorité des professionnels (55%) de notre étude font des consultations de prescription de contraception orale de 1<sup>ère</sup> intention entre **20 et 30 min**. Pour 36% d'entre eux la consultation dure plus de 30 min et pour seulement 9% moins de 15 min.

Par ailleurs, on peut constater que les sages-femmes consultent majoritairement (52%) plus de 30 min pour une consultation de contraception tandis que les consultations des médecins généralistes (81%) et des gynécologues obstétriciens (61%) durent majoritairement entre 20 et 30 min.

Même si aucune recommandation n'est publiée sur le temps nécessaire pour une consultation de 1<sup>ère</sup> prescription de contraception orale, une durée de 20 à 30 min semble être nécessaire. En effet lors de cette consultation, il doit être réalisé l'interrogatoire et l'examen clinique permettant de rechercher les facteurs de risques et les contre-indications possibles mais aussi communiquer toutes les informations sur la méthode contraceptive choisie ainsi que les conseils en cas d'oubli ou d'incident.

Nos questions s'appuient sur les recommandations de la HAS de juillet 2013 qui proposent aux professionnels une aide permettant de mieux dépister les femmes à risque cardio-vasculaire. [41]

### **3.2.2.2 Interrogatoire**

#### **3.2.2.2.1 Antécédents familiaux**

Selon les recommandations de la HAS, lors de l'interrogatoire, les antécédents familiaux de la patiente doivent être systématiquement demandés notamment chez

les apparentés du 1<sup>er</sup> degré afin de rechercher des accidents thromboemboliques veineux ou artériels (âge et circonstance de survenue), une hypertension artérielle, un diabète et une dyslipidémie.

**Dans notre étude 99% des professionnels interrogeaient la patiente sur ses antécédents familiaux.**

#### 3.2.2.2.2 Antécédents personnels médicaux

Selon la HAS, les antécédents personnels médicaux doivent être systématiquement demandés en recherchant en priorité un accident thromboembolique veineux ou artériel, une hypertension, un diabète, une dyslipidémie ou une migraine avec ou sans aura.

**Dans notre étude 100% des professionnels interrogeaient la patiente sur ses antécédents médicaux personnels.**

#### 3.2.2.2.3 Conduites addictives

D'après la HAS, le recueil d'information doit porter sur les habitudes de vie de la patiente et notamment sur la recherche de conduites addictives comme le tabac.

**Dans notre étude 100% des professionnels interrogeaient leur patiente sur leurs conduites addictives et notamment sur le tabagisme.**

#### 3.2.2.2.4 Examen clinique

Lors de l'examen clinique général, au vu d'une recherche de facteur de risque, la HAS recommande la prise de tension artérielle, la pesée, la taille et le calcul de l'IMC de la patiente.

**98% des professionnels déclarent pendre la tension artérielle lors de la consultation et 85% pèsent leur patiente et calculent leur indice de masse corporel (IMC).**



#### 3.2.2.2.5 Information

Par rapport aux risques thromboemboliques de la contraception hormonale orale, il est recommandé d'informer la patiente quant aux signes évocateurs d'une phlébite et d'une embolie pulmonaire et qui doivent donc conduire à consulter en urgence un médecin ou une sage-femme.

**69% des professionnels de notre étude déclarent informer leur patiente sur ces signes.**

#### 3.2.2.2.6 Bilan biologique

Dans le cadre de l'examen clinique et biologique visant à rechercher des contre-indications mais visant également à faire de la prévention, le bilan biologique lors de la prescription d'une contraception hormonale œstroprogestative comporte un dosage du cholestérol total, des triglycérides et une glycémie à jeun. Ce bilan peut être réalisé dans les 3 à 6 mois après la prescription en cas d'examen normal et en cas d'antécédent familial de dyslipidémie avant le début de la contraception œstroprogestative.

**78% des professionnels prescrivent un bilan lipidique et un dosage de la glycémie lors de la consultation.**

**La majorité des professionnels de notre étude respecte les règles de prescription recommandées par la HAS** dont les plus récentes datent de Juillet 2013. Notre première hypothèse est donc confirmée, les professionnels respectent les règles de prescription de la pilule concernant les risques thromboemboliques. Les professionnels sont attentifs au dépistage des facteurs de risques et des contre-indications de la contraception orale via l'examen clinique, biologique et l'interrogatoire.

Cependant on peut noter une majorité moins franche (69%) concernant l'information de la patiente quant aux signes évocateurs de la phlébite et de l'embolie pulmonaire. Cette recommandation est la plus récente et n'a été soulignée que depuis les récentes controverses concernant les pilules de 3<sup>ème</sup> génération. Il semble donc qu'elle ne soit pas totalement intégrée aux pratiques médicales.



### 3.2.3 Analyse des pratiques par rapport à la première prescription de contraception orale en fonction de différents cas cliniques

#### 3.2.3.1 Profil 1

Il était exposé aux professionnels une patiente n'ayant aucun antécédent particulier et avec un examen clinique normal.

Dans notre étude, on peut constater que les professionnels ont répondu majoritairement (94%) qu'ils prescrivaient pour ce type de patiente une pilule œstroprogestative de 2<sup>ème</sup> génération. Ils suivent donc les recommandations qui sont de prescrire en 1<sup>ère</sup> intention une pilule de 2<sup>ème</sup> génération contenant moins de 50µg d'éthinylestradiol.

#### 3.2.3.2 Profil 2

Nous avons trouvé intéressant d'exposer aux professionnels une patiente sans antécédents ou pathologie particulière mais se plaignant d'acné. En effet, cette pathologie concerne 80 à 90% des adolescents. On peut donc considérer que c'est un profil de femme que nous pouvons rencontrer fréquemment en consultation de prescription de contraception orale de 1<sup>ère</sup> intention. Rappelons que la vague médiatique dénonçant le risque vasculaire de certaines pilules et qui a amené le Ministère de la Santé à dérembourser les pilules de 3<sup>ème</sup> génération, concernait principalement une pilule anti-acnéique (Diane 35®). Le but de ce profil était donc de voir si les pratiques variaient en fonction de ce type de pathologie.

D'après les données de la revue Cochrane publiée en 2012, la COC est plus efficace que le placebo sur l'acné[53]. De plus, le type de progestatif conditionne le potentiel androgénique ou anti-androgénique de la COC, en effet les progestatifs de 3<sup>ème</sup> génération ou de 4<sup>ème</sup> génération ne sont que très faiblement androgéniques et même légèrement anti-androgéniques.



Dans notre étude :

- **39%** prescrivent une pilule œstroprogestative de 2<sup>ème</sup> génération avec des doses d'œstrogènes **>20µg**
- 35% une pilule œstroprogestative de 2<sup>ème</sup> génération avec des doses d'œstrogènes  $\leq 20\mu\text{g}$
- 24% une pilule de 3<sup>ème</sup> génération ou autre génération

**Tout d'abord on constate que la plupart des professionnels (74%) prescrivent conformément aux recommandations une pilule de 2<sup>ème</sup> génération.**

De plus, on peut constater que **la majorité des professionnels ont tendance à prescrire une pilule de 2<sup>ème</sup> génération contenant des doses d'œstrogènes supérieures à 20µg.**

Il n'existe aujourd'hui pas de recommandation concernant la dose d'œstrogène souhaitable en 1<sup>ère</sup> intention. Une étude du British Medical Journal, étudiant le risque de thrombose veineuse en fonction de la dose d'œstrogène et du type de progestatif, concluait que **le risque de thrombose veineuse était positivement corrélé à la dose d'œstrogène.** Par contre, pour les contraceptifs contenant du lévonorgestrelil n'y avait pas de risque thrombotique réduit de manière significative entre les pilules contenant 20 µg d'éthinylestradiol comparativement à celles en contenant 30 µg[23].

Par ailleurs une patiente présentant de l'acné a un profil « progestatif » et donc tolérera mieux une pilule ayant un « climat œstrogénique » dominant. Ce qui explique le choix de la majorité de nos professionnels qui préfèrent prescrire une pilule ayant un taux d'œstrogène supérieur à 20µg. Cependant, d'après une étude de la Cochrane, **la dose d'éthinyl-estradiol (20µg versus 30-35µg) ne semblait pas impliquer de différence significative en terme d'efficacité sur l'acné**[53].

On peut constater dans ce profil, un compromis de la part des professionnels entre les recommandations (en prescrivant une pilule de 2<sup>ème</sup> génération) et les attentes de la patiente vis à vis de son acné (en prescrivant une pilule contenant des doses d'œstrogènes supérieures à 20µg). On peut donc noter que les professionnels augmentant la dose d'œstrogène réalisent probablement une balance

bénéfiques/risques entre la réduction possible de l'acné et l'augmentation plus ou moins relative des risques vasculaires.

**Par ailleurs, 24% des professionnels prescrivent en 1<sup>ère</sup> intention une pilule de 3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> génération en cas d'acné.** On peut donc s'interroger sur le fait que presque  $\frac{1}{4}$  des professionnels ne respecte pas les recommandations lorsque la patiente présente cette pathologie cutanée. En effet, même en cas d'acné, la prescription d'une COC de 2<sup>ème</sup> génération est souhaitable pour minimiser les risques thromboemboliques. C'est seulement après réévaluation clinique et en l'absence d'amélioration de l'acné que l'on envisagera le passage à une COC contenant moins de progestatif androgénique.[33]

Dans l'état des lieux de la HAS d'Avril 2013 concernant les pratiques contraceptives, il est indiqué que les pilules œstroprogestatives prescrites par les médecins généralistes sont majoritairement des pilules de 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> génération alors que celles prescrites par les gynécologues sont le plus souvent de 3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> génération. [58]

Dans notre étude, nous constatons que les différents professionnels prescrivent majoritairement des pilules de 2<sup>ème</sup> génération, 75% des médecins généralistes, 54% des gynécologues-obstétriciens et 86% des sages-femmes. Lorsque nous analysons ces résultats, **nous pouvons conclure qu'en cas de profil de patiente présentant de l'acné les sages-femmes prescrivent, de manière significative, plus de pilule de 2<sup>ème</sup> génération que les gynécologues obstétriciens.** Par ailleurs il n'y a pas de différence significative entre les prescriptions des médecins généralistes et des sages-femmes et entre celles des médecins généralistes et des gynécologues obstétriciens. A travers ce résultat, nous pouvons émettre l'hypothèse que les sages-femmes suivent plus les recommandations car leurs compétences en matière de gynécologie étant plus récentes que celles des médecins, elles prescrivent avec moins de liberté les contraceptifs et préfèrent investir en toute sécurité leur nouveau champ de compétence. Par ailleurs, il n'y a pas de différence significative entre les professionnels travaillant en libéral, en milieu hospitalier et en PMI ou les professionnels ayant une formation continue sur la contraception ou non, ce qui est plutôt rassurant quand l'homogénéité des prescriptions.



Nous n'avons pas de données par rapport au nombre de COC de 3<sup>ème</sup> génération prescrite en cas d'acné avant les dernières recommandations. Cependant, si nous regardons le rapport de l'ANSM qui a été publié en février 2014 sur « l'évolution de l'utilisation des COC en France entre janvier 2013 et décembre 2013 », nous pouvons constater une baisse de 45% des ventes de pilules de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération et une hausse globale de 30% des pilules de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> génération. [54]

**De plus, on constate sur l'année 2013 un ratio des ventes de COC de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> générations / COC de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> générations de 78% / 22%[54]. Le ratio de notre étude est de 74% / 24%, même s'il ne peut être comparé puisqu'il ne concerne que les pilules prescrites en 1<sup>ère</sup> intention dans le cadre d'une patiente ayant de l'acné, cela peut nous conforter dans l'idée que **les professionnels ont diminué majoritairement leur prescription de pilule de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération.****

### 3.2.3.3 Profil 3

Il était exposé aux professionnels une jeune femme sans antécédent ou pathologie particulière mais fumant.

D'après les dernières recommandations de la HAS de juillet 2013, pour les femmes âgées de moins de 35 ans et fumant, les pilules œstroprogestatives de 2<sup>ème</sup> génération peuvent être prescrites de manière générale avec un suivi plus attentif qu'en règle normale et les pilules microprogestatives peuvent être prescrites de manière générale sans aucune restriction d'utilisation avec un suivi normal. Cependant, on peut noter qu'aucune recommandation n'est donnée par rapport aux doses d'œstrogènes préconisées en cas de tabagisme.

Dans notre étude :

- **60%** des professionnels prescrivent une pilule oestroprogestative de 2<sup>ème</sup> génération avec **des doses d'œstrogènes  $\leq$  20 $\mu$ g**
- 25% prescrivent une pilule microprogestative



**Les professionnels de notre étude prescrivent donc majoritairement (60%) une pilule de 2<sup>ème</sup> génération avec des doses d'œstrogènes inférieures ou égales à 20µg en cas de tabagisme, ce qui est conforme aux recommandations.**

Il a été démontré que les femmes associant le tabac et une COC ont un risque thromboembolique multiplié par 8,8 par rapport aux femmes ne fumant pas et ne prenant pas de COC [55]. Par rapport au risque artériel, le tabac augmente exponentiellement le risque d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral. [56]

**Il est intéressant de noter que seulement ¼ des professionnels prescrivent une pilule microprogestative** alors que c'est la seule contraception orale en cas de tabagisme qui n'augmente pas le risque artériel ou thromboembolique. Cependant, en 1<sup>ère</sup> intention, la pilule œstroprogestative est aussi recommandée pour son efficacité. En effet, pour les pilules remboursées, le délai d'oubli est de 12h pour les COP, alors qu'il est de seulement 3h pour les pilules microprogestatives. On sait que l'observance est très importante en cas de contraception orale, mais d'autant plus en cas de pilule microprogestative. Il semble que le rapport bénéfice/risque est là en faveur d'une pilule œstroprogestative en 1<sup>ère</sup> intention chez les femmes fumant âgées de moins de 35 ans.

#### **3.2.3.4 Profil 4**

Ce profil nous permettait de nous intéresser à la prise en charge d'une patiente ayant un antécédent familial thromboembolique au 1<sup>er</sup> degré.

Selon les recommandations de l'ANAES de 2004, en cas d'anomalie de l'hémostase ou d'antécédents familiaux thromboemboliques veineux profonds documentés (antécédents familiaux thromboemboliques veineux ayant touché 1 ou plusieurs sujets de moins de 50 ans), il peut être utile, si une contraception œstroprogestative est envisagée, de rechercher avant sa prescription une anomalie favorisant la thrombose veineuse. Dans ce cas, la consultante sera orientée vers un spécialiste de l'hémostase



**Dans notre étude, 78% des professionnels recherchent une thrombophilie chez la patiente.**

Parmi les professionnels qui ne recherchent pas de thrombophilie, on note 36% de sages-femmes qui m'ont expliqué que cette patiente présentait une pathologie et donc qu'elles l'envoyaient directement chez un médecin gynécologue-obstétricien sans lui prescrire de pilule ni de bilan biologique. L'article L.4151-1 du Code de la Santé Publique dans sa version modifiée par la loi du 21 juillet 2009 (HPST) prévoit que « l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, **sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique** » [57]. Pour autant, **un antécédent familial est un facteur de risque de pathologie et ne peut être considéré comme une situation pathologique à proprement parler**. La recherche de la thrombophilie aurait donc du être faite par ces sages-femmes. On peut ainsi souligner à travers ce profil, la difficulté d'interprétation de la loi pour les sages-femmes et la complexité de savoir où commence la pathologie et où se termine la physiologie.

Nous avons voulu ensuite savoir par quels moyens les professionnels recherchent cette thrombophilie.

**La majorité (60,7%) prescrit un bilan de thrombophilie**, 20,2% adressent leur patiente à un hématologue et 6,3% associent les deux.

**On peut noter que seulement 5,1% recherchent une étiologie et des circonstances plus précises sur la thrombose veineuse et demande les résultats suite à l'accident.** Cependant, cet item n'avait pas été proposé dans l'étude et était dans le choix « autre ». On peut supposer qu'un plus grand nombre l'aurait choisi s'il avait été proposé.

Nous avons ensuite voulu savoir les raisons pour lesquelles certains professionnels ne recherchent pas de thrombophilie chez cette patiente.

Parmi eux, 36% adressent leur patiente vers un médecin dans le cas des sages-femmes.



16% considèrent qu'il n'y a pas à rechercher de thrombophilie car c'est un antécédent familial et non personnel.

**16% prescrivent directement un autre type de contraception (DIU au cuivre) car le dépistage thrombophilique est trop cher.** Cette réponse est intéressante, car en effet les dépistages génétiques sont onéreux, nécessitent beaucoup de consentements et ne peuvent être faits que dans certains laboratoires autorisés. De plus, on peut constater par ce chiffre que les professionnels prescrivent peut-être plus facilement un DIU au cuivre en cas de risques vasculaires. En effet au niveau national, on a pu constater que la proportion des ventes d'autres modes de contraception (implants, stérilets) a augmenté de 27% en 2013 et la plus forte augmentation concerne les **stérilets au cuivre** dont les ventes ont progressé de 47% en 2013 [58]. Face à cette augmentation des prescriptions des DIU au cuivre, on peut émettre l'hypothèse que les professionnels préfèrent dorénavant prendre un risque minimum pour leurs patientes, notamment pour celles qui ont des antécédents thromboemboliques dans leur famille. **En effet, dans un intérêt d'économie de santé publique, on peut se demander si il n'est pas préférable de conseiller directement à ces patientes un DIU au cuivre (prix : 30,50 € remboursé à 65% par la sécurité sociale [59]) qui est sans risque thromboembolique pour elles, plutôt que de rechercher une thrombophilie avec un dépistage onéreux (le coût du bilan variant de 160 à 190 €, dont 110 à 140 € à la charge du patient [60])?** Dans tous les cas, les implications économiques doivent être exposées à la patiente avant de choisir.

○ Quel type de contraception orale est prescrit en 1<sup>ère</sup> intention ?

Selon les recommandations de la HAS de 2013, chez les femmes ayant un antécédent familial au 1<sup>er</sup> degré, une pilule microprogestative peut être prescrite de manière générale sans restriction d'utilisation avec un suivi normal, par contre les pilules œstroprogestatives ne sont pas recommandées de manière générale, à moins qu'aucune autre méthode appropriée ne soit disponible ou acceptable et elle nécessite dans ce cas un suivi rigoureux.



**En majorité, 66% des professionnels prescrivent une pilule microprogestative ce qui est conforme aux recommandations.**

**27 professionnels ne prescrivent aucune pilule et parmi eux 23 sont des sages-femmes** qui adressent leur patiente directement à un médecin car elles m'ont expliqué que cela dépassait leur compétence. Une fois de plus, on peut être amené à se demander si la prescription d'une contraception chez une patiente présentant un antécédent familial peut être considéré comme hors champ de compétence. **En effet qu'elle est la balance bénéfice/risque entre la prescription d'une pilule microprogestative, conforme aux recommandations, par une sage-femme et le risque que cette patiente soit sans contraception en attendant d'avoir un rendez vous chez un médecin et donc de la voir revenir quelque mois plus tard pour IVG ?** Par ailleurs cela risque d'entraver la relation de confiance avec la patiente si elle ne reçoit pas de réponse par rapport à son désir de contraception.

### **3.2.3.5 Profil 5**

Le dernier profil présentait une femme ayant de l'hypertension.

D'après la HAS, pour les femmes présentant une HTA, les pilules microprogestatives peuvent être prescrites de manière générale avec un suivi plus attentif, par contre les pilules œstroprogestatives ne sont pas recommandées voire déconseillées en cas d'HTA élevée.

**Dans notre étude 71% prescrivent une pilule microprogestative, ce qui est donc conforme aux recommandations.**

**26 professionnels ne prescrivent aucune pilule et parmi eux 21 sont des sages-femmes.**

Il existe un biais de participation dans ce profil puisque qu'il relevait de la pathologie et que la compétence du suivi gynécologique des sages-femmes concerne la réalisation de consultation de contraception et le suivi gynécologique de prévention.



Cependant, on peut noter que certaines sages-femmes ont quand même prescrit une contraception. Pourquoi ?

Dans notre étude, **100% des sages-femmes exerçant en PMI, planning familial ou centre d'orthogénie et 87% des sages-femmes exerçant en milieu hospitalier ont prescrit une contraception chez cette patiente** contre 47% des sages-femmes libérales. On peut conclure que **les sages-femmes qui exercent en milieu hospitalier ou en PMI, planning familial ou centre d'orthogénie ont plus de liberté dans leur prescription de contraception** car elles se sentent peut-être plus protégées par la structure dans laquelle elles travaillent. Par ailleurs contrairement aux sages-femmes libérales, celles qui travaillent dans un établissement de santé sont en contact direct avec des médecins et peuvent demander des avis plus facilement en cas de situation pathologique.

**Notre deuxième hypothèse est confirmée puisque les recommandations sont suivies par la majorité des professionnels lors de la prescription de la contraception orale en 1<sup>ère</sup> intention en fonction de différents profils de femmes rencontrés régulièrement.**



## Conclusion

**La majorité des professionnels est informée des recommandations par rapport aux risques vasculaires et aux moyens de les dépister** pendant une consultation de prescription de contraception orale en 1<sup>ère</sup> intention. On note **une augmentation de prescription de pilule de 2<sup>ème</sup> génération en 1<sup>ère</sup> intention** de la part de tous les professionnels de santé, ce qui prouve que les recommandations ont été entendues et suivies.

Mais malgré la diminution des prescriptions des **COC de 3<sup>ème</sup> génération**, on remarque qu'elles **sont toujours présentes en cas d'acné**. En effet, on peut observer deux comportements : soit la prescription d'une pilule en tant que contraceptif avec un risque vasculaire minimum, soit la prescription d'une pilule principalement à visée anti-acnéique et donc en tolérant un risque vasculaire. C'est bien sûr à la patiente d'exprimer son choix par rapport à la contraception orale qu'elle souhaite mais seulement après une information éclairée par rapport aux risques vasculaires et aux bénéfices attendus sur la réduction de l'acné que chacune peuvent entraîner.

A travers cette étude nous avons pu constater **l'implication de la part des sages-femmes à vouloir se perfectionner en matière de contraception** et jouer un rôle dans le suivi contraceptif des femmes. Mais on a pu aussi noter les **difficultés** qu'elles pouvaient rencontrer **concernant leurs limites de prescription en cas de pathologie** et la limite entre physiologie et pathologie est parfois difficile à établir.

Par ailleurs, **la confiance des femmes dans leur contraception est un enjeu majeur de santé publique**. Le comportement des françaises par rapport à leur contraception a-t-il changé depuis l'année dernière ? Probablement. Près d'une femme sur cinq a changé de contraception pendant l'année 2013, chiffre révélé par le Ministère de la Santé lors de la journée de la contraception. **Le DIU et l'implant**, qui étaient jusque là boudés par les femmes et par les professionnels de santé, ont vu leur vente et donc **leur prescription augmenter de près de 30% en 1 an**.



Heureusement, contrairement à ce qu'on aurait pu craindre, les femmes n'ont pas arrêté leur contraception et le nombre d'IVG est resté stable.

Les recommandations des autorités sanitaires au sujet de la contraception continuent d'évoluer. La HAS vient ainsi de diffuser de nouveaux guides à destination des pharmaciens et les laboratoires devront à l'avenir insérer des "**cartes patientes**" dans les boîtes de contraceptifs **détaillant les signes de thrombose veineuse profonde, d'embolie pulmonaire, d'accident vasculaire cérébral et d'infarctus du myocarde**. Cela permettra d'informer les patientes quant à ces signes ce qui n'est pas toujours fait en consultation comme nous l'avons vu dans notre étude. Il faudra alors évaluer leur impact sur le niveau d'information des patientes.

Cette étude reflète l'état des prescriptions de contraception de Novembre 2013 à Janvier 2014. Régulièrement, de nouvelles recommandations de la HAS sont publiées, il est donc très important pour tous les professionnels de santé amenés à prescrire une contraception de se tenir au courant de l'évolution de celles-ci.



## Bibliographie

- [1] N. Bajos, A. Bohet, M. Le Guen, *Enquête Fecond, La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?* Population & Société, Septembre 2012
- [2] OMS, *Efficacité des méthodes contraceptives*, 2000
- [3] Lidegaard O, Hougaard L, Skovlund CW, Skjeldestad FE, Lokkegaard E, *Risk of venousthromboembolismfrom use of oral contraceptives containingdifferentprogestogens and oestrogen doses,Danishcohortstudy, 2001-2009. BMJ* 2011
- [4] ANSM, *Contraceptifs oraux combinés et risque de thrombose veineuse : prescription des pilules de 2e génération contenant du lévonorgestrel en première intention - Point d'information. 01/10/2012.*
- [5] Mc Adams, Staffa JA, *The concomitant prescribing of ethinylestradiol/drospirenone and potentiallyinteractingdrugs*, Contraception 2007
- [6] D. SERFATY, *Contraception Abrégés 4<sup>ème</sup> édition*, 2010, p.82-126
- [7] SITRUK-WARE, *New progestagens for contraceptive use*, Human Reproduction Update 2006
- [8] P. BARJOT, O. Graesslin, D. Cohen, *Grossesse survenant sous contraception orale : Les leçons de l'étude GRECO*, GynecolObstetFertil, Février 2006
- [9] Goldzieher JW, Stanczyk FZ, *Oral contraceptives and individualvariability of circulatinglevels of ethinylestradiol and progestins*, Contraception. 2008
- [10] L. DURENTEAU, *Contraception par progestatifs*, Gynécologie traité EMC, 2008
- [11] T. KOVER, *Maintenance of ovulation inhibition with the 75- $\mu$ g desogestrel-only-contraceptivepill (Cerazette) afterscheduled 12-h delays in tabletintake*, Contraception 2005
- [12] C.F. RICE, *A comparison of the inhibition of ovulation achieved by desogestrel 75mg and levonorgestrel 30mg daily*, Human Reproduction 1999

- [13] JAMIN C, *Rationaliser la contraception progestative (hors DIU au levonorgestrel)*, GynecolObstetFertil, 2008
- [14] P. Bouchard, A. Spira, Y. Ville, *Contraception orale et risque vasculaire : extrait du rapport de l'Académie Nationale de Médecine*, Février 2013
- [15] Jordan WM, *Pulmonaryembolism*, Lancet, 1961
- [16] S. Hennesy, J. Berlin, J. Kinman, *Risk of venousthromboembolismfrom oral contraceptives containinggestodene and desogestrel versus levonorgestrel: a meta-analysis andformalsensitivityanalysis*, Contraception, 2001
- [17] L. Eischer, S. Eichinger, *Risk of récurrent venousthromboembolismamong Young womenafter a first évent whileexposed to combined oral contraception versus not exposed to a cohortstudy*, Journal of thrombosis and hæmostasis, 2013-08-30
- [18] Lidegaard O, Lokkegaard E, Jensen A, WesselSkovlund C, Keiding N, *Thrombotic stroke and myocardialinfarctionwith hormonal contraception*, NewEngland JournalMedical, 2012
- [19] Plu-Bureau G, Hugon-Rodin J, Maitrot-Mantelet L, Canonico M, *Hormonal contraceptives and arterialedisease: An epidemiological update*, Best PractRes Clin EndocrinolMetab, 2013
- [20] L. Chasan-Tabel, M.J. Stampfer, *Epidemiology of oral contraceptives and cardiovascularisease*, Am Intern Med, 1998
- [21] Lidegaard, *Smoking and use of oral contraceptives : impact on thromboticdiseases*, Am J ObstetGynecol, 1999
- [22] Mantha S, Karp R, Raghavan V, Terrin N et al, *Assessing the risk of venousthromboembolicevents in womentakingprogestin-only contraception: a meta-analysis*, BMJ 2012
- [23] Van HylckamaVlieg A, Helmerhorst FM, Vandenbroucke JP et al, *The venousthromboticrisk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-controlstudy*, BMJ J 2009



- [24] Blanco-Molina A, Monreal M, *Venousthromboembolism in womentaking hormonal contraceptives*, Expert Rev. Cardiovasc, 2010
- [25] ANSM, *Rapport sur l'estimation du nombre de cas d'accidents thromboemboliques veineux attribuables aux contraceptifs oraux combinés en France entre 2000 et 2011*, Mars 2013
- [26] ANSM, *Contraceptifs oraux combinés (COC) et risque de thrombose veineuse : Préférer les pilules de deuxième génération contenant du levonorgestrel – Lettre aux professionnels de santé*, 21/12/2012
- [27] Lidegaard O, Nielsen LH, Skovlund CW, Lokkegaard E, *Venousthrombosis in users of non-oral hormonal contraception: follow-upstudy, Denmark 2001-10*, BMJ Mai 2012
- [28] Conar J, *Biological coagulation findings in thirdgeneration oral contraceptives*, Hum Reprod Update 1999
- [29] Tans G, Curvers J, Middeldorp S et al, *A randomizedcross-overstudy on the effects of levonorgestrel-anddesogestrel-containing oral contraceptives on the anticoagulant pathways*, ThrombHaemost 2000
- [30] WU O, Roberston L, *Oral contraceptives, hormone replacement therapy, thrombophilias and risk of venousthromboembolism : a systematicreview. The thrombosis : risk ans economicassessment of thrombophilia screening*, ThrombHaemost 2005
- [31] Odland V, Milsom I, Persson I, Victor A, *Can changes in sex hormone binding globulin predict the risk of venousthromboembolismwithcombined oral contraceptive pills?*, Acta ObstetGynecolscand, 2002
- [32] Alhenc-Gelas M, Plu Bureau G, *Impact of progestagens on activatedprotein C (APC) resistanceamongusers of oral contraceptives*, ThrombHaemost 2004
- [33] HAS, *Recommandation pour la pratique clinique : Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme*, Décembre 2004



[34] Publication du Service-Public, Site officiel de l'administration française, [en ligne] « *Diane 35 et génériques* », <http://www.service-public.fr/actualites/002792.html>, Page consultée le 1 février 2014

[35] ANSM, *Diane 35 et ses génériques : remise sur le marché en France avec restriction de l'indication, modification des contre-indications et renforcement des mises en garde* - Lettre aux professionnels de santé, Janvier 2014

[36] ANSM, *Etat des lieux et évolution de l'utilisation des contraceptifs oraux combinés (COC)*, Mars 2013

[37] ANAES, *Référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles*, Novembre 2004

[38] SHUFELT CL, *Contraceptive hormone use and cardiovascular disease*, J Am CollCardiol, 2009

[39] WHO, *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives*, Mise à jour 2008

[40] ANSM, *Lettre aux professionnels de santé, contraceptifs oraux combinés et risque de thrombose veineuse : Préférez les pilules de 2<sup>ème</sup> génération contenant du lévonorgestrel*, 21/12/2012

[41] HAS, Fiche Mémo : *Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire*, Juillet 2013

[42] HAS, *Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée*, Avril 2013

[43] Observatoire National de la Démographie des professions de Santé, *Compte rendu de l'audition des sages-femmes du 7 avril 2010*, Ministère de la Santé et des Sports.

[44] INSEE, *Médecins suivant le statut et la spécialité en 2012, 2013*

[45] Etudes et résultats, DRESS, *Les médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2012*, N° 796, mars 2012

[46] Le service public de la diffusion du droit, Site de legifrance, [en ligne], *Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études*



*spécialisées complémentaires de médecine*, <http://www.legifrance.gouv.fr> (page consultée le 14 février 2014)

[47] Le service public de la diffusion du droit, Site Legifrance, [en ligne], *Arrêté du 11 décembre 2001 relatif au contrôle des connaissances et des aptitudes des étudiants sages-femmes et à l'organisation desexamens*, <http://www.legifrance.gouv.fr> (page consultée le 14 février 2014)

[48] Le service public de la diffusion du droit, Site Legifrance, [en ligne], *Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques*, <http://www.legifrance.gouv.fr> (page consultée le 14 février 2014)

[49] AUBIN C, JOURDAIN MENNINGER D, CHAMBAUD L, *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*, IGAS, 2009

[50] ANSM, Informations Sécurité Patients, Information transmise sous l'autorité de l'ANSM, *Lettre aux professionnels de santé : Contraceptifs hormonaux combinés : rester conscient des différences entre les spécialités face au risque thromboembolique, de l'importance des facteurs de risque individuels, et être attentif aux manifestations cliniques*, Février 2014

[51] Ordre national des médecins, Conseil National de l'ordre, *Etude sur la répartition des médecins généralistes*, Avril 2012

[52] Atlas de la démographie médicale en France, *Situation au 1<sup>er</sup> Janvier 2013*, Conseil National de l'Ordre des Médecins

[53] Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, *Combined oral contraceptive pills for treatment of acné (Review)*, The Cochrane Library 2012.

[54] ANSM, *Evolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés (COC) et autres contraceptifs de janvier 2013 à décembre 2013*, Février 2014.

[55] Pomp ER, RosendaalFR, DoggenCJ, *Smoking increases the risk of venousthrombosis and actssynergisticallywith oral contraceptive use*, Am JHematol, 2008 Feb

[56] Farley TM, *Combined oral contraceptives, Smoking and cardiovascularrisk*, J EpidemiolCommunityHealth, Décembre 1998



[57] Le service public de la diffusion du droit, Site Legifrance, [en ligne], *LOI n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, 21 juillet 2009, <http://www.legifrance.gouv.fr> (page consultée le 15 février 2014)

[58] ANSM, *Evolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés (COC) et autres contraceptifs de janvier 2013 à décembre 2013*, Février 2014.

[59] Moyens de contraception, Dispositif Intra-Utérin (Stérilet), [en ligne], <http://www.choisirsacontraception.fr/>, (page consultée le 14 février 2014)

[60] John LibbeyEurotext, *Bilan biologique de la thrombose veineuse : quelle condition et quel coût ?*, Décembre 2006

[61] ANSM, *L'utilisation des contraceptifs depuis 1 an et les actions mises en place en 2013*, Janvier 2014



# Annexes



## Annexe I : Questionnaire

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement étudiante sage-femme en M2 à l'université de Saint Quentin en Yvelines (78). Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études, sous la direction de Madame Hélène Segain, cadre des consultations de gynécologie/obstétrique et du service d'orthogénie du centre hospitalier intercommunal de Poissy Saint Germain en Laye, je m'interroge sur les risques vasculaires liés à la contraception orale et notamment par rapport à la première prescription de contraception orale par différents professionnels de santé (gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes) en 2013. Pour cela, j'ai effectué un questionnaire.

Je vous remercie d'avance pour votre participation et me tiens à votre disposition pour toutes informations supplémentaires.

### 1<sup>ère</sup> PARTIE

#### Généralités :

##### Question 1 :

Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

##### Question 2 :

En quelle année avez vous eu votre diplôme ?

---

##### Question 3 :

Vous êtes :

- Médecin Généraliste



- Médecin Gynécologue obstétricien
- Sage-femme

**Question 4 :**

Si vous êtes un médecin généraliste ou une sage-femme :

- Avez vous eu des heures d'enseignements sur la contraception durant votre formation initiale ?
  - Oui
  - Non

**Question 5 :**

- Avez vous eu une formation complémentaire sur la contraception depuis votre diplôme ?
  - Oui
  - Non

- Si oui depuis quand date votre dernière formation continue ?

- Moins de 5ans
- Entre 5 et 10 ans
- Plus de 10 ans

**Question 6 :**

Quel est votre lieu principal d'exercice ?

- Libéral
- Hospitalier
- Planning familial, PMI, Centre d'orthogénie, Centre de santé

**Question 7 :**

Quelle est votre fréquence de prescription de contraception orale de 1<sup>ère</sup> intention par semaine ?

- Très rarement
- De temps en temps
- Souvent



Très fréquemment

## **Déroulement d'une consultation-type concernant la prescription d'une contraception orale de première intention :**

### **Question 8 :**

Combien de temps dure en moyenne une consultation pour une première prescription de contraception ?

15 min

Entre 20-30min

Plus de 30 min

### **Question 9 :**

Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception orale, interrogez-vous la patiente sur ses antécédents familiaux ?

Oui

Non

### **Question 10 :**

Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception orale, interrogez-vous la patiente sur ses antécédents personnels médicaux (prise de médicaments) ?

Oui

Non

### **Question 11 :**

Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception orale, recherchez-vous des conduites addictives chez la patiente tel que le tabagisme ?

Oui

Non



**Question 12 :**

Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception orale, prenez-vous la tension ?

Oui

Non

**Question 13 :**

Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception orale, pesez-vous la patiente et calculez-vous son IMC ?

Oui

Non

**Question 14 :**

Lors d'une consultation pour une première contraception orale, informez-vous les femmes par rapport aux risques thromboemboliques de la pilule et les alertez-vous quant aux signes évocateurs de la phlébite ou de l'embolie pulmonaire ?

Oui

Non

**Question 15 :**

Lors d'une consultation pour une première prescription de contraception orale, prescrivez-vous un bilan lipidique et un dosage de la glycémie ?

Oui

Non



## 2<sup>ème</sup> PARTIE

### Profil de différents cas cliniques permettant d'analyser les pratiques professionnelles

Choisissez quelle contraception orale de 1<sup>ère</sup> intention vous prescrivez en général dans les différentes situations cliniques citées :

1 seul choix possible :

#### Profil 1 :

Femme n'ayant aucun antécédent particulier et avec un examen clinique normal :

- Pilule microprogestative
- Pilule œstroprogestative de 2<sup>ème</sup> génération
- Pilule œstroprogestative de 3<sup>ème</sup> génération ou autre pilules dites de 4<sup>ème</sup> génération

#### Profil 2 :

Femme sans antécédent ou pathologie particulière mais se plaignant d'acné :

- Pilule microprogestative
- Pilule oestroprogestative de 2<sup>ème</sup> génération avec des doses d'œstrogènes  $\leq 20\mu\text{g}$
- Pilule oestroprogestative de 2<sup>ème</sup> génération avec des doses d'œstrogènes  $> 20\mu\text{g}$
- Pilule de 3<sup>ème</sup> génération ou autre pilules dite de 4<sup>ème</sup> génération

#### Profil 3 :

Jeune femme sans antécédent ou pathologie particulière mais fumant :

- Pilule microprogestative
- Pilule oestroprogestative de 2<sup>ème</sup> génération avec des doses d'œstrogènes  $\leq 20\mu\text{g}$
- Pilule oestroprogestative de 2<sup>ème</sup> génération avec des doses d'œstrogènes  $> 20\mu\text{g}$
- Pilule de 3<sup>ème</sup> génération ou autre pilules dite de 4<sup>ème</sup> génération
- Aucune pilule



**Profil 4 :**

**Femme avec dans ses antécédents familiaux : un accident thromboembolique au 1<sup>er</sup> degré**

- Recherchez-vous une thrombophilie ?

Oui

Non

- Si non pourquoi ?

---

- Si oui comment ?

En prescrivant un bilan thrombophilique

En adressant votre patiente vers un hématologue

Autre :

---

- Vous prescrivez :

Pilule microprogestative

Pilule œstroprogestative de 2<sup>ème</sup> génération avec des doses d'œstrogènes  $\leq 20\mu\text{g}$

Pilule œstroprogestative de 2<sup>ème</sup> génération avec des doses d'œstrogènes  $> 20\mu\text{g}$

Pilule de 3<sup>ème</sup> génération ou autre pilules dite de 4<sup>ème</sup> génération

Aucune pilule

**Profil 5 :**

**Femme étant hypertendue**

Pilule microprogestative

Pilule œstroprogestative de 2<sup>ème</sup> génération avec des doses d'œstrogènes  $\leq 20\mu\text{g}$

Pilule œstroprogestative de 2<sup>ème</sup> génération avec des doses d'œstrogènes  $> 20\mu\text{g}$

Pilule de 3<sup>ème</sup> génération ou autres pilules dite de 4<sup>ème</sup> génération

Aucune pilule



## Annexe II : Liste des contraceptifs oraux commercialisés en France au 1<sup>er</sup> Janvier 2013



### CONTRACEPTIFS ORAUX COMMERCIALISÉS EN FRANCE AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2013

#### Contraceptifs oraux commercialisés en France au 01 Janvier 2013 Estro-progestatifs

Génération progestatif	Dénomination commune (DC)	Phases	Dosage	Spécialités	Posologie
1 <sup>ère</sup>	Noréthistérone	Triphasique	Noréthistérone 500 puis 750 µg puis 1000 µg, EE 35 µg	Triella	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
2 <sup>ème</sup>	Lévonorgestrel	Monophasique	Lévonorgestrel 150 µg, EE 30 µg	Minidril - Ludéal - Zikale	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Lévonorgestrel 100 µg, EE 20 µg	Leeloo - Lovavulo	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
		Biphasique	Lévonorgestrel 150 puis 200 µg, EE 30 puis 40 µg	Adépal - Pacilia	21 cp (7+14) + 7 j d'arrêt
	Triphasique	Lévonorgestrel 50 puis 75 puis 125 µg, EE 30 puis 40 puis 30 µg	Trinordiol - Amarance - Daily - Evaneclia	21 cp (6+5+10) + 7 j d'arrêt	
Norgestrel	Monophasique	Norgestrel 500 µg, EE 50 µg	Stédini	21 cp (+ 7 j d'arrêt)	
3 <sup>ème</sup>	Désogestrel	Monophasique	Désogestrel 150 µg, EE 20 µg	Mercilon - Désobel 150/20 - Désogestrel Ethinylestradiol 150/20 - Biogaran - / Zentiva	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Désogestrel 150 µg, EE 30 µg	Vamoline - Désobel 150/30 - Désogestrel Ethinylestradiol 150/30 - Biogaran / Zentiva	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
				Vamoline continu	21 cp actifs + 7 placebo
	Gestodène	Monophasique	Gestodène 60 µg, EE 15 µg	Mélodia - Minesse - Sylviane - Edenelle - Gestodène Ethinylestradiol 60/15 Biogaran / Teva / Arrow / Zentiva	24 cp actifs + 4 placebo
			Gestodène 75 µg, EE 20 µg	Harmonet, Méliane - Carlin 75/20 - Efezial 75/20 - Félixita 75/20 - Gestodène Ethinylestradiol 75/20 Actavis / Arrow / Biogaran / EG / Ranbaxy / Ratiopharm / Sandoz / Teva / Zentiva / Zyclus	21 cp (+ 7 j d'arrêt)

	Gestodène		Gestodène 75 µg, EE 30 µg	Minulet - Monéva - Carlin 75/30 - Efezial 75/30 - Félixita 75/30 - Gestodène Ethinylestradiol 75/30 Actavis / Arrow / Biogaran / EG / Ranbaxy / Ratiopharm / Sandoz / Teva / Zentiva / Zyclus	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
		Triphasique	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
	Norgestimate	Monophasique	Norgestimate 250 µg, EE 35 µg	Cilest - Effprev	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
		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 <sup>ème</sup> génération)	Chlormadinone	Monophasique	Chlormadinone 2 mg, EE 30 µg	Bélara	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Drospirénone 3 mg, EE 30 µg	Jasmine - Convuline - Drospibel 3 mg / 30 µg - Drospirenone Ethinylestradiol 3 mg / 30 µg Biogaran	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
	Drospirénone	Monophasique	Drospirénone 3 mg, EE 20 µg	Jasminelle - Bélanette - Drospibel 3 mg / 20 µg - Drospirenone Ethinylestradiol 3 mg / 20 µg Biogaran	21 cp (+ 7 j d'arrêt)
			Drospirénone 3 mg, EE 20 µg	Jasminelle continu - Drospirenone Ethinylestradiol 3 mg / 20 µg Biogaran continu	21 cp actifs + 7 placebo continu
				Yaz - Rimendia	24 cp actifs + 4 placebo
	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.	Olaira	26 cp actifs (2+5+17+2) et 2 placebo
Nomégestrol	Monophasique	Nomégestrol acétate 2.5 mg, estradiol 1.5 mg	Zoely	24 cp actifs + 4 placebo	

cp : comprimé - EE : éthinylestradiol - j : jour