



HAL
open science

Comment les médecins généralistes ont-ils vécu la polémique des pilules de 3e et 4e génération? Une étude qualitative auprès de 11 médecins généralistes haut-normands en entretiens semi-dirigés

Chloé Fronville

► **To cite this version:**

Chloé Fronville. Comment les médecins généralistes ont-ils vécu la polémique des pilules de 3e et 4e génération? Une étude qualitative auprès de 11 médecins généralistes haut-normands en entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01230220

HAL Id: dumas-01230220

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01230220>

Submitted on 18 Nov 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNÉE : 2015

**THÈSE POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'état)

PAR
CHLOÉ FRONVILLE

NÉE LE 18 JUIN 1987 A ROUEN

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 OCTOBRE 2015

**COMMENT LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ONT-ILS VECU
LA POLÉMIQUE DES PILULES DE 3ÈME ET 4ÈME
GÉNÉRATION ?**

***UNE ÉTUDE QUALITATIVE AUPRES DE 11 MEDECINS GENERALISTES
HAUT-NORMANDS EN ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS.***

PRÉSIDENT DU JURY : Professeur Loïc MARPEAU

DIRECTRICE DE THÈSE : Docteur Danièle BOUILLON-COMA

MEMBRES DU JURY :

Professeur Hervé LEVESQUE

Professeur Véronique MERLE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME** HCN Cardiologie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR** HCN Chirurgie plastique
Mr Bruno **BACHY** (*sumombre*) HCN Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice **BAUER** HCN Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI** HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques **BENICHOU** HCN Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul **BESSOU** HCN Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise **BEURET-BLANQUART** HCN Commission E.P.P. D.P.C. Pôle
Qualité
(*sumombre*)
Mr Guy **BONMARCHAND** (*sumombre*) HCN Réanimation médicale
Mr Olivier **BOYER** UFR Immunologie
Mr Jean-François **CAILLARD** (*sumombre*) HCN Médecine et santé au travail
Mr François **CARON** HCN Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE** HCN Médecine interne (gériatrie)

| | | |
|--|-----|--|
| Mr Vincent COMPERE | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| Mr Antoine CUVELIER | HB | Pneumologie |
| Mr Pierre CZERNICHOW | HCH | Epidémiologie, économie de la santé |
| Mr Jean-Nicolas DACHER | HCN | Radiologie et imagerie médicale |
| Mr Stéfan DARMONI communication | HCN | Informatique médicale et techniques de communication |
| Mr Pierre DECHELOTTE | HCN | Nutrition |
| Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>) | HCN | Oto-rhino-laryngologie |
| Mr Frédéric DI FIORE | CB | Cancérologie |
| Mr Fabien DOGUET | HCN | Chirurgie Cardio Vasculaire |
| Mr Jean DOUCET | SJ | Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie |
| Mr Bernard DUBRAY | CB | Radiothérapie |
| Mr Philippe DUCROTTE | HCN | Hépatogastro-entérologie |
| Mr Frank DUJARDIN | HCN | Chirurgie orthopédique - Traumatologique |
| Mr Fabrice DUPARC traumatologique | HCN | Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mr Eric DURAND | HCN | Cardiologie |
| Mr Bertrand DUREUIL | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| Mme Hélène ELTCHANINOFF | HCN | Cardiologie |
| Mr Thierry FREBOURG | UFR | Génétique |
| Mr Pierre FREGER | HCN | Anatomie - Neurochirurgie |
| Mr Jean François GEHANNO | HCN | Médecine et santé au travail |
| Mr Emmanuel GERARDIN | HCN | Imagerie médicale |
| Mme Priscille GERARDIN | HCN | Pédopsychiatrie |
| Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>) | HB | Néphrologie |
| M. Guillaume GOURCEROL | HCN | Physiologie |
| Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>) | HCN | Urologie |
| Mr Olivier GUILLIN | HCN | Psychiatrie Adultes |
| Mr Didier HANNEQUIN | HCN | Neurologie |
| Mr Fabrice JARDIN | CB | Hématologie |
| Mr Luc-Marie JOLY | HCN | Médecine d'urgence |
| Mr Pascal JOLY | HCN | Dermato - Vénérologie |
| Mme Annie LAQUERRIERE | HCN | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Mr Vincent LAUDENBACH | HCN | Anesthésie et réanimation chirurgicale |

| | |
|--|---|
| Mr Xavier LE LOET | HCN Rhumatologie |
| Mr Joël LECHEVALLIER | HCN Chirurgie infantile |
| Mr Hervé LEFEBVRE | HB Endocrinologie et maladies métaboliques |
| Mr Thierry LEQUERRE | HB Rhumatologie |
| Mr Eric LEREBOURS | HCN Nutrition |
| Mme Anne-Marie LEROI | HCN Physiologie |
| Mr Hervé LEVESQUE | HB Médecine interne |
| Mme Agnès LIARD-ZMUDA | HCN Chirurgie Infantile |
| Mr Pierre Yves LITZLER | HCN Chirurgie cardiaque |
| Mr Bertrand MACE | HCN Histologie, embryologie, cytogénétique |
| M. David MALTETE | HCN Neurologie |
| Mr Christophe MARGUET | HCN Pédiatrie |
| Mme Isabelle MARIE | HB Médecine interne |
| Mr Jean-Paul MARIE | HCN Oto-rhino-laryngologie |
| Mr Loïc MARPEAU | HCN Gynécologie - Obstétrique |
| Mr Stéphane MARRET | HCN Pédiatrie |
| Mme Véronique MERLE | HCN Epidémiologie |
| Mr Pierre MICHEL | HCN Hépto-gastro-entérologie |
| Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>) | HCN Neurologie |
| Mr Jean-François MUIR | HB Pneumologie |
| Mr Marc MURAINÉ | HCN Ophtalmologie |
| Mr Philippe MUSETTE | HCN Dermatologie - Vénérologie |
| Mr Christophe PEILLON | HCN Chirurgie générale |
| Mr Jean-Marc PERON (<i>surnombre</i>) | HCN Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale |
| Mr Christian PFISTER | HCN Urologie |
| Mr Jean-Christophe PLANTIER | HCN Bactériologie - Virologie |
| Mr Didier PLISSONNIER | HCN Chirurgie vasculaire |
| Mr Bernard PROUST | HCN Médecine légale |
| Mr François PROUST | HCN Neurochirurgie |
| Mme Nathalie RIVES | HCN Biologie du développement et de la reproduction |
| Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>) | HCN Réanimation médicale - Médecine d'urgence |

| | | |
|--------------------------------------|-------|--|
| Mr Horace ROMAN | HCN | Gynécologie - Obstétrique |
| Mr Jean-Christophe SABOURIN | HCN | Anatomie - Pathologie |
| Mr Guillaume SAVOYE | HCN | Hépatogastrologie |
| Mme Céline SAVOYE-COLLET | HCN | Imagerie médicale |
| Mme Pascale SCHNEIDER | HCN | Pédiatrie |
| Mr Michel SCOTTE | HCN | Chirurgie digestive |
| Mme Fabienne TAMION | HCN | Thérapeutique |
| Mr Luc THIBERVILLE | HCN | Pneumologie |
| Mr Christian THUILLEZ | HB | Pharmacologie |
| Mr Hervé TILLY | CB | Hématologie et transfusion |
| Mr Jean-Jacques TUECH | HCN | Chirurgie digestive |
| Mr Jean-Pierre VANNIER | HCN | Pédiatrie génétique |
| Mr Benoît VEBER | HCN | Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale |
| Mr Pierre VERA | CB | Biophysique et traitement de l'image |
| Mr Eric VERIN réadaptation | CRMPR | Médecine physique et de |
| Mr Eric VERSPYCK | HCN | Gynécologie obstétrique |
| Mr Olivier VITTECOQ | HB | Rhumatologie |
| Mr Jacques WEBER | HCN | Physiologie |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|---------------------------------------|-----|-------------------------------------|
| Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG | HCN | Bactériologie – Virologie |
| Mr Jeremy BELLIEN | HCN | Pharmacologie |
| Mme Carole BRASSE LAGNEL | HCN | Biochimie |
| Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS | HCN | Chirurgie Vasculaire |
| Mr Gérard BUCHONNET | HCN | Hématologie |
| Mme Mireille CASTANET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Nathalie CHASTAN | HCN | Physiologie |
| Mme Sophie CLAEYSSENS | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mr Moïse COEFFIER | HCN | Nutrition |
| Mr Stéphanie DERREY | HCN | Neurochirurgie |
| Mr Manuel ETIENNE | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |

| | | |
|---|-----|-------------------------------------|
| Mr Serge JACQUOT | UFR | Immunologie |
| Mr Joël LADNER | HCN | Epidémiologie, économie de la santé |
| Mr Jean-Baptiste LATOUCHE | UFR | Biologie cellulaire |
| Mr Thomas MOUREZ | HCN | Bactériologie |
| Mr Jean-François MENARD | HCN | Biophysique |
| Mme Muriel QUILLARD | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mr Vincent RICHARD | UFR | Pharmacologie |
| Mr Mathieu SALAUN | HCN | Pneumologie |
| Mme Pascale SAUGIER-VEBER | HCN | Génétique |
| Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN | HCN | Anatomie |
| Mr Olivier TROST | HCN | Chirurgie Maxillo Faciale |

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

| | | |
|-----------------------------|-----|---------------|
| Mme Dominique LANIEZ | UFR | Anglais |
| Mr Thierry WABLE | UFR | Communication |

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

| | |
|---|----------------------|
| Mr Thierry BESSON | Chimie Thérapeutique |
| Mr Jean-Jacques BONNET | Pharmacologie |
| Mr Roland CAPRON (PU-PH) | Biophysique |
| Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite) | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH) | Parasitologie |
| Mr Jean Pierre GOULLE | Toxicologie |
| Mr Michel GUERBET | Toxicologie |
| Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET | Physiologie |
| Mme Christelle MONTEIL | Toxicologie |
| Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH) | Microbiologie |
| Mme Elisabeth SEGUIN | Pharmacognosie |
| Mr Rémi VARIN (PU-PH) | Pharmacie clinique |
| Mr Jean-Marie VAUGEOIS | Pharmacologie |
| Mr Philippe VERITE | Chimie analytique |

MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|--|--|
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et Minérale |
| Mme Dominique BOUCHER | Pharmacologie |
| Mr Frédéric BOUNOURE | Pharmacie Galénique |
| Mr Abdeslam CHAGRAOUI | Physiologie |
| Mr Jean CHASTANG | Biomathématiques |
| Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB | Législation pharmaceutique et économie de la santé |
| Mme Elizabeth CHOSSON | Botanique |
| Mme Cécile CORBIERE | Biochimie |

| | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| Mr Eric DITTMAR | Biophysique |
| Mme Nathalie DOURMAP | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUC | Pharmacologie |
| Mr Abdelhakim ELOMRI | Pharmacognosie |
| Mr François ESTOUR | Chimie Organique |
| Mr Gilles GARGALA (MCU-PH) | Parasitologie |
| Mme Najla GHARBI | Chimie analytique |
| Mme Marie-Laure GROULT | Botanique |
| Mr Hervé HUE | Biophysique et mathématiques |
| Mme Laetitia LE GOFF | Parasitologie - Immunologie |
| Mme Hong LU | Biologie |
| Mme Sabine MENAGER | Chimie organique |
| Mr Mohamed SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mme Malika SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mme Christine THARASSE | Chimie thérapeutique |
| Mr Frédéric ZIEGLER | Biochimie |

PROFESSEURS ASSOCIES

| | |
|-----------------------------------|----------------------|
| Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ | Pharmacie officinale |
| Mr Jean-François HOUIVET | Pharmacie officinale |

PROFESSEUR CERTIFIE

| | |
|----------------------------|---------|
| Mme Mathilde GUERIN | Anglais |
|----------------------------|---------|

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

| | |
|----------------------------|-------------|
| Mr Jérémie MARTINET | Immunologie |
|----------------------------|-------------|

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

| | |
|--------------------------------|---------------|
| Mr Romy RAZAKANDRAINIBE | Parasitologie |
| Mr François HALLOUARD | Galénique |

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

| | |
|--|-------------------------------------|
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et minérale |
| Mr Thierry BESSON | Chimie thérapeutique |
| Mr Roland CAPRON | Biophysique |
| Mr Jean CHASTANG | Mathématiques |
| Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB | Législation et économie de la santé |
| Mme Elisabeth CHOSSON | Botanique |
| Mr Jean-Jacques BONNET | Pharmacodynamie |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| Mr Loïc FAVENNEC | Parasitologie |
| Mr Michel GUERBET | Toxicologie |
| Mr François ESTOUR | Chimie organique |
| Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET | Physiologie |
| Mme Martine PESTEL-CARON | Microbiologie |
| Mme Elisabeth SEGUIN | Pharmacognosie |
| Mr Mohamed SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mr Philippe VERITE | Chimie analytique |

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mr Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

| | |
|----------------------------------|------------------------|
| Mr Serguei FETISSOV (med) | Physiologie (ADEN) |
| Mr Paul MULDER (phar) | Sciences du Médicament |
| Mme Su RUAN (med) | Génie Informatique |

MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|--|--|
| Mr Sahil ADRIOUCH (med) Inserm 905) | Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905) |
| Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med) moléculaire (UMR 1079) | Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079) |
| Mme Carine CLEREN (phar) | Neurosciences (Néovasc) |
| Mme Pascaline GAILDRAT (phar) (UMR 1079) | Génétique moléculaire humaine (UMR 1079) |
| Mr Nicolas GUEROUT (phar) | Neurophysiologie |
| Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med) 1076) | Physiologie (Unité Inserm 1076) |
| Mr Frédéric PASQUET | Sciences du langage, orthophonie |
| Mme Isabelle TOURNIER (phar) | Biochimie (UMR 1079) |

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation.

Remerciements

Au Professeur Loïc MARPEAU

Vous avez accepté de présider ce jury de thèse et d'examiner mon travail, j'en suis très honorée et vous en remercie.

Aux Professeurs Hervé LEVESQUE et Véronique MERLE

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon plus grand respect.

Au Docteur Danièle BOUILLON-COMA

Pour m'avoir accompagné dans ce travail, pour votre disponibilité et votre patience. Merci pour ces nombreux conseils et votre gentillesse.

À tous les médecins généralistes

Pour avoir accepté de participer à ces entretiens. Merci de m'avoir consacré du temps et de m'avoir fait partager vos expériences et votre ressenti sur ce sujet.

À Thibault, pour ton soutien si précieux et ta présence chaque jour.

À mon grand frère et à ma petite sœur, pour tout ces moments de complicité et votre soutien durant toutes ces années.

À mes parents, pour m'avoir donné goût à la médecine malgré vous et pour m'avoir guidé et soutenu dans ma vie.

À mes grands-parents, pour m'avoir toujours encouragé et épaulé.

À mes amis, pour leurs présences et ces bons moments partagés depuis plusieurs années.

Abréviations

1/2/3/4G : 1ère/2ème/3ème/4ème génération

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

ASMR : Amélioration du Service Médical Rendu

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

COC : Contraceptifs Oraux Combinés

DIU : Dispositif Intra Utérin

EE : Ethinyl-Estradiol

EMA : European Medicines Agency (Agence européenne des médicaments)

EP : Embolie Pulmonaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IDM : Infarctus Du Myocarde

INED : Institut National d'Études Démographiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MG : Médecin Généraliste

MTEV : Maladie Thrombo-Embolique Veineuse

ONU : Organisation des Nations Unies

POP : Pilule Œstro-Progestative

PP : Pilule Progestative

PRAC : Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (Comité pour l'évaluation des risques en matière de pharmacovigilance)

SMR : Service Médical Rendu

TVP : Thrombose Veineuse Profonde

Table des matières

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION..... | 1 |
| 1. CONTEXTE..... | 3 |
| 1.1 La contraception..... | 3 |
| 1.1.1 Définition de la contraception..... | 3 |
| 1.1.2 Evolution de la contraception..... | 3 |
| 1.1.3 Place de la pilule dans le paysage contraceptif français avant la polémique..... | 5 |
| 1.1.4 La contraception hormonale..... | 9 |
| 1.1.4.1 Classement des pilules contraceptives..... | 9 |
| 1.1.4.2 Le sur-risque thrombo-embolique des pilules de 3G/4G..... | 11 |
| 1.1.4.2.1 Le risque veineux..... | 11 |
| 1.1.4.2.2 Le risque artériel..... | 13 |
| 1.1.4.3 Les contre-indications des pilules œstroprogestatives..... | 13 |
| 1.1.4.3.1 Contre indications absolues..... | 14 |
| 1.1.4.3.2 Contre indications relatives..... | 15 |
| 1.1.4.4. Les effets indésirables des pilules œstroprogestatives..... | 16 |
| 1.1.4.5 Les effets bénéfiques des pilules œstroprogestatives..... | 16 |
| 1.2 La polémique..... | 17 |
| 1.2.1 Le début de la polémique autour des pilules de pilules 3G/4G..... | 17 |
| 1.2.1.1 La médiatisation..... | 17 |
| 1.2.1.2 Le déremboursement..... | 18 |
| 1.2.2 Des risques connus de longue date (33)..... | 19 |
| 2. METHODE..... | 22 |
| 2.1 Type d'étude, choix de la méthode..... | 22 |
| 2.2 Échantillon, critères d'inclusion et d'exclusion..... | 22 |
| 2.3 Organisation et déroulement des entretiens..... | 23 |
| 2.4 Retranscription..... | 23 |
| 2.5 Méthode d'analyse des données..... | 24 |
| 3. RESULTATS..... | 25 |
| 3.1 Caractéristiques des médecins..... | 25 |
| 3.2 Caractéristiques des entretiens..... | 26 |
| 3.3 Le ressenti des patientes..... | 26 |
| 3.3.1 L'angoisse des patientes les a fait consulter..... | 26 |
| 3.3.2 Chez d'autres patientes, la polémique est passé inaperçue..... | 27 |
| 3.3.3 Un changement de contraception a été nécessaire pour certaines..... | 28 |
| 3.4 La pratique des MG avant la polémique..... | 29 |
| 3.4.1 Les MG qui prescrivaient des pilules de 3G/4G..... | 29 |
| 3.4.2 Les MG qui n'ont pas prescrit de pilules de 3G/4G..... | 31 |
| 3.4.3 Un interrogatoire peu poussé..... | 32 |
| 3.5 Le vécu de la polémique par les MG..... | 33 |
| 3.5.1 Le bon vécu par les MG..... | 33 |
| 3.5.2 Remise en question des MG..... | 34 |
| 3.5.3 Une ouverture vers d'autres contraceptions..... | 34 |
| 3.5.4 La remise en cause des pilules 3G a été mal faite..... | 34 |
| 3.6 Les changements des MG suite à la polémique..... | 35 |
| 3.6.1 La prescription des pilules..... | 35 |
| 3.6.1.1 Vers un changement dans les pratiques..... | 35 |
| 3.6.1.2 Un arrêt des prescriptions des pilules de 3G/4G..... | 37 |
| 3.6.1.3 En première intention : les pilules 2G..... | 38 |
| 3.6.1.4 La problématique de l'anneau vaginal..... | 38 |
| 3.6.2 Les prises en considération des MG..... | 39 |

| | | |
|---------|---|----|
| 3.6.2.1 | Un interrogatoire plus poussé..... | 39 |
| 3.6.2.2 | Plus d'informations données aux patientes..... | 39 |
| 3.6.2.3 | Des facteurs de risques à prendre en compte..... | 40 |
| 3.6.3 | Une ouverture vers d'autres moyens..... | 40 |
| 3.6.3.1 | Le stérilet..... | 41 |
| 3.6.3.2 | L'implant..... | 42 |
| 3.6.3.3 | Le patch..... | 42 |
| 3.6.3.4 | La contraception définitive..... | 42 |
| 3.7 | Les documents de l'ANSM..... | 43 |
| 3.7.1 | Le document pour les MG..... | 43 |
| 3.7.1.1 | Les côtés positifs..... | 43 |
| 3.7.1.2 | Les côtés négatifs..... | 44 |
| 3.7.1.3 | Désaccord à propos des contre-indications..... | 45 |
| 3.7.2 | Le document pour les patientes..... | 47 |
| 3.7.2.1 | L'intérêt du document..... | 47 |
| 3.7.2.2 | Le côté négatif du document..... | 48 |
| 3.8 | Les IVG suite à la polémique..... | 50 |
| 3.8.1 | Vers une tendance à l'augmentation du nombre d'IVG ?..... | 50 |
| 3.8.2 | Pas d'augmentation du nombre d'IVG constatée..... | 51 |
| 3.9 | Un modèle pro-pilule..... | 51 |
| 3.10 | Les méthodes dites naturelles..... | 53 |
| 3.10.1 | Méthodes en pleine expansion..... | 53 |
| 3.10.2 | Pas une bonne méthode de contraception..... | 56 |
| 3.11 | La polémique vue par les MG..... | 58 |
| 3.11.1 | Le côté bénéfique de la polémique..... | 58 |
| 3.11.2 | Les effets secondaires suite à la polémique..... | 60 |
| 3.12 | La pilule Diane 35..... | 62 |
| 3.13 | Les formations..... | 63 |
| 4. | DISCUSSION..... | 65 |
| 4.1 | Intérêt et originalité de l'étude..... | 65 |
| 4.2 | Critique de la méthode..... | 66 |
| 4.2.1 | Les biais..... | 66 |
| 4.2.2 | Les limites..... | 67 |
| 4.2.3 | Les validités..... | 67 |
| 4.3 | Analyse des résultats..... | 68 |
| 4.3.1 | Evolution des prescriptions des pilules de 3G et 4G..... | 68 |
| 4.3.2 | Vers une diversification des méthodes..... | 72 |
| 4.3.2.1 | Le DIU..... | 72 |
| 4.3.2.2 | L'implant..... | 73 |
| 4.3.2.3 | Anneau vaginal et patch..... | 73 |
| 4.3.2.4 | Méthodes dites « naturelles »..... | 74 |
| 4.3.2.5 | La stérilisation tubaire..... | 76 |
| 4.3.2.6 | Les freins à la prescription des contraceptions de longue durée d'action..... | 77 |
| 4.3.3 | La polémique..... | 77 |
| 4.3.3.1 | Le vécu par les MG..... | 77 |
| 4.3.3.2 | L'influence des laboratoires pharmaceutiques..... | 78 |
| 4.3.3.3 | Les IVG..... | 78 |
| 4.3.3.4 | La polémique est vite retombée..... | 80 |
| 4.3.4 | Les troubles thrombo-emboliques..... | 81 |
| 4.3.4.1 | Interrogatoire plus poussé ?..... | 81 |
| 4.3.4.2 | Une diminution du nombre d'embolies pulmonaires..... | 81 |
| 4.3.4.3 | Bilan de coagulation..... | 82 |

| | |
|---|----|
| 4.3.5 La remise en question des MG..... | 83 |
| 4.3.5.1 Les formations..... | 83 |
| 4.3.5.2 Les documents ANSM..... | 84 |
| 4.3.5.3 Adaptation de la contraception à chacune..... | 84 |
| CONCLUSION..... | 86 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 87 |
| ANNEXES..... | 92 |

INTRODUCTION

La France est un modèle pro-pilule, en 2010 une femme sur deux en âge de procréer prend la pilule (1). Il s'agit du mode de contraception le plus utilisé en France (66 millions de plaquettes vendues par an). C'est chez les jeunes que l'usage de la pilule est le plus important, puisqu'en 2010 près de 83,4 % des femmes de 20-24 ans l'utilisaient (2).

Par ailleurs, une pilule sur deux utilisées était en 2012 de 3ème ou de 4ème génération (3).

Le paradoxe français : le taux de recours à la contraception est l'un des plus élevés d'Europe mais le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) se stabilise à un niveau élevé (un peu plus de 200 000 IVG par an) qui s'explique en partie par une difficulté à gérer sa contraception au quotidien, et tend même à augmenter dans certaines tranches d'âge (4).

C'est pendant mon internat, et à la suite de mon passage dans le service de gynécologie obstétrique du CHU de Rouen, que je me suis intéressée à la question de la contraception et à sa diversité. Pendant les consultations de contraception au planning familial avec des adolescentes je me suis rendu compte de la complexité du choix du bon contraceptif, adapté à chaque patiente en fonction de ses antécédents, de son mode de vie et de son désir. J'ai donc appris à utiliser les différents types de contraceptifs, que ce soit la pilule (combinée ou progestative seule), l'implant, le patch, l'anneau vaginal ou le stérilet.

Pendant mon stage chez le praticien, les médecins généralistes n'utilisaient pas tous ces différents moyens et prescrivaient en priorité la pilule comme contraceptif.

Pour quelles raisons la pilule est-elle le premier mode de contraception en France ? Y a-t-il des freins à la prescription des autres moyens ?

Le dépôt de plainte fin 2012 d'une jeune femme victime d'un AVC alors qu'elle prenait une pilule de 3ème génération, suscita une polémique à la fois médiatique et politique qui aura pour conséquence le déremboursement des pilules de 3ème et 4ème génération en mars 2013.

Cette polémique va provoquer des débats autour de la contraception et va induire une chute des prescriptions de pilule œstroprogestative, de près de 9 % entre 2012 et 2014 (5).

Près d'une femme sur cinq déclare avoir changé de méthode contraceptive depuis ce débat médiatique de 2012-2013 sur les pilules (6).

La polémique a eu un impact direct sur les patientes via les médias. Il nous est paru important d'étudier la façon dont les médecins généralistes ont vécu cette polémique.

L'objectif principal de ce travail sera de comprendre les points de vue des médecins généralistes sur cette polémique et d'analyser le ressenti de son impact sur leurs pratiques. L'objectif secondaire est de voir en quoi cette polémique a modifié les prescriptions de contraception.

Nous allons voir la place de la pilule dans le paysage contraceptif français. Nous ferons un point sur ce qui a induit cette polémique de 2012-2013 et ses conséquences 2 ans après sur la contraception, le risque thrombo-embolique et le taux d'IVG.

Nous avons interrogé 11 médecins généralistes Hauts-Normands par des entretiens semi-dirigés sur leur perception de cette polémique et les modifications de prescriptions qu'elle a pu impliquer. Les données ont été ensuite analysées dans le cadre d'une étude qualitative et comparées à celles existantes dans la littérature.

1. CONTEXTE

1.1 La contraception

1.1.1 Définition de la contraception

Le terme « contraception » désigne l'ensemble des moyens employés pour provoquer une infécondité temporaire chez la femme ou chez l'homme afin d'éviter une grossesse.

La pilule est l'une des méthodes contraceptives. Il en existe de nombreuses autres, tels le dispositif intra-utérin (DIU), le patch contraceptif, l'implant contraceptif, l'anneau vaginal, le diaphragme, la cape cervicale, le préservatif masculin ou féminin, les spermicides, les progestatifs injectables, ainsi que les méthodes de stérilisation à visée contraceptive.

La méthode contraceptive la plus utilisée en France est la pilule, ou contraceptif oral, qui agit à différents niveaux : elle bloque l'ovulation, amincit la paroi interne de l'utérus (endomètre) pour empêcher toute implantation et modifie la consistance de la glaire cervicale (empêchant ainsi le passage des spermatozoïdes) (7)

1.1.2 Evolution de la contraception

Les femmes et les hommes ont de tout temps inventé et créé mille recettes pour la contraception :

- introduction de miel, pommade à base d'excréments de crocodile, huile de cèdre, onguent de plomb mélangé à l'huile d'olive, huiles (safran, acacia, racines de mandragore) mélangées à la pulpe de grenade ou de figue...dans le vagin
- eau froide pour tuer le sperme
- tampons occlusifs en laine pour fermer le col de l'utérus
- étude des cycles préconisant l'abstinence juste avant et après les règles (8).

Les préservatifs existent depuis bien longtemps :

- dans l'Antiquité : ils étaient composés de vessie de chèvre chez les Grecs.
- 16^e siècle en Asie : apparition du préservatif en papier de soie huilée en Chine, en écailles de tortue ou en cuir au Japon.
- 17^e siècle en Angleterre : Gabriel Fallope, invente un fourreau de lin « à la mesure du gland » imbibé de décoctions d'herbes astringentes (« Condom » ou « Redingote anglaise »).

Le 1er préservatif en latex est commercialisé en 1870 (8).

Les premiers stérilets voient le jour :

- dans l'Antiquité avec les Bédouins qui glissaient des cailloux dans l'utérus des chamelles pendant les longues traversées du désert.
- dans les années 1920 avec des anneaux de fer, d'argent et d'or dans l'utérus.
- 1962 : invention d'un DIU en plastique au Japon.
- le 1er stérilet au cuivre apparaît en 1969 aux USA et l'adjonction de progestérone au DIU en 1977 (8).

Se développent également des méthodes dites naturelles :

- la méthode Ogino dans les années 1920 : méthode de calcul de la période de fécondité (entre le 12ème et le 16ème jour du cycle) qui préconise l'abstinence à cette période.
- la méthode Knauss en 1930 : courbe de température pour déterminer le moment de l'ovulation.
- la méthode Billings basée sur l'observation de la glaire cervicale (9).

La naissance de la pilule (9) :

- les Égyptiens, sans connaître le rôle des hormones dans la fécondation, avaient pensé à la contraception orale et proposaient ainsi aux femmes d'ingérer des graines de grenade moulues mélangées à de la cire ; la grenade contenant des œstrogènes, peut-être était-ce là le premier moyen de contraception orale hormonale ?

- au début du 20^e siècle, on découvre les hormones féminines. Haberlandt identifie le rôle des ovaires. Butenandt isole l'œstrone en 1929, Hohlweg et Inhoffen développent l'éthinylestradiol (EE) et l'éthistérone (= œstradiol de synthèse) en 1938. L'œstradiol de synthèse est produit en 1934 et les progestatifs de synthèse dès 1950.

- 1954 : premiers essais de la pilule contraceptive à Porto Rico. La pilule est née ! Elle se nomme « Enovid » avec sa première autorisation de mise sur le marché (AMM) aux États Unis le 10 juin 1957. Elle contient 150 microgrammes d'œstrogènes (mestranol) et 10 milligrammes de progestérone (noréthynodrel). La pilule est commercialisée pour la première fois en Allemagne Fédérale dès 1956, avant même que la vente ne soit autorisée dans le pays de son invention, les États-Unis. Elle ne sera autorisée en France qu'en 1967.

- Décembre 1967 : loi Neuwirth (10) (n° 67-1176), elle abroge les articles du code de la santé réprimant la propagande anticonceptionnelle et autorise l'importation et la fabrication des contraceptifs. Il faudra tout de même attendre 1974 (11) pour que celles-ci soient remboursées. Aujourd'hui la pilule contraceptive est le moyen contraceptif le plus utilisé en

France (1).

D'autres formes de contraception hormonale se sont développées plus tard en France :

- en 1980, apparaît la forme injectable de progestérone.
- en 1988, est commercialisée la pilule abortive « Norlevo® » ou pilule « du lendemain », une contraception d'urgence.
- l'implant sous-cutané « Implanon® » est disponible depuis 2001.
- le dispositif transdermique (patch) et l'anneau vaginal sont apparus en 2004.

La stérilisation définitive :

- la méthode Essure : conçue en 1998, elle a été introduite en France en 2002.

De 2005 à 2010, la Sécurité Sociale la remboursait au même titre que la ligature des trompes.

A partir de août 2010, seules les femmes de plus de 40 ans (ou celles de moins de 40 ans présentant une intolérance majeure à un moyen de contraception ET une contre-indication à la grossesse) sont intégralement prises en charge.

Le 14 Novembre 2012 cette méthode fut remboursée sans limite d'âge.

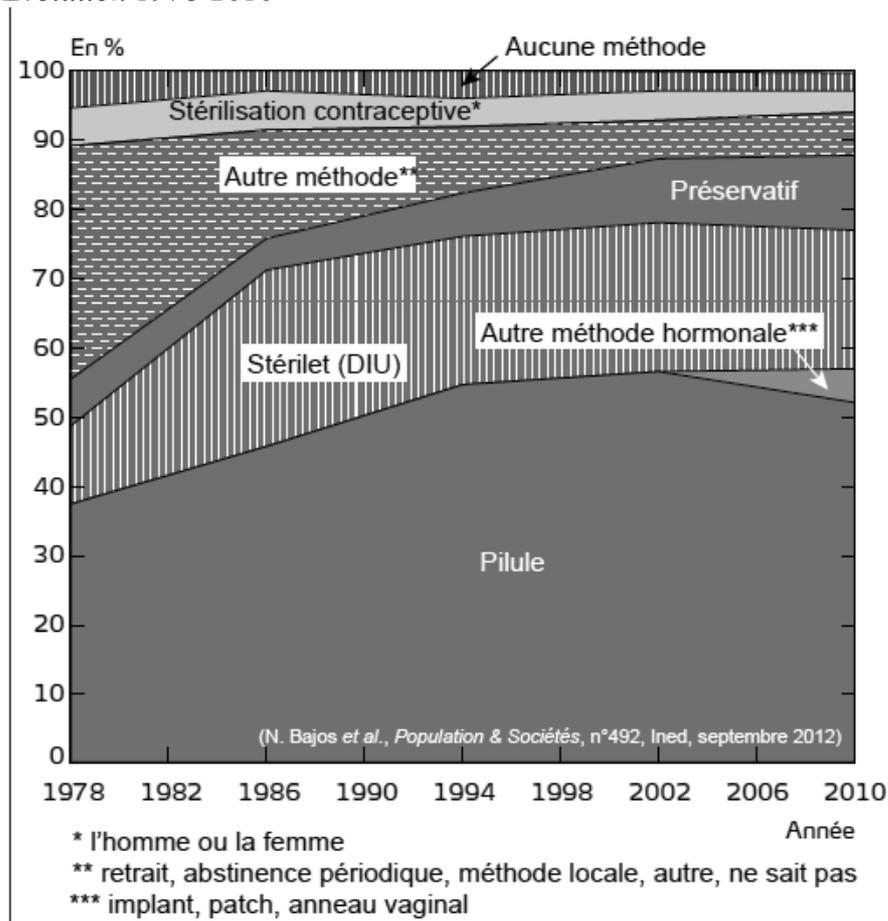
- la ligature des trompes (l'autre méthode contraceptive définitive) reste elle, prise en charge par l'assurance-maladie quel que soit l'âge des femmes y ayant recours (12).

1.1.3 Place de la pilule dans le paysage contraceptif français avant la polémique

Le modèle contraceptif le plus répandu dans la société française se caractérise par l'utilisation du préservatif, seul ou en association avec la pilule, à l'entrée dans la sexualité. Les femmes l'abandonnent ensuite au profit de la pilule seule, qui devient le principal mode de contraception utilisé par les femmes de moins de 45 ans. Puis l'utilisation de la pilule diminue au bénéfice du DIU. Le DIU n'est le plus souvent prescrit que lorsque les femmes ont fini de faire leurs enfants. Ce dernier devient ainsi la méthode de contraception la plus utilisée à partir de 45 ans (1)

Ce modèle contraceptif a connu des évolutions notables en France au cours des années 2000. Les femmes se sont vues proposer de nouvelles méthodes hormonales de contraception comme l'implant, le patch et l'anneau vaginal (Illustration 1) (13)

Illustration 1: Les méthodes de contraception utilisées en France.
Evolution 1978-2010



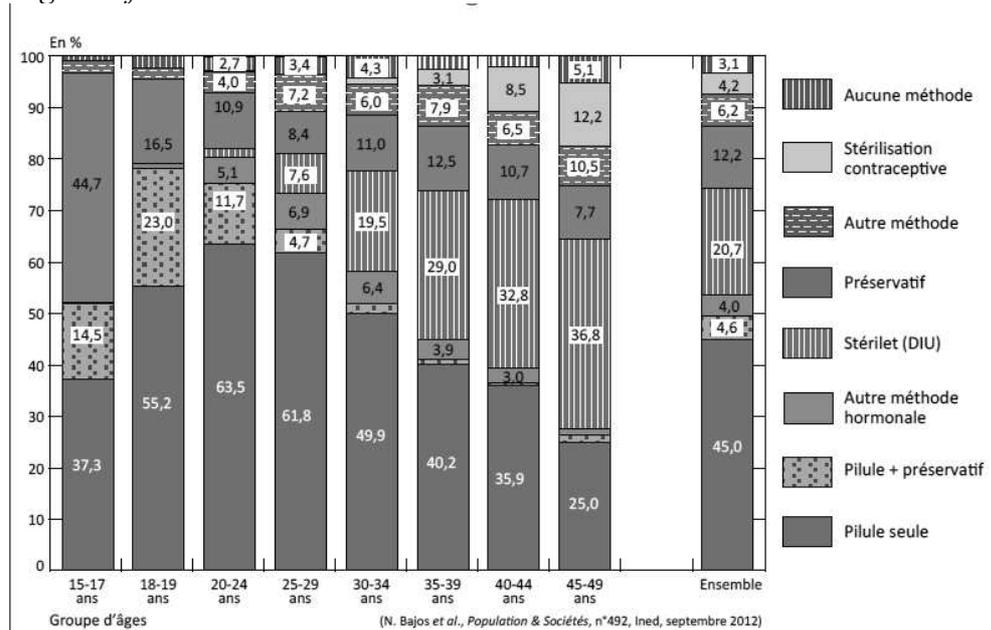
La pilule reste aujourd'hui la méthode de contraception la plus utilisée en France, une femme de 15-49 ans sur deux l'utilisant en 2010. Mais alors que le pourcentage de femmes ayant recours à la pilule n'avait cessé d'augmenter depuis la légalisation de la contraception en 1967, elle a un peu diminué depuis le début des années 2000 (- 4,6 %).

Pour expliquer cette légère décroissance, les auteurs de l'étude de l'Ined et de l'Inserm avancent la dégradation de la situation économique des jeunes femmes (dont 40 % d'entre elles se voient prescrire des marques non remboursées) (1).

Cette baisse est en partie compensée par l'adoption des nouvelles méthodes hormonales (utilisées par 4 % des femmes en 2010). Parmi elles, l'implant est la méthode la plus utilisée (2,6 % des femmes de 15-49 ans), puis l'anneau vaginal (1,0 %) et enfin le patch contraceptif (0,4 %).

Le recours à la pilule a diminué de façon différente selon l'âge des femmes (Illustration 2) :

Illustration 2: Méthodes de contraception utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes



- 18-19 ans (- 4,4 %) : recours plus fréquent au préservatif et aux nouvelles méthodes hormonales.
- 20-24 ans (- 10,4 %) partiellement compensée par le recours aux nouvelles méthodes hormonales (+ 5,1 %).
- 25-29 ans (- 5,8 %), très largement compensée par ces nouvelles méthodes hormonales (+ 6,9 %).

S'agissant des autres méthodes de contraception, les évolutions dans les années 2000 sont en continuité avec les tendances précédentes :

- le recours au DIU continue à diminuer légèrement tandis que l'utilisation du préservatif comme contraceptif progresse encore.
- le recours aux « méthodes naturelles » comme le retrait ou la méthode des températures, en baisse régulière depuis les années 1970, s'est stabilisé depuis 2000 et concerne 6,2 % des femmes.
- la stérilisation contraceptive continue à ne concerner qu'une minorité de femmes (3,9 % d'entre elles et 0,3 % de leurs partenaires masculins) alors qu'elle a été légalisée en 2001 comme méthode contraceptive (1).

Quant aux femmes qui n'utilisent pas de contraception du tout alors qu'elles ne souhaitent pas être enceintes, elles ne sont aujourd'hui comme hier qu'une petite minorité, environ 3 % (5,1 % des 45-49 ans et seulement 0,9 % des 15-17 ans). Cette situation est plus fréquente

chez les femmes confrontées à une situation financière difficile, peu ou pas diplômées, ou vivant en milieu rural.

Concernant les prescripteurs, l'HAS précise que (3):

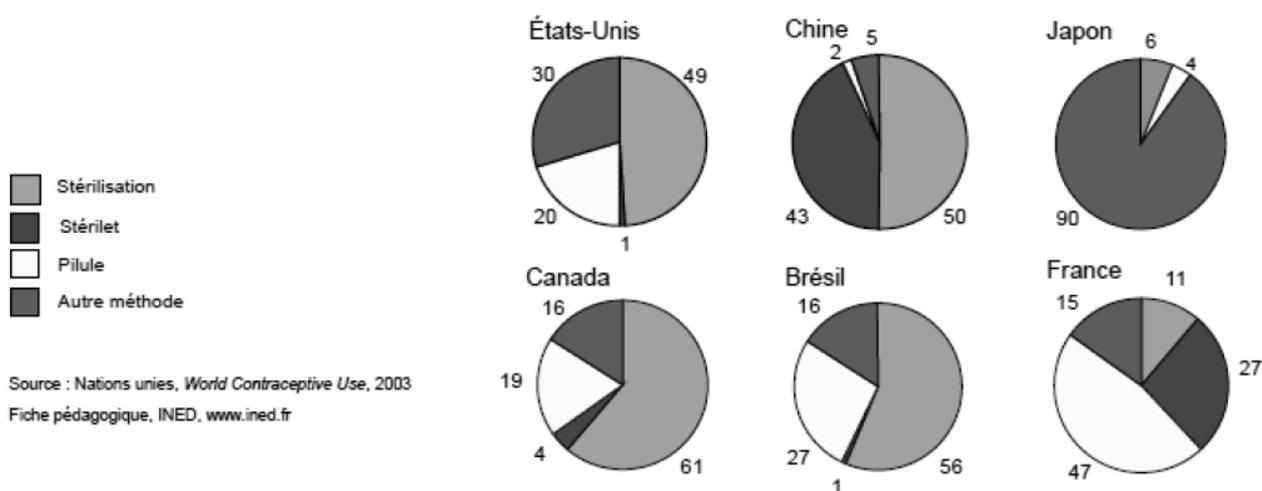
- les pilules œstroprogestatives (POP) prescrites par les généralistes sont majoritairement de 1ère ou 2ème génération (1G/2G) alors que celles prescrites par les gynécologues sont plus souvent de 3ème ou 4ème génération (3G/4G).

- moins de 10% des DIU sont prescrits par des généralistes, les nouvelles méthodes hormonales (anneau, patch, implant) sont également rarement prescrites par les généralistes.

La situation française se caractérise donc par un taux de couverture contraceptive élevé et par la place prédominante occupée par la contraception orale. Les statistiques recueillies au niveau mondial dans le cadre de l'Organisation des Nations Unies (ONU) montrent bien la spécificité du modèle français, y compris par rapport aux autres pays de niveau comparable de développement (Illustration 3).

La place prépondérante des contraceptifs oraux combinés (COC) est une tendance plutôt occidentale, bien qu'il existe des variations dans les modes de contraception probablement en rapport avec des aspects culturels ou de choix politique (2) comme le montre cette illustration 3.

Illustration 3: Méthodes de contraception les plus utilisées dans quelques pays du monde (pour 100 couples mariés pratiquant la contraception en 2000)



1.1.4 La contraception hormonale

1.1.4.1 Classement des pilules contraceptives

La pilule est une méthode de contraception simple et totalement réversible. Son efficacité est classée selon l'indice de Pearl (nombre de grossesses observées pour 100 femmes) qui est de 0,3 en utilisation optimale (Illustration 4). En pratique courante, certaines études médicales ont rapporté un indice de Pearl un peu moins bon de l'ordre de 6-8% (14)

Illustration 4: Indice de Pearl et efficacité pratique des contraceptifs

| Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives | | |
|--|-----------------|---------------------|
| Méthode | Indice de Pearl | Efficacité pratique |
| Estro-progestatifs (pilule) | 0,3 | 8 |
| Progestatifs (pilule) | 0,3 | 8 |
| Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel | 0,2 | 0,2 |
| Dispositif intra-utérin au cuivre | 0,6 | 0,8 |
| Préservatifs masculins | 2 | 15 |
| Spermicides | 18 | 29 |
| Diaphragme et spermicides | 6 | 16 |
| Cape cervicale | 9 à 26 | 16 à 32 |
| Méthodes naturelles | 1 à 9 | 20 |
| Implants | 0,05 | 0,05 |

Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2011 (extrait)

Il existe deux types de contraception orale. Les pilules contiennent en effet une ou deux hormones similaires à celles que fabriquent naturellement les ovaires (7)

→ Premièrement, les contraceptifs oraux combinés (COC) : Elles contiennent à la fois un progestatif et un œstrogène. Il existe de nombreuses pilules selon la composition et le dosage de ces deux hormones.

Le type de progestatif utilisé détermine la génération de la pilule :

- **COC de 1ère génération** (1960) :
 - noréthistérone (exemple : Triella®).
- **COC de 2ème génération** (1973) :
 - lévonorgestrel (exemples : Adepal®, Leeloo®, Ludéal gé®, Daily gé® Minidril®, Trinordiol®, Amarance®, Evanecia® Lovavulo®, Optidril®, Optilova®, Pacilia®, Zikiale®, et leurs génériques)
 - norgestrel (exemple : Stédiril®)
- **COC de 3ème génération** (1984) :
 - désorgestrel (exemples : Cycléane®, Désobel®, Mercilon®, Varnoline®, et Varnoline continu®, et génériques),
 - gestodène (exemples : Carlin®, Edenelle®, Efezial®, Felixita®, Harmonet®, Méliane®, Melodia®, Minesse®, Minulet®, Moneva®, Optinesse®, Perleane®, Phaeva®, Sylviane®, Tri-minulet,® et génériques)
 - norgestimate (exemples : Cilest®, Effarer®, Triafermi®, Tricilest® et génériques).
- **COC de 4ème génération** (2001) :
 - drospirénone (exemples : Belanette®, Convuline®, Drosipelle®, Jasmine®, Jasminelle® et Jasminelle continu®, Rimendia®, Yaz®, et génériques),
 - chlormadinone (exemple : Belara®),
 - diénogest (exemple : Qlaira®)
 - nomégestrol (exemple : Zoely®).

Le terme « génération » ne sous-entend pas que les pilules les plus récentes sont préférables aux précédentes. Toutes ces pilules ont une efficacité contraceptive comparable. L'œstrogène le plus souvent utilisé est le 17 beta EE, un œstrogène de synthèse ayant une activité œstrogénique environ 100 fois plus élevée que l'œstradiol naturel.

Les pilules peuvent être également classées en fonction de leur dosage d'EE :

Les premières dites macro-dosées (50µg - 100 µg) ne sont plus utilisées du fait d'effets secondaires importants. Depuis les doses d'EE ont diminué jusqu'à obtenir un maximum de confort.

Il existe aujourd'hui des pilules dites normo-dosées (à 50 µg) et des micro-dosées (15-20-30 µg). Certaines ont enfin des doses variables d'œstradiol en fonction de l'évolution de la plaquette (pilules dites "mono, bi ou triphasique") (15).

→ Deuxièmement les pilules progestatives (PP) qui ne contiennent, quant à elles, qu'une seule hormone en quantité très faible. Elles sont composées :

- Soit de lévonorgestrel (exemple : Microval®)
- Soit de désogestrel (exemples : Cérazette® et génériques).

A part, on retrouve des progestatifs utilisés dans le cadre d'une contraception d'urgence :

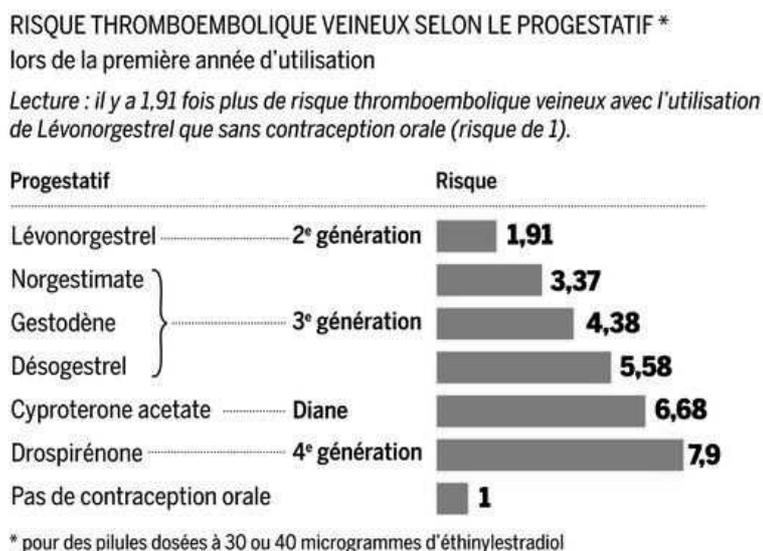
- Norlevo® (2 comprimés de 75 µg de lévonorgestrel)
- EllaOne® (30 mg d'ulipristal acétate).

1.1.4.2 Le sur-risque thrombo-embolique des pilules de 3G/4G

1.1.4.2.1 Le risque veineux

Le risque thrombo-embolique veineux est majoré chez les femmes ayant une prédisposition congénitale. En effet, des anomalies de l'hémostase telles qu'une diminution de la protéine S et de l'antithrombine, une résistance acquise à la protéine C activée, un taux élevé de SHBG ou encore une mutation du facteur V Leiden peuvent augmenter la coagulation sanguine en cas de prise d'œstroprogestatifs.

Plusieurs travaux publiés ont fait preuve du risque accru de faire un événement thrombo-embolique veineux avec un COC de 3G par rapport à un COC de 1G/2G (Illustration 5).



INFOGRAPHIE LE MONDE

SOURCES : HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ ; O.LIDEGAARD ET AL., BRITISH MEDICAL JOURNAL, 2009

Illustration 5: Risque thrombo-embolique veineux selon le progestatif lors de la première année d'utilisation.

Chez la femme en bonne santé sans aucun autre facteur de risque (16) :

- il est d'environ 0,02 % par an (soit 2 accidents par an pour 10.000 utilisatrices) avec les COC de 1G/2G,

- il est multiplié par 2 et passe à 0,04 % par an (soit 4 accidents par an pour 10.000 utilisatrices) avec les COC de 3G.

Pour comparer, le risque de thrombose veineuse est de 0,06 % par an (soit 6 cas pour 10.000 femmes) au cours de la grossesse.

Le risque thrombo-embolique veineux lié aux COC est maximal dans les 12 premiers mois. Il diminue avec la durée de prise de la contraception, mais le sur-risque lié aux COC de 3G par rapport aux COC de 1G/2G persiste.

Aparté sur Diane 35

En février 2013, la France lança une procédure européenne de réévaluation du rapport bénéfice/risque des spécialités contenant l'association acétate de cyprotérone 2 mg et éthinylestradiol 35µg (Diane 35 et ses génériques) commercialisées en France depuis 1987.

Les données montraient un risque thrombo-embolique veineux multiplié par 4 chez les femmes recevant Diane 35 par rapport aux femmes ne prenant ni Diane 35, ni contraception orale.

Ce risque connu avait été à l'origine de plusieurs modifications d'AMM depuis 1995.

Les données de vente de Diane 35 et de ses génériques pour l'année 2012 montraient une proportion importante de prescriptions en dehors de son AMM (le traitement de l'acné légère à modérée chez la femme). Les médecins généralistes et les gynécologues prescrivaient en effet ces produits majoritairement à visée contraceptive.

L'ANSM, en attendant les conclusions de la procédure européenne, a suspendu les AMM de Diane 35 et de ses génériques le 21 mai 2013 en France.

Le 25 juillet 2013, la Commission européenne a conclu à un rapport bénéfice/risque favorable de Diane 35 et de ses génériques. Cependant, en raison du risque thrombo-embolique connu, l'indication a été restreinte (17):

- traitement de l'acné modérée à sévère en deuxième intention après échec des traitements topiques et des antibiotiques systémiques,

- pas d'association avec un autre contraceptif hormonal,

- pas d'antécédent chez la patiente de thrombose veineuse ou artérielle ou de facteurs de risque (âge, tabagisme, obésité et l'immobilisation prolongée),

- pas d'indication dans le traitement de l'alopécie

Par ailleurs, Diane 35 et ses génériques font dorénavant l'objet d'une surveillance renforcée.

Suite à cette décision européenne, l'ANSM a donc levé la suspension des AMM et certaines spécialités ont été remises sur le marché français depuis janvier 2014.

1.1.4.2.2 Le risque artériel

Le risque artériel (IDM et AVC ischémique) des COC, également étudié, est augmenté. Les 2 principaux déterminants de ce sur-risque sont l'âge et le tabac. Le risque thrombotique artériel reste indépendant du type de progestatif des COC, les COC de 3G/4G n'entraînent donc pas de sur-risque de maladie artérielle par rapport aux COC de 1G/2G. Ce risque dépend en revanche de la dose en œstrogènes. Ce sur-risque est estimé à 1,5 à 2 quelle que soit la génération, par rapport aux femmes qui ne prennent pas la pilule (18)

Après 45 ans, les œstroprogestatifs ne sont pas conseillés en raison de l'accroissement des risques vasculaires et métaboliques, on conseille donc une contraception mécanique.

L'analyse des événements indésirables de thrombose montre qu'une fois sur deux il y avait des facteurs favorisants, expliquant la survenue de thrombose veineuse ou artérielle et, dans un nombre important de cas, ces facteurs favorisants étaient connus avant la prescription de pilule. Certaines précautions d'emploi n'ont ainsi peut-être pas été respectées par les prescripteurs (19).

→ Au total :

Compte tenu de l'augmentation du risque de survenue d'accidents thrombo-emboliques veineux et artériels associée aux COC de 3G/4G, la Commission de la transparence considère que ces contraceptifs n'apportent pas d'amélioration du service médical rendu par rapport aux COC de 2G. Les COC de 3G sont des traitements de deuxième intention.

Les progestatifs d'ancienne génération combinés à un faible dosage d'EE sont associés à un moindre risque thrombo-embolique veineux et artériel (7)

1.1.4.3 Les contre-indications des pilules œstroprogestatives

Les pilules combinées représentent un moyen contraceptif efficace mais elles ne peuvent pas être utilisées par toutes les femmes. Comme nous l'avons vu précédemment, l'utilisation d'une COC augmente le risque de thrombose veineuse (phlébite, embolie pulmonaire) et artérielle (accident vasculaire cérébral ischémique, infarctus du myocarde) par rapport aux non-utilisatrices.

Les contre-indications concernent toutes les COC, quelle que soit leur génération (7) :

1.1.4.3.1 Contre indications absolues

Avant toute prescription d'une COC, une éventuelle contre indication doit être recherchée par un interrogatoire minutieux et approfondi couplé à un examen clinique. Au moindre doute, il appartiendra au prescripteur de réaliser des examens complémentaires ou l'avis d'un spécialiste à la recherche d'une contre-indication (20).

Les COC ne doivent pas être prescrits dans les conditions suivantes ou doivent être immédiatement arrêtés en cas d'apparition de l'une des affections suivantes (21) :

→ Risque de thrombose veineuse:

- Antécédent personnel de thrombose veineuse (TVP, EP),
- Thrombophilie : prédisposition héréditaire ou acquise comme :
 - Résistance à la protéine C activée (Mutation du facteur V Leiden ou du gène de la prothrombine 20210G>A),
 - Déficit en anti-thrombine III,
 - Déficit en protéine S ou en protéine C,
 - Hyper-homocystéinémie et Anticorps anti-phospholipides (anticorps anti-cardiolipine, anticoagulant lupique)
- Si une intervention chirurgicale majeure ou une période d'immobilisation prolongée est prévue, suspendre l'utilisation et conseiller une méthode de contraception non hormonale au moins pendant les 4 semaines précédant l'intervention ou l'immobilisation et les 2 semaines suivant le retour à une mobilité complète.

→ Risque de thrombose artérielle :

- Antécédent personnel de thrombose artérielle (IDM, AVC)
- Présence de facteurs de risque de thrombose artérielle :
 - Valvulopathie, trouble du rythme thrombogène, cardiopathie ischémique
 - Diabète compliqué (micro ou macro-angiopathie),
 - Hypertension artérielle sévère ($\geq 160/100$),
 - Dyslipoprotéïnémie sévère
- Pancréatite ou antécédents personnels d'hypertriglycémie sévère,
- Maladies de système ou vascularites (lupus...),
- Migraines avec aura (signes neurologiques focalisés)
- Tabagisme si plus de 35 ans et consommation > 15 cigarettes / jour

→ Risques liés aux hormones :

- Tumeurs malignes hormono-dépendants (exemples : tumeurs des organes génitaux ou du sein),
- Tumeurs hypophysaires,
- Pathologies hépatiques sévères,
- Les porphyries.

1.1.4.3.2 Contre indications relatives

Dans certains cas, certains symptômes ou facteurs de risque doivent faire rediscuter avec la patiente la balance bénéfique/risque, ce qui peut aboutir à l'arrêt d'une contraception orale.

Ces conditions nécessitant une réévaluation sont (21) :

→ Thrombose veineuse

- Age (supérieur à 35 ans),
- Antécédents familiaux de thrombose veineuse (chez un apparenté au premier degré avant 50-60 ans),
- Immobilisation prolongée ; intervention chirurgicale ; traumatisme important ; post-partum.
- Utilisation de médicament susceptible d'accroître le risque de thrombose (corticoïdes, neuroleptiques, antipsychotiques, antidépresseurs, chimiothérapie, etc.)

→ Thrombose artérielle

- Antécédents familiaux cardiovasculaires (chez un apparenté au premier degré avant 50-60 ans),
- Age (supérieur à 35 ans),
- Tabagisme actif (supérieur à 15 cigarettes par jour),
- Trouble du bilan lipidique,
- Obésité (IMC > 30kg/m²),
- HTA (par exemple une pression systolique entre 140 et 159 mmHg ou une pression diastolique entre 90 et 99 mmHg),
- Diabète de type II sans complications,
- Migraines sans aura
- Autres affections moins fréquentes dans cette tranche d'âge : lupus érythémateux disséminé, syndrome hémolytique et urémique, entéropathies inflammatoires chroniques (maladie de Crohn et recto-colique hémorragique), drépanocytose

1.1.4.4. Les effets indésirables des pilules œstroprogestatives

Des effets indésirables peuvent survenir au début de la prise de la pilule ou au bout de plusieurs mois. Ils sont la plupart du temps sans danger.

Dans la plupart des cas, la pilule estroprogestative est bien tolérée. Cependant, compte tenu de la grande variabilité du métabolisme en fonction de chaque individu, certains effets secondaires, tels que des nausées, des vomissements, des jambes lourdes, des mastodynies, une acné, un hirsutisme et des migraines, sont parfois observés. En revanche, on ne retrouve pas de prise de poids significative sous pilule (15).

Une augmentation des triglycérides, une altération possible du métabolisme glucidique et des modifications variables du cholestérol et de ses fractions, en fonction du progestatif utilisé et de la dose d'EE, justifient la surveillance métabolique. Or Martin Winkler dans son ouvrage « contraception mode d'emploi » précise qu'en Angleterre, il n'y a pas de bilan lipidique systématique chez les femmes sans aucun facteur de risque cardio-vasculaire, il serait inutile de doser le cholestérol pour ce groupe de femme ayant une contraception orale (22).

Les COC produisent chez certaines femmes une faible augmentation de la pression artérielle, justifiant sa surveillance régulière.

Certaines études (23) (21) semblent indiquer l'association à une très faible augmentation du risque du cancer du sein. Heureusement, il s'agit surtout de formes localisées, facilement dépistées par un examen régulier.

Malgré tout, aucune étude n'a démontré que les COC de 3G apportaient un bénéfice supplémentaire par rapport aux COC de 1G/2G sur les effets indésirables comme l'acné, la prise de poids, les nausées, les mastodynies, la dysménorrhée, l'aménorrhée et les ménométrorragies.(16).

1.1.4.5 Les effets bénéfiques des pilules œstroprogestatives

Ils sont beaucoup moins médiatisés ou connus mais les COC peuvent avoir des effets bénéfiques ou protecteurs pour la santé.

Le risque de cancer de l'ovaire est diminué de 50 % chez les femmes utilisant une contraception orale par rapport aux femmes n'en utilisant pas et le risque de cancer de l'endomètre diminue de 50 % avec les COC.

Ils auraient un effet bénéfique sur les tumeurs bénignes du sein (fibroadénome et mastose fibrokystique) et inhiberaient le développement de fibromes utérins (15)

Les COC diminuent l'incidence des infections génitales hautes, les kystes fonctionnels ovariens, minimisent les douleurs pelviennes chroniques et les douleurs de l'ovulation. La pilule permet ainsi de régulariser les troubles du cycle : durée des cycles, volume des règles (avec diminution des anémies ferriprives), dysménorrhées, syndrome prémenstruel. C'était d'ailleurs là son indication principale lorsqu'elle a été commercialisée dans les années 1960.

1.2 La polémique

1.2.1 Le début de la polémique autour des pilules de pilules 3G/4G

1.2.1.1 La médiatisation

En Mai 2011, suite à la revue de la littérature sur le risque de thrombose veineuse chez les femmes qui utilisent un COC effectuée par l'EMA et afin de minimiser le risque de thrombose, qu'il soit veineux ou artériel, l'ANSM recommande, via une publication en Octobre 2012, aux prescripteurs qui souhaitent prescrire une contraception orale estroprogestative (25) :

- de privilégier la prescription des COC de 1G/2G contenant du lévonorgestrel
- de rechercher les facteurs de risque, notamment de thrombose, lors de toute prescription d'un COC à une nouvelle utilisatrice
- d'informer les femmes du risque de thrombose et de les alerter quant aux signes cliniques évocateurs
- d'effectuer un suivi clinique pour surveiller la tolérance au traitement contraceptif prescrit.

En Novembre 2012, du fait de leur moindre risque thrombo-embolique veineux pour une efficacité comparable, la HAS considère que les COC de 1G/2G doivent être préférés à ceux de 3G (16).

Ce n'est en décembre 2012 que la polémique éclate avec un premier article paru dans le quotidien « Le Monde » le 14 décembre 2012 avec « Pilule : Marion Larat, l'injustice transformée en combat » où cette jeune femme de 25 ans porte plainte contre le laboratoire Bayer suite à un AVC qu'elle avait eu en 2006, 3 mois après avoir débuté Méliane, une pilule de 3G (26). S'en suit un deuxième article, toujours via le journal « Le Monde », le 15 janvier 2013 « ces vies brisées par la pilule » où le quotidien a recueilli les témoignages d'autres

victimes, ou familles de victimes.

L'espace médiatique de cette fin d'année 2012 aura été fortement « embolisée » par les annonces successives de cas de patientes victimes des effets indésirables thromboemboliques liés l'utilisation de ces méthodes contraceptives (23).

Certaines femmes, inquiètes et craignant pour leur santé, ont alors stoppé leur contraception sans avis médical. Il s'en est suivi une augmentation du nombre de grossesses non désirées et de ce fait une augmentation du nombre d'IVG (28).

Les autorités sanitaires ont appliqué le principe de précaution en s'appuyant sur les données de la science. Ainsi l'ANSM a envoyé une mise en garde aux prescripteurs le 21 Décembre 2012 et le 2 Janvier 2013 le déremboursement des pilules de 3G/4G a été annoncé.



(29)

1.2.1.2 Le déremboursement

Initialement, la Commission de transparence de l'HAS a rendu en Septembre 2012 un avis défavorable et juge le service médical rendu (SMR) des COC de 3G insuffisant. Le SMR d'un médicament est évalué sur la base de plusieurs critères, dont son efficacité et ses effets indésirables, sa place dans l'éventail thérapeutique et son intérêt pour la santé publique. Pour un nouveau médicament, si le SMR est jugé insuffisant, il n'est pas remboursé. Pour un médicament existant, si le SMR est insuffisant, et lorsqu'il existe d'autres médicaments répondant aux mêmes indications, son remboursement est réexaminé. Suite à l'avis de la Commission de transparence, la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine, a pris la décision de mettre fin au remboursement de cette classe de pilules. Le déremboursement des pilules contraceptives de 3e génération sera donc effectif à compter du 30 septembre 2013 (25).

Puis Marisol Touraine, via l'arrêté du 28 février 2013 portant radiation de spécialités pharmaceutiques de la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale (31), revient sur sa décision et avance la date du déremboursement de ces pilules de six mois (32). La ministre de la Santé mettra donc fin au remboursement des COC de 3G dès le 31 mars 2013, le temps pour les utilisatrices d'envisager, avec leurs médecins, un autre mode de contraception, si elles le souhaitent.

1.2.2 Des risques connus de longue date (33)

En 1995, alors que les premières pilules de troisième génération étaient commercialisées, une série d'études parues dans la revue anglophone « The Lancet », annonçait pour la première fois que les pilules les plus récentes de 3G augmentaient le risque d'embolie pulmonaire et de phlébite. Des déclarations confirmées en 2005 par des études parallèles, mais largement ignorées par les firmes pharmaceutiques pour lesquels la pilule de 3ème génération représente un marché plus onéreux que les pilules précédentes (29).

En 2001, l'Agence Européenne du Médicament (EMA) a réuni un comité d'expert pour établir des recommandations et ainsi réévaluer le risque de thrombose veineuse avec les COC de 3G contenant du désogestrel ou du gestodène (35). Elle a conclu qu'il existait un sur-risque de thrombose veineuse par rapport aux COC de 2G avec les COC de 3G contenant 30 µg d'EE et du désogestrel ou du gestodène. Pour les COC de 3G contenant 20 µg d'EE, les données épidémiologiques ne suggèrent pas que le sur-risque soit moindre par rapport aux COC de 3G contenant 30 µg d'EE. Pour cette dernière génération de pilules contraceptives, il était ainsi fait état d'un sur-risque de mortalité de 1 à 4 par million de femmes, comparé aux pilules de 1G/2G. Enfin, l'EMA a également conclu que le rapport bénéfice/risque des COC de 3G restait quand même positif et que le sur-risque de thrombose veineuse devait être mentionné dans l'AMM des COC de 3G. En septembre 2001, la France a alerté les professionnels de santé sur le risque thrombo-embolique veineux des C3G.

Pour ce qui est de la Haute autorité de Santé (HAS), 15 pilules contraceptives de 3G ont été examinées par la commission de transparence en 2002. L'HAS réaffirmait alors ce sur-risque thrombo-embolique imputable à cette classe de médicaments préventifs (36). Pourtant, il y est conclu à un ASMR de 5 pour Varnoline (COC de 3G) par rapport aux pilules de 1G/2G, donnant moins d'effets indésirables pour une même efficacité en terme de contraception. Le SMR était bon, car présentant un bon rapport bénéfice/risque en terme de prévention des grossesses, et un intérêt majeur en santé publique.

Par ailleurs, la commission avait demandé aux laboratoires pharmaceutiques concernés de

lui fournir des données permettant d'évaluer la tolérance des COC de 3G versus ceux de 2G. Mais, ces données n'ont jamais été fournies, empêchant de conclure à une meilleure tolérance clinique des pilules de 3G sur les différents effets indésirables. Il s'en suit une possibilité offerte aux laboratoires d'inscription au remboursement à hauteur de 65% des pilules de 3ème génération.

En 2007, la commission de transparence prit un avis sensiblement différent que celui émis 5 ans auparavant (36). Elle s'appuyait sur deux nouvelles méta-analyses (Kemmeren et Baillargeon) mettant en évidence l'augmentation du risque de MTEV et d'AVC avec les pilules de 3G par rapport à celles de 2G. L'avis des experts était relativement clair « *les contraceptifs oraux de 3G ne peuvent être recommandés aux nouvelles utilisatrices en 1ère intention* ». Ainsi, il est affirmé que les COC de 3G, médicaments à visée préventive sont des traitements de deuxième intention, bien que l'ASMR reste à 5. La commission conclut ainsi : « *En conséquence, il n'est pas attendu d'intérêt de santé publique pour les contraceptifs oraux de 3G* ».

En 2009, la publication d'une étude cas-témoin menée au Danemark compare les différents types de progestatifs des COC, indépendamment de la durée de traitement et de la dose d'œstrogène et déclenche une réflexion européenne (EMA) concernant le risque de thrombose veineuse avec les COC de 4G contenant de la drospirénone.

Cette même année, une autre étude cas-témoin hollandaise fut publiée, faisant état d'un risque relatif de MTEV de 3,6 du levonorgestrel par rapport aux non exposées aux pilules contraceptives. Cet Odds ratio est de 5,6 pour le gestodène, 7,3 pour le désogestrel, 6,8 pour la cyprotérone.

Enfin, ces deux études mettaient en évidence un risque accru de MTEV durant les premiers mois d'utilisation de ces pilules œstroprogestatives, quelque soit les doses d'œstrogène ou le type de progestatif utilisés.

Entre 2009 et 2011, plusieurs publications sont examinées. En mai 2011, l'EMA publia une nouvelle observation sur ces pilules de 3G/4G. Il est admis que ces pilules présentent un risque accru de MTEV. Toutefois, leur prescription n'est pas remise en cause par l'agence.

En effet, il ne fallait pas que les femmes, sur les bases de ces nouvelles affirmations, abandonnent leur contraception devant le très faible risque de survenue de ces événements thrombo-emboliques. La conclusion était que le rapport bénéfice/risque des COC contenant de la drospirénone restait toujours positif en soulignant que les thromboses veineuses étaient des événements rares.

L'EMA se base sur 2 études, l'une anglaise de 2011 et l'autre américaine. En France, devant ces nouvelles données épidémiologiques, la direction générale de la santé a saisi la Commission de la Transparence de la HAS, le 27 décembre 2011. Il était alors question de réévaluer le SMR de ces traitements, de leur place dans la stratégie thérapeutique et de leur périmètre de prise en charge par l'assurance maladie (32).

L'avis rendu en juin 2012 était sans équivoque. Il était évoqué un rapport bénéfice/risque faible des COC de 3G. Il n'était plus recommandé de les prescrire qu'en 2ème intention. Le service médical était alors considéré comme insuffisant pour être mis au remboursement par la Sécurité Sociale (19).

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

→ le rapport bénéfice/risque de chaque COC est favorable :

- L'efficacité de tous les COC est identique du point de vue de la contraception. Les données scientifiques disponibles n'apportent pas la preuve d'une différence en termes de tolérance entre les différents COC ;

- Le risque thrombo-embolique, bien que faible, est supérieur chez les femmes utilisatrices de COC par rapport à celles qui n'en prennent pas ;

- Les COC contenant du norgestimate ont un risque équivalent à celui des contraceptifs contenant du lévonorgestrel (risque de base);

- Les COC contenant du gestodène, du désogestrel ou de la drospirénone présentent un sur-risque de thrombose veineuse par rapport à celui des contraceptifs contenant du lévonorgestrel ;

- Le sur-risque généré par les COC contenant du gestodène, du désogestrel ou de la drospirénone en termes d'événements thrombo-emboliques veineux et de décès au niveau européen a été reconnu.

La position française au PRAC de réserver la prescription des pilules de 3G en seconde intention n'a malheureusement pas été suivie dans la majorité des pays européens.

Les recommandations du PRAC ont été confirmées par le CHMP (Committee for Medicinal Products for Human Use) du mois de novembre 2013. Cette position a été soumise à la Commission Européenne.

2. METHODE

2.1 Type d'étude, choix de la méthode

L'objectif de cette étude était d'aller à la rencontre de médecins généralistes afin de connaître leurs vécus, leurs ressentis et leurs difficultés 2 ans après cette polémique qui a été induite par le déremboursement des pilules de 3G et 4G fin 2012, début 2013.

Pour répondre au mieux à notre question nous avons choisi d'utiliser une méthode qualitative par entretiens individuels semi dirigés. Cette méthode nous semblait plus appropriée pour guider les médecins généralistes sur les différents thèmes abordés dans un guide d'entretien tout en leur laissant une certaine liberté d'exprimer leurs ressentis, leurs expériences individuelles, ce qui permet de laisser la place à des commentaires.

Le caractère subjectif des réponses possibles justifie d'autant plus le recours à cette méthode.

Les entretiens étaient ouverts, semi-dirigés, réalisés de manière individuelle, en face à face, dans le cabinet du médecin, axés par un guide d'entretien préalablement rédigé qui a été réalisé après quelques recherches bibliographiques. Il a d'ailleurs évolué après 3 entretiens avec des questions supplémentaires. L'ordre des questions pouvait différer d'un entretien à un autre.

2.2 Échantillon, critères d'inclusion et d'exclusion

Les médecins interrogés ont été recruté selon des critères et modalités bien définis. Nous avons choisi de solliciter des médecins généralistes installés en Haute-Normandie
Cet échantillon ne prétend pas être représentatif mais essaie d'être le plus diversifié possible qui est la source de la richesse des données.

Les critères d'inclusion étaient tous les médecins généralistes thésés et installés en Haute-Normandie acceptant de participer à l'étude.

Les critères d'exclusion étaient les médecins remplaçants, gynécologues et sages-femmes.

Tous les médecins généralistes interrogés ont affirmé pratiquer la gynécologie de façon

courante mais à des degrés d'intérêts différents. Ces derniers recrutés pour cette étude ont été informés que ce travail s'inscrivait dans le cadre d'un travail de thèse.

2.3 Organisation et déroulement des entretiens

Nous avons utilisé un guide d'entretien pour nous permettre de retrouver les principaux thèmes à chaque entretien (cf annexe 1). Ce guide d'entretien a été évolutif puisqu'on a ajouté quelques questions à la fin du 3ème entretien.

Les entretiens ont été réalisés par l'enquêtrice et pour la plupart du temps au cabinet du médecin généraliste, un entretien a été réalisé à la faculté de médecine pour des raisons pratiques, jusqu'à saturation des données. C'est-à-dire que le nombre d'entretien n'a été arrêté qu'une fois que les réponses apportées sont devenues redondantes.

Nous avons donc réalisé 11 entretiens sur une période de 4 mois.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de l'application dictaphone sur smartphone et réalisé par l'enquêtrice. L'anonymat des médecins interrogés a été respecté et rappelé aux médecins ainsi aucun enquêté n'a été gêné par l'enregistrement.

En fin d'entretien, l'enquêtrice demandait au médecin s'il avait des commentaires ou remarques supplémentaires avant de conclure.

2.4 Retranscription

La retranscription permet de restituer l'intégralité de l'entretien, pour cela il a fallu retranscrire via le logiciel LibreOffice ce qui a été dit pendant l'entretien sans le dénaturer. La retranscription a été faite par l'enquêtrice mot pour mot avec les hésitations et les pauses.

La retranscription de chaque entretien a été réalisé au fur et à mesure des entretiens dans des brefs délais afin d'obtenir une transcription des propos des médecins généralistes la plus fidèle possible.

2.5 Méthode d'analyse des données

Les données ont été analysées de façon thématique en fonction du contenu de chaque entretien. Cette analyse transversale qui a été faite à partir de l'ensemble des entretiens a permis de fragmenter les entretiens par thèmes et sous-thèmes et correspondent aux grandes idées.

Dans un premier temps nous avons codé chaque entretien individuellement en reprenant phrase par phrase et en les classant par thèmes.

Puis dans un second temps, et une fois tous les entretiens codés, nous avons regroupé chaque thème et sous-thème pour constituer un arbre thématique.

Chaque thème est alors illustré par une ou plusieurs citations qui n'ont subi aucunes modifications.

3. RESULTATS

3.1 Caractéristiques des médecins

Cette étude qualitative, par entretiens individuels, a été menée auprès de 11 médecins généralistes installés en Seine-Maritime et dans l'Eure du 6 janvier 2015 au 27 avril 2015.

L'âge de notre échantillon allait de 38 à 68 ans, avec une moyenne à 51,5 ans.

La durée de l'entretien a varié entre 14 et 44 minutes, avec une moyenne de 24 minutes.

Sur les 11 médecins interrogés, la répartition était la suivante : 7 femmes et 4 hommes, 7 exerçaient en milieu urbain, 1 en semi rural et 3 en secteur rural.

| Médecins interrogés | Sexe | Age | Année d'installation | Lieu d'exercice | Formation | Nombre de consultations par semaine | MSU | Durée de l'entretien (min) |
|---------------------|-------|------|----------------------|-----------------|---|-------------------------------------|-------|----------------------------|
| M1 | F | 56 | 1987 | Urbain | IVG méd | 120 | Oui | 20 |
| M2 | H | 57 | 1986 | Rural | Gériatrie | 100 | Oui | 14 |
| M3 | F | 43 | 2005 | Rural | FMC gynéco | 60 | Oui | 18 |
| M4 | H | 64 | 1979 | Semi-rural | DU médecine du sport et gériatrie | 215 | Non | 44 |
| M5 | H | 54 | 1996 | Urbain | DU médecine du sport et médecine tropicale | 180 | Oui | 18 |
| M6 | F | 39 | 2009 | Urbain | 0 | 100 | Non | 31 |
| M7 | F | 40 | 2002 | Rural | 0 | 70 | Oui | 17 |
| M8 | F | 38 | 2005 | Urbain | FMC gynéco | 120 | Non | 17 |
| M9 | F | 56 | 1984 | Urbain | CES médecine du travail et IVG méd | 120 | Oui | 25 |
| M10 | H | 68 | 1976 | Urbain | DU médecine du sport et douleur | 140 | Non | 27 |
| M11 | F | 50 | 1995 | Urbain | DU gynéco, médecine du sport et ostéopathie | 150 | Oui | 35 |
| Moyenne | 7F/4H | 51,5 | 1993,1 | 7U/4R | | 125 | 7O/4N | 24,2 |

3.2 Caractéristiques des entretiens

19 médecins généralistes ont été contactés par mail et 8 par téléphone via leur secrétaire. Malgré plusieurs relances, seulement 11 médecins ont accepté de me consacrer du temps pour passer l'entretien qui a duré en moyenne 24 minutes.

Le guide d'entretien a été modifié après l'entretien de M3, les questions 2, 9, 11 et 13 ont été rajoutées.

Nous leur avons soumis 2 documents (cf annexe 2 et 3) provenant de l'ANSM pour avoir leur avis concernant l'utilité, la pertinence et la réalité pratique de ces documents.

A partir de ces entretiens nous allons explorer le vécu des praticiens et des patientes suite à cette polémique, les modifications que cela a pu engendrer aussi bien en termes de prescription que d'habitudes contraceptives dans sa globalité et sur ses conséquences pratiques.

3.3 Le ressenti des patientes

3.3.1 L'angoisse des patientes les a fait consulter

Les médecins généralistes interrogés avaient perçu une certaine inquiétude chez les patientes qui étaient venues les consulter, tout du moins au début de cette polémique.

« elles sont venues quand même voir ce qu'il fallait faire » M1

« On a vu des dames revenir à cette occasion-là, et qui n'ont pas pu avoir de RDV avec leur gynéco » M3

« Elles ont eu peur, en se disant « ça y est j'ai un médicament qui va me faire avoir un AVC » M5

« Je pense que ça a été générateur de beaucoup d'angoisses pour celles qui en avaient une » M6

« Elles étaient très inquiètes » M7

« ...c'était pas une bombe à retardement ? Parce qu'elles ont eu peur de ça aussi. Parce qu'avec l'histoire du Médiator qui était pas très loin... » M7

« elles étaient paniquées, il y avait pas une semaine où on avait pas un appel d'une patiente « ma pilule, qu'est-ce que c'est ? C'est une 3G ? » » M11

Cela avait engendré beaucoup de questionnements de la part des patientes

« les patientes sont beaucoup venues en disant : «mais il faut que je l'arrête tout de suite ! » « qu'est-ce que je fais, on change, on change pas ? » M6

« elles ont le temps de trouver d'autres sources d'informations, de poser des questions, éventuellement de changer de contraception » M6

« on est quand même très facile d'accès par rapport aux gynécos donc elle sont venues pour ça en disant « voilà j'ai entendu ça, qu'est-ce vous en pensez ? » » M8

« au moment de la polémique oui, on a quand même eu beaucoup de patientes qui sont venues discuter » M8

« Elles voulaient des informations oui et essayer de comprendre. » M9

« elles venaient en disant « est-ce que c'est une 3G ? » » M11

3.3.2 Chez d'autres patientes, la polémique est passé inaperçue

Certaines patientes n'avaient pas ressenti d'inquiétude et donc ne s'étaient pas remises en question. Elles ne s'étaient plaintes de rien.

« Parmi les patientes, pas eu beaucoup de plaintes » M4

« mais très vite elles ont continué leur contraception, elles se sont pas senties forcément concernées. » M9

Elles n'avaient donc pas consulté leur médecin traitant

« Très, très peu, proche de zéro même. » M5

« Elles sont pas forcément toutes venues » M9

« elles sont pas venues exprès pour ça, c'était lors d'un renouvellement. » M10

Et n'avaient pas changé de contraception malgré la polémique

« j'en ai une ou deux qui ont refusé de changer de contraception » M8

Certains médecins pensaient que l'information médiatique n'avait pas eu d'impact sur les patientes.

« Les messages qu'il y a eu à la radio, à la télévision, ont peu d'impact par

rapport à ce que dit leur médecin » M4

« les patients n'ont pas été tellement au courant de ces problèmes là » M10

« Oui mais comme quoi les médias ça suffit pas pour que les gens soient au courant » M10

3.3.3 Un changement de contraception a été nécessaire pour certaines

Certaines avaient voulu changer leur contraception, par anxiété ou juste par le fait que leur pilule n'était plus remboursée.

« à partir du moment où elles se posent la question je ne peux pas courir un risque donc j'avais tendance à expliciter et à suivre un peu le mouvement de revenir aux 2ème génération » M1

« oui, il y en a eu un peu et j'ai changé des pilules » M3

« mais elles voulaient changer quand même, même si elles les toléraient bien. » M3

« elles ont changé pour ça [le déremboursement], pas tellement pour le risque de phlébite » M4

« tout le monde a basculé quoi, ça a tellement fait grand bruit » M8

« il y en a beaucoup qui ont basculé » M8

Certaines avaient complètement arrêté leur contraception orale

« il y a plus de femmes actuellement qui me disent qu'elles n'ont pas de contraception orale du coup » M1

« celles qui sont déjà un petit peu limitées et qui disent « oui mais moi, j'ai pas envie de prendre des hormones » bah elles vont aller dans le sens « bah vous vous rendez compte ça peut être super dangereux donc je préfère rien prendre » enfin bon après si c'est pour faire une IVG 3 fois par an c'est pas une solution non plus. » M6

« ils ont tellement fait peur aux patientes dans les médias que c'est possible qu'il y en ait certaines qui ont décidé d'arrêter la pilule en se disant que c'était mauvais pour la santé. » M7

« au moment où il y a eu un message médiatique, il y a peut-être eu des femmes qui ont abandonné leur pilule pendant quelques mois » M9

Elles s'étaient interrogées et ouvertes sur les autres moyens de contraception

« au début j'ai eu l'impression qu'on a pu reparler d'autres moyens de contraception » M3

3.4 La pratique des MG avant la polémique

Avant la polémique de fin 2012 début 2013, les médecins généralistes interrogés avaient des pratiques complètement différentes voire opposées, plus ou moins influencés par le système des laboratoires pharmaceutiques.

« au début quand ils nous ont présenté ces pilules là ils nous ont dit qu'il y avait quand même des avantages par rapport au cholestérol, enfin ils nous les ont présentées comme des pilules bien supportées » M9

« Les laboratoires, ils étaient incapables de démontrer quoique ce soit sur : moins de prise de poids, le cholestérol, il y avait rien du tout [...] les arguments qui ont été donnés par les laboratoires ne m'ont pas convaincu » M4

3.4.1 Les MG qui prescrivait des pilules de 3G/4G

Certains praticiens avaient pour habitudes de prescrire des pilules de 3G/4G, que ce soit en première intention...

« J'étais une grande prescriptrice de Jasmine®, Jasminelle® donc une 4ème génération » M1

« je me servais de certaines oui, Mélodia® et puis à l'époque c'était Désobel Gé 20®, c'était la seule 20 gamma qui était remboursée par la sécu » M7

« Mélodia, je la prescrivais en première pilule chez les jeunes filles » M7

« quand je prescrivais pas Mélodia® je prescrivais Désobel Gé 20® parce qu'à l'époque il y avait pas ni Leeloo® ni Varnoline® » M7

« avant je prescrivais par exemple Harmonet®, Minesse®, Moneva®. » M10

...ou en cas d'intolérances à une pilule de 2G.

« s'il y avait des problèmes je basculais sur les 3ème et 4ème générations qui n'étaient pas une prescription d'emblée dans mon esprit » M2

« indication médicale liée à une mauvaise tolérance des pilules de 2ème génération » M2

« ça m'arrivait quand même de prescrire des pilules de 3G mais surtout en cas de mauvaise tolérance des pilules de 2G... en 2ème ligne en fait, pas en première intention. » M6

« mes prescriptions de pilules de ces générations là étaient de toute façon toujours secondaires mais malgré tout, on en avait quand même beaucoup » M8

« il y a quand même pas mal de femmes qui répondent pas forcément très bien aux pilules classiques » M8

« ça n'a jamais été les pilules de première intention de toute façon chez moi » M11

D'autres en prescrivait en renouvellement d'un gynécologue.

« ça peut m'arriver de les prescrire si c'est le renouvellement d'une prescription de gynécologue et que ça été fait disons de façon bien précise » M9

« c'était essentiellement les gynécologues qui prescrivait les pilules de 3ème et 4ème génération » M2

« c'était surtout un phénomène de spécialiste, la 3G, quand le généraliste ne prescrivait pas de 3G, ce médecin il est vraiment en retard, il faut prescrire des 3G » M4

« C'est plus les gynécologues qui ont prescrit ces 3G sur des arguments purement marketing et non pas sur des trucs scientifiques » M4

Certains voyaient un confort dans les pilules en continue comme Varnoline Continu® ou pour des particularités plus spécifiques.

« les pilules continues étaient quand même des pilules très faciles donc j'en prescrivais » M8

« J'en ai prescrit uniquement quand il s'agissait de contraception qui était en continu et qui n'était pas encore en 2ème génération [...] les pilules de 3ème génération qui sont sorties en continu, c'est celles-là que j'ai utilisées uniquement pour des raisons de prescription, pour que les gens ne l'oublient pas » **M4**

« la Varnoline Continu® elle était pas mal parce qu'elle était continue et qu'on en avait pas d'autres [...] pour les têtes en l'air c'était pratique, même si c'était une 3G... » **M11**

« en fonction de ton examen, de ses antécédents, s'il n'y a aucun antécédent, que tu n'as aucun risque et que parfois il y a des risques de grossesse parce que il y a des oublis fréquents, j'hésitais pas à mettre Varnoline continu® » **M11**

« les pilules avec des particularités du genre Harmonet® , Jasmine® qui avaient des particularités sur les œdèmes, sur les douleurs menstruelles, sur les migraines etc, on en prescrivait beaucoup » **M8**

A part, l'anneau avait été prescrit aussi

« l'anneau vaginal, qui a été classé 3G, j'en prescrivais [...] j'en avais énormément des patientes sous anneau. » **M8**

3.4.2 Les MG qui n'ont pas prescrit de pilules de 3G/4G

Une autre catégorie de médecins interrogés prescrivaient en première intention des pilules de 2G et jouaient la carte de la prudence

« je prescrivais en première intention les 2ème génération » **M2**

« elles n'étaient pas remboursées » **M2**

« en tant que médecin pour les instaurations de pilule, moi j'avais tendance de toute façon à commencer par des pilules de 2ème génération qui étaient bien connues, remboursées » **M6**

« Avant la polémique j'étais quand même prudente parce que j'avais entendu parler des problèmes de thrombose [...] j'avais lu des publications quand même concernant les pilules de 3G qui m'ont incitée à être prudente donc du

coup j'en prescrivais peu» M9

« j'essaie de prescrire que de la 2G [...] j'ai quand même eu une patiente qui a eu une thrombophlébite cérébrale à 26 ans alors qu'elle était sous pilule de 3G » M9

et ne prescrivait jamais ou très rarement des pilules de 3G/4G

« J'en prescrivais jamais des pilules de 3ème et 4ème génération » M3

« Non j'en prescrivais pas beaucoup » M8

« en tant que prescripteur, j'évite de prescrire les pilules de 3G et 4G » M9

« les autres je les prescrivais très très peu » M11

car ne trouvaient aucun bénéfice secondaire de ces pilules

« il fallait qu'elles présentent un intérêt particulier or quand on lit Prescrire on s'aperçoit qu'elles n'avaient pas un intérêt majeur » M2

« j'ai jamais trouvé qu'au niveau du cycle les patientes étaient mieux sous ces pilules là, enfin j'ai jamais vu vraiment l'avantage » M9

« les pilules de 3ème et 4ème génération n'ont pas montré réellement plus d'efficacité que les 2ème, il n'y avait pas de vraie avancé thérapeutique » M2

« Il n'y avait pas finalement d'intérêt thérapeutique supérieur à prescrire des 3G par rapport aux 2G et des risques supplémentaires » M7

3.4.3 Un interrogatoire peu poussé

Les médecins interrogés, en comparaison avec leurs pratiques actuelles, remarquaient que leurs interrogatoires n'étaient pas assez précis et ciblé

« j'avais tendance à pas forcément demander si quelqu'un dans la famille avait déjà fait une phlébite mais là franchement je le demande. » M3

« Personnellement non, ça a plus changé dans mon interrogatoire que sur mes prescriptions. » M3

« on prescrit une pilule, on fait un bon interrogatoire au début mais les patientes elles pensent pas à nous dire « ah oui ma sœur a fait une phlébite, ah oui ma sœur a fait une embolie pulmonaire » en fait les événements

nouveaux on les connaît pas forcément. » M9

« On était quand même beaucoup plus laxiste avant » M9

3.5 Le vécu de la polémique par les MG

Selon les différents médecins, la polémique avait été perçue de façon très variée, mais le point qui ressortait des entretiens et qui était omniprésent était que cette polémique avait permis de remettre les choses à plat en matière de contraception orale car, comme nous l'avions dit précédemment, les médecins généralistes avaient des pratiques bien différentes.

3.5.1 Le bon vécu par les MG

Les MG qui ne s'étaient pas senti gênés par cette polémique étaient ceux qui prescrivait déjà des pilules de 2G avant.

« Très bien parce que je faisais ce que disait « Prescrire » » M2

« J'ai vécu ça très bien parce je prescris très peu de 3ème génération » M4

« Je l'ai pas vécue, comme je ne prescris pas de 3ème ou de 4ème génération, je ne l'ai absolument pas vécue. » M5

« Je l'ai pas vécue trop mal parce que les gens n'étaient pas trop au courant » M10

Malgré tout, la polémique avait nécessité une prise en charge gynéco plus importante qu'au préalable.

« le fait qu'il n'y ait plus de gynéco, on a une prise en charge qu'il faut qu'on fasse un peu plus » M3

« Mais là maintenant on fait vraiment toute la gynéco parce qu'il y en a plus du tout dans le coin » M3

« Par contre j'ai aussi des dames qui viennent que pour la gynéco chez moi » M3

3.5.2 Remise en question des MG

La polémique avait permis aux médecins généralistes de remettre les choses à plat pour pouvoir rassurer les patientes qui étaient demandeuses.

« ça a provoqué pas mal de questionnements, ça été aussi du coup l'occasion de repenser un peu la contraception chez les femmes [...] de remettre les choses un petit peu à plat. » M6

« il y a plus eu un travail pour rassurer les patientes. » M6

« c'est pas facile de trouver l'équilibre entre, à la fois dédramatiser parce que bon c'est pas non plus pour les soigner, parce que c'est pas une maladie que de pouvoir avoir des enfants au contraire mais c'est pas non plus effectivement complètement bénin de prendre des choses, c'est ça qui n'est pas facile parce que c'est un peu à double tranchant » M6

3.5.3 Une ouverture vers d'autres contraceptions

Le questionnement des médecins généralistes dû à la polémique avait été l'occasion de changer et de diversifier leur prescription en terme de contraception.

« ... au début j'ai eu l'impression qu'on a pu reparler d'autres moyens de contraception » M3

« J'ai plutôt réagi en disant ça peut être l'occasion de changer » M6

« je pense que ça a rediversifié les modes de contraception...ça a effectivement recentré sur les pilules de 2G mais à côté de ça, ça a rediversifié un petit peu [...] en essayant d'ouvrir un peu... enfin de leur parler des autres types de contraception » M6

3.5.4 La remise en cause des pilules 3G a été mal faite

Certains médecins avaient mal vécu cette polémique et s'étaient senti démunis.

« un peu bête en terme d'arsenal thérapeutique parce que je trouve que ça limite énormément » M8

« pénible, un peu bête parce que moi j'avais jamais eu d'effets secondaires de ce type là » M8

« ce que qu'on a entendu et ce qu'on a lu dans les médias, c'était pas d'une évidence à toute épreuve » M10

3.6 Les changements des MG suite à la polémique

3.6.1 La prescription des pilules

3.6.1.1 Vers un changement dans les pratiques

Les médecins qui prescrivait des 3G/4G ont modifié leur prescription...

« Par contre on a changé des pilules vis-à-vis des [prescriptions des] gynécos » M3

« Et là, en effet à cette occasion-là, on a quelquefois enlevé la 3ème génération pour mettre une 2ème » M3

« tout le monde a basculé quoi, ça a tellement fait grand bruit » M8

« oui, forcément que vous vous adaptez aux recommandations » M8

« Je les ai mis en 2G » M9

« c'est vrai que ça a changé nos habitudes quand même un peu parce que, bien sûr on donne plus ce genre de pilules » M10

... à la demande des patientes

« celles que j'ai vues ont demandé à avoir d'autres générations de pilules, soit ADEPAL®, soit TRINORDIOL® » M5

... ou de leur propre initiative, en les rassurant

« Oui je les ai changées. Je leur ai dit qu'il y avait pas d'intérêt à continuer avec celle-ci plutôt qu'avec une autre, donc j'ai changé » M7

« les rassurer, que voilà, elles avaient jamais eu de soucis donc qu'elles en auraient pas et puis changer parce que finalement il y avait pas de raison

qu'elles soient sous 3G. » M7

« Oui à partir du moment où les gens ont une anxiété bien sûr. C'est idiot de laisser les gens dans une anxiété, dans une inquiétude comme ça... » M10

Pas de changement des pratiques pour ceux qui ne prescrivait pas de pilules de 3G/4G

« Non ça n'a pas du tout changé mon mode de pensée et de réflexion » M2

« Ma pratique, c'est-à-dire que ça a pas changé grand chose pour moi » M4

« Non, pas du tout. » M5

« ça n'a pas fondamentalement changé mon rapport à la prescription, à la contraception ou à la consultation sur la contraception » M6

« au niveau de mon instauration ça n'a pas changé grand-chose » M6

Le déremboursement était source de changement

« Même si elles la toléraient bien dans la mesure où en plus elles étaient déremboursées » M4

« [pour] celles pour qui ça posait problème financièrement on est revenu à une 2G remboursée » M6

« il y a eu le déremboursement, ça comme une source d'embêtement, « bah voilà pour une fois que j'avais trouvé une pilule qui me convenait, justement elle est plus remboursée » ça, ça a été une grosse source de désagréments plus que d'inquiétude » M6

« la moitié de la patientèle a la CMU. Si je lui dis « je vais vous prescrire une pilule...[non remboursée] » par contre quand il y avait pas mal d'oublis et qu'il y avait un risque, elles étaient d'accord pour payer » M11

Un médecin avait noté l'incohérence du déremboursement des pilules de 3G/4G

« le déremboursement c'est aussi une méthode de régulation de la prescription [...] il y a aussi une question de cohérence, si on considère que c'est dangereux au niveau de santé publique, on va pas le rembourser sinon ça n'a aucun sens. » M6

3.6.1.2 Un arrêt des prescriptions des pilules de 3G/4G

« je ne prescris plus de 3ème et 4ème génération » M1

« il y en avait quelques-unes qui avaient des 3G et donc on les a arrêté » M4

« j'ai arrêté de prescrire les pilules de 3G [...] j'ai arrêté de prescrire Mélodia® complètement et pour Désobel Gé 20® aussi. » M7

« il y en a beaucoup qui ont basculé [...] celles qui étaient 3G ou 4G, elles ont rebasculé sur une classique ou un autre moyen de contraception. » M8

« Maintenant j'ai quand même vraiment abandonné les 3G [...] cette polémique ça a fait que le peu de pilule de 3G que je prescrivais je les ai plus prescrites » M9

« Oui à partir du moment où les gens ont une anxiété bien sûr. C'est idiot de laisser les gens dans une anxiété, dans une inquiétude comme ça... » M10

« on a changé un tout petit peu forcément parce qu'on y fait plus attention et quand on peut, on leur prescrit plus les pilules qu'on leur prescrivait avant » M10

« Ça a modifié mes prescriptions de pilules de 3G dans la mesure où je ne prescris plus de Varnoline Continu® » M11

Cas exceptionnels de poursuite de prescription de pilule de 3G/4G

« sauf à celles qui étaient bien avec et qui tiennent à y rester » M1

« celles pour qui c'était une « pilule de dernier recours » parce qu'elles en avaient essayé 8, ça marchait pas et bah on a essayé de maintenir » M6

« plus de tant de temps sous pilule, pas d'effets indésirables donc a priori pas d'autres effets indésirables et qu'elles étaient bien sous cette pilule là » M8

« celles qui ont vadrouillé de je ne sais combien de pilules parce qu'elles ont eu du mal à trouver la bonne et là dans je cas je pense qu'elles ont dit non [...] quand vous avez déjà fait 4-5 pilules avant d'en trouver une qui vous convient je pense que vous avez pas envie de revenir en arrière » M8

« celles qui ont voulu garder une 3G je leur ai demandé de prendre un avis gynécologique. » M9

« sauf si vraiment les gens me disent « moi je veux celle là absolument » alors théoriquement on doit leur faire signer un papier comme quoi ils persistent à garder une 3G parce que si jamais ils ont un problème... c'est toujours un peu délicat! » M10

3.6.1.3 En première intention : les pilules 2G

« les premières prescriptions je ne pense même plus aux 3G et 4G » M1

« ça c'est fini je mets des 2G, en plus il y a 2 qui sont sortis, Optilova® et Optidril® qui sont assez pratiques » M1

« on est revenu aux 2G, j'ai joué la prudence un peu tout le temps » M1

« maintenant qu'il y a des 2G en continu on peut faire ce qu'on veut, avec différents dosages » M4

« pour les instaurations ça n'a pas modifié ma consultation sur la contraception » M6

« on a essayé de revenir à une 2G et finalement il y a aussi pas mal de cas où ça se passait très bien » M6

« on donne plutôt des 2G maintenant » M10

« maintenant on a Optilova®. Mais il fallait qu'ils nous sortent une 2G remboursée » M11

3.6.1.4 La problématique de l'anneau vaginal

Un médecin le regrettait...

« on a perdu l'anneau donc pour moi je trouve qu'on a perdu un arsenal thérapeutique [...] j'en avais énormément des patientes sous anneau [...] le coût n'était pas un frein parce que c'était une technique qui était hyper confortable pour le patient » M8

... alors qu'un médecin continuait à le prescrire

« je prescris aussi comme truc avec des progestatifs (qui n'est pas le bon

progestatif entre guillemet), c'est tout ce qui est NUVARING®, la dose d'œstrogènes est très faible donc...voilà la 3G que je prescris » M4

3.6.2 Les prises en considération des MG

3.6.2.1 Un interrogatoire plus poussé

« on va plus lui demander si elle a eu une thrombose, si elle prend souvent l'avion » M1

« Je redemande un peu plus s'il y a des antécédents thrombo-emboliques quand je mets une pilule » M3

« je pense que nous on met plus en garde sur les méfaits de la pilule les fumeuses » M9

« on a quand même fait attention aux antécédents des gens, phlébites, embolie, hérédité... » M10

« on y fait attention, on y faisait déjà attention puisqu'on posait déjà la question de la migraine, du tabac, de la phlébite, d'embolie, d'hérédité etc.. » M10

« je leur demande surtout, si je l'ai pas noté avant, s'il y a des antécédents de phlébites, d'embolies, de trouble de la coagulation » M10

3.6.2.2 Plus d'informations données aux patientes

« je pense que de principe il faut déjà plus informer et puis du coup répondre aux questions que ça peut susciter plutôt que de pas informer et qu'il y ait des risques » M6

« en tant que prescripteur de contraception je sais pas si j'insiste assez sur les risques thrombo-emboliques. » M6

« c'est ce que j'expliquais aux gens quand elles venaient, qu'effectivement sans pilule le risque cardio-vasculaire était présent mais bas, qu'avec une pilule de 2G c'était un peu plus élevé et qu'avec une pilule de 3G c'était encore un peu

plus élevé mais que ça restait très faible mais qu'avec l'accouchement et la grossesse c'était bien plus élevé » M7

« Il y a un risque éventuel qu'elles auraient pu avoir au moment où on a instauré le traitement mais le fait de l'arrêter et de le changer n'aurait pas de conséquences futures » M7

3.6.2.3 Des facteurs de risques à prendre en compte

« La première des choses c'est de vérifier s'il n'y a pas de risques intercurrents, de réévaluer ce risque » M2

« le problème de la mauvaise tolérance sur le plan cardio-vasculaire » M2

« il y a aussi d'autres éléments qui jouent, il y a plus de diabétiques, d'obèses donc c'est vrai que ça devient d'autant plus compliqué parce qu'on cumule les facteurs de risques. » M6

« on est plus sévère après 40 ans, c'est vrai que moi autrefois je prescrivais des pilules après 40 ans maintenant j'ai quasiment arrêté... c'est quand même une contre-indication relative [...] à mon sens une contraception orale après 40 ans, il y a quand même un risque qui n'est pas négligeable quelque soit l'état de santé de la patiente » M9

« c'est sûr quand on nous dit qu'il y a 2 fois plus de risque de phlébites et d'embolies chez les gens qui ont des 3G bon on est obligé d'en tenir compte » M10

3.6.3 Une ouverture vers d'autres moyens

« C'est en train de changer chez les jeunes, plus pour les jeunes que chez les anciennes » M4

« il y a quand même eu une diversité, enfin les femmes sont moins focalisées sur la pilule [...] il y a des femmes qui disent bien « la pilule j'en ai marre, qu'est-ce qu'il y a d'autre ? » » M6

« c'est à nous de leur proposer de toute façon tout ce qu'on a donc l'implant

ou le stérilet, même la ligature enfin... je mets ça sous le terme de contraception définitive [...] c'est le choix de la patiente de toute façon finalement mais j'ai pas l'impression de changer mon discours actuellement »

M8

« je les incite à mettre un stérilet ou alors d'utiliser une micro pilule » **M9**

« je suis plus pour la contraception de « longue durée d'action » plutôt que la pilule classique, déjà j'étais pas très favorable mais là encore moins [...] je suis plus implant et Essure et après stérilet » **M11**

D'autres pensaient que la polémique n'avait rien changé en termes d'habitudes contraceptives. A la question « pensez-vous que les habitudes en termes de contraception dans sa globalité sont en train de changer ? » la réponse avait été assez claire :

« J'ai cru, et finalement je suis pas sûre » **M3**

« Non » **M5**

« ça n'a pas beaucoup changé en 10 ans. » **M7**

« c'est à nous aussi de leur proposer autre chose que la pilule mais j'ai pas l'impression que je proposais moins avant cette histoire de polémique. » **M8**

« non j'ai pas cette impression là. » **M10**

3.6.3.1 Le stérilet

Certains médecins pensaient que la polémique a permis une ouverture vers le DIU...

« reparler d'autre chose comme des stérilets » **M3**

« je pense qu'il y a pas mal d'ouvertures par rapport au stérilet » **M6**

« on revient plus sur le stérilet et tant mieux » **M8**

« Ce qui a changé oui, c'est la prescription du stérilet chez la nullipare mais ça c'est pas en lien avec la pilule, c'est parce que ça a évolué aussi, pour moi c'est complètement indépendant » **M8**

... d'autres pensaient qu'il n'y avait pas de lien

« c'est comme l'histoire du stérilet chez la nullipare, tout a été quasi en même temps donc après à savoir si c'est réellement cette histoire de pilule qui a

déclenché le reste ou si c'est purement une question de tempo » M8

« je pense que clairement il y a plus de stérilets » M10

Ou inversement, certains médecins n'étaient pas très pro stérilet.

« le stérilet voilà tout le monde le supporte pas [...] Le stérilet on le propose à tout le monde mais il y a quand même une réticence » M9

3.6.3.2 L'implant

« c'est souvent les jeunes femmes qui nous réclament l'implant parce que clairement il y a beaucoup de jeunes femmes qui oublient leur pilule donc avec l'implant elles sont tranquilles » M9

« pour les patientes qui le supportent bien c'est la contraception idéale, le fait de pas avoir de règles en général ça les gêne pas » M9

« je le propose aussi souvent après 40 ans donc après c'est supporté ou c'est pas supporté parce qu'effectivement ça favorise peut être plus facilement des petits kystes ovariens donc après 40 ans ça peut être une méthode aussi » M9

« l'implant il était pas si facile que ça à installer, maintenant c'est hyper facile, à retirer l'implant aussi [...] le problème de l'implant c'est qu'il y a plein d'acné et les spottings » M11

3.6.3.3 Le patch

Un médecin proposait le patch, pourtant classé 3G

« il y en a aussi qui se tourne vers le patch pas mal, enfin pas mal, de plus en plus. » M6

3.6.3.4 La contraception définitive

Plus d'ouverture vers la contraception définitive...

« Il y a aussi je pense depuis quelques années plus d'ouvertures sur les

contraceptions définitives, alors c'est pareil, c'est pas pour une population jeune » M6

« la stérilisation tubaire c'est pas du tout l'esprit français en fait, il y a d'autres pays où c'est beaucoup plus pratiqué comme aux États-Unis » M7

« avec les facilités actuelles, je pense sans doute qu'on le propose plus, en tout cas nous, on a moins de frein en tant que prescripteur » M8

... mais pas de lien évident avec la polémique sur la pilule

« Le changement pour moi ça été plutôt en termes de contraception définitive, mais pareil est-ce que c'est lié à la pilule ou est-ce que c'est lié à la facilité du geste et de l'acte à l'heure actuelle, c'est difficile » M8

3.7 Les documents de l'ANSM

3.7.1 Le document pour les MG

3.7.1.1 Les côtés positifs

Une majorité ne connaissent pas ce document

« Mais à vrai dire, je l'avais jamais lu » M3

« je le connais pas... mais c'est les notions que j'avais » M11

« Non je connaissais pas ce formulaire mais j'ai appris des trucs. » M11

Malgré tout c'était un document qui avait été jugé utile.

« une fois qu'on a pris connaissance du document ça peut être tout à fait pertinent, la check-list est intéressante » M2

« la première partie uniquement pourquoi pas, sur les contre indications absolues oui » M3

« je trouve que c'est un document qui peut rappeler les contre-indications, les risques... c'est un document qui mérite réflexion » M4

« Oui, c'est intéressant. » M5

« il est assez long mais je le trouve pas mal [...] Il remet quand même bien les idées au clair à la fois sur les contraceptifs oraux qui sont plus ou moins à risque » M6

« c'est un document que je trouve intéressant [...] je sais pas si je le reprendrais ligne par ligne à chaque consultation... je pense que je l'utiliserai. » M6

« c'est des documents qui sont bien » M7

... et certains l'utilisaient régulièrement

« il est très lourd mais je l'utilise » M8

« je l'utilise pour montrer à certaines personnes qu'il faudrait qu'elles arrêtent de fumer. » M8

« je reprends aussi toujours le questionnaire qui nous a été proposé par l'ANSM. » M9

« à chaque instauration de pilule je le remplis, bon peut-être pas à tous les renouvellements, c'est peut être un tort d'ailleurs...[...] A l'introduction de pilule oui ![...] je pense plus à interroger mes patientes sur le fait qui a pu avoir des événements familiaux » M9

« ce document moi je trouve qu'il est très bien fait, il est un petit peu sévère mais il est très bien fait donc au moins il a l'avantage qu'on puisse l'exposer au patient. » M9

3.7.1.2 Les côtés négatifs

Ce document était jugé trop long, rébarbatif par certains, et inutile dans la pratique quotidienne.

« trop long à lire et non ça paraît complexe pour moi » M1

« C'est un peu long donc pas très pratique » M2

« on a déjà toutes les contre-indications vraiment en tête et on ne pose pas nécessairement de check-list » M1

« Un peu long [...] est-ce que ça change quelque chose qu'on ait ça ? » M3

« c'est un petit peu un fourre tout » M10

« je m'en servais pas, [...] c'est de la pratique courante, la contraception je fais ça tous les jours, je l'ai dans la tête, j'en ai pas besoin » M11

3.7.1.3 Désaccord à propos des contre-indications

Les médecins n'étaient pas d'accord avec certains items.

« dire qu'il y a des risques thrombo-emboliques, c'est ça c'est l'infarctus, la phlébite, leur rappeler ça ok » M3

« La pression artérielle très élevée oui » M4

« La jambe dans le plâtre, il y en a pas beaucoup qui arrête la pilule... ça on y pense pas souvent... » M4

« il faut juste se méfier par rapport aux histoires de chirurgie, traumatisme et fracture parce qu'elles vont tomber sur des chirurgiens qui n'y connaissent rien à la contraception, qui vont leur dire « bah, vous l'arrêtez puis c'est tout » et c'est pas forcément une solution parce qu'elles vont pas arrêter leur vie sexuelle pour autant » M6

« une hyperlipidémie importante, alors là importante, tout dépend ce qu'on appelle hyperlipidémie, si c'est les triglycérides, si c'est du cholestérol c'est souvent génétique du coup ça joue pas grand chose » M4

« Intervention chirurgicale majeure et une immobilisation prolongée prévue... non ça c'est faux, moi je dis non. » M4

« Une hyperlipidémie, c'est héréditaire donc faut faire le bilan. » M4

Les voyages aériens de plus de 4h :

« un voyage aérien de plus de 4h, c'est pas une contre-indication » M4

« je pense pas à leur demander si elles ont un long voyage aérien à faire... [...] on peut pas leur faire arrêter leur pilule avant qu'elles partent en vacances » M9

« Pareil les longs voyages aériens, j'avais pas cette notion... » M11

Les neuroleptiques :

« les neuroleptiques, c'est pas une contre-indication, avec tous les gens qui prennent des neuroleptiques, des anti-dépresseurs, il y a plus personne qui prendrait des contraceptifs » M4

« j'ai pas forcément percuté que la maladie de Crohn était un facteur de risque de thrombose. Et puis je pense pas toujours aux femmes qui sont sous antidépresseur, antipsychotique etc... » M9

Le risque de thrombophilie :

« Si la patiente a présenté un événement thrombo-embolique, je dirais qu'il faut faire un bilan de coagulation parce que c'est peut-être pas héréditaire. » M4

Les migraines :

« Par exemple sur le tabac, là ils sont vachement stricts et puis on va laisser passer ça quoi [en parlant des migraines avec aura] » M3

« « antécédent de migraine avec aura » ça c'est jamais respecté par les gynécos, ni par les médecins [...] En fait le terme « avec aura » n'est pas respecté donc quand on pose la question, malheureusement, ils ne respectent pas ce qui est écrit. » M4

« il insiste aussi à être plus prudent pour toutes les femmes qui ont des migraines, je les mets vraiment en garde enfin j'essaie de pas leur prescrire. » M9

« Oui quand c'est sans aura je suis quand même un peu prudente... Parce que là (en citant le questionnaire) ils mettent « la patiente a t-elle des migraines ? », ils précisent pas avec ou sans aura » M9

« les antécédents, les risques de coagulation, les choses comme ça oui, les antécédents de migraines avec aura oui ça bien sûr » M10

« par contre la migraine avec aura j'avais pas cette notion » M11

Le tabac :

« Si la patiente fume, et si elle est âgée de plus de 35 ans ... Risque majeur,

c'est contre indiqué... » M4

« il est sévère donc c'est sûr que 35 ans et cigarette je prescris plus jamais ça c'est clair » M9

L'âge des patientes :

« Plus de 35 ans c'est essentiellement une question de contre-indications alors qu'en réalité c'est pas l'âge, on peut prendre une pilule jusqu'à 50 ans sans aucun problème » M4

« Il y a des patientes qui ont 49 ans sous Trinodiol®. Non il y a des collègues qui prescrivent... même pas peur, moi j'avertis » M11

Le diabète :

« Un trouble personnel connu de la coagulation c'est vrai aussi, le diabète et complications vasculaires ok mais le diabète tout seul non » M4

« la graduation des risques et puis les facteurs de risques de thrombose, enfin il y en a qu'on connaît bien et d'autres auxquels on pense moins, c'est vrai que les diabétiques euh... enfin c'est pas une contre indication mais on y fait peut être pas forcément si attention que ça » M6

Pour conclure à la suite de cette liste de toutes les contre-indications, un médecin a dit :

« les œstrogènes c'est pour celles qui sont en bonne santé » M11

3.7.2 Le document pour les patientes

3.7.2.1 L'intérêt du document

« je le donnerai pour une première prescription assez systématiquement parce que ça permet de relativiser les effets indésirables graves mais rares » M1

« C'est bien pour qu'elles le gardent chez elles à lire tranquillement » M2

« je pense que c'est des documents importants » M9

« c'est bien, c'est assez exhaustif » M10

C'est un document qui rassurait :

« Oui, tout à fait, parce qu'on met le doigt sur des choses qu'elles n'oseraient pas nous dire » M2

« C'est pas mal de préciser « peu fréquent mais grave » » M3

C'était un bon document dans son ensemble, à utiliser :

« Oui même les renouvellements chez les femmes qui ne l'ont pas eu pour rappeler, c'est très important de redistribuer ça, donc vraiment très bien » M2

« la 4ème page est intéressante » M3

« Je pense que c'est un bon document » M4

« à la limite ça serait bien de les mettre juste dans la salle d'attente, que les gens puissent s'en servir sans que le médecin soit obligé de le faire à chaque fois parce qu'il va être envahi de documents à donner à chaque patient » M4

« oui, c'est bien, je le donnerai. » M5

« Pas mal fait, il est bien » M6

« ça rappelle qu'effectivement c'est quand même un médicament. » M6

« je le mettrai à disposition, en dédramatisant quand même pas mal, c'est vrai que sinon, elles vont pas la prendre du tout » M6

« c'est des documents qui sont bien » M7

« C'est pas bête, bon à la fois je pense que c'est un peu trop chargé mais pourquoi pas avoir un support supplémentaire » M8

« je le connais pas, par contre si j'en avais je l'utiliserais, je pense » M9

« Pourquoi pas, à la rigueur c'est pas bête... lors de la première prescription de pilule, pourquoi pas donner ça. » M11

« surtout s'il est imprimable facilement [...]pour mettre en garde les patientes quand même » M9

3.7.2.2 Le côté négatif du document

Des médecins le trouvaient anxiogène :

« le problème c'est que ça va être anxiogène » M2

« je dirais que celles qui sont déjà un petit peu anxieuses pour leur santé ça

va pas les aider à décompresser » M6

« C'est un peu gros, la 3ème page ça fait long, tous les trucs évocateurs d'embolie je trouve que ça fait trop long » M3

« Mais après ça explique ce qu'il y a là [en parlant de la 2ème page], c'est dommage parce que la 4ème page est intéressante et je pense qu'on va pas aller jusqu'au bout. » M3

« Il faudrait peut-être un truc plus court à donner. » M3

« dire qu'il y a des risques thrombo-emboliques, c'est ça c'est l'infarctus, la phlébite, leur rappeler ça ok mais finalement ça s'éloigne de la pilule je trouve » M3

« Quand aux signes évocateurs [sur le document], à 20 ans ou 25 ans... parce qu'il y en a beaucoup qui à 35-40 ans ne prennent plus de contraception, elles ont des enfants, elles sont sous stérilet et voilà, ce qui veut dire que c'est à la fois bien et pas bien, moi je trouve que c'est surcharger de mettre ça dans l'imprimé pour finalement pas grand chose » M10

Manque des choses :

« il faudrait préciser le risque que les gens ont sans contraception et avec contraception pour montrer la différence et le faible risque » M4

Paperasse :

« Je leur donnerais oui, mais le problème de donner des petites feuilles comme ça c'est qu'on peut faire ça pour plein de médicaments » M4

« des papiers à remettre aux patients sur un plan pratique c'est pas évident, on les met où ? [...] le papier, il est bien fait mais je vais pas m'amuser à les stocker pour les donner aux patients. » M7

« le problème c'est que c'est encore de la paperasserie en plus » M10

Certains médecins donnaient la priorité à la fiche de conseils en cas d'oubli :

« J'ai tendance à plus donner des informations sur quoi faire en cas d'oubli » M2

« pour la pilule ça fait beaucoup parce qu'il y a ça et après il y a le papier

pour « qu'est-ce que vous devez faire en cas d'oubli » bon il y a peut être une priorité quoi. » M8

Un médecin envisageait de donner les 2 fiches conseils

« il faut que je me fasse une fiche « en cas d'oubli » et donc faire des ordonnances types lors de la première prescription de pilule on leur donne ça (le document patiente) et « en cas d'oubli » mais c'est une excellente idée. » M11

3.8 Les IVG suite à la polémique

3.8.1 Vers une tendance à l'augmentation du nombre d'IVG ?

Certains médecins avaient l'impression d'une augmentation des IVG

« J'ai cette impression et j'ai regardé en 2014 j'ai fait 24 IVG, pareil qu'en 2013. Et sinon 2010, 17 IVG, 2011 17 et 2012 19 donc effectivement il y a plus d'IVG » M1

« Peut-être pas dans mes patients mais j'en suis persuadée » M8

« C'est fort possible parce que j'en ai vu 2 en deux mois là donc c'est vrai que j'en voyais beaucoup moins avant et il est vrai que depuis quelque temps il y a sûrement une augmentation des IVG. » M10

Mais ces médecins expliquaient qu'il existait un biais de recrutement

« comme je fais des IVG médicamenteuses, j'ai peut être un recrutement particulier » M1

« je suis pas la bonne statistique parce que comme je prescris beaucoup de contraceptifs, j'ai pas beaucoup d'IVG » M4

Les médecins pensaient qu'il n'y a pas relation entre l'augmentation des IVG et la polémique

« Non, la seule dont je me souviens c'est celle à qui on avait trouvé de l'hypertension et on avait demandé d'arrêter la pilule sans donner un autre

moyen de contraception » M3

« je fais pas trop d'IVG mais c'est des fois des oublis de pilules, c'est toujours la même chose, c'est la femme qui oublie de reprendre la pilule en début de cycle » M4

« c'est plus des erreurs de prise de contraception que les gens qui n'ont pas de contraception du tout. Elles viennent pas chez moi pour ça » M4

« Je ne suis pas sûr que ce soit en rapport avec la polémique, je pense que c'est une augmentation culturelle des IVG, c'est un désinvestissement. [...] la polémique n'induit pas l'augmentation des IVG. » M5

« c'étaient des grossesses surprises soit sur des oublis de pilules soit sur des absences de contraception mais pas lié à la polémique elle même, c'était pas un arrêt intempestif de pilule. » M6

« Pour moi c'est pas lié à la polémique. » M9

3.8.2 Pas d'augmentation du nombre d'IVG constatée

Pour d'autres médecins il n'y avait pas eu d'augmentation des IVG

« Je n'ai pas eu l'impression qu'il y ait eu plus de demande d'IVG » M2

« Non ça fait longtemps qu'on m'a pas fait de demande d'IVG. » M3

« je l'ai pas remarqué sur mes patientes mais j'ai pas beaucoup d'IVG dans ma patientèle » M7

« je ne me suis pas retrouvée avec des patientes qui ont arrêté brutalement leur pilule et qui se sont retrouvées enceintes » M9

« non parce que franchement les IVG que je fais, elles sont très peu nombreuses parce que c'est que ma patientèle et j'ai pas remarqué ça. » M11

3.9 Un modèle pro-pilule

La France, un modèle très pro-pilule qui se ressentait dans les prescriptions des médecins généralistes en première intention

« Autre chose que la pilule c'est vraiment difficile » **M3**

« je suis très contraception, dès 15 ans je donne la pilule » **M4**

« en première contraception je prescris en premier lieu la pilule [...] la pilule quand on n'a pas de contre-indication, c'est ce qui est le mieux supporté par les gens » **M4**

« Pour une première contraception non, je prescris toujours une pilule et c'est une 2ème génération. » **M5**

« pour moi c'est l'un [pilule] ou l'autre [implant], c'est les 2 méthodes aujourd'hui qui me semblent intéressantes. » **M5**

« chez les jeunes plutôt implant et patch, et la pilule reste quand même largement majoritaire » **M6**

« En général elles viennent chercher la pilule et je reste sur la pilule » **M7**

« Plutôt la pilule parce que quand on rentre dans une première prescription à part le stérilet ou l'implant... mais de toute façon avec l'implant je fais toujours l'essai... donc je propose les trois. » **M8**

« ça sera forcément quasiment une pilule parce que d'une part il faut que je fasse l'essai de l'Optimizette® ou de Cérazette® avant l'implant, je le pose jamais d'emblée. » **M8**

« la priorité c'est quand même peut être mettre plus une pilule avant d'aller envisager autre chose. » **M8**

« Première contraception je propose une 2G d'emblée » **M9**

« je vais plutôt leur donner une pilule de 2G en première intention » **M9**

« Non, elles sont très pilules! C'est exceptionnel qu'on me demande d'arrêter la pilule pour un implant ou un stérilet, c'est exceptionnel. » **M10**

« il y en a beaucoup qui continuent [la pilule], 40 même 50 ans, parfois même après 50 ans d'ailleurs. » **M10**

« c'est la pilule uniquement. » **M10**

« souvent je conseille la pilule en première intention de toute façon. » **M10**

« Première prescription... bah je propose la pilule. » **M10**

« Alors ça c'est dans le monde, la stérilisation 37%, stérilet 23%, la pilule 14% mais il y a que nous en France où le premier mode de contraception c'est

la pilule, il y a un problème quand même » M11

« En général, elles viennent... elles savent ce qu'elles veulent, elles veulent la pilule ou elles veulent l'implant ou elles veulent... le stérilet c'est quasiment jamais » M11

3.10 Les méthodes dites naturelles

3.10.1 Méthodes en pleine expansion

Pour certains médecins il y aurait une augmentation de ces méthodes

« il y en a beaucoup avec des méthodes naturelles » M1

« ça revient « à la mode » mais on peut leur conseiller » M2

« j'ai l'impression qu'il y en a qui retourne à ça oui » M3

pour cause de...

« Il y a toujours quelque chose qui va pas, elles sont dans le refus parce que il y a des effets éventuels qui peuvent exister » M4

« bien sûr qu'il y en a quelques unes qui refusent toute forme de médicament » M5

« elles veulent continuer à avoir une contraception naturelle et donc... elles veulent pas prendre de contraceptifs » M10

...suite à une peur des utilisations des autres méthodes, peur de l'hormone

« Elles ont peur des effets secondaires du médicament ou du stérilet » M4

« « je veux pas avoir quelque chose à l'intérieur du corps », « je vais prendre des hormones, ça va me faire grossir, la prise de poids c'est pas bon, ça donne le cancer du sein » » M4

« Je pense que c'est plus un refus d'une régulation hormonale de contraception » M6

« Oui, je pense que c'est la peur de l'hormone, enfin le « plus envie de prendre

de médicament pour ça » » M7

« je peux comprendre qu'on ait pas envie de prendre des hormones ou avoir un corps étranger » M8

« je pense qu'il y a un courant... je vais dire « bio » qui fait que les femmes ont pas envie de prendre des hormones » M8

« je pense que c'est une peur de l'hormone, une peur de tout ce qui est chimique en fait. » M9

« oui c'est une peur de l'hormone, sûrement! » M10

« ça c'est sûr, toutes celles qui te refusent tout ça c'est parce qu'elles ne veulent pas avoir...[d'hormones] » M11

La place du stérilet au cuivre dans ces cas là

« A partir du moment où elles veulent pas de chimie je pense qu'elle ne veulent pas de corps étranger dans le corps » M5

« c'est vrai que souvent ces patientes là, le stérilet ça peut être un bon choix » M6

« ce genre de patientes-là ne veulent pas de stérilet non plus parce qu'elles ont peur du corps étranger. » M7

« ces patientes là ne veulent pas mettre de stérilets non plus, c'est une espèce de protection de leur corps » M9

« Bah nul, c'est intrusif, tu rentres quand même dans le corps, tu sais si elles sont contre les hormones, elles sont aussi contre le stérilet. » M11

Un problème de tolérance de la pilule

« si c'est un problème de tolérance de pilule, on essaie de se tourner vers autre chose » M6

« si on n'écoute pas, si on n'entend pas ce qu'elles ont à dire ou si on n'en tient pas compte, on peut prescrire 12 pilules, elles les prendront pas, donc ça sert à rien » M6

D'autres médecins ne pensaient pas que ce soit lié à une peur de l'hormone

« enfin une peur de l'hormone non » M5

« c'est pas une question de peur, mais une question de pas avoir envie de prendre des choses qu'on ne maîtrise pas » M8

d'où le non lien avec la polémique en elle-même

« c'est des personnes qui naturellement ont décidé qu'elles prendraient pas de contraception et c'est pas lié à la polémique » M9

« il y a des femmes qui utilisent ce mode de contraception maintenant, moi je crois pas que ce soit lié à la polémique » M9

Le médecin généraliste pouvait éventuellement le conseiller en leur expliquant le manque de fiabilité

« Pourquoi pas sauf que je lui expliquerai que c'est pas 100% garanti [...] je lui dirais « si vous ne craignez pas d'être enceinte malgré vous pourquoi pas ». » M5

« Je lui dis « écoutez vous prenez votre température tous les matins et puis voilà je vous explique comment ça se passe, l'ovulation à quel moment ça se passe etc... et voilà » M10

« il y a des moyens après je dis oui ou je dis non mais on discute. » M11

Mais en général, c'était le choix de la patiente

« c'est même une très petite minorité, mais il y a quelques femmes qui se disent « moi, non rien ou je fais attention ou je compte » » M6

« la meilleure contraception c'est celle que la femme a choisi » M11

Cas particulier du dispositif Persona®

« normalement c'est des tests d'ovulation mais tu peux l'utiliser comme méthode naturelle de contraception. » M11

« en naturel tu as les tests d'ovulation qui servent de contraception » M11

« en général c'est les femmes d'un certain niveau qui te parlent de ça et ça marche super bien » M11

3.10.2 Pas une bonne méthode de contraception

Pour d'autres médecins il n'y aurait pas d'augmentation de ces méthodes

« Non j'ai pas l'impression, j'ai pas cette sensation là » M8

« 9,5% moi je trouve ça énorme » M9

Faire attention au risque de grossesses et l'augmentation du nombre d'IVG...

« elles ont le droit d'arrêter mais c'est pas forcément pour avoir un enfant.

C'est ça le souci, qu'elles arrêtent sans désir de grossesse » M3

« je lui dis qu'elle risque l'IVG » M4

« je lui expliquerai ce qu'est une grossesse et les risques de cette méthode »

M5

« mais je leur explique que c'est pas une méthode de contraception très fiable et qu'il y a un risque de grossesse après je leur demande si c'est grave si elles tombent enceinte. » M7

« ça m'est arrivé pour une dame qui venait pour une IVG et qui voulait pas reprendre la pilule derrière donc je l'ai mis en garde » M9

« elles ne cherchent pas un moyen de contraception, elles se disent que bon si ça arrive on fera une IVG et point barre » M9

« Je leur dis que c'est pas un bon moyen de contraception, si elle veulent tomber enceinte il faut qu'elles utilisent ça » M11

« c'est sûr si elles utilisent les méthodes naturelles c'est la meilleure façon de tomber enceinte. » M11

...mais l'utilisation de cette méthode ne cachait t-elle pas un désir de grossesse ?

« des femmes qui me disent que si avec cette méthode elles tombent enceinte et bien ça ne les dérangerait [...] j'ai l'impression que l'oubli est un désir de grossesse et que finalement elles assument assez facilement » M2

« mais je leur explique que c'est pas une méthode de contraception très fiable et qu'il y a un risque de grossesse après je leur demande si c'est grave si elles tombent enceinte. » M7

« quand on pose la question je leur dis « oui, pourquoi pas, mais bon voilà

est-ce que ça serait grave si vous étiez enceinte » alors souvent c'est rare qu'elles te disent oui parce que sinon dans ces cas là elles prennent une autre contraception, elles sont conscientes que c'est pas très fiable » M7

Il faut faire attention avec ce genre de méthodes car les patientes n'avaient pas les mêmes risques en fonction de leur âge.

« selon l'âge qu'elles ont, elles savent qu'elles ont peu de risques d'être enceinte, elles comptent là-dessus » M7

« ça dépend quel âge elle a, ça dépend si elle a des enfants mais une jeune qui a pas eu d'enfant moi je lui propose des contraceptifs » M10

Car les patientes n'en parlaient pas forcément à leur médecin...

« je sais pas si on nous en parle plus que ça. » M3

« elles en ont jamais parlé parce que t'as pas forcément l'information, t'as pas amené ça sur la table et quelquefois c'est compliqué » M3

... et font un peu ce qu'elles voulaient

« On est quelquefois surpris quand les dames ont arrêté [la pilule]. » M3

« Je pense qu'elles font leur cuisine elles-mêmes. » M3

« elle est libre, elle peut choisir ce qu'elle veut. » M5

« quand elle me dit « je veux arrêter la pilule ou je veux une méthode naturelle » la question que je me pose c'est : pourquoi ? » M6

« de toute façon j'ai pas le choix, elles font ce qu'elles veulent » M7

Les médecins n'étaient pas pour l'utilisation de ces méthodes si les patientes voulaient vraiment une contraception efficace...

« Je suis contre, quand on voit le nombre d'IVG en France malgré toute l'information je trouve que c'est un peu un scandale » M4

« je leur dis « comptez, mais c'est pas une méthode de contraception ! », c'est une bonne méthode de régulation, mais au niveau contraception c'est nul, c'est vraiment pas efficace. » M6

« s'il y a un vrai désir de contraception, bah j'essaye de la dissuader en disant

que c'est pas une contraception, que ça régule pas trop mal mais que on peut vraiment pas être sûr » M6

« Celles qui veulent vraiment pas être enceintes elles prennent une contraception autre, une vrai quoi. » M7

« à mon avis c'est pas d'une efficacité redoutable [...] je leur explique que c'est pas un moyen de contraception efficace » M8

« non pas du tout, la seule chose c'est qu'on peut pas le proposer à tout le monde » M10

... car ils étaient très pro-pilule !

« l'information elle existe, le problème c'est que c'est pas une question d'information je trouve, parce que les médecins doivent faire pression pour prescrire un maximum de contraceptifs. » M4

3.11 La polémique vue par les MG

3.11.1 Le côté bénéfique de la polémique

Les effets positifs...

« il y a des messages qui sont passés et finalement je trouve que la polémique a assaini l'appréhension des gens sur la contraception, on pu reparler du tabac » M1

« cette polémique a été l'occasion de dialoguer de tout ça et de réfléchir en tant que praticien à d'autres moyens de contraceptions pour pouvoir élargir les choix de la patiente et de ne pas rester bloqué sur la pilule » M2

« La polémique a été positive, ça montre que les politiques sont très versatiles et sont influencés par les laboratoires » M4

« donc c'est bénéfique ! » M5

« plus fiables et mieux connues, donc oui au final moi je pense que ça été quand même positif... » M6

« elle a été bénéfique pour nous oui forcément puisqu'on fait plus attention

qu'avant à ces problèmes là » M10

...étaient vite retombé

« Petit à petit je pense que la polémique redescend comme un soufflet » M1

« j'ai pas eu l'impression que le comportement avait beaucoup changé depuis ce problème là et puis il est déjà pratiquement oublié, plus personne n'en parle » M10

cela avait permis de se remettre en question et de mettre les choses à plat

« la polémique, elle aura eu sûrement le mérite de nous remettre dans les rails et reposer les questions » M1

« ça a été aussi une remise à plat de la mauvaise information des laboratoires qui ont fait du marketing là-dessus » M4

« Et qu'on a remboursé des pilules de 3G sous la pression médiatique sans qu'il y ait d'étude réelle sur les avantages et bénéfices de cette prescription. [...] La polémique est très soumise aux médias... Mais on est manipulé » M4

« il a apporté quelque chose, il apporte une réflexion sur un sujet pour lequel effectivement chacun a probablement son idée » M5

« Oui, je pense qu'elle a été bénéfique parce qu'elle a quand même soulevé des questions sur un risque réel et des conséquences potentiellement graves » M6

« qu'on donne les informations et que nos recommandations professionnelles changent je trouve pas ça négatif, c'est la façon dont ça été fait peut-être » M8

« Tout doucement on s'était un petit peu endormi avec la pilule [...] on a repris les choses de façon plus systématique. » M9

« on a dit d'arrêter la pilule mais on n'a pas mis plus le doigt sur la pilule de 3G par rapport aux autres » M9

« on va dire que c'est toujours bien de se remettre en question sur les prescriptions médicales » M11

pour refaire l'éducation de ces patientes-là

« Je trouve qu'il y a tout à reprendre au niveau de l'information, au niveau de la formation » M5

En conclusion, l'intérêt de la polémique avait été :

→ un arrêt de prescription des pilules de 3G

« ça a permis de remettre au clair nos prescriptions, à savoir qu'il y avait pas d'intérêt à donner une 3G ou une 4G par rapport à une 2G » M7

« oui parce qu'on a arrêté de prescrire des progestatifs de 3G qui avaient pas finalement d'avantages par rapport aux 2G » M7

« qu'on évolue dans notre prescription c'est normal, il faut de toute façon tenir compte des effets indésirables mais 20 ans ou 40 ans plus tard après c'est plutôt la façon dont ça été fait. » M8

« maintenant les prescriptions de pilules sont plus prudentes » M9

« je me demande même pourquoi elles restent sur le marché, est-ce qu'on peut pas s'en passer de ces pilules là ? » M9

→ une diminution des effets indésirables :

« si on peut éviter 3-4% de problèmes phlébite/embolie chez les femmes c'est forcément bénéfique » M10

3.11.2 Les effets secondaires suite à la polémique

Beaucoup de bruit pour pas grand-chose...

« cette polémique a été bénéfique pour le moindre risque de phlébite mais ça a été monté un peu en épingle parce que le risque n'était pas beaucoup supérieur » M4

« il y a eu beaucoup de bruit pour pas grand chose parce que le risque d'événement cardio-vasculaire avec les contraceptions même de 3G par rapport au nombre d'utilisatrices était quand même moindre » M7

... pour faire peur aux patientes qui ont arrêté leur contraception orale

« ils ont tellement fait peur aux patientes dans les médias que c'est possible qu'il y en ait certaines qui ont décidé d'arrêter la pilule en se disant que c'était mauvais pour la santé. » M7

« c'est tellement mal fait qu'elles prennent peur. » M8

« il y avait pas d'urgence à arrêter les pilules donc pourquoi faire paniquer tout le monde. » M11

les effets négatifs :

« Une polémique n'est jamais bénéfique, l'information a été bénéfique mais la polémique non. » M5

« cette histoire de 3G c'est un peu décevant parce qu'on s'est fait un peu embarqué par les industries pharmaceutiques » M9

Certains médecins pensaient que cette polémique qui avait posé le problème du déremboursement...

« je pense que le déremboursement a été économique et politique c'est tout je vois que cet intérêt là. » M5

« on prenait des pilules pas remboursées pour être en meilleure santé et finalement voilà les intérêts sont quand même très très limités » M9

... a provoqué une sorte de régression thérapeutique

« on est en train de régresser pour l'instant » M5

« je pense qu'il y a des techniques de contraception qu'on a perdu » M8

En bref, la polémique a été une bonne chose mais a été mal faite

« ça partait un peu dans tous les sens » M6

« Non parce que je pense que la façon dont ça était fait, ça n'a pas été » M8

« ça a été tellement mal fait mais comme beaucoup de choses comme la médiatisation des effets secondaires quels qu'ils soient » M8

« c'était pas la bonne façon de le faire » M11

« l'information est plus une mauvaise information par les médias avec toutes les précautions qu'ils devraient prendre, au lieu de nous avertir nous, qu'on puisse nous faire l'information » M11

« On va dire que oui il y a eu des bonnes choses mais c'était pas la bonne méthode. » M11

3.12 La pilule Diane 35

Les médecins interrogés avaient spontanément parlé de la problématique de Diane 35® sans pour autant faire partie de mon questionnaire.

Les motifs de prescription de Diane 35®

« Diane 35 pour l'acné » M7

Vers un arrêt forcé de prescription

« elles ont pris l'habitude de prendre autre chose, donc si ça marchait bien avec autre chose elles vont pas forcément y revenir, en plus normalement c'est pas un contraceptif donc bon » M6

« ce qui a été compliqué c'est plutôt chez les patientes qui étaient sous Diane... de gérer de nouveau l'acné » M8

« j'avais un certain nombre de patientes qui étaient sous Diane par contre donc suite à la polémique moi j'ai abandonné complètement. » M9

« j'ai trouvé qu'on avait plus de problèmes avec les patientes qui avaient Diane qui arrivaient en disant « mais ma pilule elle est plus remboursée »... » M11

« elle a carrément été supprimé Diane 35... » M11

Puis avec la remise sur le marché, les cas particuliers de represcription

« il y a énormément de cas particuliers dans nos prescriptions de pilules, la Diane entre autres » M8

« maintenant de toute façon quand on lit les recommandations et quand on lit l'indication de la prescription de la Diane, on est quand même ultra limité donc du coup je la prescris quasiment pas » M8

« à part effectivement les pilules qui sont efficaces sur l'acné. » M9

« sauf renouvellement d'un dermatologue » M9

3.13 Les formations

Les médecins interrogés avaient tous plus ou moins dû se « remettre à jour » en terme de contraception, que ce soit par Internet, avec des revue de médecine ou assister à des FMC...

« j'ai dû me renseigner un peu plus » M2

« Non je me suis renseigné moi même sur internet et avec des FMC, il faut aller chercher l'information sinon tout devient vite obsolète » M2

« je lis beaucoup, je suis abonné à la Revue du Praticien » M4

« j'ai fait des FMC et j'ai lu beaucoup dans les revues comme « la revue du prat », un peu toutes les revues généralistes qui parlent de contraception. » M5

« j'avais lu le livre « contraception » de Martin Winckler qui reprenait un peu toutes les méthodes de contraception, les idées fausses » M6

« on a reçu un petit imprimé de la caisse primaire ou je ne sais pas quoi sur les différents moyens de conception, et puis on fait des FMC, on a eu une formation de gynécologie il y a quelques temps donc on en a parlé oui » M10

« il y a eu un quoi de neuf en médecine générale il y a 2 ou 3 ans » M11

... ou le DIU de gynécologie

« Ça a changé aussi par rapport aux formations que j'ai eu, mon DIU de gynéco en 2010, la polémique en 2013 donc on se remet aussi un petit peu en question, en 2014 quand j'ai refait le topo aux journées médicales de l'Eure donc à nouveau je me suis reposée d'autres questions donc oui ça a changé mais parce que j'ai fait des formations. Je n'aurais pas fait de formations, je pense que j'aurais pas changé comme ça. » M11

D'autres pensaient avoir des connaissances suffisantes

« largement oui mais c'est assez simple dans l'ensemble. » M4

« J'ai pas fait de formations en particulier mais je pense être bien renseignée quand même, je me suis intéressée à la question » M7

Quelques-uns avaient soulevé le problème du manque de temps pour se former...

« mais bon faut trouver le temps » M3

« n'ayant pas une orientation gynécologique, c'est vraiment une part très réduite et j'ai pas le temps d'en faire plus, c'est une question de choix. » M4

...mais aimeraient pouvoir bénéficier de formation pour les gestes pratiques

« Oui mais pas un DU, pour des gestes oui » M3

« C'est comme l'implant, il faut qu'on te le montre une fois et c'est bon mais je vais pas prescrire un implant et pas le mettre. » M3

4. DISCUSSION

4.1 Intérêt et originalité de l'étude

Le choix de faire une étude qualitative par entretiens semi-dirigés paraissait le plus adaptée pour percevoir les ressentis et les opinions des médecins interrogés. Ce qui permet également de mettre en évidence les différents points de vue de chacun.

Le fait d'utiliser ce genre de méthode a été tout particulièrement intéressant car au fil des entretiens, des questionnements initialement non prévus se sont révélés tout à fait instructifs. C'était le cas avec la problématique de Diane 35®.

La question de la contraception est un sujet d'actualité, bien sûr suite à la polémique des pilules de 3G/4G qui a éclaté fin 2012 mais aussi par le manque croissant de gynécologues médicaux (plus marqué encore dans les zones rurales) et par conséquent une nécessité du médecin généraliste de pallier à ce manque pour répondre aux questions et à assurer le suivi des patientes.

Ce travail a été original car il n'a pas été retrouvé dans la littérature de thèse qualitative sur le vécu des médecins généralistes suite à la polémique des pilules de 3G/4G. Il est complémentaire d'une thèse qualitative de Mme BAHMED en 2013 à Rennes (38) sur les difficultés ressenties par le médecin généraliste lors d'une consultation de contraception et de deux thèses quantitatives de Mme DUBERNET en 2013 à Paris (39) et de Mme PEYROT en 2014 à Limoges (40) qui étudiaient le comportement des femmes et des médecins suite à cette polémique.

S'agissant d'une thèse de médecine générale, nous avons choisi d'explorer le point de vue des médecins généralistes uniquement, ainsi les gynécologues et les sages-femmes ont été exclus de l'étude même si ces derniers ont été également concernés par le sujet. Seuls des médecins thésés ont été retenus car la polémique étant plutôt récente, il était intéressant de voir s'il y avait eu une évolution entre les habitudes de prescriptions des médecins avant cette polémique et après.

4.2 Critique de la méthode

4.2.1 Les biais

Biais de puissance

L'effectif de médecins interrogés est faible du fait des réponses aux sollicitations peu nombreuses malgré les relances téléphoniques ou par mail. Néanmoins, même si chaque nouvel entretien apportait encore des éléments intéressants, l'analyse a fait l'objet d'une « saturation » c'est-à-dire que l'émergence de nouveaux thèmes s'est stabilisée au fur et à mesure des entretiens, avec une sorte de récurrence qui a permis de s'assurer que ce nombre certes limite, était suffisant.

Biais de sélection

Cette étude étant qualitative, il existe obligatoirement un biais de sélection. L'échantillonnage n'est pas représentatif de la population des médecins généralistes de Haute-Normandie. Nous remarquons une majorité de femmes (7 femmes pour 4 hommes). De manière plus générale, les médecins qui ont bien voulu passer l'entretien étaient probablement tous plus ou moins investis par le sujet.

On peut également penser que le recours à des médecins dans l'entourage professionnel et personnel de l'enquêtrice pouvait constituer un biais de sélection.

Même si l'échantillon n'est pas représentatif, il a été le plus varié possible en fonction de l'âge, du sexe, du lieu d'exercice, de l'année d'installation...

Biais lié au guide d'entretien

L'ajout de 4 questions sur le guide d'entretien après 3 interviews de médecins a modifié le guide : quelques thèmes n'ont pas pu être abordés lors des premiers entretiens.

Biais de recueil

Étant la seule enquêtrice ayant effectué les entretiens semi-dirigés, cela a probablement influencé et orienté les interviews. Effectivement je n'étais pas neutre puisque c'était un sujet qui m'intéressait et j'avais déjà fait des recherches sur ce thème au préalable ce qui a pu se ressentir par moment en réorientant les médecins qui s'égarèrent.

Biais d'analyse

Après avoir retranscrit les entretiens mots pour mots, il a fallu en faire sortir les grands

thèmes puis les sous-thèmes. Un tableau a été ainsi créé regroupant ces différents thèmes pour obtenir les résultats ci-dessus. Malgré tout, cette analyse a été faite par l'enquêtrice seule et n'a pas bénéficié d'une double analyse.

4.2.2 Les limites

Ce travail présente les limites comme pour tout travail de recherche. Une des limites de notre étude, qui est commune avec les autres études qualitatives est sa non-reproductibilité.

Les entretiens réalisés au cabinet en fin de consultation étaient plus longs que ceux réalisés entre deux consultations, ce qui peut s'expliquer par la peur d'accumuler du retard. Le seul entretien réalisé à la faculté de médecine avant un cours a été écourté par l'arrivée des étudiants.

Un deuxième facteur à prendre compte est dû à l'enregistrement des entretiens. Au début de chaque entretien, une autorisation d'enregistrement était demandée ce qui a pu engendrer une certaine réticence, sans obtenir de refus cependant, mais qui a pu provoquer une peur d'être jugé par une future consœur.

4.2.3 Les validités

Validité interne

Les retranscriptions ont été réalisées par l'enquêtrice qui a repris mot pour mot ce qui a été dit pendant les entretiens grâce à l'enregistrement audio en mettant les pauses, les hésitations et les phrases non finies qui montrent la réalité d'un dialogue avec une certaine réflexion de la part du médecin interrogé.

La saturation des données a permis cette validation interne.

Validité externe :

Les résultats induits par l'échantillon, qui été le plus varié possible en terme d'âge, de sexe et de lieu d'exercice, montrent une certaine similitude avec les données de la littérature et sont en accord avec les nouvelles recommandations de l'HAS (17).

4.3 Analyse des résultats

4.3.1 Evolution des prescriptions des pilules de 3G et 4G

Les médecins généralistes interrogés ont été classés en deux groupes, le premier a modifié les prescriptions de pilule en arrêtant complètement de prescrire celle de 3G ou 4G en suivant les recommandations de l'HAS (16) et l'autre groupe qui a joué la carte de la prudence et qui prescrivait des pilules de 2G n'a pas modifié les prescriptions. Nous avons constaté dans notre étude une baisse globale des prescriptions de pilule de 3G et 4G depuis la polémique ce qui correspond aux études de l'ANSM sur l'évolution des prescriptions des pilules (5).

Après la polémique, les médecins interrogés prescrivaient en première intention une pilule de 2G.

Ces modifications ont été induites à la demande des femmes ou à l'initiative du médecin traitant lors d'un renouvellement de contraception. Comme le montre l'étude Fécond, près d'une femme sur cinq déclare avoir changé de méthode depuis le débat médiatique (6).

Certains médecins ont continué à prescrire des pilules de 3G/4G lorsque c'était le souhait de la patiente et qu'il n'y avait pas d'autre alternative comme le souligne M6 « *celles pour qui c'était une « pilule de dernier recours » parce qu'elles en avaient essayé 8, ça marchait pas et bah on a essayé de maintenir* », ou bien quand cette pilule était utilisée depuis plus d'un an et que changer aurait exposé de nouveau la patiente au sur-risque thrombo-embolique mais ce n'était qu'une petite minorité.

État des lieux en France

Le débat médiatique de fin 2012, début 2013 sur les pilules n'a pas entraîné de désaffection vis-à-vis de la contraception mais le recours à la contraception orale a diminué, passant de 49,6 % en 2010 à 40,6 % en 2013.

Illustration 6: Méthodes de contraception utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes

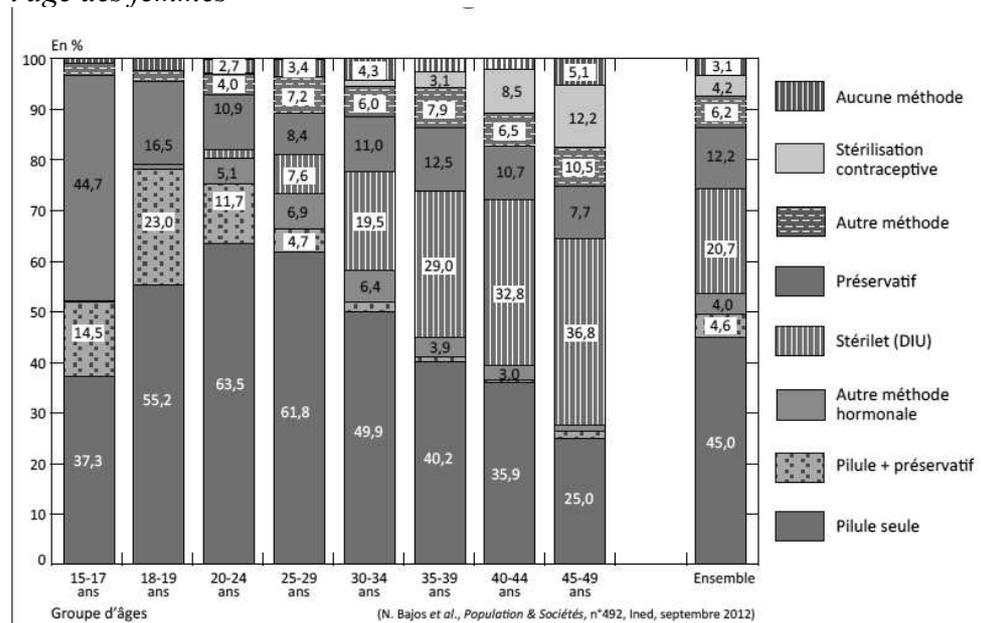
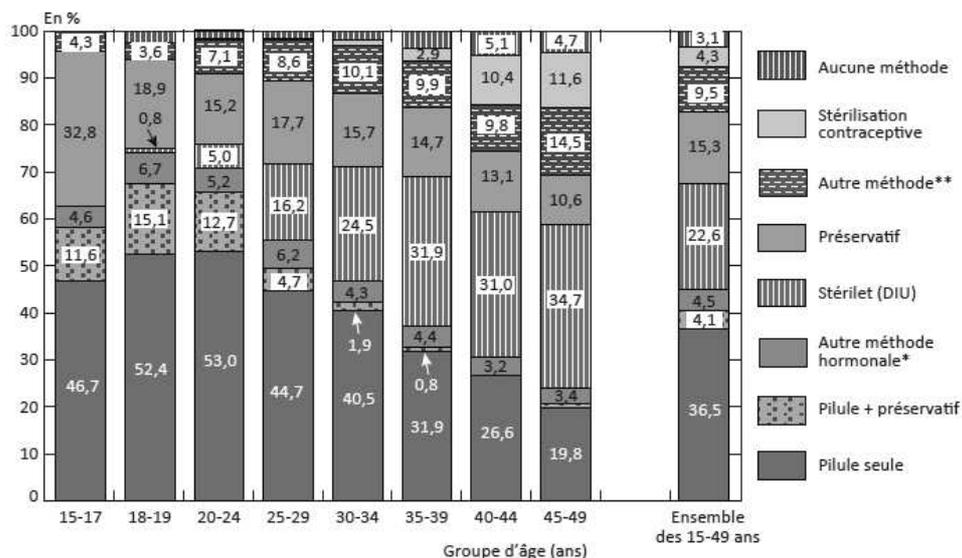


Illustration 7: Méthodes de contraception utilisées en France en 2013 selon l'âge des femmes

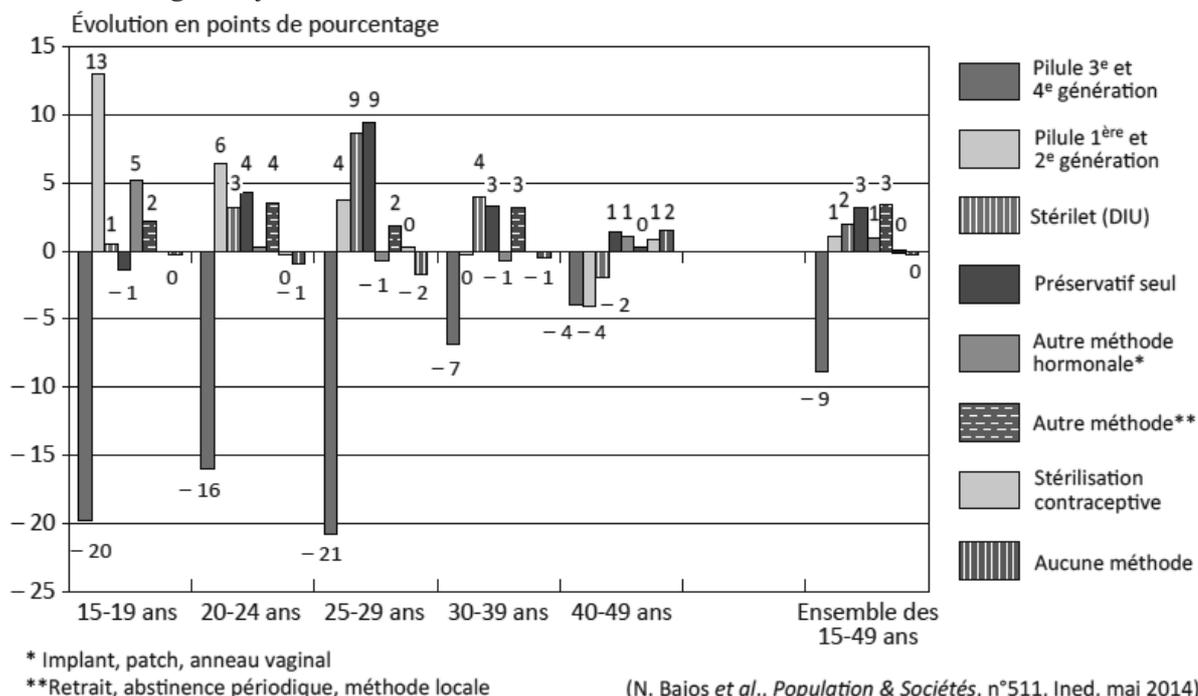


* Implant, patch, anneau vaginal

**Retrait, abstinence périodique, méthode locale

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

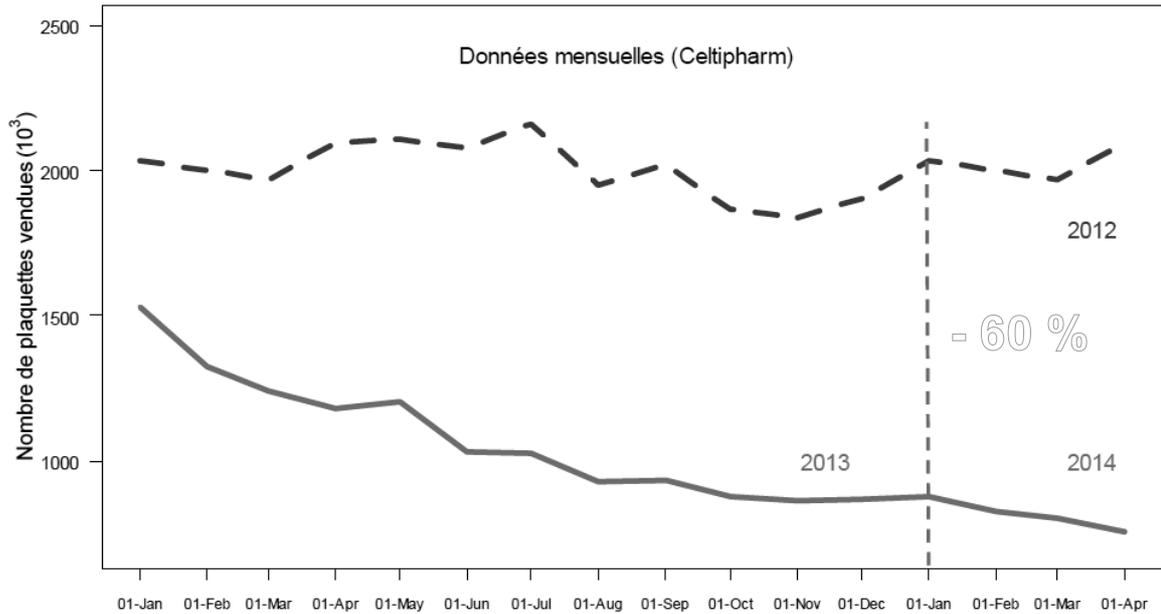
Illustration 8: Evolution des méthodes de contraception utilisées en France entre 2010 et 2013 selon l'âge des femmes



Les ventes de pilules contraceptives de 3G et 4G ont chuté de 60% après la « crise de la pilule » en comparant la période de janvier-avril 2012 à la période de janvier-avril 2014 comme le montre l'illustration 9 (34). Un point diffusé par l'ANSM sur la pilule confirme la tendance à la baisse pour les prescriptions des COC de 3G/4G (35).

La distribution d'âge a peu évolué sur la même période ; en avril 2014, la majorité des ventes de COC de 3G/4G, soit 41% concerne les 20-29 ans, 27% les 30-39 ans, 21% les 40-49 ans, et 7% les 15-19 ans.

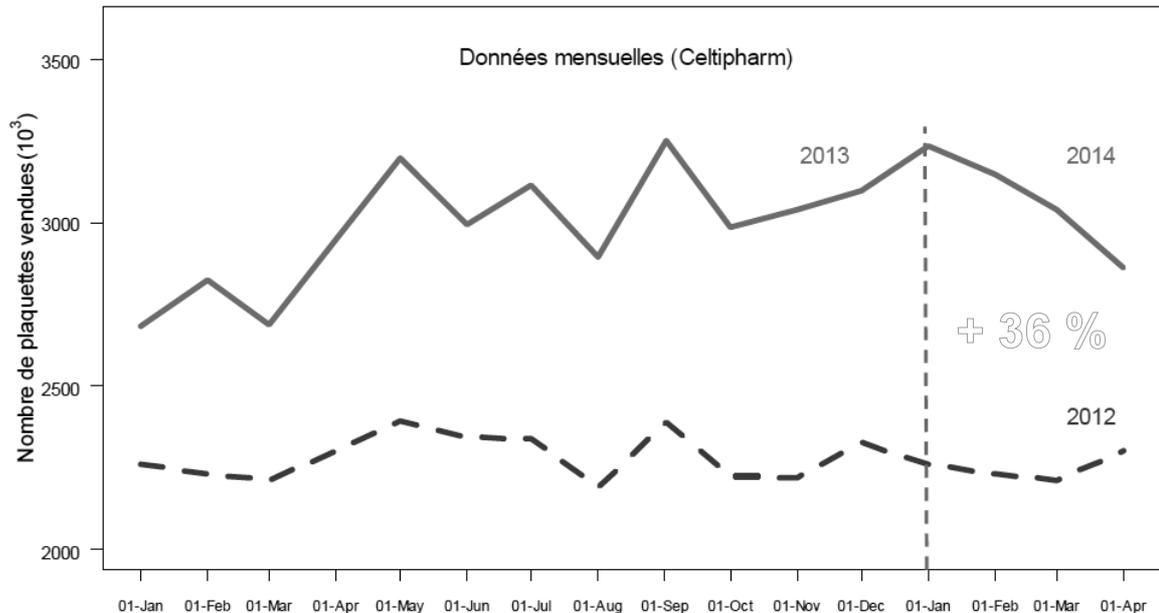
Illustration 9



Les données de ventes de 2014 pour les pilules de 2G confirment les tendances observées en 2013. En effet, la vente de pilules contraceptives 2G sur la même période de janvier-avril 2012 à la période de janvier-avril 2014 a progressé de 36 % comme nous pouvons le voir sur l'illustration 10.

En avril 2014, la majorité des ventes de ces contraceptifs, soit 45%, concerne les 20-29 ans, viennent ensuite 25% des ventes chez les 30-39 ans, 14% chez les 15-19 ans et 13% chez les 40-49 ans.

Illustration 10



A part, les progestatifs seuls ont également évolué puisqu'il y a une augmentation globale de 8.1% des ventes sur la période de janvier-avril 2012 à la période de janvier-avril 2014.

4.3.2 Vers une diversification des méthodes

Globalement, les médecins interrogés pensent que les femmes sont moins focalisées sur la pilule et commencent à penser à d'autres moyens « *il y a quand même eu une diversité, enfin les femmes sont moins focalisées sur la pilule* » M6. La polémique y-est-elle pour quelque chose ? Certains médecins n'en étaient pas si sûrs et pensaient que c'est plus un phénomène qui était déjà présent auparavant comme le montre l'enquête FECOND de 2010 (1) qui montre un début de changement dès 2005. D'autres médecins ont cru à un début de diversification suite à la polémique (« *J'ai cru, et finalement je suis pas sûre* » M3) mais finalement les femmes sont restées fidèle à la pilule.

Même si la pilule reste de très loin le contraceptif le plus utilisé, on observe déjà entre 2005 et 2010, un début de diversification des méthodes contraceptives notamment chez les 20-24 ans. Dans cette tranche d'âge, le taux d'utilisation des moyens contraceptifs autres que la pilule et le préservatif (implant, patch, anneau et stérilet) est ainsi passé de 2 à 9% (5). Les attentes des femmes et les représentations qu'ont les médecins de leur aptitude à suivre les prescriptions contribuent aux choix des méthodes utilisées.

Globalement, la vente des pilules, toutes générations confondues, a diminué de 5,1% partiellement compensé par un report sur les autres moyens de contraception tels que les implants et DIU dont la vente a augmenté de 28% en 2013 (+47% pour le DIU au cuivre et +18% pour les DIU hormonaux et les implants) (5).

De nouvelles inégalités sociales vis-à-vis du recours à la contraception sont par ailleurs apparues. Le débat de 2013 a contribué à une diversification des pratiques contraceptives (42).

4.3.2.1 Le DIU

Les médecins généralistes constataient une augmentation des demandes des femmes pour le DIU mais peu de médecins interrogés étaient poseurs de DIU. Une majorité pensait qu'il n'y avait pas de lien avec la polémique (« *Ce qui a changé oui, c'est la prescription du stérilet chez la nullipare mais ça c'est pas en lien avec la pilule, c'est parce que ça a évolué aussi, pour moi c'est complètement indépendant* » M8) ce qui est contradictoire avec les données suivantes. On peut penser qu'il existe toujours un certain frein à la prescription des DIU de la part les médecins français (3).

Les ventes des DIU ont progressé de 26 % d'une année sur l'autre depuis la polémique (34). Une rupture s'est déjà produite concernant la prescription du stérilet. La réticence des médecins français à ne pas le proposer aux femmes nullipare semble avoir diminué, en partie grâce à une demande des femmes elles-mêmes. En dépit des recommandations émises par la HAS en 2004, le stérilet n'avait toujours pas progressé chez ces femmes entre 2000 et 2010. Il a en revanche sensiblement progressé entre 2010 et 2013 : l'augmentation est notable chez les femmes nullipare, une catégorie jusque-là peu attirée par ce contraceptif. Elles sont désormais 4 % des 20-24 ans (2 % en 2010) et 16 % des 25-29 ans (8 % en 2010).

La littérature scientifique montre pourtant qu'il n'y a aucune contre-indication à la pose d'un stérilet en rapport avec l'âge ou la parité de la femme (33).

Il est à noter que l'augmentation la plus importante de 45%, concerne la vente de DIU au cuivre qui occupent actuellement plus de 40% des ventes de cette catégorie « autres dispositifs » (5).

4.3.2.2 L'implant

La vente d'implants a augmenté également depuis la polémique sur les pilules (5). Les médecins généralistes interrogés étaient peu nombreux à poser les implants, en général c'était ceux qui posaient les stérilets. Mais les médecins remarquaient une augmentation des demandes chez les jeunes femmes (« *c'est souvent les jeunes femmes qui nous réclament l'implant* » M9) et ceux qui le posaient pouvaient le proposer aussi bien aux jeunes qu'aux femmes de plus de 40 ans.

4.3.2.3 Anneau vaginal et patch

Certains médecins continuaient de les prescrire en justifiant que le passage systémique est moins important que par voie orale (« *je prescris aussi tout ce qui est NUVARING®, la dose d'œstrogènes est très faible donc...voilà la 3G que je prescris* » M4).

Un médecin trouvait que c'était une perte en terme d'arsenal thérapeutique et regrettait de ne plus pouvoir prescrire l'anneau vaginal (« *un peu bête en terme d'arsenal thérapeutique parce que je trouve que ça limite énormément* » M8). Un autre médecin trouvait qu'il y a plus de demandes de patches (« *il y en a aussi qui se tourne vers le patch pas mal, enfin pas mal, de plus en plus.* » M6) paradoxalement à ce que nous venons de voir à travers une étude de l'ANSM.

Les anneaux vaginaux représentent les 2/3 des ventes de contraceptifs estroprogestatifs non administrés par voie orale.

De janvier 2013 à avril 2014, les ventes d'estroprogestatifs non oraux (dispositifs transdermiques et anneaux vaginaux), qui sont des contraceptifs de 3ème génération, ont diminué globalement de 15% (35).

4.3.2.4 Méthodes dites « naturelles »

Il existe 3 méthodes principales d'estimation de la phase fertile ou « méthodes naturelles » :

- l'analyse du calendrier (alias méthode Ogino-Knauss), la femme doit surveiller et noter les dates de ses menstruations pendant 1 an, et donc la longueur de ses cycles (les plus courts et les plus longs) en jours. Elles détermine ensuite sa période de fécondité.

- l'auto-observation de la glaire cervicale (alias méthode Bilings) consiste à prélever un peu de glaire au fond du vagin avec le pouce, et de tester sa texture. Si la glaire s'étire entre le pouce et l'index de plus de 5 cm, la femme est féconde. Tout rapport sexuel est alors

à proscrire, et ce jusqu'à 3 jours après le changement de texture ou la disparition de la glaire.

- la mesure de la température corporelle matinale où il faut prendre sa température tous les matins à la même heure, au lit, avant de se lever... La température habituelle de la femme s'élève de 0,2 à 0,4 °C (de 36,7 à 37,1 °C, par exemple) au moment de l'ovulation.

Les médecins interrogés ont tous constaté une augmentation du nombre de femme utilisant ces méthodes depuis la polémique, soit par peur de l'hormone et de la pilule (*« je pense que c'est une peur de l'hormone, une peur de tout ce qui est chimique en fait. »* M9) soit parce qu'elles ne supportaient aucune autre contraception (*« bien sûr qu'il y en a quelques unes qui refusent toute forme de médicament »* M5).

On croyait ces méthodes de contraception naturelles oubliées. Pourtant, aujourd'hui, près d'une femme sur 10 opte pour ces techniques selon l'étude Ined-Inserm en mai 2014 (37).

L'étude indique qu'entre 2010 et 2013, la plus forte hausse (3,4 points) est enregistrée par les méthodes naturelles, désormais choisies par 9,5 % des femmes, c'était ce que les médecins interrogés avaient remarqué *« j'ai l'impression qu'il y en a qui y retourne »* M3.

Dominantes avant les années 1960, le recours aux méthodes "naturelles" a nettement diminué depuis les années 1970 (34 % des femmes en 1978), et s'est stabilisé dans les années 2000 autour de 6 % des femmes. Il faut dire que leur efficacité, en pratique, laisse à désirer.

La proportion de femmes n'ayant aucune contraception est restée stable depuis 2010 (3%), indique l'étude « Fécond », menée en 2013 par l'Inserm et l'Ined. Néanmoins, les méthodes jugées peu efficaces sont davantage utilisées (14).

Le retrait, par ailleurs, est théoriquement assez fiable, davantage même que les spermicides, les préservatifs féminins ou les diaphragmes, selon la Haute autorité de santé (44).

Les médecins avaient un avis partagé sur ces méthodes. Il y avait ceux qui pensaient que le fait d'utiliser ces méthodes était un désir de grossesse inconscient et pouvaient proposer ce genre de moyen en s'assurant que la patiente n'était pas réticente à un grossesse surprise (*« des femmes qui me disent que si avec cette méthode elles tombent enceinte et bien ça ne les dérangerait pas »* M2).

Les autres n'étaient pas réticents aux demandes des femmes pour ces méthodes de contraception mais les avertissaient que ce n'était pas fiable du tout et que si elles souhaitaient une contraception efficace il ne fallait pas utiliser les méthodes dites « naturelles » (*« s'il y a un vrai désir de contraception, bah j'essaye de la dissuader en disant que c'est pas une contraception, que ça régule pas trop mal mais que on peut vraiment pas*

être sûr » M6).

Dans tous les cas, ils étaient tous d'accord sur le fait que ces méthodes n'étaient pas efficaces.

Selon la revue « Prescrire » on peut également écarter le dispositif médical « Persona » qui est commercialisé dans les pharmacies de ville pour détecter les jours probables de fertilité d'une femme au moyen de dosages hormonaux urinaires réalisés par la femme elle-même.

Un médecin seulement a parlé de ce dispositif en évoquant que c'était l'unique moyen parmi toutes les autres méthodes dites « naturelle » qu'il pourrait conseiller et qu'il jugeait plutôt fiable (*« en général c'est les femmes d'un certain niveau qui te parlent de ça et ça marche super bien » M11).*

Cette méthode nécessite 8 à 16 tests par cycle menstruel, elle aboutit à recommander en moyenne 12 jours d'abstinence sexuelle ou de rapports protégés par cycle. Cette méthode n'est pas conseillée en France compte tenu d'une évaluation insuffisante, d'autant plus qu'il est très coûteux, non remboursable en France par la Sécurité sociale (36).

Je me suis demandé pourquoi une part si importante de femmes (9,5%) utilisaient ces méthodes dites « naturelles » ? La polémique a-t-elle joué un rôle dans ce choix ? Si c'était une peur de l'hormone et des complications qu'elle pouvait occasionner ? Dans ce cadre là, on pourrait expliquer l'augmentation de ces méthodes mais également l'augmentation de l'utilisation du DIU au cuivre et donc sans hormones.

Les médecins interrogés étaient septiques sur ce raisonnement et certains n'étaient pas d'accord, pensant que les femmes qui utilisaient les méthodes dites « naturelles » n'allaient pas accepter un corps étranger intra-utérin (*« ces patientes là ne veulent pas mettre de stérilets non plus, c'est une espèce de protection de leur corps » M9).*

4.3.2.5 La stérilisation tubaire

La stérilisation féminine volontaire peut être définie comme « la suppression définitive de la fertilité ». Il s'agit d'une procédure définitive et ce caractère permanent s'oppose aux méthodes contraceptives temporaires. Autorisée en France par la loi du 4 juillet 2001, elle peut être proposée dans certaines circonstances comme l'absence définitive et réfléchie de désir de grossesse ou un danger potentiel de grossesses ultérieures. Les répercussions psychologiques peuvent être lourdes : il est donc indispensable d'évaluer de la façon la plus objective les dispositions psychologiques de la patiente et du couple et d'informer la patiente de manière très précise (14).

La France avec ce modèle du tout-pilule connaît un grand désamour pour la contraception définitive qui est pourtant la méthode la plus employée dans le reste du monde.

En France, elle ne concerne que 3,9 % des femmes et 0,3 % des hommes. A titre de comparaison, aux États-Unis, c'est 24 % des femmes et 13 % des hommes. Au Royaume-uni, 8 % des femmes et 21 % des hommes (46).

C'est exactement ce que pensent certains médecins interrogés. Ils avouent que ce n'est pas une contraception à laquelle ils pensent souvent (*« la stérilisation tubaire c'est pas du tout l'esprit français en fait, il y a d'autres pays où c'est beaucoup plus pratiqué comme aux États-Unis »* M7).

Ce désamour s'est aussi dévoilé quand, en 2010, les caisses d'assurance maladie ont envisagé de dérembourser la méthode de stérilisation non-chirurgicale Essure.

4.3.2.6 Les freins à la prescription des contraceptions de longue durée d'action

Les médecins interrogés ont des pratiques variées en termes de contraception et ont tous plus ou moins exprimé des freins à la prescription de certains modes contraceptifs.

Certains, ne posant pas de DIU ou d'implants sont conscients de la restriction des moyens contraceptifs qu'ils proposent aux patientes.

Un médecin qui pratique les différents modes de contraception a même exprimé une certaine réticence à la pose des DIU pour cause de mauvaise expérience professionnelle.

D'autres ne sont pas favorables à développer ce type de pratique par manque de temps, que ce soit pour la formation ou pour le temps de consultation à consacrer.

Comme le montre l'HAS dans son étude sur les freins des contraceptifs, les conditions actuelles d'exercice et de paiement à l'acte se prêtent mal à une consultation contraceptive. Il est plus rapide de renouveler la prescription d'une pilule plutôt que d'étudier à nouveau avec la patiente si la contraception correspond toujours bien à ses attentes (3).

Avec l'évolution du système de soins et de la démographie médicale (diminution du nombre de gynécologues et répartition inégale sur le territoire, féminisation des médecins généralistes, etc.), les questions de contraception seront de plus en plus souvent traitées par le médecin généraliste.

4.3.3 La polémique

4.3.3.1 Le vécu par les MG

Le MG est consulté en premier recours, il gère et coordonne les soins par les autres professionnels. Néanmoins, la gynécologie fait partie des spécialités pour lesquelles la patiente n'a pas l'obligation de passer par son médecin traitant pour y accéder.

Le ressenti des MG a été plutôt favorable dans l'ensemble, ils ont été unanimes sur le fait que la polémique des pilules de 3G et 4G a été bénéfique et a permis de remettre les choses à plat (*« ça a provoqué pas mal de questionnements, ça été aussi du coup l'occasion de repenser un peu la contraception chez les femmes [...] de remettre les choses un petit peu à plat. »* M6).

Certains médecins ont trouvé que ce n'était la bonne façon de faire pour engendrer ce changement. Ils auraient préféré éviter un scandale médiatique qui a inquiété les patientes (*« ça a été tellement mal fait mais comme beaucoup de choses comme la médiatisation des effets secondaires quels qu'ils soient »* M8).

Les médias ne facilitent pas le travail des MG par les informations erronées et les amalgames sur la contraception qu'ils véhiculent auprès de grand public et les patientes les plus fragiles, les plus hésitantes ou les plus sensibles aux messages médiatiques, en ont été une nouvelle fois les victimes.

4.3.3.2 L'influence des laboratoires pharmaceutiques

Quelques médecins prescripteurs de pilules de 3G et 4G ont évoqué un lobbying pharmaceutique à l'origine d'une prescription importante de ces pilules, qui n'était pas toujours justifiée (*« La polémique a été positive, ça montre que les politiques sont très versatiles et sont influencés par les laboratoires »* M4).

D'autres ont évoqué le manque de transparence de certains laboratoires qui mettaient en valeur les études en faveur de leurs produits et en occultant celles démontrant les différents risques (*« ça a été aussi une remise à plat de la mauvaise information des laboratoires qui ont fait du marketing là-dessus »* M4). Ces médecins, non convaincus par les arguments des ces laboratoires ont préféré jouer la carte de la prudence en restant sur des prescriptions de pilule de 2G.

C'est toute l'histoire des générations des pilules (7). Les laboratoires se disputent le marché

de la contraception en créant au fur et à mesure des années, différentes générations laissant croire aux consommatrices que les dernières générations, et donc plus récentes, étaient mieux tolérées, de plus en plus naturelles et ayant moins d'effets secondaires et indésirables.

Les patientes ainsi que certains médecins généralistes ou gynécologues se sont laissés influencer par les laboratoires pharmaceutiques.

4.3.3.3 Les IVG

Dans les autres pays

La contraception orale se trouve au cœur de l'actualité, d'autres pays ont connu cette polémique avant la France. Ainsi, en Grande-Bretagne, dans les mois qui ont suivi la parution de 3 articles du « *Lancet* » en 1995, 12% des femmes avaient rapidement cessé leur contraception hormonale, avec comme conséquences l'année suivante 8 % (13.600) d'IVG et 12400 naissances supplémentaires. En Norvège, 25.000 femmes avaient cessé leur contraception hormonale (36 % d'IVG supplémentaires chez les moins de 25 ans durant le premier trimestre de 1996) ; même constat au Québec... (47)

En France

Si la contraception s'est propagée, en France, chez 98 % des femmes qui ont des relations sexuelles et ne désirant pas d'enfants, le nombre d'IVG ne diminue pourtant plus depuis 20 ans. Selon l'étude CoCon de l'Ined et de l'Inserm, une grossesse sur trois est non désirée. Les deux tiers surviennent sous contraception. En 2000, on estimait que "40 % des femmes en France auront recours à une IVG au cours de leur vie".

Malgré la polémique, l'impact n'a pas été le même qu'en 1995 en Grande Bretagne ou en Norvège. Depuis cette « crise », les ventes de pilule de 3G ou 4G n'ont cessé de baisser, elles ont chuté de 60% comme on l'a vu précédemment. Elle a conduit 20 % des femmes à aller voir un médecin et plus d'un million de femmes ont changé de contraception pour en prendre une comportant moins de risque pour leur santé (41).

Alors que le nombre d'avortements était stables en France depuis 2006 et avait même baissé en 2011 et 2012, il est reparti à la hausse (+4,5 %) en 2013 avec 10.000 interruptions volontaires de grossesse supplémentaires, soit 229.000 IVG réalisées, contre 219.000 en 2012 selon un rapport de la Direction des Études et Statistiques du ministère de la Santé (Drees) publié en juin 2013 (24).

Deux causes peuvent expliquer cela : « Le débat concernant les moyens de contraception

ayant eu lieu un an avant » et en dehors de la polémique « la gratuité des IVG depuis le 31 mars 2013 », selon la Drees qui avance une dernière explication pour comprendre la hausse des IVG : « l'augmentation en 2013 de la rémunération des établissements hospitaliers qui pratiquent un IVG ».

Le taux de recours est de 15,6 IVG pour 1.000 femmes âgées de 15 à 49 ans en France entière. Les femmes de 20 à 24 ans restent les plus concernées, avec un taux de 28,8. Les taux continuent à décroître chez les moins de 20 ans, avec 9,2 recours pour 1.000 femmes parmi les 15-17 ans (après 10,0 en 2012) et 21,8 parmi les 18-19 ans (après 22,0 en 2012) (13).

Ce n'est pas ce que dit l'ANSM car selon elle, le déremboursement brutal des pilules contraceptives de 3G en 2013 n'a pas provoqué de hausse des avortements, comme redouté. « Il n'y a pas eu d'augmentation des IVG, mais une petite augmentation de vente de pilules du lendemain de 5 % fin août » par rapport à la période précédente, estime Mahmoud Zureik, directeur « stratégie et affaires internationales » à l'ANSM (42).

Pourtant une équipe de médecins français a publié fin septembre 2014 une « Enquête concernant le retentissement des alertes médiatiques sur la pilule » dans le Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologique de la Reproduction. Il s'agissait d'un travail prospectif évaluant le nombre de femmes ayant demandé une IVG et qui déclaraient spontanément que cela était survenu suite à un arrêt de leur contraception orale parce qu'elles avaient eu peur des informations véhiculées dans les médias. Parmi 2.300 femmes interrogées, 98 (4,2 %) ont été imputées à l'arrêt de la pilule dont 7 de 2G, 17 de 3G, 32 de 4G et 2 de micro-progestative. (50)

Ces résultats concordent avec les chiffres retrouvés par le rapport de la Drees en juin 2013.

Cette discordance entre la DREES et l'ANSM s'est retrouvée chez les médecins généralistes interrogés dans notre étude.

Un premier groupe de médecins a remarqué une augmentation des demandes d'IVG et parmi eux certains pratiquaient des IVG médicamenteuses au cabinet (« *J'ai cette impression et j'ai regardé en 2014 j'ai fait 24 IVG, pareil qu'en 2013. Et sinon 2010, 17 IVG, 2011 17 et 2012 19 donc effectivement il y a plus d'IVG* » M1), on peut penser qu'il existe un biais de recrutement dans ce cas là mais d'autres qui n'en pratiquaient pas ont vu des femmes en consultation demandant des IVG (« *Je n'ai pas eu l'impression qu'il y ait eu plus de demande d'IVG* » M2).

Dans un second groupe de médecins, aucune augmentation des demandes ou de pratique d'IVG n'a été constatée.

Certains médecins pensaient que s'il y avait une augmentation du nombre d'IVG en France

en 2013, la polémique n'était pas la seule responsable (« *Je ne suis pas sûr que ce soit en rapport avec la polémique, je pense que c'est une augmentation culturelle des IVG, c'est un désinvestissement. [...] la polémique n'induit pas l'augmentation des IVG.* » M5).

Dans une thèse de septembre 2014 à Toulouse (51) où a été comparé le nombre d'IVG dans la région Tarn et Garonne à la France, on remarque qu'il y a eu effectivement une augmentation du nombre relatif d'IVG dans cette région entre 2012 et 2013, après 2 ans de stabilité. Ces chiffres sont en accord avec ceux de la DREES au niveau national.

4.3.3.4 La polémique est vite retombée

Les médecins de l'étude ont trouvé que la polémique a été l'occasion de dialoguer et d'élargir les choix (« *cette polémique a été l'occasion de dialoguer sur tout ça et de réfléchir en tant que praticien à d'autres moyens de contraceptions pour pouvoir élargir les choix de la patiente et de ne pas rester bloqué sur la pilule* » M2). Certains médecins déclarent avoir beaucoup parlé en consultation avec leurs patientes au moment où la polémique a éclaté mais cela n'a duré qu'un temps (« *Petit à petit je pense que la polémique redescend comme un soufflet* » M1).

Un travail de thèse fait à Toulouse en 2014 par A. Guiet montre que la polémique a permis de reparler de la contraception en médecine générale mais de façon transitoire car un an après, le nombre de consultation pour la contraception était redevenu comme avant la polémique et de façon significative (51).

4.3.4 Les troubles thrombo-emboliques

4.3.4.1 Interrogatoire plus poussé ?

Lors de la question sur les changements induits par la polémique, la majorité des médecins de l'étude a évoqué l'interrogatoire. Celui-ci est à présent plus minutieux (sur les antécédents personnels et familiaux, ainsi que les facteurs de risque) et plus systématique, aussi bien à l'introduction d'une contraception que pour le renouvellement (« *Je redemande un peu plus s'il y a des antécédents thrombo-emboliques quand je mets une pilule* » M3).

Mais l'étude faite dans la thèse sur l'impact de la polémique des pilules de 3G et 4G en

médecine générale à Toulouse montre que finalement, un an après la polémique, ils ne sont que 34,5 % des médecins interrogés à rechercher les facteurs de risques plus fréquemment que ce qu'ils faisaient avant. Cette étude montre que la polémique a peu changé ou de façon transitoire les interrogatoires des MG (51).

Nous pouvons penser que lors de notre étude, les MG interrogés, peut être par peur d'être jugés, ont surestimé ce changement lors de l'interrogatoire.

4.3.4.2 Une diminution du nombre d'embolies pulmonaires

En novembre 2014, le directeur général de l'ANSM, Dominique Martin, a communiqué les résultats d'une étude réalisée par le service d'épidémiologie de l'Agence. Selon lui, les changements de comportements faisant suite à la polémique auraient entraîné une diminution significative du nombre d'embolies pulmonaires. Plus exactement, chez les femmes de 15 à 49 ans, entre 2012 et 2013, le nombre d'hospitalisations pour embolie pulmonaire a baissé de 11,2%, passant de 3.045 à 2.704 (soit 341 cas "évités"). "Ces chiffres sont en accord avec les modélisations de l'ANSM qui estimait à près de 10 % la réduction théorique attendue", a précisé M. Martin (43).

L'ANSM a estimé que ces changements de contraceptif pouvaient expliquer la baisse observée des hospitalisations pour embolie pulmonaire chez les femmes en âge de procréer (-11 % entre 2012 et 2013, soit 341 hospitalisations en moins), une baisse non retrouvée chez les femmes plus âgées de 50 à 69 ans (-3,5%), ni chez les hommes du même âge (+4,0%). Cette baisse pourrait être imputable à l'inversion des ventes (3G/4G versus 1G/2G), à un changement de prescription des gynécologues, une évolution des comportements avec une prise de conscience des facteurs de risque (comme le tabagisme)...(52).

La médiatisation des risques liés aux pilules et le plan d'action des agences sanitaires, qui a suivi ont amené les femmes à modifier leurs méthodes contraceptives au détriment des COC de 3G/4G. Les résultats de cette étude suggèrent que l'impact de ces modifications a été bénéfique et immédiat. Ce sont ainsi environ 341 hospitalisations pour embolies pulmonaires qui auraient été évitées en France en 2013 (52).

4.3.4.3 Bilan de coagulation

L'existence d'une thrombophilie constitutionnelle associée à la prise de COC augmente le risque de survenue d'une maladie thrombo-embolique.

Plusieurs études depuis 1994 ont montré que le risque thrombo-embolique était multiplié chez les patientes prenant un COC et ayant un trouble de la coagulation (53) (54).

La méta-analyse de Dayan et al. (55) regroupant les données de 15 études où, par rapport aux femmes ne recevant pas de contraception hormonale et n'ayant aucune thrombophilie connue, le risque de thrombose était multiplié :

- par 3 pour les femmes recevant une COC,
- par 4,5 pour celles ayant une thrombophilie (sans COC),
- et par 14,2 chez celles ayant à la fois une thrombophilie et une COC.

Suite à la polémique des pilules de 3G et 4G et le scandale médiatique et politique avec le déremboursement de ces dernières, nous pouvons donc nous poser la question du dépistage systématique d'une thrombophilie biologique avant la mise sous œstroprogestatif (56).

Cependant, pour la majorité des auteurs, une telle recherche ne doit pas être envisagée avant la mise sous pilule, du fait d'un rapport coût-intérêt faible (57).

Le risque thrombo-embolique veineux bien que faible est maximal en cas de thrombophilie, mais également en cas de facteurs de risque associés (dont l'âge croissant et le tabagisme), d'instauration récente du traitement (moins de deux ans), d'une dose élevée d'éthiniloestradiol et d'un progestatif contenu dans les pilules les plus récentes (désogestrel, gestodène, drospirénone, cyprotérone) (56). Les médecins interrogés s'étaient assuré lors de l'interrogatoire que les patientes ne cumulaient pas plusieurs facteurs de risque thrombo-embolique « *je leur demande surtout, si je l'ai pas noté avant, s'il y a des antécédents de phlébites, d'embolies, de trouble de la coagulation* » M10

Il est par ailleurs indispensable d'informer les femmes du risque de thrombose et de les « éduquer » à identifier les signes cliniques évocateurs qui doivent les amener à consulter leur MG.

4.3.5 La remise en question des MG

4.3.5.1 Les formations

Pour remédier aux difficultés, les MG ont fait des recherches personnelles, que ce soit via les FMC, les revues, sur internet ou via des confrères (« *Je me suis renseigné moi même sur*

internet et avec des FMC, il faut aller chercher l'information sinon tout devient vite obsolète » M2).

Mais certains pointaient du doigt le manque de temps pour une formation optimale malgré une envie et une demande des ces derniers, surtout pour les gestes pratiques tels que la pose et le retrait de l'implant (*« C'est comme l'implant, il faut qu'on te le montre une fois et c'est bon mais je vais pas prescrire un implant et pas le mettre. » M3*) ou du DIU.

D'autres en revanche, ont estimé avoir eu les connaissances suffisantes pour pallier aux demandes des femmes, en effet un médecin avait fait le DIU de gynécologie 2 ans avant la polémique (*« Ça a changé aussi par rapport aux formations que j'ai eu, mon DIU de gynéco en 2010, la polémique en 2013 donc on se remet aussi un petit peu en question. Je n'aurais pas fait de formations, je pense que j'aurais pas changé comme ça. » M11*).

4.3.5.2 Les documents ANSM

Parmi les médecins interrogés, aucun ne connaissait le document de l'ANSM destiné aux patientes prenant une contraception orale. Malgré tout, après avoir pris connaissance avec le dépliant, la majorité des MG le trouvait très bien fait dans sa globalité mais deux facteurs négatifs sont ressortis fréquemment : le caractère anxiogène pour les patientes et le format papier qui est peu pratique (*« je le mettrai à disposition, en dédramatisant quand même pas mal, c'est vrai que sinon, elles vont pas la prendre du tout » M6*).

Le document de l'ANSM réalisé pour l'aide à la prescription des pilules contraceptives, était peu connu des MG et peu l'utilisaient.

Pour ceux qui ne le connaissaient pas, le document a été jugé utile, intéressant mais pas du tout pratique, trop long. Quelques MG ont soulevé leur désaccord sur deux items en particulier ; la problématique de la migraine, avec ou sans aura (*« par contre la migraine avec aura j'avais pas cette notion » M11*), et les voyages aériens de plus de 4 heures (*« je pense pas à leur demander si elles ont un long voyage aérien à faire [...] on peut pas leur faire arrêter leur pilule avant qu'elles partent en vacances » M9*).

L'information transmise par les autorités sanitaires et destinée aux médecins généralistes n'atteint pas son but. Une concertation avec les MG pour l'élaboration de ces documents permettrait probablement une meilleure adhésion à l'utilisation de ces documents.

4.3.5.3 Adaptation de la contraception à chacune

Les femmes ont une perception de la pilule dominée par les risques et les idées reçues, largement véhiculés par les médias, et insuffisamment démentis ou expliqués par les professionnels de santé. La consultation dédiée à la contraception mérite de plus en plus d'exister. Il est nécessaire de questionner régulièrement la femme sur son vécu, sa perception de la COP pour l'aider à choisir la contraception qui lui convient le mieux, à améliorer son adhésion et l'observance

Les MG constatent des problèmes d'observance, la pilule n'est en effet pas un traitement curatif mais un outil médical préventif vis à vis d'une grossesse non désirée. Cette nuance et le manque de compréhension des patientes participant peut être au défaut d'observance. Pour résoudre les problèmes de tolérance et d'observance du mode contraceptif, il est prouvé qu'il faut privilégier une contraception choisie par l'utilisatrice (*« la meilleure contraception c'est celle que la femme a choisi »* M11).

L'HAS souligne l'importance de la réévaluation de la méthode contraceptive pour vérifier que la méthode est bien adaptée à la patiente, pour réajuster le mode contraceptif, résoudre les problèmes cliniques et d'emploi de la méthode choisie et programmer les consultations de suivi (58).

Finalement, avant toute prescription ou renouvellement de COC, il faudrait rechercher les facteurs de risque de thrombose personnel et familial, l'existence de migraines avec aura, d'une HTA, d'un diabète avec complications vasculaires ou d'au moins deux des éléments suivants (âge > 35 ans, consommation tabagique de plus 15 cigarettes par jour, obésité, migraine sans aura) devant être considérés comme une contre-indication à une contraception œstroprogestative (56) (*« je leur demande surtout, si je l'ai pas noté avant, s'il y a des antécédents de phlébites, d'embolies, de trouble de la coagulation »* M10).

CONCLUSION

La polémique sur les pilules de 3G/4G a ouvert un débat national sur la contraception. Si elle a déclenché une peur exagérée des patientes sur le court terme, les médecins généralistes interrogés retiennent des points positifs : réflexion et remise en question de leur pratique d'autant qu'ils ont perçu une modification de la demande des patientes.

Bien que la polémique ait été plus ou moins bien vécue par les médecins interrogés, tous reconnaissent un changement de prescription et de prise en charge de la contraception. On remarque dans notre étude que les MG se sont tous recentrés sur les pilules de 2G que ce soit en première intention ou lors d'un renouvellement au détriment des pilules de 3G/4G. Et pour certains, une ouverture vers d'autres méthodes a été réalisée suite à la demande des patientes ou à l'initiative des médecins devant la réorganisation imposée des moyens contraceptifs. Une augmentation des méthodes dites « naturelles » a été observée aussi bien dans cette étude que dans la littérature.

Le modèle contraceptif français est en train d'évoluer même si la pilule reste de loin le modèle dominant. Il faut du temps pour changer les habitudes de prescription des médecins et les idées préconçues des patientes ; médecins et patientes pouvant être influencés par les laboratoires pharmaceutiques.

Deux ans après, nous pouvons observer les conséquences induites par la polémique. Suite au changement de répartition de vente des pilules en faveur des pilules de 2G, une diminution significative du nombre d'embolies pulmonaires chez les femmes en âge de procréer a été mise en évidence.

Les médecins interrogés ont également changé leur interrogatoire en insistant sur les facteurs de risques thrombo-emboliques et ont éduqué leurs patientes aux premiers signes de survenue de thrombose veineuse profonde, comme le recommande également l'ANSM.

La polémique médiatique et politique a permis un changement des pratiques de prescriptions contraceptives. Les médecins auraient préféré être au cœur et à l'origine des changements via les autorités sanitaires plutôt que de se voir imposer une remise en cause par les médias.

BIBLIOGRAPHIE

1. Population et Sociétés, Nathalie Bajos, Aline Bohet, Mireille Le Guen, Caroline Moreau et l'équipe de l'enquête Fécond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et Sociétés [Internet]. sept 2012; Disponible sur: www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/
2. INPES. Contraception : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? [Internet]. 2011 [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>
3. Haute Autorité de Santé -. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013.
4. Annick VILAIN, avec la collaboration de Marie-Claude MOUQUET. Les interruptions volontaires de grossesse en 2012. Études Résultats DRESS [Internet]. juin 2014;(884). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er884.pdf>
5. ANSM. Evolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés (COC) et autres contraceptifs de janvier 2013 à avril 2014. 2014.
6. Population et Sociétés, Nathalie Bajos, Mylène Rouzaud-Cornabas, Henri Panjo, Aline Bohet, Caroline Moreau et l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population et Sociétés. mai 2014;
7. Contraceptifs oraux [Internet]. 2013 [cité 11 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/contraceptifs-oraux.html>
8. IL ÉTAIT UNE FOIS LA CONTRACEPTION.... [Internet]. 2014 [cité 23 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.bluets.org/spip.php?article173>
9. Samuel Remérand. Bref historique de la contraception [Internet]. 2004 [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: <http://ww3.ac-poitiers.fr/svt/activite/s-remerand/Contracep/contracep.HTM>
10. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique.
11. Loi n°74-1026 du 4 décembre 1974 PORTANT DIVERSES DISPOSITIONS RELATIVES A LA REGULATION DES NAISSANCES. 74-1026 décembre, 1974.
12. Société Française de Gynécologie. Le remboursement de la méthode ESSURE est rétabli en France [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.sf-gynecologie.fr/actualites/actualite/7-le-remboursement-de-la-methode-essure-est-retabli-en-france.html>
13. Bolis A. Le modèle contraceptif français est trop rigide. Le Monde.fr [Internet]. 30 mars 2013 [cité 23 juill 2015]; Disponible sur: <http://www.lemonde.fr/sante/article/2013/03/30/crise-de-la-pilule-le-modele->

contraceptif-francais-est-trop-rigide_3148107_1651302.html

14. Assurance Maladie. Contraception [Internet]. 2014 [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.ameli-sante.fr/contraception/efficacite-des-moyens-contraceptifs.html>
15. SFendocrino. Contraception [Internet]. Disponible sur: <http://www.sfendocrino.org/article.php?id=381#VI>
16. Haute Autorité de Santé -. Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les «pilules» de 1re ou 2e génération [Internet]. 2012 [cité 25 juin 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1439689/fr/contraceptifs-oraux-estroprogestatifs-preferez-les-pilules-de-1re-ou-2e-generation-fiche-bum
17. ANSM. Diane 35 et ses génériques [Internet]. [cité 7 juill 2015]. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Diane-35-et-ses-generiques/Elements-de-contexte/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Diane-35-et-ses-generiques/Elements-de-contexte/(offset)/0)
18. ANSM. Conseil d'administration [Internet]. 2013 [cité 7 juill 2015]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/d9bd0b561cde1f2b590efa f260c75fdc.pdf
19. Haute Autorité de Santé -. COMMISSION DE LA TRANSPARENCE - Contraceptifs oraux de troisième génération Réévaluation. 2012.
20. Haute Autorité de Santé -. Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire. 2013.
21. ANSM. Document d'aide à la prescription contraceptifs hormonaux combinés. 2014.
22. Winckler M. Contraceptions mode d'emploi. Paris, France: J'ai lu; 2007. 619 p.
23. Beaber EF, Buist DSM, Barlow WE, Malone KE, Reed SD, Li CI. Recent Oral Contraceptive Use by Formulation and Breast Cancer Risk among Women 20 to 49 Years of Age. *Cancer Res.* 1 août 2014;74(15):4078-89.
24. Pilule contraceptive et cancer : les bénéfices excèdent clairement les risques [Internet]. 2006 [cité 4 août 2015]. Disponible sur: http://www.esculape.com/gynecologie/pilule_cancer_2006.html
25. ANSM. Contraceptifs oraux combinés et risque de thrombose veineuse : prescription des pilules de 2e génération contenant du lévonorgestrel en première intention [Internet]. 2012 [cité 15 juill 2015]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Contraceptifs-oraux-combines-et-risque-de-thrombose-veineuse-prescription-des-pilules-de-2e-generation-contenant-du-levonorgestrel-en-premiere-intention-Point-d-information>
26. Pascale Krémer. Pilule : Marion Larat, l'injustice transformée en combat. *Le Monde* [Internet]. décembre 2012 [cité 15 juill 2015]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/12/14/marion-larat-l-injustice-transformee-en-combat_1806475_1651302.html
27. Pascale Krémer et Pascale Santi. Ces vies brisées par la pilule. *Le Monde* [Internet]. janv 2013 [cité 15 juill 2015]; Disponible sur: <http://www.lemonde.fr/sante/article/2013/01/15/ces-vies-brisees-par-la->

pilule_1806522_1651302.html

28. Annick Vilain, avec la collaboration de Marie-Claude Mouquet. Les interruptions volontaires de grossesse en 2013 [Internet]. 2015 [cité 7 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2013,11504.html>
29. Pilule contraceptive, crise bénéfique. Rev Prescrire. 35(378):297.
30. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Fin du remboursement des pilules de 3e génération à compter du 30 septembre 2013 [Internet]. 2012 [cité 22 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/communiqués,2322/fin-du-remboursement-des-pilules,15158.html>
31. JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE - Arrêté du 28 février 2013 portant radiation de spécialités pharmaceutiques de la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.
32. Les pilules de 3e génération seraient elles devenues dangereuses ? [Internet]. Le Généraliste. [cité 23 juill 2015]. Disponible sur: http://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2013/01/02/les-pilules-de-3e-generation-seraient-elles-devenues-dangereuses-_217816
33. ANSM. Quelles ont été les principales étapes de la ré-évaluation des pilules estroprogestatives ? [Internet]. [cité 22 juill 2015]. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Quelles-ont-ete-les-principales-etapes-de-la-re-evaluation-des-pilules-estroprogestatives/\(offset\)/2](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Quelles-ont-ete-les-principales-etapes-de-la-re-evaluation-des-pilules-estroprogestatives/(offset)/2)
34. Arianne Callet. Pilule de troisième génération : la polémique continue [Internet]. Actu euroClinix; 2013 [cité 7 juill 2015]. Disponible sur: <http://france.euroclinix.net/blog/euroClinix-actu/pilule-troisieme-generation-polemique.html>
35. European Agency for the Evaluation of Medicinal Products. Combined oral contraceptives and venous thromboembolism [Internet]. 2001 [cité 22 juill 2015]. Disponible sur: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2009/12/WC500017870.pdf
36. Haute Autorité de Santé -. COMMISSION DE LA TRANSPARENCE - Réévaluation des contraceptifs oraux de 3ème génération. 2007.
37. European Agency for the Evaluation of Medicinal Products. Pharmacovigilance Working Party [Internet]. mai2011 [cité 22 juill 2015]. Disponible sur: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2011/05/WC500106708.pdf
38. Bahmed S. Difficultés ressenties par le médecin généraliste lors d'une consultation où la contraception est abordée: étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2013.

39. Dubernet T. Etude descriptive sur le comportement des femmes et des médecins vis à vis de la contraception au décours de la polémique sur les pilules de 3ème et 4ème génération [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2013.
40. Peyrot L, Dumoitier N. Polémique sur les pilules de 3ème et 4ème génération: quel impact sur les femmes et leur contraception ? [Limoges, France]: S.C.D. de l'Université de Limoges; 2014.
41. Pauline Fréour. Contraception : la crise des pilules a changé les habitudes [Internet]. [cité 7 mars 2015]. Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/10/02/21328-contraception-crise-pilules-change-habitudes>
42. Haute Autorité de Santé. Synthèse d'avis de la commission de transparence : JAYDESS. 2013.
43. Béguin LC et F. La contraception « naturelle » de plus en plus prisee. Le Monde.fr [Internet]. 11 août 2014 [cité 7 juill 2015]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/societe/article/2014/08/11/la-contraception-naturelle-de-plus-en-plus-prisee_4469893_3224.html
44. Haute Autorité de Santé -. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2013 [cité 5 août 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
45. Contraception par des méthodes dites naturelles. Idées-Forces Prescrire. décembre 2012; (350).
46. Bolis A. Le modèle contraceptif français est trop rigide. Le Monde.fr [Internet]. 30 mars 2013 [cité 15 juin 2015]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/sante/article/2013/03/30/crise-de-la-pilule-le-modele-contraceptif-francais-est-trop-rigide_3148107_1651302.html
47. Vallée J-P, Gallois P, Le Noc Y. Risques vasculaires de la contraception estroprogestative. Médecine. 1 mars 2013;9(3):121-7.
48. Pourquoi le nombre d'IVG a augmenté en 2013 [Internet]. Le Figaro. 2014 [cité 7 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2014/07/11/01016-20140711ARTFIG00004-pourquoi-le-nombre-d-ivg-a-augmente-en-2013.php>
49. La crise des pilules n'a pas augmenté les IVG [Internet]. [cité 23 juill 2015]. Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/11/06/21483-crise-pilules-na-pas-augmente-ivg>
50. Quel impact a vraiment eu le scandale des pilules de 3e et 4e génération ? [Internet]. Sciences et avenir. [cité 20 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.sciencesetavenir.fr/sante/20141107.OBS4414/quel-impact-a-vraiment-eu-le-scandale-des-pilules-de-3e-et-4e-generation.html>
51. Guiet A. Médias et médecine générale : impact de la polémique touchant la pilule de troisième génération sur la pratique des médecins généralistes en Midi-Pyrénées

[Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité 9 sept 2015].
Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/572/>

52. ANSM. Impact de la modification récente des méthodes de contraception en France sur la survenue d'embolies pulmonaires chez les femmes de 15 à 49 ans. 2014.
53. Vandenbroucke JP, Koster T, Briët E, Reitsma PH, Bertina RM, Rosendaal FR. Increased risk of venous thrombosis in oral-contraceptive users who are carriers of factor V Leiden mutation. 1994.
54. Wu O, Robertson L, Langhorne P, Twaddle S, Lowe GD, Clark P, et al. Oral contraceptives, hormone replacement therapy, thrombophilias and risk of venous thromboembolism: a systematic review. The Thrombosis: Risk and Economic Assessment of Thrombophilia Screening (TREATS) Study. 2005.
55. Dayan N, Holcroft CA, Tagalakis V. The risk of venous thrombosis, including cerebral vein thrombosis, among women with thrombophilia and oral contraceptive use: a meta-analysis. 2011.
56. H. Lévesque, T. Hanslikb. Contraception oestroprogestative et risque thrombotique : des faits cliniques aux conséquences médiatiques. 2013.
57. Blanco-Molina Á. Oral contraception in women with mild thrombophilia: what have we learned recently? *Thromb Res* ;130(Suppl.):S16–8 2012;
58. Haute Autorité de Santé. Contraception: prescriptions et conseils aux femmes. 2015.

ANNEXES

Annexe 1 – Questionnaire

Guide d'entretien : âge, sexe, mode et lieu d'exercice, année d'installation, formation complémentaire, types d'exercice en particulier et la part d'acte de gynéco, nombre de consultations moyennes par semaine, statut de maître de stage.

- 1 Polémique : comment avez vous vécu cela ?
- 2 La polémique a t-elle remis en cause vos prescriptions de pilules par les patientes ?
- 3 Comment avez vous modifié votre pratique ?
- 4 Que pensez vous des fiches de l'ANSM pour « l'aide à la prescription des contraceptifs hormonaux combiné » et « vous et vos contraceptifs œstroprogestatifs » à l'intention des professionnels des santé et des patientes ? (cf document ci joint) Les utilisez vous ? Si non, pensez vous les utiliser ?
- 5 Comment jugez vous le ressenti des patientes ?
- 6 Pensez vous que les habitudes en terme de contraception dans sa globalité sont en train de changer ?
- 7 Les femmes se tournent elles plus vers d'autres méthodes ? Lesquelles ?
- 8 Dans un article du « Monde », on remarque que 9,5% des femmes optent pour une méthode de contraception dite « naturelle », comment réagissez vous si une patiente vous demande ce type de contraception ? Quel est votre avis sur ces méthodes ?
- 9 Par rapport au ressenti des patientes qui utilisent ce genre de méthode, pensez vous que c'est un refus des hormones ? Et quelle est la place du DIU au cuivre ?
- 10 Il a été montré qu'il y avait eu une augmentation du nombre d'IVG suite à la polémique, qu'en pensez vous ?

- 11 Pour une première prescription de contraception, depuis la polémique, proposez vous toutes les méthodes existantes ?

- 12 Pensez vous avoir bien été informé sur les différents moyens de contraception ? Avez vous fait une formation complémentaire et pourquoi ?

- 13 Pensez vous que cette polémique a été bénéfique ? Si oui, en quoi ?

- 14 Voulez vous ajouter autre chose ?

- 15 Qu'avez vous pensé de cet entretien ?

Annexe 2 - DOCUMENT D'AIDE A LA PRESCRIPTION CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (ANSM)

DOCUMENT D'AIDE A LA PRESCRIPTION CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

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

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

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

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

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

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

- doit subir une intervention chirurgicale ;
- doit subir une période d'immobilisation prolongée (par exemple à cause d'une blessure ou d'une maladie, ou si elle a une jambe dans le plâtre) ;

➤ Dans ces situations, il est recommandé de discuter avec la patiente de l'opportunité d'utiliser une méthode de contraception non hormonale jusqu'à ce que le niveau de risque redevienne normal.

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

- fait des trajets prolongés (> 4 heures) ;
- présente toute contre-indication ou tout facteur de risque relatifs aux CHC ;
- a accouché au cours des semaines précédentes.

➤ Dans ces situations, votre patiente doit être particulièrement attentive à toute manifestation clinique de thrombose.

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

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

Annexe 3 - VOUS ET VOS CONTRACEPTIFS ŒSTROPROGESTATIFS (ANSM)

LORSQUE VOUS PRENEZ UN CONTRACEPTIF ŒSTROPROGESTATIF, VOUS DEVEZ RESPECTER PLUSIEURS PRÉCAUTIONS

- Si vous fumez, il est conseillé d'**arrêter de fumer** car le risque de thrombose artérielle augmente de façon importante lors de l'association pilule + tabac ou pilule + cannabis.
- Si vous avez des doutes sur les **facteurs et antécédents de risque thrombo-embolique dans votre famille**, consultez la fiche de la HAS : Quelle contraception pour les femmes à risque cardio-vasculaire ? (www.has-sante.fr). Si vous identifiez l'une des pathologies ou facteurs de risque décrits dans cette fiche, chez vous ou chez un membre de votre famille, signalez-le immédiatement à votre médecin traitant et/ou à votre gynécologue ou à votre pharmacien.
- Si une **nouvelle maladie est survenue chez vous ou chez quelqu'un de votre famille** depuis la prescription initiale, vous êtes invitée à le signaler à votre médecin traitant et/ou à votre gynécologue sans tarder car des précautions d'emploi ou des contre-indications peuvent alors exister.
- D'autres **médicaments** (antibiotiques...) y compris délivrés sans ordonnance, peuvent diminuer l'efficacité de votre contraception œstroprogestative. Indiquez toujours à votre médecin vos autres traitements et demandez conseil à votre pharmacien.
- En cas de **chirurgie programmée, de traumatisme, fracture** et plus généralement lors de tout problème médical, signalez bien le nom de la contraception que vous prenez car il s'agit bien d'un traitement en cours.
- En cas de **long voyage en avion**, il est conseillé de vous lever toutes les 3 heures environ et de boire abondamment des boissons non alcoolisées.

Déclaration des effets indésirables

Vous pouvez déclarer un effet indésirable lié à l'utilisation d'un médicament. Ces remontées d'information sont essentielles à la tenue de statistiques fiables et indépendantes qui orienteront, si besoin, la prise de décisions de sécurité. Vous trouverez sur le site de l'ANSM (www.ansm.sante.fr) le formulaire et les informations nécessaires pour vous permettre d'effectuer cette déclaration.

Ce document a été réalisé en collaboration avec la HAS.

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

VOUS et ...

vos contraceptifs œstroprogestatifs

La contraception orale (pilule) est, parmi les moyens de contraception¹, une méthode efficace et largement répandue. Les pilules œstroprogestatives ou « combinées » contiennent deux types d'hormones : des œstrogènes et des progestatifs. Il en est de même pour l'anneau vaginal et le patch.

- ◆ Ces médicaments sont **prescrits par un médecin ou une sage-femme**.
- ◆ Ces médicaments sont **dispensés par un pharmacien**.
- ◆ Ces médicaments sont **efficaces** lorsqu'ils sont utilisés selon les conditions d'utilisation expliquées dans leur notice, mais nécessitent une explication orale par le médecin, la sage-femme ou le pharmacien.
- ◆ La **qualité** de ces médicaments est strictement contrôlée.

Ce sont des médicaments.

¹ Les autres méthodes contraceptives efficaces sont : les dispositifs intra-utérin (stérilet), le diaphragme, la cape cervicale, l'implant contraceptif, le préservatif féminin, le préservatif masculin, les spermicides, les progestatifs injectables, la stérilisation à visée contraceptive, la contraception d'urgence.

Comme tout médicament, les contraceptifs œstroprogestatifs peuvent comporter des effets indésirables qu'il faut reconnaître le plus tôt possible

LES EFFETS INDÉSIRABLES GÉNÉRALEMENT PEU GRAVES

> Les plus fréquents sont des maux de tête, dont des migraines, et des saignements irréguliers entre les règles.

L'apparition ou l'aggravation de maux de tête doit impérativement être signalée à votre médecin prescripteur.

> D'autres troubles sont rares : troubles vaginaux (sécheresse vaginale...), modifications de l'humeur (irritabilité...) ou de la libido, troubles digestifs, cutanés, gonflement (œdème), augmentation ou diminution du poids, absence de règles ou douleur pendant les règles, tension ou écoulement des seins.

Tout effet indésirable apparaissant après la prise de pilule doit être signalé et discuté avec votre médecin.

LES ACCIDENTS GRAVES MAIS RARES

> La formation d'un caillot dans un vaisseau sanguin (thrombose).

Le caillot sanguin peut se former ou migrer :

- dans une veine des jambes, provoquant alors une **phlébite**,
- dans une artère qui irrigue :
 - le poumon, provoquant une **embolie pulmonaire**,
 - le cerveau, provoquant un **accident vasculaire cérébral (AVC)**,
 - le cœur, provoquant un **infarctus du myocarde**.

Fumer augmente de façon importante ce risque.

Ces accidents sont peu fréquents² mais graves ; ils doivent être pris en charge en urgence.

² Estimation du nombre de cas d'accidents thromboemboliques veineux attribuables aux contraceptifs oraux combinés en France entre 2000 et 2011 - Rapport (26/03/2013) disponible sur le site de l'ANSM : www.ansm.sante.fr

Bien reconnaître les signes qui doivent vous alerter

LES SIGNES ÉVOCATEURS DE PHLÉBITE

- un gonflement (œdème) de l'une de vos cuisses ou jambes,
- une douleur avec ou sans gonflement d'un de vos mollets.

Dans ces cas, appelez ou consultez immédiatement votre médecin traitant, le médecin prescripteur ou le pharmacien.

Si ce n'est pas possible, appelez le SAMU-Centre 15 ou présentez-vous au service des urgences d'un hôpital ou d'une clinique.

D'AUTRES SIGNES NÉCESSITANT UNE PRISE EN CHARGE EN URGENCE

> évocateurs d'embolie pulmonaire :

- un essouffement brutal, au repos ou inhabituel lors d'activités (montée d'escalier, conversation téléphonique...),
- la survenue de crachats sanglants,
- une accélération des battements du cœur (tachycardie), inhabituelle, inexpliquée et persistante surtout si associée à un des signes précédents ;

> évocateurs d'infarctus du myocarde :

- une douleur dans la poitrine, souvent intense, angoissante, irradiant ou non vers la mâchoire, les épaules, le bras gauche ou les deux bras et ne cédant pas en moins d'une minute ;

> évocateurs d'un accident vasculaire :

- une déformation ou engourdissement brutal de la bouche,
- une faiblesse ou engourdissement soudain d'un côté du corps, bras ou jambe,
- des difficultés à parler,
- une perte ou anomalie de la vision.

Ces signes peuvent s'accompagner de vertiges ou de maux de tête intenses.

Dans ces cas, appelez immédiatement le SAMU - Centre 15

Ces accidents peuvent être graves mais sont rares.

RÉSUMÉ

Introduction : Fin 2012 une jeune femme porte plainte contre le laboratoire Bayer. En 2006 elle avait eu un AVC alors qu'elle prenait une pilule de 3G. Une polémique médiatique et politique a éclaté et les pilules de 3G/4G ont été déremboursées en mars 2013. L'objectif principal de cette étude était de comprendre les points de vue des médecins généralistes sur cette polémique et d'analyser le ressenti de son impact sur leurs pratiques.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée auprès de 11 médecins généralistes Haut-Normands, entre janvier 2015 et avril 2015. Une analyse des données a été faite après retranscription des enregistrements.

Résultats : Tous les médecins interrogés reconnaissent un changement de prescription et de prise en charge de la contraception. Ils ont tous abandonné les pilules de 3G/4G pour privilégier celles de 2G. Ces modifications ont été induites à la demande des femmes ou à l'initiative du médecin traitant lors d'un renouvellement de contraception. Comme le montre l'étude Fécond, près d'une femme sur cinq déclare avoir changé de méthode depuis le débat médiatique. Les médecins généralistes ont parfois ressenti cette polémique comme une contrainte mais l'ont jugée bénéfique : elle a permis de remettre en question leur pratique de prescription contraceptive. Néanmoins, ils ont dû gérer les retombées médiatiques sur les patientes et pallier aux angoisses que la polémique a induites.

Conclusion : Le débat de 2013 a contribué à une diversification des pratiques contraceptives, même si la pilule reste prépondérante dans le paysage contraceptif français.

Mots clés : Pilule 3^{ème} 4^{ème} génération - Médecin généraliste – Contraception.