



HAL
open science

Ressenti des femmes en âge de procréer vis-à-vis de leur méthode anticonceptionnelle dans le contexte d'une embolie pulmonaire: comment cette thématique est-elle abordée en médecine générale et en soins secondaires ?

Tiphaine Boyer, Charlène Tariant

► To cite this version:

Tiphaine Boyer, Charlène Tariant. Ressenti des femmes en âge de procréer vis-à-vis de leur méthode anticonceptionnelle dans le contexte d'une embolie pulmonaire: comment cette thématique est-elle abordée en médecine générale et en soins secondaires ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02190236

HAL Id: dumas-02190236

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02190236>

Submitted on 22 Jul 2019

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.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

BOYER Tiphaine
TARIANT Charlène

Présentée et soutenue publiquement le 12 Avril 2019.

Ressenti des femmes en âge de procréer vis-à-vis de leur méthode anticonceptionnelle dans le contexte d'une embolie pulmonaire : comment cette thématique est-elle abordée en médecine générale et en soins secondaires ?

Directeur de thèse : Monsieur SCHMIDT Jeannot, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand, Pôle Urgences

Président du jury : Monsieur SCHMIDT Jeannot, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur GALLOT Denis, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand
Monsieur BROUSSE Georges, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand
Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand
Madame BREUIL Nadine, Docteur, CHU Clermont-Ferrand Médecine Post-Urgence et Thérapeutique

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

BOYER Tiphaine
TARIANT Charlène

Présentée et soutenue publiquement le 12 Avril 2019.

Ressenti des femmes en âge de procréer vis-à-vis de leur méthode anticonceptionnelle dans le contexte d'une embolie pulmonaire : comment cette thématique est-elle abordée en médecine générale et en soins secondaires ?

Directeur de thèse : Monsieur SCHMIDT Jeannot, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand, Pôle Urgences

Président du jury : Monsieur SCHMIDT Jeannot, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur GALLOT Denis, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand
Monsieur BROUSSE Georges, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand
Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand
Madame BREUIL Nadine, Docteur, CHU Clermont-Ferrand Médecine Post-Urgence et Thérapeutique



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin
: **HENRARD** Pierre
: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOIX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M. GILAIN Laurent	O.R.L.

M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M.	CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique

PROFESSEURS DE
1ère CLASSE

M.	DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mlle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique

PROFESSEURS DE

2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Federico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

***MAITRES DE CONFERENCES
HORS CLASSE***

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

***MAITRES DE CONFERENCES DE
1ère CLASSE***

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mlle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mlle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mlle MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mlle COSTE Karen	Pédiatrie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
Mlle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie

***MAITRES DE CONFERENCES DE
2ème CLASSE***

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDEY Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale

Remerciements

Au Professeur Jeannot Schmidt,

Pour avoir accepté de diriger et présider cette thèse. Ce travail aura été une rencontre avec ces femmes dont vous vous souvenez dans le moindre détail. Ce sujet a été passionnant sur le plan scientifique et également sur le plan humain. Merci pour votre soutien et votre disponibilité tout au long de cette étude.

Au Professeur Denis Gallot,

Pour avoir accepté avec plaisir de participer à notre jury de thèse. Nous espérons par ce travail, vous présenter le ressenti de ces femmes que vous côtoyez au quotidien.

Au Professeur Georges Brousse,

Pour avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse. Nous espérons par cette étude, vous donner l'envie de mieux connaître ces femmes.

Au Professeur Vorilhon,

Pour avoir répondu favorablement et avec enthousiasme. Merci pour vos conseils concernant la méthode qualitative. Nous sommes honorées que vous apportiez votre regard de médecin généraliste à ce travail.

Au Docteur Nadine Breuil,

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Merci pour ton attitude bienveillante pendant tout notre stage et pour la suite. De par le partage de tes connaissances et ton écoute, la médecine n'en est que meilleure.

A notre famille et nos amis,

Merci pour votre soutien inépuisable durant toutes ces longues années. Merci pour votre écoute et nos discussions concernant ce sujet. Que vous soyez du monde médical ou non, vous nous êtes d'un soutien vital.

A nos relecteurs et relectrices,

Merci pour votre implication, votre temps consacré à ce travail et vos remarques pertinentes.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	14
GLOSSAIRE	15
INTRODUCTION	17
MATERIEL ET METHODE	21
I. Le choix de la méthode qualitative	21
II. Mode de recueil des données	22
<i>A. Constitution de l'échantillon</i>	<i>22</i>
<i>B. Programmation de l'entretien</i>	<i>23</i>
<i>C. Les entretiens semi-dirigés</i>	<i>24</i>
<i>D. Retranscription des données</i>	<i>25</i>
III. Analyse des données	26
<i>A. Méthode</i>	<i>26</i>
<i>B. Saturation des données</i>	<i>26</i>
<i>C. Rédaction des résultats</i>	<i>26</i>
RESULTATS	27
Les résultats concernant la méthode anticonceptionnelle	
I. L'intérêt exprimé de la méthode anticonceptionnelle	27
<i>A. L'intérêt pré-embolique : des femmes classiques</i>	<i>27</i>
1. <u>Intérêt anticonceptionnel</u>	<i>27</i>
2. <u>Contre un symptôme cataménial</u>	<i>28</i>
<i>B. L'intérêt per-embolique : une femme en âge de procréer présentant un événement aigu</i>	<i>29</i>
1. <u>L'absence d'intérêt rapporté</u>	<i>29</i>
2. <u>La place conjointe de la méthode anticonceptionnelle dans la gestion de l'embolie pulmonaire</u>	<i>30</i>
<i>C. L'intérêt post-embolique</i>	<i>30</i>
1. <u>L'intérêt anticonceptionnel</u>	<i>30</i>
2. <u>Les symptômes cataméniaux au second plan</u>	<i>32</i>
II. La représentation de la méthode anticonceptionnelle	32
<i>A. Les méthodes anticonceptionnelles hormonales</i>	<i>32</i>
1. <u>Vis-à-vis du tabac</u>	<i>32</i>
2. <u>La forme galénique</u>	<i>33</i>
3. <u>Lien dose-efficacité</u>	<i>34</i>
4. <u>La peur</u>	<i>34</i>
<i>B. Les méthodes anticonceptionnelles non hormonales</i>	<i>35</i>
<i>C. Le rôle de l'entourage</i>	<i>35</i>
<i>D. L'embolie pulmonaire modifie la représentation de la méthode anticonceptionnelle</i>	<i>36</i>

III. La satisfaction de la méthode anticonceptionnelle	36
<i>A. La réponse à la demande face aux symptômes cataméniaux</i>	36
<i>B. Le lien entre le contexte et la contraception</i>	36
<i>C. La cohérence entre l'EVA et le discours concernant la satisfaction et l'efficacité de la méthode anticonceptionnelle</i>	37
IV. Les effets indésirables de la méthode anticonceptionnelle	38
<i>A. Les effets indésirables ressentis en période pré-embolique</i>	38
1. <u>Effets indésirables somatiques et psychiques</u>	38
2. <u>Utilisation de la méthode anticonceptionnelle</u>	39
3. <u>Effets indésirables biologiques</u>	39
<i>B. Les effets indésirables ressentis en période per-embolique</i>	39
1. <u>Le questionnement des effets indésirables de leur ancienne méthode anticonceptionnelle</u>	39
2. <u>Le traitement anticoagulant en lien avec de nouveaux effets indésirables</u>	39
3. <u>Le lien de causalité entre la méthode anticonceptionnelle et l'embolie pulmonaire</u>	40
4. <u>Les effets indésirables dus au changement de la méthode anticonceptionnelle</u>	40
<i>C. Les effets indésirables ressentis en période post-embolique</i>	41
V. Le ressenti face au discours reçu	41
<i>A. Le ressenti face au discours reçu en période pré-embolique</i>	41
1. <u>Le ressenti d'un manque d'alternative</u>	41
2. <u>L'intégration de l'information à la mise en place d'une méthode anticonceptionnelle</u>	42
3. <u>Le suivi de la méthode anticonceptionnelle</u>	42
4. <u>Le ressenti de sa gestion de la méthode anticonceptionnelle face au discours</u>	43
<i>B. Le ressenti face au discours reçu en période per-embolique aux urgences et dans les services hospitaliers</i>	44
1. <u>Pas d'informations de la part des professionnels de santé</u>	44
2. <u>L'information de la part des professionnels de santé</u>	44
3. <u>Le questionnement face au discours des professionnels de santé</u>	45
<i>C. Le ressenti face au discours reçu en période post-embolique</i>	46
1. <u>Discours rassurant ou générant une anxiété</u>	46
2. <u>Attitude passive ou active face au discours</u>	46
3. <u>L'installation d'une confiance ou d'une méfiance du discours</u>	47
VI. La sexualité, la grossesse et la projection personnelle	47
<i>A. Quand la méthode anticonceptionnelle s'invite dans la sexualité</i>	47
<i>B. L'impact initial de l'embolie pulmonaire sur la sexualité et le désir de grossesse</i>	48
<i>C. Les impacts persistants à distance de l'embolie pulmonaire sur la sexualité et la grossesse</i>	49
<i>D. La projection personnelle de la méthode anticonceptionnelle</i>	51
1. <u>Exemples de projets</u>	51
2. <u>La ligature des trompes</u>	52

Les résultats concernant le parcours de soins

I. Le parcours de soins pré-embolique	54
A. Le médecin traitant	54
1. <u>Rôle médical</u>	54
2. <u>Personne de confiance</u>	54
3. <u>Disponibilité</u>	55
B. Le gynécologue-obstétricien	55
C. Les spécialistes	57
D. Les intervenants paramédicaux	57
II. Le parcours de soins per-embolique	57
A. Les freins et facilitateurs du diagnostic de l'embolie pulmonaire	57
1. <u>Un symptôme devenant un signe clinique</u>	57
2. <u>Le mode de vie</u>	58
3. <u>Les antécédents personnels</u>	59
4. <u>Le rapport à la maladie</u>	59
5. <u>De multiples intervenants</u>	59
6. <u>L'accès aux soins</u>	60
7. <u>Le manque de connaissance de la pathologie</u>	60
B. Le médecin généraliste	61
1. <u>Consultation du médecin généraliste pour une pathologie aigue</u>	61
2. <u>Le diagnostic d'une pathologie rare et grave</u>	61
3. <u>L'accessibilité à la médecine générale</u>	62
C. L'accès aux soins de second recours	62
1. <u>Mode d'hospitalisation</u>	62
2. <u>Les urgences</u>	63
a. <u>Les facteurs d'anxiété</u>	63
b. <u>Les facteurs rassurants</u>	65
D. L'hospitalisation	66
III. Le parcours de soins post-embolique	70
A. Le médecin traitant	70
B. Suivi spécialisé de l'embolie pulmonaire	71
C. Suivi spécialisé de la méthode anticonceptionnelle et de la grossesse	72
D. Validation de leur contraception de manière pluridisciplinaire	74

Les résultats concernant l'embolie pulmonaire

I. Le récit	75
II. Le ressenti de l'embolie pulmonaire	75
A. Le ressenti physique	75
B. Le ressenti psychique	77
III. La persistance d'une anxiété lors de l'entretien	78
IV. Le retentissement de l'embolie pulmonaire	79
V. La gestion de cet évènement aigu	80
A. Le rôle des professionnels de santé	80
B. La place d'un suivi psychologique	81
C. Le partage d'expérience	81

DISCUSSION	83
I. Les apports de l'étude concernant la thématique de la méthode anticonceptionnelle	83
<i>A. La place de la méthode anticonceptionnelle dans la vie des femmes</i>	83
<i>B. La représentation de la méthode anticonceptionnelle</i>	85
1. <u>L'impact des idées reçues</u>	85
2. <u>Le cas particulier des hormones</u>	86
<i>C. Après l'embolie pulmonaire : on fait quoi ?</i>	87
<i>D. Comment prendre en compte le désir des femmes ?</i>	88
II. Les apports de l'étude concernant la thématique du parcours de soins	89
<i>A. Quels constats et propositions pour améliorer les soins premiers ?</i>	89
<i>B. Quelle est la vision des femmes du système hospitalier ?</i>	91
<i>C. Comment encadrer le retour à domicile ?</i>	92
<i>D. Quelle est la place des patientes dans le parcours de soin après avoir vécu un évènement aigu ?</i>	93
III. Les apports de l'étude concernant l'embolie pulmonaire	96
IV. Discussion autour des critères de qualité des résultats	100
<i>A. La première force est l'originalité de notre étude</i>	100
<i>B. La confirmabilité des résultats issus d'une étude qui rend compte de l'essence du phénomène</i>	101
<i>C. Les critères de fiabilité de notre étude</i>	102
<i>D. Validité interne : une étude crédible et authentique grâce à des entretiens en profondeur au domicile des femmes</i>	102
<i>E. Validité externe – transférabilité – intégration</i>	103
V. Les apports de notre étude dans la pratique quotidienne de la médecine générale	104
<i>A. Sensibiliser les professionnels de santé : un enjeu de soins premiers</i>	104
<i>B. Quelles compétences de la médecine générale sont mobilisées dans la prise en charge des femmes de notre étude ?</i>	105
CONCLUSION	108
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	109
ANNEXES	114

LISTE DES ABREVIATIONS

AMUAC : Association Médicale d'Urgence de l'Agglomération Clermontoise

AESH : Accompagnant des Élèves en Situation de Handicap

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ATSEM : Agent Territorial Spécialisé des Écoles Maternelles

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COPO : Contraception OestroProgestative Orale

Grille COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

CPO : Contraception Progestative microdosée Orale

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DMP : Dossier Médical Partagé

Score EPICES : Score d'Évaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé dans les Centres d'Examens de Santé

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5^{ème} édition

EDF : Électricité De France

EP : Embolie Pulmonaire

EVA : Échelle Visuelle Analogique

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IPA : Interpretative Phenomenological Analysis

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LT : Ligature des trompes

PESI : Pulmonary Embolism Severity Index

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

T2C : Transport en Commun de l'agglomération Clermontoise

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of general practitioners, family physicians

GLOSSAIRE

AMUAC et SOS médecin : permanence médicale d'accès aux soins à l'échelle respectivement locale et nationale.

Anneau Vaginal : méthode anticonceptionnelle sous forme d'un anneau flexible en plastique poreux qui s'insère au fond du vagin, contient une association d'œstrogène et de progestérone.

Association Aramis : association privée non lucrative du Puy de Dôme. Objectif : coordination de prestataires spécialistes du maintien et de l'aide à domicile, délègue au domicile des personnels compétents pour prendre en charge une partie des tâches quotidiennes.

CERAZETTE® : pilule contraceptive, progestatif microdosé, composée de 75 microgrammes de désogestrel.

CHU Estaing : un des sites hospitaliers universitaires de la ville de CLERMONT-FERRAND (63000), regroupant en particulier le centre de gynécologie et d'obstétrique ainsi que la pédiatrie et la néonatalogie.

Contraception mécanique : méthode anticonceptionnelle visant à bloquer le passage des spermatozoïdes au niveau du col de l'utérus, regroupe le préservatif féminin et masculin, les spermicides et le stérilet.

CORA : logiciel spécialisé pour le suivi des actes dans les hôpitaux et cliniques

DAILY Gé® : pilule contraceptive, oestroprogestative de 2ème génération, composée de dose variable au cours du cycle d'éthinylestradiol et de névolorgestrel.

DIANE 35® : médicament antiacnéique réservé aux femmes, composé de 35microgrammes d'éthyniloestradiol et de 2 microgrammes d'acétate de cyprotérone (dérivé de la progestérone). Retiré du marché en 2013 réintroduit un an après comme traitement antiacnéique seulement. Dans la pratique courante on observe une dérive de la prescription à visée antiacnéique et anticonceptionnelle.

Dispositif ESSURE : dispositif médical (ressort) implantable de stérilisation définitive et irréversible indiqué chez les femmes en âge de procréer, commercialisé à partir de 2002 puis retiré du marché le 17 septembre 2017.

Efficacité : pour notre étude, se rapporte à la capacité de la méthode anticonceptionnelle à exercer son rôle.

Embolie pulmonaire : 3^{ème} maladie cardiovasculaire en France, appartient à la famille des maladies thromboemboliques veineuses. Se définit par une obstruction, plus ou moins étendue, d'un thrombus au niveau du système artériel pulmonaire. C'est une urgence médicale absolue.

Héparine : grande famille de traitement anticoagulant, utilisé par voie injectable.

LEELOO® : pilule contraceptive, oestroprogestative de 2^{ème} génération, composée d'une dose de 20 microgrammes d'éthinylestradiol et de 100 microgrammes de lévonorgestrel.

LOVENOX® : traitement anticoagulant injectable, substance active : énoxaparine active, appartient à la famille des héparine de bas poids moléculaire, utilisé notamment dans la prévention et le traitement curatif des maladies thromboemboliques veineuses.

Méthode anticonceptionnelle : dans notre étude, tous types de méthodes ayant pour but d'éviter la procréation.

OPTIMIZETTE® : pilule contraceptive, progestatif microdosé, composée de 75 microgrammes de désogestrel.

Rural : agglomération de moins de 2000 habitants.

ROACCUTANE® : médicament antiacnéique local, appartient à la famille des rétinoïdes.

Satisfaction : pour notre étude, se définit par le niveau de satisfaction ressenti par les femmes envers leur méthode anticonceptionnelle (inclut les effets indésirables, l'observance, l'administration).

TRIAFEMI® : pilule contraceptive, oestroprogestative de 3^{ème} génération, composée d'une dose de 35 microgrammes d'éthinylestradiol et d'une dose variable de norgestimate.

TRINORDIOL® : pilule contraceptive, oestroprogestative de 2^{ème} génération, composée de doses variables dans le cycle d'éthinylestradiol et de névolorgestrel.

Urbain : agglomération de plus de 2000 habitants.

VARNOLINE® : : pilule contraceptive, oestroprogestative de 2^{ème} génération, composée d'une dose de 30 microgrammes d'éthinylestradiol et de 150 microgrammes de désogestrel.

INTRODUCTION

Selon une étude de Santé publique France en 2016 (1), 71,9% de femmes françaises sont concernées par la méthode anticonceptionnelle. Parmi celles-ci, 71,8% utilisent une méthode médicale dont la principale est la pilule. La pilule conserve depuis plusieurs années un indice de Pearl très efficace qui concorde avec son utilisation majoritaire (2).

Depuis la polémique de 2013 concernant les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération, les femmes sont plus alertées sur les méthodes anticonceptionnelles hormonales et leurs risques (3), particulièrement l'embolie pulmonaire, l'infarctus du myocarde et l'accident cérébral ischémique (4) (5). Une étude de 2014 publiée dans la revue PlosOne démontre une stabilité de la mortalité imputable aux embolies pulmonaires et appuie la décision de l'ANSM dans la prescription des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération en seconde intention (6). Un article récent du Parisien (7) revient sur cette polémique avec le témoignage d'une patiente qui a été une des porte-paroles. Elle souligne qu'aujourd'hui une information est nécessaire pour ne pas reproduire les mêmes erreurs.

En effet il est dorénavant acquis que les pilules oestroprogestatives augmentent le risque de maladie thromboembolique veineuse (8). Lors d'une prescription il est nécessaire d'évaluer le risque potentiel et nous pouvons nous appuyer par exemple sur les recommandations publiées par l'HAS concernant la prescription d'une méthode anticonceptionnelle chez la femme à risque cardiovasculaire (9).

Plusieurs études ont étudié le risque de survenue de maladie thromboembolique veineuse associée ou non à une contraception oestroprogestative (10). Ainsi il existe une augmentation du risque avec une contraception oestroprogestative le plus souvent accentuée par l'existence d'une maladie thrombotique constitutionnelle. Dans cette étude observationnelle de 2017, on retrouve que 2/3 des femmes avaient un risque additionnel à la contraception oestroprogestative (11). Les contraceptions de 2^{ème} génération sont moins pourvoyeuses que les 3^{ème} ou 4^{ème} génération et sont donc à privilégier en première intention (12).

Il faut également dépister les facteurs de risque tels que le tabac, l'hypertension artérielle, l'hyperlipidémie, l'obésité, les migraines avec aura, l'âge supérieur à 35 ans (13) (14). Le risque est également augmenté avec une administration parentérale telle que l'anneau ou le patch (15).

La grossesse est un évènement associé à un sur risque de présenter une embolie pulmonaire provoquée (16).

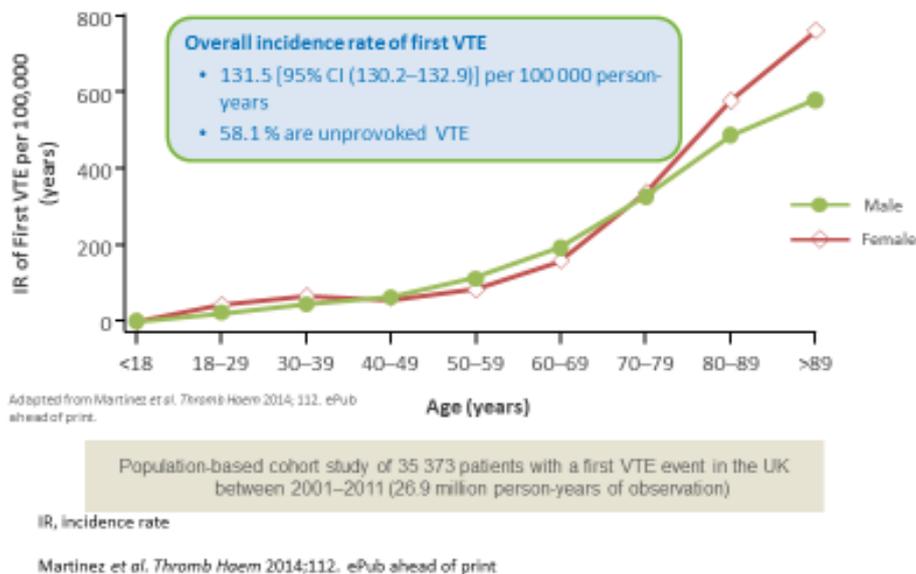
Devant ce risque et ses conséquences, l'information des femmes concernant leur méthode anticonceptionnelle est primordiale et demande encore à s'améliorer (17).

Plusieurs thèses se sont interrogées sur la connaissance des femmes vis-à-vis de leur méthode anticonceptionnelle. La conclusion de ces différents travaux aboutit à l'identification d'une discordance entre les connaissances que les femmes pensent avoir de ces méthodes et leurs connaissances réelles (18) (19). Les médecins ont donc un rôle majeur dans la délivrance de l'information.

Dans ce contexte, il paraît pertinent d'informer et d'éduquer les patientes sur les différentes méthodes anticonceptionnelles pour lutter contre les idées reçues et les mésusages. De plus, les médecins doivent s'assurer de la bonne compréhension des femmes vis-à-vis de cette thématique. Plusieurs études et thèses ont été réalisées à ce propos (20). Une étude publiée en 2014 rapporte que 50% des grossesses sont accidentelles et prône l'étude d'identification de la meilleure méthode anticonceptionnelle selon chaque femme (21).

D'autre part, l'embolie pulmonaire est une pathologie peu fréquente mais grave (22). Pour illustration, l'embolie pulmonaire reste un diagnostic rare pour les femmes de 18 à 50 ans, l'incidence ratio est d'environ 100 pour 100 000 personnes par an.

MTEV aux urgences Chez qui / quand y penser ?



En effet au CHU de Clermont-Ferrand, en 2016 d'après une requête par le logiciel CORA, la proportion de femmes en âge de procréer entre 19 et 45 ans ayant consulté aux urgences pour un motif autre que traumatologique est 20%. Sur ces 8093 femmes, 24 ont présenté une embolie pulmonaire. Ces chiffres nous permettent de constater que la proportion de ces femmes est très faible.

L'origine de notre travail a été impulsée par notre stage en tant qu'interne dans le service de médecine post urgence et thérapeutique du CHU Gabriel Montpied. En effet, nous avons eu comme patientes des femmes en âge de procréer venant de présenter une embolie pulmonaire. Nous nous sommes questionnées sur leur méthode anticonceptionnelle en tant que futur médecin généraliste et également en tant que femme.

Puis en réalisant nos stages chez les médecins généralistes nous avons pris conscience de la complexité de la gestion des méthodes anticonceptionnelles. Soucieuses de comprendre et d'améliorer nos pratiques, ce questionnement commun, nous a poussées à réaliser cette étude qualitative en binôme.

L'objectif de notre étude a donc été défini par deux questions de recherche qui ont permis de guider notre travail :

- Quel est le ressenti des femmes en âge de procréer ayant présenté une embolie pulmonaire concernant la gestion de leur méthode anticonceptionnelle ?
- Durant le suivi de ces femmes, comment la thématique de la méthode anticonceptionnelle est-elle abordée dans le domaine médical et plus particulièrement en médecine générale ainsi qu'en soins secondaires ?

MATERIEL ET METHODE

I. Le choix de la méthode qualitative

La recherche qualitative combine plusieurs techniques de collecte et d'analyse de données, elle est ouverte au monde de l'expérience, de la culture et du vécu des individus, des groupes et de la société. Elle valorise l'exploration inductive et élabore une connaissance holistique de la réalité, grâce à la génération d'idées et d'hypothèses à partir de données verbales (23).

L'approche qualitative semblait particulièrement adaptée à notre étude, cherchant à explorer quels pouvaient être les sentiments, les envies et le vécu des femmes de notre échantillon concernant leur méthode anticonceptionnelle, leur embolie pulmonaire et les professionnels de santé.

Parmi les différents types de recherche qualitative nous nous sommes orientées instinctivement vers une analyse phénoménologique interprétative ou IPA (24).

L'IPA est une approche de recherche qualitative relativement accessible qui trouve son ancrage dans des courants de pensée conceptuels comme la phénoménologie et l'interactionnisme symbolique. Ces démarches n'envisagent pas l'humain comme un simple récepteur passif de flux d'informations issus d'une réalité objective mais plutôt comme un être qui n'a de cesse d'interpréter l'univers qui l'entoure et dans lequel il vit. Elle permet donc de découvrir en détail les processus par lesquels les participants donnent du sens à leurs expériences intimes en étudiant les récits qu'ils en font.

L'idée fondatrice de cette théorie est que les individus cherchent eux-mêmes à interpréter leurs expériences sous une forme qui leur est compréhensible. Il s'agit pour le chercheur d'une démarche active de recueil de faits subjectifs lui permettant de pénétrer des univers singuliers. Il y accède forcément via ses propres conceptions, ce qui constitue également ses limites.

L'expression « analyse phénoménologique » témoigne donc de cette dualité entre les processus réflexifs des participants et des chercheurs afin de constituer le récit analytique. Elle est qualifiée d'« interprétative » car elle s'appuie sur la tradition interprétative selon laquelle le chercheur joue lui-même un rôle majeur dans l'analyse et la recherche.

Toutefois, cette approche postule que pour comprendre un phénomène il faut « le laisser parler de lui-même », c'est-à-dire mettre entre parenthèses tous les présupposés et notions préexistantes.

II. Mode de recueil des données

A. Constitution de l'échantillon

Nous avons eu accès à une base de données fourni par notre directeur de thèse émanant du département d'information médicale du service de médecine post urgences et thérapeutique du Centre Hospitalier Universitaire de CLERMONT-FERRAND. Cette base de données Excel® nous a permis de sélectionner nos critères d'inclusion : femme, entre 18 et 45 ans au moment du diagnostic de l'embolie pulmonaire, antériorité de l'évènement entre 1 à 5 ans.

L'âge de la majorité légale française nous semblait être un critère obligatoire pour des raisons d'autorisation parentale. La limite haute de l'âge de notre échantillon a été définie après une réflexion délicate sur l'âge de procréer. Depuis la première loi de bioéthique de 1994 (25), il n'existe pas de définition précise de l'âge de procréer dans la législation. De nombreuses réflexions ont été menées par l'agence de la biomédecine, notamment sur la limite d'âge permettant l'accès à la procréation médicalement assistée en France (26). Celle-ci est actuellement définie à 42 ans révolus avec la possibilité de dépasser cet âge selon les cas sur libre arbitre du professionnel de santé. Nous avons donc choisi une limite d'âge de 45 ans au moment du diagnostic de l'embolie pulmonaire, cela engendre un âge maximal potentiel de 50 ans lors des entretiens. Cette décision semblait pour nous être cohérente avec nos questions de recherche et la réflexion de cette tranche d'âge sur la procréation.

Avant de contacter les femmes, nous avons fait une première vérification de la véracité des critères d'inclusion dans leurs dossiers médicaux.

Le but n'était pas de viser la représentativité mais plutôt la significativité c'est-à-dire élargir suffisamment le champ d'investigation pour produire de nouveaux faits et un maximum d'informations. Cela consiste en la variation maximale de l'échantillon. Pour cela, nous avons recherché la diversité dans les méthodes anticonceptionnelles, les âges, le niveau social, la gestité et la parité.

Cette étude a été inscrite au registre « responsable de traitement » de l'université Clermont Auvergne et rattachée à la méthodologie de référence 004 concernant les thèses en médecine de la CNIL (Annexe I).

B. Programmation de l'entretien

Nous avons contacté 40 femmes au total. En cas d'absence de réponse, nous avons laissé un message vocal expliquant le thème de notre étude ainsi que la possibilité de nous recontacter selon leur disponibilité ou de la possibilité d'un deuxième appel de notre part dans les jours suivants. Sur 40 appels, 25 femmes nous ont répondu directement ou secondairement. 16 femmes sur 25 ont accepté de réaliser un entretien. Parmi les 9 autres réponses, 5 ont refusé du fait d'un manque de temps ou n'étaient pas intéressées, 4 étaient intéressées mais l'entretien n'a pas pu être réalisé du fait de la distance géographique. Plusieurs de ces femmes nous ont proposé de réaliser l'entretien par téléphone mais nous avons décliné leur proposition en raison de l'impossibilité de les enregistrer.

Tous les entretiens ont été réalisés dans le département du Puy de Dôme. Tous les entretiens ont été réalisés à domicile hormis un entretien qui a été réalisé dans le service de médecine post-urgence et thérapeutique à la suite d'une consultation de suivi.

Nous nous sommes présentées à elles comme étant des « chercheurs sur le thème de la méthode anticonceptionnelle et du parcours de soins » et que nous avons travaillé dans le service de médecine post-urgence et thérapeutique du CHU Gabriel-Montpied de Clermont-Ferrand. Ainsi elles comprenaient comment nous avons pu recueillir leurs coordonnées.

C. Les entretiens semi-dirigés

Nous avons réalisé un guide d'entretien sous forme de questions avec des relances portant sur nos deux thèmes (Annexe II). Ce guide a été modifié plusieurs fois sur les conseils de notre directeur de thèse avant le premier entretien afin d'être le plus intuitif possible. Ce guide nous a apporté une ligne directrice tout en permettant aux femmes de s'exprimer librement. Nous réabordions certaines questions si celles-ci avaient été omises. Nous avons choisi initialement de respecter la chronologie en commençant par les faits les plus antérieurs.

Nous avons modifié notre guide après la réalisation du 7^{ème} entretien. En effet, le regard extérieur de notre directeur de thèse et nos échanges sur les entretiens nous a permis de prendre conscience qu'il fallait libérer la parole des femmes sur leur vécu concernant l'embolie pulmonaire avant d'aborder nos deux thématiques.

De ce fait nous avons modifié également la chronologie de notre guide d'entretien en abordant en premier l'embolie pulmonaire puis leur méthode anticonceptionnelle et leur parcours de soins en partant du moment présent.

Nous avons également ajouté le score EPICES après le 7^{ème} entretien car nous nous sommes aperçues que suivant le niveau de précarité, le discours était différent et que cela ajouterait un critère de diversité. Nous avons donc recontacté les 7 premières femmes pour réaliser le score EPICES par téléphone a posteriori (Annexe III).

Nous avons réalisé nos entretiens pendant huit mois. La durée des entretiens est variable allant de 20 à 50 minutes environ avec une moyenne de 30 minutes.

Les entretiens ont été anonymisés par un chiffre afin d'analyser les données. Seuls les chercheurs et le directeur de thèse ont connaissance de la grille permettant de lever cet anonymat.

Les entretiens se sont donc déroulés avec les femmes en face à face et 7 entretiens ont été réalisés avec la présence d'un tiers (enfants, conjoint, amis) qui intervenait ou non au cours de l'enregistrement. Nous avons enregistré les entretiens sur smartphone ou dictaphone.

Nous avons recueilli le consentement oral des femmes au début de l'entretien pour la retranscription intégrale de notre discussion et l'utilisation de ces données pour la réalisation de notre travail. Nous avons précisé à chaque femme la possibilité d'un refus a posteriori par un simple contact à notre égard.

Comme déjà mentionné, notre guide d'entretien était construit avec des questions de relances. Cela nous a permis une écoute active et une empathie non stigmatisante. Nous avons également appris à gérer les silences qui donnent une singularité à chaque entretien.

La difficulté a été pour nous de rester dans notre rôle de chercheur et d'écouter les explications médicales des femmes sans intervenir en tant que futur médecin.

D. Retranscription des données

Tous les entretiens ont été retranscrits intégralement mot à mot pour constituer les verbatims. Nous avons également ajouté le langage non verbal tels que les silences, les rires, les gestes. Cela a permis au deuxième chercheur et à notre directeur de thèse une lecture narrative et une verbalisation des émotions ressenties.

La retranscription des entretiens a été longue, il faut compter 4h de retranscription pour 30 minutes d'entretien en moyenne. Cela variait selon le niveau et le débit du langage et la présence d'un tiers prenant part à la discussion.

Nous avons respecté la grille COREQ (27) hormis le fait que nous n'avons pas adressé aux femmes les entretiens pour relecture et validation de leurs propos. Ce choix a été fait de par l'intense émotion engendrée lors de l'évocation du vécu de l'embolie pulmonaire et nous ne souhaitons pas générer une nouvelle reviviscence de ces faits.

III. Analyse des données

A. Méthode

Nous avons réalisé un double encodage en aveugle puis une mise en commun des verbatims. Nous avons réalisé un premier travail d'analyse thématique de chaque entretien avec l'élaboration de fichier Power Point® sur nos trois thématiques : la méthode anticonceptionnelle, le parcours de soin et l'embolie pulmonaire. Cela a consisté à mettre en évidence toutes les déclarations marquantes et pertinentes des entretiens. Ce premier travail a été soumis pour guidance à notre directeur de thèse.

Puis nous avons recherché les liens, les interactions et les verbatims pertinents entre les entretiens. Nous les avons regroupés dans un fichier de synthèse pour les trois thématiques. Cela nous a demandé des lectures et relectures à plusieurs reprises des entretiens pour s'approcher au mieux d'une vision globale. Chaque lecture permet potentiellement l'accès à de nouveaux « insights ». Au fur et à mesure de notre travail, nous avons mis en évidence des similarités, des connexions, des différences, des échos, des amplifications et pointer les contradictions.

L'analyse en binôme permet de garder une vision la plus objective possible ; l'un des deux chercheurs n'ayant pas assisté à l'entretien intimiste.

B. Saturation des données

Nous avons réalisé un tableau d'échantillonnage afin d'avoir une vision globale des entretiens (Annexe IV). La saturation des données a été obtenue au 14^{ème} entretien. Chaque chercheur a réalisé un entretien supplémentaire afin que nous en soyons assurées. La saturation a été confirmée au 16^{ème} entretien.

C. Rédaction des résultats

Nous avons ensuite transformé nos thèmes pour rédiger nos résultats. Ces thèmes nous ont permis d'illustrer nos propos et de réaliser une analyse. La compréhension de cet outil nous permet ensuite de concevoir un modèle. Ce processus est nommé « modélisation » en recherche qualitative (28).

RESULTATS

Les résultats concernant la méthode anticonceptionnelle

I. L'intérêt exprimé de la méthode anticonceptionnelle

A. L'intérêt pré-embolique : des femmes classiques

La plupart des femmes de notre échantillon se considéraient comme des femmes avec un « suivi standard » concernant la gestion de leur méthode anticonceptionnelle avant leur embolie pulmonaire.

1. Intérêt anticonceptionnel

Le premier intérêt consensuel chez 12 femmes sur 16 était contraceptif. Cette thématique était l'élément motivateur à la mise en place d'une méthode anticonceptionnelle à un moment de la vie de ces femmes en âge de procréer.

Malgré l'utilisation d'une méthode anticonceptionnelle, 3 femmes de notre échantillon ont eu des grossesses. Pour les 3, il s'agissait d'un mésusage.

P3 : « [...] En fait c'est que je comptais du coup les jours et je vérifiais ; voilà ce que je faisais en vrai... Ça a très bien marché ! Donc euh... Parce que je l'ai fait pendant des années ; mes IVG c'était ... j'avais 18 ans. C'était j'en prenais pas et j'étais complètement débile quoi. »

Nous avons pu remarquer qu'au-delà du dispositif utilisé (pilule, DIU, préservatif masculin, anneau vaginal, ligature des trompes, dispositif ESSURE), le rythme de leur utilisation a semblé être un déterminant dans leur choix de ne pas avoir de grossesse non programmée. Pour cela 2 méthodes de protection anticonceptionnelle se sont dégagées : quotidienne versus ponctuelle.

La pilule, qu'elle soit oestroprogestative ou progestative microdosée, était la méthode quotidienne la plus utilisée. La prise quotidienne de leur contraception apportait un rôle rassurant ou un risque d'oubli selon les femmes.

P11 : « [...] je suis vraiment bien avec cette pilule ouais. Et le fait de la prendre en continu c'est bien aussi. »

P3 : « [...] Et là, c'est là qu'elle a commencé à me prescrire la pilule. J'ai bon... J'ai pas... Je l'ai prise et je me rendais compte que je n'arrivais pas à la prendre. J'en prenais 3 fois d'un coup, je faisais n'importe quoi ! »

Parmi les méthodes ponctuelles, le préservatif masculin comme moyen de contraception mécanique semblait être le premier recours. Au premier abord les femmes concernées se décrivaient comme sans moyen anticonceptionnel.

P7 : « Bah c'est pas bien compliqué, y'a pas de contraception. »

2. Contre un symptôme cataménial

L'un des rôles non négligeable, parfois même motivateur de l'introduction d'une contraception hormonale, était la réduction de l'acné. Cet intérêt était prédominant chez les plus jeunes de notre échantillon et le contrôle de leur acné était au centre de l'évaluation de leur satisfaction.

P12 : « Par contre j'avais de gros problèmes d'acné, du coup ma gynécologue m'avait conseillé de passer sous TRIAFEMI®. »

La contraception, cette fois encore hormonale, pouvait aussi être utilisée comme un anti-migraineux efficace.

P4 : « ... moi j'ai vécu longtemps sans pouvoir avoir de contraception, ça a été un peu compliqué pendant un certain temps et à un moment donné je souffrais beaucoup beaucoup de migraines et le médecin m'avait proposé de pouvoir me donner donc CERAZETTE® avec une pilule du coup en continu sur 28 jours. »

Deux effets sont recherchés sur le cycle hormonal :

- leur régularité :

P6 : « Ça m'a régularisé, tous les mois j'avais mes règles, alors heu. »

- la disparition des menstruations :

P11 : « Alors, c'est différent parce que CERAZETTE® je la prends en continu donc du coup je n'ai pas mes règles. C'est un confort qui est non négligeable. »

B. L'intérêt per-embolique : une femme en âge de procréer présentant un évènement aigu

1. L'absence d'intérêt rapporté

Plus de la moitié des femmes nous ont rapporté que la gestion et le questionnement de leur méthode anticonceptionnelle n'avaient pas sa place au moment de la découverte de l'embolie pulmonaire et de leur hospitalisation. De ce fait nous n'avons pas recueilli beaucoup d'éléments concernant l'efficacité de leur méthode anticonceptionnelle.

P4 : « Moi, j'ai... J'ai le souvenir que ça a été heu, je sais pas comment vous expliquer, un peu, heu... Ça avait pas été la priorité ça, parce que du coup j'avais effectivement arrêté. »

Elles nous l'ont exprimé de manière très claire.

I : « Heu, est-ce que du coup vous auriez aimé qu'on vous en parle ou ? »

P7 : « Non parce que je leur avais dit clairement que je m'en fichais royalement ! »

I : « [...] 'fin au moment où la sortie s'approchait est-ce que, euh, dans vot'tête, vous vous êtes dit : « Et comment j'fais avec ma contraception ? » »

P10 : « Pas su'l moment. Pas su'l moment... Pas su'l moment. J'pense qu'on a qu'une envie, c'est d'partir de l'hôpital. »

Les femmes nous ont souvent rapporté que l'embolie pulmonaire avait une place prépondérante en comparaison avec leur méthode anticonceptionnelle.

P9 : « Pour moi le problème il est plus grave au niveau EP qu'au niveau contraceptif »

2. La place conjointe de la méthode anticonceptionnelle dans la gestion de l'embolie pulmonaire

Pour les femmes P8 et P11, l'embolie pulmonaire et la gestion de la méthode anticonceptionnelle avaient une place conjointe. Elles suggèrent une prise en charge non dissociable de cet évènement aigu et du désir de maternité.

P8 : « Ah bah les deux m'inquiétaient. Parce que je me suis dit: " L'embolie pulmonaire bah déjà j'ai failli y passer, hein parce que c'est quand même assez grave et bah disons que si j'avais trop trainé, [...] et euh bah le côté je veux un troisième enfant mais je peux pas en avoir d'autre parce que bon, parce que je risquerais d'y passer ". Et au fait bah quand on a 35 ans on n'a pas envie de mourir tout de suite. Donc euh, les deux m'inquiétaient fortement. »

C. L'intérêt post-embolique

1. L'intérêt anticonceptionnel

Durant la période post-embolique, la méthode anticonceptionnelle reprenait une place dans le quotidien des femmes. Néanmoins l'épisode aigu semblait changer leur réflexion et leur intérêt pour celle-ci.

Plusieurs femmes nous ont rapporté avoir une contraception à visée principalement anticonceptionnelle.

P6 : « Ça remplissait son rôle, je suis jamais tombée enceinte, j'avais jamais de problèmes. »

Il semblerait que chez certaines femmes une nouvelle grossesse serait source d'anxiété. Elles recherchaient un sentiment de sécurité en évitant une grossesse non programmée.

I : « D'accord vous vous êtes dit pas de troisième bébé. »

P16 : « Bah je me suis posée la question un moment et puis je me suis dit que c'était un risque que j'avais pas besoin de prendre. »

Selon l'âge des femmes, la question d'une grossesse n'était pas abordée de la même manière. Pour exemple, la femme P14 avait 47 ans au moment de notre entretien. Elle nous a sous-entendu garder son stérilet jusqu'à sa ménopause.

P14 : « Voilà. Bah là ça va faire plus de cinq ans, comme y m'a dit qu'il avait pas bougé et tout on va garder jusqu'à l'année prochaine. »

Nous pouvons l'opposer à la femme la plus jeune de notre échantillon, P6, qui actuellement, a une méthode anticonceptionnelle mais gardait en tête l'élaboration d'un projet de grossesse qu'elle souhaitera encadrer avec les spécialistes.

P6 : « Bah un gynécologue mais sinon se référer à, moi, pour moi, Monsieur SCHMIDT ou le médecin qui les aura encadrées. Parce que je pense qu'avant toute grande décision dans ma vie que ce soit, de toute façon Mr SCHMIDT me l'a dit. Que ce soit pour avoir des enfants, ou essayer je sais pas... »

Selon leur mode de vie, les femmes célibataires utilisaient une méthode anticonceptionnelle seulement pour les rapports sexuels : l'absence d'une grossesse étant le principal intérêt pour elle.

P12 : « Bah pour l'instant écoutez, j'ai personne donc tout est parfait. Voilà, donc après voilà, non si c'est bien quand même niveau préservatif quand même si si c'est bien. »

2. Les symptômes cataméniaux au second plan

Lorsque l'on a interrogé les femmes sur l'intérêt de leur méthode anticonceptionnelle actuelle aucune ne nous a évoqué la place des symptômes cataméniaux.

Par contre, une femme semblait a posteriori regretter avoir utilisé sa méthode anticonceptionnelle dans cet intérêt avant l'embolie pulmonaire.

P6 : « Exactement, et je pense j'aurais su ça, peut être pendant 6 ans, j'aurais peut-être supporté mon acné d'adolescente, heu plus longtemps et qui s'estompe peut-être lui-même, voire à un faible dosage de ROACCUTANE® ou... »

II. La représentation de la méthode anticonceptionnelle

Toutes les femmes ont une vision des méthodes anticonceptionnelles à travers leur vécu intrinsèque mais à cela s'ajoutent des facteurs extrinsèques auxquels elles ont eu accès au cours de leur vie : le discours des professionnels de santé, les médias, leur culture et parfois même l'avis ou l'expérience de leur entourage.

Les femmes de notre échantillon ont segmenté dans leur réflexion les méthodes anticonceptionnelles hormonales en opposition aux méthodes non hormonales.

A. Les méthodes anticonceptionnelles hormonales

1. Vis-à-vis du tabac

A plusieurs reprises, les femmes nous ont exprimé un lien entre le tabac et le choix de leur méthode anticonceptionnelle hormonale.

P1 : « Pas plus élevé que la DAILY gé® parce que c'était vraiment pas pour les fumeuses, mais c'était voilà petite dose pour pas risquer parce que la fumée euh la cigarette plus la pilule ce n'est pas du tout conseillé. »

Lors de l'entretien 3, la patiente nous a expliqué son ressenti par rapport au discours des professionnels de santé entre la contraception hormonale, le tabagisme et l'évènement thromboembolique. Elle a exprimé cependant son incapacité à arrêter le tabac.

P3 : « [...] De, d'ici et de Navarre m'ont dit : « ah vous étiez alitée 4 semaines sans anticoagulants, alors que vous étiez sous pilule et que vous fumiez, ah oui d'accord ! Euh... Alors que vous étiez sous contraception et que vous fumiez ». »

Parfois le discours culpabilisant concernant le tabagisme et la contraception venait de l'entourage.

P10 : « Et que, et que pour moi il était hors de question, j'ai un déclic. J'arrive pas à arrêter d'fumer pa'c'que j'suis quelqu'un de super angoissée [...] Donc arrête au moins la pilule. Comme ça tu peux te... Et tu t'protèg'ras quelque part, entre guillemets, au moins d'ça. Voilà, c'est des réactions bête de, de gens. »

2. La forme galénique

La forme galénique des pilules contraceptives pouvait aussi avoir un retentissement sur la vision des femmes.

P9 : « J'dirais qu'c'est anodin, c'est qu'un p'tit médicament, donc anodin. »

En effet, il existait un contraste entre la prise d'un « cachet anodin » et l'importance de l'observance des anticoagulants ; d'autant plus quand son mode d'administration est injectable.

P3 : « Ben ouais, mais je lui ai pas, toujours pas dit hein que je faisais n'importe quoi avec ma pilule mais bon... Non je vais, je pense que là ça va être différent parce que déjà je la prends en même temps que je fais ma piqûre de LOVENOX®. Et je vois que ma... Le LOVENOX® j'ai été hyper studieuse avec ça. J'ai bien réussi à faire à heures fixes tous les jours. Donc j'ai collé l'heure des pilules sur l'heure des LOVENOX® et... Et on verra bien. »

3. Lien dose-efficacité

Fréquemment, les femmes nous ont exprimé un lien entre l'efficacité et la dose d'hormones de leur contraception.

Pour exemple, voici comment P1 nous a justifié sa grossesse sous contraceptif :

P1 : « Je pense une plus grosse dose. Mais vu que je suis fumeuse, ils peuvent pas mettre des grosses doses. Alors du coup je pense que c'est pour ça que je suis tombée enceinte. »

La femme P6 nous a exprimé une différence d'efficacité entre une contraception oestroprogestative et une contraception progestative microdosée.

P6 : « [...] Après DIANE 35® je sais qu'elle me protégeait plus, j'avais moins peur. Enfin là c'est parce que Monsieur SCHMIDT m'avait dit que c'était une micro dosée et qu'il fallait bien la prendre à heure régulière etc... DIANE 35® ça m'est arrivé de l'oublier une fois et puis de la prendre le lendemain vite fait. Et comme j'étais habituée, [...] y'avais moins de risques et puis... Heu voilà, elle était blindée. »

4. La peur

Les femmes semblaient avoir reçu une information des professionnels de santé mais en arrière-pensée, elles gardaient une notion de sur-risque de récurrence entre la prise d'hormone et l'embolie pulmonaire. A distance de l'embolie pulmonaire, nous avons pu noter que seulement 4 femmes sur 16 ont bénéficié d'une contraception hormonale, en l'occurrence progestative microdosée.

P16 : « Oui il reste une crainte hein, parce que c'est pas anodin. »

B. Les méthodes anticonceptionnelles non hormonales

Parmi les patientes qui utilisaient une contraception mécanique, toutes nous ont formulé que ce n'est pas une méthode anticonceptionnelle.

P12 : « Ah bah oui ! Voilà, bah voilà, bah préservatif ! Oui contraception moi je pense à pilule, stérilet. »

Mais aucune d'entre elles n'ont évoqué une prise de risque concernant des grossesses non programmées ou un manque d'efficacité de cette méthode. Deux femmes nous ont exprimé un lien direct entre la contraception mécanique et le risque de maladie sexuellement transmissible.

P6 : « J'y vais aussi de temps en temps (parle des consultations chez son médecin généraliste) car j'ai des relations avec des partenaires, et heu, bon ça m'est arrivée deux fois cette année je n'étais pas très fière et je n'étais pas protégée et tout de suite, j'ai voulu faire les tests sur les maladies transmissibles, etc. »

C. Le rôle de l'entourage

L'entourage a joué une place importante dans la représentation de la contraception. Nous avons eu plusieurs exemples lors des entretiens.

En premier, nous avons pu noter que la jeune femme P6 justifie son suivi gynécologique par le discours que lui a inculqué sa mère.

P6 : « Totalement, ma maman m'a toujours dit, dès que tu as des rapports, c'est une fois par an, c'est comme ça. »

La sœur de P9, quant à elle, a changé sa contraception en raison de l'embolie pulmonaire de la patiente.

P9 : « Moi, ma sœur, depuis mon embolie, elle a fini, elle a arrêté la TRINORDIOL®. »

D. L'embolie pulmonaire modifie la représentation de la méthode anticonceptionnelle

Les femmes ont exprimé une méfiance concernant la contraception hormonale, néanmoins cela n'était pas le propos au premier plan. Suite à cet évènement aigu, il existait une association embolie pulmonaire et méthode anticonceptionnelle renforcée.

P13 : « Donc ça m'a conforté dans mon idée que les 2 combinés, c'était pas le bon cocktail quoi. »

III. La satisfaction de la méthode anticonceptionnelle

A. La réponse à la demande face aux symptômes cataméniaux

La majorité des femmes se disaient satisfaites de leur méthode anticonceptionnelle. Elle permettait une régularisation des cycles ou avait un effet bénéfique concernant l'acné ou les migraines.

P9 : « J'avais pas de douleurs pour les règles, j'étais très bien réglée, j'avais pas d'hémorragies. »

P13 : « Je ne suis jamais tombée enceinte, j'avais plus d'acné, c'était formidable (discussion DIANE 35®). »

B. Le lien entre le contexte et la contraception

Plusieurs femmes nous ont parlé de leur méthode anticonceptionnelle comme étant pratique et donc n'impactant pas leur mode de vie de femme active. Leur satisfaction était évaluée de par l'absence de retentissement de la méthode anticonceptionnelle sur leur mode de vie. Le fait d'avoir une méthode anticonceptionnelle, permet également d'avoir une maîtrise sur la vie de couple et de pouvoir décider du moment d'une grossesse.

P4 : « Mais heu, elle était sur 28 jours donc je ne l'arrêtais jamais, ça permettait de ne pas l'oublier, ensuite je n'avais plus de règles donc pour moi c'était quand même plutôt satisfaisant. Surtout quand vous êtes du milieu hospitalier et que vous êtes habillée tout en blanc [...] Oui et chez la femme je trouve cela important pour contrôler et maîtriser. »

Certaines femmes, de par des antécédents médicaux, ont choisi le préservatif masculin, du fait d'un ressenti d'une impasse vis-à-vis des autres méthodes anticonceptionnelles proposées.

P7 : « [...] j'avais une contraception avant d'être enceinte mais je l'avais arrêtée car j'ai fait une phlébite un an après la naissance de mon fils et du coup après ils nous ont dit qu'il fallait pas et donc après bah on a laissé tomber hein. [...] bah on nous disait que la pilule c'était pas bien, que finalement heu, les autres solutions que ça soit l'implant ou et puis moi j'avais pas envie de stérilet donc bah voilà quoi. »

Le choix restreint en lien avec des pathologies sous-jacentes, amenait certaines femmes à choisir une méthode anticonceptionnelle qui les a satisfaites par la suite.

P8 : « Et euh donc du coup la pilule ce n'était plus envisagé et le stérilet aux hormones c'était pas envisagé non plus donc du coup j'étais passé au cuivre parce que bah voilà... Pour moi c'était ce qui me semblait le plus simple. »

C. La cohérence entre l'EVA et le discours concernant la satisfaction et l'efficacité de la méthode anticonceptionnelle

Les femmes étaient majoritairement cohérentes en évaluant l'EVA de la satisfaction et de l'efficacité vis-à-vis de leur méthode anticonceptionnelle.

Nous avons pu remarquer que plusieurs femmes évaluaient une EVA satisfaisante malgré des contraintes rapportées dans leur récit. Pour exemple, P10 évalue une EVA à 8/10 et nous pouvons percevoir son ambivalence de par son témoignage ci-dessous.

P10 : « C'était trois semaines de règles par mois. Donc arrivé à un moment, j'ai tout arrêté parce que j'en avais ras le bol. [...] Bon voilà, parce que, voilà, à 40 ans prendre des préservatifs avec son mari, bon c'est... On a peut-être envie d'autre chose quoi... [...] J'irais pas chercher le bâton pour m'faire battre aussi quoi. »

IV. Les effets indésirables de la méthode anticonceptionnelle

A. Les effets indésirables ressentis en période pré-embolique

1. Effets indésirables somatiques et psychiques

Certaines femmes ont imputés des symptômes somatiques à leurs méthodes anticonceptionnelles telles que les céphalées, les spotting ou des douleurs.

P1 : « Un peu mal à la tête mais je crois que ça c'est toutes les pilules de toute façon. »

P3 : « Parce que pas de règles pendant 6 mois, après des règles non-stop pendant 6 mois (parle de l'implant). »

D'autres femmes ont imputé à leur méthode anticonceptionnelle une prise de poids.

P4 : « Enfin peut être qu'elle m'a fait prendre du poids, un petit peu de poids (parle de CERAZETTE®). »

Plusieurs femmes ressentait des effets indésirables d'ordre psychique, comme l'apparition d'une détresse psychologique.

P6 : « Je sais pas si c'est lié à DIANE 35® spécifiquement mais vu que je l'ai arrêté, j'ai eu des symptômes. J'étais dépressive et, énormément. Au point de tomber dans l'anorexie... »

2. Utilisation de la méthode anticonceptionnelle

Certaines femmes éprouvaient des difficultés pour l'utilisation de leur méthode anticonceptionnelle et notamment la mise en place de l'anneau vaginal.

P2 : « Qu'est-ce qui manquait finalement, de temps en temps l'anneau avait tendance à glisser donc il fallait que je fasse attention, heu voilà, à ce niveau-là. »

3. Effets indésirables biologiques

La femme P12 nous a rapporté une perturbation de son bilan lipidique en lien avec sa méthode anticonceptionnelle hormonale.

P12 : « Quand je prends la pilule, ça, j'ai du cholestérol et prendre la pilule ça me fait monter à des taux de cholestérol phénoménaux. »

B. Les effets indésirables ressentis en période per-embolique

1. Le questionnement des effets indésirables de leur ancienne méthode anticonceptionnelle

Le changement de la méthode anticonceptionnelle dans le cadre de l'embolie pulmonaire a généré chez certaines femmes un questionnement sur les effets indésirables mentionnés précédemment.

P6 : « J'étais triste, vraiment, c'est vrai que depuis que j'ai arrêté la pilule, bah je vais bien. »

2. Le traitement anticoagulant en lien avec de nouveaux effets indésirables

De manière globale, le traitement anticoagulant provoquait des menstruations plus abondantes. Cet effet indésirable était majoré avec le DIU au cuivre.

P8 : « Et que avec le stérilet elle étaient heu... De nouveaux anarchiques et très abondantes... »

P9 : « Quand je suis arrivée, j'avais mes règles. [...] Sauf que quand ils m'ont mis l'HEPARINE®. C'était cataclysmique. »

3. Le lien de causalité entre la méthode anticonceptionnelle et l'embolie pulmonaire

Ce lien de causalité est soulevé par plusieurs femmes mais sans certitude. Étant des femmes en âge de procréer, elles ne se sentaient pas à risque de présenter cette pathologie et se posaient la question du lien a posteriori pendant l'entretien. Celui-ci semblait alors générer un questionnement.

I : « Est-ce qu'on vous a donné des conseils avant de sortir du service de médecine post urgence concernant la contraception ? [...] A cette période-là, vous aviez déjà votre stérilet ? »

P5 : « Oui. Pourquoi y'a un lien entre les 2 ? »

P11 : « J'ai conscience que la VARNOLINE® était peut-être en effet, euh, pas déclencheur, mais pouvait favoriser l'embolie pulmonaire. »

4. Les effets indésirables dus au changement de la méthode anticonceptionnelle

De nouveaux effets indésirables sont apparus pour certaines femmes du fait du changement de leur contraception. Nous avons retrouvé les même effets indésirables de manière globale qu'en pré-embolique mais décrits par d'autres femmes.

P6 : « Enfin si le premier mois c'était, je saignais tout le temps, je comprenais pas, je me suis dit je vais continuer encore deux mois et puis voilà. (parle de CERAZETTE®) »

C. Les effets indésirables ressentis en période post-embolique

Il existait un changement ou une disparition des effets indésirables durant cette période. Le changement de méthode anticonceptionnelle provoquait des effets indésirables nouveaux.

P6 : « [...] c'est vrai que la sécheresse ça commence à être embêtant de plus en plus »

Ce changement pouvait également générer une nouvelle satisfaction.

P9 : « J'ai plus de règles, et c'est... Le top ! »

La moitié des femmes n'ont pas modifié leur méthode anticonceptionnelle après l'embolie pulmonaire du fait d'une compatibilité de celle-ci avec cette pathologie. Certaines ont accepté de prendre une pilule progestative microdosée qu'elles avaient pu essayer dans le passé. Cependant nous avons pu observer un changement de tolérance.

P4 : « [...] je sais pas si c'est du à l'embolie pulmonaire, je sais pas si c'est du à... à l'arrêt de CERAZETTE®, je sais pas à quoi c'est du... bah n'empêche que je supporte plus CERAZETTE® comme avant. »

V. Le ressenti face au discours reçu

A. Le ressenti face au discours reçu en période pré-embolique

1. Le ressenti d'un manque d'alternative

Certaines femmes nous ont rapporté un manque d'alternative des méthodes anticonceptionnelles proposées par les professionnels de santé.

Les raisons de ce manque d'alternative étaient diverses :

- le refus de la femme vis-à-vis d'autres méthodes anticonceptionnelles que les pilules,
- les antécédents contre-indiquant certaines méthodes anticonceptionnelles,
- le sentiment d'une intolérance de la part des femmes à toute méthode anticonceptionnelle hormonale.

P4 : « J'avais essayé les stérilets, les stérilets ça le faisait pas, l'implant j'en voulais pas, je sais pas quoi, l'anneau là, j'en voulais pas de ce truc. »

P7 : « Entre le problème de l'embolie et la phlébite, bah on nous disait que la pilule c'était pas bien, que finalement heu, les autres solutions que ça soit l'implant ou et puis moi j'avais pas envie de stérilet donc bah voilà quoi. »

2. L'intégration de l'information à la mise en place d'une méthode anticonceptionnelle

Pour la plupart des femmes le discours des professionnels de santé est considéré comme une « vérité absolue » qu'elles ne remettaient pas en cause. A posteriori, certaines femmes nous ont rapporté qu'elles n'ont pas été averties des effets indésirables ou de la possibilité de présenter une embolie pulmonaire.

P2 : « J'avais un peu d'information au vu de ma formation médicale mais sinon au niveau information de la gynéco à la mise en place aucune information sur le risque d'embolie ou risque cardio vasculaire. »

Même si le discours des professionnels était important et rassurant, certaines femmes ont eu besoin de rechercher d'autres informations sur des forums, via Internet.

P13 : « [...] j'ai opté pour ESSURE et puis quand on regardait les forums, c'était bien vendu quoi. Personne s'en plaignait. »

3. Le suivi de la méthode anticonceptionnelle

- Une stabilité réévaluée :

Il existait une stabilité de la méthode anticonceptionnelle du fait d'une absence de changement de celle-ci. Une réévaluation était réalisée lors de consultations de suivi pour s'assurer que leur choix était toujours en accord avec leur mode de vie.

P12 : « Elle m'a dit « pas de soucis vous prenez les préservatifs ». »

I : « [...] c'est avec elle que vous en discutiez [...] »

P12 : « Oh bah oui oui oui. A chaque visite, oui, y'a pas de souci. »

- Un suivi sans discussion :

Les femmes jeunes et sans antécédents ne se sentaient pas concernées du fait de l'absence de facteur de risque.

P16 : « Fin je pensais pas avoir un risque particulier. »

Le thème de la contraception n'est plus abordé lors du suivi de certaines femmes. Cette situation a été rencontrée chez une femme ayant bénéficié d'une stérilisation définitive.

P15 : « Heu, bah on en parle plus depuis que je suis ligaturée. »

- L'absence de réévaluation :

Pour certaines femmes, il n'y a pas de réévaluation de leur méthode anticonceptionnelle du fait de l'absence d'effets indésirables.

P14 : « [...] ça a toujours fonctionné donc heu y'a pas, j'ai pas fait de grossesses en ayant le stérilet donc heu... »

4. Le ressenti de sa gestion de la méthode anticonceptionnelle face au discours

La pilule nécessite une observance qui n'est pas réalisable par certaines femmes. Néanmoins devant le renouvellement de la prescription par le professionnel de santé, elles persévéraient.

P3 : « Je l'ai prise (la pilule) mais je me rendais compte que j'arrivais pas à la prendre. J'en prenais 3 d'un coup, je faisais n'importe quoi ! »

D'autres femmes ont décidé d'arrêter leur méthode anticonceptionnelle, devant l'explication des facteurs de risques potentiels et la balance bénéfico-risque jugée défavorable.

P10 : « J'arrive pas à arrêter d'fumer pa'c'que j'suis quelqu'un de super angoissée [...] Donc arrête au moins la pilule. Comme ça tu peux te... Et tu t'protèg'ras quelque part, entre guillemets, au moins d'ça. »

B. Le ressenti face au discours reçu en période per-embolique aux urgences et dans les services hospitaliers

1. Pas d'informations de la part des professionnels de santé

9 femmes lors de l'entretien, nous ont rapporté qu'elles n'ont pas eu de questionnement de la part de professionnels de santé concernant leur méthode anticonceptionnelle.

P7 : « Non, j'ai eu zéro sur la contraception. »

P6 : « [...] quand ils ont vu que j'avais la thrombose ils m'ont tout de suite dit d'arrêter DIANE 35® et j'en ai plus jamais entendu parler, de contraception. »

2. L'information de la part des professionnels de santé

- Un discours non retenu car ressenti comme étant inapproprié :

La plupart de femmes nous ont rapporté que les professionnels de santé ont certainement dû les questionner mais elles n'en n'ont pas souvenir. Pour elles, cela se justifiait par un intérêt secondaire.

P4 : « [...] moi j'avoue que sur le moment moi j'ai pas pensé. Que c'était pas la priorité quoi. »

- Un discours non satisfaisant :

Certaines femmes nous ont expliqué que le discours ne les a pas satisfaites, provoquant même une recrudescence de l'anxiété.

P3 : « [...] je pense qu'il faut plus expliquer quoi, et pas faire peur aux patientes. »

- Un discours clair :

D'autres femmes se sont souvenues d'un discours clair associé à une réactivité des médecins vis-à-vis de leur méthode anticonceptionnelle.

P9 : « [...] Bon ben, TRINORDIOL® c'est fini. J'te fais une prescription. Tu dis à ton mari qu'il aille te chercher l'OPTIMIZETTE®. (discours rapporté du médecin) »

3. Le questionnement face au discours des professionnels de santé

- Le ressenti face au changement de méthode anticonceptionnelle :

3 femmes ont changé de méthode anticonceptionnelle au cours de l'hospitalisation. Ce changement a été source d'apaisement.

P9 : « Quand vous êtes pas bien et qu'il suspecte que ça vient (de la pilule oestroprogestative). [...] J'étais rassurée qu'il fasse la démarche (de changement de méthode anticonceptionnelle). »

P11 : « C'était une décision collégiale de passer sous la CERAZETTE®. »

- Le ressenti face à l'arrêt de la méthode anticonceptionnelle :

L'arrêt de leur méthode anticonceptionnelle et sans prescription d'une alternative a provoqué chez plusieurs femmes une sensation de regret.

P2 : « Bah ça aurait peut-être été plus simple avec une contraception parce que cela évite les préservatifs, un peu tout. »

- Le ressenti face à la poursuite de la même méthode anticonceptionnelle :

9 femmes ont poursuivi la même méthode anticonceptionnelle sans crainte.

P7 : « Moi je savais que je n'avais pas de contraception pérenne là-dessus donc y'avait pas de soucis (référence à la contraception mécanique). »

C. Le ressenti face au discours reçu en période post-embolique

1. Discours rassurant ou générant une anxiété

Le discours des professionnels de santé vis-à-vis de la méthode anticonceptionnelle après l'embolie pulmonaire de ces femmes a provoqué deux réactions opposées.

Les unes se sentant rassurées, les autres ressentant une anxiété nouvelle ou majorée depuis leur embolie pulmonaire. Le discours des professionnels induit également un nouveau questionnement sur leur méthode anticonceptionnelle.

P13 : « Il m'a dit vous auriez dû m'en parler je vous aurais dissuadé pour ESSURE®. »

P14 : « [...] je lui ai dit ce qu'il m'était arrivé. [...] il m'a fait l'examen, tout allait bien donc on continue. »

2. Attitude passive ou active face au discours

Face au discours des professionnels de santé, les femmes ont réagi différemment.

P2 : « Finalement je trouve que ça a été la meilleure solution (la contraception mécanique), je regrette pas d'avoir fait comme ça. [...] Oui, la plus choisie et ça a fonctionné. »

P4 : « [...] mais moi, je suis sortie, l'information c'était vous n'avez pas de contraception et de toute façon vous ne pourrez plus jamais en reprendre. »

I : « Donc c'était le message que vous avez eu et à l'unanimité ? »

P4 : « Enfin j'ai eu celui-là, j'ai pas cherché d'autres. »

3. L'installation d'une confiance ou d'une méfiance du discours

Le discours des professionnels comme nous l'avons énoncé ci-dessus a pu générer une réassurance ou une anxiété selon les femmes. Donc parallèlement à ces sentiments, il s'est installé une confiance ou une méfiance vis-à-vis du discours.

P2 : « Bon les pilules honnêtement même les deux qui me restaient, je me suis dit voilà on va pas tenter, on sait jamais quoi ! »

P10 : « Donc après vous avez confiance ou pas, moi j'ai confiance en eux. »

VI. La sexualité, la grossesse et la projection personnelle

Notre grille d'entretien ne comportait pas de questions concernant la sexualité. C'était tout naturellement et spontanément que cette thématique a été abordée avec plus ou moins de détails par les femmes. La sexualité ne pouvait être dissociée du désir de grossesse chez ces femmes en âge de procréer.

A. Quand la méthode anticonceptionnelle s'invite dans la sexualité

Certains moyens contraceptifs ont pu venir perturber l'acte sexuel en lui-même ; comme par exemple ce témoignage sur l'anneau vaginal.

P3 : « Ben ça tombait, j'arrivais pas à le mettre. Euh...Bon, je vous le dis euh voilà, il le touchait lui quand on avait des rapports, donc c'était pas du tout bien. »

Ou encore ces propos concernant l'utilisation du préservatif masculin :

P7 : « Ca c'est sûr que quand ça lâche pas, c'est bien quoi. »

Parfois même, une stérilisation définitive pouvait impacter la sexualité.

P13 : « ... J'ai eu ESSURE euh bah pas longtemps après l'intervention hein [...] les rapports impossibles enfin bon... »

B. L'impact initial de l'embolie pulmonaire sur la sexualité et le désir de grossesse

- La diminution du désir :

Les conséquences cliniques et notamment l'asthénie au moment de l'embolie pulmonaire a été un premier frein exprimé à la reprise d'une sexualité.

P6 : « C'était le temps que, de toute façon je pouvais pas entretenir de relations sexuelles... »

P9 : « Au début d'toute manière, j'étais tellement fatiguée que ça risquait pas de faire grand-chose. »

Une éventuelle grossesse en période per-embolique était inenvisageable chez quasiment toutes les femmes.

P1 : « Parce qu'après ça, vraiment, on n'a pas envie d'avoir d'autres rapports de peur justement de tomber enceinte, alors je vous dis pendant très, très longtemps, je n'ai pas eu de rapport avec mon ex-compagnon. »

- L'apparition d'un questionnement sur la place future d'une grossesse :

L'évènement pathologique aigu a pu modifier les projets de grossesse chez ces femmes en âge de procréer.

Voici un premier exemple où l'embolie pulmonaire a renforcé au sein du couple un désir conceptionnel.

P2 : « J'avais toujours le désir de grossesse derrière... [...] Non je suis même pas repartie avec une contraception parce que, c'est vrai qu'on avait un désir d'enfant dans un avenir assez proche, donc là ça a été repoussé un petit peu car j'avais un an de PREVISCAN®... »

Le deuxième exemple montre la crainte d'une nouvelle grossesse.

P16 : « Donc il m'avait posé la question de savoir si j'envisageais une autre grossesse en me disant que ce serait avec un suivi à ESTAING. [...] Et c'est là que j'ai plus, oui justement et puis avec les piqûres. [...] Voilà. Moi ça m'a refroidi...! »

C. Les impacts persistants à distance de l'embolie pulmonaire sur la sexualité et la grossesse

Parfois les impacts apparus au moments de l'embolie pulmonaire sur la sexualité et le désir de grossesse ont été prolongés dans le temps.

Plusieurs femmes exprimaient des craintes dues au lien entre l'embolie pulmonaire et la méthode anticonceptionnelle, avec un retentissement sur leur sexualité et leur désir.

P10 : « Bon voilà, pa'c'que, voilà, à 40 ans prendre des préservatifs avec son mari, bon c'est... On a peut-être envie d'autre chose quoi... 'fin. Mais non c'est comme ça. »

Certaines femmes nous ont témoigné une méfiance envers leur méthode anticonceptionnelle, la peur d'une nouvelle grossesse impactant sur la sérénité des rapports.

P9 : « Y'en a déjà trois déjà, c'est bon, c'est bien gentil mais bon. Non, non, non, mais après voilà, on garde un peu ce principe de précaution. »

3 femmes de notre étude ont eu un ou plusieurs enfants depuis leur embolie pulmonaire. Ces grossesses se sont réalisées sous couvert d'une anticoagulation par voie injectable sous cutanée. Ces injections ont été vécues de manière complètement opposée selon les femmes.

P1 : « Quand je suis sous piqûres et tout et quand je suis enceinte en fait je me sens en sécurité parce que je sais que j'ai des piqûres en fait. »

P3 : « [...], ben ça m'a gâché ma grossesse quoi, ... »

Notre échantillon regroupe diverses situations de vie concernant le désir conceptionnel.

Un premier exemple est celui d'une jeune femme, qui n'avait pas d'enfant au moment de son embolie pulmonaire. Ce nouvel évènement entraîne une projection différente d'un futur projet de grossesse du fait de son encadrement par les spécialistes.

P6 : « Que ce soit pour avoir des enfants, ou essayer je sais pas... Imaginons que je suis pas féconde et que j'ai envie d'essayer heu, d'avoir des enfants en fivette ou autre technique que naturelle pour avoir des enfants. Bah je passerai par lui, d'abord. »

Un autre exemple est celui d'une femme qui a deux enfants au moment de son embolie pulmonaire. La réalisation d'une ligature des trompes en période per-embolique a engendré des regrets face à l'impossibilité d'avoir un 3^{ème} enfant.

P8 : « Parce que j'avais envie d'avoir un 3^{ème} enfant et qu'on m'en a privé. »

D. La projection personnelle de la méthode anticonceptionnelle

De manière spontanée, les femmes nous ont évoqué leur projet concernant leur méthode anticonceptionnelle. Les situations personnelles sont très variées selon leur histoire de vie, leur âge et la maternité qu'elles ont déjà ou non vécue.

1. Exemples de projets

Le motif principal de leur motivation pour adapter leur méthode anticonceptionnelle était le souhait d'avoir une méthode anticonceptionnelle sans hormones.

P6 : « Et ça me redonne pas finalement envie finalement de retester une pilule puisque bah j'ai quand même l'appréhension, c'est des hormones et est-ce que je retournerais pas là-dedans. »

P16 : « Mais disons ce qui me dérange c'est cette histoire d'hormones, je préférerais m'en passer ... »

Parmi les méthodes anticonceptionnelles non hormonales envisagées, 4 femmes ont évoqué le DIU au cuivre. Elles n'ont pas encore eu recours à cette méthode, n'ayant pas de partenaire régulier.

P6 : « Le stérilet au cuivre, en soi, j'y ai droit donc voilà. [...] Mais la prochaine contraception et je réfléchis de plus en plus à ça, ça serait vraiment, un stérilet au cuivre sans hormones que j'aimerais me poser. »

En arrière-plan de leur projet, l'épisode thromboembolique qu'elles ont vécu a pris part dans leur réflexion.

P16 : « Elle m'a proposé plusieurs choses. Justement les stérilets, les choses comme ça mais comme j'étais sous anticoagulants. [...] J'avais une crainte par rapport à des règles je sais pas démesurées, voilà. »

2. La ligature des trompes

Sur les 16 femmes interrogées, 5 femmes sont concernées par la ligature des trompes.

- La réalisation :

Dans notre échantillon 2 femmes avaient déjà eu une ligature des trompes avant l'embolie pulmonaire. Au moment de la réalisation, elles avaient 35 et 39 ans, ce geste avait été motivé et accepté par les professionnels de santé en raison respectivement d'une maladie chronique et de rupture de kystes ovariens provoquant une hémorragie secondaire.

P13 : « A cause de ma pilule je suppose je faisais beaucoup de kystes qui rompaient et ça me faisait trop de sang dans le cul de sac de Douglas, bref. J'ai retenu ça mais je sais pas trop où ça se situe hein ! Donc j'avais demandé une stérilisation définitive. On m'a proposé de poser les ressorts ESSURE® avec le délai de réflexion classique. »

A distance de la réalisation de la ligature des trompes, elles ont exprimé un sentiment de sécurité concernant leur méthode anticonceptionnelle.

P15 : « [...] maintenant je regrette pas parce qu'au moins j'ai pas une épée de Damoclès au-dessus de la tête parce que quand on te dit faut absolument pas en avoir, après on a toujours un risque de faire un truc de travers, de faire une grossesse au moment où il faudrait pas donc heu... »

Une femme de notre échantillon a bénéficié d'une chirurgie par pose d'ESSURE puis une ligature totale des trompes en période post-embolique. Nous avons pu recueillir de nombreux sentiments négatifs concernant cette technique.

P13 : « J'avais toujours mal au ventre, les rapports n'étaient plus du tout possibles avec mon mari. »

- Le projet :

A ces témoignages, se sont ajoutés 2 femmes qui évoquent la réalisation d'une éventuelle ligature des trompes. Une première, pour qui les professionnels de santé n'ont pas répondu positivement à sa demande et une deuxième, qui l'envisagera après sa grossesse.

P10 : « Après c'est, euh, c'est vrai qu'y a une époque où je m'étais dit de me faire ligaturer les trompes ou... Mais comme j'étais jeune, mon gynécologue refuse à chaque fois, j'me disais : Allez bon, c'est bon, tu vas pas de te battre pendant 20 ans. Là je pourrais l'faire mais main'nant sous anticoagulant, j'ai plus envie. »

P1 : « Alors par la suite par contre, je veux pas de contraception mais je veux qui me... Je veux me faire opérer pour plus avoir d'enfants par contre. »

Les résultats concernant le parcours de soins

I. Le parcours de soins pré-embolique

A. Le médecin traitant

Toutes les femmes de notre échantillon ont déclaré avoir un médecin traitant.

1. Rôle médical

Avant l'embolie pulmonaire, le médecin traitant était unanimement le professionnel de santé au centre de la prise en charge de ces femmes en âge de procréer.

Son rôle premier était la gestion des pathologies diverses et saisonnières. La fréquence des consultations restait rare.

P2 : « Des broutilles comme ça mais en maladie heu on va dire saisonnière ou quoi c'est très rare. »

Concernant les femmes qui avaient des enfants, elles expliquaient consulter le plus souvent pour eux.

Le médecin généraliste avait aussi un rôle dans la gestion et le renouvellement de la méthode anticonceptionnelle.

P2 : « Que je voyais, bon voilà, après les renouvellements, c'était en partie aussi le médecin traitant mais j'essayais d'y aller régulièrement. »

Le médecin traitant était dans la moitié des cas le médecin à l'initiative de la prescription de la méthode anticonceptionnelle.

2. Personne de confiance

Le médecin traitant était souvent décrit comme le médecin de confiance. Pour exemple, la patiente P15 qui avait une maladie chronique a établi une relation de confiance et sollicitait souvent l'avis de son médecin généraliste.

P15 : « [...] Mais bon après c'est vrai que les médecins que j'ai, je change jamais quoi. C'est vrai que c'est des médecins qui me connaissent depuis longtemps et du coup je sais que fin à n'importe quel moment ils sont disponibles. »

Pour deuxième exemple la patiente P6, étudiante, expliquait qu'elle consultait un médecin généraliste depuis son arrivée à Clermont-Ferrand mais que son médecin traitant reste celui consulté depuis l'enfance.

P6 : « [...] et mon médecin généraliste il est, là où habitait ma maman avant. [...] Et mon dossier est toujours là-bas, je l'ai jamais changé. »

Le lien avec le médecin traitant semblait être renforcé quand le suivi se faisait depuis l'enfance des patientes. Le rôle du « médecin de famille » prenait alors tout son sens.

P3 : « Elle me..., ah oui non mais elle me connaît depuis 20 ans et je la vois au moins 2 fois par an on va dire et pour tous les motifs quoi, c'est elle que je contacte. Voilà, c'est ma médecin référentielle quoi ... »

3. Disponibilité

La disponibilité et l'accessibilité aux consultations étaient un point primordial dans leur relation avec leur médecin traitant.

P15 : « Quand j'ai des questions, je sais que ma généraliste je lui ai déjà posé des questions en plein week-end sur son téléphone, elle me répond fin voilà. »

Un seul témoignage nous rapportait faire appel à SOS médecins pour des motifs de médecine générale en raison de la rapidité de la prise de rendez-vous.

P8 : « ... Non j'appelle la plupart du temps SOS médecin car ils sont très réactifs [...] »

B. Le gynécologue-obstétricien

Tout notre échantillon bénéficiait d'un suivi par un gynécologue de manière jugée régulier. Hormis cas particuliers, la fréquence était d'une fois par an.

P12 : « Ah oui, je suis suivie oui, tous les ans. [...] Ah tout le temps, j'ai toujours été suivie par une gynéco. »

Les femmes de notre échantillon nous ont souvent évoqué 2 rôles différents dans leur suivi : le rôle du gynécologue et le rôle de l'obstétricien.

Le premier rôle, gynécologique, était celui de la prescription et du renouvellement de la méthode anticonceptionnelle.

I : « Et c'était votre médecin traitant qui vous l'avait prescrit ou ? »

P2 : « Ah non, c'est un gynéco. »

La relation de confiance et le rapport à l'intime avec le gynécologue était primordial chez certaines femmes.

P11 : « Oui, on était originaire du cantal et, euh, j'avais totalement confiance et c'est vrai que c'est intime et j'étais bien avec elle. [...] Elle avait tout mon dossier. Euh, nan, pour moi, il était inconcevable de changer, de trouver une gynécologue sur CLERMONT. Donc voilà, là maintenant elle est retraitée donc je n'ai plus le choix, mais voilà. »

D'autres, en raison d'un manque d'accès au gynécologue, nous ont rapporté changer régulièrement de spécialiste et privilégier la prise de rendez-vous rapide.

P6 : « [...] Les autres gynécologues que j'ai pu rencontrer, parce que je suis pas, enfin j'ai pas choisi un gynécologue référent que je vais voir spécialement. Dès que j'ai besoin j'appelle et puis si y'a de la place je viens, sinon... »

Du fait d'un suivi régulier par un gynécologue médical, certaines femmes nous ont rapporté avoir eu un suivi de leur grossesse par un autre spécialiste. Les femmes scindaient bien le rôle gynécologique du rôle obstétrical.

Certaines ont quant à elles, gardé le même professionnel de santé.

P14 : « Tout le temps parce qu'il me faisait quand même les grosses échographies pour toutes. »

C. Les spécialistes

4 femmes sur 16 bénéficiaient d'un suivi par des médecins spécialistes avant leur embolie pulmonaire. Ce suivi était plus ou moins habituel et régulier selon les cas personnels. 4 spécialités sont représentées : le médecin interniste, l'oncologue, le psychiatre et le chirurgien digestif.

D. Les intervenants paramédicaux

2 femmes bénéficiaient d'un suivi alterné par une sage-femme libérale et leur médecin traitant ou leur gynécologue référent.

P9 : « J'ai été faire tous mes frottis par une sage-femme. [...] Après, pa'c'que, comme tout bon soignant qui s' respecte, j'suis allergique au gynéco. »

I : « Ok, d'accord et donc LEELOO® c'était qui qui vous l'avait prescrite ? »

P16 : « La première fois, ma gynéco et la deuxième fois la sage-femme en renouvellement. »

II. Le parcours de soins per-embolique

A. Les freins et facilitateurs du diagnostic de l'embolie pulmonaire

1. Un symptôme devenant un signe clinique

La majeure partie des femmes nous ont rapporté un retard diagnostique du fait d'une banalisation de leurs symptômes. Certaines femmes pensaient à une pathologie musculaire ou en lien avec une irritation nerveuse.

P2 : « Douleur à la jambe gauche au niveau de la fesse plutôt. Moi au début je pensais plus soit une contraction musculaire, enfin j'ai pensé à une sciatique, plus des trucs mécaniques finalement. »

P12 : « Bah j'étais malade, je toussais, donc je me suis dit c'est à cause de la bronchite que je crache du sang, mais en fait non. »

2. Le mode de vie

Nous avons retrouvé différents freins à la rapidité du diagnostic.

Le jeune âge des patientes a rendu inconcevable le diagnostic d'une pathologie grave.

P12 : « Pis même lui, SOS médecin, y s'est dit mais elle va pas faire une embolie à cet âge-là quand même ! »

Lors de nos entretiens, nous avons réalisé le score EPICES qui a permis d'évaluer l'existence d'une précarité. Chez les femmes ayant un score EPICES élevé, il existait également un retard au diagnostic du fait d'une difficulté d'accès aux soins.

P5 : « Et en fait j'suis partie, un mois que je ne faisais plus la cuisine, je ne faisais plus rien. Parce que je pouvais plus, ça me faisait tellement mal de bouger que même mon infirmier me disait : c'est pas normal quoi ! »

Les femmes ont eu plus de difficultés à consulter pour un motif les concernant. Elles devaient s'assurer auparavant de la prise en charge de leurs enfants par un tiers.

P8 : « Donc là euh, ça faisait déjà un petit moment où je supportais la douleur, que je n'avais pas été consulter parce que mes deux enfants sont handicapés et que j'avais personne pour s'en occuper ; c'était les vacances scolaires. »

P9 : « J'étais fatiguée mais en tant que maman vous prenez sur vous donc vous avez pas le droit d'être fatiguée. »

Le fait d'avoir une activité professionnelle additionnée aux autres facteurs a permis de faire la synthèse des freins présents.

P10 : « Ben psychologiquement l'travail c'était très très compliqué, j'travailais douze heures par jour. Et moi j'mettais l'état d cette fatigue que j'trainais depuis un moment bah sur l'a..., l'accumulation du travail de la maison. Ben d'une vie de maman quoi. »

3. Les antécédents personnels

Suivant les pathologies et le contexte d'apparition de l'embolie pulmonaire, le diagnostic a été orienté.

P4 : « Après une opération de l'estomac [...] Il m'a dit ou lala, vous faites une embolie pulmonaire. »

P7 : « Et en octobre à la fin, ça devait être la fin de ma première partie de chimio, j'ai commencé à pas être bien et [...] Et puis j'ai atterri aux urgences et on m'a détecté l'embolie quoi. »

4. Le rapport à la maladie

Du fait de cette population jeune, l'éventualité d'une maladie était source d'anxiété et la démarche de consulter n'était pas anodine. L'absence d'un suivi médical régulier participe au retard du déclenchement de la prise de rendez-vous.

P2 : « Mais c'est toujours, enfin, j'avais du mal à savoir si c'était heu, c'était plus le stress qui faisait que je regardais. Je me sens essoufflée donc au final on stresse un peu et on se dit bah non on est essoufflée ou si c'était un réel essoufflement [...] »

P9 : « J'vais jamais, enfin j'vais pas chez l'méd'cin euh pour un cors au pied. »

5. De multiples intervenants

Certaines femmes ont eu recours à des multiples intervenants qui a généré un retard diagnostic.

P7 : « J'avais vu SOS médecin à l'époque. [...] On a repris un autre médecin chez mes parents et quand il a fait la bonne prise de sang [...] Après, j'aurais mieux fait d'aller à l'hôpital direct quoi. »

6. L'accès aux soins

13 femmes sur 16 ont consulté un médecin en ambulatoire avant d'être adressée aux urgences. Les médecins étaient pour la plupart disponibles sauf pour quelques cas.

P2 : « J'avais essayé de contacter mon médecin traitant, heu, j'ai eu beaucoup de mal à l'avoir, donc au final, ça a décalé encore d'une semaine. »

P9 : « J'vais la voir, j'me sens pas bien [...] Donc elle m'a pris avant d'autres patients. »

Avant d'être adressées aux urgences, la moitié des femmes ont réalisé des examens complémentaires avec plus ou moins de difficultés selon le délai de réalisation.

P12 : « Donc j'ai eu de la chance, je suis allée le voir le dimanche donc le lundi j'ai passé une radio. La radio était pas trop concluante, donc ils m'ont dit : faut faire un scanner. Donc 15 jours après, je suis quand même restée 15 jours comme ça. »

7. Le manque de connaissance de la pathologie

13 femmes sur 16 ne connaissaient pas les symptômes de l'embolie pulmonaire et son évocation diagnostic était pour la majorité d'entre elles impossible. Les 3 femmes connaissant les symptômes étaient du domaine paramédical. La plupart des femmes n'avaient pas conscience de la gravité de cette pathologie et ce fut donc une de leur première interrogation.

P6 : « Je l'ai pas sentie. [...] Je trouvais pas ça grave. Oui c'est fait maintenant c'est bon, je suis encore en vie, enfin voilà. »

P16 : « J'avais les grandes lignes [...] mais pas toutes les conséquences. »

B. Le médecin généraliste

1. Consultation du médecin généraliste pour une pathologie aigue

13 femmes sur les 16 interrogées ont consulté un médecin généraliste avant d'être orientées aux urgences.

7 femmes sur 13 ont consulté leur médecin traitant en premier recours. La plupart des femmes ont consulté avec une idée du diagnostic correspondant à leurs symptômes sans certitude.

P16 : « Je suis allée consulter, je pensais que c'était une côte, qu'il y avait quelque chose. »

2 femmes ont consulté leur médecin traitant en second recours. Ce retard a augmenté également le délai diagnostic.

P14 : « [...] j'ai été voir un rebouteux. [...] Il m'a fait très mal, mais bon j'ai pu dormir. [...] Et du coup le lendemain, bah je travaillais, c'était un dimanche, je travaillais donc heu, j'ai fait beaucoup de route et j'avais toujours mal, donc le lundi, je suis allée voir mon médecin traitant. »

P15 : « Et en fait le lundi quand je suis allée chez l'ostéo il a regardé et il a dit olala oui effectivement vous avez trois vertèbres de déplacées. Donc du coup c'est ce qui m'a induit en erreur [...] »

2. Le diagnostic d'une pathologie rare et grave

Comme exposé ci-dessus, la plupart de femmes consultaient rarement. De ce fait, le médecin a été plus alerte lorsqu'une personne jeune et sans antécédents a consulté pour des symptômes persistants.

P16 : « [...] Mais comme je prenais une contraception, elle m'a fait faire une prise de sang. [...] je me suis rendue compte qu'on aurait pu passer à côté facilement. »

Face à ces femmes jeunes, certains médecins n'ont pas initialement évoqué une pathologie rare et grave. Le médecin a relativisé face aux symptômes présentés par une jeune patiente.

P1 : « Elle me dit bon bah je pense que c'est juste... un... c'est rien en fait. »

3. L'accessibilité à la médecine générale

En raison d'une impossibilité de consulter chez le médecin traitant du fait de l'horaire, du jour, de sa disponibilité ou de l'incapacité de la patiente à se déplacer, 4 femmes ont fait appel à SOS médecin ou à l'AMUAC dans leur parcours de soins. Elles ont été orientées le plus souvent vers les urgences.

P10 : « J'ai fait l'15. [...] L problème c'est que toutes les équipes du SAMU ce jour-là étaient d'sortie. [...] Donc c'est un méd'cin de l'AMUAC, qui est venu, qui a mis plus d'une heure pour venir. »

3 femmes ont consulté un médecin généraliste remplaçant de leur médecin habituel ou le médecin traitant de leurs parents et ont été orientées par la suite aux urgences.

P14 : « Et c'était une remplaçante, qui m'a examinée et qui m'a découvert [...] Parce que, bah la dame si je l'avais pas eu, elle m'a examinée, ç'aurait été mon médecin traitant, je dis pas qu'il m'aurait pas examinée. [...] Mais elle comme elle me connaissait pas. Heu, je pense ça a été plus poussé. »

C. L'accès aux soins de second recours

1. Mode d'hospitalisation

Les femmes ayant consulté un médecin qui a évoqué le diagnostic sont adressées aux urgences avec un courrier mentionnant l'hypothèse de l'embolie pulmonaire.

P11 : « Alors, il m'a quand même fait une lettre, euh, à présenter à l'accueil pour préciser qu'il penchait pour une embolie pulmonaire. »

P14 : « [...] j'avais le courrier de la dame, j'ai pas eu le temps de m'asseoir, qu'ils m'appelaient déjà. »

La plupart des femmes après avoir consulté un médecin ont été emmenées par leur entourage aux urgences si leur état clinique le permettait.

P11 : « Comme mon mari conduisait, j'ai pas eu besoin de secours pour m'y emmener. Mon mari m'a emmené là-bas. »

D'autres femmes ont nécessité un transport via les pompiers, une ambulance ou le SAMU du fait de symptômes nécessitant une surveillance par une personne habilitée.

P2 : « [...] je me suis effondrée dans la rue, heu, perte de connaissance, donc c'est les pompiers, je me suis retrouvée à l'hôpital. »

2. Les urgences

Toutes les femmes ont été adressées ou transportées vers les urgences. Le diagnostic d'embolie pulmonaire a été réalisé ou conforté aux urgences sauf pour une femme hospitalisée en réanimation.

P1 : « Le verdict a fait que c'était une double embolie pulmonaire. »

a. Les facteurs d'anxiété :

Les femmes, lors de l'entretien, nous ont rapporté une anxiété due à l'arrivée à l'hôpital qui comporte plusieurs facteurs :

- Le lieu :

Tout d'abord, certaines n'étaient jamais allées aux urgences et le fait d'énoncer cette destination a créé une anxiété.

P14 : « J'ai jamais fait d'hôpital donc pour moi c'était, dramatique. »

- La temporalité :

Le temps d'attente aux urgences a été responsable d'une majoration de leur anxiété initiale.

I : « Finalement c'est quelque chose qui vous a un, stressée, anxiogène ? »

P2 : « Ah oui, carrément, et puis l'attente à l'hôpital [...] »

Les femmes ont ressenti un manque de priorisation des patients.

P7 : « [...] on était pris en charge très rapidement mais après l'attente elle est longue [...] Voilà prioriser les gens. »

A contrario certaines femmes ont bénéficié d'une prise en charge rapide contribuant à la majoration de l'anxiété initiale.

P14 : « Donc quand j'ai vu que c'était, que ça avait cette rapidité, heu, je me suis bien pensé que c'était grave. »

- Les interlocuteurs :

Les femmes ayant été adressées pour une suspicion d'embolie pulmonaire ont toutes eu l'annonce du diagnostic aux urgences. Certaines n'ont pas su quel était leur interlocuteur.

P8 : « Et là le monsieur des urgences [...] On ne sait pas où est le gros caillot en fait et si y se détache bah vous risquez de... de mourir. »

Beaucoup de femmes ont perçu l'anxiété du médecin lors de l'annonce diagnostic du fait de la gravité de la pathologie.

P3 : « [...] y'a un médecin qui est arrivé dans ma chambre et qui m'a dit « Non mais partez pas, en fait je viens de re regarder les radios. Elle est légère mais, enfin on l'avait pas vu mais... [...] elle était un peu paniquée. »

P12 : « [...] vous auriez pu mourir ! Vous seriez tombée par terre, c'était fait hein ! »

- L'entourage :

Certains proches sont restés avec ces femmes durant le passage aux urgences, leur réaction a majoré l'anxiété.

P9 : « Ma sœur était catastrophée dans la salle d'attente. »

- Les symptômes de l'embolie pulmonaire :

Pour elles, la persistance inexplicable des symptômes a prolongé l'anxiété.

P1 : « [...] dans la voiture j'ai fait déjà 3 malaises parce que, avec la route et tout, j'arrivais plus à respirer. Et je sentais quelque chose monter dans mon dos. »

b. Les facteurs rassurants :

- Le lieu :

Pour certaines femmes au contraire, les urgences étaient un lieu rassurant, où elles se sentaient bien prises en charge.

P9 : « Et puis après, euh voilà, plus ça allait, je pense que psychologiquement quand j'ai su qu'un méd'cin allait m'prendre en charge, y'a un effet de psychologique sur le physique hein. »

- La temporalité :

Le fait d'être priorisé avait permis une réduction de l'anxiété.

P10 : « Je sais que j'ai été très vite prise en charge quand j'suis arrivée aux urgences. [...] Euh, moi j'sais qu'aujourd'hui si j'suis en vie, aujourd'hui, c'est grâce à eux. »

- Les interlocuteurs :

Lorsque le diagnostic de l'embolie pulmonaire a été annoncé, l'anxiété s'est apaisée du fait de connaître enfin la raison du mal être et des symptômes ressentis. Le discours et le statut du médecin ont permis de diminuer l'anxiété qui pouvait être ressentie jusqu'alors.

P9 : « J'étais rassurée d'entendre me dire euh, qu'il arrive à donner un nom sur la maladie, la pathologie que j'avais. »

- L'entourage :

L'entourage de plusieurs patientes a été un facteur apaisant du fait de leur connaissance de la pathologie en cause.

P11 : « Mon mari me disait toujours de ne pas aller sur internet, lui qui est, euh, vers les métiers de la santé, m'a un petit peu expliqué ce que c'était. »

D. L'hospitalisation

Toutes les femmes interrogées ont été hospitalisées pendant plusieurs jours.

- L'organisation hospitalière :

Pour les femmes, le fonctionnement du milieu hospitalier pourrait être amélioré. Par exemple, l'admission dans un service de nuit avait pour conséquence l'absence d'une présence médicale.

P16 : « Après c'était le soir donc y'avait plus forcément quelqu'un pour remettre peut être les choses au clair le soir [...] »

Les changements de service au cours de l'hospitalisation ont été vécus de manière négative pour certaines femmes.

P7 : « Le problème c'est qu'on voit beaucoup d'internes et chacun à sa partie trouve des trucs et finalement, ils ont, ce qui, ce qui... [...] donc après on se fait promener. »

La durée d'hospitalisation était également une notion importante pour toutes ces femmes qui n'ont presque jamais été hospitalisées auparavant.

P6 : « Oui, le temps c'était le plus dur. Ah oui, si. Faut donner des estimations plus précises au patient. »

- L'identification des interlocuteurs :

Les femmes éprouvaient encore une difficulté à identifier leurs interlocuteurs au cours de l'hospitalisation.

P3 : « Et ben c'était 2 femmes qui sont venues dans ma chambre pour parler de la suite et de ma contraception. Et euh... Ben je sais pas ce qu'elles avaient comme statut médical. »

- Le sentiment de sécurité procuré par le système hospitalier :

Nous retrouvons chez plusieurs femmes un sentiment de sécurité véhiculé par le système hospitalier qui a permis un apaisement de l'anxiété.

P9 : « Si vous allez dans un hôpital comme ça, c'est que vous allez faire confiance. »

La prise en charge des professionnels de santé a été satisfaisante pour la majorité des femmes et leur a permis de se sentir soutenues.

P4 : « [...] j'ai toujours été bien entendue et ça a toujours été respecté. »

La recherche clinique proposée aux patientes durant l'hospitalisation leur a procuré un sentiment d'utilité pour autrui.

P10 : « [...] j'ai rencontré le Professeur SCHMIDT qui m'a pris euh, sous son aile, grâce aux recherches qu'y fait. [...] j pense que j'ai été intéressante aussi pour les recherches [...] »

- Les sentiments générés par le diagnostic d'embolie pulmonaire en hospitalisation :

Les symptômes de l'embolie pulmonaire ont perduré lors de l'hospitalisation. Les consignes du personnel soignant ont interpellé les femmes concernant cette pathologie.

P16 : « Y'a un problème mais je le ressentais pas. La douleur elle était supportable en fait. »

Pour elles, certaines mesures paraissaient démesurées dans un premier temps.

P11 : « [...] la difficulté de devoir rester au lit, de pas pouvoir faire sa toilette [...] »

- Le discours du professionnel de santé :

Le discours du professionnel de santé lors de l'hospitalisation a généré un changement des habitudes de vie.

P9 : « [...] depuis je prends un peu plus de soin pour moi. Là, j'ai attaqué de faire un régime. »

- La place du gynécologue :

12 femmes n'ont pas bénéficié d'une consultation gynécologique pendant leur hospitalisation. Cela n'était pas nécessaire d'après elles.

Lors de la sortie d'hospitalisation, une consultation gynécologique a été recommandée à la majorité des patientes. La démarche du rendez-vous a été réalisée par la patiente elle-même pour la plupart des cas.

P7 : « Parce qu'il fallait et que c'était prévu dans le protocole et qu'il fallait se débrouiller pour trouver un gynécologue à Clermont. »

P9 : « Donc Jeannot m'avait dit : « Hum c'est pas bien. Il faut que vous y alliez. » Donc j'avais pris rendez-vous vers mon gynéco qui est à la Chataigneraie [...] »

- Le vécu du retour à domicile :

Toutes les femmes sont rentrées directement à domicile. Il a été marqué par une asthénie et une très grande difficulté à la réalisation des tâches de la vie quotidienne.

P9 : « La douche, j'étais défoncée, ça me fatiguait à un point ! »

P12 : « [...] hyper crevée. Donc ouais c'est dur quand même le retour à la maison hein. Ca fatigue énormément. »

- La place d'une convalescence :

2 femmes se sont vues proposer une place en service de soin et rééducation avant le retour à domicile. Elles ont dû décliner la proposition du fait de leur situation familiale.

P8 : « [...] on voulait me mettre en maison de repos pendant 3 semaines, sauf que nous bah c'était pas possible. Donc on m'a renvoyé chez moi mais euh... des intervenants qui venaient de l'association Aramis pour me faire du ménage ou s'occuper des enfants. »

- L'aide sociale ou familiale :

Une aide sociale a été proposée à deux femmes. La plupart des femmes ont été obligées de demander de l'aide à leurs proches.

P14 : « Pendant une semaine, mes beaux-parents qui sont restés pour s'occuper des filles. »

III. Le parcours de soins post-embolique

Ces femmes ont perçu un véritable changement de leur position dans leur parcours de soins. 13 femmes sur 16 ont vu leur nombre d'intervenants augmenter après leur embolie pulmonaire.

A. *Le médecin traitant*

- Modification de son rôle :

Globalement toutes les femmes rapportaient consulter plus fréquemment leur médecin traitant depuis leur embolie pulmonaire. Le nouveau rôle était le renouvellement du traitement, cela était vécu comme une obligation pour certaines.

P9 : « Je..., moi je ne suis pas une amoureuse des médecins. »

I : « [...] le renouvellement [...], finalement c'est le motif qui vous a amené à aller le voir. [...] Sinon vous irez pas ? »

P9 : « Non, exactement ! »

Ce nouveau rôle entraînant des consultations répétées était vecteur d'un sentiment de réassurance.

P15 : « Ah c'est elle qui est le plus dispo et qui est la plus à l'écoute. Je sais que, fin même si j'ai pas un gros problème, que j'ai besoin juste de conseil et tout ça, ouais. Elle peut prendre un rendez-vous d'une heure avec moi pour prendre le temps de me parler, de me conseiller tout ça... »

- Modification de la relation médecin-patient :

Une femme de notre échantillon a changé de médecin traitant suite au retard de diagnostic de son embolie pulmonaire dont elle le rend responsable.

P13 : « Donc après j'étais suivie... Bah j'ai changé de médecin. J'étais un petit contrariée qui y'est pas eu de suite et pas, pas plus de prise de nouvelle que ça [...] »

Une autre femme a renforcé son lien avec sa nouvelle médecin généraliste suite à la survenue de son embolie pulmonaire.

P6 : « [...] (parle de son médecin généraliste) elle suit tout et je vais la voir par an, je dirais, six. Ça dépend vraiment car des fois j'ai des douleurs, je m'inquiète un peu pour rien. »

La plupart des femmes ressentait une modification de l'attitude du médecin traitant vis-à-vis d'elles.

P12 : « [...] Bon bah vu ce que j'ai fait elle était plus à contrôler bien sûr, et du coup comme je suis sous anticoagulant, voilà elle fait attention et tout ça donc oui. »

Cela pouvait même engendrer une réticence du médecin généraliste à assurer le renouvellement de la méthode anticonceptionnelle.

P4 : « Mon médecin généraliste, lui il n'a pris aucune initiative, aucun risque. Aujourd'hui encore, ça va faire deux ans, il continue de me dire, ah mais vous avez fait une embolie pulmonaire, je ne peux pas vous prescrire CERAZETTE®. »

B. Suivi spécialisé de l'embolie pulmonaire

Toutes les femmes ont bénéficié d'un suivi par un médecin spécialiste hospitalier.

La plupart des femmes se disaient rassurées par ce suivi.

P1 : « Voilà et je l'appelle c'était vraiment haut, haut, (parle d'un résultat d'analyse biologique) alors je sais plus il était tard, [...] j'ai appelé et il me dit « Ouais mademoiselle qu'est ce qui y'a ? » [...] Il me dit « Oui j'ai reçu, ne vous inquiétez pas tout va bien » »

Se laisser la possibilité de contacter personnellement le médecin spécialiste hospitalier était un élément rassurant chez les femmes.

P14 : « Il m'a même donné son téléphone personnel ! [...] Donc rien que ça je pense que, on sait que si il nous arrivait quelque chose, on peut l'appeler. [...] De savoir qu'on peut compter sur quelqu'un du milieu hospitalier tout le temps. »

De plus pour plusieurs femmes, le contact direct avec le médecin spécialiste permettait d'éviter un passage aux urgences qu'elles redoutaient.

P10 : « Just'un message : « Vous inquiétez pas ». Et bien j'peux vous dire que j'ai pas b'soin d'app'ler les urgences, de m'déplacer. »

Pour autant, 2 femmes nous ont explicitement rapporté avoir consulté aux urgences suite à des symptômes inquiétants.

P6 : « Moi je sais que je suis retournée à l'hosto enfin aux urgences, je pense c'est parce que j'ai recommencé le sport et j'avais vraiment mal dans les jambes. Sauf que je connais pas cette douleur dans les jambes de phlébite parce que je l'ai pas eue. [...] on m'a dit que ça allait très bien et ils m'ont regardé. Ils m'ont pas engueulé. »

C. Suivi spécialisé de la méthode anticonceptionnelle et de la grossesse

- Place du gynécologue-obstétricien :

A la question : « Quel est le professionnel de santé le mieux placé pour gérer votre méthode anticonceptionnelle après votre embolie pulmonaire ? » 10 femmes sur 16 nous ont répondu : le gynécologue.

- Apparition d'autres intervenants hospitaliers :

Certaines femmes ont eu recours à de nouveaux gynécologues-obstétriciens concernant leur suivi.

P1 : « [...] idéalement une femme enceinte normale le (gynécologue-obstétricien) voit tous les ? Je sais pas moi...2 mois ? [...] dans le mois, je le vois 2 fois. [...] c'est pour ça que je suis contente et c'est pour ça que j'ai fait le 3^{ème} d'ailleurs ; euh parce que c'est super suivi. »

Certaines ont multiplié les intervenants pour la gestion de la méthode anticonceptionnelle. 2 femmes nous ont notamment exposé une gestion de la méthode anticonceptionnelle complexifiée.

Pour exemple, la femme P8 a consulté au total 3 gynécologues différents : son gynécologue médical habituel, un gynécologue chirurgical pour la réalisation d'une ligature des trompes et un second gynécologue hospitalier pour un second avis et la réalisation d'une colposcopie.

La femme P13 alternait son suivi avec 2 gynécologues différents.

Les autres femmes qui n'ont pas désigné leur gynécologue comme référent ont exprimé leur confiance envers le médecin spécialiste de l'embolie pulmonaire. Il aurait également un rôle de consultation et d'orientation.

P4 : « Et bien je n'ai plus eu de contraception jusqu'à l'automne et après le Professeur SCHMIDT a redonné l'aval de, que je puisse reprendre ma contraception donc j'ai repris CERAZETTE®.

- Accès au gynécologue médical :

Les femmes nous rapportaient toutes être attachées à leur suivi par leur gynécologue habituel. A plusieurs reprises, elles nous ont exprimé des difficultés pour la prise de rendez-vous.

P4 : « Hé ben, là ça fait un moment que j'ai pas vu mon gynéco parce que c'est compliqué d'avoir un rendez-vous. Et le dernier j'ai pris le rendez-vous il y a de ça huit mois [...] »

Certaines femmes regrettaient de ne pas avoir eu un rendez-vous rapide après leur embolie pulmonaire.

P9 : « Pourtant j'avais dit que j'avais bien fait une embolie et que c'était un méd'cin du C.H.U. qui m'avait préconisé de voir mon gynéco. »

- La place du médecin généraliste :

Le médecin généraliste est consulté en dernier recours sur cette thématique.

I : « Pour vous c'est plutôt le gynéco qui a cette fonction et qui permet du coup. »

P2 : « Oui voilà, après ça n'empêche pas de poser des questions au médecin traitant mais sinon j'irais plus voir facilement le gynéco que le médecin traitant pour ces questions-là. »

Et par son attitude vis-à-vis de certaines patientes, il se plaçait à l'écart.

P11 : « Alors il m'a demandé si j'avais un suivi gynécologique, si j'avais besoin de renouvellement de pilule. Je lui ai dit que j'étais suivi tous les ans et que je n'en avais absolument pas besoin. Donc du coup on n'a pas de discussion à ce propos. »

Même si ce n'est pas le discours le plus fréquent, une femme nous a décrit son médecin généraliste comme n'étant pas spécialiste.

P10 : « J'ai confiance en mon généraliste. Mais pour la grippe. [...] C'est pas méchant, c'est pas l'rabaisser. C'est la réalité. C'est tout. Après y'a des, des, ben voilà, c'est comme tout métier, ya des gens qui sont spécialisés, d'autres non. »

D. Validation de leur contraception de manière pluridisciplinaire

Les femmes exprimaient leur satisfaction devant la cohérence et la coordination du discours du médecin spécialiste de l'embolie pulmonaire et du gynécologue.

P9 : « Donc j'avais pris rendez-vous vers mon gynéco qui est à la Chataigneraie, qui avait validé euh, complètement l'OPTIMIZETTE®, y'avait pas... »

Elles appréciaient avoir un double avis qui leur permettait de prendre une décision concernant leur méthode anticonceptionnelle de manière éclairée.

P14 : « Bah je pense si j'avais des questions que j'appelle l'un ou l'autre je pense qu'ils seraient à même de me répondre. [...] Parce que des fois c'est bien d'avoir deux avis.

Les résultats concernant l'embolie pulmonaire

I. Le récit

Lors du récit du vécu de l'embolie pulmonaire, nous avons pu noter une exhaustivité importante du ressenti, des sentiments éprouvés et de la détresse de toutes ces femmes.

P1 : « Et là c'était le côté droit au début que j'avais mal. Et après hop, je donne le bain à mon fils et là d'un coup ouha vraiment une grosse douleur mais là cette fois ci côté gauche. [...] Le lendemain on va manger chez mes parents et je fume une taffe sur ma cigarette, c'est en fait... Ça m'a coupé le souffle. Et là j'ai dit y'a un problème, j'suis devenue violet car j'arrivais vraiment plus à respirer. »

P9 : « [...] j'ai eu cette sensation : dès que j'fermais les yeux, j'allais mourir. »

La majorité des femmes commençaient leur récit en nous donnant le jour de la semaine, la date exacte et pouvaient nous expliquer de manière chronologique et précise leur parcours de soins.

P10 : « Donc c'était un jeudi soir, euh, on était parti manger chez des amis qui habitaient à dix minutes d'ici. »

II. Le ressenti de l'embolie pulmonaire

A. *Le ressenti physique*

Lors de l'évocation des symptômes de l'embolie pulmonaire, 14 femmes sur 16 nous ont décrit une douleur intense et inquiétante de part de sa persistance et son anormalité. Plusieurs femmes ont réalisé une comparaison des douleurs ressenties aux douleurs d'accouchement qui étaient bien moindre.

P2 : « [...] une bonne douleur à la fesse qui à la fin devenait insupportable. Je suis pas vraiment sensible mais là c'est des douleurs heu... Pour le coup j'avais pas peur pour l'accouchement ! »

P8 : « Bon là la douleur, tu la gères plus, donc là va falloir consulter ! »

Il existe également une sensation de mal-être physique exprimé par plusieurs femmes avant le diagnostic de l'embolie pulmonaire.

P3 : « [...] j'avais des palpitations, j'étais pas..., j'étais pas très bien. Je me sentais pas bien quoi. »

Plusieurs femmes mentionnent une asthénie intense et inexplicquée avec ou sans dyspnée qui a permis d'orienter le diagnostic.

P4 : « Et je me suis retrouvée à plus pouvoir monter les escaliers sans être ahahah (inspiration). [...] j'étais vraiment très, très mal avec une très grosse fatigue, à plus pouvoir m'alimenter. »

P10 : « [...] j'arrivais plus, c'était très incompréhensible, cette douleur, cette fatigue [...] »

Lors du retour à domicile il existe un ressenti physique différent des femmes concernant leur propre personne.

P6 : « Et en remarquant j'ai découvert des muscles dans le dos ! [...] Que je ne savais pas que j'avais ! »

P10 : « Le choc de voir cette jambe dans cet état-là, aussi grosse, aussi... Pis d'pas pouvoir se déplacer comme je voulais. »

En effet, nous avons pu remarquer la persistance d'une asthénie et une sensation de diminution des capacités entraînant une sensation de vieillissement accéléré.

P1 : « Parce que moi je sais que mon corps, il a pris euh 10 ans... Je suis plus du tout la même. Vraiment j'ai pris, ouais bien 15 ans même. »

P16 : « Après parce qu'on se sent vraiment diminué, et de lui dire que c'était normal et que même moi à 29 ans c'était dur derrière. »

B. Le ressenti psychique

Le ressenti psychique des femmes vis-à-vis du vécu de l'embolie pulmonaire était marqué par la prise de conscience de la gravité de la pathologie a posteriori et d'un risque de décès prématuré.

P3 : « L'embolie pulmonaire bah déjà j'ai failli y passer, hein parce que c'est quand même assez grave [...] »

P9 : « Je pense que la pathologie m'a fait peur après coup. »

P10 : « [...] on s'rend compte qu'on a frôlé la mort et que si on n'avait pas été pris en charge, on s'rait mort. »

Il existait également un sentiment de solitude lors du retour à domicile qui était vécu comme une épreuve.

P10 : « Mais quand vous fermez la porte du professeur ou du méd'cin, vous êtes p'us que tout seul. [...] Alors y'a des décisions médicales, vous pouvez pas passer outre [...] Mais y'en a d'autres, c'est vous qui d'vez les prendre, et c'est pas toujours facile à prendre. »

III. La persistance d'une anxiété lors de l'entretien

Lorsque nous avons pu aborder le retour à domicile et leur vie actuelle, 10 femmes sur 16 nous ont confié qu'une anxiété persistait au long cours, vécue comme un handicap. L'embolie pulmonaire a bouleversé le quotidien.

P1 : « Avant j'avais pas peur, je sais pas ; maintenant je fais énormément de cauchemars par exemple. [...] Parce que je vous dis la nuit je réveille souvent. Je... Enfin je réveille mon mari : « Je respire ? Oui c'est bon ça respire ! » »

P10 : « Mais je pense que ça a cassé qu'une chose dans notre famille. »

Plus l'on s'éloigne de l'évènement, plus l'anxiété est diminuée.

P2 : « [...] c'est stressant au début et puis petit à petit on voit que ça revient pas et donc on le vit un peu mieux. »

D'autres, au contraire, ont une peur exacerbée de la récurrence.

P6 : « Parce que moi, je sais que quand je suis rentrée et que ma maman est partie au bout d'une semaine ici, je laissais la porte ouverte. Parce que je me suis dit si jamais j'ai un problème, bah au moins les pompiers peuvent vite venir me chercher dans mon lit ! »

Un tiers des femmes nous ayant parlé de leur retour à domicile ont employé la même expression concernant la persistance d'un risque de récurrence.

« P10 : Donc c'est un peu une épée de Damoclès au-dessus de notre tête en fin de compte parce que moi je pense à mes enfants. »

P14 : « [...] pour pas à avoir cette épée de Damoclès sur la tête, je continue (de prendre un traitement anticoagulant). »

P15 : « [...] je regrette pas (d'avoir fait une ligature de trompes) parce qu'au moins j'ai pas une épée de Damoclès au-dessus de la tête. »

IV. Le retentissement de l'embolie pulmonaire

Cet évènement aigu a eu un retentissement sur la vie professionnelle de ces femmes jeunes actives. 5 femmes sur 16 n'ont pas repris leur activité du fait d'une asthénie persistante. A noter que 2 femmes étaient enceintes lors de la réalisation des entretiens et une femme venait d'accoucher.

P1 : « Euh non là je travaille plus, je m'occupe de Mila, je voulais reprendre là à ses 19 mois mais je suis enceinte encore, du coup ça repousse, voilà. »

Les autres femmes ont repris une activité professionnelle en nous mentionnant une asthénie lors de la reprise. Certaines femmes se sont vues imposer un changement dans l'organisation de leur activité professionnelle.

P10 : « Et j'vais essayer de reprendre une vie normale, j'ai été licenciée pour inaptitude à tout poste dans mon entreprise. [...] Je viens de r'trouver du travail, donc je suis super contente. »

P16 : « Et par contre, y'a eu un contre coup quand j'ai repris le travail, ah j'étais épuisée tout le temps. »

La majorité des femmes nous ont rapporté un changement de leur mode de vie après avoir présenté une embolie pulmonaire. Elles nous ont expliqué qu'elles prenaient plus de temps pour elles, que la famille a pris une place encore plus importante dans leur vie et qu'elles vivaient plus selon leurs envies.

P9 : « C'est vrai qu'après on a envie de donner un sens à sa vie un p'tit peu différemment. [...] Si j'ai envie de partir, trainer dans les chemins avec les gamins pendant deux heures, j'partirai pendant deux heures. [...] Voilà, j'm'autorise plus de choses qu'avant. »

Certaines femmes ont repris une activité physique, d'autres nous ont expliqué que malgré l'asthénie, elles s'y astreignaient.

P4 : « Pour moi je trouve que c'est important, pas d'aller faire des kilomètres mais de s'aérer, pouvoir continuer à rester active, faire des choses. »

Il existe un retentissement pour quelques femmes sur les activités de la vie quotidienne liées aux anticoagulants avec par exemple une appréhension à cuisiner.

P11 : « Bah ça me stresse, mais là par exemple c'est tout bête, si on va loin de Clermont, que je dois éplucher des légumes, je ne le fais pas parce que je me dis si je me coupe je suis loin de Clermont. »

V. La gestion de cet évènement aigu

A. Le rôle des professionnels de santé

Certains intervenants du parcours de soins de ces femmes ont pu apporter leur soutien de part une écoute et une discussion attentive. Elles ont pu apprendre comment gérer le traumatisme que l'embolie pulmonaire a généré.

P11 : « Je lui dois beaucoup parce qu'on a beaucoup parlé. [...] Qui m'a beaucoup épaulé, même après, euh, lors des consultations. »

B. La place d'un suivi psychologique

Plusieurs femmes nous ont soulevé la nécessité d'un suivi psychologique. Parmi les 16 femmes interrogées, une femme a réalisé un suivi par un psychologue, deux femmes l'ont évoqué. Pour elles, ce suivi permettrait de discuter de leur vécu et également de pouvoir impliquer leurs proches, témoins de cet épisode. Elles nous ont expliqué également l'importance d'un moment dédié uniquement à cela.

P7 : « Mais voilà quoi, psychologiquement, y'a quand même quelque chose qui allait pas quoi. [...] J'aurais eu besoin d'en parler à quelqu'un quoi. Parce que j'ai essayé d'en discuter mais heu comme elles connaissent pas le dossier, elles traitent l'embolie, elles traitent pas le reste quoi. »

Elles nous ont témoigné que ce suivi serait nécessaire dès l'annonce diagnostique, pendant l'hospitalisation et serait à poursuivre ensuite. Elles ont insisté sur le fait qu'une tierce personne serait la bienvenue.

P10 : « Et alors après, moi, j'ai, personnellement, j'ai fait un suivi psy. [...] J'en ai ressenti le besoin. [...] Ça manque sur un suivi, qu'on devrait proposer au patient. [...] J pense qu'il faut apporter très vite, et avec la famille. [...] on fait une heure avec un psychologue, avec un méd'cin. On va tout poser à plat. »

C. Le partage d'expérience

2 femmes nous ont évoqué aller sur des forums Internet pour échanger sur leur expérience personnelle.

P10 : « Y'a le suivi médical qu'est parfait, les rencontres avec le méd'cin . Moi j'ai eu cette chance [...] quand j'vois d'aut' personnes. Sur ce groupe-là, si vous avez l'occasion, allez-y, vous verrez. Vraiment, pas propagande, c'est vraiment c'que les gens ressentent. [...] Ou les questions, les inquiétudes qu'ils se posent. Par exemple : "J'vais faire une opération, euh j'dois arrêter mes anticoagulants, j'ai peur". Voilà. J'ai peur. Ouais, l'méd'cin il va vous dire d'arrêter les anticoagulants, mais ouais, la personne en face de vous elle a peur. »

Plusieurs femmes se sont questionnées sur ce que peuvent ressentir les personnes qui ont vécu la même expérience. Elles recherchaient un sentiment de normalité.

P1 : « Moi je veux juste savoir... [...] Euh savoir en fait comment leur corps il est après ça, en fait ? Parce que moi je sais que mon corps, il a pris euh... 10 ans. »

DISCUSSION

I. Les apports de l'étude concernant la thématique de la méthode anticonceptionnelle

A. *La place de la méthode anticonceptionnelle dans la vie des femmes*

La méthode anticonceptionnelle d'une femme dans la population générale, en âge de procréer, est un pilier central de sa santé et de son parcours de soins. Cette thématique est le motif de consultation au premier plan chez celles-ci.

L'évènement aigu, ici l'embolie pulmonaire, change la place de ce motif dans leur vie.

Avant la survenue de leur pathologie les femmes recherchent un intérêt anticonceptionnel associé à une amélioration de leur qualité de vie marquée par : la diminution de l'acné, la régularité de leur cycle, la diminution de migraine.

Dans notre étude nous avons deux catégories de femmes :

- celles qui ont la méthode anticonceptionnelle qui leur convient au mieux
- et celles qui sont dans une recherche perpétuelle de la méthode la plus adaptée.

Nous avons souvent observé une attitude de résilience : « je n'arrive pas à être observante mais je n'ai pas le choix, j'ai des spotting mais ça doit être normal... ». L'ensemble de ces divers effets indésirables supportés par ces femmes renforce cette attitude. Cette résilience est d'autant plus marquée chez les femmes qui ont déjà un statut de mère. Ce statut place leur besoin, leur désir au second plan. Devant cette répercussion néfaste sur le quotidien il est légitime de se demander si nous devons proposer un changement de méthode anticonceptionnelle.

Chaque patiente et chaque professionnel doit se poser les questions suivantes :

La meilleure méthode anticonceptionnelle est-elle celle avec l'indice de Pearl le plus faible ?

Ou la satisfaction prime-t-elle sur l'efficacité ?

Au moment de l'évènement aigu nous avons pu observer que les messages délivrés concernant la méthode anticonceptionnelle n'étaient pas pris en compte. A l'unanimité les femmes nous évoquent que cette thématique n'est pas au premier plan ; l'embolie pulmonaire prend le dessus dans toute leur vie. Nous pouvons parler d'un phénomène de sidération du diagnostic de l'embolie pulmonaire, qui dans la plupart des cas, écarte la prise en charge globale.

Le questionnement concernant celle-ci arrive dans un second temps. Deux raisons distinctes génèrent l'interrogation : la première est la nécessité de reprendre une méthode anticonceptionnelle pour la reprise d'une sexualité, la deuxième est un questionnement autour de l'embolie pulmonaire et des méthodes anticonceptionnelles.

Malgré les efforts incontestables des professionnels de santé, l'information est souvent délivrée à un moment non adapté. Les femmes doivent être prêtes à recevoir le discours des professionnels de santé. L'une des difficultés est l'absence de verbalisation de leur questionnement. Les femmes gardent alors leurs réflexions en elles, en discutent avec leur entourage ou questionnent les forums Internet.

Certaines femmes abordent assez facilement cette thématique mais d'autres, comme nous l'avons observé durant nos entretiens, ont besoin de temps et d'une mise en confiance. Une libération progressive du discours verbal et non verbal des femmes au cours des entretiens a pu engendrer un dialogue de plus en plus intime. Il existe aussi ce que nous avons envie d'appeler les « confidences du pas de la porte ». Nous avons chez quasiment toutes les femmes eu des confidences après l'arrêt de l'enregistrement, au moment de nous raccompagner. Sur le palier les femmes libèrent leur ressenti, elles semblent être en confiance avec l'absence de cadre interviewer-patient, table, face à face.

Cela nous montre les difficultés pour le professionnel de santé d'aborder cette thématique en profondeur. Souvent, nous sommes restées plus d'une heure chez ces femmes avant de voir leur parole se libérer totalement. Ce temps nous manque souvent lors des échanges avec nos patients.

B. La représentation de la méthode anticonceptionnelle

1. L'impact des idées reçues

Nous nous attendions à recueillir des idées reçues sur la méthode anticonceptionnelle. Néanmoins nous avons été surprises par la place de l'entourage familial et amical. Le vécu d'une personne de confiance et son ressenti semble avoir une place prépondérante dans la prise de décision concernant une contraception. Pour exemple, nous avons été interpellées par la recherche de renseignements sur Internet concernant la ligature des trompes. Malgré le discours des professionnels de santé, ces femmes ont recherché le témoignage de femmes semblables.

Les femmes sont rassurées par la satisfaction de leurs pairs concernant une méthode anticonceptionnelle. Cela occasionne une sérénité et une confiance que le discours médical ne semble pas apporter dans la même proportion.

L'évènement aigu semble aussi, pour certaines, leur donner une légitimité de patiente « experte ». Elles véhiculent le dogme de leur propre expérience à leur entourage avec ses idées reçues. Elles se sentent plus légitimes à distiller leur vérité. Il est donc important que le professionnel de santé évalue leurs connaissances car les dogmes familiaux semblent avoir plus de poids que les chiffres de la science.

Les idées reçues sur la méthode anticonceptionnelle semblent avoir une répercussion sur les ascendantes et descendantes. Pour illustration, lorsque la sœur d'une patiente change sa propre méthode anticonceptionnelle suite à l'embolie pulmonaire de sa sœur, on objective le poids de la maladie sur l'entourage.

2. Le cas particulier des hormones

Nous avons un postulat au début de notre étude : « les femmes vont diaboliser les hormones après une embolie pulmonaire ». Et bien, encore une fois, notre échantillon nous a surpris. Sans conteste, la contraception hormonale même progestative microdosée n'est plus utilisée au premier plan après une embolie pulmonaire. Cependant, pas pour les raisons que nous envisagions.

Il semblerait que les femmes de manière générale s'éloignent de ce type de méthode anticonceptionnelle. Notre échantillon semble en accord avec l'enquête de Santé Publique France publiée en 2016 sur le baromètre santé de la contraception qui montre que les femmes recherchent une vie plus « seine », libre d'hormones et de contraintes (1). Cette étude nous informe que l'utilisation du préservatif masculin double chez les femmes de 20 à 24 ans entre 2010 et 2016. Le plus surprenant est qu'il existe chez les femmes de 30 à 44 ans les mêmes tendances : baisse marquée de l'utilisation de la pilule entre 2010 et 2013 et hausse de l'utilisation du DIU et du préservatif masculin.

Cela semble s'inscrire dans un courant d'émancipation des femmes dans la société en général. Ce désir ne semble pas être relié à l'évènement aigu. Le discours des professionnels de santé semble être entendu mais les femmes veulent être décisionnaires de leur mode de vie par le biais de leur méthode anticonceptionnelle.

Cette vision semble moins présente chez les femmes précaires de notre étude avec une relation que nous pouvons qualifier de paternaliste avec leur médecin. Le médecin garde un rôle de guidance, parfois même la confiance est aveugle et génère un sentiment de sécurité. Chez ces femmes-là, le questionnement que génère nos entretiens entraîne une ébauche de remise en question involontaire de notre part : « Il est possible de penser autre chose que ce que mon médecin m'a dit ? »

C. Après l'embolie pulmonaire : on fait quoi ?

Certes, les femmes de notre échantillon semblent avoir des pratiques en accord avec le courant actuel concernant la gestion de leur méthode anticonceptionnelle. Néanmoins, devons-nous, nous, professionnels de santé, les considérer comme des femmes classiques ?

Pour nous, l'utilisation du préservatif masculin par la moitié de notre échantillon n'est pas satisfaisante pour la sécurité de celles-ci. C'est une prise de risque de grossesse inopinée. En effet la nécessité d'encadrer et d'accompagner ces femmes lors d'éventuelles grossesses à venir devient alors plus complexe.

Le préservatif masculin a un indice de Pearl à 2 d'après l'OMS en 2011 (29). Nous pouvons prétendre à mieux concernant la méthode anticonceptionnelle chez nos patientes. Cependant si celui est bien utilisé, indéniablement le risque d'infection sexuellement transmissible est diminué.

Nous avons été interpellées par le nombre de femmes qui ont eu recours ou souhaitent avoir recours à une ligature des trompes. Cette décision de stérilisation définitive est plus marquée chez les femmes de notre échantillon que dans la population générale. En effet d'après l'enquête de Santé Publique France en 2016 environ 4.5% des femmes ont eu recours à cette méthode entre 30 et 49 ans (1). Dans notre échantillon 3 femmes y ont eu recours. Cela montre leur désir de ne plus avoir cette « épée de Damoclès » au quotidien. Cette décision semble tenter d'atténuer le psycho traumatisme.

Après cet évènement aigu, tous les professionnels de santé doivent réévaluer constamment les facteurs de risques, l'observance et la satisfaction de la méthode anticonceptionnelle. De plus les femmes ont eu ou ont encore un traitement anticoagulant qui peut influencer sur leur observance (30). Une réévaluation régulière permet une adaptation cohérente avec le mode de vie de ces femmes actives.

D. Comment prendre en compte le désir des femmes ?

Le premier challenge est de l'identifier. Par exemple, il semble que la prise discontinue apporte un confort dans le mode de vie de la plupart des femmes de notre échantillon. Cependant, certaines préfèrent une contraception continue, quotidienne. De part cette diversité, le professionnel de santé ne devrait pas préjuger d'a priori et interroger sa patiente sur ses souhaits sans oublier de les réévaluer au cours de sa vie (31).

Les femmes nous expriment souvent avoir perçu un discours du professionnel de santé inadapté avec leurs désirs. Au lieu d'échanger sur leur ressenti, la plupart réalisent un mésusage de leur méthode anticonceptionnelle. Ce mésusage est prédominant après l'embolie pulmonaire. Une des hypothèses soulevée est le manque d'alternative proposé par les professionnels de santé du fait de cet évènement. Une autre pourrait être la causalité de leur méthode anticonceptionnelle dans la survenue de l'embolie pulmonaire créant une méfiance des hormones qui s'intègre parfaitement dans le courant actuel.

N'oublions pas que notre échantillon est en âge de procréer et a abordé de manière spontanée leur désir de grossesse. Ce sujet intime est initialement source d'angoisse après une embolie pulmonaire bien que le suivi soit perçu comme adapté. Le cocooning bienveillant et habituel d'une femme enceinte est renforcé par le suivi rapproché des professionnels de santé, alerte et rigoureux, pour éviter une récurrence ou un effet indésirable des anticoagulants. Ce climat n'est pas habituel d'une grossesse à bas risque et entraîne des sentiments partagés.

II. Les apports de l'étude concernant la thématique du parcours de soins

A. *Quels constats et propositions pour améliorer les soins premiers ?*

Comme nous l'avons mentionné dans les résultats, la majorité des femmes ont consulté leur médecin traitant en premier recours avant d'être hospitalisées. Le parcours de soins coordonné du patient semble avoir bien fonctionné pour ces femmes. En effet, la première consultation était auprès du médecin traitant comme recommandé par la politique de santé actuelle.

Le médecin généraliste a joué pleinement son rôle en prescrivant des examens complémentaires ou en orientant aux urgences avec un courrier médical mentionnant ses hypothèses.

Cependant, ce parcours peut être amélioré. Malgré l'indication d'urgence des médecins généralistes ou spécialistes, l'accès aux examens complémentaires en soins premiers est encore perfectible. La latence de certains examens d'imagerie tels que les radiographies ou scanners a pu entraîner un retard diagnostique. De plus, l'accès à un avis ou à une consultation spécialisée reste difficile en urgence de par la surcharge de travail de chacun imputable à la démographie médicale locale.

Lors du diagnostic, le médecin traitant est consulté en premier recours, du fait de la relation de confiance médecin-patient, encourageant le respect du parcours de soins coordonné. Pour la plupart ce sont leurs médecins de famille, qui les connaissent depuis leur enfance. Cette relation permet une adhésion aux soins et au discours du médecin généraliste lors des différentes consultations. Il est pourtant nécessaire de rester objectif en tant que médecin généraliste et ne pas réaliser de fausse réassurance lorsqu'un diagnostic grave vient à l'esprit. La difficulté des consultations du médecin généraliste réside dans le fait qu'il faut toujours avoir à l'esprit le diagnostic le plus grave même s'il est rare.

Cela peut être mis en défaut en raison de facteurs intrinsèques et extrinsèques à la consultation :

- la relation médecin-patient : les liens personnels avec le patient, la connaissance de son environnement et de son mode de vie
- le contexte de la consultation : consultation avec intervenants multiples (présence des enfants, des parents), les motifs de consultation multiples.

La permanence d'accès aux soins n'est pas totale avec une persistance d'inégalités jour/nuit et semaine/week-end. Ce ressenti est valable en soins premiers et se prolonge dans le système hospitalier lors d'admissions dans les services de nuit où le personnel médical n'est pas toujours présent.

Dans ces différents cas, le parcours de soins de la patiente n'est pas respecté du fait de la difficulté de consulter un médecin généraliste en premier recours. La suite de la prise en charge est ignorée par le médecin généraliste qui apprend a posteriori son parcours de soins.

Ne faudrait-il pas mettre en place un système d'information du médecin traitant pour chaque patient ayant consulté un confrère ?

Le DMP pourrait s'inscrire dans cette démarche. En effet, cela permettrait d'informer le médecin généraliste et de replacer le patient dans un parcours de soins coordonnés. Encore trop souvent, le médecin généraliste reçoit des résultats d'examens complémentaires dont il n'est pas le prescripteur et dont il ne connaît pas la démarche diagnostique.

L'évocation d'un diagnostic grave a une représentation particulière dans notre échantillon de femmes jeunes. La maladie est un coup de tonnerre dans la vie de ces femmes ignorant le diagnostic et ses conséquences. Pour certaines femmes, la maladie est prédestinée aux personnes plus âgées. La compréhension initiale de la physiopathologie de la maladie n'est pas au premier plan. L'évaluation de la gravité domine toute la réflexion ce qui pose la question de son explication et des priorités à donner lors de l'annonce diagnostique.

En effet, lors de l'annonce d'une pathologie grave, le patient est attentif à une partie du discours du professionnel de santé puis s'en suit une sidération (32). Faudrait-il annoncer de manière plus simple le diagnostic et évoquer sa gravité ?

Le médecin généraliste est parfois confronté à des hypothèses diagnostiques graves qu'il ne peut vérifier par lui-même. Il se doit donc d'expliquer à la patiente sa démarche diagnostique pour susciter une adhésion optimale au parcours de soins. De ce fait, l'annonce de la pathologie doit être simple, objective et réaliste mais sans être alarmiste comme nous l'ont reproché plusieurs femmes.

De plus, nous avons pu percevoir qu'un discours impromptu a parfois plus de répercussions que ce que l'on aurait pu imaginer. Plusieurs femmes nous rapportent une reviviscence de certains messages clés très brefs. Il est donc important d'uniformiser nos discours afin que chacun résonne de manière cohérente chez la patiente.

B. Quelle est la vision des femmes du système hospitalier ?

L'hospitalisation et le service des urgences a généré chez la plupart des femmes une anxiété. En effet, ces femmes consultaient rarement et encore moins dans un service d'urgences. De plus les femmes en âge de procréer représentent une minorité des admissions aux urgences tout comme en médecine générale (33).

L'anxiété a été majorée compte-tenu d'une difficulté des patientes à identifier leurs interlocuteurs et donc à établir une relation de confiance. Ayant été internes dans cette structure, nous avons pu toucher du doigt la difficulté que nous avons à identifier nos différents interlocuteurs et à nous présenter en tant qu'interne. Le terme « interne » en hospitalisation comme en médecine générale est équivoque pour les patients. En effet ils nous nomment souvent « stagiaires » ou nos séniors nous présentent comme des futurs médecins.

Deux alternatives pourraient être envisagées :

- une identification plus lisible de tout le personnel hospitalier avec une information sur les statuts de tous, par des schémas dans les salles d'attente par exemple
- une information explicite du statut d'interne afin d'acquérir une compréhension de la part des patients et pouvoir ainsi établir une relation de confiance appropriée.

C. Comment encadrer le retour à domicile ?

Comme nous avons pu le souligner, le retour à domicile de ces femmes a été vécu comme difficile. Une majorité ont demandé ou se sont vues apporter de l'aide par leurs proches, ce qui a été vécu comme un sentiment de dépendance, de diminution de leur capacités physiques et d'impossibilité à la réalisation des tâches quotidiennes.

Le médecin généraliste pourrait apporter une aide lors du retour à domicile de ces femmes de par une surveillance médicale, une proposition d'écoute, d'orientation sociale si cela n'a pas pu être proposé lors de l'hospitalisation.

Cela implique que le médecin traitant soit rapidement informé du retour à domicile de ces femmes et des moyens mis en œuvre. Nous en revenons donc à un système d'information rapide permettant une prise en charge adaptée et au bon moment.

De plus, nous avons pu percevoir une méconnaissance des femmes et des professionnels de santé concernant les aides sociales disponibles chez ces femmes jeunes et actives. Dans un souhait de coordination, il est nécessaire d'être en relation avec les assistantes sociales de son secteur afin de permettre une intervention rapide à domicile.

D. Quelle est la place des patientes dans le parcours de soin après avoir vécu un évènement aigu ?

Il existe un changement perçu par la patiente dans son parcours de soins, c'est-à-dire de la manière dont elle consulte mais également de la manière dont elle se sent perçue par les professionnels. Nous avons pu percevoir un renforcement des liens avec les professionnels de santé.

De cet évènement aigu naît un suivi pluridisciplinaire essentiel et acquis que ces femmes vivent comme un bénéfice secondaire. Nous ne sommes plus dans le cadre d'une confiance aveugle médecin-patient, ce lien, bien que renforcé, reste fragile et précieux. Les patientes ressentent un besoin de confiance exacerbé pour se laisser guider et accepter leur nouveau statut de patiente (34).

Ces femmes, actrices de manière plus marquée dans leur parcours de soins, ont mis en place des actions qui leur permettent de rechercher des informations et d'être au centre de la prise en charge. C'est notamment par Internet qu'elles trouvent les informations et questionnent les professionnels ou deviennent des patientes expertes dont la place est privilégiée. Nous avons pu percevoir que le fait d'être identifiée comme une femme spéciale leur était salvateur. Cette place était très importante pour elles, à tel point que certaines se comportaient en référente de leur pathologie.

Malgré cette nouvelle identité, certaines nous ont précisé que ce nouveau lien avec les professionnels leur permettait d'éviter un passage aux urgences si elles éprouvaient une gêne ou se questionnaient sur un symptôme.

Le suivi spécialisé est mis au centre, le médecin référent pour le suivi de l'embolie pulmonaire est celui en qui elles ont confiance et sera consulté pour toute décision à prendre (35).

Ces femmes ressentent une écoute attentive de la part du gynécologue du fait de leur pathologie. Cette nouvelle place leur confère un statut différent dans lequel elles se complaisent.

Le médecin traitant est souvent au second plan de manière volontaire ou non, il réalise le suivi et le renouvellement des traitements mais il existe peu d'éléments relatés sur la relation de confiance qui était prédominante jusqu'alors.

Nous pouvons donc nous questionner sur la facilité d'exprimer des sentiments intimes à des professionnels de santé selon le degré de confiance. Avant cet évènement aigu, ces femmes consultaient leur médecin généraliste pour des multiples motifs, il était au centre. Après l'évènement, elles se confient plus facilement au médecin spécialiste, une de nos hypothèses est la genèse d'un lien privilégié durant l'hospitalisation pour affronter cette pathologie.

Ces patientes ont un accès privilégié à certains spécialistes, le médecin généraliste n'a plus sa place d'intermédiaire. Ce fonctionnement n'est pas remis en cause par les femmes de notre échantillon. Plusieurs nous ont exprimé une crainte du médecin généraliste vis-à-vis de cette pathologie qui impacte la relation médecin-patient.

En raison de ce nouveau parcours de soins, nous proposons un renforcement de la triangulation patient, médecin spécialiste, médecin généraliste au travers de deux axes de réflexion.

La première proposition consiste à réattribuer une place au médecin généraliste dans ce parcours de soins duquel il s'efface le plus souvent.

Pour cela, il est nécessaire d'avoir des échanges réguliers avec les médecins spécialistes afin de répondre au mieux aux questions pointues des patientes.

Comme nous l'avons expliqué plus en amont, il est primordial de pouvoir délivrer le même discours afin que cela fasse redondance.

La formation continue des médecins généralistes par les spécialistes se révèle être bénéfique du fait de leur expérience en matière de communication sur un sujet précis. De même, il serait louable que les médecins généralistes renforcent une communication privilégiée avec les médecins spécialistes. Cela permettrait une prise en charge conjointe et concourrait à une utilisation raisonnée du système de santé mais aussi avec la diminution de son coût.

L'accompagnement d'une femme en âge de procréer ayant vécu un évènement aigu doit également faire partie de cette formation continue afin de pouvoir lui apporter au mieux son aide. Il est cependant important de laisser la patiente actrice tout en ayant un rôle de guidance et d'information.

La deuxième proposition émane d'une mesure déjà mise en place. Depuis novembre 2017, est apparue la Consultation de Contraception et Prévention (acte spécifique CCP, tarif de 46€ et éligible au tiers payant). Celle-ci est applicable pour la première prescription d'une contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans (36).

Nous proposons d'étendre l'application de cette cotation pour toute consultation visant à introduire, réévaluer, adapter la méthode anticonceptionnelle à tous les âges ainsi que l'information sur les infections sexuellement transmissibles. Le recours possible au tiers payant pour cette consultation serait un facteur facilitateur pour l'accès aux soins. De plus, dédier une consultation à la réévaluation permettrait de mieux détecter les mésusages des méthodes anticonceptionnelles.

III. Les apports de l'étude concernant l'embolie pulmonaire

Lorsque nous avons réalisé les entretiens, bien que les sujets de la méthode anticonceptionnelle et le ressenti du parcours de soins soient au premier plan, le récit de l'embolie pulmonaire prenait une place importante.

Nous n'avions pas conscience avant d'interviewer ces femmes, de l'importance de cet évènement dans leur vie et surtout de son retentissement. En effet il existe une reviviscence forte de cet évènement du fait de notre questionnement. Après le récit de leur vécu, nous les percevions comme libérées d'un poids et prêtes à parler de leur méthode anticonceptionnelle et de leur parcours de soins. Nous avons vécu leur discours comme un passage obligé afin de pouvoir recueillir leur ressenti sur les thèmes de notre étude et nous ne pouvions donc pas le laisser sous silence du fait de son intensité et de l'émotion générée et ressentie.

Une étude publiée en 2016 s'intéresse au vécu des patients de moins de 50 ans après une embolie pulmonaire. Elle conclut que l'embolie pulmonaire est un évènement traumatisant et brutal ayant pour conséquences une anxiété rétrospective et une peur de la récurrence (37). De par leur récit, les femmes nous ont bien exprimé cette peur persistante et envahissante de leur quotidien.

Nous nous sommes donc intéressées à l'état de stress post traumatique pouvant être généré par l'embolie pulmonaire. De par la définition du DSM-5 (38), nous avons pu mettre en évidence que toutes les femmes ont vécu un état de stress post traumatique. En miroir de cette définition et de ses critères permettant de la valider, nous exposons les éléments pertinents de la définition globale de l'état de stress post traumatique se rapportant au vécu de ces femmes.

En effet, toutes les femmes nous exposent avoir été confrontées à la mort ou à une menace de mort en présentant une embolie pulmonaire vécue comme une exposition directe à un évènement traumatisant (39).

Il existe plusieurs symptômes apparus suite à cet évènement traumatisant tels que des souvenirs répétitifs et envahissants, c'est la notion de reviviscence. Plusieurs femmes nous expliquent qu'elles rêvent de l'embolie pulmonaire et notamment d'une récurrence provoquant un sentiment d'angoisse et de réveil nocturne agité. Il existe également un sentiment de détresse psychique lors de notre questionnement sur leur vécu et leur récit de l'embolie pulmonaire. Nous avons également pu observer la persistance de réactions physiques telles qu'une asthénie ou une dyspnée persistante qui leur rappelle l'embolie pulmonaire.

Pour parer à cette angoisse, les femmes créent une mesure d'évitement consistant à ne pas se remémorer cet évènement afin de limiter la détresse pouvant les envahir à l'évocation de cette pathologie.

Après leur récit, nous leur avons demandé de préciser certains points du discours ou de leur parcours de soins et parfois, nous nous sommes heurtées à une incapacité de se souvenir comme s'il existait une amnésie dissociative de l'épisode associée à une anxiété importante comme témoin de l'évènement. Les femmes remettaient souvent en cause leur contraception a posteriori en se blâmant de l'avoir prise. Il existe un état émotionnel négatif persistant en lien avec un sentiment d'être différente des autres femmes de son entourage.

Plusieurs femmes nous rapportent une modification concernant leur état d'éveil et une réactivité plus importante depuis l'embolie pulmonaire telle qu'une hyper vigilance de soi, des symptômes ressentis, des troubles du sommeil dus à des cauchemars.

Cet état de stress est prolongé dans le temps car nous avons pu interroger des femmes ayant présenté une embolie pulmonaire de 1 à 5 ans et cet état est persistant à 1 an comme à 5 ans.

Nous avons pris conscience de l'impact de cette perturbation sur leur vie quotidienne et notamment sur l'incapacité de certaines femmes à reprendre le travail, à réaliser ses activités quotidiennes entraînant une souffrance cliniquement significative (40).

Nous avons supposé bien sûr être dans un cadre où cet état n'était pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou autre affection bien que certaines patientes ont des pathologies chroniques associées.

Durant nos entretiens, le langage non verbal était également très important et nous avons éprouvé des difficultés à le retranscrire en raison de sa richesse. Tous ces silences, ces mots choisis et prononcés lentement, ces débits de parole différents, ces soupirs, ces pleurs ou ces larmes qui montaient aux yeux nous ont beaucoup touchés et ont conféré une dimension intimiste à cet entretien. La présence d'un tiers pouvant apporter son avis nous a également fait prendre conscience de l'implication de l'entourage et du retentissement de la pathologie sur celui-ci qui s'en souvient autant voir plus précisément que la patiente.

L'embolie pulmonaire est un évènement aigu bouleversant la vie de ces femmes et de leur entourage. Nous pouvons faire le parallèle avec d'autres pathologies aiguës, telles qu'un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral ayant la même répercussion psychologique (41).

Devant la persistance d'une anxiété et d'une peur exprimée par toutes ces femmes, nous nous sommes intéressées aux solutions qu'elles avaient pu mettre en place afin de la combattre. Les moyens qu'elles ont pu mettre en œuvre se rattachent principalement à la modification de leur méthode anticonceptionnelle ou à la recherche de soutien.

En effet, certaines femmes ont réalisé une ligature des trompes qui, selon nous, élimine un des facteurs potentiels de récurrence d'embolie pulmonaire : la prise d'une contraception hormonale.

La recherche de soutien est le deuxième axe prédominant. Le suivi psychologique a naturellement été abordé par plusieurs femmes. Elles nous ont également proposé des ouvertures sur ce sujet.

En effet, au vu du récit et de la cicatrice laissée par cet évènement, une proposition de suivi nous paraît souhaitable. De par les 16 entretiens réalisés nous en avons conclu qu'il serait important de le proposer systématiquement lors de l'hospitalisation mais également lors du suivi à distance car ces femmes nous expliquent avoir pris conscience de la pathologie, de sa gravité et de son retentissement lors du retour à domicile ou lors de la reprise de leur travail.

Les questions que nous soulevons sont : Par qui ce suivi devrait-il être proposé ? Et sous quelle forme ?

Après une embolie pulmonaire, nous avons pu constater que le médecin traitant prend une autre place dans le parcours de soins de ces femmes. Nous avons pu observer qu'il existe un renforcement du lien de confiance et nous pouvons donc nous poser la question du rôle du médecin traitant dans la proposition du suivi psychologique. Il pourrait peut-être le réaliser lui-même ou orienter vers un psychologue ou un psychiatre. Cependant, une telle proposition nécessite une formation adaptée en amont sur ce sujet afin de pouvoir laisser les patientes verbaliser leurs peurs et leurs angoisses du fait de ce choc émotionnel important.

Plusieurs femmes nous ont soulevé la question du ressenti d'autres femmes vis-à-vis de l'embolie pulmonaire et ses conséquences. Elles se sentent différentes et ressentent le besoin de soutien de l'autre, le besoin d'appartenir à un groupe et de pouvoir échanger avec d'autres femmes qui leur ressemblent. En effet, le groupe permet de se construire une nouvelle identité et de se voir exister de nouveau.

Faire partie d'un groupe, se sentir accompagnée et surtout être soutenue est le désir de ces femmes après cet évènement. Cela permet d'apaiser ses craintes, de poser sereinement ses questions, de pouvoir partager son ressenti et ses peurs sans jugement de la part de leur pairs.

Ainsi elles poursuivent leurs vies, et plus que la poursuite, elles commencent une nouvelle vie. Un élément récurrent dans les entretiens est le sentiment de pouvoir s'autoriser : à prendre le temps, à réaliser ses envies, à se reposer, à vivre le moment présent. Ces femmes pour la majeure partie mères, nous expliquent que la famille a pris une place encore plus centrale et profitent de la vie à chaque instant.

Un suivi psychologique individuel et en groupe pourrait donc s'élaborer afin que chaque femme si elle le désire, puisse exprimer son ressenti et vivre le plus sereinement possible son quotidien.

IV. Discussion autour des critères de qualité des résultats

A. La première force est l'originalité de notre étude

A notre connaissance, c'est la première étude qualitative menée par des médecins généralistes qui évalue nos deux questions de recherche. En effet, il n'existe pas d'étude qualitative ayant pour objet le ressenti, le vécu des femmes sur la gestion de leur contraception et leur parcours de soin avant, pendant et après une embolie pulmonaire. Les études sont plus fournies sur le ressenti du lien entre leur embolie pulmonaire et la contraception hormonale.

Il faut souligner le caractère précurseur de cette étude, qui en fait une de ses forces évidentes.

Nous pensons que cette étude qui traite de l'intime des femmes n'aurait pas pu être menée dans les mêmes conditions par des chercheurs masculins.

Nous avons tenté au mieux lors de la réalisation des entretiens de garder notre place de chercheur-investigateur-oreille passive. La plupart des femmes n'avaient pas connaissance de notre statut d'interne en médecine générale. Cela a permis à plusieurs reprises, le recueil de sentiments négatifs envers les internes, jugés souvent sans expérience et moins savants.

Notre réflexion s'est élaborée en se positionnant de trois manières différentes, en tant que nouveau chercheur, professionnel de santé et femme. Ces trois statuts ont été également mis en relation avec nos deux parcours professionnels et personnels distincts.

Notre travail de thèse nous a permis un travail introspectif que nous espérons mettre à profit dans la constitution de notre démarche scientifique et personnelle.

B. La confirmabilité des résultats issus d'une étude qui rend compte de l'essence du phénomène

Nous pouvons affirmer que cette étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a tenté au mieux de répondre aux critères de confirmabilité. En effet, les résultats et les modèles proposés donnent cette impression que nous avons atteint une « vision globale » du phénomène et d'avoir eu des échanges sincères avec les femmes concernant leur sentiment au moment de l'entretien.

Il est illusoire de penser que nous avons acquis la « vérité absolue » mais l'approche phénoménologique nous a permis de décrypter, du moins en partie, l'essence du phénomène.

D'autres hypothèses sont plausibles, notamment chez les femmes présentant une embolie pulmonaire avec un score de PESI faible qui permet une sortie précoce avec une prise en charge en ambulatoire. Nous avons contacté trois de ces femmes mais aucune n'a donné suite à nos sollicitations. L'absence d'un cadre hospitalier dans leur prise en charge n'a peut-être pas permis leur sensibilisation aux travaux de recherche. Néanmoins cela reste une hypothèse, hormis un refus exprimé sans justification, les deux autres n'ont pas répondu à nos appels et messages vocaux.

Il est aussi possible d'envisager le même travail de recherche dans des centres et lieux géographiques distincts afin de confronter nos résultats.

Cependant, cela doit rester une piste pour des études ultérieures sans pour autant desservir les théories proposées, qui sont elles-mêmes représentatives d'au moins une partie de la réalité. Les données de l'étude sont d'ailleurs conservées et disponibles pour analyse, à la demande d'un éventuel second chercheur.

C. Les critères de fiabilité de notre étude

La fiabilité de cette étude réside notamment dans la stabilité des observations recueillies sur un intervalle de temps de 8 mois avec des sentiments recueillis de 1 à 5 ans de leur embolie pulmonaire. Cela révèle une fiabilité diachronique à notre travail de recherche.

De plus, la fiabilité a été recherchée lors de la triangulation des données avec la réalisation d'un double encodage en aveugle et une mise en commun secondaire qui a permis une deuxième réflexion constructive. De plus cet encodage a été soumis à notre directeur d'étude plus expérimenté. Son statut de professeur universitaire et sa grande expérience pour la recherche clinique a conforté notre travail.

Nous n'avons pas triangulé les méthodes, c'est à dire qu'un seul mode de collecte des données a été choisi à savoir, l'entretien semi-dirigé. Cela peut être envisagé par un autre groupe de chercheur et une comparaison a posteriori pourrait être réalisée.

D. Validité interne : une étude crédible et authentique grâce à des entretiens en profondeur au domicile des femmes

La durée moyenne des entretiens est de 30 minutes avec des écarts allant de 20 à 50 minutes environ. Cela témoigne que l'entretien a été mené en profondeur (in-depth interview), a soulevé des problématiques riches et denses, a tenté de faire réfléchir la participante, de lui faire décrire précisément son vécu, ses expériences.

La prédominance de parole des femmes sur l'interviewer, hormis pour les questions de définition de l'échantillon et la réalisation du score EPICES, montre qu'elles ont eu la possibilité de nous exprimer leur vécu sans limitation de temps.

Nous n'avons pas exploré le feed-back des participantes face aux résultats. Pour nous, notre échantillon de femmes actives et souvent sollicitées pour la réalisation d'étude de recherche ne pouvait réaliser cette demande dans un délai imparti.

De plus notre manque de formation en psychologie ne nous aurait pas permis d'encadrer la relecture dans des conditions optimales. Nous ne pouvions pas prédire les conséquences chez ces femmes pour qui la reviviscence lors des entretiens nous a déjà touchées.

Néanmoins, avant même de débiter les entretiens nous avons décidé de proposer à toutes les femmes un résumé des résultats finaux. Elles ont toutes acceptées avec beaucoup d'enthousiasme. Les femmes rencontrées ont déjà quasiment toutes participées à des études et elles nous ont rapporté une déception de ne pas avoir accès aux résultats secondairement. Un résumé pragmatique avec une adaptation des verbatims leur sera envoyé par mail ou courrier selon leur désir recueilli lors de l'entretien initial. Les retours éventuels seront mis à disposition et conservés dans une base de données après anonymisation.

E. Validité externe – transférabilité – intégration

D'un point de vue théorique, nous pouvons discuter : l'échantillonnage a-t-il été assez diversifié ?

Les critères peuvent être infinis mais nous avons recherché les plus pertinents pour notre étude qualitative. C'est pour cela qu'après la réalisation de 7 entretiens et une concertation entre interviewer sur notre ressenti nous avons décidé d'intégrer le score EPICES. Nous avons été soucieuses de donner la parole à des femmes avec des statuts sociaux divers. Le déplacement au domicile des femmes a levé certains freins à la mobilité des plus précaires. Nous avons donc atteint une diversité avec un score EPICES de 0 (absence de précarité) à 71,6 (grande précarité).

Nous avons obtenu une diversité des âges de survenue de l'embolie pulmonaire de 19 à 45 ans tout en respectant nos critères d'inclusion définis initialement. Cette variabilité a permis de recueillir des questionnements différents selon la période dans la vie d'une femme en âge de procréer.

Notre échantillon regroupe les trois secteurs d'activité : primaire, secondaire et tertiaire. La prédominance pour les métiers du secteur tertiaire est représentative de la population générale en France avec 87,7 % des femmes qui travaillent dans ce secteur en 2014 d'après l'INSEE (42).

Seulement une femme de notre échantillon n'a pas eu d'enfant ou de grossesse au moment de notre entretien. L'âge moyen du premier enfant en France en 2015 est fixé à 28,5 ans par l'INSEE (43). L'âge moyen des femmes dans notre étude est de 33 ans pouvant expliquer ce résultat.

Concernant les méthodes anticonceptionnelles, nous avons une représentation importante et diverse de celles-ci. Néanmoins nous n'avons pas recueilli les sentiments d'une femme qui aurait bénéficié d'un implant progestatif microdosé. Dans notre base de données, après consultation des dossiers médicaux, nous avons sélectionné une femme avec cette méthode mais elle n'a pas souhaité participer à notre étude. Cette méthode anticonceptionnelle est représentée chez 4,8 % des femmes entre 15 et 49 ans d'après l'INPES en 2016 (1). Ce faible taux explique probablement l'absence de cette méthode anticonceptionnelle dans notre échantillon de 16 femmes.

V. Les apports de notre étude dans la pratique quotidienne de la médecine générale

A. Sensibiliser les professionnels de santé : un enjeu de soins premiers

Notre population d'étude est peu fréquente dans l'exercice de la médecine générale. Cela débute par le diagnostic de cette maladie peu fréquente mais grave que le médecin généraliste doit garder en tête dans l'élaboration de ses hypothèses diagnostiques.

Afin d'aider les médecins généralistes à garder un niveau d'alerte et de compétence pour cette pathologie rare, la formation continue nous semble être la force de la médecine générale. Le lien entre les soins premiers et les spécialistes hospitaliers devrait être au centre du parcours de soin afin que le patient, au premier plan, bénéficie d'une prise en charge optimale.

Les échanges sont parfois ralentis par une activité professionnelle exponentielle pour tous les professionnels de santé. Néanmoins nous avons beaucoup d'espoir concernant les nombreux moyens de communication numériques qui se mettent en place. A cela nous pensons que pour les médecins généralistes le contact par téléphone qui permet un échange clair, concis, avec un questionnement en direct de l'expert d'une pathologie reste le meilleur moyen de communication. Cela permet une orientation réactive dans la démarche du médecin généraliste. Il est souvent mis en avant un manque d'accès aux spécialistes hospitaliers. Nous pensons qu'il est aussi de notre rôle de faciliter les liens avec la constitution d'un réseau de soins autour du patient et des échanges interdisciplinaires qui doivent être multidirectionnels.

Le patient prend souvent le rôle de relais et véhicule le questionnement des professionnels de santé. Le DMP. pourra peut-être améliorer les échanges et la connaissance du patient dans sa globalité.

B. Quelles compétences de la médecine générale sont mobilisées dans la prise en charge des femmes de notre étude ?

La WONCA a défini en 2002 les six grandes compétences professionnelles nécessaires à l'exercice de la médecine générale (44).

Examinons rapidement comment ces compétences peuvent être adaptées à la prise en charge des femmes de notre étude, en accord avec les résultats de celle-ci :

- Approche globale, prise en compte de la complexité

C'est la capacité du praticien à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée autour de la patiente selon un modèle global de santé qui prend l'individu en compte dans son environnement bio-psycho-social. Nous avons montré que notre population d'étude est complexe dans ses rapports à la méthode anticonceptionnelle. Il existe une volonté d'émancipation que le médecin généraliste doit pouvoir encadrer pour que les femmes prennent leur décision en connaissance de cause et avec une sécurité optimale.

- Relation, communication, approche centrée patient

C'est la capacité à construire une relation avec la patiente et avec les différents intervenants de santé (le médecin spécialiste de la maladie thromboembolique, le gynécologue, le psychologue...) en utilisant un langage respectueux sans jugement des discours rapportés ou des décisions qui pourrait être perçu comme culpabilisant.

Cette étude nous montre qu'interroger le vécu des femmes et leur ressenti permet d'apprendre de nombreux éléments qu'elles n'ont jamais abordés avec leur médecin généraliste. L'entretien semi-dirigé permet de laisser la place à l'expression de leurs sentiments mais cela demande un temps certain. Il s'agit d'explorer les représentations de chacune concernant les craintes, les freins. La connaissance de certains éléments mis en évidence dans notre étude ne peut être que positive et ne fera qu'améliorer la relation thérapeutique si la patiente se sent comprise et entendue par son médecin.

- Éducation, prévention

C'est la capacité à accompagner la patiente dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement.

Il s'agit d'éduquer cette population sur le risque cardiovasculaire, thromboembolique lors de l'introduction d'une contraception par exemple. Il s'agit aussi de savoir réinterroger les femmes au cours de leur vie, car leurs demandes et leurs besoins changent en permanence sans pour autant qu'elles le verbalisent à leur médecin.

- Continuité, coordination, suivi

C'est la capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement. La mise en place d'une relation médecin-patient de qualité permettra une continuité des soins bien plus pertinente que l'errance médicale, fréquente au sein de cette population.

- Premiers recours, urgences

C'est la capacité à prendre en charge des problèmes de santé, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science. Ceci est adapté au contexte et aux possibilités du patient, quel que soit l'âge, le sexe, ou toutes autres caractéristiques de la personne concernée, en s'organisant pour une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale aux usagers.

- Professionalisme

C'est la capacité à assurer l'engagement envers la société ; à répondre à ses attentes ; à réaliser une prise en charge de la santé privilégiant le bien-être des patients par une pratique éthique et déontologique et enfin à améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants.

Quels enjeux pour le médecin généraliste ?

Tous ces éléments doivent être des clefs pour optimiser l'approche centrée patient. Le modèle de l'entretien motivationnel basé sur le modèle transthéorique du changement doit permettre au praticien de mieux comprendre à quel niveau se trouve ses patientes pour pouvoir les accompagner de façon individuelle et adaptée (45).

CONCLUSION

La survenue d'une embolie pulmonaire chez les femmes en âge de procréer a engendré une modification de la place de la méthode anticonceptionnelle. Ces modifications sont multiples : augmentation de l'utilisation d'une contraception mécanique, diminution de la place des hormones, consultations spécialisées, encadrement spécialisé des grossesses.

Le discours et l'attitude des femmes interrogées étaient ambivalents concernant la gestion de leur méthode anticonceptionnelle. Tout au long de leur vie de femme, elles nous expriment une attitude de résilience portant sur le choix et les effets indésirables de la méthode anticonceptionnelle hormonale par opposition à une volonté d'émancipation des hormones.

Les femmes ressentaient encore un manque d'information à l'initiation et lors de la réévaluation au cours de leur vie. Il semble indispensable d'évaluer les connaissances de la patiente et de son entourage afin d'établir un état des lieux des préjugés, du vécu, du désir, de la projection afin de réaliser un accompagnement personnalisé.

Le médecin généraliste était consulté en premier recours avant la survenue de l'embolie pulmonaire. Sa place est ensuite modifiée du fait des bénéfices secondaires apportés par le suivi spécialisé. Il paraît indispensable de renforcer la coordination interprofessionnelle par l'intermédiaire d'échanges concernant la patiente et la formation continue. Une étude complémentaire pourrait évaluer les freins des médecins généralistes à la réévaluation de la méthode anticonceptionnelle et l'intérêt d'une consultation dédiée.

L'embolie pulmonaire semble générer un psychotraumatisme chez plusieurs des femmes interviewées. Cette pathologie a certainement le même retentissement que tout autre événement aigu. Un approfondissement du ressenti paraît judicieux dans un futur travail ainsi que l'évaluation de la perception de ce traumatisme par les professionnels de santé.

Pierre CLAVELOU
Doyen-Directeur



M. J. Clavelou
le 12 Mars 2019

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. 4 ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017.
2. Haute Autorité de Santé. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. 2013, dernière modification novembre 2017 : 4. Saint-Denis La Plaine : HAS ;
disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
3. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. 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. Saint-Denis : ANSM ; 2014.
4. Weil A, Dalichampt M, Raguideau F, Ricordeau P, Blotière PO, Rudant J, et al. Low dose oestrogen combined oral contraception and risk of pulmonary embolism, stroke, and myocardial infarction in five million French women : cohort study. BMJ 2016 ; 353 : i2002.
5. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Risque thromboemboliques veineux et artériels chez les femmes sous contraceptifs oraux combinés : une étude de cohorte de l'Assurance Maladie. Communiqué de presse 2013 ; 19 (3) : 242-46. Paris ; CNAM.
6. Tricotel A, Raguideau F, Collin C, Zureik M. Estimate of Venous Thromboembolism and Related-Deaths Attributable to the Use of Combined Oral Contraceptives in France. PloS One 2014 ; 9 (4) : e93792.
7. Méréo F. « Sur les risques de la pilule, il y a encore besoin d'informer ». 2019. Disponible sur : <http://www.leparisien.fr/societe/marion-larat-victime-d-un-avc-sur-les-risques-de-la-pilule-il-y-a-encore-besoin-d-informer-29-01-2019-7999758.php>
8. Heit JA, Spencer FA, White RH. The epidemiology of venous thromboembolism. J Thromb Thrombolysis 2016 ; 41 : 3-14.

9. Haute Autorité de Santé. Contraception chez l'homme et chez la femme. 2013 : 88-120. Saint-Denis La Plaine : HAS ;
disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf
10. Stegeman BH, De Bastos M, Rosendaal FR, Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Stijnen T, et al. Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis : systematic review and network meta-analysis. *BMJ* 2013 ; 347 : f5298.
11. Hugon-Rodin J, Horellou MH, Conard J, Flaujac C, Gompel A, Plu-Bureau G, et al. First venous thromboembolism and hormonal contraceptives in young French women. *Medicine* 2017 ; 96 (34) : e7734.
12. Lévesque H, Hanslik T. Contraception oestroprogestative et risque thrombotique : des faits cliniques aux conséquences médiatiques. *La Revue de médecine interne* 2013 ; 34 : 453-55.
13. Bouchard P, Spira A, Ville Y, Conard J, Sitruk-Ware R. Contraception orale et risque vasculaire. *Académie Nationale de Médecine* 2013.
14. De Bastos M, Stegeman BH, Rosendaal FR, Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Stijnen T, et al. Combined oral contraceptive : venous thrombosis. *Cochrane Database of systematic Reviews* 2014 ; 3 : CD010813.
15. Lidegaard Ø, LØkkegaard E, Jensen A, Wessel Skovlund C, Keiding N. Thrombotic Stroke and Myocardial Infarction with Hormonal Contraception. *The New England Journal of Medicine* 2012 ; 366 (24) : 2257-66.
16. Gronier-Gouvernel H, Robin G. Risque cardiovasculaires de la contraception orale estro-progestative : au-delà de la polémique... *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2014 ; 42 : 174-181.
17. Lidegaard Ø. Hormonal contraception, thrombosis and age. *Expert Opinion on Drug Safety* 2014 ; 13 (10) : 1353-60.
18. Bonduaeux L. Connaissances des risques et des bénéfices de la pilule oestroprogestative des femmes de 18 à 50 ans dans la région Nord-Pas-de-Calais : approche qualitative. *Th : Med : Lille 2* ; 2014.

19. Thevenet A. Connaissance du risque thromboembolique par les utilisatrices de pilule estroprogestative. Mémoire de sage-femme : Lyon Sud ; 2016.
20. Collard Donger F. Sources d'information et moyens d'amélioration des connaissances sur la pilule ostroprogestative des femmes de 18 à 50 ans dans la région Nord-Pas-de-Calais : approche qualitative. Th : Med : Lille 2 ; 2014.
21. De Groot LJ, Chrousos G, Dungan K, Sonalkar S, Schreiber CA, Barnhart KT. Contraception. NCBI Bookshelf 2014.
22. Borohovitz A, Weinberg MD, Weinberg I. Pulmonary embolism : care standards in 2018. Progres in Cardiovascular Diseases 2018 ; 60 : 613-21.
23. Bertacchini Y. Petit Guide à l'usage de l'Apprenti-Chercheur en Sciences Humaines & Sociales [essai]. Clllection les E.T.I.C, Presses Technologiques, ISBN 2-9519320-2-2 : Toulon 2009.
24. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. 2ème édition, de Boeck 2003.
25. France. Code de la santé publique Assistance médicale à la procréation article L2141-2 modifié par Loi n°2004-800 du 6 août 2004. JORF 7 août 2004.
26. Agence de la Biomédecine. L'âge de procréer. Conseil d'orientation – Séance du 8 juin 2017. 2017.
27. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) : a 32-item checklist for interviews and focus group. Int J Qual Health Care 2007 ; 19 (6) : 349-57.
28. Clénet J. Modèles et modémisations en recherches qualitatives, quelles conceptions ? Quelle(s) scientificité(s) ? Recherches Qualitatives 2008 ; Hors série (6) : 24-43.
29. Haute Autorité de Santé. Efficacité des méthodes contraceptives. 2013. Saint-Denis La Plaine : HAS ;
disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf>
30. Boonyawat K, O'Brien SH, Bates SH. How I treat heavy menstrual bleeding associated with anticoagulants. Blood 2017 ; 130 (24) : 2603-09.

31. Haute Autorité de Santé. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013. Saint-Denis La Plaine : HAS ; disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
32. Haute Autorité de Santé. Annoncer une mauvaise nouvelle. 2008. Saint-Denis La Plaine : HAS ; disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf
33. Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des statistiques. Etudes et Résultats. Les consultations et visites de médecins généralistes, un essai de typologie. 2004 ; 315.
34. Bura-Rivière A, Zuily S, Wahl D, Pernod G, Meyer G, Delluc A, et al. Maladie thromboembolique veineuse. Gérer l'urgence et organiser le suivi au-delà de l'épisode aigu. Le concours médical 2014 ; 6 (136) : 421-504.
35. Galanaud JP, Quéré I. Suivi de la maladie veineuse thrombo-embolique. La revue du praticien 2015 ; 952 (29) : 847-49.
36. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Convention médicale 2016. 2016. Paris : CNAM ; disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/346405/document/convention_medicale_2016_-_acte_complexe_gynecologue.pdf
37. Le Noir de Carlan M. La vie après une embolie pulmonaire : évaluation du vécu des patients âgés de moins de 50 ans au moment du diagnostic. Th : Med : Rennes ; 2016
38. American Psychiatric Association. DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5^{ème} édition. France : Elsevier Masson ; 2018.
39. Hunet R, Lewis S, Noble S, Rance J, Bennett PD. "Post-thrombotic panic syndrome" : A thematic analysis of the experience of venous thromboembolism. The British Psychological Society 2017 ; 22 : 8-25.

40. Waldron B. Psychological Impact of Having a Blood Clot. 2012 disponible sur :
<http://patientblog.clotconnect.org/2012/02/28/psychological-impact-of-having-a-blood-clot/>
41. Ferentinos P, Rizos E, Christodoulou C, Nikolaidou P, Chatzilia D, Loukides S, et al. Multiple pulmonary thromboembolism and severe depression. *General Hospital Psychiatry* 2010 ; 32 : 560e5-e7.
42. Insee Références. Emploi par activité. 2016 disponible sur :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906677?sommaire=1906743#titre-bloc-3>
43. Insee. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974. *Insee Première* 2017 ; 1642.
44. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer* 2013 ; 24 (108) : 148-55.
45. Perdrix C, Gocko X, Plotton C. La relation médecin-patient. *Exercer* 2017 ; 132.

ANNEXES

Annexe I : Autorisation de la CNIL



RÉCÉPISSÉ

INSCRIPTION DU TRAITEMENT AU REGISTRE « RESPONSABLE DE TRAITEMENT » (RT) DE L'UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE (UCA)

Votre traitement relatif au suivi des femmes en âge de procréer ayant un antécédent d'embolie pulmonaire (EP) quelle que soit leur méthode contraceptive – étude qualitative (thèse – médecine générale) a été inscrit au registre RT de l'UCA sous le numéro UCA-2018-009.

Fait à Clermont-Ferrand,
Le 25/03/2019

Sandra DEPLANCHE
DPO – Université Clermont
Auvergne (UCA)

Annexe II : Guide d'entretien

Guide d'entretien

<i>Date</i> : __/__/____	<i>Intervieweur</i> :	<i>Interviewée</i> : P__
<i>Nom</i> : __/__/____	<i>Prénom</i> :	<i>Date de naissance</i> :
<i>Lieu entretien</i> :		
<i>Téléphone</i> :		<i>Mail</i> :

Introduction : Remerciement de la participation à l'étude et rappel du thème

Consentement oral : Recueil et possibilité de revenir à tout moment sur le consentement (sans conséquences pour la suite de la prise en charge médicale).

Questions d'introduction générale :

- Quel âge avez-vous ?
- Quelle est votre profession ?
- Quel est votre statut conjugal ? (Mariée, PACSEE, concubinage, célibataire, divorcée...)
- Quel est le code postal de votre commune ? Avez-vous déménagé depuis votre embolie pulmonaire ?
- Combien de grossesses avez-vous eu (naissances, FCS, IVG, FIV ...) ?
 - o Si oui, combien d'enfants avez-vous ? Quelle(s) est/sont leur(s) date(s) de naissance ?
- Combien de fois par an en moyenne consultez-vous votre médecin traitant ?
 - o Quel est le motif le plus fréquent de vos consultations ?

Réalisation du score EPICES

LES 11 QUESTIONS DU SCORE EPICES

	OUI
1 - Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	<input type="checkbox"/> 1
2 - Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	<input type="checkbox"/> 1
3 - Vivez-vous en couple ?	<input type="checkbox"/> 1
4 - Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	<input type="checkbox"/> 1
5 - Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez des réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	<input type="checkbox"/> 1
6 - Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> 1
7 - Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> 1
8 - Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers ?	<input type="checkbox"/> 1
9 - Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	<input type="checkbox"/> 1
10 - En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	<input type="checkbox"/> 1
11 - En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL	<input type="text"/>

Le récit de l'embolie pulmonaire

- **Question générale** : Tout d'abord racontez-moi ce qui s'est passé pour vous au moment de votre embolie pulmonaire ?
 - o Quel a été votre parcours de soin ?
- **Questions de relance** : Quels services vous ont accueillis et pris en charge ?

La méthode anticonceptionnelle

A) Période post-embolique :

Nous allons maintenant aborder ensemble la période après le diagnostic de votre embolie pulmonaire, c'est-à-dire actuellement.

- **Question générale** : Actuellement parlez-moi de votre méthode anticonceptionnelle.
- **Questions de relance** :
 - o Quel est votre moyen actuel de contraception ?
 - pilule (si oui précisez si oestroprogestative ou progestative microdosée),
 - implant,
 - DIU (si oui précisez cuivre ou hormonal),
 - patch,
 - anneaux,
 - mécanique (si oui précisez si il s'agit du préservatif, du spermicide, de la méthode de retrait...)
 - o Le sujet a-t-il été réabordé lors d'une consultation médicale ?
 - Si oui, dans quel contexte ? (suite à un évènement de vie personnelle, sur conseil d'une personne extérieure, dans le cadre d'un désir de grossesse, consultation de suivi...)
 - o Quel a été votre/vos interlocuteur(s) ?
 - Médecin généraliste
 - Gynécologue
 - Médecin spécialiste de l'embolie pulmonaire
 - Autres médecins spécialistes
 - o Si besoin qui vous renouvelle votre moyen de contraception à l'heure actuelle ?
- **Satisfaction de la méthode anticonceptionnelle**
 - o Utilisation de l'échelle d'évaluation visuelle analogique modifiée
 - o Reprise définition de la satisfaction « = ce qui répond à la demande »
 - effets indésirables ressentis, impact sur la qualité de vie
 - o Que vous manquait-il pour être pleinement satisfaite ?
- **Efficacité de la méthode anticonceptionnelle**
 - o Utilisation de l'échelle visuelle analogique modifiée
 - o Reprise définition de l'efficacité « = qui joue le rôle anticonceptionnel »
 - protection, mise en confiance, sécurité...
 - o Qu'est-ce qui vous manquait pour la considérer totalement efficace ?
- **Question générale** : Pouvez-vous me raconter ce qui a changé d'un point de vue médical après votre embolie ?

B) Période per-embolique :

Nous allons maintenant aborder ensemble la période du diagnostic de votre embolie pulmonaire.

- **Question générale :** Pouvez-vous me raconter ce que les professionnels de santé vous ont dit concernant votre contraception?

- **Questions de relance :**
 - Saviez-vous ce qu'était une embolie pulmonaire avant d'en être la victime ?
 - Quelle(s) notion(s) principale(s) aviez-vous ?
 - signes cliniques,
 - facteurs de risque,
 - quelque chose qui vous faisait peur
 - Quel était votre âge au moment du diagnostic ?

 - Quel a été votre parcours dans l'hôpital ?
 - Parcours de soins depuis le diagnostic avec les différents services et le retour à domicile
 - temps hospitalisation

 - Une fois le diagnostic d'embolie pulmonaire posé, un professionnel de santé a-t-il abordé la question de votre contraception avec vous ?
 - Si oui :
 - A quel moment ? (lors de l'annonce du diagnostic, lors d'une visite dans le premier service d'hospitalisation, lors de la remise des papiers de sortie...)
 - Qui ?
 - Où ? (au SAU, lors de l'hospitalisation)
 - Si la question a été abordée, qu'avez-vous retenu du message du professionnel de santé ?
 - Quel était votre désir « à vous » ?
 - Avez-vous perçu des contradictions dans les messages délivrés ? (entre votre désir et le professionnel de santé et entre professionnels de santé)

 - Avez-vous eu une consultation réalisée par un gynécologue après votre embolie pulmonaire ?
 - Si oui :
 - Qui a organisé le RDV ?
 - Dans quel délai ?

 - Prescription (de sortie) concernant la méthode anticonceptionnelle
 - Quelle contraception
 - Quels conseils, quelles recommandations
 - Concernant votre contraception, faisait-elle partie de votre prescription/ordonnance de sortie ?
 - Si oui, quelle était-elle ?
 - Si non, qu'avez-vous fait lors de votre RAD ?

- **Satisfaction de la prescription de la méthode anticonceptionnelle**
 - Utilisation de l'échelle d'évaluation visuelle analogique modifiée
 - Reprise définition de la satisfaction « = ce qui répond à la demande »
 - effets indésirables ressentis, impact sur la qualité de vie
 - Par rapport à la contraception hormonale ou DIU
 - Par rapports aux conseils concernant la méthode anticonceptionnelle

 - En conclusion, après avoir discuté avec les professionnels de santé, votre prescription de sortie était-elle satisfaisante ?
 - Qu'est-ce qui vous manquait pour être pleinement satisfaite ?

- **Efficacité de la méthode anticonceptionnelle**
 - Utilisation de l'échelle visuelle analogique modifiée
 - Reprise définition de l'efficacité « = qui joue le rôle anticonceptionnel »
 - protection, mise en confiance, sécurité...
 - Qu'est-ce qui vous manquait pour la considérer totalement efficace ?

C) Période pré-embolique :

Nous allons maintenant aborder ensemble la période avant le diagnostic de votre embolie pulmonaire.

- **Question générale :** Pouvez-vous me décrire votre suivi médical, gynécologique (avec votre médecin traitant et/ou votre gynécologue) et votre méthode anticonceptionnelle avant votre embolie ?
 - Rattacher aux âges des enfants

- **Questions de relance :**
 - Quel était votre moyen de contraception ?
 - pilule (si oui précisez si oestroprogestative ou progestative microdosée),
 - implant,
 - DIU (si oui précisez cuivre ou hormonal),
 - patch,
 - anneaux,
 - mécanique (si oui précisez si il s'agit du préservatif, du spermicide, de la méthode de retrait...)

 - Qui vous l'avait prescrit ?
 - Si pas de prescription médicale qui vous l'avait conseillée ?
 - Si besoin, qui vous renouvelait votre contraception/méthode anticonceptionnelle ?

 - Aviez-vous un spécialiste pour votre suivi gynécologique ?
 - Gynécologue
 - Sage-femme

- **Satisfaction de la méthode anticonceptionnelle**
 - Utilisation de l'échelle d'évaluation visuelle analogique modifiée
 - Reprise définition de la satisfaction « = ce qui répond à la demande »
 - effets indésirables ressentis, impact sur la qualité de vie
 - Que vous manquait-il pour être pleinement satisfaite ?

- **Efficacité de la méthode anticonceptionnelle**
 - Utilisation de l'échelle visuelle analogique modifiée
 - Reprise définition de l'efficacité « = qui joue le rôle anticonceptionnel »
 - protection, mise en confiance, sécurité...
 - Qu'est-ce qui vous manquait pour la considérer totalement efficace ?

Questionnement d'ouverture :

- **Améliorations proposées :**
 - Sur la prise en charge, comment faire mieux ?
 - Quels messages à quel moment ?
- **Exemple de mise en situation :** Si une amie présente une embolie pulmonaire que lui conseillerez-vous ?
 - Une amie vous appelle car elle a fait une embolie pulmonaire et elle sait que vous en avez fait une également.
 - Quels seraient les 5 messages clés sorti de votre vécu (choses à faire et à ne pas faire) ?
- Si vous **deviez désigner un professionnel de santé** pour le suivi de la contraception de toutes les femmes ayant présenté une embolie pulmonaire qui serait-il ?

Remarques sur le langage non verbal :

Remarques globales :

Annexe III : Score EPICES

	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	- 11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	- 8,28	0
4	Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	- 8,28	0
5	Y'a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	- 6,51	0
7	Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	- 7,10	0
8	Êtes-vous partis en vacances au cours des 12 derniers mois ?	- 7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	- 9,47	0
10	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	- 9,47	0
11	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	- 7,10	0
Constante		75,14	
Calcul du score	Toutes les questions doivent être renseignées. Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.		

Annexe IV : Tableau d'échantillonnage

Patiente	Age (ans)		Profession	Score EPICES	Rural (R) / Urbain (U)	Médecin Traitant oui/non	Date E.P	Gestité (G) / Parité (P)	Méthode anticonceptionnelle			
	Actuel	EP							Pré	Per	Post	
												EP
1	29	25	Sans profession	53,85	R	oui	2014	G4 (enceinte) /P2	COPO	aucune	aucune	aucune
2	30	26	Chirurgien dentiste	20,71	U	oui	2014	G3 (enceinte) /P1	Anneau vaginal	Préservatif ♂	Préservatif ♂	aucune
3	31	28	Employée de banque	6,51	U	oui	2014	G3/P1	aucune	aucune	aucune	aucune
4	45	42	Aide soignante (en arrêt maladie)	35,51	U	oui	2016	G5/P3	CPO	aucune	aucune	CPO
5	35	33	Sans profession (invalidité)	71,6	U	oui	2017	G3/P1	DIU cuivre	DIU cuivre	DIU cuivre	DIU cuivre
6	21	19	Etudiante	31,36	U	oui	2017	G0/P0	COPO	CPO	CPO	Préservatif ♂
7	40	36	Inspecteur des finances publiques	31,95	U	oui	2014	G1/P1	Préservatif ♂	Préservatif ♂	Préservatif ♂	Préservatif ♂
8	36	35	Vendeuse à domicile	15,38	U	oui	2016	G6/P2	DIU cuivre	DIU cuivre	DIU cuivre	LT
9	38	36	IDE libérale	14,8	R	oui	2016	G3/P3	COPO	COPO	COPO	CPO
10	42	41	AESH	39,65	U	oui	2017	G5/P2	Préservatif ♂	Préservatif ♂	Préservatif ♂	Préservatif ♂
11	42	40	Employée de transports T2C	6,51	U	oui	2016	G1/P1	COPO	COPO	COPO	CPO
12	48	45	ATSEM	62,13	U	oui	2016	G1/P1	Préservatif ♂	Préservatif ♂	Préservatif ♂	Préservatif ♂
13	42	39	Conseillère en ligne	30,78	U	oui	2015	G3/P3	ESSURE+DIANE 960	LT	LT	LT
14	47	45	Manager Tupperware®	13,61	U	oui	2017	G7/P3	DIU cuivre	DIU cuivre	DIU cuivre	DIU cuivre
15	38	37	Technicien qualité	7,1	R	oui	2017	G3/P2	LT	LT	LT	LT
16	32	29	Institutrice	0	R	oui	2015	G2/P2	COPO	aucune/CPO	aucune/CPO	CPO

SERMENT D'HIPPOCRATE

(Conseil National de l'Ordre des Médecins)

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque

BOYER Tiphaine et TARIANT Charlène :

Ressenti des femmes en âge de procréer vis-à-vis de leur méthode anticonceptionnelle dans le contexte d'une embolie pulmonaire : comment cette thématique est-elle abordée en médecine générale et en soins secondaires ?

Thèse médecine, Clermont-Ferrand 2019

Résumé :

Contexte : Il est acquis que les pilules œstroprogestatives augmentent le risque de maladie thromboembolique veineuse. La thématique de la méthode anticonceptionnelle dans la vie d'une femme est centrale. L'information à délivrer est primordiale et reste à améliorer. La survenue d'une embolie pulmonaire induit un questionnement justifié sur la méthode anticonceptionnelle.

Objectif : Quel est le ressenti des femmes en âge de procréer, ayant présenté une embolie pulmonaire, concernant la gestion de leur méthode anticonceptionnelle ? Durant le suivi de ces femmes, comment la thématique de la méthode anticonceptionnelle est-elle abordée en médecine générale et en soins secondaires ?

Méthode : Étude qualitative, 16 entretiens semi-dirigés menés par deux investigatrices, à domicile, dans le Puy de Dôme. Échantillonnage selon les critères suivants : femmes en âge de procréer, survenue d'une embolie pulmonaire entre 18 et 45 ans, épisode de moins de 5 ans et de plus de 1 an, tous types de méthode anticonceptionnelle, score EPICES. Re transcription des entretiens, double encodage des verbatims puis analyse phénoménologique.

Résultats : La survenue d'un évènement aigu a modifié l'intérêt et la représentation de la méthode anticonceptionnelle et influence leur sexualité et leur désir de grossesse. Le ressenti des femmes face au discours des professionnels est varié et ambivalent. Les liens entre les femmes et leurs interlocuteurs se sont modifiés au cours du suivi.

Conclusion : La survenue d'une embolie pulmonaire chez les femmes en âge de procréer a engendré une perception différente de la méthode anticonceptionnelle. Les femmes ressentaient encore un manque d'information à l'initiation et lors de la réévaluation au cours de leur vie. La place du médecin généraliste est modifiée du fait du suivi spécialisé. La coordination interprofessionnelle reste à renforcer ainsi que l'accès à des consultations dédiées à la gestion de la méthode anticonceptionnelle. Le psycho-traumatisme engendré par l'embolie pulmonaire mérite d'être étudié.

Mots clefs : femmes en âge de procréer, contraception, embolie pulmonaire, médecin généraliste, soins secondaires, vécu.

Jury :

Président du jury : Monsieur SCHMIDT Jeannot
Membres du jury : Monsieur GALLOT Denis, Professeur
Monsieur BROUSSE Georges
Monsieur VORILHON Philippe
Madame BREUIL Nadine

Date de la soutenance : Le 12 avril 2019

Adresse des auteurs :