



HAL
open science

Perception et approche du risque lié à la contraception oestro-progestative dans le cadre de la consultation de médecine générale. Etude qualitative menée auprès de onze médecins généralistes lorrains

Vincent Devoti

► **To cite this version:**

Vincent Devoti. Perception et approche du risque lié à la contraception oestro-progestative dans le cadre de la consultation de médecine générale. Etude qualitative menée auprès de onze médecins généralistes lorrains. Sciences du Vivant [q-bio]. 2011. hal-01734380

HAL Id: hal-01734380

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734380v1>

Submitted on 14 Mar 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale
le 29 septembre 2011
par
Vincent DEVOTI
né le 29 novembre 1978 à Briey

TITRE :

**PERCEPTION ET APPROCHE DU RISQUE LIÉ A LA
CONTRACEPTION OESTRO-PROGESTATIVE ORALE DANS LE
CADRE DE LA CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Étude qualitative menée auprès de onze médecins généralistes lorrains**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur P. JUDLIN, Président

Mme. le Professeur C. VIDAILHET, Juge

Mme. le Professeur MC. BÉNÉ, Juge

M. le Docteur C. BERBÉ, Juge et directeur

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Asseseurs :

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL

Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH

Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ

Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU

Denise MONERET-VAUTRIN – Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL

Daniel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ –

Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT

Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUUEL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick
ROSSIGNOL

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU
3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)
Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX
4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)
Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-
BIROULET
2^{ème} sous-section : (*Chirurgie digestive*)
3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)
Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT
4^{ème} sous-section : (*Urologie*)
Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME
2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)
Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)
Professeur P. MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER
2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)
Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)
Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO
4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)
Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER
2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ
3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : oncologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**
3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE
1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)
Docteur Anne-Christine RAT
3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)
Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**
3^{ème} sous-section :
Docteur Olivier MOREL
5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)
Docteur Jean-Louis CORDONNIER
=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)
Docteur Elisabeth STEYER
=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE
ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick
BOISSEL

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeur Simone
GILGENKRANTZ Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN (*à c. 1.12.2011*) - Professeur Jean-Pierre
NICOLAS

Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-
François STOLTZ Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert
UFFHOLTZ - Professeur Colette VIDAILHET Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement
des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

REMERCIEMENTS

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE:

Monsieur le professeur Philippe Judlin,

Professeur de gynécologie-obstétrique,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger
notre travail,

Nous l'espérons digne de la confiance que vous nous avez accordée.

À NOS JUGES:

Madame le Professeur Colette Vidailhet,

*Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,
Professeur émérite*

Nous vous témoignons notre profonde reconnaissance
pour avoir mis vos compétences et votre expérience
au service de l'évaluation de ce travail,

Madame le Professeur Marie-Christine Bene

Professeur d'immunologie

Nous vous remercions pour votre disponibilité et
pour l'intérêt témoigné à notre travail.

À NOTRE DIRECTEUR ET JUGE:

Monsieur le docteur Cédric Berbé,

Nous vous remercions pour avoir été l'initiateur de ce projet,
pour les précieux conseils et pour l'encadrement
qui l'ont rendu possible,

À TOUT CEUX QUI ONT CONTRIBUÉ À CE TRAVAIL:

A Joelle Kivitz, vos explications ont été un apport conséquent,
tout au long de ce travail,
mais également une découverte enrichissante.

Aux médecins qui ont participé à l'élaboration du guide d'entretien, en
particulier, le Docteur Claude Bizot et le Dr Olivier Vivien,
vos conseils et remarques nous ont été précieux.

À tous les médecins qui ont accepté sans aucune difficulté de me
rencontrer et de répondre à mes questions, et dont les noms pour les besoins de
l'anonymat, doivent rester secrets, un grand merci pour votre disponibilité.

À mes collègues de travail et confrères,
pour leur support et leurs conseils et parmi eux,
les docteurs Robert-Gilles Thomas et Sylvie Lincker.

À TOUS LES AUTRES:

À mes parents, dont le soutien à toute épreuve, m'a permis de surmonter les difficultés, de tenir le cap.

À ma famille, par vos encouragements et votre soutien moral, vous êtes tous associés à ce projet, même si vous ne pourrez pas, pour la plupart être présents en ce jour.

À mon frère Nicolas, à mes amis dont l'aide m'a été précieuse en particulier Cédric et Siavoche, à Grégoire, Jérôme, Jean-Noël et tous ceux qui directement ou à distance m'ont apporté leur soutien dans la poursuite de ce projet.

SERMENT

"Au moment d'être admis 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque".

SOMMAIRE

<i>I- Introduction: contraception orale état des connaissances actuelles et des incertitudes sur les risques</i>	17
1- Acceptation de la méthode, adéquation aux attentes de la patiente	17
<i>Bénéfices et effets indésirables de la pilule</i>	17
<i>Ambivalence du désir de grossesse et risque d'échec</i>	18
<i>La pilule de l'innovation au conformisme</i>	18
2- Balance bénéfice risque de la pilule selon les spécificités du terrain	19
3- Les risques	21
<u>A- Nature des risques liés à la contraception hormonale</u>	21
a- <u>Le risque cellulaire</u>	21
b- <u>Le risque vasculaire</u>	22
Risque veineux	22
Risque artériel	24
Risques particuliers	24
<u>B- Risques suivant les spécificité du terrain</u>	24
a- <u>Antécédent d'événements thrombo-emboliques veineux profonds</u>	24
b- <u>Tabagisme</u>	25
c- <u>Âge</u>	26
d- <u>Obésité</u>	26
e- <u>Migraine</u>	27
f- <u>Dyslipidémie</u>	29
g- <u>Diabète</u>	30
<u>C-Synthèse</u>	31
4-Place du médecin généraliste et justification du projet	33
<u>Place du médecin généraliste</u>	33
<u>Objectif</u>	33
 <i>II- Matériel et méthode</i>	 34
1- Cadre général	34
2- Cadre de l'étude	34
3- Mise en œuvre pratique de la méthode	35
4- Choix des médecins	35

<i>III- Résultats et Analyses</i>	37
1- Investigations	37
<i>Accueil de la démarche</i>	37
<i>Déroulement des entretiens</i>	37
<i>Retranscriptions</i>	38
2- Analyse par entretiens	38
3-Analyse thématique transversale	43
<u>A- Identification et approche des situations à risque</u>	43
<u>a- Facteurs de risque veineux et thrombo-emboliques</u>	43
<u>b- Le tabagisme</u>	45
<u>c- La migraine</u>	46
<u>d- L'âge</u>	49
<u>e- L'obésité</u>	51
<u>f- Les risques métaboliques</u>	52
<u>g- Les risques carcinologiques</u>	52
<u>B- Stratégies de prévention vis-à-vis des situations courantes rencontrées en médecine générale</u>	53
<u>a- Vis-à-vis des facteurs de risque veineux thrombo-emboliques veineux</u>	53
<u>b- Vis-à-vis du tabagisme</u>	54
<u>c- Vis-a-vis de l'obésité</u>	57
<u>d- Vis-a-vis de la migraine</u>	58
<u>e- Vis-à-vis des facteurs de la dyslipidémie et du diabète</u>	59
<u>C- Mise en œuvre de la prévention ciblée</u>	60
<u>a- Perception des médecins généralistes sur leur propre activité de prévention</u>	61
<i>Tabac</i>	61
<i>Alimentation</i>	62
<i>Troubles métaboliques (dyslipidémie, diabète)</i>	62
<u>b- Perception des médecins sur les modalités alternatives</u>	63
<u>c- Les acteurs de la prévention:</u>	64
<i>Problèmes rencontrés en médecine générale</i>	64
<i>Acteurs de la prévention: généraliste ou gynécologue?</i>	65

<i>IV- Discussion</i>	68
1- Préliminaires	68
<i>Problèmes</i>	69
<i>Décisions</i>	69
2- Discussion	71
<u>A- Représentation et pondération des facteurs de risque au travers de 2 exemples</u>	71
a - <u>Risque veineux</u>	71
b- <u>La migraine</u>	72
<u>B- Analyse de la prise de décision en situation de consultation pour contraception</u>	73
a- <u>Modèle de la décision concertée</u>	73
b- <u>Valeur subjective du risque lié à la pilule</u>	75
<i>Combinaison tabac-pilule: gestion codifiée mais peu appliquée</i>	75
<i>Risque cardiovasculaire: facteurs de confusion</i>	75
c- <u>Valeur subjective d'utilité de la COP:</u>	75
• pour le praticien	75
<i>valeur pédagogique, valeur initiatique</i>	76
<i>la force de l'habitude</i>	76
<i>un poids historique</i>	76
• Pour la patiente	77
CONCLUSION: Vers une solution consensuelle	78
Bibliographie	79

I- Introduction: contraception orale, état des connaissances actuelles sur les risques

Les contraceptifs oraux hormonaux sont encore à ce jour le mode de contraception le plus utilisé en France (60% des femmes utilisant une contraception entre 18 et 44 ans et 86% des femmes entre 20 et 24 ans) (1). L'évolution de la contraception hormonale a permis depuis les années 60 à la fois une diversification et une amélioration, notamment en terme de tolérance, des modalités contraceptives.

A ce jour, on distingue deux grands groupes de « pilules » qui comprennent la quasi-totalité des spécialités contraceptives orales:

- d'une part, les oestro-progestatifs combinés mini et micro-dosés avec une dose variable d'oestrogène (éthinyloestradiol, toujours inférieur à 50µg) et un progestatif de 1ère, 2ème 3ème ou 4ème génération.
- d'autre part les micro-progestatifs, pilules progestatives pures en administration continue.

A ces deux groupes, se rajoutent les spécialités macro-progestatives, et les oestro-progestatives normodosées dont l'utilisation va déclinant en matière de contraception.

Tableau (1) Efficacité comparative de quelques méthodes contraceptives mesurée par l'indice de Pearl, soit le pourcentage moyen de survenues de grossesses sur une année d'utilisation(2) :

Oestro-progestatifs combinés	0,10%
Microprogestatifs	0,5-2%
Dispositif intra-utérin	0,5-2%
Preservatifs masculins	0,6-0,8%
spermicides	0,6-6,8%

Outre la sécurité contraceptive, la pilule oestro-progestative doit répondre à un double objectif au même titre que l'ensemble des moyens destinés à prévenir la grossesse.

Elle doit, d'une part, satisfaire à une exigence d'acceptabilité par la patiente, d'autre part, bénéficier d'une balance bénéfice-risque favorable en regard des connaissances actuelles et des nouvelles spécialités mises sur le marché.

Nous envisagerons ces deux aspects successivement.

1- Acceptabilité de la méthode, adéquation aux attentes de la patiente

Bénéfices et effets indésirables de la pilule

En terme de fiabilité, les oestro-progestatifs combinés restent à ce jour une des méthodes de référence, la meilleure contraception orale actuellement disponible. Pourtant, on a observé, parallèlement à l'évolution des spécialités, une extension des indications de la pilule, devenue

un traitement de référence en matière de dysménorrhée, syndrome prémenstruel, de l'acné (2)...

A côté de ces bénéfices non contraceptifs reconnus, on observe un certain nombre d'effets indésirables bénins, qui sont également des effets prévisibles, classiques, parmi lesquels: troubles digestifs, céphalées, tension mammaire, irritabilité, modification de la libido, perturbation du cycle, sensations de jambes lourdes, séborrhée, acné, prise de poids...

Bien souvent, ces symptômes trouvent une origine multi-factorielle, avec parfois des causes environnementales impliquant entre autres, le mode de vie, l'alimentation...

Ces effets secondaires pourront être à l'origine ou venir renforcer une mauvaise acceptation de la méthode choisie, augmentant ainsi le risque d'oubli (3), particulièrement en l'absence de conseils ou d'une information adaptée (4,5).

La méthode choisie doit être connue du point de vue de ses bénéfices et ses risques pour être acceptée. Le manque d'information peut être source de mauvaise observance.

Ambivalence du désir de grossesse

La connaissance des raisons motivant le choix particulier d'un moyen contraceptif est essentielle à sa réussite.

Un travail mené par P. Marie et al. (3), étude observationnelle transversale réalisée entre le 2/11/2004 et le 30/04/2005 dans trois cabinets de médecine générale dans les Hauts-de-Seine (milieu urbain), proposait une série de questions aux femmes sous contraception orale ayant oublié au moins une fois la pilule, et s'intéressait aux circonstances de cet oubli.

Dans 1/3 des cas, il y avait eu une attitude à risque élevé de grossesse. A ces femmes a été posée la question de leur conduite en cas de grossesse avérée; la majorité a répondu qu'elle n'aurait pas eu recours à l'IVG. L'auteur concluait sur la base de ces résultats, qu'une sécurité contraceptive « trop élevée » ne convenait pas forcément à l'ensemble des patientes.

Dans certaines situations, toujours selon l'auteur, l'ambivalence du désir de grossesse, l'utilisation conjointe de méthodes alternatives pouvaient faire réévaluer le rapport bénéfice/risque d'un traitement oestro-progestatif combiné.

Le rapport bénéfice risque d'une méthode doit être évalué en fonction du terrain mais aussi du bénéfice attendu. La sécurité contraceptive est-elle toujours une priorité?

La pilule : de l'innovation au conformisme

Un travail d'enquête qualitatif mené par C. Desjeux (4) auprès d'utilisatrices de pilules, montre qu'il existe, chez certaines patientes au moins, une certaine ignorance des raisons qui ont motivé l'introduction de la pilule et l'auteur y voit une certaine conformité à des pratiques rentrées dans les mœurs, qui sur le moment ne sont pas remises en question, mais font l'objet d'un questionnement ultérieur.

Ce décalage entre le bénéfice bien réel mais caché de la contraception et le faible besoin ressenti, associé au manque d'information sur la nature de la contraception oestro-progestative (COP), peut conduire à une représentation négative de la pilule, perçue comme un agent chimique donc nocif,

perturbant un équilibre « naturel ».

Le corolaire en est la tendance du corps médical à imposer la pilule aux patientes, d'une certaine manière en la présentant comme une solution idéale, indépassable, tout au moins lors de l'entrée dans la contraception. Ce n'est que plus tard et souvent à la faveur d'une intolérance ou d'une situation à risque que les autres méthodes sont redécouvertes, avec souvent un sentiment d'amertume (4).

La pilule, toujours présentée comme un progrès historique, n'est pas toujours perçue comme tel par les patientes. Alors qu'elle tendrait à s'imposer comme une « norme sociale », le manque d'un réel besoin ressenti pourrait entraîner un rejet ultérieur. Une information complète sur les risques et les alternatives disponibles tout au long de la période d'activité génitale paraît souhaitable, afin d'améliorer l'acceptation et l'observance.

2- Balance bénéfice-risque de la pilule selon les spécificités du terrain

Le choix de la méthode contraceptive adéquate, repose donc sur l'appréciation du médecin prescripteur, en fonction d'éléments objectifs, mais aussi de considérations basées sur le vécu de la patiente, relevant de son parcours de vie et de ses choix propres.

La prise en compte de certains risques considérés comme des contre-indications relatives ne peut se faire sans une évaluation globale de la patiente, de son mode de vie, de ses attentes. Cette enquête anamnestique n'est pas sans influences sur le comportement du médecin prescripteur, et, dans la perspective de ce travail, sur son approche à la fois théorique et empirique du risque individuel.

L'établissement du profil de risque individuel est le résultat d'une confrontation entre données scientifiques et anamnestiques, et peut être étudié dans le cadre de la théorie de la décision dans le champ médical (32,33). Ces théories qui ont été à la base de la promotion de l'Evidence Based Medicine décrivent le processus d'élaboration d'un choix à partir des éléments recueillis par l'examen et l'anamnèse..

Le schéma 1 représente le cadre générale de la décision en médecine.

Ces différentes étapes de la prise de décision sont conditionnées par les connaissances théoriques à un moment donné, par la connaissance ou la compétence spécifique du médecin sur le sujet et par l'ensemble des contingences liées à la patiente elle-même (schéma 2).

De ce fait, afin de décrypter au mieux les comportements des praticiens interrogés, il est nécessaire de revenir sur les sources de connaissances actuelles, et sur leur formulation par les différents référentiels existants.

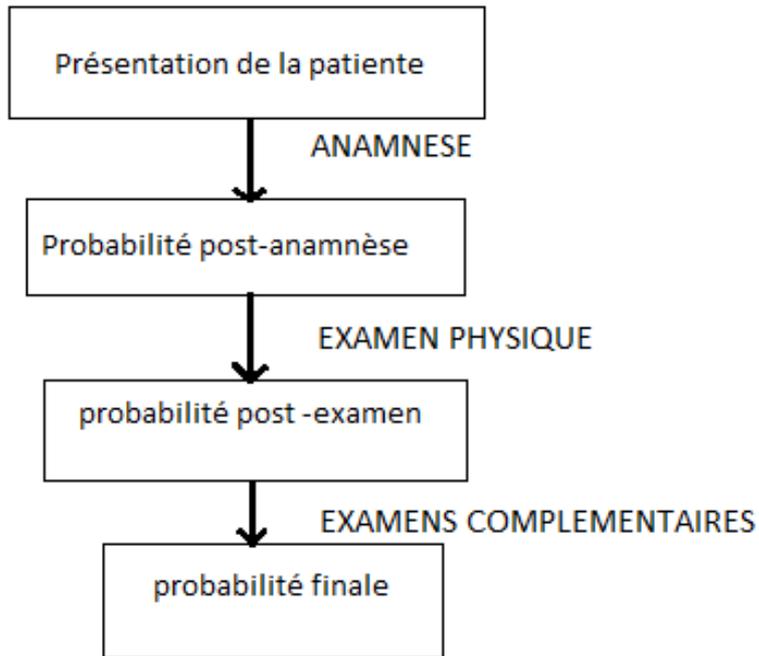


Illustration 1: Modèle bayésien de la prise de décision en médecine

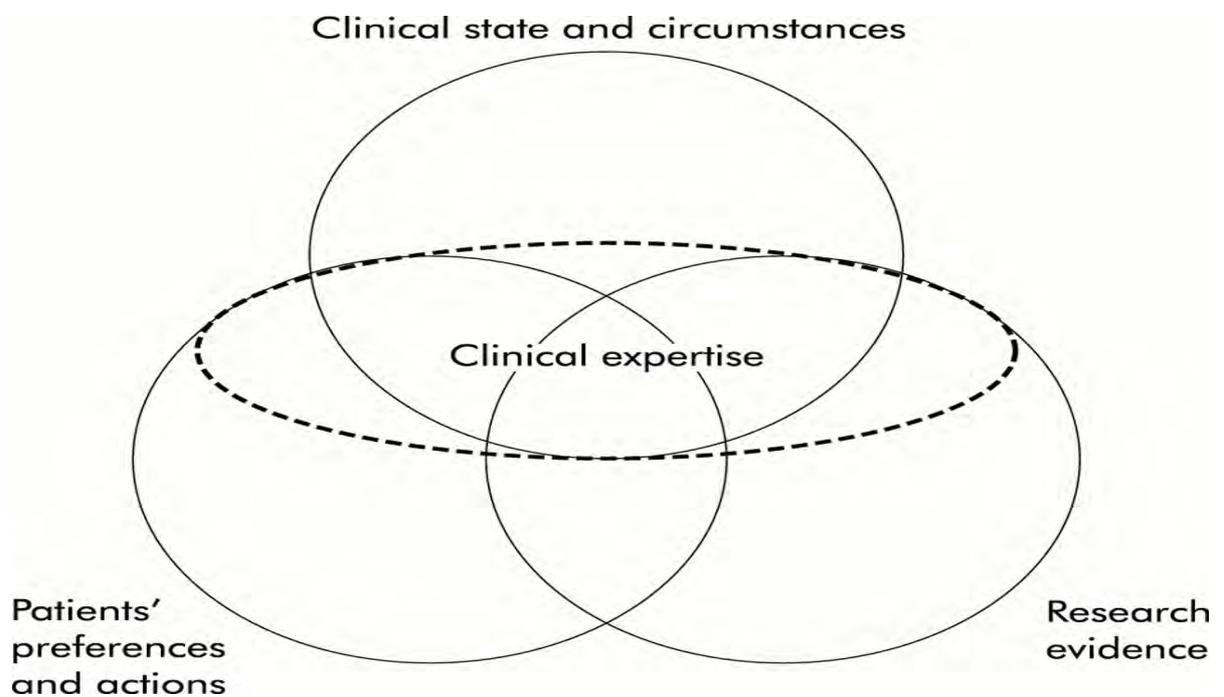


Illustration 2: Schéma révisé de l'Evidence based medicine selon Haynes et coll.(33)

3- Les risques

A- Nature des risques liés à la contraception hormonale

Nous avons souhaité nous limiter à des situations évoquées par les médecins interrogés, des situations ayant suscité chez eux des interrogations ou des difficultés particulières. Les connaissances théoriques des médecins sur les risques n'ont intéressé notre étude qu'en tant qu'elles avaient une incidence réelle sur leur pratique.

Les références utilisées dans l'élaboration du guide d'entretien ont été les recommandations de la Haute Autorité en Santé : « Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme » (2) ainsi que l'article de synthèse intitulé Contraception Difficile de La Revue du Praticien (6). La présente étude étant centrée sur la pratique des médecins généralistes, certaines situations rares, ou n'étant qu'exceptionnellement l'objet de consultation en médecine générale ont été écartées au cours de l'analyse.

Les risques liés à l'utilisation de la contraception hormonale oestro-progestative font l'objet de nombreuses études. Ces risques se décomposent en deux groupes principaux: risque « à long terme » correspondant schématiquement au risque cellulaire ou carcinologique et le risque « à court ou moyen terme » correspondant au risque vasculaire.

a- Le risque cellulaire

Le risque cellulaire est le risque de survenue d'une pathologie cancéreuse en rapport avec la prise de contraception oestro-progestative, en dehors des cas où il existerait un antécédent de cancer.

Concernant le cancer du sein, ce risque est bien connu, il a fait l'objet de plusieurs méta-analyses. Ces données validées rapportent un risque relatif global de 1,24 [1,15-1,33] pour les utilisatrices de COP. Cet excès de risque est plus important si l'âge de début de la contraception est inférieur à 20 ans et il décroît progressivement à l'arrêt sur 10 ans (24). Toutefois, les critiques de cette méta-analyse soulèvent un biais de dépistage chez les femmes sous contraception.

Un autre facteur souligné par une étude récente est la survenue d'une première grossesse menée à terme (risque relatif de 1,44 (avant) versus 1,15 après).

Au total, ce risque apparaît modeste aux âges d'utilisation de la pilule et ne fait pas l'objet de dispositions particulières de la part de la HAS, sauf dans le cas rare où une mutation type BRCA1/2 est identifiée, c'est-à-dire dans le cadre d'une prédisposition familiale.

Le risque de cancer du col a fait l'objet d'une étude plus récente qui montre une augmentation significative mais très discrète de ce risque (RR=1,08 [1,06-1,09]), qui ne paraît pas justifier de dispositions particulières au regard des recommandations actuelles.

Une élévation modérée du risque de cancer hépatique a été démontrée mais avec une prévalence de la maladie très faible aux âges considérés.

Pour ce qui concerne le cancer du côlon et les autres cancers gynécologiques, les études vont dans le sens d'un effet protecteur.

Au final, les seules contre-indications retenues par la HAS concernant le risque cellulaire sont l'existence ou l'antécédent de cancer à risque d'hormono-dépendance : cancers du sein et de l'endomètre, ou de pathologies hépatiques évolutives. A noter que ces contre-indications concernent aussi les contraceptions progestatives pures. En dehors de ces situations, la contraception oestro-progestative est autorisée.

b- Le risque vasculaire

Risque veineux

L'utilisation de la pilule oestro-progestative combinée augmente d'un facteur 2 à 4 le risque thrombo-embolique veineux dans la population générale. Ce risque semble encore augmenté par l'utilisation des progestatifs de troisième génération (11) d'un facteur 1,5 à 2 comparativement aux oestro-progestatifs de deuxième génération. Des données récentes d'une étude de cohorte danoise, viennent conforter ce constat (12).

Concernant les spécialités récentes à base de drospirénone, le *Revue Prescrire* N°323 (septembre 2010), reprenant les résultats de cette même étude, donne un risque relatif pour les thromboses veineuses comparable (1,64) par rapport au *levonorgestrel* (voir le tableau 2). La revue *Prescrire* cite également une étude cas-témoin en faveur d'un résultat proche (27), dans laquelle le risque pour les spécialités à base de drospirénone se situait entre le désogestrel et la cyprotérone.

Ce sur-risque contre-indique de façon formelle l'usage d'une contraception oestro-progestative en cas de prédisposition à la maladie veineuse thrombo-embolique, qu'il s'agisse d'un antécédent personnel ou d'antécédents familiaux de thrombose veineuse survenue à un jeune âge (avant 50 ans) ou dans le cas d'une hérédité familiale connue.

Tableau (2) Risques relatifs de thrombose veineuse par rapport au levonorgestrel, pour différents types de progestatifs avec une même dose d'éthinylestradiol (30 ou 40µg) et une même durée d'exposition d'après (12) :

noréthistérone	0,98 (0,71-1,37)
norgestimate	1,19 (0,96-1,47)
désogestrel	1,82* (1,49-2,22)
gestodène	1,86* (1,59-2,18)
drospirénone	1,64* (1,27-2,10)
Acétate de cyprotérone	1,88* (1,47-2,42)

Une revue récente de la littérature (30), citée à la fois par la Société d'Obstétrique et de Gynécologie du Canada (SOGC) et par le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) donne un aperçu comparable de l'incidence des événements thrombo-emboliques veineux dans plusieurs groupes à risque dont les résultats figurent dans le tableau 3.

Tableau (3) Incidences d'événements thrombo-emboliques veineux dans différents groupes de population :

Population	Incidence / 100000 femmes
Femmes non enceintes non utilisatrices	5
Utilisatrices de COP à base de levonorgestrel ou noréthistérone	15
Utilisatrices de COP à base de gestodène ou de désogestrel	25
Femmes enceintes	60

La durée d'exposition à la COP est évoquée par le RCGO et la HAS comme le principal facteur de risque, sur la base d'une même étude (20). Le RCGO précise que ce risque est maximum dans les mois qui suivent l'initiation de la contraception(31).

Les contraceptions progestatives seules n'ont pas d'effets sur les paramètres de la coagulation (6), mais les études manquent pour évaluer avec précision ce risque. Une étude de cohorte danoise publiée en 2009(12), ne rapporte pas d'augmentation du risque relatif sous contraception progestative par rapport aux non-utilisatrices de contraception hormonale (cf. tableau 4).

Tableau (4) Risques relatifs de thrombose veineuse observés selon le type de contraception progestative pure utilisée par rapport à la population des non-utilisatrices de contraception hormonale d'après (12) :

Progestatifs utilisés	Risques relatifs par rapport aux non utilisatrices
Levonorgestrel (30µg) ou Norethistérone(350µg)	0,59 [0,33-1,03]
désogestrel	1,10 [0,36 - 3,49]
dispositif intra-utérin hormonal.	0,89 [0,64-1,26]

Il est important de noter que le risque veineux est plus important les premières années d'utilisation, mais demeure significativement augmenté pendant toute la période d'exposition(12).

Risque artériel

Le risque d'accident coronarien et d'accident vasculaire cérébral est accru chez les femmes utilisant une contraception hormonale oestro-progestative. Toutefois ce risque est considéré comme très faible et difficilement évaluable en tant que facteur de risque indépendant chez la femme jeune du fait de la rareté de la survenue d'événements thrombotiques artériels à cet âge(6). Il apparaît selon le résultat d'une méta-analyse(13) un risque combiné de 1,84 [1.38, 2.44] pour l'infarctus du myocarde et de 2,12[1.56, 2.86] pour les AVC ischémiques.

Une autre méta-analyse (23) qui s'est intéressée à la survenue d'accidents vasculaires ischémiques chez les patientes sous contraception oestro-progestative orale, retrouvait un RR de 1,93 [1.35-2.74] pour les plus faibles dosages d'oestrogène, ce qui correspondait à un événement de ce type en plus pour 24000 patientes pendant un an.

Par extrapolation, la HAS considère que ce risque devient significatif en cas d'antécédents d'événements vasculaires de ce type, c'est à dire sur les terrains à haut risque cardiovasculaire, et contre-indique dans ces situations toute contraception hormonale. En pratique, une contraception micro-progestative doit être discutée, si elle s'avérait nécessaire, après avis spécialisé ou en réunions pluridisciplinaires (6).

Risques particuliers

Ce groupe de risque fait référence à des situations particulières où la contraception oestro-progestative peut influencer sur l'évolution d'une pathologie préexistante, la démasquer, ou retentir sur son traitement.

C'est le cas de la comitialité et des interactions possibles avec les différents traitements existants.

Les guides recommandent une surveillance étroite avec généralement une solution au cas par cas, envisagée conjointement avec le spécialiste en cas de traitement hormonal combiné, l'alternative idéale étant bien entendu, le recours à une contraception non-hormonale. Si une pilule ou un dispositif hormonal est nécessaire, la dose la plus faible d'éthinylestradiol est généralement souhaitable sauf en cas d'interaction médicamenteuse prévisible (épilepsie), où, en l'absence d'alternative thérapeutique une augmentation des doses peut être nécessaire.

B- Risques suivant les spécificités du terrain

a- Antécédent d'événements thrombo-emboliques veineux profonds

Si l'existence d'antécédents personnels de thrombose veineuse profonde (et non superficielle) constitue une contre-indication formelle, les antécédents familiaux doivent attirer l'attention sur l'existence d'une thrombophilie possible. Soit une recherche a déjà été faite chez un parent

et la prédisposition est possible, soit il existe un ou plusieurs antécédents de TVP avant 50 ans (HAS) dans la famille et la prédisposition est suspectée. La HAS préconise dans ces situations une exploration de l'hémostase, mais, incomplète, celle-ci pourrait être faussement rassurante en cas de négativité et en l'absence de documentation préalable.

b- Tabagisme

Le tabagisme est source chez les utilisatrices de COP d'une altération de l'équilibre hormonal, avec majoration des saignements, à l'origine de mauvaise observance (38). Il est un facteur de risque cardiovasculaire, augmentant le risque d'infarctus du myocarde et d'AVC ischémique chez les fumeuses, qu'elles soient ou non utilisatrices d'une contraception hormonale.

Concernant les utilisatrices de contraception oestro-progestative(COP), le tabac va avoir un effet sur le risque de thrombose veineuse et artérielle.

Concernant le risque de thrombose veineuse, il semble qu'il soit modeste, tout au moins en l'absence de facteurs de prédisposition, mais avec une augmentation linéaire avec l'âge. A titre de comparaison, une faible durée d'exposition à la COP et l'obésité, ont été signalés comme des facteurs de risque plus importants (25).

La HAS rapporte un risque d'événements cardiovasculaires artériels augmentant avec l'âge et le nombre de cigarettes. Ce constat s'appuie sur les résultats de trois études cas-témoins rapportées dans le tableau 5.(14,15,16)

Tableau(5) odd ratios de survenue d'incidents associés à la contraception oestro-progestative selon trois études cas-témoins :

Type d'évènement	Non fumeuses	Fumeuses	
Accident vasculaire ischémique	2,09 [1,03 ; 4,5]	7,20 [3,23 ; 16,1]	
Infarctus du myocarde	2,0 [1,0 ; 4,1]	13,6 [7,9 ; 23,4]	
	3,96 [1,52 ; 10,4]	<10 cigarettes/jour	>10 cigarettes /jour
		5,04 [0,78 ; 32,04]	87,0 [29,8 ; 254]

Une étude collectant des données sur la mortalité aux USA d'origine cardiovasculaire imputable à la contraception oestro-progestative, a permis d'établir un risque de 0,06 et 3/100000 femmes non fumeuses respectivement dans les tranches d'âge 15 à 34 ans et 35 à 44 ans contre 1,73 et 19,4 /100 000 dans ces même tranches d'âges pour les fumeuses.

Le RCGO britannique rapporte en outre que l'augmentation du risque d'infarctus du myocarde de la contraception hormonale combinée oestro-progestative, augmente de près de 20 fois le risque cardio-vasculaire chez les grosses consommatrices de tabac, la limite de 15 cigarettes étant utilisée dans le cadre de l'étude(31).

Le seuil de 35 ans, fixé arbitrairement pour les besoins de l'étude, correspond à la limite préconisée par la HAS au delà de laquelle les risques cardiovasculaires deviennent supérieurs en terme de morbi-mortalité aux risques d'une grossesse non désirée(2). Il se fonde également sur les résultats d'études de la morbi-mortalité par IDM ou AVC dans les tranches d'âge élevées des utilisatrices de pilule (18).

Si l'on considère l'importance du tabagisme, toutes les études rapportent une élévation de risque d'IDM. D'après le rapport de l'OMS, ce risque augmente de façon similaire avec le nombre de cigarettes dans toutes les tranches d'âge. L'excès de risque est donc le fait d'une amplification du risque naturel lié à l'âge.

Il ressort également de plusieurs études que l'excès de risque ne persiste pas, même à court terme, à l'arrêt de la contraception oestro-progestative.

En l'état actuel des connaissances, plusieurs notions nous semblent importantes à prendre en compte concernant la contraception:

- **Le tabagisme constitue à lui seul un facteur de risque cardiovasculaire important quoique insuffisant pour constituer une contre-indication en l'absence d'autres facteurs de risque cardiovasculaire dont l'âge.**
- **le tabagisme est un facteur de risque veineux modéré, qui peut sembler tout à fait acceptable dans la population générale . Toutefois, ses effets en cas de prédispositions « cachées », sont mal évalués bien qu'il semble que, dans ces situations, il n'aggrave que modestement un risque déjà trop élevé.**
- **La quantité de tabac consommée augmente le risque d'une manière non âge-dépendante, il en résulte une amplification du risque naturel lié à l'âge.**

c- Âge

Comme nous l'avons vu précédemment, l'âge s'associe au tabac pour augmenter le risque cardiovasculaire et de même, l'association d'autres facteurs de risques cardiovasculaires doit sérieusement faire envisager un autre moyen contraceptif que la COP après 35 ans(2).

Toutefois, l'argumentaire de la HAS précise aussi que :

« compte tenu des incidences respectives des différents cancers à cet âge, les bénéfices non contraceptifs d'une contraception oestro-progestative ne contrebalancent pas les sur-risques associés, notamment en termes de cancer du sein. »

Pour autant, la HAS ne préconise pas une éviction absolue des oestro-progestatifs mais recommande leur substitution par un DIU ou un micro-progestatif entre 35 et 40 ans, l'essentiel étant d'assurer la continuité de la contraception tout en informant du sur-risque tant du point de vue cardiovasculaire que carcinologique.

d- Obésité

L'obésité augmente le risque cardiovasculaire et thrombo-embolique veineux.

Concernant le risque veineux, celui-ci se trouve augmenté chez les non-utilisatrices de pilule et ce, de façon linéaire avec l'importance de l'IMC. Plusieurs études cas-témoins rapportées dans l'argumentaire de la HAS retrouvent un risque significativement augmenté chez les utilisatrices d'IMC supérieur à 35 par rapport à celle d'IMC inférieur à 25. Une étude de l'OMS retrouvait un cumul des risques en cas d'association surpoids et tabagisme(20).

De façon similaire, l'augmentation du risque artériel, étudiée par le risque de survenue d'un IDM (15) retrouve des valeurs significativement augmentées par rapport aux non-obèses et aux non-utilisatrices pour des valeurs qui ne dépassent pas le seuil de l'additivité (risques relatifs respectifs : 5,1; 3,4 et 2,4)

De plus l'obésité, comme élément de terrain, mérite d'être prise en compte dans l'évaluation du risque métabolique (6) tel que décrit dans le paragraphe sur les dyslipidémies.

La coexistence d'une obésité androïde et d'un hirsutisme, doit également faire rechercher, lors d'un bilan préalable, l'existence d'un trouble du métabolisme glycémique.

Au total, les études sont convergentes et montrent que :

- l'obésité représente un facteur de risque surtout veineux**
- il existe une corrélation entre l'importance de l'obésité estimée par l'IMC et la fréquence des événements veineux. Les recommandations ne s'accordent pas sur un seuil précis même si une augmentation significative du risque est reconnue par les recommandations au delà d'un IMC de 35-40**

e- Migraine

La migraine est une pathologie particulièrement répandue affectant jusqu'à 15% de la population, avec une nette prédominance féminine. Les céphalées migraineuses sont faciles à identifier quand elles se présentent sous une forme typique. Il est important cependant de bien identifier le type de migraine et les facteurs de risque associés avant d'initier la prescription de contraceptifs oestro-progestatifs (7). Plusieurs études identifient la migraine simple comme facteur de risque indépendant d'accident vasculaire ischémique avec un risque relatif de 2 à 4 en cas d'exposition aux oestro-progestatifs(8).

D'autres études suggèrent que la fréquence des crises serait corrélée à ce risque (tableau 2).

Le tableau 6 donne un ordre de grandeur de l'excès des risques selon les situations observées, d'après plusieurs travaux, comportant une méta-analyse (9).

Toutefois, le risque de base étant très faible chez la femme avant l'âge de 45 ans, son élévation reste faible pour une migraine simple sans autre facteur de risque.

Les recommandations de la HAS, suivant celles de l'OMS, préconisent l'interruption du traitement oestro-progestatif en cas de céphalées avec signe neurologique focal ou si un épisode migraineux sans signe neurologique focal survient sous traitement(2,10). D'autres auteurs (6) considèrent en plus que l'apparition de céphalées persistantes, l'augmentation de la fréquence ou de l'intensité des crises, l'installation d'une aura prolongée doivent conduire à un arrêt du traitement voire à un bilan cardiovasculaire.

Tableau (6) Risques relatifs d'accident vasculaire cérébral observés dans diverses situations (9) :

Situation clinique	Multiplication du risque
Contraceptifs oraux (CO)	2
Migraine	2-3
Migraine (plus d'une par mois)	10
Migraine avec aura	6-8
Migraine + CO	5-14
Migraine avec aura	17
Tabagisme	2
Tabagisme + migraine	4-10
Tabagisme + migraine avec aura	10-12
Tabagisme + migraine + CO	6-13
Tabagisme + migraine avec aura + CO	34

Ces mêmes auteurs considèrent que l'existence d'une aura simple (visuelle) chez une femme jeune (moins de 35 ans) autorise une contraception oestro-progestative minidosée ou progestative pure sous surveillance étroite alors que l'OMS déconseille l'utilisation des contraceptifs oraux OP et micro-progestatifs quelque soit l'âge.

Concernant les migraines cataméniales, les recommandations de la HAS concluent à un manque de preuves, toutefois certains résultats (7,10) rapportent le bénéfice clinique d'une modification, voire d'une suppression de l'intervalle d'arrêt des oestro-progestatifs, responsables des fluctuations hormonales à l'origine du déclenchement des épisodes migraineux. Toutefois, le risque lié à la prise d'oestro-progestatifs en continu demeure mal évalué, les auteurs signalant le risque potentiel lié à la majoration des doses d'oestrogènes(7).

La revue Prescrire, s'appuyant sur des recommandations anciennes, préconise d'essayer un COP en surveillant l'évolution des symptômes et d'arrêter en cas de céphalées persistantes importantes ou inhabituelles (35).

En résumé, la migraine constitue un facteur de risque modéré d'AVC dans la population des utilisatrices de COP mais ce risque doit être réévalué de façon personnalisée en fonction de la présence d'éléments cliniques tels que la présence de signes neurologiques focaux, la sévérité des crises ou leur modification sous traitement. Actuellement, de façon consensuelle, les diverses recommandations évoquent un bénéfice /risque défavorable en cas de migraine avec aura.

f- Dyslipidémies

La composante oestrogénique des contraceptions oestro-progestatives augmente le HDL-cholestérol et les triglycérides et diminue le LDL cholestérol. Il existe des effets inverses de la composante progestative qui antagonisent en partie ces modifications(6,22).

L'hypertriglycéridémie s'accompagne d'un double risque thrombotique artériel et pancréatique(34). Concernant le risque artériel, celui-ci semble surtout élevé pour les anomalies préexistantes plutôt que celles induites éventuellement par la contraception(36). En outre, il semble que l'association à d'autres facteurs de risque (HTA, voire diabète) dans un tableau de résistance à l'insuline, soit responsable d'un risque significativement plus important(36).

L'autre risque concernant les triglycérides est le risque pancréatique, celui-ci existe pour des hypertriglycéridémies très élevées de l'ordre de 10g/l.

L'hypercholestérolémie est un facteur de risque d'athérome et donc à long terme de thrombose artérielle.

Il a été démontré que l'utilisation d'une contraception oestro-progestative augmentait le risque d'infarctus du myocarde en cas d'hypercholestérolémie préexistante, ce risque étant supérieur à la multiplication des risques propres à la pilule et à la dyslipidémie (15).

Les recommandations de la HAS de 2004 ne donnent pas de valeurs-seuils pour les différents paramètres lipidiques mais rappellent que ceux-ci sont susceptibles de se modifier en cas de traitement oestro-progestatif. (21) . L'article de synthèse de la Revue du praticien précise que si malgré l'application de règles hygiénodietétiques, le taux de triglycérides demeure élevé (>2,50g/L) ou si une hypercholestérolémie importante (>3g/L) persiste malgré un régime pauvre en graisses saturées, la contraception orale oestro-progestative est contre- indiquée (6). La HAS préconise d'utiliser les seuils de risque actuellement en vigueur dans les recommandations spécifiques concernant les dyslipidémies (et notamment les valeurs de LDL et HDL cholestérol de préférence au cholestérol total) et précise que la dyslipidémie ne constitue pas une contre-indication absolue définitive, sous réserve d'un retour à la normal des paramètres lipidiques.

Concernant les modalités de dépistage, la HAS préconise de pratiquer un bilan dans les 3 à 6

mois qui suivent l'initiation de la contraception « *pour une femme sans antécédent personnel ou familial de maladie métabolique ou thrombo-embolique, qui ne fume pas et dont l'examen clinique est normal* »(21).

En cas d'antécédent familial d'hyperlipidémie, voire en cas d'obésité, la HAS préconise qu'un bilan soit réalisé au préalable à l'initiation du traitement afin de pouvoir dépister une hypertriglycéridémie, considérée comme une contre-indication absolue aux oestroprogestatifs. Il y a donc hors les cas rares d'hypertriglycéridémie familiale, un grand nombre de situations limites qui doivent être examinées au cas par cas, en fonction de la présence d'autres facteurs de risque.

Les dyslipidémies constituent donc un facteur de risque vasculaire important mais hautement dépendant des valeurs des paramètres dans un contexte donné et notamment des valeurs de LDL et HDL-cholesterol. Dans le cadre du risque cardio vasculaire, l'évaluation de ces paramètres doit se faire, en l'état actuel des connaissances, selon les seuils préconisés par les recommandations de l'AFSAPS(36). Le risque de pancréatite est à prendre en compte en cas d'élévation majeure du taux des triglycérides.

g- Diabète

En tant que facteur de risque cardiovasculaire, le diabète se surajoute au risque thrombotique artériel de la pilule oestro progestative.

Une étude a montré que le risque de survenue d'IDM était plus du double du produit de leur risques relatifs respectifs (15).

Il est établi que la contraception oestro-progestative a un effet certain mais modeste sur l'équilibre glycémique, dépendant surtout de la nature et de la dose du progestatif utilisé (2). Les progestatifs de troisième génération ont des effets comparables à ceux décrits pour les progestatifs de deuxième génération (tout au moins chez la diabétique de type 1), avec lesquels on observe une augmentation de l'insulino-résistance mais sans effet notable sur l'équilibre glycémique(22). En pratique, une augmentation de la survenue des complications du diabète sous oestro-progestatifs est plausible mais les études disponibles n'ont pas pu mettre en évidence une élévation du nombre de ces complications (6).

En conséquence, *en l'absence de complications et de facteurs de risque surajoutés*, le choix de la contraception doit être personnalisé en tenant compte de l'ancienneté du diabète : en cas de diabète de type I on privilégie quand cela est possible une contraception non hormonale(6). Si la contraception hormonale est la seule acceptable alors les oestro-progestatifs, peuvent être utilisés si le diabète évolue depuis moins de 15 ans.

Pour le diabète de type 2, la HAS ne distingue pas d'attitude spécifique mais l'ALFEDIAM (Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques) ainsi que l'article de synthèse la Revue du Praticien, considèrent le diabète de type 2 comme une contre-indication absolue à toutes les formes de contraception oestro-progestative combinée.

Enfin selon la HAS, un antécédent de diabète gestationnel ne peut constituer une contre-indication à la prescription d'oestro-progestatifs, aucune étude n'ayant montré de lien avec l'apparition ultérieure d'un diabète ou d'événements cardiovasculaires(2).

Le diabète représente un facteur de risque cardio-vasculaire majeur mais ne constitue pas une contre-indication formelle aux oestro-progestatifs, dans la mesure où il n'existe pas de complications vasculaires et si l'équilibre glycémique le permet.

C- Synthèse

Après cette revue des facteurs de risque, il nous est apparu un relatif consensus des différents référentiels sur les situations faisant courir un risque inacceptable ou ayant un rapport bénéfice-risque défavorable pour les utilisatrices. Ces situations sont considérées comme contre-indications absolues dans les guides français et canadiens ou encore classé UKMEC 3 ou 4 (United Kingdom Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use) selon les recommandations britanniques.

Concernant les facteurs de risques veineux :

- l'existence d'un antécédent personnel de maladie thrombo-embolique ou d'une thrombophilie réelle doit proscrire la COP.
- la suspicion d'une hérédité sur la base d'une histoire familiale évocatrice doit faire l'objet d'investigations si une COP est souhaitée.

Quant à l'existence d'un ou plusieurs antécédents familiaux au premier degré d'accident thrombotique veineux précoce (45 ou 50 ans), l'HAS reste floue sur l'opportunité d'un bilan complémentaire et sur la possibilité d'une COP alors que le RCOG reconnaît un rapport bénéfice risque défavorable.

Le sur-risque est également jugé inacceptable dans le post-partum, le post-abortum, en cas de chirurgie ou d'immobilisation prolongée.

Concernant le risque artériel :

En dehors du tabagisme, la présence de facteurs de risques cardiovasculaires non contrôlés constitue une contre- indication absolue.

En France, l'existence d'une HTA confirmée constitue une contre- indication absolue définitive (contrairement au référentiel canadien).

Pour la dyslipidémie, la COP est autorisée dans les limites normales des paramètres lipidiques. Concernant le diabète, les autres solutions sont généralement privilégiées, et la COP rigoureusement proscrite en cas de complications ou de facteurs de risques associés.

La migraine avec aura est également une contre-indication absolue dans tous les référentiels.

Ces différentes situations sont résumées dans les tableau 7a et 7b.

Tableau 7a: Situations contre-indiquant de façon absolue la contraception oestro-progestative du fait d'un niveau de risque inacceptable:

Risques veineux	Antécédent(s) personnel(s) de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire
	Existence démontrée ou suspectée de maladies à risque thrombogène élevé (thrombophilie, connectivites)
	État à risque thrombogène transitoirement élevé (ex: immobilisation prolongé, post-partum)
	Association de plusieurs facteurs de risques relatifs tels que présentés dans le tableau 7b
Risque artériel	Antécédent(s) personnel(s) de coronaropathie ou d'artériopathie à risque thrombotique artériel (Infarctus du myocarde, angor, AVC...) ou de cardiopathie emboligène
	Dyslipidémie avec perturbations des paramètres supérieures aux seuils applicables, c'est à dire non ou insuffisamment contrôlés par mesures diététiques ou thérapeutiques
	Diabète de type I ou II déséquilibré ou compliqué (hors rétinopathie) voire de longue durée d'évolution
	Hypertension artérielle
	Migraine avec aura, ou présentant des caractères de sévérité et/ou d'aggravation sous traitement
Autres risques	Antécédent(s), présence ou suspicion de cancer gynécologique hormonosensible
	Hépatopathies sévères, tumeurs hépatiques bénignes ou malignes

Tableau 7b: Situations nécessitant une évaluation personnalisée du risque:

Risques veineux	Antécédents familiaux de thromboses veineuses profondes précoces (avant 50 ans) ou fréquentes. Antécédents personnels ou familiaux de pathologie veineuse sans événements thrombotiques (Insuffisance veineuse profonde, superficielle, varices...) Obésité , sédentarité majeure.
Risques artériels	Antécédents familiaux d'événements thrombotiques artériels Tabagisme actif Age supérieur à 35 ans Migraine simple, non aggravée sous traitement Dyslipidémie équilibrée en fonction des seuils applicables Diabète sans complications micro ou macro-angiopathiques, équilibré, récent.

D-Place du médecin généraliste et justification du projet

Place du médecin généraliste

La pilule est un moyen contraceptif largement connu et diffusé, et fait souvent l'objet d'une demande pressante. Le médecin est tenu à une double obligation : répondre aux attentes de la patiente et satisfaire ses propres critères de jugement en terme de bénéfice-risque.

Le médecin généraliste, premier recours pour les soins, est souvent le premier interlocuteur des femmes en demande de contraception, ou à défaut un intervenant dans le suivi du bon déroulement de celle-ci, qu'il soit ou non le prescripteur initial de la contraception, et quelque soit son implication dans le suivi gynécologique.

Or la nécessité d'une approche transversale à la fois dans le champ médical et psychosocial, place le médecin généraliste dans une situation privilégiée, non seulement pour déterminer le mode de contraception adéquate en terme d'acceptabilité, mais également en terme de bénéfice-risque.

La pilule représente donc, du point de vue de la médecine générale, un modèle de décision intéressant à étudier puisqu'il nécessite la prise en compte de multiples éléments de l'environnement tirés de l'observation et de l'écoute (volonté de la patiente), des données des recommandations et de la littérature, mais aussi des représentations plus subjectives du praticien issues des échanges ou de la pratique. En outre, il existe un devoir d'information des risques ; cette information doit être à la fois spontanée et répondre aux besoins d'information spécifiques de la patiente.

Objectif

L'objectif de cette étude est de *connaître l'approche par les médecins généralistes des situations à risque telles qu'elles se présentent en médecine générale, plus particulièrement les éléments objectifs et subjectifs qui président au choix concerté de la méthode contraceptive par le médecin et la patiente.*

Ces éléments incluent les données issues de la littérature scientifique (recommandations en vigueur, articles scientifiques), mais aussi des données plus subjectives issues de la pratique du médecin ou de son vécu propre, en tant qu'elles peuvent influencer son attitude vis-à-vis de la contraception.

Cet objectif se décline en trois questions qui ont été les fils conducteurs de notre analyse et qui ont servi à l'élaboration du guide d'entretien:

- Comment le médecin identifie-t il les situations à risque?
- Comment adapte-t' il sa prise en charge en fonction du risque estimé?
- Quelle vision porte-t' il sur son intervention?

II- Matériel et Méthodes

Cadre général

La méthode qualitative est une technique d'investigation couramment utilisée dans les sciences sociales, ou dans d'autres domaines touchant à l'activité humaine (anthropologie, ethnologie, marketing). On peut la définir comme une analyse d'informations issues d'un domaine d'activité qui constitue l'objet de l'étude, ce recueil se faisant d'une manière non assujettie à des variables pré-établies qui constituent l'axe de la recherche quantitative(28).

Ce sont les modalités du recueil, ainsi que les techniques d'analyse du contenu qui constituent la base de la méthode. Elles fournissent un matériau d'observation qui peut être utilisé, par exemple, pour confronter certaines données théoriques à la réalité pratique de leur mise en œuvre. C'est notamment le cas lorsqu'il s'agit de situations complexes qui ne peuvent être décrites par un nombre limité de variables.

L'entretien de recherche est « *un entretien entre deux personnes, un interviewer et un interviewé, conduit et enregistré par l'interviewer ; ce dernier ayant pour objectif de favoriser la production d'un discours linéaire de l'interviewé sur un thème défini dans le cadre d'une recherche* » (26).

On distingue 3 sortes d'entretiens qui diffèrent essentiellement par le type et la fréquence des interventions de l'interviewer.

L'*entretien non directif* a pour principe de laisser le plus de liberté possible à l'interviewé, invité à s'exprimer sur un thème donné. Il n'y a pas de questions qui orientent le cours de l'entretien, seulement des interventions ponctuelles de l'interviewer qui visent à préciser ou éclaircir un point donné.

L'*entretien directif* se présente comme un interrogatoire ou questionnaire, où l'interviewé est invité à répondre à une série de questions prédéfinies, et dans la limite de celles-ci.

L'*entretien semi-directif* est un mode d'entretien qui s'appuie sur une série de thèmes, dont la chronologie est préalablement définie dans un guide, mais qui ne sont que la trame de l'échange et le champ global des réponses attendues, celles-ci pouvant varier d'une personne à l'autre.

Cadre de l'étude

La formulation d'une ou plusieurs hypothèses est souvent à l'origine d'un travail d'investigation qualitatif. Cette ou ces hypothèse(s) n'anticipe(nt) pas les résultats attendus mais définissent un certain cadre théorique que les éléments de l'enquête viendront éventuellement appuyer. Alternativement, ces éléments pourront orienter la réflexion dans une autre direction que celle de l'hypothèse de travail(26).

L'hypothèse de travail est que la perception et l'approche du risque en matière de contraception orale, est variable dans la population des médecins généralistes, (en dehors des situations de contre-indications formelles qui sont l'objet d'un consensus), que cette perception est à l'origine d'attitudes diverses dans la pratique médicale au quotidien.

Lors de consultations pour contraception, qui correspondent à des situations « à risque », en dehors des données objectives - notamment celles de la littérature (recommandations) et celles de l'anamnèse - de nombreux paramètres plus subjectifs interviennent pour aboutir à la décision de prescription ou non prescription.

Le but ici est d'identifier l'ensemble des facteurs ainsi que leur poids respectif dans la prise de décision. Connaître ces facteurs pourrait alors permettre de mieux cerner les enjeux de la consultation dédiée à la contraception en médecine générale et constituer ainsi une aide à l'amélioration des pratiques en pointant les obstacles à l'utilisation optimale de critères médicaux comme l'évaluation de balance bénéfice-risque, dans la décision du prescripteur.

Dans les différents facteurs subjectifs recherchés, il y a les représentations des risques par le médecin.

Les représentations des différents risques du point de vue du prescripteur constituent le socle de leur pratique quotidienne en matière d'évaluation individuelle du risque.

Par ailleurs, les éléments circonstanciels qui, dans le colloque singulier, peuvent influencer sur ses actes positifs (prescription, conseil, mise en garde...) ou négatifs (refus, non délivrance de certaines informations...) sont également importants à identifier.

Comment ces éléments peuvent influencer en retour sur les représentations?

Mise en œuvre pratique de la méthode

Le choix d'une méthode qualitative d'évaluation était déterminant afin d'obtenir un aperçu aussi complet que possible des différentes approches de la prise en charge du risque. Ce risque, au sens large, représente la synthèse subjective des différents risques spécifiques.

A d'abord été évoquée la possibilité de réaliser cette étude sous forme d'un questionnaire, mais un tel questionnaire en apparence plus simple, aurait été difficile à formuler sans risquer un grand nombre de réponses « vides » du fait de la spécificité des intérêts et pratiques de chacun, ou au contraire d'obtenir des réponses trop codifiées à des questions communes et peu pertinentes, s'apparentant à un audit de pratique ou encore à rechercher la conformité ou non d'une pratique vis-à-vis de certains standards, ce qui n'était pas du tout l'objectif de cette étude. Un entretien non directif aurait été possible, mais avec un risque de manque d'homogénéité dans l'étendue des réponses.

Nous avons donc fait le choix d'un mode d'entretien semi-dirigé articulé autour de thèmes sur la gestion du risque au cours du colloque singulier dans le domaine de la contraception.

Choix des médecins (population)

« Le but n'est pas d'obtenir un échantillon représentatif issu d'une population mais plutôt d'identifier des groupes spécifiques de personnes qui soit possèdent des caractéristiques soit se trouvent dans les circonstances relevant du phénomène social étudié » (29).

La méthode qualitative s'attache à la compréhension des mécanismes qui déterminent les attitudes ou les comportements davantage qu'à la mesure, ou à la production de données quantifiables. De ce fait, l'échantillon ne répond pas à une exigence de représentativité de la population générale mais doit si possible servir l'intérêt de l'étude en apportant une diversité assez importante par le recrutement choisi de médecins aux caractéristiques socio-démographiques variées et aux domaines d'intérêts variables (dans le champ médical et de la médecine générale).

La population choisie dans le cadre de cette étude était constituée uniquement de praticiens exerçant la médecine générale. Nous avons fait en sorte que la composition de notre échantillon de médecins comprenne différents modes d'exercices de cette spécialité (seul/en cabinet de groupe/en maison de santé), ainsi que des zones géographiques différentes (rurale/semi-rurale/urbain). En outre, les médecins interrogés étaient de sexes différents et issus de différentes classes d'âge. Enfin, nous avons choisi les médecins de telle sorte que leur degré d'intérêt pour la contraception ne soit pas a priori le même. Nous les avons classés dans le tableau 8, en fonction de l'affinité qu'ils avaient, de leur propre point de vue pour la gynécologie et/ou la contraception, ainsi que la part que cette activité représente dans leur pratique globale.

Tableau (8) Panel de médecins interrogés pendant notre étude:

Médecin	sexe	Type et Lieu d'exercice		Type d'activité (+activité régulièrement pratiquée)
1	H	seul	rural	Médecine générale
2	H	Groupe	semi-rural	Médecine générale
3	H	seul	semi-rural	Médecine générale, counseling, dépistage
4	F	seule	semi-rural	Médecine générale, counseling, dépistage
5	F	Maison de santé	Semi-rural	Médecine générale, dépistage et suivi gynécologique
6	H	seul	rural	Médecine générale
7	F	seule	urbain	Médecine générale, dépistage et suivi gynécologique, maître de stage
8	H	groupe	semi-rural	Médecine générale
9	H	seul	urbain	Médecine générale
10	F	Maison de santé	rural	Médecine générale, dépistage et suivi gynécologique, maître de stage
11	H	Maison de santé	rural	Médecine générale, dépistage et suivi gynécologique, maître de stage

III RESULTATS ET ANALYSE

1- Investigations

Accueil de la démarche

En tout, 14 médecins ont été sollicités pour participer, la demande s'est faite après une présentation succincte et standardisée au téléphone :

« Bonjour, je suis Vincent Devoti, Médecin remplaçant, je réalise un travail de recherche dans le domaine de la contraception, le but étant de connaître le ressenti et le vécu des médecins généralistes sur le risque de la contraception orale/ la manière dont les situations à risque sont gérées en médecine générale . De façon pratique, il s'agit d'entretiens de 20 à 30 minutes qui seront enregistrés pour les besoins de l'étude. Les résultats de cette étude seront présentés de façon anonyme ».

Dans l'ensemble, la démarche a été accueillie favorablement avec seulement un refus pour des problèmes de temps.

A noter que deux entretiens sur 13 n'ont pu être retranscrits en raison d'un problème technique.

Déroulements des entretiens

Les entretiens ont duré entre 14 et 32 minutes.

Ils ont tous été réalisés au cabinet du praticien.

Ils se sont déroulés en l'absence de tierce personne sauf dans un cas où un stagiaire a été présent mais n'est pas intervenu.

Dans la plupart des cas, ces entretiens se sont déroulés à la fin de la plage de consultations du médecin, en fin de demi-journée.

Aucun entretien n'a du être écourté pour des motifs de temps.

Parfois, de brefs appels téléphoniques ont interrompu les entretiens.

Tous les entretiens ont été enregistrés.

Les questions posées directement au médecin n'étaient que l'évocation des thèmes du guide d'entretien, enrichies parfois pendant l'interview par les éclaircissements demandés ou par les remarques apportées spontanément par les médecins.

Le guide d'entretien était articulé autour des 5 thèmes suivants :

A propos de la contraception orale oestro-progestative :

1. Situations à risque rencontrées en consultation.
2. Difficultés éventuelles soulevées par certaines situations : inadéquation, contre-indication.
3. Craintes ou appréhensions en rapport avec certains effets indésirables ou certaines complications, réellement survenus ou non.
4. Limites ou obstacles rencontrés ou ressentis, dans la prévention du risque.
5. Appréciation du rôle spécifique du médecin généraliste dans la prévention de ce risque.

Les thèmes se recoupant partiellement, la structure des entretiens était rarement linéaire même si chacun des thèmes a été abordé.

La première question a pu faire l'objet d'incitations lorsque certains facteurs de risque n'étaient pas abordés directement par le médecin.

Les questions 2 et 3 ont souvent été abordées indistinctement avec la 1ère, introduites par les réponses des médecins.

Retranscriptions

Les entretiens ont pu être retranscrits à partir des enregistrements. Il s'agissait d'une retranscription littérale des échanges, respectant autant que possible les pauses et les silences. Nous avons signalé aussi les accélérations du débit verbal, ou au contraire les hésitations, « hémimage », rires et autres manifestations non verbales que nous avons pu remarquer.

La lecture des entretiens s'est faite dans un premier temps de façon linéaire, afin de lister les éléments de réponse qui allaient constituer les matériaux de notre étude. Puis ces éléments ont été triés afin de les regrouper sous des thèmes en rapport avec notre question de recherche.

Enfin, les thèmes retenus ont permis d'établir une grille d'analyse transversale, permettant l'étude comparative des différents entretiens entre eux.

2- Analyse par entretien

Entretien n°1

Le premier médecin est un homme d'environ 58 ans et qui exerce seul, son cabinet est situé dans le centre d'un village d'environ 1500 habitants, en milieu rural. Il évoque en premier lieu le souvenir d'une jeune patiente de 24 ans chez qui il a diagnostiqué une TVP alors qu'elle était sous contraception.

Le risque veineux thrombo-embolique est évoqué de prime abord et rapidement dans l'entretien. Il décrit un événement chez une de ses patientes d'une vingtaine d'années ayant fait un accident thrombo-embolique veineux cérébral, dans un contexte de risques multiples associant tabac-et contraception hormonale. L'accent est mis sur le *jeune âge des patientes*, et sur *l'impact produit par le survenue d'un tel incident*.

Concernant le risque cardiovasculaire, il souligne l'augmentation significative du risque entre 40 et 45 ans mais de façon théorique «*oui, je pense que c'est là qu'on doit rencontrer le maximum de risque*». Ses réponses montrent qu'il ne cherche pas forcément à orienter le choix des patientes en pré-ménopause indemnes de facteurs de risque. Par contre, il laisse une grande place aux explications et aux conseils hygiéno-diététiques, ainsi qu'à la prévention des facteurs de risques.

Entretien n°2

Le médecin 2 est un homme exerçant en cabinet de groupe dans une conurbation d'environ 6000 habitants, il est âgé de 55 ans. Il ne signale pas avoir rencontré de complications ou d'effets indésirables graves sous pilule. Pour lui, l'évaluation du risque est un temps

nécessaire, à l'initiation de la pilule et de temps à autre comme une « *piqûre de rappel* ». Le tabagisme et le risque veineux sont mis en avant. Le statut lipidique semble particulièrement important mais surtout « *s'il est catastrophique* », les perturbations légères à modérées sont plus des éléments de suivis, qui seront l'objet de conseils d'ordre hygiéno-diététique.

Ce temps est bref mais suffisant et se veut un screening rapide qui ne doit pas dépasser quelques minutes sauf dans le petit nombre de cas où il convient « *d'aller plus loin* ».

Concernant le tabagisme, il fait état d'une diminution chez ses jeunes patientes mais tout en considérant avoir lui même peu d'impact en terme de prévention.

Enfin, la collaboration avec le gynécologue est habituelle, plus fréquente que par le passé; celui-ci constitue un recours ou deuxième avis en cas de désaccord, ou si l'usage de la pilule s'avère problématique.

Entretien n°3

Le troisième médecin est un homme âgé de 62 ans, qui exerce avec un collaborateur libéral, en milieu semi-rural.

Sa patientèle est composée pour une bonne partie de personnes d'un milieu social plutôt défavorisé. Dans ce cadre, il explique qu'il constitue un recours fréquent pour la contraception et également dans le suivi gynécologique.

Selon lui, les risques de la contraception orale doivent être mis en balance avec les risques d'échec prépondérant dans cette catégorie de population. D'où l'importance de proposer rapidement des solutions alternatives en cas d'inadéquation de la pilule. L'acceptation de la méthode paraît la priorité chez ce médecin au vu des risques d'IVG. Seules les contre-indications absolues sont un obstacle sérieux à leur prescription, à savoir parmi les risques évoqués et dans cet ordre d'importance : les antécédents thrombo-emboliques veineux, cardiologiques (thrombotiques artériels, HTA), la dyslipidémie, le diabète et le tabagisme en tant que facteur aggravant lorsqu'il se trouve associé à d'autres.

La notion de risque ici est donc indissociable du risque d'échec (bon usage, acceptabilité) qui doit toujours être évalué lors du choix du contraceptif afin de maintenir une relation de confiance avec la patiente.

Le médecin généraliste occupe donc du point de vue de ce médecin une place privilégiée, par sa connaissance du terrain, du contexte social, culturel, religieux... La pédagogie du risque est essentielle même si les moyens d'information ne manquent pas. Les facteurs de risque étant souvent connus, un complément d'information est tout de même nécessaire.

« *Souvent, elles viennent quand elles n'ont pas compris quelque chose* ».

Entretien n°4

le médecin 4 est une femme de 45 ans, exerçant en milieu péri-urbain, elle exerce seule suite au départ de son associé. Elle a une activité de contraception et de suivi gynécologique modérée mais constante. Elle reconnaît, compte tenu des circonstances, manquer de temps pour «discuter».

Malgré cela, elle dit procéder à chaque première prescription à un interrogatoire approfondi sur les antécédents et s'enquérir régulièrement de la consommation de tabac. Concernant les facteurs de risque relatifs, elle procède par synthèse transversale des éléments recueillis par l'anamnèse afin de déterminer un profil de risque individualisé. Le problème du tabagisme est abordé en parallèle ou au décours de la consultation pour contraception et son arrêt ou sa

diminution est évoqué et peut donner lieu selon les cas à des mesures d'aide au sevrage. Souvent le suivi se fait en parallèle ou en coopération avec le gynécologue ou pour des poses d'implants. Pour des raisons de temps et d'organisation, le suivi de la contraception se fait souvent de manière conjointe et alternée. Occasionnellement, l'avis gynécologique est requis en cas de désaccord franc avec la patiente au titre de deuxième avis.

Entretien °5

Le médecin 5 est une femme de 47 ans exerçant en maison de santé, en milieu semi-rural. Son panel d'activité inclut le suivi gynécologique. Cette praticienne évoque d'emblée plusieurs événements survenus dans sa patientèle qui l'ont marquée, dont en particulier une embolie pulmonaire sévère chez une jeune fille de 18 ans.

Pour elle, le tabagisme constitue le problème numéro un à tout âge mais surtout chez les jeunes du fait qu'il se trouve à l'origine de tous les incidents qu'elle décrit, tabagisme modéré de surcroît. Elle tend à relativiser l'impact de ces événements sur sa pratique, si ce n'est une vigilance accrue par rapports aux antécédents veineux thrombo-emboliques.

Son approche de la contraception est centrée sur l'écoute de la patiente, selon son âge et ses besoins. Chez les jeunes, la gestion des risques en amont est préférée lorsque la contraception ne s'impose pas de façon urgente. Pour les femmes en fin de période d'activité génitale, la nature de la contraception est abordée de façon prioritaire de façon à orienter vers le type de contraception qu'elle juge plus adapté.

Entretien n°6

le médecin 6 est un médecin de 60 ans exerçant seul, en milieu rural. Sa patientèle est en moyenne plutôt âgée. Pour lui, les situations problématiques se situent surtout aux âges extrêmes de la période d'activité génitale, périodes de transition. Il évoque la dilution de la prise en charge entre les différents intervenants (planning familial, gynécologue, médecin généraliste). L'activité dans le domaine gynécologique se limite à la prescription de contraception orale. Il dit ne jamais avoir eu de problèmes avec ses patientes à risque. Son approche est plutôt pragmatique et se fonde sur une négociation avec la patiente. Il utilise des termes comme « *il faut se battre* », « *bagarre* », « *menace* », témoignant d'une approche basée sur la confrontation. On note l'utilisation de termes forts pour qualifier le tabagisme des jeunes patientes sous pilule « *elles jouent à la roulette russe* ». Concernant l'association tabac-pilule on note toutefois, dans le cadre de sa pratique, que celles-ci sont confrontées à un choix différé (à partir de 35 -40ans).

Sur l'information elle-même, on note une certaine attitude de retrait face à la responsabilité de la patiente. Il est intéressant de noter que la volatilité de l'information orale délivrée par un médecin « *qui n'a pas l'aura d'un gynécologue* » est parfois perçue comme contre-productive « *elles entendent ce qu'elles ont envie d'entendre même si on insiste* ». Le médecin, devenu simple conseiller, est libre d'être entendu ou pas.

Au final il apparaît que la demande de contraception est plus une occasion, une « *perche tendue* » pour aborder en eux-mêmes les facteurs de risque.

Entretien n°7

Le médecin 7 est une femme exerçant seule en milieu urbain, son expérience et son intérêt dans le domaine de la gynécologie lui permet un recours facile à d'autres modes contraceptifs même en l'absence de contre-indication formelle à la forme orale, le tout étant de persuader la patiente du bien fondé ou de l'utilité des autres méthodes à disposition. «*Je sais convaincre quand c'est nécessaire* ». Elle explique que, hors situation exceptionnelle, on ne peut pas faire courir un risque inutile en cas de doute, comme en cas d'incertitude sur les antécédents thrombo-emboliques familiaux.

Elle préconise souvent le stérilet chez les obèses, les microprogestatifs chez les migraineux, même si elle n'a pas d'attitude codifiée en la matière. Il convient avant tout d'écouter la patiente et de comprendre ses motivations. La prévention des facteurs de risque est discutée au décours de la consultation, une fois choisie la contraception appropriée.

D'une façon quantitative, la part de son activité dédiée à la contraception s'est réduite du fait de la présence de gynécologues à proximité, mais le suivi de ses patientes ainsi que la prévention et la gestion des risques restent qualitativement identiques et, fondamentalement de son ressort exclusif, même si le recours au spécialiste est nécessaire pour des actes techniques (implants..).

Entretien n°8

Le médecin 8 est un homme de 46 ans travaillant en cabinet de groupe en milieu semi-rural. Son activité dans le domaine de la contraception est plutôt restreinte du fait de la présence, dans l'hôpital voisin, d'un planning familial. De fait, il n'est que rarement sollicité pour une mise en route de contraception.

Même si son approche est plutôt prudente vis-à-vis des facteurs de risque, ses préoccupations concernent les jeunes dont la demande de première contraception est souvent pressante. Il y a parfois nécessité de prescrire malgré une connaissance incomplète du terrain, tels que les antécédents familiaux, la réalité et l'importance du tabagisme, un problème métabolique etc...

Il existe aussi une forte préoccupation concernant l'inobservance et le risque de grossesse ce qui le pousse à conseiller des contraceptions non orales dans un certain nombre de cas, en particulier dans certaines situations à risque.

Entretien n°9

Le médecin 9 est un homme de 40 ans exerçant en milieu urbain. Son activité en matière de contraception est très limitée et dans la pratique se réduit à la prescription et au renouvellement de pilule et un peu de conseil.

Il signale des incidents thrombo-emboliques survenus sous pilule chez des jeunes femmes sans prédisposition ni facteur de risque identifiés hormis le tabagisme d'après ses souvenirs. Son approche est assez pratique et basée sur les habitudes de la patiente.

Le recours au gynécologue est assez fréquent en cas de terrain à risque, ou d'intolérance en vue d'une contraception alterne. Il se dit volontiers enclin à «*passer la main* » en cas de terrain vasculaire artériel ou veineux ou de troubles métaboliques.

Entretien n° 10

Le médecin 10 est une femme exerçant en maison de santé en milieu rural. Elle témoigne d'un intérêt important pour la contraception et se dit à l'aise avec les patientes à risque, avec lesquelles elle ne rencontre pas de problèmes décisionnels particuliers. Elle a une approche des facteurs de risque très systématisée mais reconnaît que concernant les contre-indications relatives, la prescription se fait parfois au jugé (multiplicité des facteurs de risque) ou au terme d'une négociation (engagement à réduire la consommation de tabac).

La démarche tant sur le plan de la contraception que de la prise en charge des facteurs de risque est basée sur la discussion et la négociation. Une préoccupation première est que le choix du contraceptif et l'information délivrée au cours de la consultation, soient partagés avec la patiente. Il convient selon elle « *d' être simple et concis* » et ne pas hésiter à répéter les messages notamment concernant le tabac, par une évaluation périodique de la consommation.

Entretien n°11

le médecin 11 est un homme, maître de stage, travaillant en maison de santé en milieu rural. Il est particulièrement intéressé par la contraception et possède une expérience assez vaste dans ce domaine incluant la pose et le retrait d'implants, le suivi gynécologique.

Son approche est systématique et s'appuie de façon rigoureuse sur les recommandations. Concernant le risque thrombo-embolique et les antécédents familiaux, il reconnaît une part de subjectivité dans l'anamnèse; la répétition d'événements dans la famille ou une histoire de phlébites « *un peu bizarre* » doivent attirer l'attention et éventuellement faire pratiquer un bilan d'hémostase, situation très rare quand même. De même des contre-indications relatives qui doivent être « *prises en compte* » mais ne doivent pas conduire à un blocage. Le problème du tabagisme est abordé distinctement et n'est pas suspendu à la question de la contraception. Il stigmatise quelque peu les praticiens qui refusent de donner une pilule sous le prétexte d'un tabagisme avant 35 ans ou à contrario la prescrivent sans problème en cas de migraine avec aura.

D'une façon générale, il considère son rôle comme essentiel du fait de l'absence de gynécologue à proximité. En outre il souligne une bonne connaissance des patientes qui parfois rend l'interrogatoire « *presque inutile* » et le place ainsi dans une situation privilégiée en matière de prévention des risques.

3- Analyse thématique transversale

La relecture des entretiens a permis de dégager plusieurs thèmes d'analyse. Ces thèmes rejoignent ceux du guide d'entretiens, mais restitués selon un ordre et une logique propres aux approches et aux options des médecins interrogés. Nous avons essayé dans cette partie de restituer les éléments communs et surtout les divergences observées dans le contenu et dans la forme, par une analyse thématique transversale.

A- Identification et approche des situations à risque

Dans un premier temps, les médecins ont été interrogés sur les situations à risque rencontrées au cabinet. Plusieurs médecins ont relevé l'ambiguïté de la question distinguant clairement les situations soulevant des problèmes décisionnels dans la stratégie de choix de la méthode contraceptive des situations comportant des risques clairement identifiés ne posant parfois pas de problèmes du fait d'une réponse adéquate et codifiée. Nous n'avons pas souhaité lever au premier abord cette ambiguïté afin de permettre au médecin de s'exprimer librement sur les préoccupations qui sont les siennes.

a- Facteurs de risque veineux et thrombo-emboliques

Les facteurs de risque tant individuels que familiaux ont été évoqués par la totalité des médecins interrogés. Ces facteurs de risque étaient recherchés à l'interrogatoire, mais ne faisaient pas, ce conformément aux recommandations, l'objet d'un examen biologique de dépistage spécifique à une exception près.

« Il y en a une qui me vient immédiatement à l'esprit: c'est une petite jeune qui avait déjà fait une phlébite, à l'âge de 24 ans.. elle a fait une phlébite ,oui... » Médecin 1

« Antécédent vasculaire veineux surtout... » Médecin 2

« Cela fait 20 ans que j'exerce mais cela fait mal d'avoir des jeunes entre 18 et 20 ans qui font une embolie pulmonaire , on n'est pas à l'aise. » Médecin 5

Ces exemples, parmi d'autres, montrent que les médecins généralistes sont particulièrement sensibilisés à ce risque, que ceux-ci aient eu ou non à faire face à des complications.

En outre, on note que les médecins interrogés signalant de prime abord des complications veineuses thrombo-emboliques, soulignent le jeune âge des patientes concernées, ainsi que le caractère imprévisible de ces accidents. La survenue de tels événements dans ces circonstances fait émerger un sentiment de malaise voire de culpabilité : « *on est mal* » (médecin 5), « *ça fait drôle quand on vous annonce une hémiplégie* » chez une jeune femme de 20 ans » (médecin1)

Le caractère rétrospectif de la découverte d'un lien avec la contraception semble encore majorer l'impact émotionnel de l'événement sur le prescripteur.

Parmi les médecins ayant effectivement décrit des complications dramatiques de type

embolies ou thromboses veineuses cérébrales, il est intéressant de noter que le tabac semble être perçu comme un facteur principal au même titre que la pilule, au détriment des autres facteurs de risques, que ceux-ci soit connus ou cachés.

Par exemple, le rôle des prédispositions individuelles est peu évoqué ou de manière assez floue: « *oui, il y avait eu des problèmes veineux* » ou « *des antécédents familiaux cardiovasculaires* » (Médecin 1), sans plus de précisions.

Les médecins qui ont signalé avoir eu des accidents veineux thrombo-emboliques chez leurs patientes mettent en avant le jeune âge des patientes et la coexistence d'un tabagisme. Il existe un impact émotionnel certain, qui tend peut-être à surestimer le rôle de certains facteurs en particulier la pilule et le tabac au détriment d'autres.

« *Avez vous eu des cas, enfin des situations de complications* »

- *non pas du tout,*
- *même pas de phlébites?*
- *Non j'ai eu des cas de femmes avec des phlébites et qui étaient sous pilule*
- *mais pas directement imputable à la pilule?*
- *Non, non c'était un facteur retrouvé dans les étiologies* » Médecin 8

Dans le cas du médecin 8, il ne fait pas état de complications dans un premier temps mais signale après demande de précisions, qu'il a effectivement eu des cas de phlébites chez des femmes sous pilules. Ici, la pilule est considérée « *comme facteur étiologique parmi d'autres* »,

En fait, la bénignité de l'épisode veineux le rend peu intéressant à évoquer comme effet secondaire de la pilule.

« *Je vous cite un exemple : une jeune fille qui vient pour une prescription de pilule – je ne sais plus quel âge- entre 20 et 30 ans, on va dire, qui avait déjà bénéficié d'une contraception genre Trinordiol.. et qui m'apprend que sa soeur, jeune, vient de faire une embolie pulmonaire et qu'elle a une anomalie au niveau d'un facteur de coagulation (mutation du facteur V)..* » médecin 4

A noter que le médecin 4 qui n'a pas signalé d'évènements dans sa patientèle propre, relève la découverte d'une anomalie de la coagulation dans la famille d'une nouvelle patiente ayant préalablement reçu des oestrogénostatifs, situation où l'anamnèse est importante même si comme elle l'explique plus loin la patiente n'était pas porteuse de la mutation. En dehors de ce cas précis où la nature de la prédisposition familiale est connue, la recherche de thrombophilie, préalablement à la mise en route d'une contraception, ne fait pas partie de la démarche habituelle des médecins interrogés.

Chez d'autres tel le médecin 11, le risque est avant tout théorique, et statistiquement faible, la conduite de l'interrogatoire initial permettant d'écarter les situations douteuses au profit d'une autre contraception.

Pour d'autres, la situation n'apparaît pas aussi simple:

« Le souci, c'est quand on nous rapporte une phlébite chez un parent, si cela se produit, disons à un âge avancé on n'en tient pas trop compte, mais sinon on n'est pas toujours tranquille » Médecin 6

« Parfois il y a plusieurs incidents veineux chez plusieurs membres de la famille, dans ces cas là, je pense qu'il faut quand même pratiquer des investigations, ça nous rassure... mais bon..., si il y a un doute qui persiste je demande un avis spécialisé... » Médecin 5

On voit qu'il n'est pas toujours aisé d'établir un profil de risques, parce que l'hérédité ne peut être dans la grande majorité des cas que suspectée. L'appréciation reste souvent subjective et se fonde sur les antécédents et la clinique.

Dans l'ensemble, la question des prédispositions familiales pour la maladie veineuse thrombo-embolique fait l'objet d'une préoccupation importante de la part des médecins interrogés qui la placent au premier rang des situations à risque évoquées.

La pilule considérée comme facteur étiologique de la survenue d'un incident veineux thrombo-embolique a une pondération variable chez les médecins qui décrivent de tels incidents; lorsqu'elle est incriminée, c'est souvent son association au tabagisme qui est mis en avant.

En dehors des contre-indications absolues, l'évaluation de la prédisposition au risque veineux se fait de façon subjective, et ne se base pas sur des recommandations.

La reconnaissance objective a priori d'un élément factuel en faveur d'une prédisposition, tel qu'une anomalie de l'hémostase, revêt un caractère exceptionnel.

b- Le tabagisme

Perception du risque

Les réponses ont été assez proches concernant la problématique de l'âge et du tabac avec néanmoins des variations importantes concernant la question de la limite d'âge et sur la quantité de tabac.

C'est incontestablement le facteur de risque le plus mis en avant par les médecins interrogés souvent parallèlement au risque thrombo-embolique. Comme nous l'avons vu précédemment le tabagisme paraît souvent incriminé (peut-être en excès) dans les situations dramatiques où le pronostic vital est engagé.

D'autres, au contraire, s'appuyant sur les recommandations, tendent à minimiser la place du tabagisme comme facteur de risque isolé (médecin 11). De ce constat, comme nous le verrons ultérieurement au chapitre sur la prévention, découlent des stratégies différentes.

Alors que les recommandations de la HAS considèrent que le seuil de risque vasculaire devient significatif pour le clinicien à partir de 35 ans, il est intéressant de constater que certains généralistes, abordent la problématique tabac-pilule chez l'adolescente ou la femme jeune. Il s'agit -on peut le supposer- du risque veineux même si celui-ci n'est pas toujours explicité. Souvent, on préfère parler plus commodément de risque cardiovasculaire. On remarque que certains médecins exagèrent le risque théorique à dessein (cf. prévention).

Évaluation

4 médecins ont évoqué l'importance quantitative de la consommation de tabac. Le médecin 11 a évoqué une limite supérieure à 40 cigarettes (deux paquets) indépendante de l'âge. Dans tous les autres cas, le tabagisme n'a pas été abordé en terme quantitatif: ainsi, d'une manière générale, une consommation faible à modérée de cigarettes chez la femme jeune n'est pas regardée comme un problème immédiat en l'absence d'autres facteurs de risque associés.

Le question de l'âge relativement au tabac est abordée de différentes manières, sur la base de recommandations, les médecins 7, 10 et 11 s'appuient sur les recommandations pour le choix du contraceptif en rapport avec la limite de 35 ans, même si avant cet âge, la question du tabagisme est abordée souvent simultanément au problème de la contraception.

Pour d'autres (6,4,1), cette limite a surtout valeur d'indication pour le médecin, la limite étant extensive, l'essentiel étant d'amener progressivement la patiente à une décision (réduction puis arrêt du tabagisme), le passage à un autre moyen étant alors envisagé comme résultat d'un tabagisme irréductible.

La question de l'âge relativement au tabac est évoquée plus en détail dans le paragraphe 4.

Le tabagisme est un facteur de risque très prégnant dans la perception et l'évaluation du risque. La signification précise de ce risque (veineux ou artériel) n'est pas univoque et tend probablement à être surestimé en particulier chez les médecins qui ont décrit des événements thrombo-emboliques chez des utilisatrices de COP dans leur patientèle. L'évaluation du tabagisme est souvent binaire (oui ou non), même si la quantité de tabac fumé est parfois précisée. Quant à la durée ou encore au mode de consommation du tabac, ils ne sont pas apparus comme jouant un rôle déterminant dans l'évaluation du risque.

c- La migraine

Seulement 4 médecins sur 11 ont spontanément évoqué la migraine comme facteur de risque. Tous à l'exception de 2 (6 et 9) ont dit ne pas considérer la migraine sans aura comme une contre-indication éventuelle.

Les réponses sont à relativiser car elles ont été l'objet de malentendus et de contre-sens éventuels au cour des entretiens.

En effet l'analyse détaillée des résultats montre des discordances sur l'attention portée à la céphalée-symptôme selon que le médecin l'identifie ou non à une migraine, et selon que celui-ci s'appuie ou non sur les strictes recommandations.

Nous avons distingué dans les réponses quatre situations différentes qui expliquent l'hétérogénéité des réponses fournies:

- 1ère situation: migraine avec aura considérée seule comme contre-indication absolue, les autres migraines étant considérées facteur de risque relatifs (état des recommandations)
- 2ème situation: terrain migraineux reconnu mais selon intensité et/ou fréquence des symptômes et aussi leurs modifications sous traitement: existe-t-il une « migraine à risque », indépendamment de la question de l'aura ?

- 3ème situation : céphalées migraineuses déclenchées ou rythmées par la prise de pilule souvent facilement identifiables et considérées comme simple précaution d'emploi
- 4ème situation: céphalées-symptômes : inhabituelles et inquiétantes par leur intensité ou leur durée, pouvant faire redouter un événement neurovasculaire.

Dans le cas où le terrain migraineux est connu, les risques sont parfois difficiles à évaluer, et sources d'embarras de la part du médecin.

Cas du médecin n°3 : « .. y a des vraies migraines même des fois chez des toutes jeunes (entre 11 et 13 ans) qui passeront sous pilule qui vont poser l'indication de la pilule vers 15, 16 ans avec le petit copain..c'est parfois embêtant.. on peut se poser la question dans les grosses migraines (je parle de celles qui s'expriment de forte manière ou .. pas les petites migraines ou à caractère familial,..) ».

La fréquence et l'intensité des crises dans le cas de la migraine semblent être souvent des éléments déterminants dans le choix du médecin, les signes d'accompagnement étant rarement évoqués d'emblée. Ainsi le médecin 4 nous dit:

«..migraine.. ça suppose déjà qu'elle soit fréquente , qu'elle soit invalidante, c'est pas quelqu'un qui a une migraine une fois tous les tremblements de terre et puis... qui est sous traitement déjà. Quelqu'un qui est sous B-bloquants, je vais pas lui mettre comme ça des oestro-progestatifs.. ».

Au préalable, néanmoins, le médecin 4 évoque les difficultés diagnostiques qui se posent pour les patientes déjà sous pilule, le problème étant de reconnaître comme facteur de risque une situation qui n'était peut-être pas antérieurement connue, qui peut être banale ou banalisée par la patiente, la migraine étant considérée comme effet indésirable:

« .. eh bien j'ai des patientes qui étaient sous oestrogènes, on a arrêté les oestrogènes, et elles n'ont plus jamais fait de migraines de leur vie, alors qu'elles étaient antérieurement polymédiquées pour les migraines ».

L'ambivalence du symptôme-céphalée considéré tout à la fois comme facteur de risque ou simple effet indésirable gênant mais néanmoins toujours suspect à partir du moment où il fait l'objet de doléances est à nouveau présent chez le médecin 5:

« vous avez des migraineuses sous pilule?

- *bien sûr chez les migraineuses, je vais essayer des pilules micro-dosées (.) Quoiqu'avec des dosages très faibles (d'oestrogène) on a souvent des céphalées donc euh... je préfère si possible chez les migraineuses des pilules à administration continue... ».*

Il s'agit souvent de trouver un dosage ou une formulation adéquate, minimisant les phénomènes d'intolérance, sans réelle prise en compte du risque vasculaire, celui-ci étant implicitement indissociable des effets secondaires observables.

Interrogé sur le sujet, le médecin 9 considère même que dans bon nombre de cas, la pilule est source d'amélioration éventuelle de la symptomatologie migraineuse et par là même n'est jamais un obstacle à sa prescription.

Une autre approche du problème est la céphalée considérée plus comme un signe d'alerte que comme un facteur de risque:

« la migraine, vous en tenez compte?

-j'en tiens pas compte (..)

Pas directement <soupirs> Quand je prescris la pilule, je leur demande de me prévenir en cas de céphalées.. d'apparition de céphalées inhabituelles ou de céphalées intenses(plus que d'habitude); je leur demande de stopper et de me prévenir tout de suite... » Médecin 9

D'un autre côté, il est intéressant de remarquer que, seuls 3 médecins sur les 11 (dont 2 universitaires) font état de la migraine accompagnée comme contre-indication à part entière. D'autre part, à peine 4 sur 11 évoquent la migraine corrélativement aux autres facteurs de risque alors que 10 sur 11 disent qu'elle fait l'objet d'une vigilance particulière lors de la consultation pour contraception.

Le Médecin 7 nous dit:

« (...) je conseille une autre contraception -genre micropilule ou stérilet- chez les gens que j'estime un peu plus à risque ; les migraineuses ne supportent parfois pas trop les oestrogènes donc j'utilise soit les peu dosées en oestrogènes soit les progestatifs continus et aussi parfois le stérilet »

On voit dans cet extrait que le ressenti de la patiente paraît au premier plan: ce sont les migraineuses qui ne supportent pas la pilule et non la pilule qui est contre-indiquée. Cela peut être interprété de différentes façons mais cela met clairement la patiente au centre de la décision finale.

Certains médecins (10,11) s'appuient explicitement sur les recommandations en laissant parfois entendre que le terrain migraineux est toujours plus ou moins facilement identifié. Interrogé sur la place de la migraine dans l'évaluation du risque, le médecin 10 répond:

« ça dépend si c'est une migraine banale simple, c'est pas... Alors ça dépend si la migraine est induite par la pilule, mais si c'est une migraine sans aura, sans rien... c'est pas une contre-indication absolue... mais il faut quand même bien faire attention..

-vous faites la distinction entre migraine avec ou sans aura

-oui bien sûr!! Enfin j'essaie, tout du moins.. ».

On voit ici resurgir une double difficulté diagnostique « est-ce bien une migraine » et nosologique :la « migraine banale simple » renvoie à l'absence d'aura mais pas seulement : « il faut quand même faire attention ..».

S'agissant de la migraine, il est apparu 2 groupes de médecins, ceux qui s'appuient de façon rigoureuse sur les recommandations afin d'écartier une contre-indication (patiente éligible à la COP), ceux qui s'appuient sur la réponse au traitement (amélioration/ aggravation des symptômes), afin de décider de l'attitude à adopter.

Dans ce contexte, il existe également à travers les entretiens une ambivalence sur le sens donné à la migraine qui ne correspond pas exactement aux définitions en vigueur et recouvre extensivement toutes les formes de céphalées que les médecins associent dans leur pratique à la contraception.

Dans l'ensemble, en tant que facteur de risque, la migraine nous est apparue soit sous-estimée, soit en butte à la difficulté de définir avec précision une « migraine à risque » : migraine accompagnée/ migraines associées à d'autres facteurs de risque/ migraines intenses (sur des critères très subjectifs et parfois mal définis: fréquence ou intensité des crises, traitement de fond, etc..).

d- L'âge

Les recommandations de la HAS nous disent: « *L'augmentation des risques cancéreux et cardio-vasculaires avec l'âge et la pré-ménopause doivent amener à réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée à partir de 35-40 ans* » (niveau de preuve 2, grade B)(2).

La question de l'âge a été souvent abordée simultanément au problème du tabagisme, cependant nous avons cherché à savoir si l'âge de la patiente influençait ou non le choix du médecin, indépendamment puis corrélativement à la question du tabagisme.

Le médecin 1 par exemple nous dit :

« Ah oui à partir de 40 45 ans, je crois qu'il faut envisager autre chose que la pilule... C'est à partir de cet âge là qu'on doit rencontrer le plus d'accidents... ».

Le ton n'est pas très catégorique d'autant qu'il a signalé par ailleurs quelques incidents survenus chez des femmes plutôt jeunes (20 à 25 ans). Il fait éventuellement référence à l'augmentation du risque cardiovasculaire corrélé avec l'âge mais néanmoins remettre en cause la contraception n'apparaît pas comme impératif et se fera au regard des souhaits ou des doléances exprimés par la patiente.

Le médecin 5 a une attitude plus ferme mais qui n'est pas non plus impérative:

« Vers 40-45 ans je passe à une pilule progestative pure ou un autre mode de contraception, notamment une stérilisation, c'est quand même autrement plus confortable.. mais bon c'est un avis personnel. »

Cette approche est conforme aux recommandations de la HAS mais n'est ici qu'une idée générale basée sur le souci particulier de la transition vers la ménopause. La pré-ménopause est une période où une sécurité contraceptive optimale est généralement souhaitée et d'autres médecins soulignent la nécessité d'éviter le risque d'IVG quelque soit l'âge.

A ce propos, interrogé sur l'âge en tant que facteur de risque, le médecin 3 répond:

« Je dirais que l'âge compte moins dans la mesure où les femmes âgées font attention, mais c'est sûr que plus on augmente en âge plus il y a un risque ».

Par « *faire attention* », il fait référence surtout au risque d'échec évoqué d'emblée par ce médecin, une mauvaise observance étant plus redoutée que la survenue d'une complication chez ces patientes qui n'ont souvent jamais signalé de problèmes avec leur pilule. L'augmentation continue du risque rend difficile en pratique d'expliquer un changement du jour au lendemain sur le seul critère de l'âge. Cependant, l'emploi d'une contraception progestative peut être « *intéressant* » d'après ce médecin, du fait d'une meilleure observance propre à cette classe d'âge.

D'une façon générale, la plupart des médecins considère le moment éventuel du changement de la contraception oestroprogestative sur différents critères qui peuvent se regrouper en 2 approches qui ne s'opposent pas forcément:

- établissement d'un profil de risque, partant généralement des recommandations précises
- connaissance du terrain: facteurs de risque, la volonté de la patiente, son vécu, ses projets, etc

1/ Concernant le risque intrinsèque, la grande majorité des médecins ne considère l'âge qu'en rapport avec le tabac, cette association étant mise en avant dans les recommandations bien que quelques-uns aient évoqué le risque carcinologique (cancer du sein).

« Des fois j'en vois qui disent: 'tu fumes donc je ne te donne pas la pilule, c'est une aberration.. »

Le médecin 11 rappelle que la consommation de tabac ne doit pas être vue comme une condition de prescription, la limite des 35 ans définissant le moment où le risque lié au tabac devient supérieur à celui de l'absence de contraception en terme de morbi-mortalité:

L'association de l'âge avec d'autres facteurs de risque, source de contre-indications éventuelles, est moins clairement évoquée. L'attitude est consensuelle par rapport à l'hypertension et au diabète (qui sont des contre-indications absolues), elle est moins évidente pour ce qui concerne l'association de contre-indications relatives.

Relativement à l'âge, seul le médecin 10 évoque clairement une approche systématique considérant l'ensemble des facteurs de risque relatifs (Age, tabac obésité..)

« L'âge en soi n'est pas une contre-indication, voire même à aller jusqu'à la ménopause , s'il n'y a absolument aucun autre facteur de risque (..) »

« par contre quand cela commence à devenir une association de petits facteurs, de petits risques, un peu de tabac, d'obésité, on retombe dans la contre indication. »

Cette approche rencontre ses limites dans la multiplicité des situations rencontrées; ainsi, la position du médecin 4 en la matière est nuancée mais toujours un peu floue: « *s'il y a une consommation légère sans autres facteurs de risque ...mais s'il y a une consommation de tabac qui est importante, qu'elle a déjà au-delà de 40 ans ou qu'elle aurait d'autres facteurs de risque... surcharge pondérale ou dyslipidémie* » (médecin 4).

D'autres médecins (3,4) préfèrent parler de « *terrain* » et par là considèrent dans un même ensemble les facteurs de risque, la volonté de la patiente, ses antécédents médicaux ou obstétricaux.

2/ Dans cette approche, le vécu de la patiente est évidemment un facteur déterminant dans le choix d'une contraception. Concernant l'âge et le tabac, le médecin 5 commente:

« A partir d'un certain âge, s'il n'y a pas eu de gros pépin, elles n'arrêtent pas de fumer, elles arrêtent s'il y a eu gros pépin ou un gros pépin dans la famille.. »???

On voit que dans cette perspective, la non survenue d'un symptôme est considérée comme rassurant par la patiente et souvent en écho par le médecin même si celui-ci connaît le risque. Établir la vraisemblance d'un sevrage tabagique par une connaissance plus approfondie du vécu de la patiente semble être un déterminant important dans l'appréciation du risque. Interrogé sur son attitude vis-à-vis des femmes fumeuses de plus de 35 ans sous contraception oestroprogestative refusant toute alternative contraceptive, le médecin 2 explique: *« une femme qui vient me voir et qui me dit moi je fume 4 à 5 cigarettes par jour, tu ne peux lui refuser sa pilule... Tu peux menacer de pas lui donner sa pilule six mois après mais c'est souvent inutile. »*.

On observe une attitude semblable de la part de la plupart des médecins interrogés, qui évitent de confronter la patiente à un choix entre pilule/tabac à échéance de 35 ans, ou même d'évoquer d'emblée le passage à une pilule progestative chez les fumeuses de plus de 35 ans, cela afin, on peut le supposer, de ne pas encourager implicitement, par cette décision la poursuite du tabagisme.

Ainsi la limite d'âge évoquée est-elle repoussée vers 40 ans voire 45 dans la pratique pour les médecins (2,3,4).

L'âge est évidemment un facteur important dans l'appréciation du risque: le risque carcinologique ne semble pas être déterminant contrairement au risque cardio-vasculaire, chez les patientes indemnes d'autres facteurs de risques. Fréquemment, il est seul à l'origine d'un changement de contraception à l'approche de la ménopause, bien que des considérations non médicales interviennent.

L'application des recommandations concernant le tabagisme et l'âge n'est pas stricte chez la plupart des médecins interrogés. La limite d'âge est extensive et souvent soumise à la compliance de la patiente. L'utilisation prolongée de la COP simultanément au tabac semble avoir un effet faussement rassurant chez la patiente et peut influencer indirectement le choix du médecin, alors même que celui-ci est singulièrement conscient du risque.

les médecins qui appliquent à la lettre les recommandations (7,10,11) ont tendance à dissocier les problèmes du tabagisme et de la contraception et à adapter cette dernière à l'âge de 35 ans.

e- L'obésité

L'obésité n'est pas toujours évoquée en tant que facteur de risque indépendant. Chez 7 médecins sur 11 elle constitue un facteur de risque, mais une grande variation existe dans l'importance relative de ce risque dans l'appréciation par le médecin du risque global.

Seule le médecin 5 apporte une nuance selon l'importance du surpoids ou de l'obésité.

« Oh, le surpoids banal, on n'y fait pas attention, mais on a quand même des obésités morbides dans le secteur. » médecin 5

D'autres médecins de même ne reconnaissent pas l'obésité comme facteur de risque indépendant mais, par exemple dans le cas du médecin 2, plutôt comme un état qui attire son attention sur le problème de la dyslipidémie, ou du risque veineux associé à la sédentarité dans le cas des obésités morbides.

De la même façon, le médecin 1 décrit un profil type de patiente à risque comme « obèse fumeuse avec des problèmes circulatoires » sans apporter de précision sur la part de ces différents éléments sur sa décision finale.

D'une façon générale, un surpoids ou même une obésité sans facteurs de risque métaboliques associés, ou associés à un risque non métabolique (âge, migraine, tabac) ne représente pas un obstacle à une prescription de pilule pour la plupart des médecins.

L'obésité n'apparaît donc pas comme pas un facteur de premier plan évoqué par les médecins interrogés. En revanche, elle semble jouer un rôle décisif en cas de coexistence d'autres éléments tels qu'une dyslipidémie, un tabagisme, une sédentarité importante ou une insuffisance veineuse.

f- Les risques métaboliques

Nous avons cherché à connaître l'approche pratique des médecins face au risque métabolique. De manière similaire au tabagisme, les médecins s'appuient en général sur les valeurs-seuils disponibles dans les recommandations existantes sur la dyslipidémie en tant que facteur de risque cardiovasculaire (AFSAPPS).

Toutefois, la HAS précise que : *la dyslipidémie ne constitue pas en elle même une contre-indication définitive aux oestroprogestatifs mais que leur utilisation est conditionnée à l'évolution des paramètres.*

Les médecins, sont dans l'ensemble très sensibilisés aux risques liés aux troubles du métabolisme et la pratique du bilan sanguin de dépistage est un temps essentiel de la prévention et du suivi. Cependant, il existe une divergence d'approche qui tient tout à la fois à l'appréhension du risque et aux représentations individuelles des bénéfices et des risques des différentes options contraceptives ainsi que leur mise en œuvre.

Ainsi par exemple les médecins 2, 6 et 8 préfèrent s'appuyer sur un avis spécialisé en cas d'existence d'une dyslipidémie, que de recourir à une contraception hormonale alternative d'emblée et, à défaut, préconisent l'utilisation d'un préservatif dans l'intervalle.

Le médecin 3 évoque la possibilité selon le contexte - notamment l'âge et les antécédents familiaux, de pratiquer un bilan cardiovasculaire à la recherche d'un athérome, afin de préciser un peu plus le risque cardiovasculaire. Le médecin précise qu'il ne s'agit que d'un « état des lieux », et ne peut suffire à lever une contre-indication théorique.

La recherche d'un trouble du métabolisme lipidique est systématiquement pratiquée et va jouer un rôle déterminant dans le choix de la contraception. Si des perturbations franches existent par rapport aux normes en vigueur, l'attitude consensuelle est d'éviter la COP.

Les différences portent essentiellement sur les stratégies de prévention et de prise en charge de ce risque comme nous le verrons ultérieurement.

h- Les risques carcinologiques

Il n'est pas possible au terme de notre enquête, d'établir qu'une prédisposition présumée à un risque de nature carcinologique (cancer gynécologique) puisse jouer un rôle en association avec l'âge et/ou le tabac dans le choix de la méthode contraceptive. Cette association reste possible mais n'est pas évoquée explicitement par les médecins interrogés en l'absence d'un antécédent personnel ou d'une hérédité connue.

B- Stratégies de prévention vis-à-vis des situations courantes rencontrées en médecine générale

Pour les besoins de l'étude, on peut distinguer artificiellement 3 groupes de médecins selon le degré d'implication dans le suivi gynécologique:

Groupe A: médecins moyennement ou peu sollicités: demande de renouvellement, conseil, initiation de la contraception orale occasionnelle ou inhabituelle, activité de suivi gynécologique inexistante ou exceptionnelle : 1,6,8,9

Groupe B: Initiation et renouvellement de la contraception, conseil dans le cadre d'un suivi contraceptif, activité de suivi gynécologique variable : 2,3,4,5

Groupe C: Médecins fortement impliqués dans le suivi gynécologique, prise en charge de la contraception : 7,10,11

a- Vis-à-vis des facteurs de risque veineux thrombo-emboliques veineux

La présence de facteurs de risque est toujours recherchée lors d'une demande de prescription initiale en particulier l'existence d'antécédents personnels familiaux. Dans l'ensemble, et à une exception près, il n'y a cependant aucun bilan pratiqué préventivement à la recherche d'une prédisposition. L'évaluation se fait donc, conformément aux recommandations, uniquement sur l'interrogatoire.

En dehors des antécédents familiaux multiples et/ou précoces d'évènements veineux thrombo-emboliques, il est rare que l'anamnèse fournisse des indications pertinentes sur la possibilité d'une hérédité. Sur l'ensemble des médecins interrogés, un seul signale la découverte d'une situation potentiellement à risque par l'interrogatoire (thrombophilie familiale) antérieure à la prescription de pilule.

La plupart du temps cet état est découvert rétrospectivement après la survenue d'un accident de gravité variable.

En cas d'antécédents familiaux veineux thrombo-emboliques, les médecins précisent qu'il n'est pas toujours évident d'avoir des informations fiables sur l'âge et les modalités de survenue de tels événements à l'interrogatoire. Les réponses données à ce sujet suggèrent que le seul élément commun est une parenté au premier degré. La manière de décrire l'histoire familiale est aussi un élément important surtout si l'information n'est pas de première main. On note qu'un amalgame est souvent fait entre des problèmes distincts tel que varices, phlébite, insuffisance veineuse ou problèmes circulatoires. Indubitablement, une connaissance directe de la pathologie familiale est souvent préférable.

Exceptionnellement, la connaissance de tels antécédents débouchera sur un bilan d'hémostase en préalable au choix d'une contraception.

« Il est évident que si une phlébite est intervenue très jeune chez un parent, on va jouer la prudence.. après ça dépend du contexte... par exemple, si c'est une famille à risque -je veux dire avec des histoires de phlébites- on évite... » médecin 10.

La précocité et le nombre d'évènements sont des éléments déterminants mais qui ne sont pas formellement ou définitivement rédhibitoires (ou du moins ne sont pas perçus comme tels par les médecins interrogés) par rapport à une éventuelle contraception oestroprogestative.

Toutefois la difficulté de l'évaluation de ce risque notamment en cas d'évènement(s) tardif(s) survenu(s) chez un parent au premier degré (éventualité la plus fréquente) conduit de façon prudente à une contraception progestative pure ou non hormonale (médecin 2 et 8), à chaque fois que cela est possible.

D'autres divergences observées viennent du fait que ce risque n'est pas toujours clairement distingué du risque cardiovasculaire global artériel et veineux, attitude qui conduit souvent pour des raisons de simplification du message auprès des patientes à les fondre en un seul. Cette approche permet d'éviter l'énumération des complications possibles en particulier les risques surajoutés du tabac.

Cet état de fait, peut influencer comme nous le verrons l'attitude du médecin vis-à-vis des facteurs de risque maitrisables que sont l'obésité et le tabagisme.

S'agissant du risque veineux thrombo-embolique, il existe une certaine difficulté à identifier les situations à risque, soit par méconnaissance du terrain, soit en l'absence de données familiales précises.

Il semblerait que la recherche de thrombophilie ne trouve pas de place dans une stratégie de prévention du risque. En cas de doute, une alternative contraceptive est décidée.
--

b- Vis-à-vis du tabagisme

L'ensemble des médecins interrogés ne considère pas le tabagisme comme un élément pouvant faire obstacle à une contraception oestro-progestative dans la limite d'âge de 35-40 ans. La représentation du risque, on l'a vu, est ambivalente et amène le médecin à choisir entre plusieurs attitudes possibles.

1/ La première est une mise en garde brève, formelle, assez neutre, qui vise à délivrer une information plutôt qu'à convaincre:

Médecin 2:

« pendant un quart d'heure, tu leur expliques qu'il ne faut pas fumer à cause de la pilule et tout.. elles peuvent en prendre conscience, mais une fois qu'elles se retrouvent avec les copains, au bistrot ou je sais pas où ...»

Cette attitude vise à ne pas stigmatiser un comportement ou une habitude, au risque de générer chez la patiente un sentiment de rejet, notamment chez les jeunes, ou une situation conflictuelle pouvant conduire à une rupture du suivi, voire à un défaut d'observance.

La possibilité, de par les recommandations de la HAS, de poursuivre un tabagisme actif jusqu'à 35 ans, cautionne d'une certaine manière cette approche. Le problème est qu'elle tend au fil du temps, à écarter la question du tabagisme du suivi contraceptif, et même lorsque la question est posée à titre systématique elle devient source d'embarras ultérieur.

Ainsi le même médecin à propos des femmes de plus de 35 ans:

« On peut pas dire.. tiens à 40 ans, vous arrêtez de fumer ou je vous donne plus votre pilule »

2/ Une autre attitude possible est de poser le problème en terme d'un choix différé, c'est à dire de poser la question du tabac comme un problème à échéance.

La question du risque n'est généralement pas éludée mais cette approche a le double avantage d'une part de ne pas stigmatiser une habitude lorsqu'il s'agit d'une jeune femme, et d'autre part de préparer la patiente à un arrêt ultérieur dans le cadre d'une aide au sevrage ou par ses propres moyens.

Le médecin 3 interrogé sur l'association tabac-pilule:

« S'il n'y a que le tabac sans facteurs de risque associés, c'est surtout le risque du tabac! »

3/ Une troisième approche consiste à aborder parallèlement la question du tabagisme: le problème ici est d'enclencher d'emblée un processus de motivation à l'arrêt. C'est l'approche la plus agressive, car elle remet en question d'emblée les habitudes de la patiente.

Naturellement la prescription de la pilule n'est pas conditionnée à l'acceptation de cette démarche, mais l'inconvénient essentiel est que sa réussite est dépendante de la motivation de la patiente.. Cette approche est souvent celle qui est choisie chez les adolescentes et les jeunes femmes.

Commentaire du médecin 6: *« Il faut d'abord protéger d'une grossesse, ensuite: est-ce qu'elle continue à fumer , est-ce que c'est durable? , est-ce qu'on change, est-ce qu'on continue? »*

4/Enfin une dernière approche est de proposer d'emblée une autre pilule (microprogestative) ou autre solution contraceptive.

On peut remarquer que l'approche « de type 2 », qui peut paraître séduisante, ne fait pas l'unanimité au sein des médecins interrogés. On constate par exemple que les médecins 1 et 5 qui ont signalé des complications survenues dans leur patientèle, vont préférer les autres approches.

Notre étude n'a pas relevé de lien entre le lieu d'exercice et le type d'approche. Il semble cependant exister une certaine variabilité dans le type de demande rencontré selon le lieu d'exercice.

D'une façon générale, des différences ont été observées dans les décisions relatives à la prescription de pilule selon le degré d'investissement du praticien dans le champ gynécologique.

Il est à noter que chez les médecins du groupe A, les consultations dédiées à la contraception sont rares, du fait d'une faible demande essentiellement axée sur le renouvellement.

Les femmes d'âge intermédiaire ne posent généralement pas de difficultés particulières étant acquis que, dans la limite de 35 ans, le tabagisme n'est pas incompatible. La prévention anti-tabac se fait dans un cadre général, et en définitive, l'arrêt ou la diminution du tabagisme, surtout s'il est ancien, se trouvent déconnectés de la question de la contraception.

Toutefois, on peut remarquer fréquemment chez ces médecins une approche prudente concernant la contraception, surtout lorsque celle-ci a été initiée par un autre.

Des demandes de renouvellement parfois très espacées, rendent difficile d'aborder la question de l'opportunité de la poursuite de la contraception en cours ou de son changement à plus ou moins court terme.

Les difficultés ressenties par les médecins concernent précisément les âges extrêmes:

Médecin 6: « là ou j'ai un peu de mal c'est avec les plus jeunes.. mais souvent elles vont au planning.. S'il y a une demande à 14 ans c'est rare que je l'ai,(...) cela peut arriver à 16-17 ans (...) mais il y a déjà eu du temps d'écoulé..c'est pas un problème.. sauf s'il y a du tabac ».

Cette réponse montre une double préoccupation du médecin face à la jeune adolescente, chez qui se pose d'une part le problème de la tolérance de la pilule, dont l'observance doit être optimale, et d'autre part la question du tabagisme, qui peut précéder, accompagner, ou suivre l'introduction de la pilule.

Le médecin 5, classée dans le groupe B distingue 2 catégories d'adolescentes:

Chez les jeunes (...) elles sont très jeunes quand même, donc elles viennent avec leur parents, elles viennent avec la mère et à seize ans on arrive encore à les faire changer d'habitudes, car elles ne sont pas encore à un paquet par jour. Enfin moi j'ai pas trop de problèmes. Les autres passent au planning... celles qui sont plus indépendantes et moins malléables elles viennent pas me voir.. »

Ici le choix est fait d'accompagner la primo-prescription par une prévention ciblée. C'est le cas également du médecin 4 qui considère le moment de la première contraception comme l'occasion d'aborder le problème du tabagisme. Cependant ce médecin reconnaît des difficultés spécifiques liées non au défaut d'information mais à l'acceptation et à l'appropriation des conseils.

Les médecins 1,2, 6 et 8 relèvent les mêmes difficultés avec les jeunes. L'information sur les risques, délivrée aux jeunes patientes, est très semblable sur le fond mais varie sur la forme. Le médecin 8 estime que le message doit être tranchant, à la fois dans un but de simplification et d'impact:

« Je leur dis que tabac et pilule c'est théoriquement contre-indiqué, je ne leur dis pas que c'est une question d'âge(..), je leur dis que toutes les femmes qui meurent d'accidents vasculaires brutalement, il y a toujours pilule et tabac là-dedans, et qu'à partir de là.. il faut qu'elle voit ».

Concernant les patientes fumeuses de plus de 40 ans, comme nous l'avons signalé plus haut dans le chapitre sur les facteurs de risque, la non-survenue d'un problème après une longue utilisation peut s'avérer un obstacle à la prévention du risque. De plus l'amalgame qui est fait entre risque veineux et risque artériel conduit à mésestimer souvent autant par les médecins que par les patientes, le risque du tabac après 40 ans. Par ailleurs, quelque soit le message délivré, plusieurs médecins (5,7,9) laissent entendre que l'arrêt spontané ou aidé du tabac ne doit pas être « espéré » passé un certain âge voire seulement pour une consommation trop ancienne ou importante ou dans certaines circonstances (milieu social, éducation). Les sources de motivation à l'arrêt étant extérieures et imprévisibles, et l'entretien motivationnel souvent improductif. Dans ces conditions, leur préférence porte sur le recours systématique à un autre moyen contraceptif.

Au total, le problème du tabagisme chez les jeunes utilisatrices de la pilule n'apparaît pas un obstacle à l'utilisation de la COP alors même que le risque semble « surestimé » avant 35 ans. La question est par ailleurs systématiquement abordée en cas de primo-prescription, principalement à des fins pédagogiques. On note cependant un souci de certains praticiens, surtout des femmes, d'obtenir, avec un succès variable, un arrêt précoce du tabac en parallèle à l'initiation de la pilule chez l'adolescente.

Les stratégies varient avec les situations rencontrées plutôt qu'avec le profil de médecin. Pour les femmes d'âge intermédiaire, la question du tabagisme est moins souvent abordée avant 35 -40 ans, avec des difficultés particulières liées au suivi ou au contexte social chez certain médecins.

La vraisemblance d'un sevrage, considérant les circonstances de vie (grossesse, pathologie liée aux tabac, décès d'un proche...) devient un élément important de la stratégie décisionnelle en matière de contraception avec l'avancée en âge.

c- Vis-a-vis de l'obésité

La question de l'obésité comme nous l'avons vu précédemment n'est presque jamais considérée de façon isolée comme un facteur de risque. L'existence d'une obésité ou d'une prise de poids excessive amène plutôt à reconsidérer l'ensemble des facteurs de risque mais ne constitue que rarement un élément déterminant:

Médecin 2: « Une jeune femme qui est obèse avec un bilan lipidique normal (ce qui est quand même souvent le cas) ce n'est pas une contre-indication sauf s'il existe une sédentarité majeure avec un risque de phlébite... »

Médecin 5: « oh le surpoids banal on n' y fait pas attention, mais on a quand même des obésités morbides(...). Je mets en garde, on essaie de proposer un autre mode de contraception mais c'est pas toujours faisable. Donc de temps en temps on prend le risque.. »

Médecin 6: « je vais être plus attentif au sujet des autres facteurs de risque parce que c'est un risque surajouté mais ce n'est pas un obstacle.. »

A noter dans le cas du médecin 5, l'obésité, considérée en tant que facteur de stase veineuse,

fait l'objet d'une circonspection particulière du fait de plusieurs évènements veineux (compliqués d'embolies pulmonaires) survenus chez des patientes en surpoids dans sa patientèle.

L'appréciation de l'obésité-facteur de risque est très subjective, jamais quantitative, mais se fait sur des critères d'hygiène de vie (tabagisme, activité physique), par la recherche par l'interrogatoire d'antécédents personnels ou familiaux de maladies veineuses thromboemboliques, par la pratique systématique du bilan lipidique.

On note également une tendance de certains médecins à vouloir orienter d'emblée les obèses vers un autre mode de contraception. Ainsi le médecin 7 préconise plutôt le stérilet ou la micropilule car il existe un risque de mauvaise acceptation du fait de la prise poids modérée qui peut être imputée aux oestro-progestatifs. A noter que ce médecin préconise un usage assez large des dispositifs intra-utérins.

« Les obèses je leur conseille un stérilet ou un microprogestatif oui car souvent elles vont dire que ça fait grossir et rendre la pilule responsable »

Dans la pratique des médecins, seule une combinaison de multiples facteurs de risque, incluant au moins le tabagisme ou un terrain à risque veineux supposé (insuffisance veineuse ou antécédents familiaux), peut amener à un changement nécessaire de contraception. Ce changement ne pouvant se faire que de façon concertée avec la patiente.

Le recours à une contraception alternative d'emblée, dans ce contexte, semble surtout lié à l'habitude et l'aisance du praticien vis-à-vis de ces méthodes, et à sa capacité à les faire accepter par la patiente.

d- Vis-a-vis de la migraine

Nous avons vu que la migraine posait à la fois des problèmes diagnostiques et décisionnels quant à la prescription de la pilule. Le médecin 10 résume la stratégie habituellement adoptée par les médecins interrogés dans le contexte d'une patiente migraineuse:

« si c'est une migraineuse sans aura, c'est pas une contre-indication absolue, mais on fait quand même bien attention..

- si les céphalées apparaissent ultérieurement*
- on considère que c'est une intolérance, on peut modifier notre choix. Quelquefois il suffit de changer de pilule pour une biphasique ou une triphasique. Enfin une OP pour une autre OP, cela n'a aucune importance... ».*

Pour les médecins 10,11 le type de migraine permet d'établir un profil de risques, et permet de pointer une contre-indication éventuelle en cas d'aura, ou d'une combinaison de facteurs de risques. Toutefois il ne ressort pas des différents interrogatoires une attitude claire en cas de coexistence de plusieurs facteurs de risques. Le médecin 11 évoque l'association migraine et tabac comme non exceptionnelle chez les jeunes, et devant conduire en l'état des recommandations à faire renoncer au tabac ou à la contraception oestro-progestative.

Pour d'autres (médecins 4 et 5), seule la prise en compte globale du patient et de son statut vis-à-vis d'un certain nombre de facteurs de risque (migraine, tabac, obésité, antécédents familiaux de maladies métaboliques ou de facteurs de risque cardiovasculaire) va orienter le choix du contraceptif. Le statut vis-à-vis de ces facteurs n'entraîne quasiment jamais une éviction absolue de la contraception œstroprogestative, mais amène, au mieux, à une discussion pour un choix alternatif.

Pour le médecin 7, l'attitude est univoque et consiste à mettre d'emblée les migraineuses sous microprogestatifs. La même attitude se retrouve chez le médecin 5 avec cependant tendance à rechercher le type de pilule qui pourrait conduire à une amélioration de la symptomatologie.

Le médecin 8 préconise une vigilance accrue chez les migraineuses connues, et plus généralement l'arrêt de la pilule en cas de survenue de céphalées inhabituelles de part leur intensité ou leur fréquence. Souvent, l'adaptation du traitement se fera après retour d'information de la patiente, à la consultation suivante.

Au final, la migraine constitue souvent un élément de terrain qui est pris en compte dans le choix de la contraception mais qui n'est jamais rédhibitoire. Si la patiente l'accepte, le choix portera d'emblée vers une alternative à la contraception oestro-progestative orale pour certains, mais pour la plupart l'attitude adoptée repose largement sur une stratégie de type « essais et erreurs » où toute l'attention est portée sur les liens éventuels entre la prise de pilule et l'évolution de la symptomatologie, l'adaptation se faisant selon la tolérance.

e- Vis-à-vis des facteurs de la dyslipidémie et du diabète

Nous avons cherché à savoir comment les données du bilan initial, notamment la découverte d'une perturbation du bilan lipidique, étaient prises en compte dans la mise en place et le suivi de la contraception. Le médecin 2 par exemple confie des difficultés dans la gestion de ces situations:

« Mais bon.. si au fur et à mesure le cholestérol augmente un petit peu, en général dû à la pilule, on dit 'fais gaffe', on ressort un petit peu les boulons. On regarde si ça baisse bien et si ça ne baisse pas évidemment il y a incompatibilité... ».

Le problème qui se pose est double: thérapeutique et diagnostic puisqu'il s'agit de proposer à la patiente un moyen de contraception acceptable et sûr d'une part, et d'autre part d'établir la présence ou non d'un problème métabolique, justiciable d'une éventuelle prise en charge spécifique.

On note comme chez d'autres médecins, une attitude plutôt circonspecte vis-à-vis des données de ce premier bilan, qui, dans la plupart des cas, sera complété par un second dans des délais relativement brefs (quelques mois).

En tout état de cause, l'absence de pathologie métabolique ne devrait pas entraîner de variations des paramètres lipidiques en dehors des normes admises. Cependant, la question de l'imputabilité de la pilule oestro-progestative se pose quand de telles perturbations surviennent. La question est particulièrement prégnante en cas d'augmentation des triglycérides, ou si d'autres facteurs de risque coexistent. Par exemple le médecin 8:

« Je prescris la pilule, deux mois après elles font une prise de sang, je regarde dessus si ça se modifie ou pas, si elles ont des triglycérides au plafond ou une dyslipidémie importante, je modifie la pilule et on refait une prise de sang et à partir de là, je vois... ».

« puis, ensuite, je leur fais faire une fenêtre si on obtient pas ce qu'on veut ».

Pour le médecin 10, la découverte d'anomalies minimales surtout chez les jeunes amène rarement à remettre en cause la contraception oestro-progestative, en revanche une cinétique d'augmentation des paramètres lipidiques ou l'existence de perturbations initiales importantes et/ou dans un contexte d'hérédité, doit faire préférer une orientation vers un autre mode contraceptif.

C- Mise en œuvre de la prévention ciblée

1/ Commentaire du médecin 1: *« automatiquement, on leur dit c'est comme boire ou conduire et... mais c'est en pure perte ».*

2/ Commentaire du médecin 2: *« .. tu les revois 6 mois après le renouvellement, t'as arrêté de fumer? - ben je fume moins mais en fait elle fume autant... c'est clair »
« (...)C'est plutôt après, à partir de 35 ou 40 ans qu'effectivement, la prise de conscience de la cigarette est plus importante. Parce que dans la famille, il y eu quelqu'un ou ceci ou cela.. ou on connaît une femme de son âge qui a eu un cancer parce qu'elle fumait quand même ou une phlébite, ou je ne sais quoi d'autre ».*

3/ Commentaire du médecin 2: *« je trouve qu'il y a quand même moins de gamines qui fument qu'il y a dix ans, est-ce que c'est le prix du paquet de cigarette? ».*

4/ Commentaire du médecin 1 *« Mais on est à peu près certain que notre prévention ou nos conseils ne servent pas à grand chose parce qu'ils ne sont pratiquement jamais suivis alors pfff.. Quand vous vous adressez à une jeune fille en surpoids, elle ne vous écoutera jamais... »*

5/ Commentaire du médecin 3: *« je crois que l'information est diffusée de façon assez large , il y a pas mal d'informations à la télévision, avec internet aussi, l'information est beaucoup plus large... elles viennent quand elles ont pas compris quelque chose .. Souvent la patiente qui a des facteurs de risque elle le sait déjà avant de consulter pour la pilule ».*

6/ Commentaire du médecin 4: *« Quand elles viennent pour une contraception c'est le moment où on peut en profiter pour rebondir sur autre chose, pour mieux suivre les adolescentes qui consultent peu en général.(..) Quand elles viennent pour un motif bien particulier, ça peut être l'occasion de parler de tabagisme.. »*

7/ Commentaire du médecin 8: « *je trouve que chez les jeunes, je vois qu'il y a des filles qui fument mais y a pas mal de jeunes qui ne fument pas du tout ou qui n'ont jamais fumé.... c'est chez les jeunes qu'on a le plus de chance de faire arrêter, la dépendance étant moins chevillée au corps,(...) maintenant il faut qu'ils accrochent* ».

8/ Commentaire du médecin 5: « *Chez les jeunes on fait un peu ce que l'on veut . On arrive un peu à les inciter* ».

(...)

« *A partir d'un certain âge, s'il n'y a pas eu de gros pépin ou un gros pépin dans la famille...* »

9/Commentaire du médecin 5: « *La mise en route de la contraception chez les jeunes. Elles sont très jeunes ..; donc elles viennent avec un parent hein? Elles viennent avec la mère et à seize ans on arrive encore à les faire changer d'habitude car elles sont pas encore à un paquet par jour. (..) les autres passent aux planning.. celles qui sont plus indépendantes et moins malléables, elles viennent pas me voir.* »

a- Perception des médecins généralistes sur leur propre activité de prévention vis-a-vis des facteurs modifiables.

Les quatre premiers commentaires, où le médecin se positionne comme observateur d'un fait social, l'impact du message est, de l'avis du généraliste plutôt modeste, comme le dénote le renoncement exprimé dans les commentaires des médecins 1 et 2.

Ainsi la prévention ciblée ne peut venir qu'en complément d'une politique plus large d'information et de prévention des risques notamment en ce qui concerne le tabac. Interrogés sur le sujet, les médecins ne relèvent pas de manques au niveau de l'information sur les risques, même chez les jeunes. Certaines patientes ne consultent que pour avoir un complément d'information, les sources disponibles étant par ailleurs nombreuses et accessibles.

Dans ces propos de médecin 4 (commentaire 5), c'est l'arbitrage du médecin qui est recherché, puisque les risques sont connus à l'avance: il s'agit pour la patiente de recueillir l'expertise du médecin plutôt que son accord, cas où la patiente est en situation de responsabilité.

Tabac

D'une façon générale les modalités d'aide au sevrage tabagique ont été peu évoquées dans le cadre de la contraception si ce n'est en terme de non-motivation:

« *On a une unité d'aide au sevrage tabagique mais souvent la tranche jeune n'est pas très motivée.... on a affaire à des gens irréductibles* ». médecin 3.

L'expression choisie « *gens irréductibles* » plutôt que « *tabagisme irréductible* » évoque des difficultés liées au contexte psychologique ou social, et à la place tout à la fois du tabac et de la contraception dans ce contexte. Chez les jeunes, l'accent est mis sur une certaine insouciance, et sur le degré d'autonomie de l'adolescente (médecin 5) auquel est confronté le médecin vis-à-vis de la prévention anti-tabac et de l'influence hypothétique qu'il exerce sur le

tabagisme. Selon le moment où se produit l'initiation de la contraception, il apparaît une « compliance aux conseils » plus ou moins bonne.

D'autre part, le choix d'une pilule chez l'adolescente se fait d'autant plus facilement que la consultation à été prévue à cet effet, dans le cadre familial et alors que la nécessité d'une contraception ne s'impose pas de façon urgente.

Chez l'adolescente plus indépendante, le médecin traitant ne représente plus toujours le prescripteur de choix. On peut voir dans cette séparation une dissociation entre la « sphère médicale » associée au maintien de la santé et la « contraception » associée au contrôle de la fécondité. Souvent lorsque le sevrage n'est pas l'objet d'une motivation spécifique, une réduction de la consommation tabagique est négociée avec un succès plus qu'incertain.

Remarquons chez certains médecins une tendance à aborder la question du tabagisme de façon plus personnalisée ou dans un cadre plus large, voire d'étendre la discussion à d'autres problèmes liés à la contraception (sexualité, prévention des MST.), et de restituer ainsi le cadre médical et préventif de la contraception. De fait, l'impact ressenti par le généraliste est alors un peu meilleur mais ne se traduit pas forcément dans les faits.

On note un même constat d'impuissance, par rapport aux anciennes fumeuses. Les médecins 2 et 5 du groupe B (commentaires 2 et 8) notent aussi que dans le parcours individuel, les incidents ponctuels survenus dans l'entourage sont souvent plus marquants et plus déterminants dans l'abandon du tabagisme que les interventions même répétées du généraliste. Souvent des circonstances particulières (grossesse, événements chez un proche ou un parent, co-morbidités, etc.) vont venir éventuellement faciliter l'arrêt du tabac ou le passage à une autre contraception. Dans le cas contraire, c'est l'âge qui intervient, avec une certaine variabilité, dans la décision du médecin.

Sur la question du tabagisme, la perception par le médecin de sa propre intervention dans le cadre de la contraception est négative, jugée comme globalement infructueuse et dépendante de facteurs externes. Dans ce contexte, on note une tendance à une approche séparée du tabagisme et de la contraception, considérés comme deux problèmes distincts, dès lors que le risque est jugé acceptable.

Alimentation

Nous avons vu précédemment que l'appréciation de l'obésité en tant que facteur de risque était très subjective et dépendait fortement du contexte, et notamment des facteurs de risque associés.

D'une façon générale en matière de surpoids et d'obésité, ce seront les facteurs de risque associés qui seront la cible prioritaire. Les recommandations hygiéno-diététiques d'usage sont systématiquement délivrées. La question d'une prise en charge spécifique du surpoids, de l'avis de tous les médecins interrogés ne peut se poser qu'en cas de morbidité liée à l'excès pondéral, ou dans le cadre de la prévention du risque cardiovasculaire s'il existe d'autres risques associés, et, dans tous les cas répondre à une motivation de la patiente.

Sur la question du surpoids et de l'obésité, l'intervention du médecin se limite donc à de simples conseils hygiéno-diététiques dont la portée est limitée. Plus encore que pour le tabac, ce problème ne sera abordé que si le risque perçu dépasse un certain seuil ou à la demande de la patiente.

Le problème est l'appréciation de ce risque qui n'est pas basé sur une évaluation quantitative, mais sur le cumul de plusieurs facteurs. La difficulté d'intervenir sur l'ensemble de ces facteurs simultanément fera donc préférer à chaque fois que le surpoids est jugé à risque, une contraception alternative de type microprogestative, ou un dispositif intra-utérin.

Troubles métaboliques

Concernant les troubles métaboliques, les variations minimales chez les jeunes ne remettent pas en cause la contraception. En revanche l'existence de seuils précis permettent de déterminer plus facilement un risque acceptable.

Une franche perturbation des paramètres au-delà de ces seuils sur un premier bilan écarte la COP.

On peut ajouter à cela qu'un bilan négatif aura à tort ou à raison, un effet rassurant y compris vis-à-vis, d'autres facteurs tels que l'obésité.

Les médecins ont une vision beaucoup plus favorable de leur action sur ces facteurs dont ils leur semblent avoir la « maîtrise » .

b- Perception des médecins sur les modalités de contraception alternative

«Souvent c'est une petite jeune qui vient accompagnée de sa mère, pour une première contraception, dans ce cas là c'est évident on va prescrire une pilule. Vous allez lui prescrire quoi à une jeune de 18ans..». Médecin 1

On remarque dans cette réponse que la problématique du choix de la contraception semble évacuée et s'imposer comme une évidence. La COP représente le moyen qui s'impose a priori, le risque n'est cependant pas minimisé ni occulté. Bien au contraire, lorsqu'il existe un terrain supposé à risque, l'information semble centrée principalement sur les risques présents et à venir plutôt que sur les autres moyens contraceptifs éventuellement disponibles.

Pour les médecins des groupe A et B, la tendance est de recourir aux microprogestatifs en première intention quand le risque est jugé inacceptable. Quand une autre modalité contraceptive est débattue, cela a trait à d'autres considérations que le seul risque:

« Les dispositifs intra-utérins : des fois c'est elles qui le souhaitent... c'est parfois aussi ce qui leur convient le mieux par rapport à leur âge et au fait qu'elles n'ont plus envie de contraception orale.. ».

Médecin 4

« Vers 45 ans je passe à une pilule progestative pure ou un autre mode de contraception, notamment une stérilisation c'est autrement plus confortable ».

Médecin 5

Pour les médecins du groupe C, le recours aux contraceptions alternatives est plus facile et rapide, y compris les contraceptions non orales chez les patientes les plus jeunes. On note comme c'est le cas pour les autres médecins du groupe, une tendance à établir un profil de risques, et à se baser sur ce profil pour choisir le mode de contraception adaptée. Ce choix se fera ultérieurement avec la patiente sous réserve qu'elle accepte son bien-fondé. À noter que les prescripteurs ne disent pas rencontrer de difficultés à faire accepter ces alternatives, mais cela dans la mesure où une bonne connaissance et pratique de ces techniques par le praticien accrédite leur utilisation:

Médecin 7

« Mais je ne suis pas gênée de proposer le stérilet à une nullipare... Car moi, j'ai connu la contraception à ses débuts (...) La mode a évolué et il fallait que la femme ait eu au moins un ou deux enfants ensuite on est revenue aux nullipares? J'en ai moi-même posés et j'en ai posés plein à des nullipares. »

Il en est de même pour les méthodes moins couramment préconisées tels que les dispositifs transdermiques, sous-cutanés, l'anneau vaginal et les méthodes barrières. Ces techniques sont très diversement évoquées par les praticiens rencontrés soit par ce qu'ils tendent à privilégier une méthode dans une situation donnée (par exemple obésité = microprogestatifs, cas du médecin 10) ou bien par méconnaissance ou défaut de pratique (Médecin 8).

Indépendamment des préférences de la patiente elle-même, l'alternative de choix pour la majorité des médecins interrogés en cas de risque inacceptable est la pilule microprogestative.

Les autres méthodes sont souvent proposées en fonction de leur aptitude supposée à répondre à une attente de la patiente.

Pour un risque donné et un bénéfice attendu:

- les médecins tendent à préconiser les méthodes qu'ils maîtrisent le mieux
- L'aptitude à convaincre une patiente du bien-fondé d'une alternative donnée est très liée à l'expérience du praticien et à sa connaissance pratique de la méthode.

c- Les acteurs de la prévention:

Problèmes rencontrés en médecine générale

Nous avons cherché à savoir si de l'avis des médecins interrogés, certaines difficultés pouvaient survenir du fait de la spécificité de la pratique de la médecine générale, ou si les médecins interrogés mettaient certaines difficultés rencontrées sur le compte des contraintes particulières de cette pratique.

Premièrement, la prise en charge des problèmes du champ de la gynécologie est variable, pour les médecins du groupe A, elle se résume souvent à des activités de prescription contraceptive et de conseils. Les facteurs limitant cette activité sont variables et tiennent parfois au manque de temps, mais aussi à la multiplicité des intervenants.

Le manque de temps a été expressément signalé par les médecins 8 et 9 :

« J'ai perdu le temps de faire un vrai suivi; je fais plus que rarement des suivis gyneco. réels avec frottis, j'ai... lâché ça le plus possible, c'était vraiment par manque de temps autrement... ».

Médecin 8

Il précise toutefois que cela concerne surtout les actes techniques et que cela n'impacte pas le temps dédié au conseil et à la prévention.

La proximité d'un centre de planning familial, ou d'un hôpital (médecin 1 et 8), limite également considérablement le nombre de consultations pour primo-prescription. Parfois la contraception n'est même pas évoquée lors de la consultation en médecine générale, ou fait l'objet d'une découverte fortuite par le médecin à l'occasion d'une autre prescription (médecin 1,8,11).

Cela conduit certains médecins traitants à une attitude de réserve et si les facteurs de risque sont abordés, la prévention ne va pas plus loin que le simple conseil, surtout si la contraception ne fait pas partie du motif initial de la consultation et qu'elle a été initiée ailleurs.

Certains médecins regrettent cette absence de « suivi longitudinal » (médecin 1,8), le problème de la multiplicité des intervenants, impose de respecter le plus possible le choix final de la patiente même quand celui-ci ne paraît pas adapté. La mauvaise acception ou le mésusage du contraceptif est souvent plus redouté par le médecin qui court le risque soit d'un échec, soit d'une perte de vue de la patiente.

D'autres médecins, comme le médecin 6, sont soucieux de maintenir un contact, en particulier lorsque plusieurs facteurs de risques coexistent. Ainsi à la question de savoir si le bénéfice contraceptif peut primer sur le risque, le médecin 6 répond:

« Je connais des personnes.. de toutes façons, elles arriveront quand même à se la procurer par d'autres moyens [la pilule]... il vaut mieux avoir la « mainmise » pour surveiller; par exemple envoyer chez le cardio(..) je parle des patientes d'un certain âge ou qui arrivent à la quarantaine, qui ont fumé depuis quasiment 20 ans ... qui commencent à tousser.. ».

L'excès de risque cardiovasculaire est ici mis en balance avec le risque que fait courir une absence de suivi cohérent dans le long terme: la crainte de voir la patiente « échapper » au suivi explique en partie un certain laxisme vis-à-vis des recommandations.

Les réponses dans ce cadre sont variables, mais souvent la conviction de la patiente est corrélée à l'assurance du médecin dans ce domaine. On voit que si certains n'hésitent pas à « botter en touche » en cas de difficultés ou de désaccord manifeste (médecin 2), les médecins du groupe C, ne signalent pas de difficultés particulières, la plupart du temps, à convaincre.

« Je sais convaincre quand même!... ». médecin 7

Acteurs de la prévention: généraliste ou gynécologue

On a vu que du degré d'investissement du médecin généraliste dans le champ de la gynécologie découlaient certaines habitudes et pratiques bien différentes concernant la prise en charge des facteurs de risque. Il en va de même concernant la perception du rôle du généraliste vis-à-vis du gynécologue qui est variable et, en matière de contraception on peut

identifier plusieurs cas de figure où viennent s'ajouter des considérations socio-démographiques telles que la répartition de l'offre de soins en matière de gynécologie et/ou de planning familial.

Certains médecins ont un recours très rare ou exceptionnel au spécialiste en matière de contraception. Mais, même ces médecins, qui sont ceux du groupe C, adressent cependant à un gynécologue pour des actes techniques qui ne peuvent être réalisés au cabinet. D'une certaine façon, l'existence d'un suivi gynécologique de la part du médecin, impose une collaboration plus étroite avec le spécialiste.

En revanche dans le domaine de la contraception on peut remarquer une tendance nette de la part de ces praticiens à considérer qu'elle relève du rôle privilégié du médecin généraliste.

« Je trouve que le généraliste a une part très importante car on est toujours sollicité en premier, si tu veux surtout les généralistes qui font de la gynéco... on fait des frottis, des prélèvements, du suivis de grossesse..

(...)

Je pense quand on suit les grossesses et souvent après les nouveaux nés et les nourrissons. C'est sûr qu'on a plus d'impact, on passe beaucoup plus de temps avec les gens, on connaît mieux le contexte social que le gynéco qui lui fait plus d'actes techniques».

Médecin 3

L'une des raisons évoquée est la transversalité du suivi: la prévention appartient au champ de la médecine générale, et le suivi longitudinal individuel et transgénérationnel est un élément qui vient renforcer la légitimité et la crédibilité du médecin dans ce domaine.

Une autre raison qui en découle est une bonne connaissance des éléments de terrain aussi bien transversaux (comorbidités) que longitudinaux (antécédents familiaux/ hérédité).

Pour d'autres, indépendamment du suivi gynécologique, le double suivi contraceptif, gynécologue/généraliste n'apparaît ni contradictoire ni contreproductif mais au contraire souhaitable. Ainsi le médecin 4:

« Moi je les adresse quand même régulièrement chez un gynécologue, une fois par an ou tous les deux ans. J'aime bien qu'elles soient vues par un gynécologue en même temps qu'elles sont suivies ici ».

Ce médecin ne fournit pas d'explications sur l'opportunité de ce double-suivi. Mais l'idée d'une alternance ou d'un suivi conjoint alterné (et non superposé) trouve une explication possible chez le médecin 8:

«Chez les jeunes en tout cas on est beaucoup plus proche, j'ai l'impression, et d'accès beaucoup plus facile, on les intimide moins, et je pense que l'on peut mettre en place plus facilement une contraception, leur expliquer plus facilement, après secondairement passer la main au gyneco! Ça permet d'avoir un suivi qui soit plus ciblé. Mais au départ on est plus proche, on est le premier recours, c'est des gamins qu'on suit depuis des années donc c'est plus facile, ils nous font confiance; le message passe aussi quand même. Et puis ils ont un accès avec nous plus facile, on est à leur niveau ».

Selon ce modèle de représentation, l'accessibilité du médecin généraliste permet une entrée plus facile et naturelle dans la contraception. Secondairement, s'ébauche une collaboration avec le gynécologue, qui va permettre la mise en place du suivi gynécologique conjoint, où les

tâches se répartissent naturellement en fonction des disponibilités et des possibilités de chacun. Dans ce suivi conjoint, on voit que la gestion du risque a une place particulière, car une répartition « naturelle » des tâches donnera au médecin généraliste le management des facteurs de risque, tandis que le gynécologue procédera aux ajustements nécessaires en matière de contraception.

Même si un tel fonctionnement n'est pas toujours très explicite, c'est l'approche que choisissent les généralistes à « activité gynécologique limitée » de zone rurale ou semi-urbaine tels que les médecins 1, 6 et 8, ou quand l'accès au gynécologue est limité.

Pour d'autres enfin, le gynécologue est parfois appelé à jouer soit un rôle d'arbitre lorsqu'il existe une difficulté ou un désaccord avec la patiente, soit de deuxième avis.

Médecin 2: *«Autrefois, on corrélait pas forcément de la même façon pilule et tabac ou pilule et cholestérol . Aujourd'hui, on essaie de faire attention de les prévenir... pour les irréductibles on passe la main au gynéco ».*

Médecin 6 : *« On a déjà eu des situations un peu tendues jusqu'au jour où il y a eu quelque chose qui a nécessité l'arrêt de la pilule.. ehh .. le problème se posait aussi pour des personnes qui se trouvaient quasiment en situation de périménopause.. bizarrement il y a des gynécos qui continuent.. elles essayent d'arrêter mais c'est une catastrophe, elles se retrouvent avec pas mal de soucis .. ; mais en général à ce moment là, je passe la main au gynéco.. ça.. nous on a pas assez d'aura ».*

On voit dans ces situations que le gynécologue joue un rôle d'arbitre ou de recours dans une situation d'échec ou de confrontation entre le médecin et la patiente, alors même que son avis est évalué de façon critique. La nécessité d'une tierce personne « ayant autorité » en matière de contraception s'impose parfois comme un moyen d'aboutir plus vite à un consensus.

IV- Discussion

1- Préliminaire

Les résultats de notre étude fournissent une diversité de modèles d'approches face aux risques de la contraception oestro-progestative, qui traduit la position particulière du médecin prescripteur dans le cadre de la médecine générale, où une prise en charge globale de la santé de la patiente est la règle.

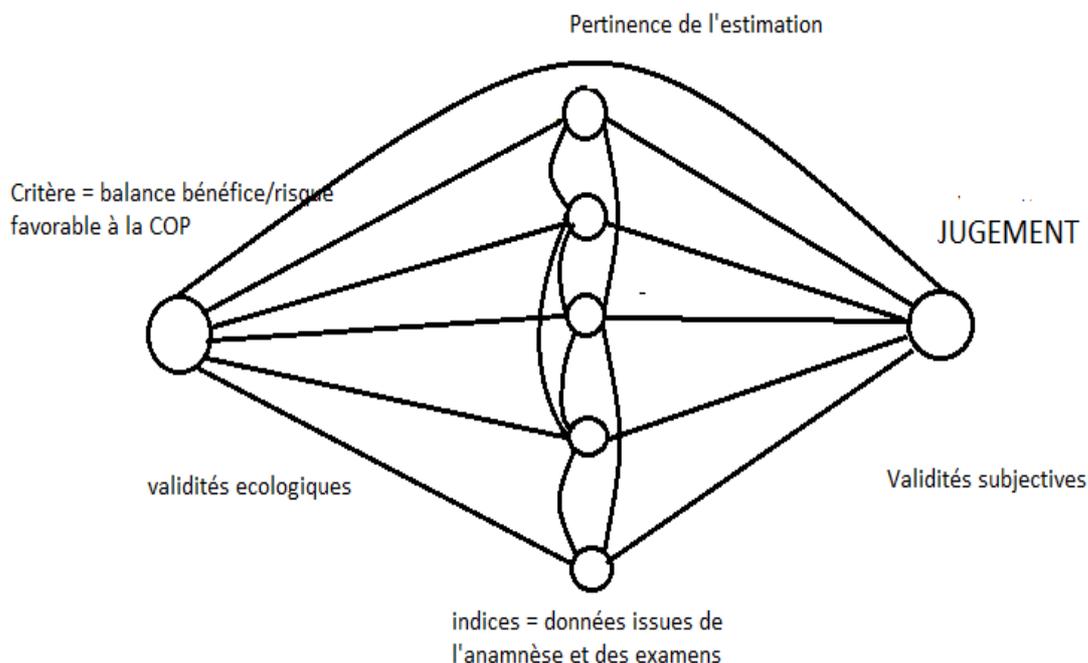


Illustration 3: Modèle de la théorie du jugement social (40) adapté à l'estimation du risque de la COP

En terme de psychologie cognitive, l'évaluation du risque représente une démarche de réduction d'incertitude par l'apport ou le recueil d'informations (39). Cette démarche a pour finalité, non d'abolir l'incertitude mais de l'amener à un niveau acceptable, permettant à un autre niveau, de déclencher une série d'actions (décisions). D'une manière strictement descriptive, la théorie du jugement social(40) donne une idée de la complexité des médiations entre le jugement et les indices pour parvenir à un critère opérant, c'est -à- dire susceptible de déboucher sur une conduite médicale.

L'approche du risque global doit être comprise comme la conjonction de l'ensemble des risques présents, pondérés par leur gravité théorique et par l'existence réelle ou potentielle de situations cliniques influant sur ces risques (dites facteurs de risque). Une grille d'analyse psychologique de l'approche du risque doit s'attacher à décrire aussi bien les procédures d'élucidation des « circonstances à risque » c'est à dire l'identification d'un indice sémiologique donné à un facteur de risque, que d'autre part le processus décisionnel lui même.

Ainsi, elle devra s'appuyer sur deux types de modèles cognitifs : celui de la résolution de problème d'une part et de la prise de décision, d'autre part.

Problèmes

Dans le cadre de notre étude, les décisions des médecins se sont révélées être un objet d'étude intéressant car soumises à de nombreuses contraintes, pouvant influencer de façon assez large le résultat final. Comme nous l'avons vu plus haut (cf. illustration 1), le modèle bayésien de la prise de décision médicale est une suite d'ajustements d'une probabilité subjective (estimation) par l'apport d'informations. Chaque information est porteuse d'une valeur indicative, c'est à dire d'un degré de pertinence variable dans le problème qu'on cherche à résoudre.

La résolution d'un problème donné dépend de l'aptitude du décideur à discerner les informations pertinentes et à en tirer une conclusion à l'aide de différents moyens heuristiques ou alors d'élaborer une hypothèse puis de la confronter à ces informations.

Dans le cadre de l'évaluation d'un risque donné (par exemple la dyslipidémie), l'hypothèse est qu'il existe un niveau de risque inacceptable pour la patiente. Pour la vérifier toutefois le médecin doit disposer de critères de jugement (par exemple un seuil). Ces critères de jugement sont généralement fournis par les références existantes. Dans les cas où ce critère est purement qualitatif, mal évalué ou équivoque, il peut exister une difficulté à établir la pertinence de l'information recueillie.

Dans cette situation, la valeur subjective, qui représente la perception des médecins de ce risque, peut fluctuer d'autant plus.

La plupart du temps, les facteurs de risque sont clairement identifiés dans les recommandations, et leur valeur indicative fait l'objet d'un consensus, car elle s'appuie sur des données claires, convergentes largement diffusées (recommandations).

Cependant, des problèmes qui se sont posés aux praticiens, au travers des entretiens, relevaient de l'attribution d'une valeur indicative à un certain nombre d'informations cliniques, limitant leur utilisation dans la stratégie décisionnelle.

Il s'agissait au fond de difficultés à reconnaître une situation donnée comme à risque :

- l'identification de situations de prédisposition au risque thrombo-embolique veineux en l'absence de documentation objective, d'une façon générale, les données de l'interrogatoire considérées comme suffisantes pour évoquer ce risque
- l'identification des « terrains migraineux à risque » : aura/ intensité-fréquence des crises/ céphalées d'origines différentes et possiblement intriquées

Décisions

Howard et al. définit l'analyse de la prise de décision comme une technique qui « spécifie les options alternatives, les informations et les préférences du décideur, et en déduit la décision qui en découle » (37). Ainsi cette définition prend en compte d'une part les options alternatives, comme l'éventail de choix qui se présentent au décideur, et d'autre part les informations, qui sont l'ensemble des événements à considérer (éléments de terrain associés à un risque particulier) et leur probabilité. La préférence exprime la désirabilité relative de ces différentes éventualités aux yeux du décideur.

Le modèle décrit dans l'illustration 1 est cependant incomplet car s'il est une bonne représentation de la démarche de réduction d'incertitude en médecine, il ne prend pas en compte l'ensemble des déterminants de la prise de décision. Si l'on admet que, d'un point de vue cognitif, la décision n'est située au même plan que les autres processus cognitifs, alors on peut comprendre que la décision ne dépend pas *que* du résultat d'une démarche probabiliste d'évaluation des risques.

Dans la pratique, une action est décidée après analyse de ses alternatives possibles.

Un arbre décisionnel est la représentation de l'ensemble des choix possibles (voir illustration 4)

Chaque action, entraînant des conséquences en fonction de l'état, ou du statut de la patiente vis-à-vis d'un risque donné, elle peut être associée à une valeur utile (ou utilité) dont la quantification est avant tout relative, puisqu'elle permet de situer l'intérêt de cette option par rapport à une autre.

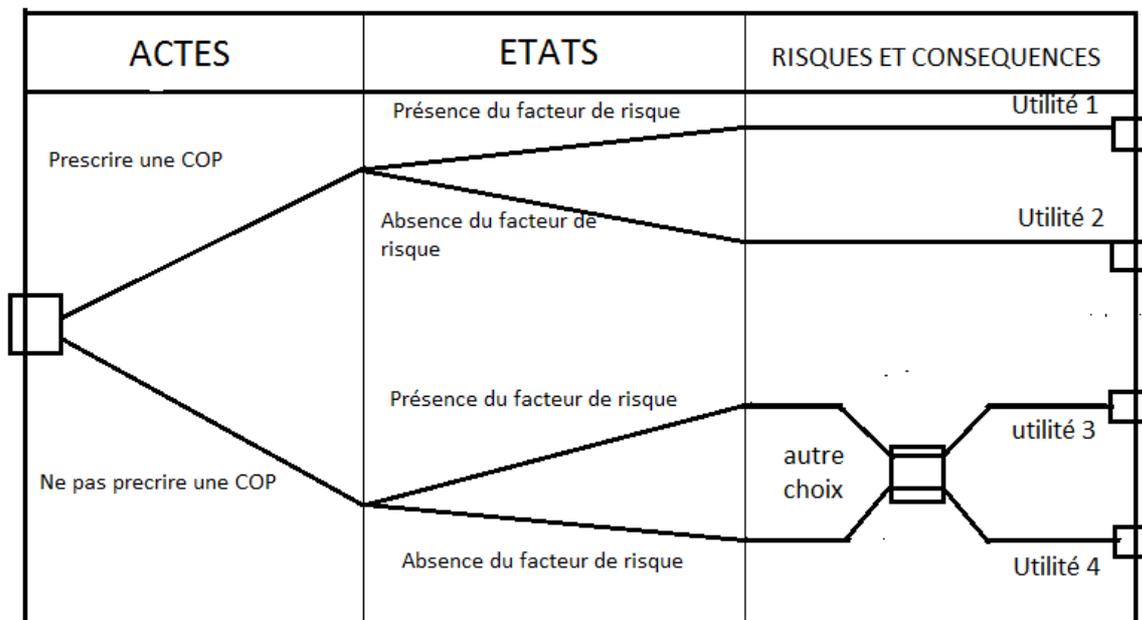


Illustration 4: Arbre décisionnel dans le cadre du choix de prescription d'une COP

Selon ce modèle, l'utilité espérée d'une option représente la valeur d'une variable qui est le produit de l'utilité par la probabilité de chaque état.. Quand la valeur de cette variable est maximale, alors le choix est le meilleur possible car il représente le rapport bénéfice risque le plus favorable.

Ce modèle peut être utilisé afin d'examiner la manière dont sont élaborées les stratégies de choix des médecins interrogés ainsi que leurs marges d'adaptation. Si dans la pratique, il est difficile et peu réaliste de quantifier l'utilité d'une option donnée, ce concept peut être transposé dans le domaine cognitif en terme de préférence ou d'utilité subjective.

Contrairement à l'inférence bayésienne, « procédurale » (illustration 1) ou chaque information entraîne une révision du jugement, la notion d'utilité implique l'examen au préalable des conséquences finales d'un choix. Le jugement n'est donc plus soumis aux mêmes contraintes :

il s'agit d'apprécier la « désirabilité » d'une situation donnée, et non plus le risque (ou la chance) qu'elle se produise.

Les « facteurs » susceptibles d'influencer l'utilité subjective sont de toute autre nature, par exemple d'ordre émotionnel: le fait d'avoir déjà été confronté à une situation pénible, la volonté d'être en accord avec les souhaits de la patiente, ou pratique: la possibilité d'apporter une réponse à un problème annexe, si un bénéfice secondaire est attendu ou encore la complexité de la séquence d'action conduisant au résultat. Bien sûr, l'utilité est une variable qui peut être négative, si une situation est jugée désagréable et veut être évitée.

Une fois établie la valeur subjective de l'utilité, le décideur la pondère par la valeur subjective du risque (ou de la chance) de voir la situation se réaliser (probabilité subjective). Dans la suite de la discussion on parlera de valeur indicative, pour désigner la pondération d'un facteur de risque vis-à-vis de ce que préconise les recommandations, et de valeur subjective pour exprimer la pertinence de ce facteur pour le décideur.

2- Discussion

A- Représentation et pondération des facteurs de risque au travers de 2 exemples

a- Risque veineux

Le principal problème rencontré dans l'évaluation du risque concerne le risque veineux thrombo-embolique, que les praticiens semblent en totalité considérer en priorité. S'agissant du risque veineux thrombo-embolique, on note que l'approche des médecins repose sur une attitude de prudence qui est d'abord théorique. Quand un événement thrombo-embolique survient, celui-ci est souvent rapporté et analysé de façon rétrospective, comme étant en lien avec la pilule et généralement un facteur de risque comme le tabac, un lien de causalité formel ne pouvant que rarement être établi.

Souvent les conditions particulières de réalisation de ce risque comme l'âge précoce de survenue, associé à une anamnèse peu contributive rendent ce risque peu prévisible. De même que ses conséquences sont très variables en terme de gravité, de la phlébite simple à l'AVC voire au décès.

Les difficultés que posent ce risque particulier se décomposent en deux problèmes:

- précision du recueil anamnestique
- identifier une situation donnée comme à risque

L'anamnèse et le recueil des antécédents permettent parfois d'identifier une situation à risque telle qu'une thrombophilie avant la mise en route de la contraception, mais cette situation paraît assez rare et n'a été évoquée que par un seul médecin au cours de l'interrogatoire même si la totalité des médecins déclare réaliser une enquête minimale, au moins lors de la mise en route de la contraception.

En cas d'élément objectif, comme l'existence d'une prédisposition génétique familiale connue, la décision est alors suspendue au résultat de la recherche du facteur prédisposant: dans la situation évoquée par le médecin 4, il existe un antécédent familial de maladie veineuse thrombo-embolique dont la cause génétique est identifiée (mutation du facteur V), l'absence de cette mutation permet la prescription d'une contraception oestro-progestative.

Souvent l'anamnèse fournit des informations inadéquates ou incomplètes qu'il est plus difficile, en langage bayésien, de classer dans des catégories de risque.

1/Précision du recueil anamnestique

Quelques praticiens ont évoqué des difficultés à connaître avec précision les antécédents familiaux, en particulier la nature des événements ou pathologies survenus dans la parentèle lorsque celle-ci n'est pas suivie par le médecin traitant. A contrario, la connaissance directe de tels antécédents, peut constituer un avantage certain pour le médecin généraliste, mais aussi peut-être conduire à classer abusivement la patiente dans une catégorie « à risque ».

Ainsi par exemple la caractérisation de certains événements veineux profonds ou superficiels paraît difficile lors de l'interrogatoire des patientes. De même l'âge de survenue, leur récurrence, sont autant d'éléments qui ne sont pas toujours connus avec précision. Cette limite de la précision du recueil est bien entendu liée à la méconnaissance par la patiente de la physiopathologie de la maladie veineuse thrombo-embolique mais aussi à une certaine confusion sémantique liée à l'usage de termes génériques. Par exemple, on note l'utilisation indifférente chez certains médecins de termes tels que « insuffisance veineuse à caractère familial », « problèmes veineux » ou encore « troubles circulatoires ». D'une certaine façon la notion de terrain familial paraît jouer un rôle assez important, même en l'absence de « phlébite » au sens strict, sans qu'il nous ait été possible d'évaluer la valeur subjective de cet élément.

2/L'identification d'une situation donnée comme une situation considérée comme à risque.

Même à supposer que le recueil des antécédents soit complet, l'existence d'antécédents veineux thrombotiques est l'objet d'une évaluation très subjective. Les contre-indications absolues sont bien connues mais sont rarement présentes de façon évidente au terme de l'interrogatoire et de l'examen physique.

Toute la difficulté consiste à établir une probabilité subjective, à partir de la valeur indicative de chaque donnée anamnestique dont il dispose. Ainsi, par exemple, la survenue d'événements thrombotiques dans un contexte familial a une valeur indicative, tandis que l'existence d'une insuffisance veineuse à caractère familial en a une plus faible.

La « petite » pathologie veineuse, constitue donc souvent une variable d'ajustement qui va s'ajouter à d'autres facteurs comme par exemple l'obésité. Toutefois la décision de prendre en considération ou non ces données est très variable d'un médecin à l'autre.

Dans la pratique, en l'absence d'antécédents personnels, la notion d'épisodes thrombo-emboliques veineux répétés survenus chez un ou plusieurs parents, est un élément anamnestique utile pour les médecins mais, le nombre et la nature de ces événements ne sont pas évoqués avec précision. Il ressort de l'analyse des entretiens que la plupart des médecins considèrent au moins un événement tel que la survenue d'une thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire chez un parent au 1er degré, comme une contre-indication, mais certains parlent d'« insuffisance veineuse » lorsqu'il existe un caractère familial (médecins 2, 5).

b- La migraine

La représentation de la migraine comme facteur de risque vis-à-vis de la COP n'est pas uniforme dans la pratique des médecins interrogés. L'estimation de la valeur subjective de ce facteur de risque chez les praticiens est en butte à des problèmes sémantiques ou nosologiques, ce qui en tout cas témoigne d'une grande variabilité de jugement. Cette variabilité ne se retrouve pas dans l'action où l'on observe une relative convergence des pratiques.

Le premier problème soulevé est la classification du type de céphalées présentées par la

patiente, avec la possibilité d'intrications entre plusieurs étiologies. Même chez les médecins particulièrement attentifs aux antécédents migraineux, l'aura n'est pas toujours connue ou recherchée en tant que telle, et apparaît globalement sous-estimée au profit d'autres caractères de la migraine comme l'intensité des crises.

Le second problème est la nature de la COP, perçue tantôt comme traitement, cause ou facteur d'aggravation. Ses multiples conséquences possibles amènent parfois le praticien à reclasser à posteriori les manifestations migraineuses comme simple effet indésirable gênant justiciable d'un changement de formulation ou de dosage ou à l'autre extrême, signe d'alerte devant conduire à un arrêt définitif, le seul critère discriminant étant alors la description des crises, leur caractère inhabituel ou intense.

On s'aperçoit que globalement la migraine a une faible valeur subjective en tant que facteur de risque cardiovasculaire. On peut évoquer à cela plusieurs raisons:

- son classement en facteur de risque relatif par les recommandations: la migraine à elle seule n'est pas une contre-indication et ne le devient qu'en présence d'aura (situation assez peu fréquente)
- le fait que les recommandations qui la concernent ne préconisent pas une attitude unique
- le fait qu'elle ne fasse pas partie des facteurs de risque cardiovasculaire habituels hors contraception

En revanche, il existe de larges fluctuations de l'utilité subjective espérée de la COP puisque celle-ci peut représenter à la fois une solution au problème ou une cause possible d'aggravation.

Contrairement à la pathologie veineuse, la migraine n'est pas une variable d'ajustement dans l'estimation du risque a priori (avant COP), si sa valeur subjective comme facteurs de risque cardio vasculaire n'est pas négligeable, cela conduit à l'envisager sous l'angle des complications possibles (AVC). L'utilité de la COP devient négative ou suffisamment faible pour lui faire préférer une autre méthode. C'est ce qu'on voit chez quelques médecins qui procèdent à une évaluation systématique du risque sur un mode synthétique (cumul/association de facteurs de risque) en établissant un profil qu'ils testent contre le référentiel.

La plupart préfère cependant une stratégie d'essai, où le nouveau critère de jugement devient l'évolution des symptômes sous traitement. A la place des facteurs de risque, cette stratégie synthétise les différentes conséquences ou utilités (positives et négatives) mais néglige l'éventualité d'un accident grave au motif d'une faible probabilité.

B- Analyse de la prise de décision en situation de consultation pour contraception

a- Modèle de la décision concertée

Comme nous l'avons vu précédemment la décision ne s'appuie que partiellement sur les règles d'inférences bayésiennes. Ces dernières fournissent aux médecins une approximation subjective généralement assez homogène du risque, car basée sur une connaissance issue de référentiels communs. Toutefois celle-ci n'est qu'un outil.

Dans la réalité, l'utilité, c'est-à-dire la valeur subjective de l'option finale, joue un rôle très important et, compte tenu de déterminismes très différents, peut varier sensiblement d'un praticien à un autre.

En outre, l'utilité d'une option n'est plus seulement dépendante des représentations a priori du prescripteur mais aussi, dans une optique de choix concerté, de l'utilité subjective de ce choix pour la patiente.

Ainsi le choix final ne peut être analysé sans tenir compte de l'apport de ces interactions au plan cognitif, puisque la patiente n'est plus seulement pourvoyeuse d'informations mais également partie prenante de la décision. Dans cette situation, un modèle tel que la théorie du jugement sociale permet d'appréhender, de façon descriptive, les interactions entre les participants à la décision, dans un paradigme de conflit interpersonnel.

Selon Hammond, la théorie du jugement social peut s'appliquer dans le cas où deux personnes concourent à une même tâche (illustration 5) : dans le cas présent ce modèle décrit bien la spécificité de l'interaction entre le médecin et la patiente lors de la consultation pour contraception. Pour un indice donné, les validités subjectives ne sont pas nécessairement les mêmes pour le médecin et la patiente. Le modèle décrit une phase d'apprentissage ou d'appréciation où chaque participant prend connaissance de l'ensemble des indices, puis de conflit où les deux jugements sont confrontés.

Le degré d'accord dépend tout à la fois de la similitude des politiques de jugement et de leurs consistances (reproductibilité).

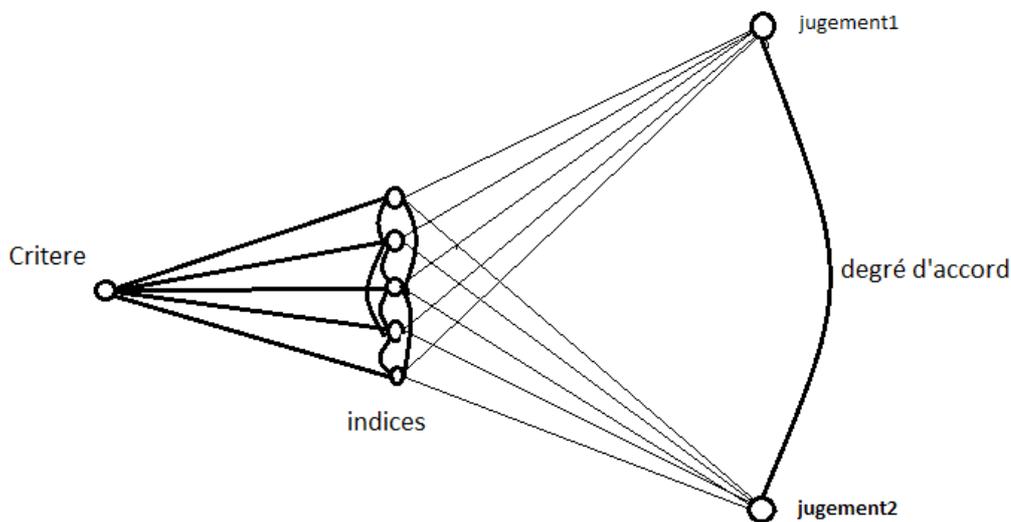


Illustration 5: Extension du modèle du jugement social au cas où deux personnes interagissent ensemble relativement à une tâche

b- Valeur subjective du risque lié à la pilule

Combinaison tabac-pilule: gestion codifiée mais peu appliquée

Le tabagisme représente une situation courante chez les patientes demandeuses de contraception orale. Il s'agit d'un facteur de risque cardiovasculaire clairement identifié faisant l'objet de recommandations précises tant au niveau national qu' international.

Dans le cadre de la COP, il existe une difficulté pour les praticiens à trouver un critère de jugement fiable, opérant, applicable en toutes circonstances. S'agissant des risques cardiovasculaires et carcinologiques, l'âge constitue un repère facile qui est utilisé par l'ensemble des praticiens. En tant que facteur de risque toutefois, l'âge n'a pas une valeur indicative aussi nette que le tabac, ce qui explique qu'en cas de combinaison des deux, la pratique des médecins soit l'objet de variations plus ou moins importantes par rapport au seuil de 35 ans fixé par les recommandations.

De plus, avant 35 ans, il existe un risque faible mais réel et subjectivement validé par la plupart des médecins interrogés. Ainsi la problématique du tabagisme n'est que rarement totalement déconnectée de celle de la contraception.

La difficulté de l'applicabilité de ce critère réside donc dans le fait qu'il néglige un risque bien réel quoique faible et semble faiblement appliqué pour les tranches d'âge intermédiaires 35-40 ans, précisément là où il est censé jouer un rôle discriminant.

Dans la pratique, l'analyse des entretiens nous montre que, hors circonstances particulières, les médecins ne cherchent que rarement l'arrêt immédiat du tabac mais, en revanche s'appuient sur le degré de motivation de la patiente pour évaluer l'intérêt à long terme de la COP.

Le risque cardiovasculaire: facteurs de confusion

L'évaluation globale du risque cardiovasculaire tant artériel que veineux est l'objet de biais heuristiques de confusion, qui tiennent à la dispersion des facteurs de risque et à la difficulté de les intégrer dans une stratégie bayésienne. Souvent en l'absence de critères de choix objectifs tels que des seuils, permettant de se positionner vis-à-vis d'un risque, le cumul de risques à faibles valeurs subjectives, ne permet pas de réduire l'incertitude de manière efficiente pour une prise de décision.

En situation d'incertitude persistante et en l'absence de contre-indication majeure, les valeurs d'utilité seront examinées, et de façon prioritaire, guideront le choix du praticien.

c- Valeur subjective d'utilité de la COP

- pour le praticien:

Comme nous l'avons vu la valeur d'utilité représente la désirabilité d'une option dans une situation donnée. Les déterminants sont multiples et appartiennent aussi bien au champ médical que social.

Valeur pédagogique, valeur initiatique?

Dans le cas de jeunes utilisatrices indemnes de facteurs de risque, la problématique du choix de la contraception, se pose d'avantage en terme d'éducation et d'utilisation optimale, la question du tabagisme ne remet pas en cause ce choix. La pilule représente une modalité facile d'entrée dans la contraception, grâce notamment à ses bénéfices non contraceptifs (acné, régularisation des cycles), elle peut constituer le prétexte d'un temps pédagogique, dédié à l'information et à la prévention des risques liés à la sexualité. Ainsi également la contraception semble parfois mise à profit pour décourager à court, moyen ou long terme la consommation du tabac; l'information délivrée paraît donc constamment surestimer le risque du tabac à cette fin.

La force de l'habitude

Avec l'avancée en âge, une utilisation régulière de la pilule, sa bonne tolérance ainsi que les effets bénéfiques éventuels, sont autant d'éléments qui augmentent le coût subjectif de l'abandon de la pilule au profit d'une autre méthode.

L'étendue des connaissances des praticiens et plus spécifiquement leur expérience de l'utilisation ou de la mise en place des différentes solutions contraceptives tend à réduire le coût subjectif de leur utilisation au détriment de la pilule. On note que ces mêmes praticiens disent rencontrer peu d'opposition vis-à-vis de ces méthodes contrairement à ceux dont la connaissance et/ou la prescription de ces méthodes est limitée.

Un poids historique

La pilule représente historiquement l'innovation majeure ayant permis au contrôle des naissances de s'imposer en l'espace quelques décennies et qui actuellement reste utilisée par 60% des femmes. Les habitudes en ont été profondément modifiées avec une dissociation progressive de la sexualité et de la procréation (41) ce malgré la persistance d'une part importante de grossesses non prévues ou non désirées –respectivement 1 sur 3 et 2 sur 10. Le changement de paradigme qui en résulte est que la norme en matière de sexualité est que l'on n'est pas a priori exposé au risque d'une grossesse non désirée, la sécurité contraceptive devenant pour le médecin en charge de la contraception, un pré-requis même lorsqu'il n'est pas formulé explicitement. Le poids de ces normes et de ces conventions sociales conduit souvent le médecin à surestimer le souhait de la patiente de ne pas avoir d'enfant. Le témoignage du médecin 7 à cet égard est éclairant:

« la pilule c'est tellement compliqué ... c'est tellement ambivalent...on ne peut pas savoir si la demande de contraception c'est une vraie demande .. si la personne a pas envie. J'ai donné une pilule ce matin, c'est moi qui ai proposé, c'est moi qui ai dit qu'il fallait. ... ».

Ainsi, même dans les situations où la sécurité contraceptive représente un important bénéfice indicatif (cas de l'adolescente) et que la pilule est adoptée sans difficulté, par la suite les patientes n'ont pas toujours rétrospectivement l'impression d'être à l'origine de ce choix (4).

L'auteur de cette enquête rapporte également, dans les raisons invoquées, un certain conformisme vis-à-vis de l'entourage, une « *mode* », mais aussi, par la suite, un certain conditionnement des prescripteurs.

Aller à l'encontre de ces conventions représente pour le médecin, un coût subjectif important.

- pour la patiente

L'utilité subjective de la pilule pour la patiente varie d'une femme à l'autre et tout au long de la période d'activité génitale. A côté des effets non contraceptifs qui peuvent être eux-mêmes l'objet de la demande principale, il paraît clair que le bénéfice contraceptif est objectivement maximal aux périodes de la vie où une grossesse n'est que rarement désirée (adolescence et préménopause). Des études montrent cependant que la corrélation avec le besoin ressenti n'est pas évidente (3,4).

L'absence d'une utilité ressentie initialement ou la non-perception immédiate du bénéfice de la COP, par exemple si celle-ci a été introduite de façon « conventionnelle » en dehors d'un besoin de contraception immédiate, conduit parfois à un rejet « dogmatique », où sa nature hormonale, chimique est ressentie comme nuisible (4).

Un autre paradoxe nous est donné par le médecin 7 :

« oui.. j'ai encore eu une femme à la fac, en cours de doctorat, ben elle n'a pas pris sa pilule et puis voilà.. et en plus elle voulait vraiment pas avoir d'enfants. Alors qu'est-ce qui s'est tramé dans cette histoire-la ? Est-ce que c'est un échec .. nous on dit échec de la contraception. Mais elle savait très bien qu'elle prenait pas sa pilule ».

Cela traduit un décalage nécessaire entre le désir véritable de grossesse et la connaissance qu'en a ou que peut en avoir le médecin, voire la patiente elle-même, dans cette situation d'incertitude parfois irréductible, à rattacher aux circonstances même de la vie,

CONCLUSION

S'agissant de la contraception orale hormonale, l'approche du risque est délicate et soumise à de multiples contraintes qui tiennent à la conciliation du rapport bénéfice-risque établi subjectivement par le prescripteur en fonction des données de la consultation, et du bénéfice réel, objectif pour la patiente sur le long terme.

L'estimation du risque se base comme nous l'avons vu, sur une série de données référencées, dont la valeur subjective s'écarte de la valeur indicative réelle à mesure que le risque décroît. Les situations de cumuls de facteurs de risque mineurs, 'mal calibrés' ne permettent pas l'inférence effective d'un risque individuel, à même de peser significativement sur la décision.

Dans cette situation, un certain nombre de critères proposés par les recommandations ne sont souvent utilisés que comme facteurs d'ajustements (migraine, obésité, âge, tabac, insuffisance..), l' ancrage cognitif se fondant sur des éléments quantifiables (par exemple dyslipidémie, diabète) ou objectifs (complications réelles, effets indésirables.. survenus chez la patiente, ou dans l'expérience du praticien dans des situations comparables).

Alternativement, mais de façon plus rare, la bonne connaissance et la maîtrise de la diversité de l'arsenal contraceptif augmente singulièrement le coût de l'utilisation de la COP, dans des situations couramment jugées acceptables du point de vue du risque.

L'estimation du bénéfice par le médecin se fonde sur les bénéfices attendus de la méthode et son ancrage en est la sécurité contraceptive. Cette estimation est révisée par les doléances de la patiente et par sa propre vision du bénéfice attendu. La notion de ce bénéfice pour la patiente est délicate car tout comme les risques, il ne peut être connu avec précision de la patiente elle-même qu'après une information éclairante et adaptée, et qui doit être réactualisée périodiquement.

Le prescripteur ne peut donc avoir qu'une connaissance présomptive *a priori* des représentations et des choix qui sous-tendent l'utilisation d'une COP.

Il est tentant cependant d'imposer le modèle d'une contraception fiable, éprouvée, historiquement lourd de sens, tel que la COP comme une norme.

Ainsi, la balance bénéfice-risque pour être réellement favorable devrait-elle réévaluer le coût réel d'une contraception sub-optimale, d'un échec ou d'une méthode alternative à chaque étape.

Dans ce contexte, le suivi alterné par différents praticiens a probablement une vertu pédagogique car il évite aux patientes de se calquer sur le raisonnement d'une seule personne, et donc de bénéficier d'un choix plus libre ou encore, au travers des écarts de discours et discordances éventuelles, de relativiser un choix alors moins suspendu à des décisions fondées sur une approche strictement rationaliste.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Institut national d'études démographique. *Enquête Cocon*. [Www.ined.fr](http://www.ined.fr)
- (2) Haute Autorité de Santé. Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme, rapport technique (Recommandations, décembre 2004). www.Has-santé.fr
- (3) Marie P., Champollion S., Ourabah R. «Que font les patientes lorsqu'elles oublient leur pilule?» - 2008 – Revue Exercer
- (4) Desjeux C., « La pilule hormonale féminine : De la fécondité « féminine » à la fécondité « conjugale » », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*. URL : <http://socio-logos.revues.org/1943>
- (5) Black A., Francoeur D., Rowe T. et al. Consensus canadien sur la contraception. *J Obstet Gynecol reprod Biol* 2004;112:136-41
- (6) Bricaire C. Plu-Bureau G. Contraception difficiles. *Revue du praticien vol.58* 2008: 55-64.
- (7) Allais G, De Lorenzo C, Mana O., Benedetto C. Oral contraceptives in women with migraine: balancing risk and benefits. *Neurol Sci* 2004 ; 25 : S211-4.
- (8) Curtis KM, Chrisman CE, Peterson HB. Contraception for women in selected circumstances; *Obstet gynecol* 2002;99:1100-12
- (9) Etminan M., Takkouche B., Isorna FC., Samii A.A. Risk of ischaemic stroke in people with migraine: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ* 2005 ; 330 (7482) : 63-5
- (10) Organisation mondiale de la santé. Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. 2nd ed. Genève: OMS; 2002
- (11) Kemmeren JM., Algra A, Grobbee DE. Third generation oral contraceptive and risk of venous thromboembolism. *BMJ* 2001;323:1-9
- (12) Lidegaard O., E Lokkegaard, AL Svendsen. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ*. 2009;339:b2890.
- (13) Baillargeon JP., Donna K. McClish, Paulina A. Essah and John E. Nestler Association between the current use of low-dose oral contraceptives and cardiovascular arterial disease: a meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* , doi:10.1210/jc.2004-1958
- (14) WHO. Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. *Lancet* 1996;348(9026):498-505.

- (15) Tanis BC, van den Bosch MAAJ, Kemmeren JM, Cats VM, Helmerhorst FM, Algra A *et al.* Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. *N Engl J Med* 2001;345(25):1787-93.
- (16) WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study. *Lancet* 1997;349(9060):1202-9.
- (17) Schwingl PJ, Ory HW, Visness CM. Estimates of the risk of cardiovascular death attributable to low-dose oral contraceptives in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180(1 Pt 1):241-9.
- (18) Farley TM., Meirik O., Chang CL., Poulter NR.. Combined oral contraceptives, smoking, and cardiovascular risk. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:775-785
- (19) Lidegaard Ø, Edström B, Kreiner S. Oral contraceptives and venous thromboembolism. A case-control study. *Contraception* 1998;57(5):291-301.
- (20) WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Effect of different progestagens in low oestrogen oral contraceptives on venous thromboembolic disease. *Lancet* 1995;346(8990):1582-8.
- (21) Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Surveillance biologique de la contraception orale estroprogestative. Paris: ANAES; 1998.
- (22) Wiegatz I, Jung-Hoffmann C, Gross W, Kuhl H. Effect of two oral contraceptives containing ethinyl estradiol and gestodene or norgestimate on different lipid and lipoprotein parameters. *Contraception*.1998 Aug;58(2):83-91.
- (23) Petersen KR. Pharmacodynamic effects of oral contraceptive steroids on biochemical markers for arterial thrombosis. Studies in non-diabetic women and in women with insulin-dependent diabetes mellitus. *Dan Med Bull.* 2002 Feb;49(1):43-60.
- (24) Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies.. *Lancet.* 1996 Jun 22;347(9017):1713-27.
- (25) Øjvind Lidegaard, Smoking and use of oral contraceptives: Impact on thrombotic diseases. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:S357-63
- (26) BLANCHET Alain, GHIGLIONE Rodolphe, MASSONNAT Jean, TROGNON Alain. Les techniques d'enquête en sciences sociales : observer, interviewer, questionner
- (27) Van Hylckama Vlieg A. et coll. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study.

- (28) Britten N. Qualitative interviews in medical research. *BMJ*. 1995 Jul 22;311(6999):251-3.
- (29) Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ*. 1995 Jul 1;311(6996):42-5.
- (30) Heinemann LAJ, Dinger JC. Range of published estimates of venous thromboembolism incidence in young women., *Contraception* 2007;75:328–36.
- (31) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Venous Thromboembolism and Hormonal Contraception.
- (32) Shulman LS, Elstein AS, Sprafka SA. *Medical Problem Solving: An Analysis of Clinical Reasoning*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978. Clinical problem solving and diagnostic decision making : selective review of the cognitive literature
- (33) Haynes, RB, Devereaux J-P, Guyatt GH. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice.. *Evid Based Med* 2002;7:36-38
doi:10.1136/ebm.7.2.36
- (34) Davidoff f et coll. Marked hyperlipemia and pancreatitis associated with oral contraceptive therapy
- (35) Crise migraineuse chez l'adulte, *Idées-Forces*, La revue Prescrire n°329
- (36) Prise en charge du patient dyslipidémique, Agence Française de Sécurité sanitaire des produits de santé
- (37) Howard RA, Matheson JE. *The principles and applications of decision analysis*. Menlo Park, CA, Strategic Decisions. Group, 1983.
- (38) Michael J. Rosenberg, Michael S. Waugh and Catherine M. Stevens. Smoking and cycle control among oral contraceptive users
- (39) Cadet. B *Incertitude et prévisibilité dans l'évaluation individuelle des risques: quantifications et catégorisations*. In B. Cadet, G. Chasseigne & G. Foliot, *Cognition incertitude et prévisibilité* (p105-119). Paris: Publibook
- (40) Brunswik E. *The conceptual framework of psychology*. Chicago: University of Chicago Press, 1952.
- (41) Regnier-Loilier A. *Stratégies des couples en matière de fécondité. De la « fécondité naturelle » à « l'infécondabilité naturelle »*. Thèse de sociologie sous la direction de Rabier. Jean-Claude, Université de Lille 1, 2002.

VU

NANCY, le 29 août 2011

Le Président de Thèse

NANCY, le 07 septembre 2011

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation,

Professeur P. JUDLIN

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE n°3725

NANCY, le 13/09/2011

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE:

Introduction: La contraception oestro-progestative orale représente le mode de contraception le plus utilisé en France. Sa prescription fait l'objet d'une évaluation ciblée du risque par les différents intervenants dans le suivi contraceptif. Ces risques sont partiellement connus et portés à la connaissance des praticiens à travers différents référentiels. Ces recommandations laissent toutefois à ceux-ci une large part d'autonomie de décision. Les médecins généralistes ont un rôle important dans la gestion de ce risque : ce travail s'intéresse particulièrement aux déterminants de la prise de décision dans les situations à risque, en consultation de médecine générale.

Matériel et méthode: Dans ce cadre, nous avons interrogé onze médecins généralistes lorrains en suivant une méthode d'enquête qualitative. Il s'agissait d'entretiens semi-dirigés enregistrés dont les thèmes, regroupés dans un guide, étaient les situations à risque rencontrées en consultations, les complications éventuelles, les stratégies de prévention et la perception par les médecins généralistes de leur propre action. Nous avons ensuite procédé à l'analyse des entretiens retranscrits.

Résultats : L'analyse linéaire par entretien a mis en évidence une diversité de pratiques et d'approches vis-à-vis de la contraception dans le groupe de médecins interrogés. L'analyse transversale a permis d'établir les convergences et les divergences tant dans la perception du risque que dans les stratégies de choix.

Discussion : l'originalité de ce travail est de présenter une lecture psychologique et cognitive de ces résultats, et de présenter dans leur globalité les éléments subjectifs qui sous-tendent les choix des praticiens.

TITRE EN ANGLAIS: *Perception and approach of combined oral contraceptive pill's risk in the general practice consultation. A qualitative investigation conducted among eleven general practitioners of Lorraine.*

THESE: MÉDECINE GENERALE- ANNÉE 2011

MOTS-CLÉS: *contraception, prescription, risques, décision médicale, médecine générale,*

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R.:

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY-1

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex