

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

-
FACULTÉ DE MEDECINE
Année 2014

Thèse 2014-TOU3-1080

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 7 octobre 2014
à la faculté de Rangueil.

Par Mademoiselle GUIET Annaëlle

**Médias et médecine générale : impact de la polémique
touchant la pilule de troisième génération sur la
pratique des médecins généralistes en Midi-Pyrénées.**

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Docteur Thierry Brillac.

COMPOSITION DU JURY :

Monsieur le Professeur Pierre LEGUEVAQUE, président de jury.

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, Assesseur.

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE, Assesseur.

Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC, Assesseur.

Monsieur le Docteur Jordan BIREBENT, membre invité.

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Ch	Hépto-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. CALVAS P.	Génétique
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. LIBLAU R.	Immunologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PERON J.M	Hépto-Gastro-Entérologie
M. MALAUDAUD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme MOYAL E.	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie	P.U.	
M. PRADERE B.	Chirurgie générale	M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE D. F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. COURBON F.	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STÓWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GERAUD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémio. Eco. de la Santé et Prévention	M. GROLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. PLANTE P.	Urologie	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme COURBON	Pharmacologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. CORRE J.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GALINIER A.	Nutrition
M. GANTET P.	Biophysique	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. HAMDJ S.	Biochimie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme MOREAU M.	Physiologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. PILLARD F.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. VALLET M.	Physiologie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophtalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire	M. BISMUTH S.	Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Légevaque.

Je vous remercie pour vos conseils. C'est un honneur de vous voir présider cette thèse. Je vous prie de trouver ici l'expression de mon plus grand respect.

A Messieurs les Professeurs Stéphane Oustric, Pierre Mesthe et Docteur Jordan Birebent.

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger à ce jury et de bien vouloir juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Thierry Brillac, pour avoir accepté de diriger ce travail. Cette thèse n'aurait jamais vu le jour sans votre soutien. Merci de m'avoir guidée dans ce travail.

Aux médecins en qui je vouais une profonde admiration dès mon plus jeune âge, et qui m'ont donnée envie de faire ce métier : A Fernand Weisslinger et Christelle Touraine.

Aux médecins qui m'ont donnée confiance en moi : A Christophe Cazard et Jean Luc Souyri.

A ceux qui guident mes derniers pas d'interne : A Brigitte Escourrou, Bernard Pachins Alain Panifous, et Julie Subra.

Aux médecins qui ont répondu au questionnaire.

A ceux pour qui, malgré mes 1,66m et mes 27 ans, 5 mois et 24 jours, je réponds toujours au doux surnom de « la p'tite » : devenir Docteur ne changera sûrement rien à ce statut, mais c'est l'occasion pour moi de vous remercier de m'avoir donné les ressources affectives et matérielles pour aller jusqu'au bout de mes ambitions. **A mes parents** que j'aime : je vous souhaite, de tout cœur, une merveilleuse retraite.

A ceux qui transformaient le partage d'un gâteau en lutte pour la survie, les parties de foot en enjeu mondial, les balades à vélo en périple plein d'aventures, les cabanes en bâtisses dont les voisins pouvaient être jaloux. Malgré les chamailleries, vous avez fait de mon enfance une fête. **A Gaëtan et Aurélien**, mes frères chéris.

Aux femmes qui ont gracieusement changé le cours de la vie de mes deux frangins, et forcément un peu la mienne... à **Audrey et Céline**.

A l'étoile qui brille déjà de malice sous les yeux de ses parents. A ma filleule **Stella**.

Aux oncles tantes, cousins cousines, grand-mère. Merci pour vos attentions et de l'intérêt que vous avez pu porter à ce que je fais.

Aux amies de Poitiers : **Anicée, Marie T, Joana, Aurélie, Marie G**. Vous m'avez vue me réjouir de cette entrée en médecine, puis douter, me plaindre, stresser et enfin choisir de partir...

Qu'est que j'aime vous revoir quand je rentre au bled! Votre amitié m'est précieuse.

J'ai arpenté tes rues, de jour et de nuit, aux solstices, dans le vent d'autan, sous la neige. Toulouse, quelle couleur aurais-tu sans les personnes qui gravitent autour?

A Claudie et Bastien, Myriam et Jansen, Flavie, Anne-Line, Florence, Emilie, Oriane, Julie P, Hélène, Marie P, Laure, Fatiha, Chrystel, Elisa, Laurence, Lydia, Anaïs, Mathilde, Matthieu M et Julie, Hugo et Julia, Clément, Camille, Louise et François.

Spéciale dédicace à **Jean, Mathieu, Florent**. C'est un plaisir de partager un peu plus qu'un salon et des casseroles avec vous! A tous les bons moments passés dans cette colocation, j'espère que ce ne sont pas les derniers! (une proposition de date pour la prochaine fête?).

On surfe sur une vaguelette depuis peu, qu'elle grandisse au gré du vent, et pourvu que les moments houleux ne viennent pas trop perturber la bise! **A Maurin**.

TABLE DES MATIERES

<u>I) INTRODUCTION :</u>	3
<u>I-1) Définitions : de la première pilule oestro-progestative aux « générations » de pilule :</u>	3
<u>I-2) le risque thrombo-embolique veineux des POP, source de débats anciens :</u>	4
<u>I-3) Risque thrombotique artériel :</u>	5
<u>I-4) Position des Agences Françaises (ANSM et l'HAS) avant/après la polémique :</u>	5
<u>I-5) Modifications dans le profil de vente de contraceptifs en 2013 :</u>	6
<u>I-6) Objectifs de l'étude.</u>	8
<u>II) MATERIEL ET METHODE :</u>	9
<u>II-1) Type d'étude :</u>	9
<u>II-2) Questionnaire :</u>	9
<u>II-3) Protocole :</u>	9
<u>II-4) Analyse des résultats :</u>	9
<u>III) RESULTATS :</u>	10
<u>III-1) Profil des réponders :</u>	10
<u>III-2) Importance du motif contraception avant, pendant et après la polémique...</u>	11
<u>III-3) Place du médecin généraliste dans l'information aux patientes :</u>	11
<u>III-4) Fréquence de l'interrogatoire à la recherche de facteurs de risque thrombo-embolique :</u>	11
<u>III-5) Impact de la polémique sur la place de la pilule de troisième génération dans le panel des contraceptifs prescrits par les médecins généralistes réponders :</u>	12
<u>III-6) Facteurs découlant de la polémique et pouvant expliquer les modifications de prescription en matière de contraception :</u>	12
<u>III-7) Impact de la polémique sur la révision des connaissances :</u>	14
<u>IV) DISCUSSION :</u>	15
<u>IV-1) Impact de la polémique médiatisée sur le motif « contraception » en médecine générale, et place du médecin généraliste dans l'information aux patientes :</u>	15
<u>IV-2) Fréquence de l'interrogatoire concernant la recherche de facteurs de risque thrombo-embolique :</u>	17
<u>IV-3) Place de la pilule de troisième génération dans le panel des contraceptifs</u>	

<u>proposés par les médecins généralistes répondeurs :</u>	18
<u>IV-4) Facteurs découlant de la polémique et pouvant expliquer les modifications de prescription en matière de contraception :</u>	19
<u>IV-5) Effet de déremboursement :</u>	22
<u>IV-6) Impact de la polémique sur la révision des connaissances :</u>	23
<u>IV-7) Forces et limites de l'étude :</u>	24
<u>V) CONCLUSION :</u>	26
<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :</u>	27
<u>ANNEXE 1 : Les générations de pilule :</u>	30
<u>ANNEXE 2 : Contraceptifs hormonaux combinés (pilules, anneau vaginal et patch) : Position finale du Comité des médicaments à usage humain (CHMP) - Point d'information du 25/11/2013</u>	31
<u>ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE DE THESE</u>	33
<u>ANNEXE 4 : DOCUMENT D'AIDE A LA PRESCRIPTION DE CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (ANSM 12/02/2014)</u>	37
<u>ABREVIATIONS</u>	40
<u>RESUME ET MOTS-CLES</u>	41

I) INTRODUCTION :

I-1) Définitions : de la première pilule œstro-progestative aux « générations » de pilule :

La première pilule œstro-progestative (POP) voit le jour en 1956 aux Etats-Unis, elle est autorisée et commercialisée en France en 1967.

Selon le progestatif utilisé, les pilules œstro-progestatives ont été classées en quatre classes ou générations (ANNEXE 1).

Les pilules de troisième génération (P3G) sont mises sur le marché dans les années 1980, et on en attend des avantages non contestables à l'époque : une revue de la littérature montre que les pilules de nouvelles générations existantes (Désogestrel, Gestodène, et Norgestimate) sont moins androgéniques, et ayant moins d'impact sur le métabolisme glucidique et lipidique. Le contrôle du cycle et la fiabilité étaient quant à eux similaires aux anciennes générations. (1).

En ce qui concerne les POP contenant de la Drospirénone, plusieurs de ces avantages non contraceptifs ont été soulignés dans le cadre d'essais randomisés (niveau d'évidence I), et notamment concernant les troubles dysphoriques prémenstruels (2) , l'acné (3, 4) et la qualité de la vie en général (5).

Pourtant, deux revues systématiques Cochrane remettent en question l'intérêt des P3G par rapport aux générations pré-existantes :

L'une datant de 2009, a conclu à une amélioration de l'acné sous contraceptif oral combiné (COC) comparé au placebo, mais sans différence nette d'efficacité entre les différents types de contraceptifs oraux, du fait de données limitées, de conflits d'intérêts (6).

Dans l'autre revue systématique, les preuves de bonne qualité étaient insuffisantes pour tirer des conclusions concernant les différences de profil de tolérance entre génération de pilule (7).

I-2) le risque thrombo-embolique veineux des POP, source de débats anciens :

On sait depuis de nombreuses années que les femmes utilisatrices d'une contraception oestro-progestative sont plus exposées au risque thrombo-embolique que les femmes non utilisatrices (8).

De nombreuses études montrent qu'il existe un sur-risque thrombo-embolique veineux sous pilule de troisième génération versus deuxième génération (9, 10, 11, 12, 13). Ce sur-risque est majeur dans la première année d'utilisation, pour décroître ensuite, et était également dépendant de la dose d'oestrogène (14, 15).

Les premiers débats médiatisés sur la question datent du milieu des années 1990 et ont donné lieu à une « pill scare » au Royaume Uni, polémique qui aurait engendré un surnombre de grossesses non désirées et d'avortements (16).

Si on traduit ces informations en risque absolu, sur une année, une thrombose veineuse profonde (TVP) est attendue chez :

- 0,5 à 1 femme pour 10 000 femmes non utilisatrices de pilules ;
- 2 femmes pour 10 000 utilisatrices de COC à base de Lévonorgestrel (P2G);
- 3 à 4 femmes pour 10 000 utilisatrices de COC à base de Désogestrel, de Gestodène, ou de Drospirénone (P3G)

Cet état de sur-risque thrombotique veineux est à relativiser, puisqu'un statut physiologique peut conduire à un risque encore supérieur : une TVP est attendue dans 6 cas pour 10 000 femmes au cours de la grossesse.

Cette « pill scare » semble avoir peu touchée la France, où la pilule de troisième génération est largement prescrite (majoration d'utilisation en 2009) jusqu'à ce qu'éclate la polémique de 2012.

Suite à cette polémique, H. Lévesque et T. Hanslik (17) se penchent sur l'ensemble des données disponibles, et concluent que le risque thrombo-embolique veineux bien que faible est maximal en cas de thrombophilie, de facteurs de risque associés (dont l'âge croissant et le tabagisme), d'instauration récente du traitement (moins de deux ans), d'une dose élevée d'éthinylestradiol et d'un progestatif contenu dans les pilules les plus récentes (Désogestrel, Gestodène, Drospirénone, Cyprotérone)

Il existe une exception à la règle : le Norgestimate (P3G) ne fait pas partie des pilules contenant un « sur-risque » : en effet en 2012, une analyse ayant inclus 4 études cas témoins

a comparé les contraceptifs contenant du Norgestimate à ceux contenant du Lévonorgestrel : l'odds ratio était de 1,11 [0,84 ; 1,46].(18)

Selon l'évaluation de l'ANSM en 2013, les contraceptifs oraux combinés qui présentent le moins de risque thrombo-embolique veineux sont ceux contenant du Lévonorgestrel ou de la Noréthistérone, et maintenant du Norgestimate (P3G) en combinaison avec la dose la plus faible d'œstrogène (ANNEXE 2).

On manque encore de données concernant certaines pilule de quatrième génération.

I-3) Risque thrombotique artériel :

Le risque de thrombose artérielle (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde) est un effet indésirable bien connu des POP, rare mais grave.

Dans les études de cohorte réalisées au Danemark et en Suède, le risque artériel est identique pour tous les contraceptifs oraux combinés, quelle que soit leur génération (19, 20). Ce risque de thrombose artérielle est de l'ordre de 2 à 4 événements pour 10 000 femmes prenant une POP pendant un an, il augmente avec la dose d'œstrogène.

Cependant, ce risque d'AVC ischémique et d'infarctus du myocarde de base étant faible dans les échantillons de patientes en âge de procréer, il est difficile de conclure, du fait du petit nombre de cas et des multiples facteurs confondants, que sont l'âge, le tabac, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, le diabète, migraine, l'obésité, la durée de prise des POP (21, 22).

I-4) Position des Agences Françaises (ANSM et l'HAS) avant/après la polémique :

La Commission de transparence de la HAS a réévalué le 10 octobre 2007 (23) les contraceptifs oraux de 3ème génération et a conclu à un SMR important et à l'absence d'ASMR par rapport aux contraceptifs oraux de 2ème génération.

En novembre 2011, l'ANSM informe les prescripteurs et les patients des risques thrombo-emboliques. Malgré ce risque connu et véhiculé par un point d'information, la prescription des P3G et P4G reste élevée, un nouveau point d'information est édité en octobre 2012, où il est recommandé d'utiliser les pilules contenant du Levonorgestrel en première intention.

La polémique débute en décembre 2012, avec le dépôt de plainte d'une patiente sous P3G

qui incrimine sa pilule dans la survenue de son AVC. La plainte déposée au pénal vise à la fois le directeur général de Bayer Santé, ainsi que le directeur général de l'ANSM. Les médias s'emparent de cette polémique, qui devient publique.

Au décours immédiat, une fiche de bon usage « préférez les 1G et 2G » est élaborée de manière conjointe entre HAS et ANSM.

Le 2 janvier 2013 l'avancement du déremboursement (initialement prévu fin 2013) des P3G/4G est annoncé par la ministre de la santé pour le 31 mars 2013.

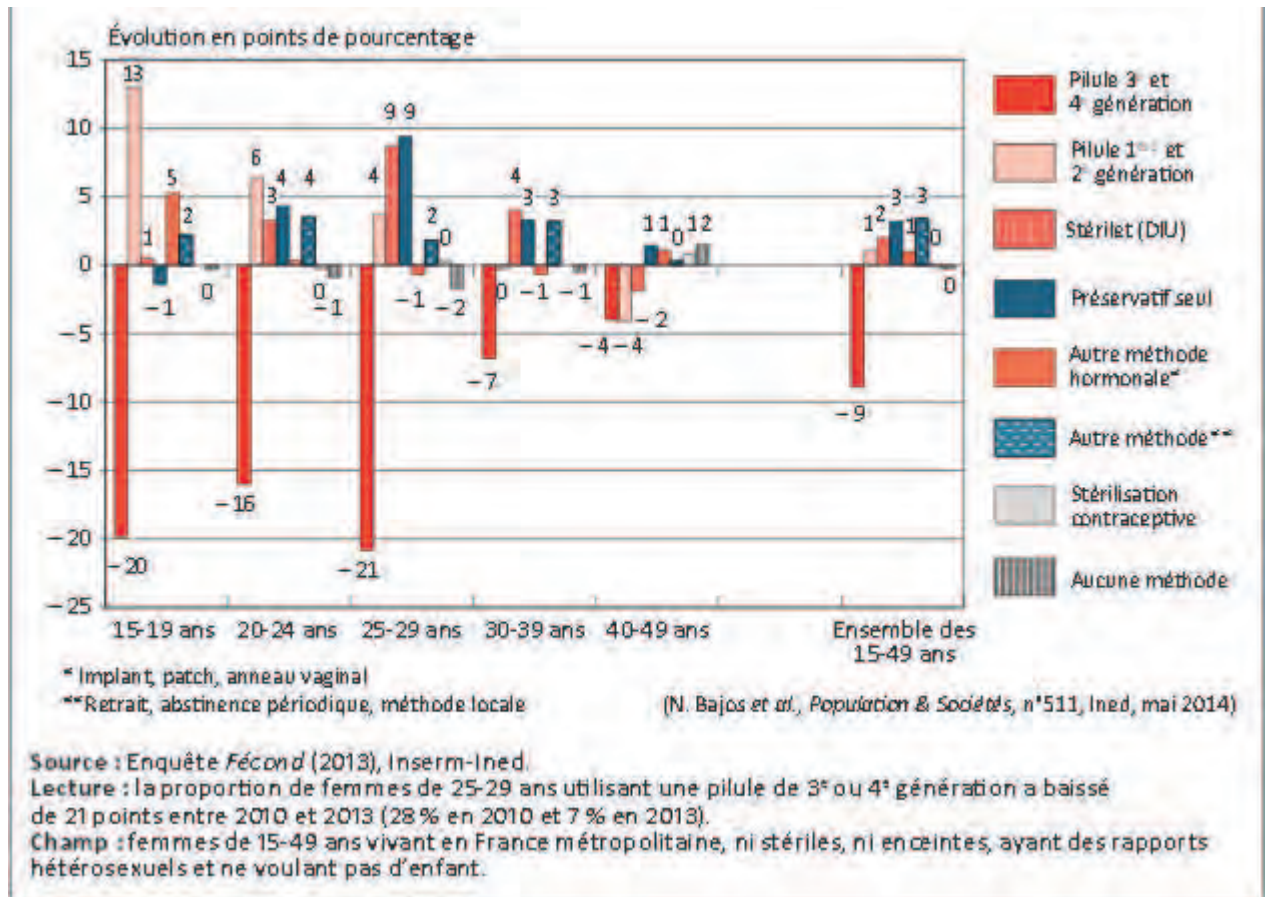
L'ANSM introduit, le 22 janvier 2013, une procédure d'arbitrage auprès des institutions communautaires, concernant le rapport bénéfice/risque des contraceptifs oraux contenant les progestatifs les plus récents. Les conclusions des membres du comité précisait notamment que les différences de risque thromboembolique veineux liées au progestatif sont insuffisamment connues des professionnels de santé et des femmes et les facteurs de risque insuffisamment pris en compte. (ANNEXE 2).

I-5) Modifications dans le profil de vente de contraceptifs en 2013 :

Comme le montre l'enquête FECOND 2013 (24), aucune désaffection vis-à-vis de la contraception n'a été observée : parmi les femmes concernées par la contraception (ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant) seules 3 % n'utilisent aucune contraception, soit la même proportion qu'en 2010. Les méthodes utilisées ont cependant évolué. Près d'une femme sur cinq déclare avoir changé de méthode depuis le débat médiatique de 2012-2013 sur les pilules

Évolution des méthodes de contraception utilisées en France entre 2010 et 2013 selon

l'âge des femmes :



Dans la publication de l'ANSM de juin 2014 (25), les analyses comparent le recours aux différents contraceptifs de janvier 2013 à décembre 2013 et de janvier 2014 à avril 2014 par rapport aux mêmes périodes de l'année 2012, ce qui revient à comparer la consommation avant / après polémique.

On observe une diminution de 48% des ventes de P3G et P4G versus une augmentation de 32% des ventes de P1 et P2G. La diminution globale des ventes de POP est de l'ordre de 5,6%. Il est à noter une augmentation parallèle de 26% des ventes d'autres dispositifs (implants, dispositifs intra-utérins avec et sans progestatif). Le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre qui a vu ses ventes augmenter de 45%. Au cours de cette période, les ventes globales de contraceptifs (hors préservatifs) ont très peu diminué (- 0,5%).

De janvier à avril 2014, le ratio des ventes de P1G et P2G par rapport aux P3G et P4G est stable. Il a atteint les 79% versus 21% alors qu'il était de l'ordre de 52% versus 48% entre janvier et avril 2012.

Les changements de mode de contraception initiés au moment de la polémique se pérennisent.

I-6) Objectifs de l'étude.

Le but de cette étude est d'analyser l'impact de la polémique touchant la pilule de 3^o génération sur la pratique des médecins généralistes en matière de contraception dans la région Midi-Pyrénées.

L'objectif principal de cette étude est de savoir si la polémique a eu un impact durable sur la place du motif « contraception » lors d'une consultation de médecine générale.

Les objectifs secondaires sont constitués de plusieurs questions :

Nous tenterons de savoir si la recherche de facteurs de risque thrombo-embolique chez une patiente sous pilule est pratiquée plus fréquemment depuis la polémique.

Nous verrons l'impact de la polémique sur la place de la pilule de troisième génération dans le panel des contraceptifs prescrits par les médecins généralistes répondants.

Nous tenterons d'analyser les facteurs découlant de la polémique et pouvant expliquer les modifications de prescription en matière de contraception.

Enfin, nous verrons l'impact de la polémique sur la révision des connaissances des médecins généralistes.

II) MATERIEL ET METHODE :

II-1) Type d'étude :

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive.

II-2) Questionnaire :

L'étude est basée sur l'envoi de questionnaires aux médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées. Le questionnaire (ANNEXE 3) est construit pour répondre aux questions de la place du motif contraception dans une consultation de médecine générale avant pendant et après la polémique, à la modification de l'interrogatoire à la recherche de risque thromboembolique avant et après la polémique, aux facteurs découlant de la polémique et pouvant expliquer les modifications de prescription en matière de contraception, à la mise à jour des connaissances dans ce domaine depuis la polémique. Ce questionnaire était composé de questions à choix multiples pour les questions touchant aux facteurs découlant de la polémique et pouvant expliquer les modifications de prescription, choix limités à 3 pour faire ressortir les situations devant lesquels ils étaient le plus souvent confrontés, ou dont la justification avait le plus de poids à leurs yeux. Il a été testé en amont par des médecins généralistes et internes pour en vérifier la bonne compréhension et la rapidité d'exécution.

II-3) Protocole :

Ce questionnaire a été envoyé par mail à 1700 médecins généralistes, par le biais du répertoire de l'URPS Midi-Pyrénées. Un premier envoi a été effectué le 22 avril 2014 avec un renvoi 2 semaines plus tard.

Les résultats des questionnaires ont été réceptionnés et enregistrés en ligne.

Nous avons reçu 87 réponses : 83 réponses étaient complètes, 4 étaient incomplètes.

Nous avons mis de côté les questionnaires qui n'avaient pas été remplis entièrement, ce qui fait un taux de réponse de 4,8%.

II-4) Analyse des résultats :

La comparaison des variables qualitatives de groupes indépendants a été faite grâce au test du Chi². La comparaison des variables de groupes appariés a été faite grâce au test de Mac Nemar.

Quand $n \leq 5$, le test exact de Fisher était utilisé.

Le p retenu comme seuil de significativité est de 5%.

III) RESULTATS :

Nous avons reçu 87 questionnaires, dont 4 étaient remplis partiellement. L'analyse des résultats se fait sur les 83 questionnaires remplis intégralement.

III-1) Profil des répondeurs :

Les caractéristiques des médecins répondeurs ont été comparées aux caractéristiques des médecins généralistes inscrits à l'ordre des médecins de Midi-Pyrénées (26). Ces données sont retranscrites dans le tableau 1.

Tableau 1 : Comparaison des caractéristiques d'âge et de sexe entre notre échantillon et les médecins généralistes inscrits à l'Ordre.

	Échantillon de répondeurs	Démographie selon le conseil de l'Ordre (%) (/ tot = 3236)	P value (Chi ²)
Sexe :			0,95
Homme	55 (66,3%)	2135 (66%)	
Femme	28 (33,7%)	1101 (34%)	
Âges :	22 (26,50%)	977 (30,20%)	0.41
Médecins de plus de 60 ans			
Médecins entre 40 et 60 ans	55 (66,3%)	1923 (59,4%)	
Médecins de moins de 40 ans.	6 (7,2%)	336 (10,40%)	

Par ailleurs, les médecins répondeurs estiment que le motif gynécologie est abordé souvent pour 40% d'entre eux, parfois pour 46% d'entre eux, rarement pour 12% d'entre eux. Seuls 2% des médecins disent ne pas faire de gynécologie

III-2) Importance du motif contraception avant, pendant et après la polémique

La sensation subjective que le motif contraception était le seul motif de consultation ou le principal pour la plupart des patientes concernait 22,8% des médecins avant la polémique, 45,7% des médecins pendant la polémique, 27,7% après. Entre avant et pendant la polémique, l'augmentation du nombre de médecin considérant que le motif contraception était un motif principal de consultation était statistiquement significative ($p = 0,0003$).

Si on compare ce paramètre avant versus à un an de la polémique, cette différence n'est plus significative ($p = 0,39$).

66% des médecins considèrent que ce motif est secondaire pour la plupart de leurs patientes avant la polémique. Ils sont 36% au moment de la polémique, et 67% à un an de la polémique.

III-3) Place du médecin généraliste dans l'information aux patientes :

Dans l'effervescence de la polémique, ils étaient 13,25 % à avoir devancé les questionnements de leurs patientes concernant les tenants de cette polémique.

Ils estiment pour 10,8% d'entre eux que la plupart de leurs patientes préféreraient poser les questions relatives à leur contraception à leurs gynécologues avant la polémique, 2,4% pendant la polémique, et 2,4% à plus d'un an de la polémique.

III-4) Fréquence de l'interrogatoire à la recherche de facteurs de risque thrombo-embolique :

29 médecins soit 34,5% déclarent rechercher les facteurs de risques plus régulièrement que ce qu'ils faisaient avant la polémique, contre 65,5% des médecins restant sur la même fréquence de recherche.

Ils sont 32 (soit 38%) à dire qu'avant la polémique, ils ne recherchaient les facteurs de risque thrombo-embolique qu'à l'initiation de la pilule oestro-progestative (toutes générations confondues).

Sur ces 32 médecins, 11 (34,4%) sont restés sur leur position après la polémique, et 21 (65,6 %) déclarent rechercher les facteurs de risques plus fréquemment.

On peut dire que les médecins qui déclaraient ne rechercher les facteurs de risque thrombo-

embolique qu'une seule fois à l'initiation, le font à présent plus régulièrement ($p < 0,001$)

Depuis la polémique, ils sont une petite majorité (56,6%) à déclarer rechercher les facteurs de risque thrombo-embolique à l'initiation puis tous les ans environ.

Il n'y avait pas d'association significative entre le fait de chercher les facteurs de risque plus fréquemment et le fait d'avoir revu ses connaissances ($p = 0.07$).

Seul un médecin déclare ne jamais rechercher les facteurs de risque thrombo-embolique, que ce soit avant ou après la polémique.

III-5) Impact de la polémique sur la place de la pilule de troisième génération dans le panel des contraceptifs prescrits par les médecins généralistes répondants :

Les médecins généralistes sont 12% à déclarer ne jamais avoir prescrit de P3G avant la polémique. Ils sont 66% à déclarer ne pas prescrire de P3G depuis la polémique.

Si on compare avant et après la polémique, on observe une baisse significative du nombre de praticiens déclarant prescrire la pilule de troisième génération avec un $p < 0,001$.

A l'inverse, ils sont 19% à déclarer avoir initié des P3G avant la polémique. Ils ne sont plus que 5% à dire initier des P3G en avril 2014.

Concernant le renouvellement, ils déclarent à 35% n'avoir eu qu'à renouveler une P3G prescrite auparavant, et ceci avant la polémique. Ce taux baisse aussi, et passe à 11% après la polémique.

III-6) Facteurs découlant de la polémique et pouvant expliquer les modifications de prescription en matière de contraception :

Les motifs pour expliquer le **passage d'une pilule de troisième à une pilule de première ou deuxième génération depuis la polémique** sont énoncés, dans l'ordre comme suit :

Demande des patientes (ressenti d'une pression véhiculée par les médias) pour 77% des médecins, découverte à l'interrogatoire d'un facteur de risque thrombo-embolique veineux pour 41% d'entre eux, pression de la haute autorité de santé pour 36% d'entre eux, mauvaise tolérance clinique de la P3G prescrite (mastodynie, céphalée...) pour 18%, peur de poursuite judiciaire malgré une indication qui leur semblait adaptée (pas de facteur de

risque) pour 17%. 11% d'entre eux ont déclaré qu'ils n'avaient pas été confrontés à cette situation.

Pour justifier le passage d'une pilule de troisième génération à **une CONTRACEPTION PROGESTATIVE tels que l'implant contraceptif, la pilule progestative, le système intra-utérin au Levonorgestrel, les médecins généralistes évoquent :**

En premier lieu, une mauvaise observance de la pilule les a orienté vers un DIU ou un implant pour 59% d'entre eux, la demande des patientes pour 59% également, la découverte à l'interrogatoire d'un facteur de risque thrombo-embolique veineux pour 55% d'entre eux, la mauvaise tolérance clinique de la P3G prescrite pour 24 % d'entre eux, le pression de la HAS pour 11%. 7% n'avaient pas rencontré cette situation, et ils sont 4% à évoquer la peur de poursuite judiciaire.

Concernant le passage d'une pilule de troisième génération à une CONTRACEPTION NON HORMONALE tels que le DIU au cuivre, le préservatif, le diaphragme, les médecins sont 69% à expliquer leur choix par la demande des patientes, 57% par une découverte à l'interrogatoire d'un facteur de risque thrombo-embolique veineux, 39% par une mauvaise tolérance clinique de la P3G prescrite, 10% par pression de la haute autorité de santé, 5% par la peur de poursuite judiciaire malgré une indication qui leur semblait adaptée.

Concernant le passage de la P1G ou P2G à une contraception progestative pure les médecins sont 63% à argumenter ce choix par la découverte d'un risque thrombo-embolique veineux, 61% par une mauvaise tolérance de la pilule oestro-progestative, et 54% par une mauvaise observance qui les guide vers un dispositif progestatif non médicamenteux. La demande des patientes passe en quatrième argument (16% des médecins l'évoquent), la pression de la HAS est déclarée pour 4% des médecins et la peur de poursuite passe à 1% des réponses.

Les motivations au passage d'une P2G à une contraception non hormonale sont :

Une mauvaise tolérance pour 77% des médecins, une mauvaise observance pour 63%, la découverte d'un facteur de risque thrombo-embolique pour 62%, la demande des patientes pour 24% des médecins, la pression de la HAS pour 4%, la peur de poursuite judiciaire pour 2%.

70 % ont répondu que **le déremboursement** des pilules de troisième génération n'était pas

un argument au changement, que la plupart de leurs modifications de traitement est intervenue avant, sur les arguments précédents. 24% disent que cela constituait un argument secondaire, venant après la vague des arguments précédents, secondaire à la polémique.

6% des médecins considèrent que c'était un argument principal de leur décision de changement de contraception.

III-7) Impact de la polémique sur la révision des connaissances :

71% des médecins déclarent avoir revu leurs connaissances suite à la polémique. Parmi ces 71%, 49% ont consulté des articles issues de revues médicales, 40% sont passés par les documents de la HAS, 28% par des sites internet orientés vers les dernières recommandations, 25% sont passés par le biais de leur formation médicale continue (FMC), 15% par le biais de leur groupe de pairs, 12% ont revu les contre indications dans le VIDAL, 7% ont pris l'avis d'un confrère gynécologue, 1 médecin évoquent la relecture de la revue Prescire, 1 médecin évoque les informations fournies par un délégué médical.

IV) DISCUSSION :

IV-1) Impact de la polémique médiatisée sur le motif « contraception » en médecine générale, et place du médecin généraliste dans l'information aux patientes :

Si le taux de médecins ayant l'impression que le motif « contraception » était un motif de consultation principal grimpe dans l'effervescence de la polémique, il redescend à son taux initial à un an de la polémique. 2/3 des médecins considèrent que ce motif est secondaire pour la plupart de leurs patientes avant la polémique, puis à un an de la polémique.

Les médecins interrogés ont une sensation subjective qu'avant la polémique, les patientes questionnaient leurs gynécologues quant à leur contraception, et qu'elles se tournent plus facilement vers leur médecin généraliste suite à la polémique. Ceci est vrai au moment du scandale, ce qui semble logique, puisque les délais de consultation avec son médecin traitant sont souvent plus courts qu'avec un gynécologue.

Mais cette diminution du taux de réponse «elles préfèrent poser leurs questions à leur gynécologue » se confirme à distance de la polémique. Ce résultat est le reflet du rôle plus important d'information dans ce domaine que les médecins généralistes interrogés ont la sensation d'avoir pris depuis la polémique.

Cependant nous n'avons ni le point de vue des patientes, ni celui des gynécologues. Peut être n'est-ce qu'une sensation, et qu'elles n'ont pas changé leur comportement de questionnement au spécialiste en gynécologie, mais qu'elles soumettent également leur questionnement à leur généraliste.

Grâce aux données de l'observatoire Thalès, le collège national des gynécologues obstétriciens français publie en 1999 un document (27) montrant que si la majorité des actes en gynécologie est réalisée par les gynécologues, la part prise en charge par le médecin généraliste reste notable ; elle concerne essentiellement la contraception (35% des actes de gynécologie des médecins généralistes) et la ménopause (23,8%).

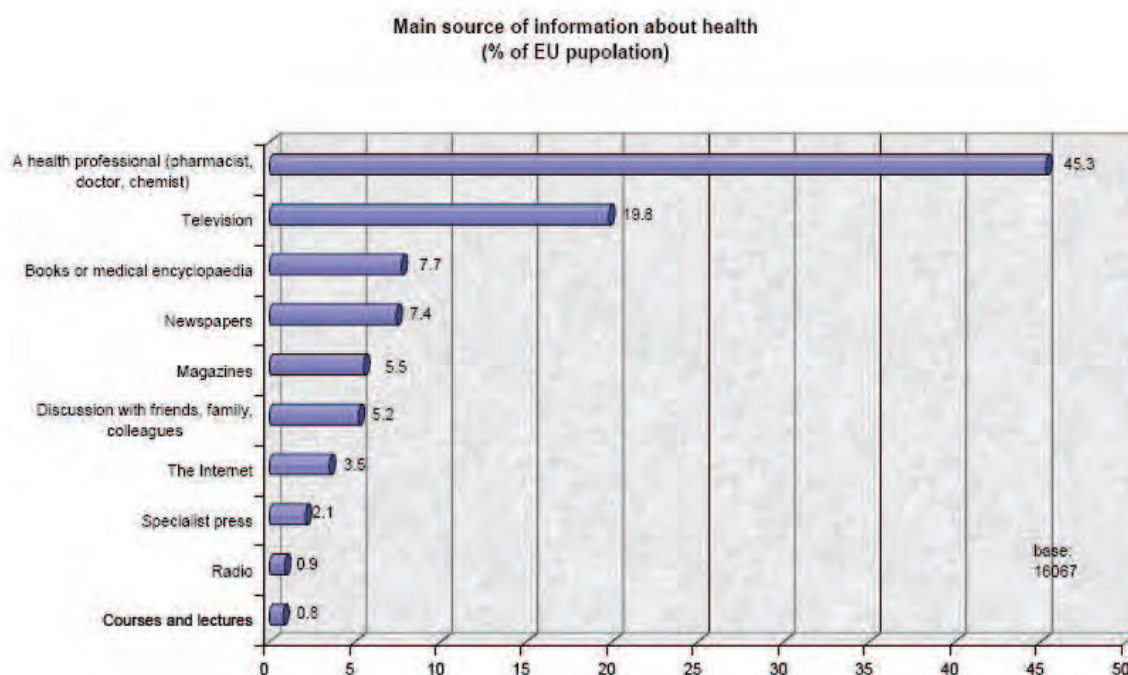
Le motif de consultation le plus fréquemment abordé par les médecins généralistes interrogés dans leur pratique de la gynécologie en Île-de-France étaient également la contraception (84,7%) (28).

Quant aux représentations des médecins sur leur rôle dans le suivi des femmes, l'information et l'éducation sont cités par 53,6% des médecins interrogés. Ce rôle passe

après la prévention et le dépistage (59,8%), les soins de premier recours (54.6%).

Par ailleurs, pour faire le lien entre patients, médias et rôle du médecin, on peut citer une étude canadienne de 2001 (29), relative à l'utilisation d'internet comme source d'informations médicales pour les patients suivis en oncologie : 83% des patients citaient leur médecin comme première source d'information, et 7% citaient internet. 71 % des patients recherchaient activement des informations.

Les principales sources d'informations des patients, retenues dans une enquête européenne de 2003 (30) sont présentées dans l'histogramme suivant :



Dans cette enquête, on note également qu'en France, 28,1% des personnes citent la télévision comme principale source d'information.

Hors, contrairement à internet, aux magazines, ou aux questions que les patients peuvent poser à leurs médecins, la télévision est une source d'information devant laquelle le patient est, la plupart du temps, passif. Il n'est pas systématiquement dans une démarche de recherche mais « reçoit » simplement l'information.

Pour autant, il semblerait qu'il existe un esprit critique, puisque 52% des Français n'ont pas confiance en l'information médicale fournie par les médias.

De même, dans l'étude canadienne, l'accès à internet était prédictif d'un fort taux de demande d'informations complémentaires.

Cela peut expliquer pourquoi, au décours immédiat de la polémique médiatisée, le motif

« contraception » a pris une place plus importante qu'à l'accoutumée dans les cabinets de médecine générale.

On pourrait croire que cela donne l'occasion aux patientes d'être mieux informées sur leur pilule. Pourtant, une enquête auprès de femmes utilisatrices de pilule de troisième et quatrième génération montrent qu'elles sont seulement 29% à connaître les risques engendrés par ce genre de pilule, qu'elles soient suivies par un médecin généraliste ou un gynécologue. Ce taux semble insatisfaisant au vu du contexte : en effet, cette enquête a été réalisée l'année suivant la polémique, et juste après le déremboursement. (31)

IV-2) Fréquence de l'interrogatoire concernant la recherche de facteurs de risque thrombo-embolique :

Dans la catégorie de médecins qui ne recherchait les facteurs de risque thrombo-embolique qu'une seule fois à l'initiation, cette recherche est faite plus régulièrement depuis la polémique.

Toutes catégories confondues (médecins assidus ou non avant la polémique), les médecins interrogés sont seulement 34,5% à rechercher les facteurs de risque plus fréquemment que ce qu'ils faisaient, et ceci n'est pas lié au fait d'avoir revu ou non leurs connaissances. La majorité est donc restée sur ses habitudes de pratique, la polémique a peu modifiée cet aspect là de la consultation.

Les données de l'ANSM sont pourtant inquiétantes : l'analyse de la base de pharmacovigilance montre que 40 à 50 % des femmes ayant eu une maladie thrombo-embolique veineuse et 60 à 70 % des femmes ayant fait un AVC présentaient des facteurs de risque préexistant lors de la prise de ces contraceptifs. Les facteurs de risque semblaient insuffisamment pris en charge chez une grande partie de ces femmes.

Ici, il existe un biais de déclaration important dont nous parlerons plus tard. De plus notre question manquait de précision : on ne sait pas dans quelle proportion les nombreux facteurs de risque et contre-indications sont recherchés à chaque réévaluation. Il aurait été judicieux de joindre au questionnaire un rappel de la totalité des facteurs de risque dont nous voulions parler.

De plus, la question leur était posée à un an de la polémique, un délai un peu court pour dire que leur recherche se faisait à présent régulièrement tous les ans/ tous les 3 ans etc...

La HAS propose de réévaluer les risques à chaque renouvellement (32).

Après l'initiation, la première consultation se fait au bout de 3 mois (résultats d'analyses sanguines) puis tous les ans si la femme va bien, plus souvent et autant que nécessaire si la femme rencontre une difficulté avec sa contraception ou une complication.

Le bilan métabolique (exploration des anomalies lipidiques et glycémie à jeûn) est à réaliser ensuite tous les 5 ans (33).

Un document d'aide à la prescription édité par l'ANSM permet de vérifier l'absence de contre indication lors d'une primo-prescription de COC, et d'en réévaluer la balance bénéfices-risques régulièrement (ANNEXE 4). Il est précieux car la différence entre contre-indication relative et absolue peut parfois être subtile. Par exemple l'hypertension artérielle est une contre indication relative lorsqu'elle est en dessous de 140/90 mmHg, et absolue lorsqu'elle est au dessus de 160/100 mmHg.

IV-3) Place de la pilule de troisième génération dans le panel des contraceptifs proposés par les médecins généralistes répondeurs :

Les médecins déclarent prescrire et renouveler moins de P3G depuis la polémique, ce qui confirme les données de L'ANSM. Ceci montre possiblement que les différentes mises au point proposées par la HAS et l'ANSM ont été entendues, à savoir ne garder la pilule de troisième génération dans le panel des contraceptifs oestro-progestatifs qu'en deuxième intention après la P2G.

Une enquête réalisée en 2013 à Paris montre que sur les 100 femmes interrogées, une majorité (72%) l'ont reçue en deuxième intention. Pour 28% d'entre elles, leurs pilules P3G ou P4G avaient été prescrites sans tenter une pilule P2G auparavant (31).

Certes, la baisse du nombre de renouvellement de P3G va de paire avec la baisse du nombre de primo-prescription, mais elle répond également à l'hypothèse selon laquelle les femmes qui étaient sous P3G se sont vues arrêter leurs pilules. En effet, près d'une femme sur cinq déclare avoir changé de méthode depuis le débat médiatique (étude FECOND 2013). Et nous allons analyser dans la partie suivante les raisons évoquées.

IV-4) Facteurs découlant de la polémique et pouvant expliquer les modifications de prescription en matière de contraception :

Rappelons que selon le dernier rapport de l'ANSM, on observe une hausse des ventes de P2G de 32% depuis la polémique et une baisse de 48% des P3G et P4G.

La demande des patientes ressort clairement en premier motif de changement de P3G à P2G.

Ce qui ressort ensuite n'est pas rationnel : **la découverte d'un facteur de risque thrombo-embolique** à l'interrogatoire est citée par 41% des médecins pour expliquer cette substitution P3G par P2G. Or cette découverte contre indique théoriquement toute pilule combinée quelqu'en soit la génération.

Rappelons cependant qu'il existe parmi les facteurs de risque thrombo-embolique des contre-indications relatives (par exemple, l'existence d'un parent proche ayant présenté un événement thrombo-embolique à un âge relativement jeune) et absolues (antécédent personnel de TVP). Les médecins généralistes interrogés ont pu faire un amalgame entre ce qui doit faire arrêter une POP, et ce qui doit être surveillé et réévalué assidûment.

Il aurait été plaisant de croire que la polémique avait engendré une vigilance particulière des médecins par rapport aux contre-indications d'ordre vasculaire des pilules combinées. En effet, les données de l'ANSM montrent une diminution globale des ventes de POP de 5,6%, la hausse du nombre de prescription de P2G restant inférieure à la baisse du nombre de P3G prescrites.

Cependant, l'argument de la découverte de facteur de risque thrombo-embolique est cité dans le trio de tête pour expliquer le changement P2G vers un autre mode de contraception, ce qui est recevable et rationnel. Ce motif n'est pas recevable pour justifier le passage de P3G à P2G, mais est pourtant trop fortement évoqué.

On ne peut conclure que la polémique a augmenté la vigilance des médecins par rapport au respect des contre-indications d'ordre thrombo-embolique des pilules combinées, surtout si on le met en relation avec le faible taux de médecin déclarant rechercher les facteurs de risque thrombo-embolique plus fréquemment.

Par ailleurs, pour expliquer le passage de la P3G à progestative pure, le fait de retrouver à

l'interrogatoire un facteur de risque thrombo-embolique est cité par 55% des médecins : les progestatifs devraient trouver une place privilégiée dans cette indication. En effet, les pilules comportant un progestatif seul telles que Cérazette (désogestrel) ou Microval (lévonorgestrel) ne font pas partie des pilules entraînant un sur-risque d'ordre thrombo-embolique. Une nouvelle fois, la demande des patientes (59%) prend le dessus sur l'argument d'ordre purement scientifique.

Rappelons qu'il existe une hausse de 45% du nombre de vente de DIU au cuivre entre avant et après la polémique. Pour tenter d'expliquer cette hausse, 3 motifs ressortent clairement à la question du passage P3G à la contraception non hormonale : la demande des patientes, la découverte à l'interrogatoire d'un facteur de risque thrombo-embolique veineux, et la mauvaise tolérance clinique de la P3G. Le premier motif est directement lié à la polémique, le deuxième et le troisième peuvent être influencés par le fait que les patientes font passer leur contraception au premier plan des motifs de consultation (cf plus haut) au décours immédiat de la polémique.

Nous pouvons apporter une nuance quant à l'interprétation de ces résultats puisque la question ici ne fait pas de distinction entre les différents moyens proposés en matière de contraception non hormonale (DIU au cuivre, préservatif, diaphragme).

En plus de la recrudescence du DIU au cuivre, la répartition des ventes des POP oriente vers une augmentation des ventes des POP les moins dosées en œstrogène. D'un point de vue médical, c'est une stratégie appropriée pour réduire le risque thrombotique à la fois artériel et veineux.

Concernant l'avis des femmes, on pouvait s'attendre à ce que la polémique engendre une vision négative sur les doses d'hormones qu'elles reçoivent, voire conduire **au refus de recevoir toute hormone**.

Or, dans les réponses apportées par les médecins pour argumenter le passage de P2G à une contraception non hormonale, la mauvaise tolérance de la P2G apparaît en premier motif.

La demande des patientes apparaît dans ce cas comme étant un motif moins fréquent ou moins important (24%) alors qu'il passe en premier motif pour expliquer le passage P3G à contraception non hormonale (69% des médecins évoquent la demande des patientes/ refus de toute hormone). La polémique semble avoir touché de manière négative la vision que les femmes et/ou leurs médecins ont de la P3G, mais n'englobe pas dans les mêmes proportions les P2G.

De plus, la demande spontanée des patientes n'est plus un argument fort pour justifier du passage de la P2G à une contraception progestative (16% des réponses des médecins).

La polémique n'a pas eu d'effet négatif sur toutes les contraceptions hormonales : les pilules 2G et les pilules progestatives seules sont relativement épargnées. Rappelons que les ventes de progestatifs seuls ont peu évolué : on note une augmentation de 8% par rapport à l'année précédant la polémique.

On peut faire le parallèle avec la thèse de Cécile Ferrigno réalisée en 2013 à Marseille (34) qui constate elle aussi que les médias ont eu un impact sur la demande des femmes et leurs modifications de pilule : en effet, cette étude descriptive interrogeait 245 femmes sur la modification de leur moyen de contraception après la polémique : 42,7% des femmes sous pilule avant décembre 2012 ont déclaré avoir changé leur pilule. Ce changement est la conséquence, en partie, de cette médiatisation. Une femme sur deux a déclaré l'avoir changée en raison des événements médiatiques.

Un autre travail de thèse interrogeant 100 femmes en Île-de-France de juin à septembre 2013 vient confirmer cette notion et nous apportent des éléments intéressants en plus (31): elles étaient 54% à avoir stoppé leur P3G ou P4G dans les 12 mois précédents.

20 patientes l'ont arrêtée parce qu'elles étaient inquiètes du risque lié à ces pilules, 18 sur conseil de leur médecin, 11 patientes l'ont arrêtée du fait de la survenue d'effets indésirables bénins, 1 pour effet secondaire important (augmentation de la cholestérolémie), 24 pour d'autres raisons.

Parmi les autres raisons évoquées, on peut citer notamment l'arrêt de la nécessité d'une contraception (10 cas), et l'arrêt du remboursement (8 cas).

Le problème de tolérance de la P3G est peu évoqué dans notre étude, sauf pour expliquer le passage à une contraception non hormonale (39%). Il est plus souvent évoqué pour expliquer le changement d'une P2G à un autre mode de contraception (respectivement 62% vers progestative pure et 77% vers contraception non hormonale).

De fait, aucune étude n'a montré une différence de tolérance entre les générations de pilule (20).

Dans l'étude parisienne, le chiffre de 54% d'arrêt de P3G/P4G au cours des 12 derniers mois est important, et peut être mis en relief par le fait qu'elles étaient pourtant 93% à être satisfaites de leurs pilules de dernière génération. 12% des patientes ayant stoppé leur P3G/P4G l'ont fait pour cause de survenue d'effet indésirable (31)

Dans notre étude, **la mauvaise observance** de la pilule est un argument fort pour expliquer le passage d'une P3G vers une contraception progestative (DIU au Levonorgestrel ou

implant), ou même d'une P2G à une contraception progestative, cité respectivement par 59% et 54% des médecins. Cet argument est au même plan que la demande des patientes (ressenti d'une pression exercée par les médias) concernant la P3G.

C'est en effet un aspect à prendre en compte lors de la réévaluation de la contraception orale : selon une enquête nationale de 2011, 54% des femmes françaises ont oublié leur pilule au moins une fois au cours des 3 derniers mois, avec une moyenne d'un oubli/ mois pour les « oublieuses », et cette tendance à l'oubli est citée par 36% d'entre elles pour expliquer leur insatisfaction (35)

Globalement, **la peur de poursuite judiciaire et la pression de la HAS** étaient évoquées en dernier pour expliquer les modifications de prescription.

Donc, l'argument de la demande des patientes et de la pression véhiculée par les médias passe en premier dans les motivations des médecins généralistes interrogés pour passer d'une P3G à un autre mode de contraception.

Il passe dans les motifs minoritaires lorsqu'il s'agit d'argumenter le passage d'une P1G/P2G à un autre mode de contraception. La polémique a donné une image néfaste de la P3G, et dans une moindre mesure de la P2G.

IV-5) Effet du déremboursement :

Le déremboursement des P3G a eu lieu le 31 mars 2013.

Pour une majorité de médecins, le déremboursement n'était pas l'argument principal de leur décision de modification. Ils considèrent que les changements de pilule avaient été réalisés pour la plupart avant. Néanmoins, 1 médecin sur 5 considère que cet événement de santé publique aurait eu un effet, même s'il s'agissait d'un argument secondaire.

On sait que le prix ou le fait qu'une pilule soit remboursée rentre dans les 3 premiers critères de choix d'une pilule, après la fiabilité et l'absence d'effets secondaire (35). Ce motif est cité en premier (37%) pour expliquer l'insatisfaction des femmes sous pilule, quelque soit la génération.

Dans l'étude réalisée en Île-de-France (31), l'arrêt du remboursement est notifié comme cause à l'arrêt par 8 patientes sur les 54 ayant stoppé leur pilule de troisième ou quatrième génération (échantillon de 100 patientes). En sachant que sur ces 54 interruptions, 11 l'avaient interrompue dans les 3 mois précédant la mise en place du questionnaire (de juin

à septembre 2013), période de l'année 2013 pouvant concorder avec l'arrêt du remboursement. Malgré les biais, et alors même que les patientes interrogées provenaient dans une large majorité de milieux plutôt favorisés, la proportion de 8 patientes évoquant l'arrêt du remboursement sur les 11 l'ayant arrêtée sur cette période cruciale est assez forte pour dire que le déremboursement a eu son effet sur le choix des patientes.

Selon les chiffres fournis par l'ANSM, les ventes de P3G au cours du mois de février 2013 ont baissé de 34% par rapport à février 2012. Cette diminution est supérieure au mois de mai 2013, après les déremboursements puisqu'elle était de 43% par rapport à la même période l'année précédente.

Rappelons cependant qu'avant la polémique certaines P3G étaient déjà non remboursées. La contrainte financière et donc l'effet du déremboursement ne touchent donc qu'une partie des P3G.

Aucune étude ne permet de mettre en avant un lien de causalité direct entre le déremboursement et la poursuite de la diminution des ventes de P3G.

L'effet de la diminution de remboursement voire du déremboursement sur la prescription des médecins généralistes a déjà été analysé pour d'autres classes, et notamment pour les veinotoniques : après la diminution de leur taux de remboursement en 2006, un tiers des patients les avaient arrêtés, et la décision de stopper cette classe thérapeutique a été prise par le patient plus que par le médecin (36). De même pour les mucolytiques dont le déremboursement a conduit d'une part à une diminution de moitié de leur prescription, mais également de manière plus surprenante à un report de prescription sur des classes qui n'étaient pas indiquées (37). Cependant cette vague de déremboursement de 2006 était le fait d'un service médical rendu estimé faible, et non pas la révélation de sur-risque d'effet indésirable, comme c'est le cas pour les P3G.

IV-6) Impact de la polémique sur la révision des connaissances :

Une majorité des médecins a revu ses connaissances, mais il n'y avait pas d'association significative entre le fait de chercher les facteurs de risque plus fréquemment et le fait d'avoir revu ses connaissances

Au vu du nombre important de médecin notifiant la découverte d'un facteur de risque thrombo-embolique veineux pour expliquer le passage d'une P3G à une P2G, on peut dire

que cette révision des connaissances a encore des failles.

Mais ceci est un questionnaire, et il est possible que le taux de personnes ayant déclaré avoir revu leurs connaissances ait été « gonflé » par un biais de déclaration : en effet, il n'est pas aisé pour un médecin de dire qu'il n'a pas remis à jour ses connaissances suite à un événement aussi marquant qu'une polémique médiatisée.

Les sources d'informations se répartissent de manière un peu hétérogène, et ce sont les revues médicales qui passent en tête dans les références des médecins.

IV-7) Forces et limites de l'étude :

Notre étude est la première à interroger les médecins sur l'importance du motif contraception au décours de la polémique sur la pilule de troisième génération.

Les travaux ayant pu s'intéresser aux motifs de changement de contraception interrogeaient les femmes directement. Le motif « sur les conseils de mon médecin » n'y était pas approfondi. Ici nous avons cherché à comprendre quelle place avait pris l'ensemble des arguments d'origine médicale par rapport aux arguments avancés directement par les patientes.

Il s'agissait d'un sujet d'actualité, et le problème de l'impact des médias sur la pratique des médecins généralistes peut être posé à chaque nouvelle polémique. Polémiques qui, dans cette société de l'image et de l'information à portée de main, n'ont pas fini de réapparaître pour toucher d'autres molécules ou d'autres dispositifs.

Cette étude peut ouvrir la voie à d'autres études sur l'analyse des pratiques professionnelles avant/après une nouvelle polémique.

Malgré tout, notre travail comporte des failles qu'il convient de noter :

Tout d'abord, le taux de réponse au questionnaire est faible de l'ordre de 5%. Pourtant nous avons pris soin de n'envoyer le questionnaire qu'après la période de forte activité des médecins généralistes (après la période hivernale). Cependant le premier envoi a été réalisé en période de vacances scolaires. Le deuxième après la fin des vacances de Pâques. Peut être n'était-ce pas une période tout à fait propice pour récolter le maximum de réponses.

L'intérêt suscité était peut-être considéré comme faible, puisque ce questionnaire traitait d'une polémique ayant eu lieu un an auparavant. Hors, comme le démontre cette étude par ailleurs, le motif contraception était redevenue secondaire à cette période d'envoi des questionnaires.

On peut noter en deuxième lieu les biais relatifs au questionnaire :

Il existe un biais de sélection : seuls les médecins ayant donné leur adresse mail à l'URPS ont pu le recevoir. Ce sont les médecins les plus intéressés qui répondent, et donc ceux pour qui la polémique a eu une importance dans leur pratique, et/ou qui se sont intéressés aux tenants de la polémique. Ils sont 39,3% à déclarer que le motif gynécologie revenait souvent dans l'ensemble de leurs consultations, seulement 2,4% déclarent ne jamais pratiquer cette discipline.

Il existe par ailleurs un biais d'information :

Il s'agit d'un questionnaire que le médecin remplit seul, et même s'il est anonyme, les médecins peuvent être plus enclin à déclarer qu'ils sont plus « vigilants » dans leurs interrogatoires, qu'ils ont revu leurs connaissances alors que ceci n'est pas totalement vrai.

Le questionnaire a été envoyé à distance de la polémique, et recueille des « sensations » de ce qui s'est passé il y a plus d'un an. Il met en jeu la mémoire des médecins.

Ce biais d'information est mis en lumière par le fait que d'une question à l'autre, le nombre de médecins révélant qu'aucune de ses patientes n'étaient sous P3G est passé de 6 à 9.

Cela conduit à interpréter les résultats avec prudence.

Troisièmement, le questionnaire interroge chaque médecin sur l'ensemble de sa patientèle, sur une sensation globale qui résume ce qui s'est passé sur les différentes consultations de cette période là. Un moyen d'éviter ce biais aurait été de faire compléter un questionnaire par les médecins généralistes à chaque consultation avec une femme venant de changer de pilule, et les raisons évoquées. Mais cette méthode n'avait plus autant d'intérêt à un an de la polémique.

V) CONCLUSION :

La polémique touchant la pilule de troisième génération a eu pour effet de bouleverser la répartition des ventes de contraceptifs, en faveur des pilules de deuxième génération et des dispositifs intra-utérins au cuivre. Notre étude montre que pour les médecins interrogés, le motif « contraception » a pris une place plus importante dans les consultations qui ont eu lieu au moment de la polémique, mais ceci n'a pas perduré à distance de celle-ci, et c'est toujours un motif secondaire présentée par la plupart des patientes. Ces consultations ont donné l'occasion aux patientes d'exprimer leurs inquiétudes, et les changements de prescription concernant le passage de pilules de troisième génération vers d'autres moyens de contraceptions semblent largement motivés par une demande directe des patientes. Bien qu'il existe un biais de déclaration évident, les facteurs de risque thrombo-embolique seraient recherchés plus régulièrement par les médecins généralistes interrogés, qui sont par ailleurs 71% à déclarer avoir remis à jour leurs connaissances.

Outre ce basculement des prescriptions, l'ANSM a noté davantage de signalements d'effets indésirables thrombo-emboliques : *"entre le 4 et le 31 janvier 2013, période durant laquelle le risque des pilules contraceptives a été fortement médiatisé, 36 nouveaux cas (31 thromboses veineuses et 5 thromboses artérielles) dont 10 étaient survenus il y a plus de 3 mois ainsi que 2 décès, survenus en 1999 et 2012, ont été enregistrés dans la base nationale de pharmacovigilance"*.

La polémique, née dans le lit d'une constatation de sur-risque thrombo-embolique, pourrait donc conduire à de nouvelles évaluations pharmacologiques, à la lumière d'un meilleur taux de déclaration d'effet indésirable.

Cette donnée devrait également conduire les médecins généralistes à garder leur niveau de vigilance, et à éduquer leurs patientes aux premiers signes de survenue de thrombose veineuse profonde, comme le recommande également l'ANSM.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Speroff L, DeCherney A. Evaluation of a new generation of oral contraceptives. The Advisory Board for the New Progestins. *Obstet Gynecol.* juin 1993;81(6):1034-1047.
2. Pearlstein TB, Bachmann GA, Zacur HA, Yonkers KA. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone-containing oral contraceptive formulation. *Contraception.* déc 2005;72(6):414-421.
3. Koltun W, Lucky AW, Thiboutot D, Niknian M, Sampson-Landers C, Korner P, et al. Efficacy and safety of 3 mg drospirenone/20 mcg ethinylestradiol oral contraceptive administered in 24/4 regimen in the treatment of acne vulgaris: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Contraception.* avr 2008;77(4):249-256.
4. Maloney JM, Dietze P, Watson D, Niknian M, Lee-Rugh S, Sampson-Landers C, et al. Treatment of acne using a 3-milligram drospirenone/20-microgram ethinyl estradiol oral contraceptive administered in a 24/4 regimen: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* oct 2008;112(4):773-781.
5. Kelly S, Davies E, Fearn S, McKinnon C, Carter R, Gerlinger C, et al. Effects of oral contraceptives containing ethinylestradiol with either drospirenone or levonorgestrel on various parameters associated with well-being in healthy women: a randomized, single-blind, parallel-group, multicentre study. *Clin Drug Investig.* 2010;30(5):325-336.
6. Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Garner SE. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(3):CD004425.
7. Lawrie TA, Helmerhorst FM, Maitra NK, Kulier R, Bloemenkamp K, Gülmezoglu AM. Types of progestogens in combined oral contraception: effectiveness and side-effects. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(5):CD004861.
8. Lévesque H, Courtois H. [Estrogen therapy and venous thromboembolic disease]. *Rev Médecine Interne Fondée Par Société Natl Française Médecine Interne.* 1997;18 Suppl 6:620s-625s.
9. Effect of different progestagens in low oestrogen oral contraceptives on venous thromboembolic disease. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet.* 16 déc 1995;346(8990):1582-1588.
10. Jick H, Jick SS, Gurewich V, Myers MW, Vasilakis C. Risk of idiopathic cardiovascular death and nonfatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives with differing progestagen components. *Lancet.* 16 déc 1995;346(8990):1589-1593.
11. Lidegaard Ø, Nielsen LH, Skovlund CW, Skjeldestad FE, Løkkegaard E. Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001-9. *BMJ.* 2011;343:d6423.
12. Lidegaard Ø, Nielsen LH, Løkkegaard E, Skovlund C. Oral contraception and venous thromboembolism. Supplementary analyses of Danish Registry data. 4 nov 2011;

13. PhVWP Monthly Report May 2011 - WC500106708.pdf [Internet]. [cité 30 juin 2014]. Disponible sur: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2011/05/WC500106708.pdf
14. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ*. 2009;339:b2890.
15. Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Vandenbroucke JP, Doggen CJM, Rosendaal FR. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ*. 2009;339:b2921.
16. Ann Furedi. The public health implications of the 1995 « pill scare ». *European Society of Human Reproduction and Embryology* [Internet]. [cité 20 juill 2014]; Disponible sur: <http://humupd.oxfordjournals.org/content/5/6/621.full.pdf>
17. Lévesque H, Hanslik T. [Combined hormonal pills and thrombosis: from clinical data to media consequences]. *Rev Médecine Interne Fondée Par Société Natl Française Médecine Interne*. août 2013;34(8):453-455.
18. Martínez F, Ramírez I, Pérez-Campos E, Latorre K, Lete I. Venous and pulmonary thromboembolism and combined hormonal contraceptives. Systematic review and meta-analysis. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. févr 2012;17(1):7-29.
19. Margolis KL, Adami H-O, Luo J, Ye W, Weiderpass E. A prospective study of oral contraceptive use and risk of myocardial infarction among Swedish women. *Fertil Steril*. août 2007;88(2):310-316.
20. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *N Engl J Med*. 14 juin 2012;366(24):2257-2266.
21. Yang L, Kuper H, Sandin S, Margolis KL, Chen Z, Adami H-O, et al. Reproductive History, Oral Contraceptive Use, and the Risk of Ischemic and Hemorrhagic Stroke in a Cohort Study of Middle-Aged Swedish Women. *Stroke*. 4 janv 2009;40(4):1050-1058.
22. FDA. Combined Hormonal Contraceptives (CHCs) and the Risk of Cardiovascular Disease Endpoints - [Internet]. Disponible sur: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/ucm277384.pdf>
23. HAS. Réévaluation des contraceptifs oraux de 3ème génération [Internet]. 2007 [cité 30 juin 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-11/reevaluation_des_contraceptifs_oraux_de_3eme_generation.pdf
24. Nathalie Bajos. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif? [Internet]. 2014 [cité 30 juin 2014]. Disponible sur: http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1685/publi_pdf1_population_societes_2014_511_crise_pilule.pdf
25. ANSM. Contraceptifs Oraux Evolution consommation 1janvier2013 avril2014

- [Internet]. 2014 [cité 30 juin 2014]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/content/download/64249/823531/version/2/file/Contraceptifs-Oraux_Evolution-consommation-1janvier2013-avril2014.pdf
26. Conseil National de l'Ordre. démographie médicale en région Midi Pyrénées, situation en 2013. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/midi_pyrenees_2013.pdf
 27. CNGOF. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. L'offre de soins. Prise en charge gynécologique. [Internet]. 1999 [cité 7 juill 2014]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
 28. Dias Sabrina. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'île de France [Internet]. [cité 7 juill 2014]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3432_THESE-DIAS.pdf
 29. Chen X, Siu LL. Impact of the media and the internet on oncology: survey of cancer patients and oncologists in Canada. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 1 déc 2001;19(23):4291-4297.
 30. Rosario Spadaro. European Union citizens and sources of information about health. 2003.
 31. Zineb Tazi. Contexte et justifications de prescription des contraceptifs oraux combinés de dernière génération. enquête auprès de 100 patientes à Paris et petite couronne. [Internet]. 2014 [cité 20 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/tazi-these.pdf>
 32. HAS. fiche contraception prescriptions et conseils aux femmes. [Internet]. 2013 juill. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/fiche_contraception_conditions_prescription.pdf
 33. HAS. rapport d'élaboration - contraception chez l'homme et chez la femme [Internet]. 2013 avr. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_fiches_memo_document_de_travail.pdf
 34. Ferrigno C. Impact de la médiatisation des risques vasculaires liés à la pilule sur le choix de la contraception: étude descriptive [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2013.
 35. EFFIK. femmes et contraception orale [Internet]. 2011 [cité 23 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.opinion-way.com/pdf/prescontraceptionorale-09-02-2011.pdf>
 36. Dumontaux N PS. Impact de la diminution du taux de remboursement des veinotoniques sur les prescriptions des généralistes - article200913.pdf. 2009 [cité 21 juill 2014]; Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13383/1/article200913.pdf>
 37. Devaux M. Déremboursement des mucolytiques et des expectorants : quel impact sur la prescription des généralistes ? - Qes128.pdf. 2007 [cité 21 juill 2014]; Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes128.pdf>

ANNEXE 1 : Les générations de pilule :

Toutes ces pilules de première, deuxième et troisième générations contiennent le même oestrogène à savoir l'éthinyl-œstradiol, à des posologies comprises entre 20 et 50 microgrammes associé à un dérivé Norstéroïdien, la Norethistérone pour la pilule de première génération, le Lévonorgestrel ou le Norgestrel pour les pilules dites de deuxième génération et le Désogestrel, le Gestodène ou le Norgestimate pour les pilules dites de troisième génération. Les pilules de troisième génération ont été mises sur le marché en 1984. Certaines pilules contiennent un progestatif dit de quatrième génération à savoir le Drospirénone, la Chlormadinone, le Nomegestrol, le Diénogest. Elles sont apparues en 2001.

Tableau de synthèse des pilules classées par génération :

Classe	Oestrogène	Progestatif	Exemples de spécialités :
P1G	EE (35 µg)	Norethistérone	Triella ®
P2G	EE (20 , 30 ou 40 µg)	Levonorgestrel	Adepal®, Amarance ®, Daily Gé®, Minidril ®, Evanecia ®, Leeloo®, Lovavulo, Ludeal Ge ®, Optilova®
	EE (50 µg)	Norgestrel	Steridil ®
P3G	EE (20 ou 30 µg)	Desogestrel	Desobel®, Varnoline continu ® / Cycléane ®, Mercilon ®
	EE (15, 20, 30 ou 40 µg)	Gestodene	Carlin®, Efezial® / Hamonet®, Meliane®, Melodie®, Minesse®, Moneva®, Optinesse®, Phaeva®, Timinulet®
	EE (35µg)	Norgestimate	Cilest®, Effiprev®, Triafemi®, Tricilest®
P4G	EE (30 µg)	Chlormadinone	Belara®
	EE (20 ou 30 µg)	Drospirenone	Belanette®, convuline®, Drospibel®, Jasmine®, Jasminelle®, Jasminelle continu®, Yaz®, Rimendia®
	Estradiol (1,5 mg)	Nomégestrol	Zoely®
	Valérate d'oestradiol (3/2/1 mg)	Diénogest	Qlaira®

ANNEXE 2 : Contraceptifs hormonaux combinés (pilules, anneau vaginal et patch) : Position finale du Comité des médicaments à usage humain (CHMP) - Point d'information du 25/11/2013

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a initié en janvier 2013 une réévaluation du rapport bénéfice/risque des contraceptifs hormonaux combinés (CHC, incluant les pilules, l'anneau vaginal et le patch) contenant des progestatifs dits de 3e et 4e générations (désogestrel, diénogest, gestodène, norgestimate, drospirénone, chlormadinone, nomégestrol, étonogestrel et norelgestromine). Lors de sa session de novembre 2013, le Comité des médicaments à usage humain (CHMP) de l'Agence européenne des médicaments (EMA) a adopté une position finale. Le rapport bénéfices/risques des CHC reste favorable, le risque bien connu de thrombo-embolie veineuse est maintenant mieux pris en considération. La position du CHMP doit maintenant être examinée par la Commission européenne.

Conclusions scientifiques de l'évaluation européenne

Au cours du processus d'évaluation, l'ensemble des données disponibles (données d'exposition, données de pharmacovigilance, études pharmaco-épidémiologiques) a fait l'objet d'une analyse par le Royaume-Uni et la France qui étaient en charge du dossier. En octobre 2013, le Comité pour l'Evaluation des Risques en matière de Pharmacovigilance (PRAC) de l'EMA a rendu les conclusions scientifiques suivantes qui ont été entérinées par le CHMP :

- le rapport bénéfice/risque de chaque CHC est favorable avec une efficacité contraceptive identique de tous les CHC ;
- les données scientifiques disponibles n'apportent pas la preuve d'une différence en termes de tolérance entre les différents CHC ;
- le risque thrombo-embolique, bien que faible, est supérieur chez les femmes utilisatrices de CHC par rapport à celles qui n'en prennent pas. Il est maximum lors de la première année d'utilisation et augmenté lors de la reprise de la contraception après une interruption de plus de 4 semaines ;
- le risque de thrombose veineuse diffère selon les CHC en fonction du progestatif qu'ils contiennent ;
- les différences de risque thromboemboliques veineux lié au progestatif sont insuffisamment connues des professionnels de santé et des femmes et les facteurs de risque insuffisamment pris en compte ;
- le sur-risque généré par les CHC contenant les progestatifs les plus récents (désogestrel, gestodène, drospirénone, étonogestrel et norelgestromine) en termes d'événements thromboemboliques veineux et de décès au niveau européen est reconnu ;
- les données concernant les risques de survenue de thrombose veineuse sont maintenant actualisées dans les résumés des caractéristiques des produits et synthétisées dans le tableau ci-dessous :

Risque de survenue de thrombo-embolie veineuse par an

Femmes en âge de prendre la pilule et qui n'utilisent pas de CHC et qui ne sont pas enceinte (risque de base)	Environ 2 pour 10 000 femmes
Femmes utilisant un CHC contenant du levonorgestrel, de la norethisterone ou du norgestimate	Environ 5-7 pour 10 000 femmes

Femmes utilisant un CHC contenant de l'étonogestrel ou de la norelgestromine	Environ 6-12 pour 10 000 femmes
Femmes utilisant un CHC contenant de la drospirenone, du gestodene ou du desogestrel	Environ 9-12 pour 10 000 femmes
Femmes utilisant un CHC de la chlormadinone, du dienogest ou du nomegestrol	Le risque n'est pas encore connu*

* Des études sont en cours ou prévues pour collecter des données suffisantes pour évaluer le risque lié à ces produits.

- les autres facteurs de risque doivent être attentivement et régulièrement évalués et pris en compte par les professionnels de santé lors de chaque prescription/renouvellement ;
- le risque de thrombose artérielle est supérieur chez les femmes utilisatrices de CHC par rapport à celles qui n'en prennent pas. Ce risque est identique entre les différents CHC, c'est-à-dire quel que soit le progestatif qu'ils contiennent.

Modifications et recommandations aux pays membres

Afin de mieux informer les prescripteurs et les femmes des différences de risque entre les CHC, le CHMP modifie les autorisations de mise sur le marché, concernant l'indication, les contre-indications et les précautions d'emploi des CHC concernés par la réévaluation. En particulier, une mise à jour des incidences de thrombose veineuse en fonction des données épidémiologiques les plus récentes est effectuée.

Par ailleurs des documents éducationnels et d'information à destination des femmes et des professionnels de santé, établis au niveau européen, vont être adaptés au plan national. Enfin, des études épidémiologiques complémentaires doivent être réalisées pour les CHC pour lesquels il n'existe pas de données ou des données insuffisantes concernant leur risque thromboembolique.

L'ANSM travaille actuellement sur la mise en œuvre en France de ces mesures en lien avec les professionnels, les associations de patients et les industriels.

Recommandations de l'ANSM aux professionnels et aux femmes

L'ANSM veut à cette occasion rappeler ses recommandations et celles de l'HAS sur le bon usage des CHC :

- l'ANSM continue de recommander aux femmes et aux prescripteurs d'utiliser préférentiellement des contraceptifs oraux combinés contenant du lévonorgestrel ou de la noréthistérone (ou maintenant du norgestimate) en combinaison avec la dose la plus faible d'estrogène.
- lors de la première prescription de CHC, un examen médical attentif et des examens biologiques (cholestérol total, triglycérides, glycémie à jeun) doivent permettre de repérer les facteurs de risque et d'adapter au mieux la contraception à chaque femme y compris dans le cas de contre-indication en lui proposant un autre moyen contraceptif adapté.
- par ailleurs, il est important d'informer les femmes sous CHC des premiers signes et symptômes d'accident thromboembolique et de la nécessité de consulter un médecin s'ils surviennent.

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE DE THESE

Inutile de vous rappeler l'impact que peut avoir **une polémique médiatisée** sur le contenu d'une consultation de médecine générale. Celle concernant **les pilules de 3^o génération** a modifié de manière significative les prescriptions des médecins sur l'ensemble de la France métropolitaine. (compte rendu de l'ANSM du 26 juin 2013).

Le but de mon travail de thèse est d'analyser quels facteurs faisant suite à la polémique, ont conduit à une modification de prescription dans le domaine de la contraception chez les médecins généralistes de Midi Pyrénées.

Merci de prendre quelques minutes pour contribuer à répondre à cette problématique!

1) Quel est votre sexe :

- féminin
- masculin

2) Quel type d'activité avez vous?

- rurale
- semi-rurale
- urbaine

3) Votre âge :

- moins de 30 ans
- 30-39 ans inclus
- 40-49 ans inclus
- 50-59 ans inclus
- plus de 60 ans

4) diriez-vous que le motif gynécologie est un motif abordé, sur l'ensemble de vos consultations :

- souvent
- parfois
- rarement
- jamais

5) Avant la polémique, prescriviez-vous des pilules de 3^o génération (P3G)? (Une seule réponse)

- oui, en renouvellement d'ordonnance d'un autre médecin
- oui, j'ai déjà initié une P3G
- oui, renouvellement et initiation de P3G
- non jamais

6) Avant la polémique, les questionnements de vos patientes concernant leur moyen de contraception constituaient :

(Une seule réponse)

- un seul motif ou le principal pour la majorité des patientes
- motif secondaire/ renouvellement en fin de consultation pour la majorité des patientes

- Elles préféreraient poser leurs questions à leur gynécologue.

7) Dans l'effervescence de la polémique (décembre 2012), les questionnements de vos patientes concernant leur moyen de contraception constituaient :

(Une seule réponse)

- un seul motif ou le principal pour la majorité des patientes
- motif secondaire/ renouvellement en fin de consultation pour la majorité des patientes
- Elles préféreraient poser leurs questions à leur gynécologue.
- j'ai devancé leurs questionnements en leur expliquant les tenants de la polémique.

8) En ce moment, les questionnements de vos patientes concernant leur moyen de contraception constituent :

(Une seule réponse)

- un seul motif ou le principal pour la majorité des patientes
- motif secondaire/ renouvellement en fin de consultation pour la majorité des patientes
- Elles préfèrent poser leurs questions à leur gynécologue.

9) AVANT la polémique, cherchiez-vous les facteurs de risque thrombo-emboliques chez vos patientes sous pilule oestro-progestative (quelqu'en soit la génération) :

(Une seule réponse)

- A l'initiation seulement
- A l'initiation puis tous les 6 mois environ
- A l'initiation puis tous les ans environ
- A l'initiation puis tous les 3 ans environ
- A l'initiation puis tous les 5 ans environ
- jamais

10) DEPUIS la polémique, cherchez vous les facteurs de risque thrombo-embolique chez vos patientes sous pilule oestro-progestative (quelqu'en soit la génération) :

(Une seule réponse)

- A l'initiation seulement
- A l'initiation puis tous les 6 mois
- A l'initiation puis tous les ans environ
- A l'initiation puis tous les 3 ans environ
- A l'initiation puis tous les 5 ans environ
- jamais

Depuis la polémique et concernant vos décisions thérapeutiques chez des patientes sous pilule de 3^o/4^o génération (P3G):

Sur quels motifs justifiez-vous le passage de la P3G à une PILULE DE 1^o OU 2^o GENERATION (3 réponses possibles maximum*):

- aucune de mes patientes n'étaient sous P3G
- mauvaise tolérance clinique de la P3G prescrite (mastodynie, céphalée...)
- découverte à l'interrogatoire d'un facteur de risque thrombo-embolique veineux
- demande des patientes (ressenti d'une pression véhiculée par les médias)
- pression de la haute autorité de santé
- peur de poursuite judiciaire malgré une indication qui me semblait adaptée (pas de facteur de risque)

** faites apparaître les arguments principaux, c'est à dire ceux qui vous semblent les plus*

« forts » ou correspondant à des situations devant lesquels vous avez été le plus souvent exposé.

• **Sur quels motifs justifiez-vous le passage de la P3G à une CONTRACEPTION PROGESTATIVE tels que l'implant contraceptif, la pilule progestative, le système intra-utérin au Levonorgestrel (3 réponses possibles maximum*) :**

- aucune de mes patientes n'étaient sous P3G
- mauvaise tolérance clinique de la pilule 3G prescrite.
- découverte à l'interrogatoire d'un facteur de risque thrombo-embolique veineux
- une mauvaise observance de la pilule m'a orienté vers un DIU ou un implant.
- demande des patientes (ressenti d'une pression véhiculée par les médias)
- pression de la haute autorité de santé
- peur de poursuite judiciaire malgré une indication qui me semblait adaptée (pas de contre indication)

• **Sur quels motifs justifiez vous le passage de la P3G à une CONTRACEPTION NON HORMONALE tels que le DIU au cuivre, le préservatif, le diaphragme (3 réponses possibles maximum*) :**

- aucune de mes patientes n'étaient sous P3G
- mauvaise tolérance clinique de la pilule 3 G prescrite
- découverte à l'interrogatoire d'un facteur de risque thrombo-embolique veineux.
- demande des patientes (ressenti d'une pression véhiculée par les médias)
- pression de la haute autorité de santé
- peur de poursuite judiciaire malgré une indication qui me semblait adaptée (pas de contre indication aux oestro-progestatifs)

14) Le déremboursement de la P3G a-t-il modifié votre prescription :

- Oui, mais argument secondaire pour les patientes qui étaient encore sous P3G
- Oui, argument principal de ma décision (peu de changement de contraception P3G avant le déremboursement)
- Non, changement réalisé avant le déremboursement, sur les arguments précédents
- Non pas de changement de P3G le plus souvent, même après le déremboursement

Depuis la polémique, et concernant vos patientes sous pilule de première ou deuxième génération (P1G et P2G) :

15) Sur quels motifs justifiez vous le passage de la P1G ou P2G à une CONTRACEPTION PROGESTATIVE PURE? (3 réponses possibles maximum*) :

- pression de la haute autorité de santé
- peur de poursuite judiciaire malgré une indication qui me semblait adaptée (pas de contre indication aux oestro-progestatifs)
- mauvaise tolérance clinique de la pilule prescrite
- une mauvaise observance de la pilule m'a orienté vers un DIU ou un implan.
- découverte à l'interrogatoire d'un facteur de risque thrombo-embolique veineux.
- Je n'ai pas rencontré cette situation

- demande des patientes (ressenti d'une pression véhiculée par les médias)

16) Sur quels motifs justifiez vous le passage de la P1G ou P2G à une CONTRACEPTION NON HORMONALE tels que le DIU au cuivre, le préservatif, le diaphragme

(3 réponses possibles maximum *) :

- pression de la haute autorité de santé
- peur de poursuite judiciaire malgré une indication qui me semblait adaptée (pas de contre indication aux oestro-progestatifs)
- mauvaise tolérance clinique de la pilule prescrite
- découverte à l'interrogatoire d'un facteur de risque thrombo-embolique veineux.
- mauvaise observance de la pilule
- Je n'ai pas rencontré cette situation
- demande des patientes (ressenti d'une pression véhiculée par les médias)

17) La polémique vous a elle conduit à revoir vos connaissances?

- Oui
- Non

18) Si oui, par quels moyens (plusieurs réponses possibles):

- articles issues de revues médicales
- sites internet orientés vers les dernières recommandations.
- FMC / DPC
- groupe de pairs
- contre-indications dans le Vidal
- HAS
- avis auprès d'un confrère gynécologue
- autres :

19) Depuis la polémique, prescrivez-vous des pilules de 3° génération ?

- oui, renouvellement d'ordonnance d'un autre médecin
- oui, il m'arrive d'initier une P3G
- oui, initiation et renouvellement de P3G
- non jamais

20) Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette thèse, merci de laisser ici votre adresse mail :

.....

MERCI d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire!

ANNEXE 4 : DOCUMENT D'AIDE A LA PRESCRIPTION DE CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS (ANSM 12/02/2014)

Veillez utiliser ce document d'aide à la prescription conjointement avec le Résumé des Caractéristiques du Produit lors de toute consultation relative à l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés (CHC).

- L'utilisation de contraceptifs hormonaux combinés (CHC) est associée à un risque thromboembolique (par exemple, thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral).
- Le risque thromboembolique associé aux CHC est plus élevé :
 - o au cours de la première année d'utilisation ;
 - o lors de la reprise d'une contraception hormonale combinée après une interruption de 4 semaines ou plus.
- Les CHC contenant de l'éthinylestradiol en association avec du lévonorgestrel, du norgestimate ou de la noréthistérone sont considérés comme ceux qui présentent le risque thromboembolique veineux (TEV) le plus faible.
- Le risque encouru par une patiente dépend également de son risque thromboembolique intrinsèque. La décision d'utiliser un CHC doit par conséquent prendre en compte les contre-indications et les facteurs de risques de la patiente, en particulier ceux liés au risque thromboembolique (voir les encadrés ci-dessous ainsi que le Résumé des Caractéristiques du Produit).
- La décision d'utiliser tout autre CHC que l'un de ceux associés au risque le plus faible de TEV doit être prise uniquement après concertation avec la patiente afin de s'assurer qu'elle comprend:
 - o le risque thromboembolique associé à ce CHC ;
 - o l'influence de ses facteurs de risque intrinsèques sur son risque de thrombose ;
 - o la nécessité de rester attentive à toute manifestation clinique de thrombose.

Si vous cochez l'une des cases de cette section, ne prescrivez pas de CHC :

La patiente a-t-elle :

des antécédents personnels ou un événement actuel de thrombose, par exemple une thrombose veineuse profonde, une embolie pulmonaire, un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral, un accident ischémique transitoire, un angor ?

un trouble personnel connu de la coagulation ?

des antécédents de migraine avec aura ?

un diabète avec complications vasculaires ?

une pression artérielle très élevée, par exemple une pression systolique = 160 mmHg ou une pression diastolique = 100 mmHg ?

une hyperlipidémie importante ?

une intervention chirurgicale majeure ou une période d'immobilisation prolongée est elle prévue ?

Si tel est le cas, suspendre l'utilisation et conseiller une méthode de contraception non hormonale au moins pendant les 4 semaines précédant l'intervention ou l'immobilisation et les 2 semaines suivant le retour à une mobilité complète.

Si vous cochez l'une des cases de cette section, vérifiez avec la patiente la pertinence de l'utilisation d'un CHC :

La patiente présente-t-elle un IMC supérieur à 30 kg/m² ?

La patiente a-t-elle plus de 35 ans ?

La patiente fume-t-elle ? Si la patiente fume et est âgée de plus de 35 ans, il est impératif de lui conseiller vivement d'arrêter de fumer ou d'utiliser une méthode de contraception non hormonale.

La patiente présente-t-elle une pression artérielle élevée, par exemple une pression systolique entre 140 et 159 mmHg ou une pression diastolique entre 90 et 99 mmHg ?

La patiente a-t-elle un parent proche ayant présenté un évènement thromboembolique (voir liste ci-dessus) à un âge relativement jeune (par exemple avant l'âge de 50 ans) ?

La patiente ou quelqu'un de sa famille proche présente-t-il une lipidémie élevée ?

La patiente a-t-elle des migraines ?

La patiente présente-t-elle un trouble cardiovasculaire tel que fibrillation auriculaire, arythmie, coronaropathie ou valvulopathie ?

La patiente est-elle diabétique ?

La patiente a-t-elle accouché au cours des semaines précédentes ?

La patiente est-elle sur le point de faire un long voyage aérien (> 4 heures) ou effectue-t-elle des trajets quotidiens de plus de 4 heures ?

La patiente présente-t-elle toute autre maladie susceptible d'accroître le risque de thrombose (par exemple : cancer, lupus érythémateux disséminé, drépanocytose, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, syndrome hémolytique et urémique) ?

La patiente utilise-t-elle tout autre médicament susceptible d'accroître le risque de thrombose (par exemple : corticoïdes, neuroleptiques, antipsychotiques, antidépresseurs, chimiothérapie, etc.) ?

La présence de plus d'un facteur de risque peut remettre en cause la pertinence de l'utilisation d'un CHC. Il faut garder en mémoire que les facteurs de risques de chaque patiente peuvent évoluer avec le temps. Il est important d'utiliser ce document à chaque consultation.

Veillez-vous assurer que votre patiente a compris qu'elle doit prévenir un professionnel de santé qu'elle utilise un contraceptif hormonal combiné si elle :

- doit subir une intervention chirurgicale ;
- doit subir une période d'immobilisation prolongée (par exemple à cause d'une blessure ou d'une maladie, ou si elle a une jambe dans le plâtre) ;

. Dans ces situations, il est recommandé de discuter avec la patiente de l'opportunité

d'utiliser une méthode de contraception non hormonale jusqu'à ce que le niveau de risque redevienne normal.

Veillez également informer votre patiente que le risque de caillot sanguin est accru si elle:

- fait des trajets prolongés (> 4 heures) ;
- présente toute contre-indication ou tout facteur de risque relatifs aux CHC ;
- a accouché au cours des semaines précédentes.

Dans ces situations, votre patiente doit être particulièrement attentive à toute manifestation clinique de thrombose.

Veillez conseiller à votre patiente de vous informer en cas d'évolution ou d'aggravation de l'une des situations mentionnées ci-dessus. Veillez encourager vivement vos patientes à lire la notice d'information de l'utilisateur qui figure dans l'emballage de chaque CHC, y compris la description des manifestations associées à la formation de caillots sanguins, auxquelles elles doivent rester attentives.

Nous vous rappelons que vous devez déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament dont vous avez connaissance au Centre Régional de pharmacovigilance (CRPV) dont vous dépendez. Vous trouverez les coordonnées de ces centres sur le site internet de l'ANSM (www.ansm.sante.fr) ou dans le dictionnaire Vidal®.

ABREVIATIONS

ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament
ASMR	Amélioration du service médical rendu
AVC	Accident vasculaire cérébral
COC	Contraception orale combinée
DIU	Dispositif intra-utérin
EE	Ethynil-oestradiol
FDA	Food and drug administration
HAS	Haute autorité de santé
IDM	Infarctus du myocarde
P1G	Pilule de 1 ^o génération
P2G	Pilule de 2 ^o génération
P3G	Pilule de 3 ^o génération
P4G	Pilule de 4 ^o génération
POP	Pilule oestro-progestative
SMR	Service médical rendu
TVP	Thrombose veineuse profonde

RESUME ET MOTS-CLES

Médias et médecine générale : impact de la polémique touchant la pilule de troisième génération sur la pratique des médecins généralistes en Midi-Pyrénées.

Melle GUIET Annaëlle

Toulouse, le 7 octobre 2014

Introduction : Au décours immédiat et à distance de la polémique visant les pilules de troisième génération (P3G), le profil des ventes des contraceptifs en France s'est fortement modifié. L'objectif principal était de savoir si la polémique avait eu un impact durable sur la place du motif « contraception » lors d'une consultation de médecine générale. **Matériel et Méthode :** C'est une étude épidémiologique observationnelle descriptive, basée sur l'envoi d'un questionnaire aux médecins généralistes par le biais du répertoire de l'Union Régionale des Professionnels de Santé. L'analyse porte sur 83 questionnaires. **Résultats :** La sensation que le motif contraception était le seul motif de consultation ou le principal pour la plupart des patientes concernait 22,8% des médecins avant la polémique, 45,7% des médecins pendant la polémique, 27,7% à un an. Entre avant et pendant la polémique, l'augmentation du nombre de médecin considérant que le motif contraception était un motif principal de consultation était statistiquement significative ($p = 0,0003$). Si on compare ce paramètre avant, versus à un an de la polémique, cette différence n'est plus significative ($p = 0,39$). **Conclusion :** Notre étude montre que le motif « contraception » a pris une place plus importante dans les consultations qui ont eu lieu au moment de la polémique, mais ceci n'a pas perduré à distance de celle-ci, et c'est toujours un motif secondaire présentée par la plupart des patientes.

Discipline administrative : médecine générale.

Mots clés : polémique - médecine générale - contraception – pilule de troisième génération

Directeur de thèse : Thierry Brillac.

Media and general medical care: Impact of the french third-generation contraceptive pills controversy on the practice of general practitioners in Midi-Pyrénées area.

Introduction : Soon after the french third-generation control pills controversy, sales profile in France were strongly affected, and the repercussion was seing immediately and long after. The main of the present study is to establish if medical consultation for contraception was affected in general practitioner's (GPs) consultation. **Material and Method :** A descriptive observational epidemiological study was carry out based on the results of a questionnaire sent to GP through the Regional Health Care Professional's directory (Union Régionale des Professionnels de Santé). We analysis the results of 83 fulfilled questionnaires **Results :** For 19 practitioners (22,8%) contraception was the leading cause of consultation before the polemic, for 38 doctors (45,7%) during the polemic and for 23 doctors (27,7%) after a year of the scandal. We find a statistically significant ($p = 0,0003$) increase of GPs considering that contraception was the primary reason for consultation during the scandal. When we compare this result to before and after a year, there wasn't a statistically significant difference ($p = 0,39$). **Conclusion :** Our study demonstrate that contraception was a leading cause of consultation in GPs office during the controversy, but not longer after, and contraception is still a secondary motive of consultation in our country.

Keywords : controversy, general medical care, third generation contraceptive pills.

Faculté de Médecine Ranguel 133 route de Narbonne –
31062 TOULOUSE Cedex 04 - France