

Faculté de Médecine

ANNÉE 2014

THÈSE N°

**Polémique sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération :
quel impact sur les femmes et leur contraception ?
Enquête descriptive auprès de 156 patientes du Tarn**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le Premier Avril Deux Mille Quatorze

par

Ludivine PEYROT

née le 2 Novembre 1982, à Bruges (33)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Monsieur le Professeur Yves AUBARD Président

Madame le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT Juge

Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER Juge

Monsieur le Docteur Dominique MENARD Juge

Madame le Docteur Aurélie NANDILLON Membre invité

UNIVERSITE de LIMOGES
FACULTE de MEDECINE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2013-2014

DOYEN	Monsieur le Professeur VALLEIX Denis
ASSESEURS	Monsieur le Professeur LASKAR Marc Monsieur le Professeur MOREAU Jean-Jacques Monsieur le Professeur PREUX Jean-Marie
DOYEN HONORAIRE	Monsieur le Professeur BONNAUD François

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ABOYANS Victor	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE Responsable de service
ACHARD Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
ARNAUD Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE Responsable de service
AUBRY Karine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L.
BEDANE Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier DERMATOLOGIE-VENERELOGIE Responsable de service

BERTIN Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE Responsable de service de RHUMATOLOGIE
BESSEDE Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L. Responsable de service
BONNAUD François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Doyen Honoraire
BORDESSOULE Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service d'HEMATOLOGIE CLINIQUE et THERAPIE CELLULAIRE
CHARISSOUX Jean-Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOTHERAPIE Responsable de service
CLEMENT Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PSYCHIATRIE d'ADULTES Responsable de service
COGNE Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE Responsable de service
COLOMBEAU Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
CORNU Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE Responsable de service
DANTOINE Thierry	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GERATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT Responsable de service
DARDE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE Responsable de service
DAVIET Jean-Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION

DESCAZEAUD Aurélien	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE et SANTE au TRVAIL Responsable de service
DUMAS Jean-Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE Responsable de service
ESSIG Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE Responsable de service
FAUCHAIS Anne-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
FEUILLARD Jean	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service du Laboratoire d'HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE Responsable de service
FUNALOT Benoît	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAINANT Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES Responsable de service
LACROIX Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE

LASKAR Marc	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE Responsable de service Assesseur
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE Responsable de service
LOUSTAUD-RATTI Véronique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEPATOLOGIE
MABIT Christian	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service d'ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE
MAGY Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE Responsable de service
MATHONNET Muriel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Responsable de service
MERLE Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MOHTY Dania	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE Responsable de service
MOREAU Jean-Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE Responsable de service Assesseur
MOUNAYER Charbel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-RENIMATION Responsable de service

PARAF François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE Responsable de service
PLOY Marie-Cécile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE Responsable de service
PREUX Pierre-Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service du SIME Assesseur
ROBERT Pierre-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE Responsable de service
SALLE Jean-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION Responsable de service
SAUTEREAU Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE Responsable de service
STURTZ Franck	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE Responsable de service
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CANCEROLOGIE Responsable de service
VALLAT Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service de CHIRURGIE DIGESTIVE et ENDOCRINIENNE Doyen
VERGNENEGRE Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE

VIGNON Philippe
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
REANIMATION
Responsable de service

VINCENT François
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
PHYSIOLOGIE

VIROT Patrice
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
CARDIOLOGIE

WEINBRECK Pierre
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
MALADIES INFECTIEUSES
Responsable de service

YARDIN Catherine
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
Responsable de service

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel
Professeur des Universités
MEDECINE GENERALE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel
Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BOURTHOUMIEU Sylvie
Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard
Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

CHABLE Hélène
Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier
BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

DURAND Karine
Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier
BIOLOGIE CELLULAIRE

DURAND-FONTANIER Sylvaine
Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier
ANATOMIE

ESCLAIRE Françoise
Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien
Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

LE GUYADER Alexandre	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA-BALDINI Anne-Sophie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARIN Benoît	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MOUNIER Marcelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
PICARD Nicolas	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
TERRO Faraj	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE

PROFESSEURS ASSOCIES

BUISSON Jean-Gabriel	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
DUMOITIER Nathalie	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
PREVOST Martine	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

MENARD Dominique	Maître de Conférences associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
-------------------------	---

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE des UNIVERSITES

BARRAUD Olivier	Maître de Conférences associé des Universités BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
-----------------	--

PROFESSEURS EMERITES

BONNETBLANC Jean-Marie	Professeur des Universités Emérite
VIDAL Elisabeth	Professeur des Universités Emérite

Remerciements

A Monsieur le Professeur Yves AUBARD

*Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Gynécologie – Obstétrique
Responsable de service*

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse et de juger notre travail.

Veillez recevoir ici, l'expression de nos sincères remerciements et de notre respectueuse considération.

A Madame le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT

*Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques*

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger ce travail et nous vous en remercions.
Veillez trouver ici, l'expression de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Dominique MENARD

*Maitre de Conférences associé à mi-temps
Médecine Générale*

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de juger notre travail.

Recevez pour cela et pour l'apport de votre expérience en médecine générale nos plus sincères remerciements.

A Madame le Docteur Aurélie NANDILLON

*Chef de Clinique – Assistant des Hôpitaux
Gynécologie – Obstétrique*

Vous avez gentiment accepté de juger ce travail et nous vous en remercions vivement.

Vous nous faites ici un immense plaisir que nous espérons partagé.

A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER

*Professeur associé à mi-temps
Médecine Générale*

Vous avez accepté de diriger ce travail de thèse et je vous en suis infiniment reconnaissante.

Merci pour votre gentillesse, votre disponibilité et votre implication lors de l'élaboration de ce travail et pour tout ce que j'ai appris à votre contact.

Aux membres de l'équipe du CEBIMER de l'Unité Fonctionnelle de Recherche Clinique et Biostatistique (UFRBC) du CHU et du laboratoire de Biostatistique et d'Informatique Médicale de la Faculté de Médecine de Limoges et en particulier à François Dalmay pour son aide précieuse et sa disponibilité ayant permis à ce travail d'aboutir.

Aux membres de la Bibliothèque Universitaire de la faculté de Médecine de Limoges pour la mise en place des moyens logistiques indispensables au bon déroulement de ce travail et leur disponibilité.

Aux différentes personnes qui ont marqué mon parcours d'étudiante :

Au Docteur Paul DUCHEZ qui m'a fait découvrir la médecine générale et partager sa vision de la médecine rurale, ainsi qu'aux Docteurs HERVY, HERBACH et GALINAT.

Aux Docteurs Serge NOUHAUD, Gérard DUBOIS et Liliane CHASSAC-GEROUARD pour m'avoir permis de m'émanciper et pour leurs conseils avisés.

Au Docteur Martine LABACH pour votre accompagnement dans mon cursus, je vous en remercie.

A l'ensemble du personnel médical ou para-médical que j'ai pu croiser lors de mes différents stages qui m'a permis d'évoluer au contact de chacun.

Aux différents médecins des cabinets médicaux qui nous ont permis d'effectuer cette étude et aux patientes qui ont pris le temps de répondre aux questionnaires.

A mes proches :

A mes parents, qui n'ont cessé de me soutenir depuis le début et qui supportent encore mes sautes d'humeur, merci d'être présents.

A Yann, mon âme sœur qui m'apporte tant, et à mon petit Milo, qui me remplit de joie.

A mon grand frère Fabien « Bambi » et Brenda, la distance n'efface pas les sentiments.

A Mamie Nane, Pépé Kiki et tatie Christiane, Guylène, tatie Dominique, Francis, mes cousins et à toute ma famille .

A ma belle-famille, Véronique, Dette, Manou, Jacques et Suzanne.

A Renée et à tous les bretons.

A mes amis : Mme Poulth (que j'ai beaucoup aimé vouvoyer) et Ben, Marine et Tommy, Antoine et Aurélia, Yannis et Cathy, Jude, Fred et Virginie, Coach, Philou, Gaël et Sylvie, David et Amandine, Alex et Nico4, Marie et Julie, Mamé et Papé, Boubout et Planchette, Chico et Géraldine, Cathy et Gérald, Claire et Franck, Elodie et Benjamin, Emilie et Rodolphe, Emilie et Jérôme, Fanny et Sébastien, Fanny, Hélène, Aurore, Mélanie, Nico et Sophie, et tous ceux que j'oublie.

Table des matières

Glossaire	18
Introduction.....	20
1. Généralités	22
1.1. La contraception	22
1.1.1. Définition de la contraception	22
1.1.2. Evolution de la contraception	22
1.1.3. Etat des lieux des pratiques contraceptives en France	24
1.1.4. La contraception hormonale	25
1.1.4.1. Classement des pilules contraceptives	25
1.1.4.2. Contraception hormonale et risque de thrombose vasculaire	28
1.1.4.3. Les contre indications à la prescription des contraceptifs oraux combinés... 34	
1.1.4.4. Les effets indésirables liés à l'utilisation des COC	36
1.1.4.5. Les effets bénéfiques des contraceptifs oraux combinés.....	38
1.2. Les femmes et la contraception hormonale	39
1.3. Le médecin généraliste et la contraception	42
1.4. Les médias et l'opinion publique	43
1.4.1. Le rôle des médias	43
1.4.2. Les scandales médiatico-sanitaires, quelques exemples récents en France	43
1.4.2.1. Médiator et valvulopathies.....	43
1.4.2.2. Vaccin contre l'hépatite B.....	44
1.4.2.3. Pradaxa®	44
1.4.2.4. Vaccin contre l'HPV (Human Papilloma Virus).....	44
1.4.3. Les médias et les pilules de 3 ^{ème} /4 ^{ème} génération, la polémique	45
2. Matériels et méthode	47
2.1. Objectifs	47
2.2. Choix de la population	47
2.3. Distribution et collecte des questionnaires	48
2.4. Le questionnaire	49
2.5. Analyse statistique	50
3. Résultats	51
3.1. Taux de réponse	51
3.2. Résultats par variable.....	51
3.2.1. Ensemble des patientes de l'enquête	51
3.2.1.1. Age	51
3.2.1.2. Habitat	52
3.2.1.3. Niveau d'études.....	52
3.2.1.4. Situation familiale	53
3.2.1.5. Contraception actuelle.....	53
3.2.1.6. Effets secondaires liés aux POP	57
3.2.1.7. Craintes ou questionnements.....	58
3.2.1.8. Satisfaction des informations reçues sur la contraception	59
3.2.1.9. Attentes des patientes concernant leur contraception provenant de leur médecin traitant.....	60
3.2.2. Patientes concernées par la prise récente d'une POP de 3 ^{ème} ou 4 ^{ème} génération	61
3.2.2.1. Attitude : poursuite, arrêt ou changement	61
3.2.2.2. Nouvelle contraception en cas de changement	62
3.2.2.3. Connaissance et génération de la POP	62
3.2.2.4. Effets secondaires	63
3.2.2.5. Craintes et questionnements.....	63
3.2.2.6. Sources d'informations	64
3.2.2.7. Satisfaction des informations reçues sur la contraception	65

3.2.2.8. Satisfaction des informations sur la contraception provenant du médecin généraliste	66
3.3. Résultats de l'analyse statistique bi-variée	67
3.3.1. Dans l'ensemble de l'étude	67
3.3.1.1. Entre l'âge et le type de contraception utilisée (orale ou non)	67
3.3.1.2. Entre les effets secondaires et le type de pilule (POP ou PP)	68
3.3.1.3. Entre les craintes/questionnements et les effets secondaires	68
3.3.1.4. Entre la satisfaction des informations et les craintes/questionnements	69
3.3.2. Dans le sous groupe de patientes ayant pris récemment une POP de 3 ^{ème} /4 ^{ème} génération	69
3.3.2.1. Entre la génération de la POP et la connaissance de celle-ci	69
3.3.2.2. Entre les craintes/questionnements et les effets secondaires	70
3.3.2.3. Entre le comportement et les craintes/questionnements	70
3.3.2.4. Entre les effets secondaires et les sources d'informations	71
3.3.2.5. Entre les craintes/questionnements et les sources d'informations	72
3.3.2.6. Entre la satisfaction des informations et les craintes/questionnements	72
3.3.2.7. Entre la satisfaction des informations et les sources d'informations	73
4. Discussion	75
4.1. Limites de l'étude	75
4.1.1. Biais de sélection	75
4.1.2. Limites du questionnaire	75
4.1.3. Limites de l'enquête	76
4.2. Analyse des résultats	77
4.2.1. Taux de réponse	77
4.2.2. Caractéristiques de la population étudiée	77
4.2.3. Contraception actuelle	77
4.2.4. Comportement des femmes utilisant une POP de 3 ^{ème} /4 ^{ème} génération	80
4.2.5. Sources d'informations	82
4.2.6. Effets secondaires et craintes/questionnements	83
4.2.7. Satisfaction des informations reçues sur la contraception	84
4.2.7.1. Place du médecin généraliste dans l'information sur la contraception	85
4.3. Perspectives	87
4.3.1. Médicales	87
4.3.2. Diffusion de l'information	88
Conclusion	90

Table des illustrations

Figure 1 - Répartition des patientes selon les tranches d'âges	51
Figure 2 - Répartition des patientes selon la démographie du lieu d'habitation ..	52
Figure 3 - Répartition des patientes selon le niveau d'études.....	52
Figure 4 - Répartition des patientes selon la situation familiale	53
Figure 5 - Contraception actuelle	53
Figure 6 - Type de pilule utilisé.....	54
Figure 7 - Connaissance de la génération de la POP	54
Figure 8 - Génération de la pilule oestroprogestative	55
Figure 9 - Contraception actuelle non orale	56
Figure 10 - Effets secondaires liés à la prise d'une POP	57
Figure 11 - Détail des effets secondaires décrits.....	57
Figure 12 - Craintes et questionnements en lien avec les POP.....	58
Figure 13 - Détails des craintes/questionnements mentionnés	58
Figure 14 - Satisfaction concernant les informations reçues sur la contraception	59
Figure 15 - Satisfaction des informations délivrées par le médecin généraliste ..	59
Figure 16 - Répartition des patientes selon leurs attentes	60
Figure 17 - Attentes des patientes sur l'intervention de leur médecin traitant	60
Figure 18 - Attitude des patientes utilisant une POP de 3e/4e génération	61
Figure 19 - Nouvelle contraception après une POP de 3e/4e génération	62
Figure 20 - Effets secondaires dans le groupe POP 3e/4e génération.....	63
Figure 21 - Craintes ou questionnements dans le groupe POP 3e/4e génération	63
Figure 22 - Sources d'informations	64
Figure 23 - Sources d'information citées par les patientes ayant des craintes	64
Figure 24 - Satisfaction des informations reçues dans le groupe POP 3e/4e génération	65
Figure 25 - Comparatif entre les sources citées et la satisfaction des patientes ..	65
Figure 26 - Satisfaction des informations reçues auprès du généraliste	66

Table des tableaux

<u>Tableau 1</u> - Comparaisons entre la contraception orale/non orale et l'âge.....	67
<u>Tableau 2</u> - Corrélation entre les effets secondaires et le type actuel de pilule.....	68
<u>Tableau 3</u> - Liens entre les effets secondaires et les craintes/questionnements.....	68
<u>Tableau 4</u> - Corrélation entre l'absence de craintes/questionnements et la satisfaction des informations reçues sur la contraception	69
<u>Tableau 5</u> - Lien entre la génération de la POP et la connaissance de celle-ci.....	69
<u>Tableau 6</u> - Lien entre les effets secondaires et les craintes/questionnements.....	70
<u>Tableau 7</u> - Liens entre l'attitude des femmes sur la poursuite de leur contraception et les craintes/questionnements	70
<u>Tableau 8</u> - Corrélation entre l'information par la presse écrite et les effets secondaires.....	71
<u>Tableau 9</u> - Corrélation entre l'information par l'entourage et les effets secondaires ...	71
<u>Tableau 10</u> - Lien entre l'information par la presse écrite et les craintes/questionnements	72
<u>Tableau 11</u> - Lien entre la satisfaction des informations reçues et l'absence de craintes/questionnements	72
<u>Tableau 12</u> - Lien entre la satisfaction des infos reçues et le non recours aux infos télévisées	73
<u>Tableau 13</u> - Lien entre la satisfaction des infos reçues et le non recours aux infos de la presse écrite.....	73
<u>Tableau 14</u> - Lien entre la satisfaction des infos reçues et le non recours à l'info par internet	74
<u>Tableau 15</u> - Proportion de femmes utilisant les principaux moyens de contraception, comparaison avec l'enquête Fecond	78

Table des annexes

Annexe 1. Tableau des pilules contraceptives	97
Annexe 2. Questionnaire.....	98

Glossaire

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

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

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BNPV : Base Nationale de Pharmaco Vigilance

COC : Contraceptif Oral Combiné

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EE : Ethinyl Estradiol

EMA : Agence Européenne des Médicaments

EP : Embolie Pulmonaire

EPPM : Enquête Permanente de la Prescription Médicale

FSH : Hormone Folliculo-Stimulante

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

IDM : Infarctus du Myocarde

IMC : Indice de Masse Corporel

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

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

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

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

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LH : Hormone Lutéïnisante

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

POP : Pilule Oestroprogestative

PP : Pilule Progestative

PRAC : Comité d'évaluation des Risques en matière de Pharmacovigilance

SC : Sous-Cutané

SHBG : Sex Hormone Binding Globulin

TVP : Thrombose Veineuse Profonde

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

Depuis plus d'un demi siècle, la contraception a suscité un grand intérêt dans les populations et a été marquée par plusieurs évolutions aussi bien scientifiques que morales.

Aujourd'hui en France, les pilules contraceptives représentent la principale méthode contraceptive utilisée par les femmes en âge de procréer ne désirant pas d'enfant.

Depuis leur apparition dans les années 1950, la composition de ces pilules n'a cessé d'évoluer dans le but de minimiser les effets secondaires pouvant incommoder les utilisatrices. Le développement des pilules de nouvelles générations s'est accompagné d'une augmentation du risque thromboembolique veineux.

Suite à la médiatisation d'une plainte contre un laboratoire émanant d'une jeune femme accusant sa pilule de 3^{ème} génération d'être à l'origine de son accident thromboembolique et à l'attitude des autorités sanitaires, le débat a été relancé sur l'intérêt de ces nouvelles pilules et plus globalement sur le risque thromboembolique des contraceptifs hormonaux.

Entre les annonces médiatiques, la suspicion qui vise le milieu industriel pharmaceutique et les avis parfois divergents des différents intervenants médicaux et des autorités de santé, comment les femmes sous contraception se sont-elles forgées une opinion et ont-elles géré leur contraception? Ont-elles trouvé des réponses fiables à leurs questionnements?

Nous allons tenté d'apporter des réponses à ces interrogations grâce à une étude réalisée auprès de patientes du Tarn.

Nous débuterons par un bref rappel sur la contraception, les risques vasculaires liés aux méthodes contraceptives hormonales, les relations entre les femmes, leur contraception et leur médecin généraliste et nous évoquerons l'impact des médias sur l'opinion publique.

Nous exposerons ensuite notre étude avec les différents objectifs, le matériel et les méthodes utilisés, les résultats et la discussion.

Contexte

D'après les données de l'institut national d'études démographiques (INED) [1] qui a réalisé en association avec l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) l'enquête Fecond, en France, en 2010, 70,9% des femmes âgées de 15 à 44 ans, non stériles, non enceintes, ayant des rapports sexuels et ne souhaitant pas d'enfants utilisaient une contraception et 50% des femmes de cette même catégorie utilisaient une pilule contraceptive. Même si la proportion de femmes utilisant la pilule a légèrement diminué depuis l'an 2000, ce moyen de contraception reste largement majoritaire.

Depuis 2009, la part des femmes utilisant un contraceptif oral combiné (COC) de 3^{ème} ou 4^{ème} génération a augmenté au détriment des COC de 1^{ère} ou 2^{ème} génération. Les COC ont largement bénéficié du remboursement de 2009 à 2012, date à laquelle, la commission de transparence de la Haute Autorité de Santé (HAS) a estimé que le service médical rendu par les COC de 3^{ème} génération était insuffisant pour une prise en charge par la solidarité nationale au vu des résultats d'études récentes relatives au sur-risque d'événements thromboemboliques veineux [2].

En décembre 2012, une jeune femme de 25 ans, ayant eu un accident vasculaire cérébral (AVC) avec complications alors qu'elle était sous pilule oestroprogestative (POP) de 3^{ème} génération, a porté plainte contre un laboratoire pharmaceutique et les autorités sanitaires françaises. Les médias qui se sont emparés de cette affaire ont généré un vif débat entre les prescripteurs, les laboratoires pharmaceutiques, les autorités sanitaires et les principales intéressées, les femmes.

1. Généralités

1.1. La contraception

1.1.1. Définition de la contraception

C'est une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé [3].

1.1.2. Evolution de la contraception

De tout temps, divers procédés ont été utilisés pour limiter les naissances.

A la Préhistoire, les hommes ne connaissaient pas bien les mécanismes de la procréation mais déjà il semblerait qu'ils utilisaient des étuis péniers pour limiter le nombre de grossesses.

Au cours de l'Histoire, les civilisations ont utilisé différents procédés. Dans l'Egypte ancienne, on utilisait des pessaires notamment à base de miel et d'excréments de crocodile. Certaines femmes utilisaient des spermicides, d'autres faisaient des fumigations vaginales ou des irrigations post-coïtales. Hippocrate préconisait aux femmes de faire des sauts après chaque rapport. L'utilisation de tampons occlusifs en laine a aussi existé. Au début du 20^{ème} siècle, on utilisait de l'acide citrique ou du vinaigre pour faire des douches vaginales.

Les préservatifs existent depuis longtemps. En effet ils étaient composés de vessie de chèvre chez les Grecs. Au 16^e siècle les Chinois les fabriquaient en papier de soie huilé, au 17^e siècle chez les Japonais on en trouvait en écaille de tortue et en cuir. Plus tard les Anglais en confectionnaient en caecum de mouton. En Inde et en Chine on utilisait la méthode du coïtus obstructus. En 1838, apparaît la cape cervicale en Allemagne. Le diaphragme est utilisé en 1882.

Se développent également des méthodes dites naturelles :

- la méthode Ogino dans les années 1920 : abstinence entre le 12^e et le 16^e jour du cycle, période d'ovulation
- la méthode Ogino-Knauss en 1930 : courbe de température pour déterminer le moment de l'ovulation

- la méthode Billings basée sur l'observation de la glaire cervicale.

Le 1^{er} préservatif en latex est commercialisé en 1870. Le 1^{er} stérilet au cuivre apparaît en 1969 aux USA et l'adjonction de progestérone au dispositif intra-utérin en 1977 [4].

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

En France en 1920 après la fin de la 1^{ère} guerre mondiale, une loi interdit toute propagande anticonceptionnelle ainsi que l'utilisation de tout moyen contraceptif afin de redresser la démographie.

En parallèle, au début du 20^e siècle, on découvre les hormones féminines. Dans les années 1920, Haberlandt identifie le rôle des ovaires. Butenandt isole l'oestrone en 1929, Hohlweg et Inhoffen développent l'éthinylestradiol et l'éthistérone (= oestradiol de synthèse) en 1938. L'oestradiol de synthèse est produit en 1934 (Schwenk et Hilebrand) et les progestatifs de synthèse dès 1950 (par les laboratoires Syntex créés par Rozenkranz). En 1956, la première « pilule contraceptive » est testée sur des femmes portoricaines (le but initial étant de limiter les naissances chez les populations pauvres) car aux Etats-Unis la contraception est encore tabou à cette époque et les essais cliniques ne sont pas autorisés.

Les travaux de scientifiques (chimistes, cliniciens, biologistes) tels que Pincus, Chang, Hoagland, Rock, Colton, ont permis de faire évoluer les méthodes de contraception féminine. Ils ont été grandement aidés par deux féministes déterminées, Margaret Sanger et Katherine McCormack, qui se sont beaucoup investies, la première politiquement et la seconde financièrement. La combinaison de leurs efforts a permis de produire en 1957 la toute première pilule combinée orale ou oestroprogestative appelée « Enovid ». Elle contient 150 microgrammes d'oestrogènes (mestranol) et 10 milligrammes de progestérone (noréthynodrel). Elle est initialement prescrite dans le but de régulariser le cycle menstruel chez les femmes mariées. En Mai 1960, une forme moins dosée de cette pilule « Enovid », (= 75 microgrammes de mestranol combinés à 5 milligrammes de noréthynodrel) est commercialisée aux Etats-Unis. Elle arrive sur le marché en France un peu plus tard pour traiter les troubles menstruels, la contraception à proprement parler étant encore un sujet controversé vis à vis de la religion catholique. En Décembre 1967, la loi Neuwirth [5] abroge la loi du 31 Juillet 1920 qui interdisait toute contraception. [6] [7] [8] [9]

D'autres formes de contraception hormonale se sont développées plus tard en France. En 1980, apparaît la forme injectable de progestérone. En 1988, est commercialisée la pilule

abortive ou pilule « du lendemain », une contraception d'urgence. L'implant sous-cutané est disponible depuis 2001, le dispositif transdermique (patch) et l'anneau vaginal sont apparus en 2004.

1.1.3. Etat des lieux des pratiques contraceptives en France

L'HAS a publié en Avril 2013 un état des lieux des pratiques contraceptives en France [10] :

- la pilule est la méthode contraceptive la plus utilisée (45% chez les femmes concernées par la contraception)
- l'utilisation de la pilule a légèrement diminué depuis 2000 au profit d'autres méthodes hormonales (implant sous-cutané, patch, anneau vaginal) qui sont utilisées par moins de 5% des femmes
- 50% des POP utilisées en 2012 étaient des pilules de 3^{ème} ou 4^{ème} génération. Après avoir augmenté régulièrement de 2005 à 2012 cette proportion a diminué à partir de 2013 (39% en Mars 2013)
- les pilules progestatives (PP) seules représentent moins de 15% de l'ensemble des pilules utilisées
- le stérilet ou dispositif intra-utérin (DIU) est utilisé par 1 femme sur 5, un peu plus de la moitié sont des DIU hormonaux
- les méthodes naturelles (retrait, méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée, méthodes visant à identifier la période de l'ovulation pour éviter d'avoir des rapports féconds à ce moment là) sont utilisées par 6% des femmes
- l'utilisation du préservatif est en augmentation surtout chez les jeunes femmes (15-17 ans)
- le recours à la stérilisation est faible (3,9% des femmes et 0,3% des hommes)
- environ 3% des femmes ne souhaitant pas être enceintes n'utilisent aucune contraception

Concernant les prescripteurs, l'HAS précise que [10] :

- les POP prescrites par les généralistes sont majoritairement de 1^{ère} ou 2^{ème} génération alors que celles prescrites par les gynécologues sont plus souvent de 3^{ème} ou 4^{ème} génération
- moins de 10% des DIU sont prescrits par des généralistes, les nouvelles méthodes hormonales (anneau, patch, implant) sont également rarement prescrites par les généralistes

1.1.4. La contraception hormonale

1.1.4.1. Classement des pilules contraceptives

Plusieurs classements des pilules contraceptives peuvent être proposés : selon la dose d'oestrogènes, selon le type de progestatif, selon le schéma thérapeutique (mono- bi- tri- quadri- phasique), selon le type de prise (continue, discontinue), selon la durée d'administration du principe actif (21, 24 ou 28 jours pour un cycle de 28 jours), selon le mode de remboursement, etc....

Un des classements les plus intéressants distingue les pilules par leur composition ; d'une part les pilules oestroprogestatives composées d'oestrogènes et de progestérone et d'autre part les pilules progestatives pures. (Annexe 1)

1.1.4.1.1. Les pilules oestroprogestatives ou contraceptifs oraux combinés

Les COC représentent l'un des moyens de contraception les plus efficaces. Leur indice de Pearl (= nombre de grossesses pour 100 femmes prenant un COC pendant 1 an) est inférieur à 1, à condition que la prise soit correcte. Il n'existe pas de différence d'efficacité entre 2 COC.

→ Les COC associant un œstrogène de synthèse et un progestatif de synthèse

L'œstrogène le plus souvent utilisé est le 17beta Ethynil Estradiol (EE), un œstrogène de synthèse ayant une activité œstrogénique environ 100 fois plus élevée que l'œstradiol naturel. La quantité d'EE peut varier de 15 à 50 microgrammes d'une pilule à l'autre. Les premières pilules fortement dosées à 100 microgrammes d'EE n'existent plus, on trouve encore les pilules normo-dosées avec 50 microgrammes d'EE et les pilules mini-dosées avec 35, 30, 20 ou 15 microgrammes d'EE.

C'est le type de progestatif, un stéroïde de synthèse, qui détermine la génération de la pilule.

- Les COC de 1^{ère} génération ont été commercialisés dans les années 1960 en France. Ils sont composés d'EE et d'un progestatif, la Noréthistérone, un dérivé de la 19-nortestostérone. Exemple : Triella[®]. Ces pilules de 1^{ère} génération, fortement dosées en œstrogènes, peuvent avoir des effets secondaires tels qu'une tension mammaire, des nausées, des migraines.
- Les COC de 2^{ème} génération contiennent de l'EE et ont comme progestatif soit du Lévonorgestrel (exemples : Adepal[®], Leeloo[®], Ludéal gé[®], Daily gé[®], Minidril[®], Trinordiol[®], Amarance[®], Evanecia[®], Lovavulo[®], Optidril[®], Optilova[®], Pacilia[®], Zikiale[®], et leurs génériques) soit du Norgestrel (exemple : Stédiril[®]). Ces pilules sont sur le marché depuis 1973.
- Les COC dits de 3^{ème} génération ont toujours de l'EE associé à un progestatif qui est soit du Désogestrel (exemples : Cycléane[®], Désobel[®], Mercilon[®], Varnoline[®], et Varnoline continu[®], et génériques), soit du Gestodène (exemples : Carlin[®], Edenelle[®], Efezial[®], Felixita[®], Harmonet[®], Méliane[®], Melodia[®], Minesse[®], Minulet[®], Moneva[®], Optinesse[®], Perleane[®], Phaeva[®], Sylviane[®], Tri-minulet[®], et génériques), soit du Norgestimate (exemples : Cilest[®], Effarer[®], Triafermi[®], Ttricilest[®] et génériques). Ils ont des effets androgéniques plus faibles que le Lévonorgestrel. Ils sont utilisés en France depuis 1984.
- On parle d'une 4^{ème} génération de COC, mais ce terme n'est pas reconnu internationalement, avec de l'EE et comme progestatif de la Drospirénone, dérivée de la Spironolactone (exemples : Belanette[®], Convuline[®], Drospibelle[®], Jasmine[®], Jasminelle[®] et Jasminelle continu[®], Rimendia[®], Yaz[®], et génériques),

ou de la Chlormadinone (exemple : Belara[®]). Les progestatifs qui étaient jusqu'alors dans les générations précédentes dérivés de la testostérone sont ici dérivés de la progestérone. Ces pilules contraceptives sont plus récentes (2001).

→ Les COC associant un œstrogène naturel et un progestatif de synthèse

Dernièrement, deux nouvelles pilules ont été commercialisées en France. Nouvelles car contrairement aux POP proposées jusqu'à présent, celles-ci contiennent un œstrogène naturel associé soit à un progestatif dérivé de la testostérone (= valérate d'estradiol + diénogest) pour Qlaira[®] (commercialisée en 2009), soit à un progestatif dérivé de la progestérone (= estradiol + acétate de nomégestrol) pour Zoely[®] (commercialisée en 2012).

Ces oestroprogestatifs ont été classés, peut-être de manière un peu confuse, parmi les pilules de 4^{ème} génération [11].

1.1.4.1.2. Les pilules progestatives pures

Elles sont composées uniquement d'un progestatif et n'ont pas d'œstrogène. On parle de pilules micro-dosées.

De la même façon que les POP, elles sont classées en différentes générations selon le progestatif utilisé. Il n'existe pas de pilule progestative de 1^{ère} génération. Les pilules progestatives contenant du lévonorgestrel sont de 2^{ème} génération (exemple : Microval[®]), celles contenant du Désogestrel sont considérées de 3^{ème} génération (exemples : Cérazette[®] et génériques).

A part on retrouve des progestatifs utilisés dans le cadre d'une contraception d'urgence : Norlevo[®] (2 comprimés de 75 microgrammes de lévonorgestrel) et EllaOne[®] (30 milligrammes d'ulipristal acétate).

1.1.4.2. Contraception hormonale et risque de thrombose vasculaire

1.1.4.2.1. Contraceptifs oraux combinés et risque vasculaire

→ Evolution de la composition des contraceptifs oraux combinés

Déjà au début de leur commercialisation, des doutes ont été émis sur les possibles effets vasculaires des pilules hormonales. En effet, en 1961, un médecin faisait état du cas d'une de ses patientes âgée de 40 ans traitée par « Enovid® » pour une endométriose qui avait présenté des vomissements importants et une embolie pulmonaire bilatérale [8]. Dès lors, des études furent menées pour mettre en évidence les risques pour la santé liés à l'utilisation des contraceptifs hormonaux (thrombose veineuse profonde (TVP), embolie pulmonaire (EP), infarctus du myocarde (IDM), AVC, cancer du sein, cancer du col de l'utérus). Le résultat des premières études ne fut pas significatif.

Depuis le début de leur utilisation dans les années 1960, la composition des COC a évolué afin d'améliorer la tolérance et donc l'observance et de minimiser les risques cardiovasculaires en préservant la même efficacité.

Peu après leur mise sur le marché, des études ont montré que le risque vasculaire artériel allait croissant avec la dose d'œstrogène prise. De nouvelles pilules ont donc été produites avec des doses d'EE moindres passant de 50 à 30 puis 20 voire 15 microgrammes d'EE. Malgré la réduction de ces doses et la meilleure tolérance concernant les mastodynies, nausées, céphalées ou ballonnements abdominaux, le risque thromboembolique veineux persiste. Plusieurs essais ont été réalisés pour tenter de remplacer l'EE, estradiol de synthèse, par un œstrogène naturel mais jusqu'à récemment, ces tentatives avaient échoué du fait d'un mauvais contrôle du cycle menstruel et d'une mauvaise efficacité contraceptive. En France en 2009 et 2012 sont apparues deux nouvelles pilules contenant un œstrogène naturel pour lesquelles des études complémentaires sur la tolérance et les effets secondaires sont en cours.

La composition du progestatif s'est elle aussi modifiée au cours du temps pour tenter de diminuer les effets androgéniques et métaboliques grâce notamment à la synthèse du lévonorgestrel, un progestatif de 2^{ème} génération. Ainsi les pilules contenant du lévonorgestrel apparues à la fin des années 1960 sont encore celles qui sont aujourd'hui les plus utilisées. Plus récemment pour tenter de minimiser le risque artériel, de nouveaux progestatifs sont apparus. Le gestodène et le désogestrel, progestatifs de 3^{ème} génération,

sont des dérivés du lévonorgestrel. Puis sont arrivés ces dix dernières années les progestatifs de 4^{ème} génération. Le diénogest, un dérivé de la 19-nortestostérone, aurait une action anti androgénique plus puissante. La drospirénone, un analogue de la spironolactone, serait mieux tolérée en terme de rétention et prise de poids. L'acétate de nomégestrol, un dérivé de la 19-norprogestérone, serait le progestatif qui se rapprocherait le plus de la progestérone naturelle [9]. Cependant, l'adjonction de progestatifs moins androgéniques à l'EE s'est a priori accompagnée d'un sur-risque vasculaire veineux.

➔ Physiopathologie du risque thrombotique des contraceptions orales combinées, quelques pistes

L'oestrogène et le progestatif de la pilule ont tous deux un effet anti-gonadotrope. L'oestrogène a un effet proliférant sur l'endomètre et un effet anti-ovulatoire en freinant la sécrétion de FSH (Follicle Stimulating Hormone) et empêchant donc la croissance folliculaire. Le progestatif lui, participe à l'effet contraceptif en freinant la sécrétion de LH (Luteinizing Hormone) supprimant ainsi le pic ovulatoire ; d'autre part il rend la glaire cervicale plus épaisse, empêchant le passage des spermatozoïdes dans le tractus génital supérieur, et il a aussi un effet anti-prolifératif sur l'endomètre gênant ainsi l'implantation de l'œuf.

Mais les stéroïdes sexuels n'ont pas que des effets isolés sur l'axe hypothalamo-hypophysaire et sur l'utérus. En effet, du fait de sa forte oestrogénicité, l'éthinylestradiol favorise la synthèse de plusieurs protéines oestrogénodépendantes hépatiques et notamment certains facteurs de la coagulation avec pour conséquence un effet pro-thrombotique.

Des études épidémiologiques ont montré que l'effet thrombogène des oestrogènes est modulé par le type de progestatif associé. Certains marqueurs biologiques comme la mesure de la résistance acquise à la protéine C activée ou les modifications des taux de SHBG (Sex Hormone Binding Globulin) pourraient permettre d'évaluer le risque thrombotique veineux. En 1999, une étude croisée randomisée hollandaise [12] a comparé les effets d'un COC de 2^{ème} génération (avec du lévonorgestrel) et d'un COC de 3^{ème} génération (avec du désogestrel) sur l'action anticoagulante de la protéine C activée dans le plasma. Elle a montré que les COC diminuent l'effet inhibiteur de la protéine C activée sur la formation de thrombine et en particulier les COC de 3^{ème} génération. Une autre étude hollandaise publiée en 2012 [13] a montré que chez les utilisatrices de COC contenant du désogestrel, de l'acétate de cyprotérone ou de la drospirénone (= progestatifs de 3^{ème}-4^{ème} génération), les

taux de SHBG étaient plus importants que chez celles utilisant un COC contenant du lévonorgestrel. Ce marqueur SHBG pourrait donc être un marqueur du risque thrombotique veineux.

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

➔ **Contraceptifs oraux combinés et risque thromboembolique veineux (phlébite ou thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire)**

Plusieurs travaux publiés ont fait preuve du risque accru de faire un événement thromboembolique veineux avec un COC de 3^{ème} génération par rapport à un COC de 1^{ère} ou 2^{ème} génération. En effet, chez une femme en bonne santé sans autre facteur de risque, ce risque est de 0,02% par an (soit 2 accidents par an pour 10000 utilisatrices) avec les COC de 1^{ère}/2^{ème} génération, il est doublé en cas de prise d'un COC de 3^{ème} génération et serait maximal lors de la première année de la prise. [14]

Depuis près de 20 ans, différentes études internationales ont fait la preuve d'un risque accru d'événements thromboemboliques veineux liés à l'utilisation d'un COC et notamment des COC de 3^{ème} génération par rapport d'une part à la non utilisation d'un COC et d'autre part aux COC de 1^{ère} ou 2^{ème} génération.

Ainsi, en 1995, l'agence européenne des médicaments (EMA) publiait un premier avis se basant sur 3 études épidémiologiques portant sur les contraceptifs oraux contenant du gestodène ou du désogestrel. Ces études pointaient du doigt le risque accru de thromboses lié à ces contraceptifs mais elles devaient être approfondies et poursuivies car les résultats n'étaient pas assez concluants pour demander un retrait du marché des pilules de 3^{ème} génération. [15]

En 2009, une étude hollandaise [16] met clairement en évidence que le risque thrombotique veineux dépend du type de progestatif et de la dose d'estrogènes contenue dans le contraceptif. Elle concerne les femmes de moins de 50 ans qui n'étaient pas enceintes au moment de l'étude ou qui n'avaient pas accouché dans les 4 semaines précédentes. Elle montre que le risque est 6 à 7 fois supérieur si le progestatif est l'acétate de cyprotérone ou la drospirénone par rapport aux non utilisatrices de COC alors que ce

rapport est inférieur à 4 si le progestatif est le lévonorgestrel. Indépendamment du type de COC, le risque est maximal durant la première année d'utilisation et notamment pendant les 3 premiers mois. La meilleure option pour minimiser ce risque est d'utiliser un COC associant du lévonorgestrel et la plus faible dose d'estrogènes.

Plus récemment en Février 2013 une méta-analyse [17] confirme que le risque de maladie thromboembolique veineuse est plus important avec les COC de 3^{ème} génération ou contenant de la drospirénone ou de l'acétate de cyprotérone par rapport aux COC de 2^{ème} génération. Elle précise aussi que plus la dose d'EE est faible plus ce risque diminue. Les résultats d'une autre méta-analyse publiée en 2012 [18] semblent confirmer les données des études précédemment citées à savoir que les COC les moins thrombogènes sur le plan veineux sont ceux contenant du lévonorgestrel ou du norgestimate par rapport aux COC contenant du désogestrel, de la drospirénone ou de l'acétate de cyprotérone.

Le 11 Octobre 2013, l'EMA émet un nouvel avis [19], suite à une nouvelle étude réalisée depuis Février 2013 à la demande de la France [20], indiquant que les contraceptifs hormonaux combinés ont un bénéfice supérieur à leurs risques. Le risque thromboembolique veineux lié à l'utilisation d'un COC est faible et il existe de petites différences selon le progestatif contenu dans le contraceptif. Ce risque est de 0,02% pour une femme n'ayant pas de contraception et n'étant pas enceinte ; il augmente de 0,05 à 0,07% avec les COC contenant du lévonorgestrel, du norgestimate et de la norethistérone ; il est un plus élevé, de 0,09 à 0,12% avec les COC contenant du gestodène, désogestrel et de la drospirénone. Le comité d'évaluation des risques en matière de pharmacovigilance (PRAC) de l'EMA recommande ainsi aux prescripteurs de dépister chez les patientes les contre-indications liées au risque thromboembolique, de les alerter sur l'existence de ce risque et sur les symptômes pouvant évoquer une thrombose veineuse ou artérielle à savoir : douleur importante ou gonflement d'une jambe, essoufflement brutal inexplicable, respiration rapide ou toux, douleur thoracique, faiblesse ou engourdissement d'une hémiface, d'un bras ou d'une jambe.

→ Contraceptifs oraux combinés et risque de thrombose artérielle (accident vasculaire cérébral et infarctus du myocarde)

Au début des années 1990, une étude de cohorte prospective suédoise [21] recherchant un lien entre la survenue d'IDM et la prise de contraceptifs oraux n'a pas mis en évidence de risque d'IDM chez les femmes utilisant un contraceptif oral et ce quelle que soit la génération du progestatif ou la dose d'œstrogène contenues dans le contraceptif.

Une autre étude de cohorte danoise [22] réalisée entre janvier 1995 et décembre 2009 avait pour but d'étudier le risque de premier AVC ischémique ou d'IDM sous contraception hormonale, notamment en fonction du type de progestatif, de la dose d'estrogènes et de la durée d'utilisation. Cette étude montre que, bien que ce risque reste faible, il est tout de même croissant avec la dose d'oestrogènes (de 20 à 50 microgrammes) et n'est pas influencé par le type de progestatif.

Le 11 Octobre 2013, dans l'étude de l'EMA [19] le PRAC mentionne que le risque d'événement thromboembolique artériel est très faible et ne dépend pas du type de progestatif associé.

Ce risque est plus élevé chez les femmes ayant une hypertension artérielle, mesure indispensable à effectuer avant toute prescription d'une pilule hormonale; il augmente également avec l'âge (>35 ans) et le tabagisme actif.

→ Aparté sur Diane 35

Diane 35 est une pilule oestroprogestative composée de 2 milligrammes d'acétate de cyprotérone (un dérivé de la 17-hydroxyprogestérone ayant une forte activité anti-androgénique) associés à 35 microgrammes d'EE de synthèse dont l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en 1987 en France avait pour but premier de traiter les problèmes d'acné chez la femme. Cette pilule n'a jamais eu l'AMM en tant que contraceptif car son effet inhibiteur de l'ovulation n'a pas été validé par le calcul de l'indice de Pearl dans le cadre d'une telle demande [23].

En 2012, on estime à environ 315 000 le nombre de françaises utilisant Diane 35 ou l'un de ses génériques. 60% des prescripteurs sont des médecins généralistes contre 36% de gynécologues et 3% de dermatologues. Hormis ces derniers, les médecins la prescrivent majoritairement à visée contraceptive (respectivement 89% et 77%) soit hors AMM selon les données de l'enquête permanente de la prescription médicale (EPPM) [24].

Depuis 1987, la base nationale de pharmacovigilance (BNPV) a recensé 113 cas d'événements thromboemboliques veineux et 9 cas d'événements thromboemboliques artériels chez les utilisatrices de Diane 35 ou de ses génériques avec une majorité d'EP avec ou sans TVP survenant la plupart du temps avant la fin de la première année d'utilisation [25]. L'étude danoise de Lidegaard [26], publiée en 2011 portant sur 1,2 millions de femmes suivies pendant 8 ans, montre que le risque de faire un événement thromboembolique

veineux est multiplié par 4 chez les utilisatrices de Diane 35 par rapport aux femmes qui ne prennent ni Diane 35 ni un autre contraceptif oral.

Le 20 Février 2013, l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a décidé de suspendre l'AMM de Diane 35 et de ses génériques avec une mise en application le 21 Mai 2013. Après réévaluation, la Commission Européenne décide le 25 Juillet 2013 de maintenir la commercialisation de Diane 35 et ses génériques sous certaines conditions [27] : traitement de l'acné modérée à sévère en deuxième intention après échec des traitements topiques et des antibiotiques systémiques, pas d'association avec un autre contraceptif hormonal, pas d'antécédent chez la patiente de thrombose veineuse ou artérielle ou de facteur de risque, pas d'indication dans le traitement de l'alopécie [28].

1.1.4.2.2. Autres types de contraceptifs hormonaux et risque vasculaire

→ Contraceptifs non oraux combinés (patch, anneau vaginal)

Le risque thromboembolique veineux étant lié à la dose d'estrogènes et modulé par le progestatif associé, il faut noter que non seulement les pilules combinées sont concernées mais également les autres contraceptifs oestro-progestatifs comme les patchs (= dispositifs transdermiques) ou anneaux vaginaux.

La méta analyse datant de 2013 étudiant les liens entre la prise de contraceptifs hormonaux et la survenue de troubles thromboemboliques veineux [17] mentionne le risque thrombogène plus important des patchs hormonaux composés d'EE + norelgestromine (la norelgestromine étant un métabolite actif du norgestimate, elle est considérée comme progestatif de 3^{ème} génération) à dose équivalente par rapport aux pilules de 3^{ème} génération du même type. Ce risque serait augmenté de 50% par rapport aux COC de 3^{ème} génération contenant du norgestimate [29]. Il semblerait que le taux de SHBG soit plus important avec les patchs qu'avec les pilules.

Les anneaux vaginaux composés d'EE + étonogestrel (métabolite du désogestrel considéré comme progestatif de 3^{ème} génération) semblent avoir également un risque thrombotique plus important que les pilules de 3^{ème} génération contenant la même dose de progestatif. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'administration d'EE par voie vaginale entrainerait des modifications plus importantes de l'hémostase avec une diminution de

l'activité du système inhibiteur de la coagulation et une augmentation du taux de SHBG par rapport aux formes orales. [30]

Selon l'étude danoise de Lidegaard [22], le risque relatif d'AVC ischémique serait un peu plus important, 3,15 (IC 95%, 0,79 à 12,6) pour les femmes utilisant les patches contraceptifs, et 2,49 (IC 95%, 1,41 à 4,41) pour les femmes utilisant un anneau vaginal. Un éventuel surcroît du risque d'IDM avec ces contraceptifs n'est pas connu.

➔ **Progestatifs seuls (pilule, stérilet, implant, forme injectable)**

Il existe peu d'études sur le risque de thrombose vasculaire associé aux contraceptifs uniquement progestatifs. Le fait est qu'il existe différentes méthodes d'administration et que le progestatif utilisé varie selon la méthode. Il semblerait que les PP ainsi que le DIU (ou stérilet) au lévonorgestrel n'augmentent pas le risque vasculaire par contre ce ne serait pas le cas des formes injectables composées d'acétate de dépopoxyprogestérone (= Dépoprovéra®). D'autre part, il n'a pas pu être prouvé que l'implant cutané composé d'étonorgestrel n'augmentait pas le risque thrombotique [30] [17]. L'étude de cohorte danoise [22] n'a pas montré d'augmentation significative d'AVC ischémique ou d'IDM lié au DIU ou à l'implant sous-cutané (SC) mais le panel n'était pas assez important pour conclure.

1.1.4.3. Les contre indications à la prescription des contraceptifs oraux combinés

1.1.4.3.1. Contre indications absolues

Avant toute prescription d'un COC, une éventuelle contre indication doit être recherchée par un interrogatoire minutieux et approfondi.

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

- thrombose veineuse ou antécédent de thrombose veineuse (TVP ou EP)
- thrombose artérielle ou antécédent de thrombose artérielle (exemple : IDM) ou signe précurseur de thrombose (exemples : angor, accident ischémique transitoire)
- AVC ou antécédent d'AVC

- prédisposition héréditaire ou acquise à la thrombose veineuse ou artérielle / thrombophilie biologique : résistance à la protéine C activée, déficit en antithrombine III, déficit en protéine C, déficit en protéine S, hyperhomocystéinémie, anticorps anti-phospholipides (anticorps anti-cardiolipine, anticoagulant lupique)
- présence d'un facteur de risque sévère ou de plusieurs facteurs de risque de thrombose artérielle : valvulopathie, trouble du rythme thrombogène, diabète compliqué (micro ou macro-angiopathie), hypertension artérielle (HTA) sévère, dyslipoprotéinémie sévère
- tabagisme si plus de 35 ans et consommation > 15 cigarettes / jour
- pancréatite ou antécédent de pancréatite associée à une hypertriglycéridémie sévère
- affection hépatique sévère ou antécédent d'affection hépatique sévère
- tumeur hépatique, bénigne (adénome hépatique, hyperplasie nodulaire focale) ou maligne, évolutive ou ancienne
- tumeur maligne hormono-dépendante (exemples : tumeurs des organes génitaux ou du sein, tumeur hypophysaire)
- saignements vaginaux non diagnostiqués
- antécédent de migraines avec aura (signes neurologiques focalisés)
- connectivite
- porphyrie
- hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients

1.1.4.3.2. Contre indications relatives

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

Ces conditions nécessitant une réévaluation sont :

- les symptômes évoquant un événement thromboembolique veineux (TVP, EP) ou artériel (IDM, AVC) : douleur ou œdème inhabituel d'une jambe, douleur thoracique intense brutale, dyspnée aiguë, toux brutale, céphalée inhabituelle sévère et prolongée, cécité brutale, diplopie, aphasie, vertiges, perte de

connaissance, faiblesse ou engourdissement marqué et brutal d'un héli-corps, troubles moteurs, douleur abdominale aigüe

- l'âge de la patiente (supérieur à 35 ans)
- les antécédents familiaux thromboemboliques veineux et artériels (chez un apparenté au premier degré avant 60 ans)
- une immobilisation prolongée
- une intervention chirurgicale majeure
- l'obésité soit un indice de masse corporelle (IMC) > 30
- le tabagisme
- les dyslipoprotéïnémies
- l'HTA
- les migraines
- autres affections moins fréquentes dans cette tranche d'âge : diabète de type II, lupus érythémateux disséminé, syndrome hémolytique et urémique, entéropathies inflammatoires chroniques (maladie de Crohn et recto-colique hémorragique), drépanocytose

1.1.4.4. Les effets indésirables liés à l'utilisation des COC

Aucune étude n'a prouvé jusqu'à présent que les pilules de 3^{ème} génération avaient un intérêt supplémentaire par rapport aux pilules de 1^{ère}/2^{ème} génération sur les effets indésirables comme par exemple l'acné, la prise de poids, les nausées, les jambes lourdes, les mastodynies, la dysménorrhée, l'aménorrhée ou les méno-métrorragies.

1.1.4.4.1. Fréquents (> ou = 1/100 et < 1/10)

- vaginite, candidose vaginale
- modification de l'humeur, dépression, modification de la libido
- nervosité, étourdissement
- nausée, vomissement, douleur abdominale
- acné
- douleur/tension/gonflement/sécrétion mammaires, dysménorrhée, modification des règles, modification d'un ectopion et des sécrétions vaginales, aménorrhée
- rétention hydrique, œdème, modification du poids

1.1.4.4.2. Peu fréquents (> ou = 1/1000 et < 1/100)

- modification de l'appétit
- hypertension artérielle
- crampes abdominales, ballonnement
- rash, chloasma, hirsutisme, alopecie
- modification des lipides plasmatiques

1.1.4.4.3. Rares (> ou = 1/10000 et < 1/1000)

- réactions anaphylactiques type urticaire, angio-oedème, troubles circulatoires et respiratoires sévères
- intolérance au glucose
- irritation par les lentilles de contact
- ictère cholestatique
- érythème noueux

1.1.4.4.4. Très rares (< 1/10000)

- carcinome hépato-cellulaire, tumeurs hépatiques bénignes (exemples : hyperplasie nodulaire focale, adénome hépatique)
- exacerbation d'un lupus érythémateux disséminé
- exacerbation d'une porphyrie
- exacerbation d'une chorée
- névrite optique, thrombose vasculaire rétinienne
- aggravation des varices
- colite ischémique
- pancréatite, lithiase biliaire, cholestase
- érythème polymorphe
- syndrome hémolytique et urémique
- diminution du taux de folates sériques

1.1.4.4.5. De fréquence indéterminée

- maladies inflammatoires du colon (maladie de Crohn, colite ulcéreuse)
- atteinte hépato-cellulaire (exemples : hépatite, fonction hépatique anormale)

1.1.4.5. Les effets bénéfiques des contraceptifs oraux combinés

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

En effet, leur but premier est d'éviter une grossesse non désirée et les complications possibles liées à celle-ci (par exemple une grossesse extra-utérine). La pilule permet aussi de régulariser les troubles du cycle : durée des cycles, volume des règles (avec diminution des anémies ferriprives), dysménorrhées, syndrome prémenstruel. C'était d'ailleurs là son indication principale lorsqu'elle a été commercialisée dans les années 1960. Plusieurs études révèlent qu'elle diminue l'incidence des cancers de l'ovaire et de l'endomètre de 40% à 50% et ce malgré des antécédents familiaux ou une prédisposition génétique (gène BRCA1 ou BRCA2). Cet effet est corrélé à la durée d'utilisation du COC. Elle aurait aussi un rôle inhibiteur sur le cancer colorectal. Les COC diminuent l'incidence des infections génitales hautes. Ils diminuent les kystes fonctionnels ovariens, minimisent les douleurs pelviennes chroniques et les douleurs de l'ovulation. Ils auraient un effet bénéfique sur les tumeurs bénignes du sein (fibroadénome et mastose fibrokystique) et inhiberaient le développement de fibromes utérins. Ils ont une action favorable sur les troubles acnéiques et l'hirsutisme (notamment les COC de 3^{ème} génération). Ils augmenteraient la densité osseuse et diminueraient ainsi le risque d'ostéoporose et de fracture osseuse notamment en péri-ménopause. [31] [32]

1.2. Les femmes et la contraception hormonale

Bien que les femmes soient les premières concernées par la contraception hormonale, peu d'écrits relatent la satisfaction ou les craintes qu'elles peuvent avoir par rapport à leur contraception et les moyens qu'elles utilisent pour la choisir.

En France, une enquête datant de 2001 [33] concernant 3609 femmes de 15 à 45 ans avait notamment pour but de faire le point sur la perception qu'ont les femmes en général sur la pilule et de recueillir les principaux effets secondaires des pilules ressentis par ces femmes. Une grande majorité pense que c'est une contraception fiable, qu'elle préserve la liberté des femmes, qu'elle est bien adaptée à des rapports sexuels réguliers et que c'est un moyen contraceptif discret (respectivement 94%, 84%, 83% et 82%). Une femme sur quatre conteste son aspect « pratique » (prise quotidienne contraignante). Il est intéressant de noter dans cette étude que, quel que soit l'âge, les pilules de 1^{ère} ou 2^{ème} génération sont les plus prescrites et que les pilules de 3^{ème} génération les moins dosées (15 ou 20 microgrammes d'EE) sont plus facilement prescrites aux jeunes femmes de moins de 24 ans. Plus de la moitié des femmes interrogées ont rapporté des effets secondaires. Les deux effets secondaires les plus fréquents sont la prise de poids et des symptômes de rétention hydrosodée (= sensation de gonflement, de ballonnement ou de jambes lourdes). Les autres effets indésirables notés sont des maux de tête, des douleurs mammaires, des problèmes de règles (douloureuses, trop longues, trop abondantes), des métrorragies, des problèmes cutanés (acné++).

Une étude finlandaise publiée en 2010 [34] avait pour but d'étudier les différentes sources d'informations des femmes utilisant une contraception hormonale et de montrer comment ces sources pouvaient avoir un impact sur leur choix. Deux enquêtes par questionnaires ont été proposées aux femmes utilisant une contraception hormonale, l'une en 2001 et l'autre en 2007. La part des femmes considérant l'information délivrée par un professionnel comme étant la source d'informations la plus importante est nettement supérieure en 2007 par rapport à 2001. Dans ces 2 enquêtes, la source considérée comme la plus éclairée concernant les avantages des contraceptifs hormonaux sont les médecins alors qu'au sujet des risques liés à l'utilisation de ces contraceptifs, les femmes s'en réfèrent davantage à leurs amis ou leurs parents en 2001 et à leurs médecins en 2007. Au final, cette étude montre l'évolution de la mentalité des femmes entre 2001 et 2007, a priori elles font plus volontiers confiance aux professionnels de santé pour choisir leur contraception en fonction des avantages et des risques liés à celle-ci.

Une autre étude européenne [35] initiée en Avril 2009 et se terminant en Octobre 2010 avait pour objectif de comparer les choix des femmes concernant les contraceptifs hormonaux combinés (pilules, patch et anneau vaginal) avant et après avoir reçu des conseils sur la contraception et de déterminer les raisons de ce choix (avantages et inconvénients des méthodes). Au final, près de la moitié des femmes questionnées a choisi une contraception hormonale combinée différente de celle utilisée avant l'étude. Elles choisissent leur contraception par rapport à la facilité d'utilisation plutôt qu'en fonction de la tolérance, des bénéfices /risques ou des effets secondaires. Concernant la pilule, la plupart des femmes interrogées s'accordent sur le fait que c'est un bon moyen de contraception et qu'elle est facile à utiliser. Par contre, elles concèdent que le risque d'oubli est important, qu'il y a plus d'effets secondaires et qu'elle peut être dangereuse pour la santé. D'autre part, un tiers des femmes ne connaît pas ou n'a pas d'opinion concernant les éventuels dangers liés à la prise régulière d'une pilule contraceptive.

A la demande de Mme la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, par le biais d'une analyse de rapport et d'une revue de la littérature, la HAS a récemment rédigé un état des lieux sur les pratiques contraceptives en France en 2013 ainsi que sur les freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [10]. L'accès à la contraception n'est pas égal pour tous. Certaines femmes, par pudeur, sont réticentes à aller consulter un professionnel de santé (examen gynécologique, questions intimes). Bien que certaines méthodes soient prises en charge par l'Assurance Maladie, les contraintes économiques sont un facteur non négligeable de non recours à la contraception pour certaines femmes. Selon cette étude, les usagers (le plus souvent les femmes, parfois les couples, rarement les hommes) peinent à choisir une contraception qui leur correspond à cause de plusieurs facteurs : le manque d'informations objectives représente le frein essentiel, des situations de fragilité (sous-estimation du risque de grossesse chez les adolescentes, en pré-ménopause, en post-partum ou post IVG (interruption volontaire de grossesse), fragilité/violences affectives, mode de vie avec horaires professionnels décalés, période de transition entre deux méthodes contraceptives) ainsi que certaines convictions religieuses ou philosophiques et des facteurs culturels peuvent également représenter des freins au choix d'une contraception adaptée.

Plus globalement, les mentalités ont évolué depuis 50 ans et la pilule ne représente plus seulement un moyen d'émancipation des femmes. Depuis qu'elle existe, son statut est passé de « la plus importante révolution pour la santé et l'épanouissement de la femme » à « une invention dangereuse et manipulatrice de l'industrie pharmaceutique » [8]. L'enthousiasme

des premières féministes qui se confrontaient aux opinions religieuses a laissé place à une vision plus critique

1.3. Le médecin généraliste et la contraception

Aujourd'hui, de nombreuses adolescentes (collégiennes ou lycéennes) ont recours à une pilule orale combinée, soit parce qu'elles ont des troubles menstruels, soit parce qu'elles ont des problèmes d'acné, soit à visée contraceptive lorsqu'elles débutent leur vie sexuelle. Durant cette période, les informations à leur apporter sont très importantes pour qu'elles puissent utiliser correctement une contraception. On pourrait penser que le médecin généraliste a, à cet âge là, un rôle prépondérant sur l'information concernant les différents types de contraception or on se rend compte qu'avec son statut de « médecin de famille » les jeunes filles ne se tournent pas spontanément vers lui pour aborder ce thème. De plus, les adolescentes ne souhaitant pas forcément informer leurs parents de la prise d'une contraception hormonale, le recours au médecin généraliste n'est pas « pratique » pour elles. Dans une enquête auprès de lycéens de Caen [36] qui porte notamment sur les sources d'information sur la contraception, aux questions « qui t'as informé sur la contraception ? » et « si tu avais besoin d'informations ponctuelles et précises sur la contraception, à qui irais-tu poser la question ? », les adolescents ne citent leur médecin généraliste que très rarement (respectivement 5 et 4 sur 232 interrogés).

Dans l'étude de la HAS sur les freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [10], parfois le professionnel de santé, de par ses croyances ou ses représentations socio-culturelles, peut ne pas analyser correctement le besoin contraceptif de ses patients et de ce fait ne pas répondre comme il se doit à ses attentes. Certains freins au choix d'une contraception adaptée peuvent être imputés aux professionnels de santé en particulier au médecin généraliste :

- utilisation d'une contraception proposant une vision mécaniste du corps sans tenir compte des besoins de la femme et de l'homme,
- formation médicale initiale et continue insuffisante malgré l'adjonction d'une formation gynécologique lors de l'internat de médecine générale,
- difficultés pour le médecin généraliste de se positionner sur des questions de contraception du fait que celle-ci a longtemps été et est parfois toujours considérée comme relevant de la compétence du gynécologue,
- contrainte de temps pour recueillir les informations et réévaluer l'intérêt d'une contraception,
- influence des industriels du médicament.

1.4. Les médias et l'opinion publique

1.4.1. Le rôle des médias

Les médias représentent l'ensemble des moyens de diffusion des informations au public. Il existe différents types de médias selon le support utilisé : la presse écrite destinée aux lecteurs, la presse en ligne pour les internautes, les médias audio intéressant les auditeurs et les médias audio-visuels pour les téléspectateurs. Chaque média ayant sa façon propre de traiter l'information, l'impact sur le public est parfois différent.

Un média se doit, par l'intermédiaire d'un journaliste qui s'est assuré de la fiabilité de ses sources, de transmettre une information fidèle à la réalité à un endroit et à un moment donné. Le journaliste se contente d'informer sans parti pris, il doit rester objectif. L'information publicitaire n'a pas cette transparence car en effet les publicitaires diffusent une information dans le but d'inciter le plus grand nombre à poser un acte de consommation. Alors que les journalistes se doivent d'informer, les publicitaires se doivent de convaincre.

1.4.2. Les scandales médiatico-sanitaires, quelques exemples récents en France

Les médias informent-ils ou influencent-ils l'opinion publique? Il suffit d'un article, d'une phrase choc pour enclencher la machine médiatique. Surtout au sujet de la santé, la population peut être facilement manipulable. Les médias traitent des informations médicales qui n'ont pas toujours de fondement scientifique ; or, l'opinion publique se base sur ces informations.

1.4.2.1. Médiator et valvulopathies

Le Médiator est un médicament réservé au traitement des patients diabétiques. Il a également été prescrit comme coupe-faim à des patients souhaitant maigrir. Il a été commercialisé en France en 1975. Suite aux travaux d'une pneumologue, le Dr Frachon, visant à prouver les effets nocifs du Médiator[®] sur les valves cardiaques, ce médicament est retiré du marché français en 2009. La médiatisation de cette affaire s'est suivie de condamnations du laboratoire Servier (qui a commercialisé le Médiator[®]) à la suite de multiples plaintes. Elle a permis à certaines personnes ayant pris du Médiator[®] pendant au

moins 3 mois de se faire surveiller sur le plan cardiaque pour dépister d'éventuelles valvulopathies.

1.4.2.2. Vaccin contre l'hépatite B

A la fin des années 1990, le vaccin contre l'hépatite B est vivement critiqué. Certaines personnes l'accusent d'être à l'origine du développement de maladies telles que la sclérose en plaques, des polyarthrites ou des maladies auto-immunes. Même si aucune étude n'a pu établir de lien entre ces maladies et le vaccin, les campagnes de vaccination ont été abandonnées et des victimes ont dû être indemnisées par l'Etat.

1.4.2.3. Pradaxa®

En octobre 2013, la presse relate les 4 plaintes déposées par des familles [37] ayant perdu un parent qui était traité au moment du décès par du Pradaxa®, un médicament anticoagulant récemment mis sur le marché (en 2008) et normalement prescrit en prévention primaire du risque thromboembolique veineux après une chirurgie programmée pour prothèse totale de hanche ou de genou et en prévention des AVC et embolies systémiques en cas de fibrillation auriculaire non valvulaire. Ces familles incriminent le laboratoire allemand producteur du Pradaxa®. Elles lui reprochent de ne pas avoir prévu d'antidote en cas d'hémorragie (effet secondaire possible du Pradaxa®) pouvant conduire au décès.

1.4.2.4. Vaccin contre l'HPV (Human Papilloma Virus)

Plus récemment, le 22 novembre 2013, une jeune fille de 18 ans porte plainte contre le laboratoire Sanofi Pasteur (du groupe Sanofi Aventis) et l'ANSM, accusant le vaccin Gardasil®, vaccin préventif du cancer du col de l'utérus et mis sur le marché en 2006, de lui avoir provoqué une réaction inflammatoire atteignant son système nerveux central et l'handicapant désormais. L'affaire est publiée dans le journal Sud-Ouest deux jours plus tard [38] puis relayée par les différents médias français [39] [40] [41] avec systématiquement un titre accrocheur autour du « scandale sanitaire ». L'utilité du vaccin est un peu plus remise en cause et le débat relancé.

1.4.3. Les médias et les pilules de 3^{ème}/4^{ème} génération, la polémique

En médecine, le résultat d'études épidémiologiques peut être utilisé par les médias, toujours prompts à annoncer de mauvaises nouvelles, à des fins « sensationnelles ». Ces annonces peuvent entraîner des changements de comportements de masse qui peuvent aboutir à de nouveaux problèmes de santé.

Concernant la contraception, il y a eu en France en 2012 plusieurs « affaires » médiatisées qui ont alimenté la polémique sur les effets secondaires et risques pour la santé liés à l'utilisation des pilules contraceptives. Cette peur de la pilule a pu engendrer des modifications dans l'utilisation de la contraception féminine et on peut craindre une augmentation du nombre de grossesses non désirées et du taux d'avortements comme cela s'est produit dans plusieurs pays européens en 1995-1996 quand des articles parus dans la revue Lancet ont fait état de l'augmentation du risque d'effets indésirables vasculaires chez les utilisatrices de pilules contenant du desogestrel et du gestodène (soit les pilules de 3^{ème} génération). Les faits relatés étaient que l'utilisation d'un COC de 3^{ème} génération par rapport à un COC de 2^{ème} génération pouvait entraîner deux fois plus d'accidents thromboemboliques veineux. Cette information a été très largement relayée par les médias et sans aucun commentaire critique. Certaines femmes, inquiètes et craignant pour leur santé, ont alors stoppé leur contraception sans avis médical. Il s'en est suivi une augmentation du nombre de grossesses non désirées et de ce fait une augmentation du nombre d'IVG. Toujours suite aux articles parus dans le Lancet en Octobre 1995 et aux retombées médiatiques, une étude norvégienne [42] a montré que l'utilisation des COC a été perturbée chez les utilisatrices et bien que le taux d'IVG au début de l'année 1996 était équivalent à celui des années précédentes, le nombre d'IVG chez les jeunes femmes de moins de 24 ans avait augmenté de 36% alors qu'il était en constante diminution les années précédentes. En outre, il semblerait que dans les études publiées en 1995 il existe des biais importants surestimant le risque vasculaire veineux des pilules de 3^{ème} génération [43].

La dernière affaire est partie d'une plainte déposée le 15 Décembre 2012 contre le laboratoire Bayer [44], par une jeune femme ayant eu un AVC en 2006 alors qu'elle utilisait une pilule de 3^{ème} génération (Méliane[®]) avec a priori des antécédents familiaux de thrombose veineuse. Les médias (le journal « Le Monde » puis l'ensemble de la presse), s'appuyant sur cette histoire, ont pointé du doigt la dangerosité des pilules oestroprogestatives de dernières générations. Les autorités sanitaires ont appliqué le principe de précaution en s'appuyant sur les données de la science. Ainsi l'ANSM a

envoyé une mise en garde aux prescripteurs le 21 Décembre 2012 et le 2 Janvier 2013 le déremboursement des pilules de 3^{ème}/4^{ème} génération a été annoncé.

Dès lors nous pouvons nous interroger sur le sort des femmes qui se perdent entre prises de positions politiques, avis des médecins et influences des industries pharmaceutiques.

2. Matériels et méthode

2.1. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de décrire les changements intervenus dans la pratique contraceptive des femmes notamment chez les utilisatrices de COC de troisième ou quatrième génération suite aux différentes médiatisations intervenues depuis fin 2012 et aux mises en garde de l'ANSM sur ces pilules et leurs risques d'accidents thromboemboliques. L'ont-elles arrêtée ? Modifiée ? Maintenu telle quelle ?

Les objectifs secondaires sont :

- décrire la contraception actuelle des femmes
- rechercher l'interlocuteur privilégié et les sources d'informations qui ont influencé les femmes et qui ont motivé leur décision pour choisir leur contraception
- préciser la contraception de rechange s'il y a eu modification
- connaître les craintes des femmes et leur propre vécu par rapport aux possibles effets secondaires de leur COC
- décrire les attentes des femmes concernant les informations apportées par leur médecin généraliste par rapport à leur contraception
- savoir si les femmes ont été satisfaites des informations reçues concernant leur contraception et notamment de la part de leur médecin généraliste si elles l'ont sollicité pour cela

2.2. Choix de la population

L'étude concerne les femmes de 17 à 50 ans. L'âge limite inférieur a été fixé à 17 ans car c'est l'âge moyen du premier rapport sexuel en France [45] ce qui correspond souvent à une demande de contraception chez les jeunes femmes. L'âge limite supérieur a été fixé à 50 ans car comme moins de 2,5% des ventes de contraceptifs concernent les femmes de plus de 50 ans [46] et que l'âge moyen de la ménopause est d'environ 50 ans [47] les femmes de plus de 50 ans n'étaient pas la cible prioritaire de l'enquête.

Le profil de femmes ciblé par l'étude représente celles qui utilisent ou ont utilisé une contraception orale combinée et en particulier celles qui prennent ou ont pris récemment une pilule de 3^{ème} ou 4^{ème} génération.

Pour connaître le nombre de patientes à inclure dans l'étude, nous avons contacté le département de biostatistiques de la faculté de médecine de Limoges.

2.3. Distribution et collecte des questionnaires

Nous avons créé un questionnaire que nous avons testé auprès de 5 patientes sur le plan de la compréhension et du temps de réalisation.

Puis il a été proposé à toutes patientes de 17 à 50 ans venant consulter pour quelque motif que ce soit, dans 4 cabinets de médecins généralistes du Tarn. Il y avait 3 cabinets de groupe, l'un réunissant 5 médecins (5 hommes), un autre 4 médecins (2 hommes et 2 femmes) et le troisième 2 médecins femmes. Le dernier cabinet concernait un médecin homme. Ces cabinets ont été choisis d'une part dans le Tarn car c'est le département où je réside et, d'autre part ce sont des cabinets où j'effectue régulièrement des remplacements de médecine générale. Nous avons auparavant rencontré les médecins concernés pour leur remettre un courrier explicatif et leur demander la permission de déposer les questionnaires dans leur salle d'attente.

Les questionnaires étaient donc en libre service. Pour qu'ils soient plus facilement identifiés, nous les avons signalés par une affiche attractive accrochée au dessus. Une fois remplis, afin de rester anonymes et confidentiels ils devaient être déposés dans une urne que nous avons mise à disposition. Nous avons collé un courrier expliquant l'objet de notre travail sur cette urne. Nous nous sommes régulièrement rendu dans les différents cabinets pour vérifier qu'il restait des questionnaires vierges dans les salles d'attente, certains cabinets ont été réapprovisionnés.

Les questionnaires ont été proposés du 30 Septembre 2013 au 15 Novembre 2013 soit sur une période de 6 semaines.

A la fin de la période d'enquête, les urnes ont été récupérées sur place.

2.4. Le questionnaire

Le questionnaire (Annexe 2) est constitué d'une double page imprimée recto-verso.

Il est accompagné de 2 courriers explicatifs :

- l'un pour les femmes concernées, leur expliquant l'objet de notre démarche et l'intérêt de leur implication dans ce travail,
- l'autre pour les médecins généralistes leur expliquant notre situation, l'objet et l'intérêt de notre étude, les modalités de recueil des questionnaires. Nous leur demandions la permission de déposer les questionnaires dans leur salle d'attente pour que les patientes puissent le remplir si elles le souhaitent et de façon anonyme.

Le questionnaire est composé de 12 items (Annexe 2) :

- Les quatre premiers items portaient sur les données démographiques des patientes au moment de l'étude : tranche d'âges, données concernant le lieu d'habitation (on parle de milieu urbain pour une commune de plus de 2000 habitants selon une définition de l'INSEE [48]), niveau d'études, situation maritale.
- Le cinquième item s'intéressait à la contraception actuelle des patientes : type de pilule (oestroprogestative, progestative pure) ou un autre moyen de contraception, connaissance et génération de la pilule oestroprogestative
- Le sixième item recherchait les éventuels effets secondaires des COC chez les patientes qui en avaient déjà utilisé
- Le septième item tentait d'identifier les éventuels craintes ou questionnements sur la survenue possible d'effets secondaires liés aux COC
- Le huitième item demandait aux femmes utilisant un COC de 3^{ème} ou 4^{ème} génération au moment de la remise en question de ces pilules (avec plusieurs affaires médiatisées fin 2012) si elles avaient modifié leur contraception (poursuite, arrêt ou changement)
- Le neuvième item concernait les patientes qui utilisaient auparavant un COC de 3^{ème} ou 4^{ème} génération (qu'elles l'aient modifié ou non). Cette partie s'intéresse ici aux différentes sources d'informations qui ont permis aux femmes de faire leur choix sur leur contraception actuelle : les médecins généralistes, les médecins spécialistes (gynéco-obstétriciens, endocrinologues,...), les médias (programmes de télévision, articles de journaux-revues-magazines, internet, radio), les

pharmaciens, l'entourage personnel ou professionnel, les interlocuteurs du planning familial ou autres.

- Le dixième item était une question fermée concernant la satisfaction des patientes sur les informations reçues au sujet de la contraception.
- Les 2 derniers items étaient centrés sur la source d'informations que peut être le médecin généraliste : une question fermée concernant la satisfaction des patientes sur les informations fournies par leur médecin généraliste puis une question ouverte sur les attentes des femmes à propos de leur contraception auprès de leur médecin traitant

Dans ce questionnaire, huit items pouvaient être remplis par l'ensemble des femmes âgées de 17 à 50 ans quel que soit leur moyen de contraception (les 5 premiers et les 3 derniers items). Une partie du questionnaire ciblait les femmes utilisant ou ayant utilisé une contraception orale combinée (items 6,7 et 8) et plus particulièrement celles utilisant un COC de 3^{ème} ou 4^{ème} génération (items 8 et 9).

2.5. Analyse statistique

Le nombre de patientes à inclure dans l'étude a été calculé au préalable par le laboratoire de biostatistique et d'informatique médicale de la faculté de médecine de Limoges. Il était de 142.

Les données brutes des questionnaires ont été traduites sous forme de variables puis saisies dans un tableau microsoft excel[®]. Ce tableau a été adressé par mail au même laboratoire.

L'analyse statistique a comporté une analyse descriptive bivariée entre les différentes variables.

Les résultats des variables qualitatives ont été présentés sous forme de fréquences et de pourcentages.

Les comparaisons de ces variables qualitatives entre deux groupes de sujets ont été réalisées par des tests du Chi², des tests exacts de Fisher ou des tests de Cramer en fonction des effectifs théoriques et du nombre de classes dans les variables considérées. Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05.

Les logiciels utilisés ont été Statview 5.0 et SAS 9.1.3 (SAS Institute, Cary, USA).

3. Résultats

3.1. Taux de réponse

Nous avons recueilli au total 156 questionnaires. 7 questionnaires n'ont pas été pris en compte dans l'étude car ils étaient incomplets (par exemple les réponduses n'avaient rempli que le côté recto sans le verso). Au total, 149 questionnaires ont été analysés.

Le taux de participation des femmes de 17 à 50 ans ayant consulté entre le 30 Septembre 2013 et le 15 Novembre 2013 dans les cabinets médicaux ciblés a été de 21,46%. Ce pourcentage est biaisé du fait que certaines femmes ayant répondu au questionnaire ne consultaient pas pour elles mais elles accompagnaient une tierce personne.

3.2. Résultats par variable

3.2.1. Ensemble des patientes de l'enquête

3.2.1.1. Age

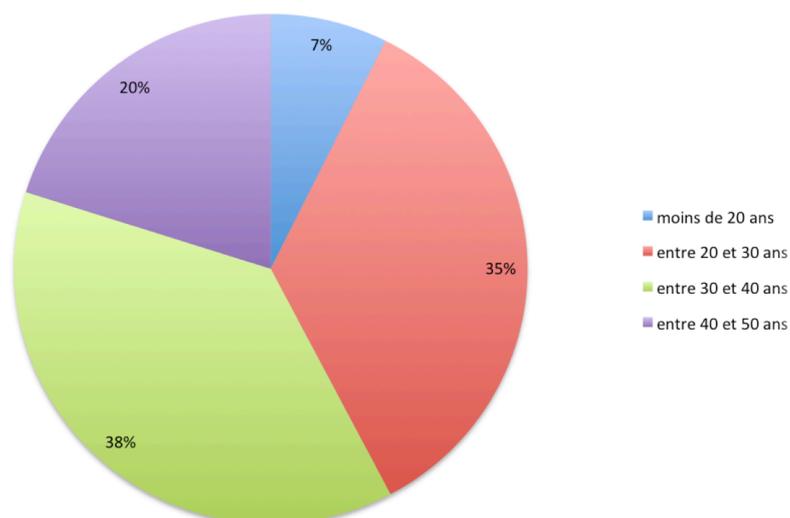


Figure 1 - Répartition des patientes selon les tranches d'âges

3.2.1.2. Habitat

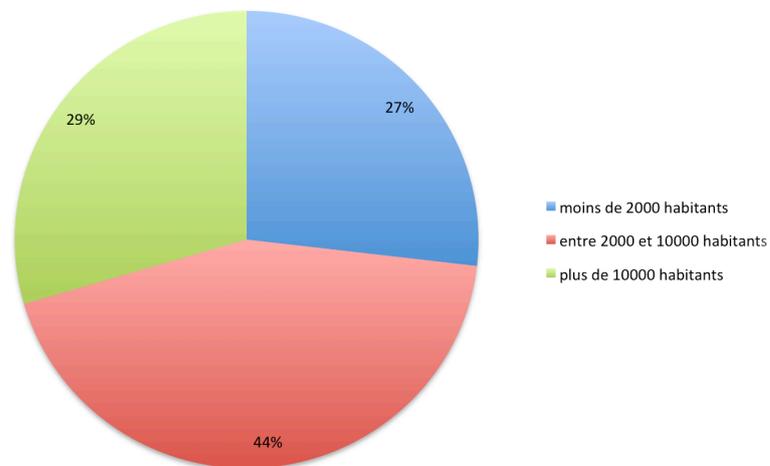


Figure 2 - Répartition des patientes selon la démographie du lieu d'habitation

73% (N = 109) des femmes interrogées vivaient dans un milieu urbain. 27% (N = 40) habitaient dans un milieu rural.

3.2.1.3. Niveau d'études

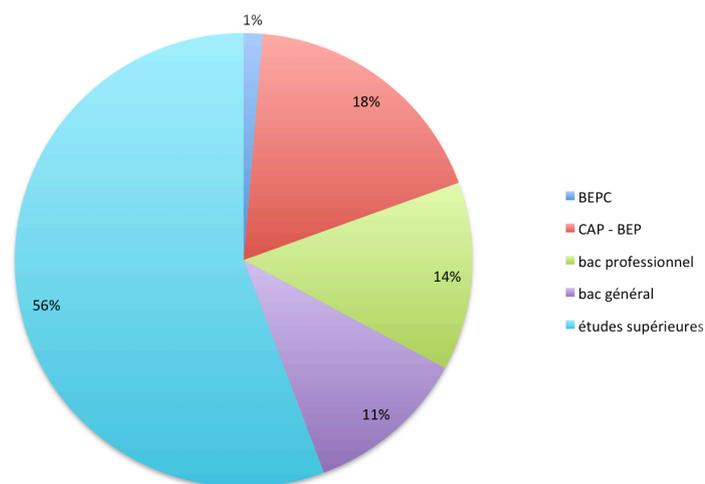


Figure 3 - Répartition des patientes selon le niveau d'études

3.2.1.4. Situation familiale

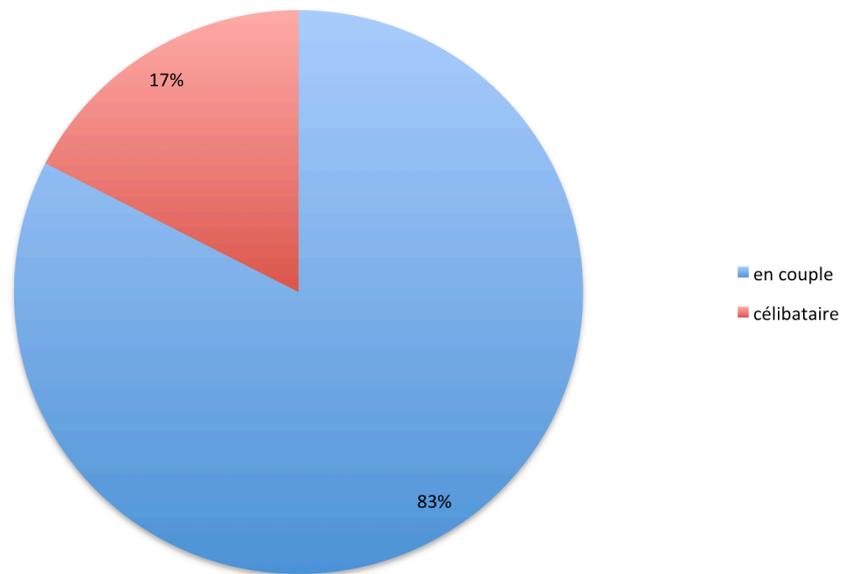


Figure 4 - Répartition des patientes selon la situation familiale

3.2.1.5. Contraception actuelle

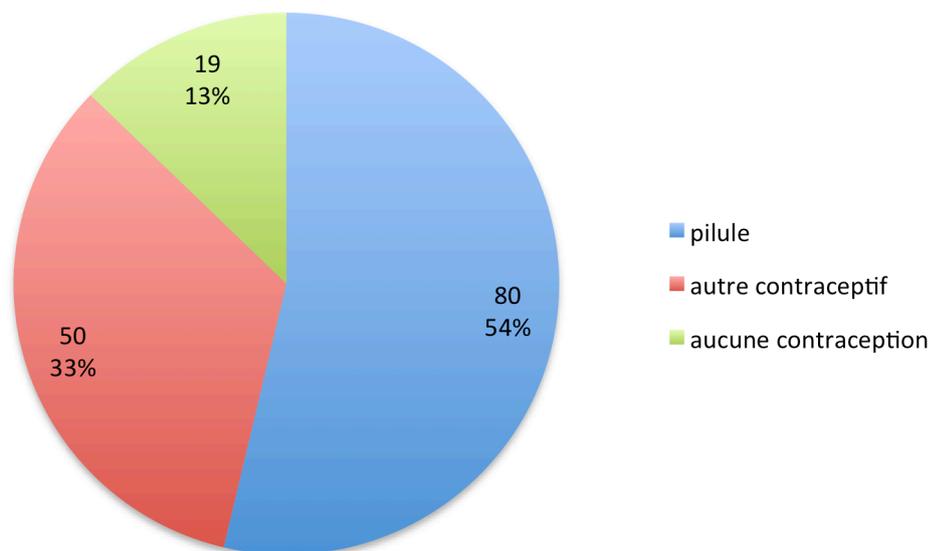


Figure 5 - Contraception actuelle

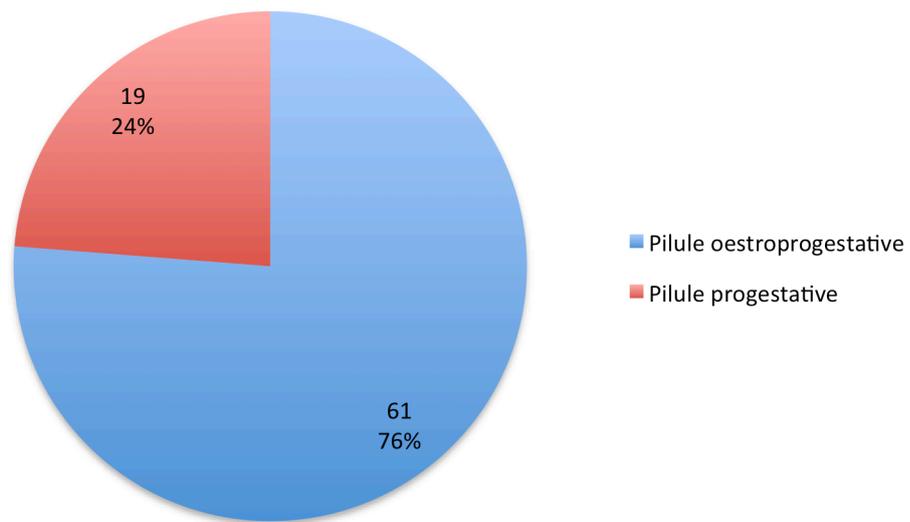


Figure 6 - Type de pilule utilisé

3.2.1.5.1. Patientes utilisant une POP (N = 61)

→ Connaissance de la génération

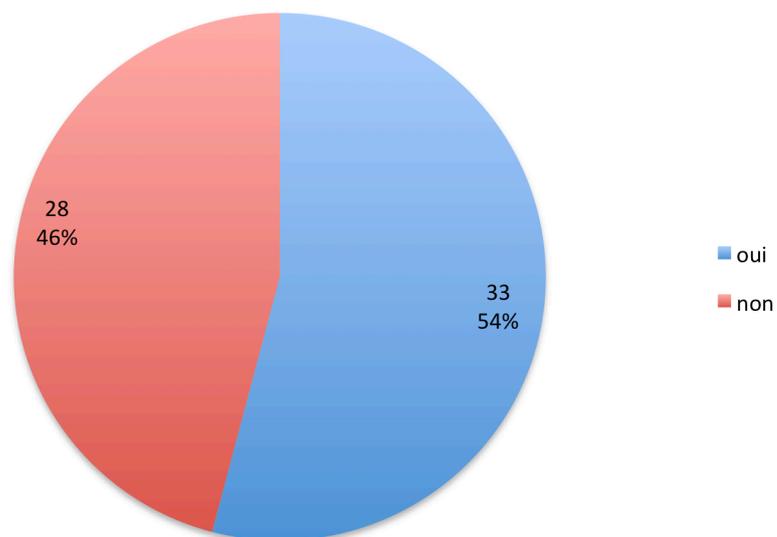


Figure 7 - Connaissance de la génération de la POP

46% (N = 28) des femmes ne connaissaient pas la génération de la pilule qu'elles prenaient. Parmi elles, 27 femmes ont affirmé ne pas connaître la génération de leur POP, 1 femme a précisé qu'elle connaissait la génération mais s'est trompée.

A noter que 6 femmes prenant une pilule progestative pure ont répondu à l'item sur la connaissance de la génération alors qu'elles n'étaient pas concernées. 4 femmes ont répondu « oui » et 2 femmes ont répondu « non ».

→ Génération de la POP

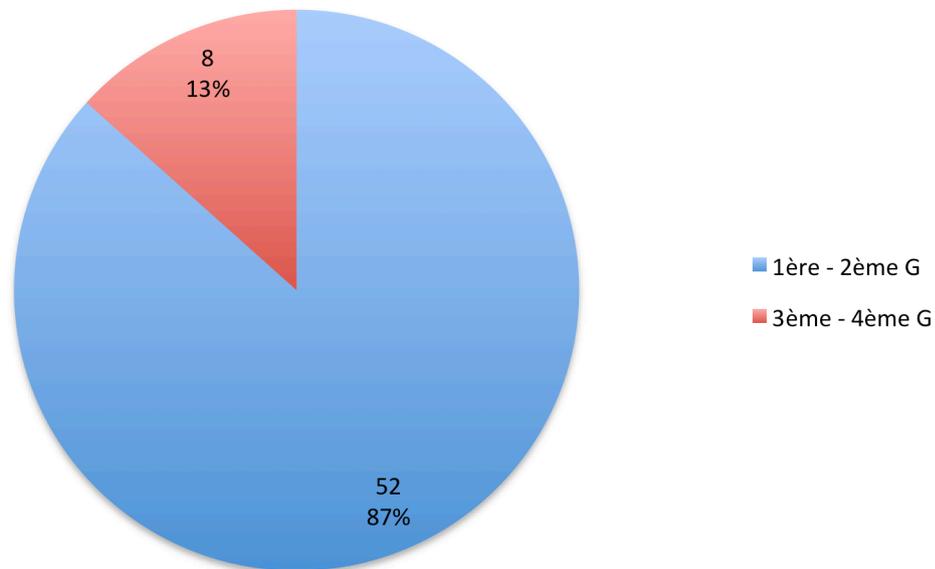


Figure 8 - Génération de la pilule oestroprogestative

La majorité des POP utilisées (87%) fait partie de la catégorie des POP de 2^{ème} génération. Les principales pilules retrouvées sont Leeloo[®] (N=12), Ludéal Gé[®] (N=10), Minidril[®] (N=9), Daily Gé[®] (N=7), Trinordiol[®] (N=5), Adépal[®] (N=4).

1 femme déclarant prendre une POP n'a pas précisé le nom de sa pilule. La génération ne pouvant être vérifiée, elle n'apparaît donc pas dans ce graphique. C'est la raison pour laquelle N = 60 ici.

3.2.1.5.2. Patientes utilisant une contraception non orale (N = 69)

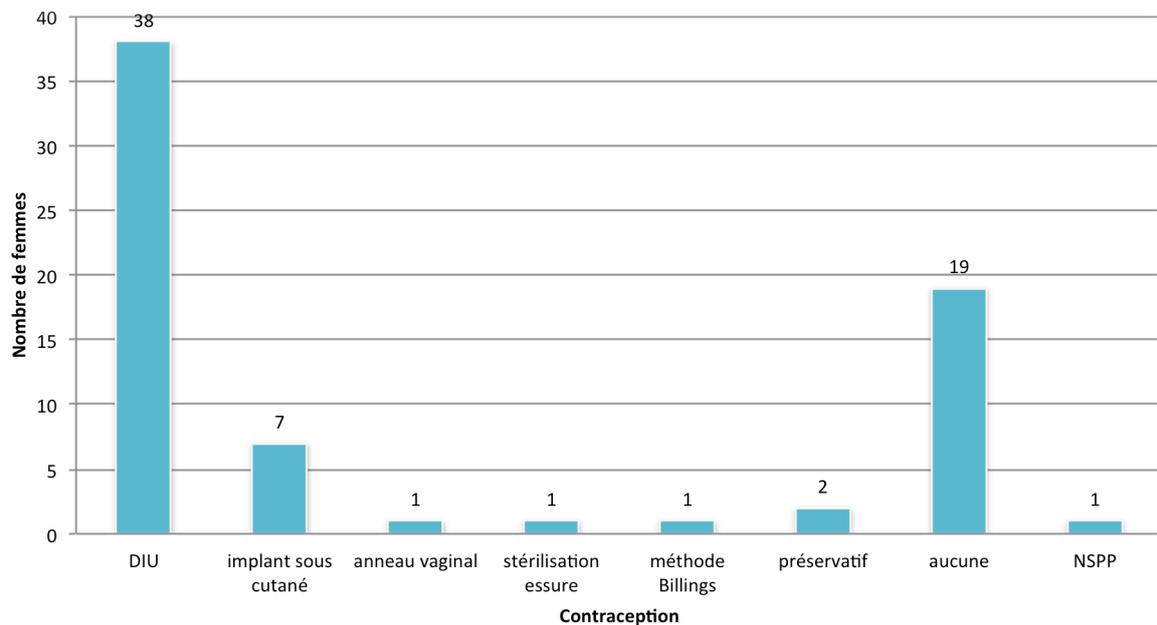


Figure 9 - Contraception actuelle non orale

25,5% des patientes de l'étude avaient un DIU. Il n'était pas demandé de préciser la nature du DIU (hormonal ou au cuivre).

3.2.1.6. Effets secondaires liés aux POP

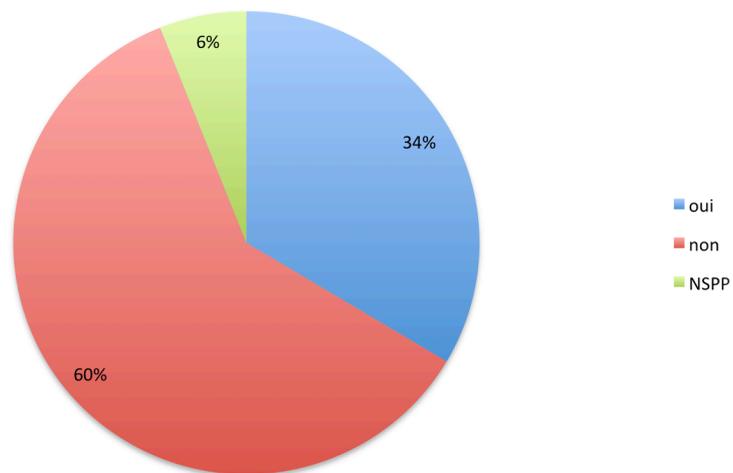


Figure 10 - Effets secondaires liés à la prise d'une POP

Si on ne considère pas les 6% de femmes qui n'étaient pas concernées par cet item (n'ayant probablement jamais utilisé de POP), 35,7% des femmes ont déclaré avoir eu des effets secondaires et 64,3% n'en ont pas eus.

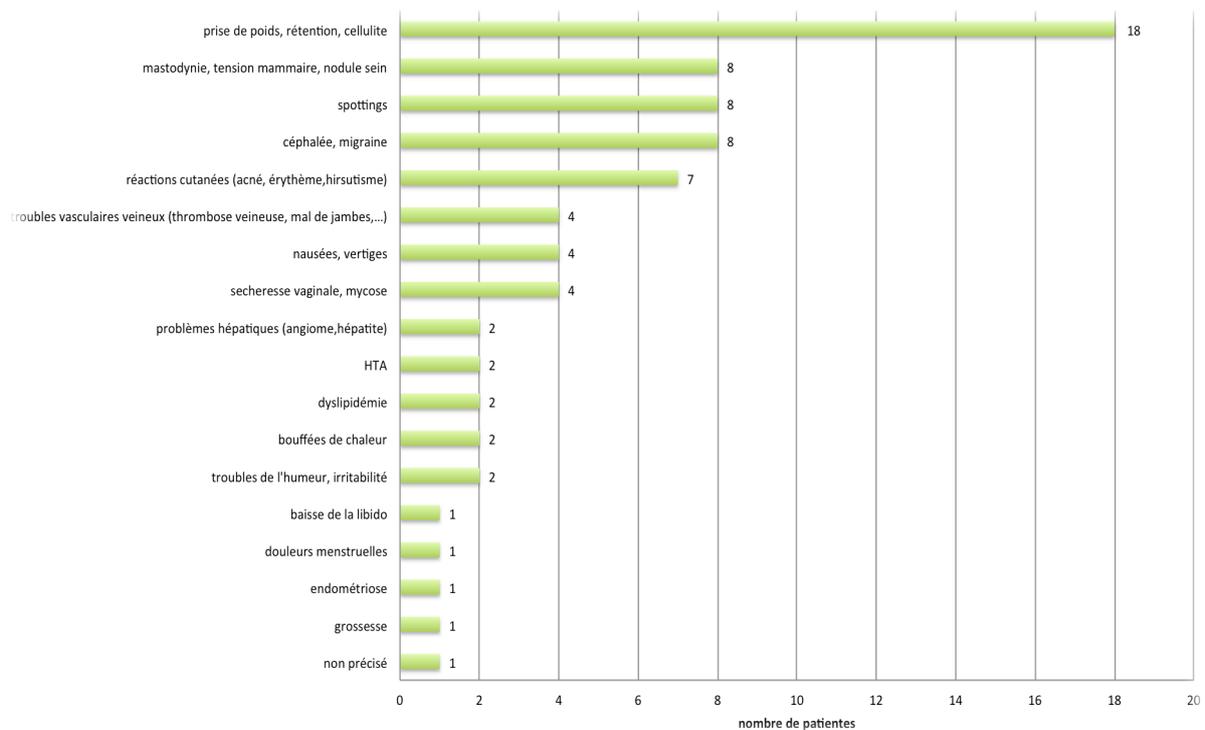


Figure 11 - Détail des effets secondaires décrits

3.2.1.7. Craintes ou questionnements

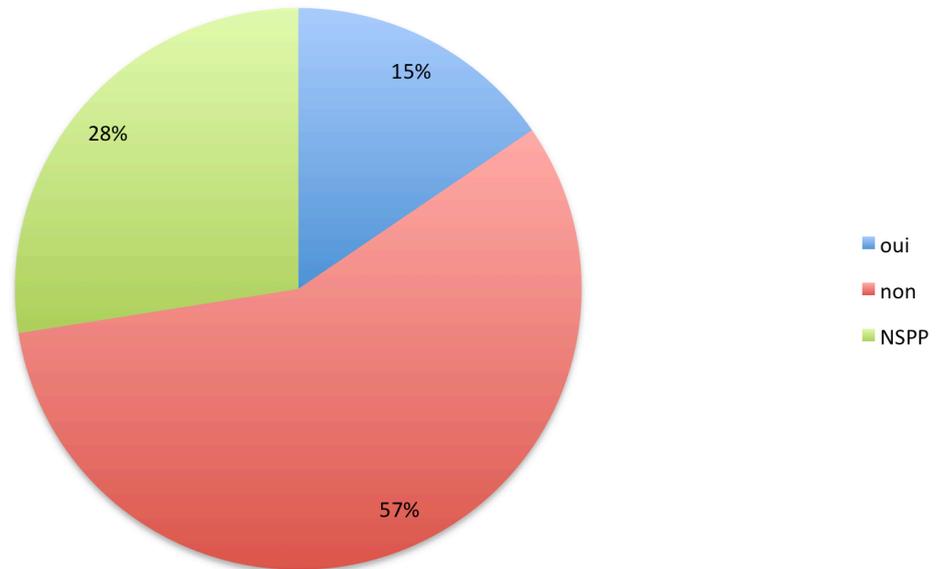


Figure 12 - Craintes et questionnements en lien avec les POP

En éliminant les 28% de femmes qui n'ont pas répondu à cet item, nous pouvons considérer que 21,3% des femmes concernées avaient des craintes ou des questionnements et 78,7% n'en avaient pas.

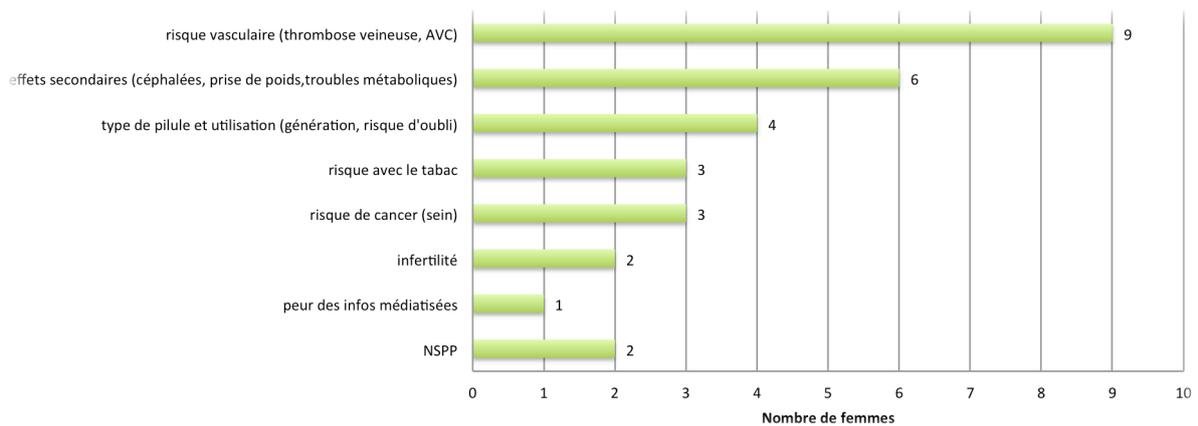


Figure 13 - Détails des craintes/questionnements mentionnés

3.2.1.8. Satisfaction des informations reçues sur la contraception

3.2.1.8.1. En général

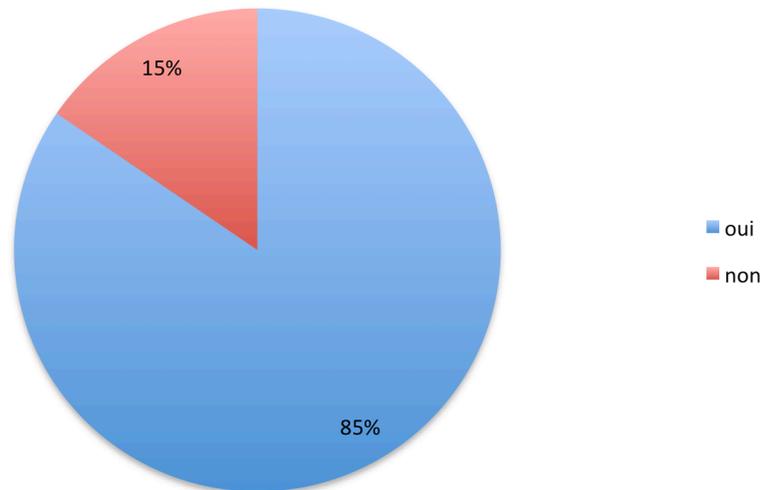


Figure 14 - Satisfaction concernant les informations reçues sur la contraception

3.2.1.8.2. De la part du médecin généraliste

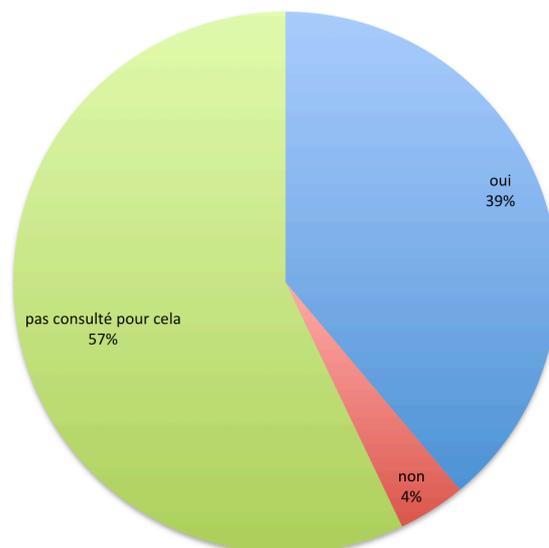


Figure 15 - Satisfaction des informations délivrées par le médecin généraliste

3.2.1.9. Attentes des patientes concernant leur contraception provenant de leur médecin traitant

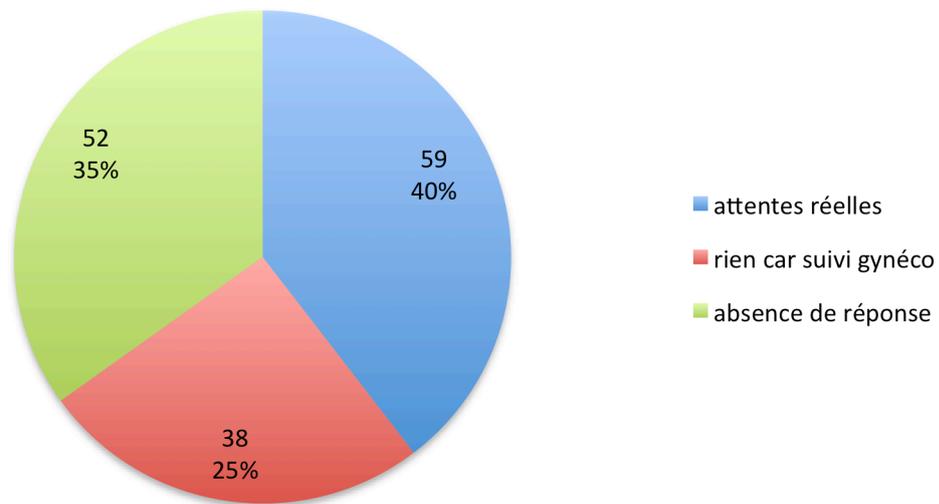


Figure 16 - Répartition des patientes selon leurs attentes

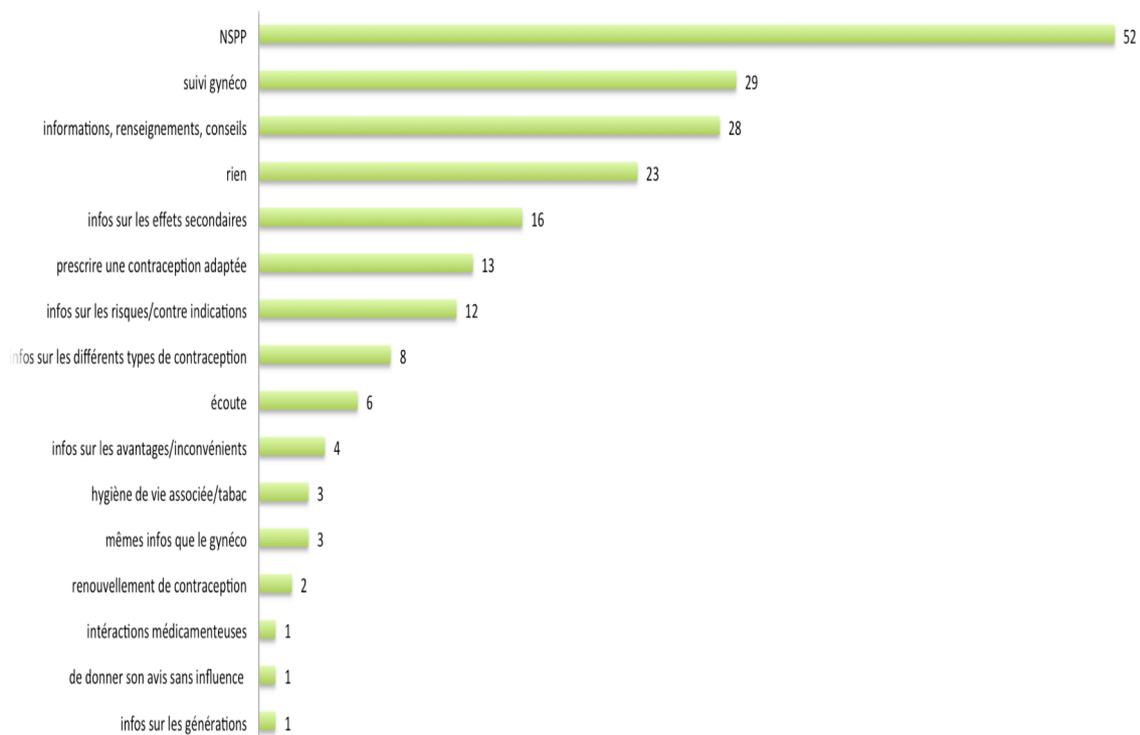


Figure 17 - Attentes des patientes sur l'intervention de leur médecin traitant

3.2.2. Patientes concernées par la prise récente d'une POP de 3^{ème} ou 4^{ème} génération

Dans cette étude, 56 patientes (soit 37,6%) ayant répondu utilisent ou utilisaient récemment une contraception par pilule oestroprogestative de 3^{ème}/4^{ème} génération.

3.2.2.1. Attitude : poursuite, arrêt ou changement

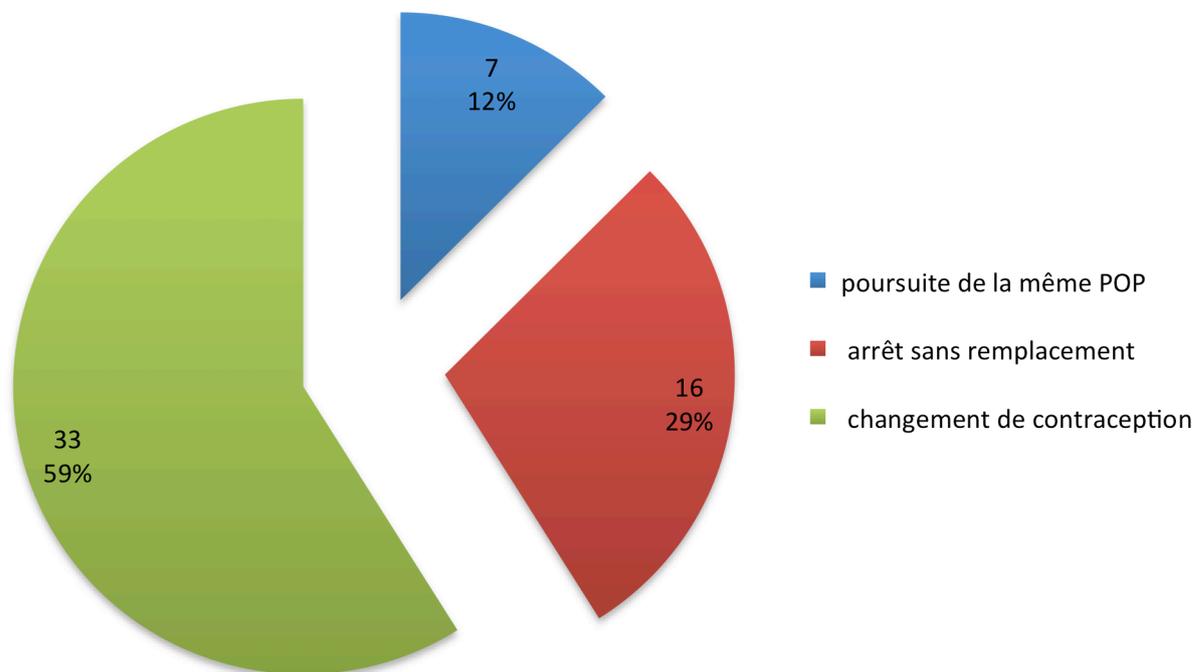


Figure 18 - Attitude des patientes utilisant une POP de 3e/4e génération

3.2.2.2. Nouvelle contraception en cas de changement

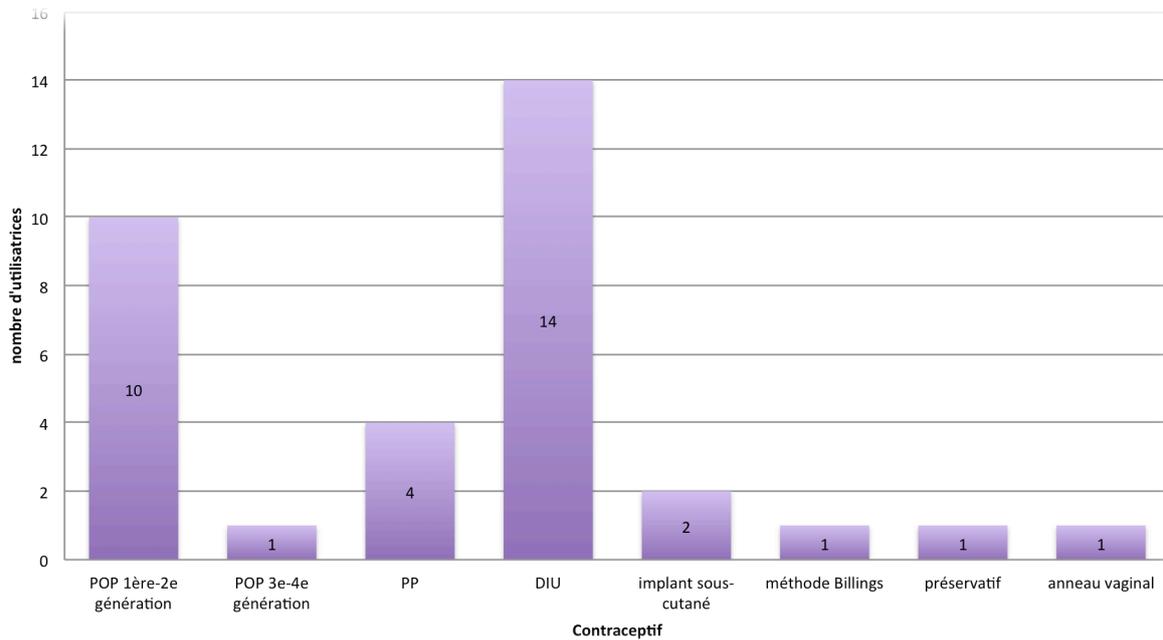


Figure 19 - Nouvelle contraception après une POP de 3e/4e génération

3.2.2.3. Connaissance et génération de la POP

Parmi ces 56 patientes, 18 prenaient toujours une POP lors de l'étude.

55,6% prenaient une POP de 1^{ère} ou 2^{ème} génération, 44,4% prenaient une POP de 3^{ème} ou 4^{ème} génération.

Un peu plus de la moitié de ces 18 femmes (55,6%) connaissait la génération de la pilule utilisée.

3.2.2.4. Effets secondaires

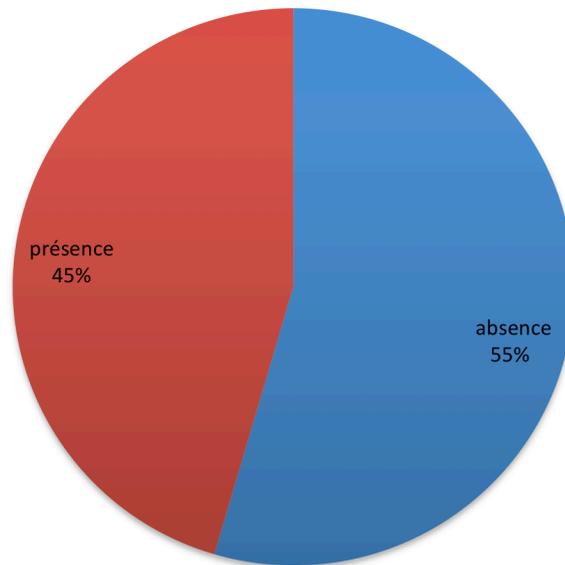


Figure 20 - Effets secondaires dans le groupe POP 3e/4e génération

3.2.2.5. Craintes et questionnements

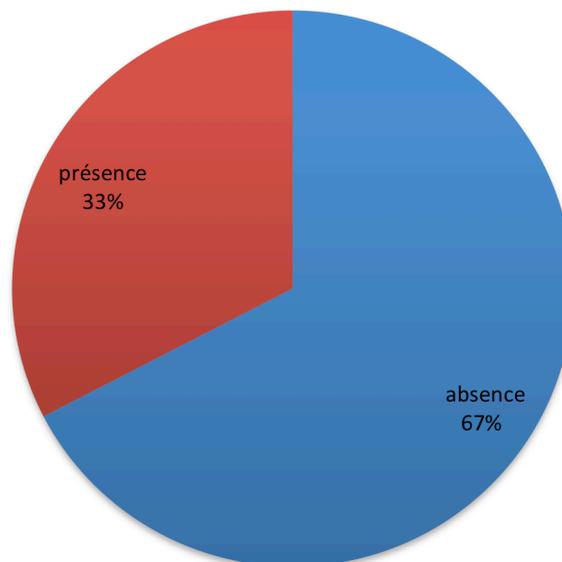


Figure 21 - Craintes ou questionnements dans le groupe POP 3e/4e génération

3.2.2.6. Sources d'informations

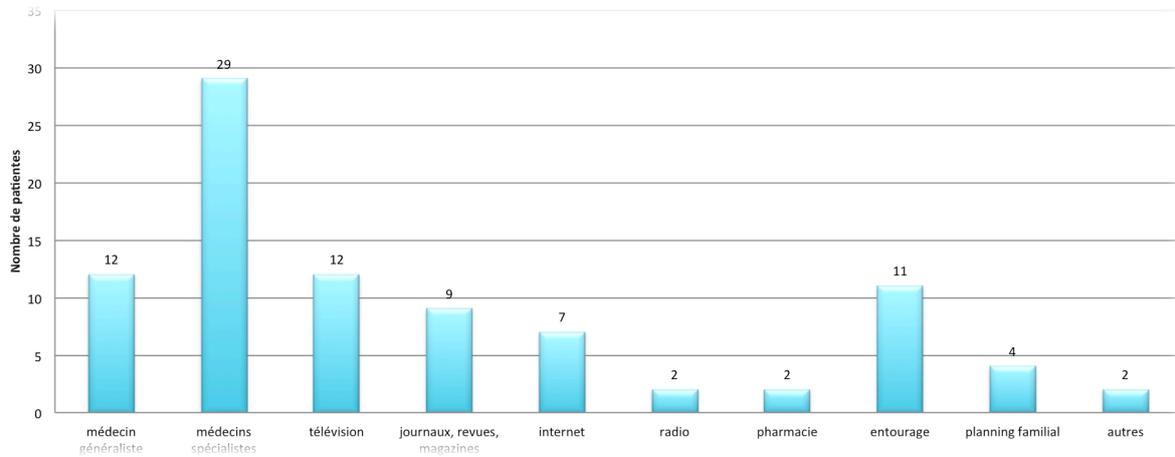


Figure 22 - Sources d'informations

Les patientes pouvaient choisir plusieurs réponses.

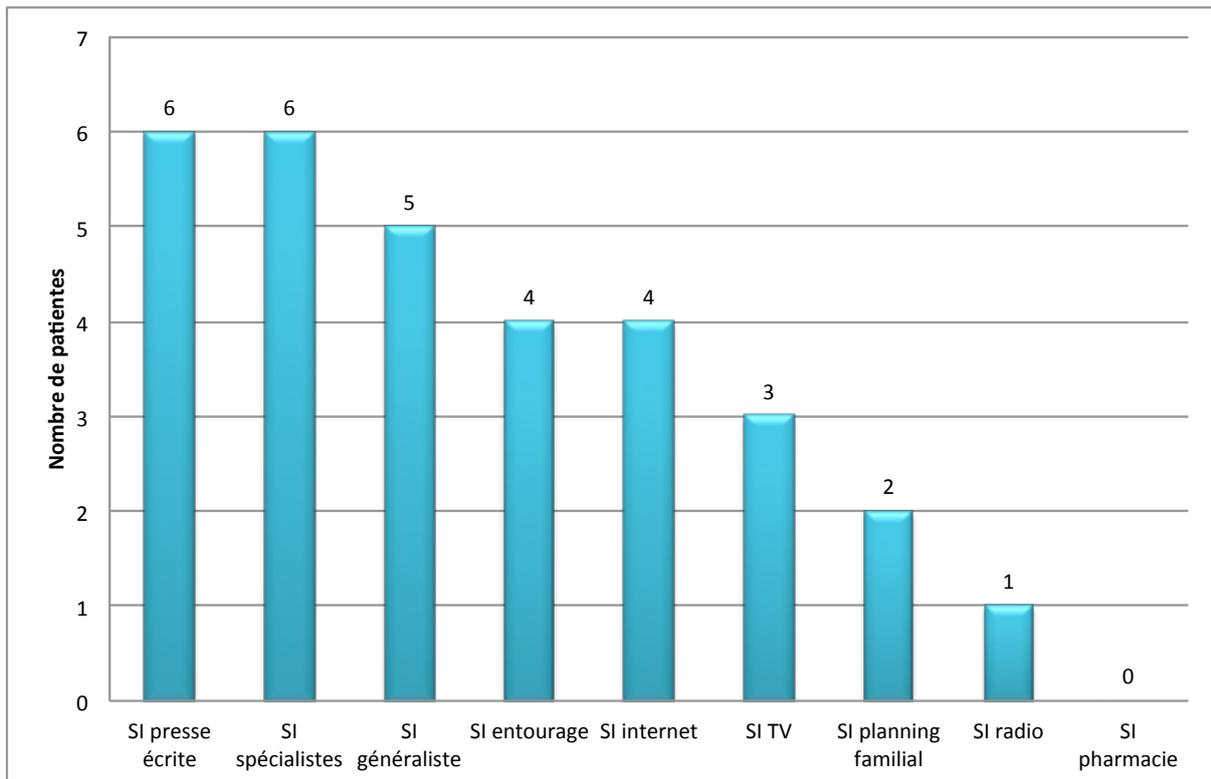


Figure 23 - Sources d'information citées par les patientes ayant des craintes

15 patientes ayant pris récemment une POP de 3^{ème}/4^{ème} génération avaient des craintes.

3.2.2.7. Satisfaction des informations reçues sur la contraception

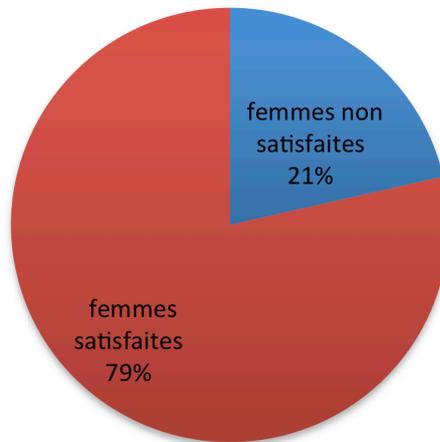


Figure 24 - Satisfaction des informations reçues dans le groupe POP 3e/4e génération

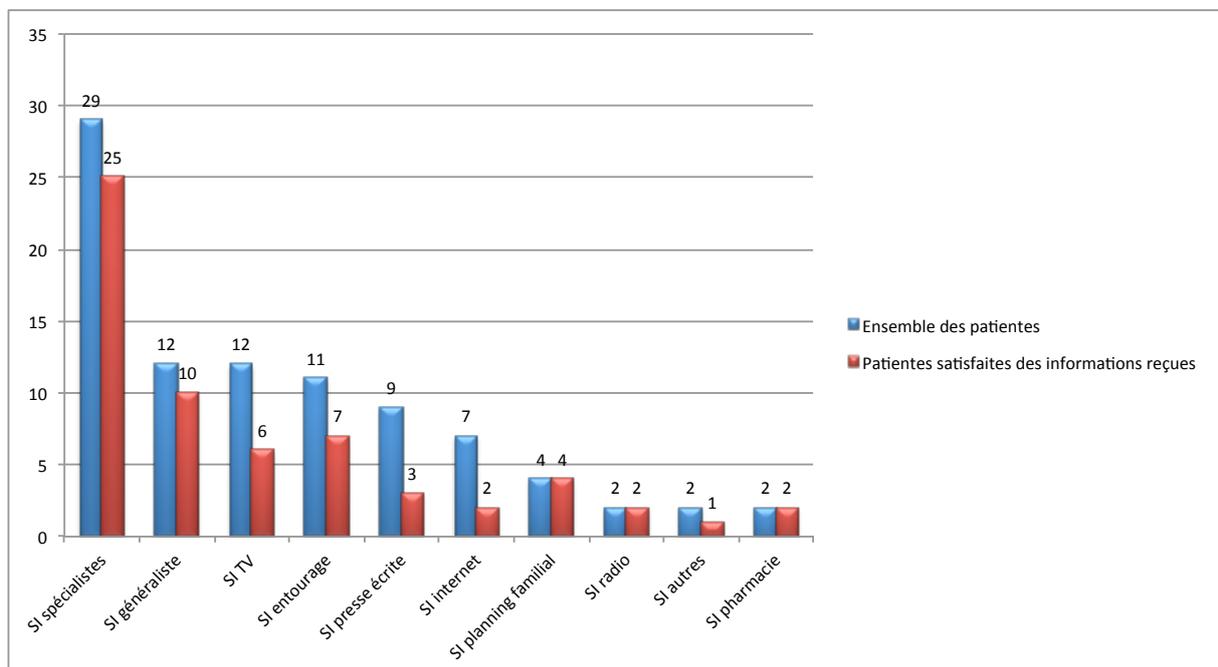


Figure 25 - Comparatif entre les sources citées et la satisfaction des patientes

3.2.2.8. Satisfaction des informations sur la contraception provenant du médecin généraliste

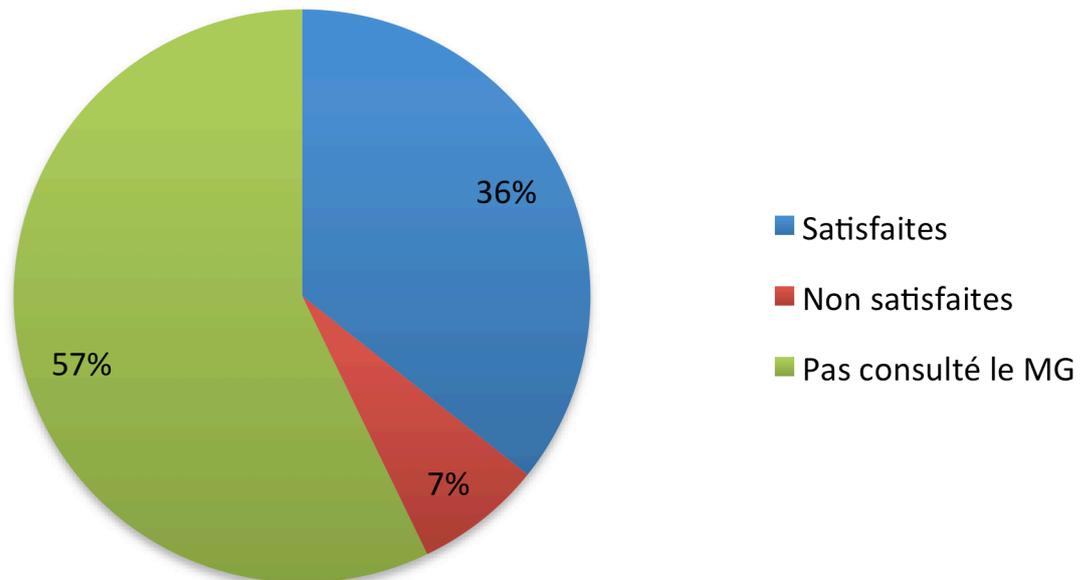


Figure 26 - Satisfaction des informations reçues auprès du généraliste

57% des patientes concernées par la prise récente d'une pilule de 3^{ème} ou 4^{ème} génération n'ont pas consulté leur médecin généraliste pour parler de leur contraception.

3.3. Résultats de l'analyse statistique bi-variée

Seuls les résultats statistiquement significatifs sont présentés dans les tableaux ci-dessous.

3.3.1. Dans l'ensemble de l'étude

3.3.1.1. Entre l'âge et le type de contraception utilisée (orale ou non)

âge	Contra orale N (%)	Contra non orale = « autre » N (%)
< 20 ans	11 (13,8)	0 (0,0)
entre 20 et 30 ans	35 (43,7)	17 (24,6)
entre 30 et 40 ans	23 (28,7)	33 (47,8)
entre 40 et 50 ans	11 (13,8)	19 (27,6)
total	80	69

Tableau 1 - Comparaison entre la contraception orale/non orale et l'âge

test du chi2 ; résultat statistiquement significatif

Les femmes jusqu'à 30 ans utilisaient préférentiellement une contraception orale. Entre 30 et 50 ans, elles avaient plutôt une contraception non orale ($p = 0,0001$). Plus globalement la part de femmes utilisant une pilule diminuait progressivement avec l'âge alors que celle utilisant un autre type de contraceptif (y compris aucune contraception) augmentait jusqu'à 50 ans.

3.3.1.2. Entre les effets secondaires et le type de pilule (POP ou PP)

Type pilule	Pas d'effets secondaires N (%)	Effets secondaires N (%)
POP	46 (86,8)	14 (63,6)
PP	7 (13,2)	8 (36,4)
total	53	22

Tableau 2 - Corrélation entre les effets secondaires et le type actuel de pilule

test du chi2 ; résultat statistiquement significatif

Les femmes qui étaient sous POP ont eu statistiquement moins d'effets secondaires alors que celles qui étaient sous PP en ont eu plus ($p = 0,0303$).

3.3.1.3. Entre les craintes/questionnements et les effets secondaires

	Pas de craintes / questionnements N (%)	Craintes / questionnements N (%)
Absence d'effets secondaires	62 (73,8)	11 (47,8)
Effets secondaires	22 (26,2)	12 (52,2)
total	84	23

Tableau 3 - Lien entre les effets secondaires et les craintes/questionnements

test du chi2 ; résultat statistiquement significatif

Les femmes ayant eu des effets secondaires avaient tendance à avoir plus de craintes ou questionnements ($p = 0,0177$).

3.3.1.4. Entre la satisfaction des informations et les craintes/questionnements

	Pas satisfaites des infos sur la contraception N (%)	Satisfaites des infos sur la contraception N (%)
Pas de crainte / questionnaire	9 (56,2)	76 (82,6)
Craintes / questionnements	7 (43,8)	16 (17,4)
total	16	92

Tableau 4 - Corrélation entre la présence de craintes/questionnements et la satisfaction des informations reçues sur la contraception

test de Fisher ; résultat statistiquement significatif

La satisfaction était plus faible chez les femmes qui avaient des craintes/questionnements ($p = 0,0408$).

3.3.2. Dans le sous groupe de patientes ayant pris récemment une POP de 3^{ème}/4^{ème} génération

3.3.2.1. Entre la génération de la POP et la connaissance de celle-ci

Connaissance de la génération	1 ^{ère} /2 ^{ème} génération N (%)	3 ^{ème} /4 ^{ème} génération N (%)
non	2 (20,0)	6 (75,0)
oui	8 (80,0)	2 (25,0)
total	10	8

Tableau 5 - Lien entre la génération de la POP et la connaissance de celle-ci

test de Fisher ; résultat à la limite de la significativité du fait d'un manque de puissance du test statistique en raison de faibles effectifs dans les deux groupes considérés

Les femmes prenant une POP de 1^{ère}/2^{ème} génération connaissaient mieux la génération de leur pilule par rapport à celles prenant une POP de 3^{ème}/4^{ème} génération qui avaient tendance à ne pas la connaître ($p = 0,0536$).

3.3.2.2. Entre les craintes/questionnements et les effets secondaires

	Pas de craintes / questionnements N (%)	Craintes / questionnements N (%)
Absence d'effets secondaires	23 (74,2)	4 (26,7)
Effets secondaires	8 (25,8)	11 (73,3)
total	31	15

Tableau 6 - Lien entre les effets secondaires et les craintes/questionnements

test du chi2 ; résultat statistiquement significatif

Les femmes ayant utilisé récemment une POP de 3^{ème}/4^{ème} génération qui avaient eu des effets secondaires avaient tendance à avoir plus de craintes/questionnements ($p = 0,0021$).

3.3.2.3. Entre le comportement et les craintes/questionnements

Attitude	Craintes/ Questionnements N (%)	Absence de crainte/ questionnement N (%)
Poursuite	2 (13,33)	5 (16,13)
Arrêt	4 (26,67)	8 (25,81)
Changement	9 (60)	18 (58,06)
Total	15 (100)	31 (100)

Tableau 7 - Lien entre l'attitude des patientes sur la poursuite de leur contraception et les craintes/questionnements

test de Cramer ; résultat statistiquement significatif

Les femmes ayant des craintes ont plus souvent changé de contraception, une minorité l'a poursuivie. Ce constat est le même pour les femmes n'ayant pas de crainte. Le fait d'avoir ou non des craintes/questionnements n'a pas influencé l'attitude des femmes sur la poursuite ou non de leur contraception orale de 3^{ème} ou 4^{ème} génération ($p = 0,0360$).

3.3.2.4. Entre les effets secondaires et les sources d'informations

Source d'information = presse écrite	Effets secondaires N (%)	Absence d'effets secondaires N (%)
Oui	7 (28)	1 (3,33)
Non	18 (72)	29 (96,67)
Total	25 (100)	30 (100)

Tableau 8 - Corrélation entre l'information par la presse écrite et les effets secondaires

test de Fisher ; résultat statistiquement significatif

Les patientes informées par la presse écrite avaient eu plus d'effets secondaires, les autres en avaient eu moins ($p = 0,0175$).

Source d'information = entourage	Effets secondaires N (%)	Absence d'effets secondaires N (%)
Oui	8 (32)	3 (10)
Non	17 (68)	27 (90)
Total	25 (100)	30 (100)

Tableau 9 - Corrélation entre l'information par l'entourage et les effets secondaires

test du χ^2 ; résultat statistiquement significatif

Les patientes qui ont écouté leur entourage avaient eu plus d'effets secondaires ($p = 0,0423$).

3.3.2.5. Entre les craintes/questionnements et les sources d'informations

Source d'information = presse écrite	Craintes/ Questionnements N (%)	Absence de craintes/ Questionnements N (%)
Oui	6 (40)	2 (6,45)
Non	9 (60)	29 (93,55)
Total	15 (100)	31 (100)

Tableau 10 - Lien entre l'information par la presse écrite et les craintes/questionnements

test de Fisher ; résultat statistiquement significatif

Les femmes informées par la presse écrite ont eu plus de craintes, celles qui n'ont pas lu la presse écrite ont eu moins de crainte ($p = 0,0097$).

3.3.2.6. Entre la satisfaction des informations et les craintes/questionnements

	Non satisfaites infos contra N (%)	Satisfaites infos contra N (%)
Pas de crainte / questionnement	4 (40,0)	27 (75,0)
Craintes / questionnements	6 (60,0)	9 (25,0)
total	10	36

Tableau 11 - Lien entre la satisfaction des informations reçues et les craintes/questionnements

test de Fisher ; résultat à la limite de la significativité du fait d'un manque de puissance du test statistique en raison de faibles effectifs dans les deux groupes considérés

Les femmes ayant des craintes étaient significativement moins satisfaites ($p = 0,0874$).

3.3.2.7. Entre la satisfaction des informations et les sources d'informations

Source d'infos = TV	Non satisfaites infos contra N (%)	Satisfaites infos contra N (%)
non	6 (50,0)	38 (86,4)
oui	6 (50,0)	6 (13,6)
total	12	44

Tableau 12 - Lien entre la satisfaction des informations reçues et le recours aux infos télévisées

test de Fisher ; résultat statistiquement significatif

Les femmes s'informant par des programmes télévisés étaient moins satisfaites ($p = 0,0133$).

Source d'infos = presse écrite	Non satisfaites infos contra N (%)	Satisfaites infos contra N (%)
non	6 (50,0)	41 (93,2)
oui	6 (50,0)	3 (6,8)
total	12	44

Tableau 13 - Lien entre la satisfaction des informations reçues et le recours aux infos de la presse écrite

test de Fisher ; résultat statistiquement significatif

Les patientes étaient significativement moins satisfaites quand elles s'informaient par la presse écrite ($p = 0,0017$).

Source d'info = internet	Non satisfaites infos contra N N (%)	Satisfaites infos contra N (%)
non	7 (58,3)	42 (95,5)
oui	5 (41,7)	2 (4,5)
total	12	44

Tableau 14 - Lien entre la satisfaction des informations reçues et le non recours à l'info par internet

test de Fisher ; résultat statistiquement significatif

Les femmes qui consultaient les sites internet pour s'informer étaient moins satisfaites ($p = 0,0034$).

4. Discussion

4.1. Limites de l'étude

4.1.1. Biais de sélection

Les questionnaires ont été proposés dans des cabinets médicaux choisis et non tirés au sort, dont on n'est pas sûr qu'ils soient représentatifs de la population des médecins. De plus ils ont été proposés dans des cabinets de médecins généralistes où nous effectuons des remplacements réguliers. Certaines patientes ont pu être davantage sensibilisées pour répondre à cette enquête du fait qu'elles nous avaient croisées en consultation auparavant.

Les questionnaires n'ont pas été proposés dans les salles d'attente de médecins spécialistes (notamment les gynécologues) car l'intérêt était de cibler les patientes consultant en médecine générale sur lesquelles le généraliste peut avoir un impact.

4.1.2. Limites du questionnaire

Certains items ont été mal compris ou n'étaient pas assez clairs pouvant être sources d'erreurs de réponses. Ainsi certaines patientes ont répondu à l'item « Quelle est votre contraception actuelle ? » : « une pilule oestroprogestative de 3^{ème} ou 4^{ème} génération » puis elles ont répondu à l'item « Vous utilisez une pilule oestroprogestative de 3^{ème} ou 4^{ème} génération et » : « vous l'avez arrêtée » ou « vous avez modifié votre contraception ». De ce fait leur contraception actuelle n'est donc pas une POP de 3^{ème} ou 4^{ème} génération...

D'autre part toujours par rapport à l'item « Quelle est votre contraception actuelle ? » certaines patientes ont répondu « pilule oestroprogestative » alors qu'elles prenaient en réalité une pilule progestative. L'erreur vient du fait que les explications sur le type de pilule prescrite par le professionnel de santé ne sont pas toujours claires ou comprises par les patientes.

Il aurait été intéressant également de savoir si les patientes avaient entendu ou lu la polémique dans les médias et ce qu'elles en avaient retenu.

Le dernier item « Qu'attendez-vous de la part de votre médecin généraliste concernant votre contraception ? » a engendré beaucoup de non réponses ou de réponses du type

« rien » ou « je suis déjà suivie par un gynécologue ». Peut-être aurait-il fallu demander si elles désiraient être suivies par leur médecin généraliste pour leur contraception ?

4.1.3. Limites de l'enquête

Notre enquête a un manque de puissance du fait du faible effectif de notre échantillon. Notamment le groupe de femmes concernées par la prise récente d'une POP de 3^{ème}/4^{ème} génération n'est pas très important, ce qui n'a pas permis dans certaines comparaisons d'obtenir des résultats significatifs sur le plan statistique.

Il était difficile de cibler les patientes qui correspondaient à l'objectif principal de l'enquête. Un repérage individuel lors d'une consultation ou par téléphone après avoir sélectionné les patientes selon le type de pilule prescrit et mentionné dans le dossier médical aurait peut être été plus adapté.

4.2. Analyse des résultats

4.2.1. Taux de réponse

Une femme sur cinq ciblées par l'étude a répondu au questionnaire (21,46%). La répartition du nombre de questionnaires remplis était inégale en fonction des cabinets. Notamment dans le cabinet de groupe où exercent 5 médecins généralistes « hommes », très peu de questionnaires ont été remplis. Le taux de réponses a été plus important dans les 2 cabinets où nous avons effectué des remplacements pendant la période de recueil (biais de sélection).

4.2.2. Caractéristiques de la population étudiée

Les comparaisons avec la population féminine du Tarn sont difficiles car les tranches d'âges choisies ne coïncident pas toutes avec celles utilisées par les différentes sources de recensement dont l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques).

On note dans notre étude que les femmes de 20 à 40 ans ont plus répondu au questionnaire. Peut-être est-ce parce qu'elles ont encore des enfants en bas âge et qu'elles consultent pour elles-mêmes mais aussi pour eux ce qui leur a permis d'être confrontées au questionnaire dans les salles d'attente.

73% des femmes répondantes vivent en milieu urbain ce qui est comparable au pourcentage de la population urbaine du Tarn (68%) selon le dernier recensement [48].

Le pourcentage de femmes déclarant être en couple est important dans l'étude (83%). Il est supérieur au pourcentage de Tarnaises de 15 à 49 ans ayant déclaré vivre en couple lors du recensement de la population en 2010 (61%) [49]. Là encore il faut relativiser cette différence car les âges extrêmes ne sont pas tout à fait les mêmes (17-50 ans dans l'étude versus 15-49 ans selon l'Insee). De plus, « être » en couple ne signifie pas forcément « vivre » en couple.

4.2.3. Contraception actuelle

Dans cette étude, la proportion de femmes utilisant les principaux moyens de contraception est comparable aux chiffres de l'enquête Fecond réalisée en 2010 en France

chez les femmes de 15 à 49 ans ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant [50].

	Notre étude	Enquête Fécond
Pilule	54%	50%
DIU	26%	21%
Implant SC	4,7%	2,6%
Patch	0	0,4%
Anneau vaginal	0,7%	1%

Tableau 15 - Proportion de patientes utilisant les principaux moyens de contraception, comparaison avec l'enquête Fécond

L'utilisation des autres méthodes contraceptives est moins appréciable car l'échantillon est beaucoup plus faible et il n'était pas demandé explicitement dans le questionnaire de détailler les méthodes dites naturelles (courbes de température, méthode Billings, retrait, etc..) ou le recours au préservatif. De ce fait il est probable que certaines patientes utilisant en réalité ce type de contraception aient répondu qu'elles ne prenaient aucune contraception.

13% des femmes ont déclaré ne pas avoir de contraception. Outre celles qui utilisaient probablement les méthodes précitées sans les mentionner, il aurait été intéressant de savoir si certaines avaient un désir de grossesse ou si elles ne souhaitent réellement pas être enceintes. Dans ce cas, ce pourcentage est supérieur à la moyenne nationale qui est de 3% dans l'enquête Fécond [50]. L'enquête Fécond datant de 2010, il serait intéressant de savoir ce qu'il en est aujourd'hui.

54% des femmes interrogées prenaient une pilule. Parmi elles, 76,25% utilisaient une POP et 23,75% une PP. Selon l'HAS en 2012 [10] les PP seules représentaient moins de 15% de l'ensemble des pilules utilisées. On peut peut-être expliquer cette différence par le fait que certaines patientes ont modifié leur contraception depuis 2012 suite à la polémique sur les POP de 3^{ème}/4^{ème} génération et qu'une partie d'entre elles s'est tournée vers les PP.

De plus, on sait que le pourcentage de femmes tabagiques est en augmentation ces dernières années, il est possible que les médecins prescrivent plus de PP à ces patientes pour diminuer le risque vasculaire lié aux oestrogènes.

Près d'une femme sur 2 (46%) prenant une POP ne connaissait pas la génération de sa pilule. Ceci vient peut-être du fait que le prescripteur ne la mentionne pas forcément au moment de la consultation dédiée et que finalement connaître la génération d'une pilule importe peu à l'utilisatrice du moment que celle-ci est efficace et bien tolérée. Nous aurions pu approfondir cette piste en demandant aux patientes si elles s'inquiétaient de la génération de leur pilule.

Seulement 13% des utilisatrices de POP avaient une POP de 3^{ème}/4^{ème} génération au moment de l'étude, 87% prenaient une POP de 1^{ère}/2^{ème} génération. Nous pourrions expliquer ce faible taux d'une part par le fait que les dernières recommandations de l'HAS de Novembre 2012 [14] préconisent aux professionnels de santé la prescription d'une POP de 1^{ère}/2^{ème} génération en première intention ou si possible le remplacement d'une POP de 3^{ème}/4^{ème} génération par un autre type de contraceptif. Ces recommandations étaient liées à la mise en évidence d'un sur-risque thromboembolique veineux des contraceptifs de 3^{ème}/4^{ème} génération par rapport aux autres types de contraception. D'autre part, l'étude a été réalisée à l'automne 2013 soit quasiment 1 an après la polémique médiatisée sur les risques vasculaires des pilules de 3^{ème}/4^{ème} génération. Certaines patientes qui prenaient une POP de ce type jusque là ont pu modifier leur type de pilule.

Dans une publication récente de l'ANSM à ce sujet, une comparaison a été faite sur l'évolution de l'utilisation des COC et autres contraceptifs en France entre 2012 et 2013 [46]. Cet état des lieux se basait sur les ventes de contraceptifs en pharmacie de ville. Elle montrait une baisse de 45% des ventes de POP de 3^{ème}/4^{ème} génération en 1 an pendant que les ventes de POP de 1^{ère}/2^{ème} génération augmentaient de 30%. En décembre 2013, le ratio des ventes de POP 1^{ère}/2^{ème} génération et POP 3^{ème}/4^{ème} génération était de 78%/22%. Ce résultat est comparable au ratio de notre étude (87%/13%). Pour rappel il était de 55%/45% en décembre 2012 lors de l'emballage médiatique sur les pilules.

Une femme sur quatre (25,5%) avait un stérilet au moment de l'étude. C'est un peu plus que le taux observé en France en 2012 qui était d'une femme sur cinq [10].

Le type de contraceptif utilisé évolue avec l'âge (Tableau 1). Les femmes plus jeunes utilisaient une pilule, ainsi 57% des femmes prenant une pilule avaient moins de 30 ans. 75,4% des femmes qui avaient une contraception différente d'une pilule avaient plus de 30 ans dont 61,5% avaient un DIU. Ces résultats concordent avec le modèle contraceptif français qui veut qu'une femme utilise plus volontiers les préservatifs au début de sa vie sexuelle. Puis lorsque sa vie sentimentale se stabilise elle a recours à une pilule. Lorsqu'elle a eu un ou plusieurs enfants, elle opte pour le stérilet bien que les recommandations de la HAS de 2004 soient en faveur de l'utilisation du stérilet à tous les âges et ce quel que soit la parité de la femme [51].

4.2.4. Comportement des femmes utilisant une POP de 3^{ème}/4^{ème} génération

Dans cette étude, notre objectif principal était de savoir comment les patientes concernées par la prise récente d'une POP de 3^{ème}/4^{ème} génération avaient géré leur contraception.

Au moment de l'enquête, seulement 12% de ces femmes utilisaient toujours la même pilule de 3^{ème} ou 4^{ème} génération. Ce résultat concorde avec le phénomène observé dans l'étude de l'ANSM [46] qui montre que les ventes donc la probable utilisation des POP de 3^{ème}/4^{ème} génération a diminué de 45% en 2013 par rapport à 2012 et que cette tendance à la baisse s'accroît ces derniers mois car elle est supérieure à 50% depuis juin 2013.

Donc une grande majorité a préféré ne pas poursuivre.

En effet, 29% de ces patientes ont décidé d'arrêter leur pilule sans poursuivre leur contraception par un autre moyen. Il n'y a pas de chiffres de comparaison sur le plan national. Ce résultat doit tout de même être modéré du fait que certaines patientes affirmant ne pas avoir remplacé leur contraception peuvent par exemple utiliser ponctuellement des préservatifs.

1/3 de ces patientes (33,3%) a déclaré avoir des craintes ou questionnements. 2/3 des femmes ont donc a priori arrêté leur pilule sans avoir d'inquiétude préalable ce qui paraît un peu paradoxal.

De plus elles s'exposaient a priori au risque de grossesse non désirée et d'IVG. Il aurait été intéressant de les interroger sur les raisons de cet arrêt et de savoir si elles avaient un désir de grossesse. Dans une étude publiée en Juin 2013, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) indique que selon des données provisoires, le nombre d'IVG n'aurait pas augmenté en France fin 2012 et ce malgré l'annonce du déremboursement des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération en Septembre 2012 [52]. Nous n'avons pas trouvé de chiffres objectifs sur l'évolution du nombre d'IVG en 2013 par rapport aux années précédentes.

59% des femmes ont modifié leur contraception en choisissant de la poursuivre par un autre moyen. Là encore l'analyse statistique montre que seulement 1/3 de ces patientes (32,6%) a déclaré avoir eu des craintes ou questionnements ce qui a probablement favorisé le changement de contraception. Pour les 2/3 restants, le changement de contraception peut s'expliquer par le fait que les professionnels de santé, plus sensibilisés aux dernières recommandations de l'HAS [14], ont favorisé le nouveau choix des patientes.

Les contraceptions de rechange ont été principalement :

- les DIU avec ou sans progestatif (N = 14) et les implants SC (N = 2). La vente de ces contraceptifs a augmenté de 28% en 2013 par rapport à 2012. Plus de 40% des ventes de cette catégorie concernent les DIU au cuivre [46]. Dans l'étude il n'a pas été demandé aux patientes si le stérilet qu'elles avaient était imprégné de progestatif ou non.
- les POP de 1^{ère}/2^{ème} génération (N = 10) (préférées aux POP de 3^{ème}/4^{ème} génération selon les recommandations de l'HAS [14]). La vente de ces pilules a augmenté de 30% en 2013 [46].
- les pilules progestatives pures (N = 4). Leur vente a peu augmenté en 2013 (5,5%) [46].

D'autres contraceptions de remplacement n'ont été mentionnées qu'une seule fois (POP de 3^{ème}/4^{ème} génération, anneau vaginal, méthode Billings, préservatif). L'échantillon était trop restreint pour en tirer des conclusions. Nous remarquons qu'une patiente a changé sa pilule de 3^{ème}/4^{ème} génération pour reprendre une pilule de la même catégorie. Nous pouvons nous demander si c'est une erreur de prescription ou si la patiente désirait réellement changer de classe de pilule.

Près d'un tiers (32%) des femmes concernées par la prise récente d'une POP de 3^{ème}/4^{ème} génération prenaient une POP au moment de l'enquête, quelle que soit la génération. Un peu moins d'1 femme sur 2 (44,4%) ne connaissait pas la génération de sa pilule, chiffre comparable à celui concernant l'ensemble des femmes de l'étude prenant une POP (46%).

Un résultat à la limite de la significativité (car l'échantillon était trop faible) est intéressant (tableau 5): globalement les femmes prenant une POP de 1^{ère}/2^{ème} génération connaissaient la génération de leur pilule (80%), alors que celles prenant une POP de 3^{ème}/4^{ème} génération ne connaissaient pas la génération de leur pilule (75%). Ce dernier taux peut expliquer que certaines femmes prenaient toujours une POP de 3^{ème} ou 4^{ème} génération sans le savoir ce qui ne les a pas incité à modifier leur contraception.

D'après l'analyse croisée (Tableau 7), il semblerait que l'attitude des femmes sur la poursuite de leur contraception n'ait pas été influencée par leurs craintes ou questionnements. Dans les 2 cas (présence ou absence de crainte), elles ont eu la même attitude (respectivement 13,33% et 16,13% l'ont poursuivie, 26,67% et 25,81% l'ont arrêtée, 60% et 58,06% l'ont modifiée). Si leur attitude n'a pas été influencée par leurs craintes, c'est peut-être en partie parce qu'elles ont trouvé des interlocuteurs qui les ont rassurées et aiguillées correctement. Les informations véhiculées par les médias, pouvant être sources de craintes, n'ont-elles pas eu d'impact sur leur jugement? Seule une patiente ayant répondu avoir des craintes a précisé qu'elle se posait des questions avec « tout ce qui a été dit dans les médias ». Il aurait été intéressant de demander aux patientes si elles avaient entendu parler des pilules de 3^{ème}/4^{ème} génération dans les médias et ce qu'elles en avaient retenu si c'était le cas.

4.2.5. Sources d'informations

L'intérêt de cet item qui concernait les patientes ayant pris une POP de 3^{ème}/4^{ème} génération était de savoir si leur comportement avait été influencé par l'avis a priori objectif de professionnels de santé ou bien si elles avaient préféré s'en référer à leur entourage ou aux informations des différents médias.

Les médecins spécialistes et généralistes constituaient les principales sources d'informations étant cités respectivement par 51,8% et 21,4% des répondantes. Ce constat est plutôt rassurant puisqu'il nous indique que les femmes cherchent un avis éclairé auprès

de leur praticien plutôt qu'à s'informer par leurs propres moyens. Malgré tout, si les gynécologues semblent encore avoir les faveurs des femmes en matière d'informations sur la contraception, le médecin traitant semble être encore trop peu consulté à ce sujet. Le généraliste est cité autant de fois que la télévision et à peine plus que l'entourage (professionnel ou personnel comme la famille, les amis...), la presse écrite (revues, journaux, magazines) et internet (N = respectivement 12, 12, 11, 9, 7).

Les femmes ayant des craintes ont eu recours à la presse écrite pour s'informer (N= 6) et aux médecins (N = 6 pour les spécialistes et N = 5 pour les généralistes) (Figure 23).

Les sources médicales ont plutôt satisfait les patientes (25/29 patientes pour les spécialistes, 10/12 pour les généralistes, 4/4 pour le planning familial, 2/2 pour les pharmaciens). Les médias et l'entourage ont été moins convaincants (6/12 patientes pour la télévision, 3/9 pour la presse écrite, 2/7 pour internet et 7/11 pour l'entourage) hormis la radio (2/2) (Figure 25).

Une thèse médicale portant sur la connaissance du bon usage de la contraception auprès de 2802 patientes et s'appuyant sur l'étude Epilule 2003 [53] avait montré que la provenance des informations sur la contraception était avant tout médicale et le médecin traitant était plus cité que le gynécologue. L'entourage et les médias représentaient des sources d'informations secondaires.

4.2.6. Effets secondaires et craintes/questionnements

Un tiers des femmes (34%) a déclaré avoir déjà eu au moins un effet secondaire en rapport avec la prise d'une POP. La majorité s'est plainte d'avoir pris du poids, de rétention hydrique, de cellulite, de tension/douleur/gonflement mammaire, de spotting, de céphalées/migraines ou encore d'acné. Tous ces effets sont des effets indésirables communs des POP.

Parmi les femmes qui prenaient une pilule, celles qui prenaient actuellement une PP avaient eu significativement plus d'effets secondaires auparavant sous POP par rapport à celles qui étaient toujours sous POP (Tableau 2). Cette différence tend à nous faire penser que la présence d'effets secondaires a peut-être incité certaines femmes à changer de contraception (POP vers PP).

On note que dans le sous-groupe des femmes ayant pris récemment une POP de 3^{ème}/4^{ème} génération, 45% déclaraient avoir eu des effets secondaires ce qui est sensiblement supérieur au pourcentage global (35,7%).

Peu de femmes (21,3%) ont manifesté leurs inquiétudes sur l'éventuelle survenue d'effets indésirables associés à la prise d'une POP. Pour celles qui en avaient, leurs craintes portaient principalement sur les risques vasculaires (thromboses veineuses, AVC) et les effets secondaires « bénins ». Les femmes ayant utilisé récemment une POP de 3^{ème}/4^{ème} génération avaient un peu plus d'interrogations (33% contre 21,3% dans l'ensemble des utilisatrices de POP). Ceci peut s'expliquer par les mises en garde des autorités de santé et les médiatisations fin 2012 sur les POP de dernières générations.

Dans l'ensemble, la plupart des femmes déclarant avoir des craintes particulières sur les potentiels effets secondaires des POP avaient déjà eu des effets secondaires suite à la prise d'une POP (Tableau 3). Cette tendance était encore plus marquée chez les femmes ayant utilisé une POP de 3^{ème}/4^{ème} génération (Tableau 6).

Des résultats significatifs sont ressortis en lien avec certaines sources d'information.

Les patientes ayant eu des effets secondaires se sont plus informées par la presse écrite par rapport à celles n'ayant pas eu d'effet secondaire (respectivement 28% et 3,33%) (Tableau 8). Les femmes avec des craintes se sont plus informées par la presse écrite par rapport à celles qui n'étaient pas inquiètes (respectivement 40% et 6,45%) (Tableau 10).

Les patientes ayant eu des effets secondaires ont eu tendance à plus écouter leur entourage par rapport à celles n'ayant pas eu d'effet indésirable (respectivement 32% et 10%) (Tableau 9).

Même si tous les résultats n'étaient pas significatifs, globalement les femmes qui ont eu des effets secondaires ou des craintes s'étaient plus informées par des sources non médicales (médias et entourage) par rapport à celles qui n'en ont pas eus. Par contre les femmes n'ayant pas eu d'effet secondaire ou de crainte ont eu plus souvent recours aux professionnels de santé mais les résultats statistiques n'étaient pas assez significatifs pour pouvoir les présenter.

4.2.7. Satisfaction des informations reçues sur la contraception

Dans l'ensemble de l'étude, 85% des femmes interrogées s'estimaient satisfaites des informations reçues sur la contraception. La plupart des femmes satisfaites (82,6%) n'avaient pas de crainte ou questionnement (Tableau 4).

Selon le baromètre de la santé 2010 réalisé par l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) [54], 89,1% des jeunes de 15 à 30 ans dont 94,6% des femmes et 87,3% des personnes âgées de 31 à 75 ans se déclarent « bien » ou « très bien » informées sur la contraception. D'après le travail de thèse basé sur l'enquête EPllule [53] les trois quarts des patientes s'estimaient correctement ou parfaitement informées sur la contraception. Ces chiffres sont comparables à ceux de notre étude.

15% des patientes se sont déclarées non satisfaites des informations reçues sur la contraception. Dans l'enquête EPllule, 23% des femmes s'estimaient pas ou insuffisamment informées.

79% des femmes ayant utilisé récemment une POP de 3^{ème}/4^{ème} génération s'estimaient satisfaites des informations reçues. Là encore, les femmes ayant des craintes étaient significativement moins satisfaites (60% de non satisfaites contre 25% de satisfaites) (Tableau 11).

De plus, la grande majorité de ces femmes satisfaites des informations reçues n'ont pas eu recours ni à la télévision (86,4%), ni à la presse écrite (93,2%), ni à internet (95,5%) pour s'informer (Tableaux 12,13 et 14). Inversement, les femmes non satisfaites ont eu plus souvent recours à ces médias.

Ces chiffres nous indiquent que les informations véhiculées par les médias ne sont pas forcément bien compréhensibles pour les patientes qui a priori se sentent mieux informées par les professionnels de santé. Ce constat est rassurant pour le milieu médical et montre que la relation de confiance qui doit exister entre un médecin et sa patiente perdure.

4.2.7.1. Place du médecin généraliste dans l'information sur la contraception

Plus de la moitié des patientes de l'étude (57%) ont déclaré ne pas avoir consulté leur médecin traitant pour parler de contraception.

73,9% des femmes non satisfaites des informations reçues sur la contraception n'ont pas consulté leur médecin généraliste. Ce résultat n'était pas significatif mais ceci tend à montrer que les femmes qui n'ont pas trouvé réponses à leurs questions n'ont pas cherché à s'informer auprès de leur médecin traitant qui est pourtant une source d'information médicale donc a priori fiable de premier recours.

Il est intéressant de noter que parmi les femmes qui ont arrêté complètement leur contraception par POP de 3^{ème}/4^{ème} génération, la moitié a choisi de ne pas faire appel à des professionnels de santé pour s'informer. Parmi ces dernières, les trois quarts n'étaient pas satisfaites des informations reçues, nous pouvons nous demander pourquoi elles n'ont pas consulté leur médecin traitant à ce propos... Ceci reflète l'attitude ambivalente de certaines patientes.

Le dernier item « Qu'attendez-vous de la part de votre médecin généraliste concernant votre contraception ? » était une question ouverte, nous nous exposons à un taux de non réponse plus important. En effet 40% des femmes n'ont pas répondu. Nous pouvons l'interpréter par le fait qu'elles n'avaient pas d'attentes particulières.

25% des patientes ont répondu qu'elles n'avaient pas d'attentes particulières car elles étaient déjà suivies par un gynécologue (ou une sage femme pour 2 d'entre elles) et qu'il répondait déjà à leurs questions en matière de contraception.

La partie de l'enquête auprès des patientes de l'étude EPllule [53] montrait que le recours au médecin généraliste et au gynécologue était réparti de manière équitable, que les femmes généralistes étaient plus souvent sollicitées et que le suivi gynécologique par le médecin généraliste augmentait avec l'éloignement du cabinet d'un gynécologue.

Les questionnaires ont été déposés dans des cabinets où il y avait 2 fois plus de médecins « hommes » que de médecins « femmes ». Même si les patientes ne l'expriment pas spontanément, il peut exister des réticences chez certaines à être suivies par un homme pour des examens qui touchent à leur intimité.

Le cabinet participant à l'étude le plus éloigné d'un cabinet de gynécologie était à moins de 20 kilomètres de ce dernier.

Ces 2 raisons peuvent expliquer en partie le recours supposé plus important aux gynécologues.

Enfin moins de la moitié des femmes interrogées (40%) avaient des attentes particulières et valorisaient ainsi le rôle du médecin généraliste dans la gestion de leur contraception.

Parmi celles qui avaient des attentes, leur demande principale était l'INFORMATION. En effet, elles désiraient être informées sur les différents types de contraception et leurs effets secondaires possibles, les risques pour la santé, les contre indications, les avantages

et inconvénients. Les connaissances théoriques d'un médecin généraliste devraient l'amener à pouvoir répondre à toutes ces requêtes.

Cette étude montre que le médecin généraliste, dans le suivi de la contraception des femmes, est encore peu sollicité. Il est encore bien souvent relégué au second plan, certaines femmes faisant appel à lui par « dépit » lorsque leur gynécologue n'est pas disponible.

4.3. Perspectives

4.3.1. Médicales

⇒ Orienter les consultations de contraception vers les généralistes

Etant donné la pénurie annoncée de médecins et en particulier de gynécologues, il faudrait valoriser le rôle du médecin traitant sur des sujets accessibles comme la contraception et promouvoir ses compétences.

Les patientes confiant plus volontiers leur suivi gynécologique à une femme médecin, la féminisation de la profession nous laisse penser qu'elles devraient se tourner de plus en plus à l'avenir vers leur médecin traitant.

⇒ Former les praticiens généralistes sur la contraception

Certains médecins ne se sentent pas à l'aise avec certains gestes tels que la pose ou le retrait d'un stérilet, la pose ou le retrait d'un implant SC ou même plus largement dans le cadre d'un suivi gynécologique la réalisation d'un frottis cervico-vaginal.

Il faudrait aider et encourager les médecins généralistes en particulier à acquérir des compétences en gynécologie et notamment sur la contraception. Ces compétences englobent des connaissances théoriques et pratiques mais également des outils sur la manière d'aborder le thème de la contraception surtout chez les plus jeunes. L'INPES en partenariat avec l'HAS et l'ANSM proposent un document récapitulatif intitulé « Comment aider une femme à choisir sa contraception ? » proposé aux professionnels de santé pour les accompagner dans leur façon d'aborder le sujet de la contraception avec leurs patientes. On y retrouve la méthode BERCER (Bienvenue – Entretien – Renseignement – Choix – Explication – Retour) qui peut aider au déroulement d'une consultation.

La formation initiale devrait se développer un peu plus notamment lors de l'internat de médecine générale, tous les internes n'ont pas encore la possibilité d'accéder à un stage en gynécologie pour se perfectionner. Il faudrait aussi proposer davantage de séances de FMC (formation médicale continue) sur la contraception aux généralistes avec peut-être des ateliers pratiques (sur des mannequins ou autres) qui permettraient d'acquérir certains gestes techniques.

4.3.2. Diffusion de l'information

⇒ Intensifier la diffusion d'informations sur la contraception dès l'adolescence

Des séances obligatoires d'information et d'éducation à la sexualité sont prévues par la loi depuis 2001 dans les écoles, collèges et lycées à raison de 3 séances annuelles. Malgré la bonne volonté des équipes éducatives, la fiabilité et l'intérêt suscité pendant ces séances (si elles ont lieu) restent dépendants des intervenants dans chaque établissement. Il n'existe pas d'évaluation qualitative de ces séances.

Il faudrait sensibiliser les professeurs de SVT (sciences de la vie et de la terre) à ce sujet afin qu'ils soient plus vigilants sur la façon dont ils dispensent les informations sur la fécondation et les périodes d'ovulation.

⇒ Proposer des informations fiables facilement accessibles aux patientes

En cas d'annonce médiatique incitant à la polémique, il est important de mettre à disposition des moyens d'information facilement accessibles par tous. A la suite de cette annonce, un numéro vert avait été mis en place (= 0 800 636 636) par l'ANSM le 23 Janvier 2013. Une équipe de téléopérateurs encadrés par un médecin et trois sages-femmes était accessible du lundi au samedi de 9h à 20h pour répondre aux inquiétudes des femmes prenant une pilule de 3^{ème} ou 4^{ème} génération. Mais est-ce que les femmes ou les professionnels de santé en avaient été informés ?

Des campagnes de publicité ont été menées par l'INPES. Elles se sont plus souvent focalisées sur les risques d'infections sexuellement transmissibles et de VIH (virus de l'immunodéficience humaine), moins sur la contraception. Ce serait un moyen pour informer et rassurer en même temps les patientes.

Avec le développement des moyens de communication et notamment d'Internet, le public a accès à de nombreuses données qui ne sont pas hiérarchisées. Certains sites très

sérieux peuvent être relégués dans les moteurs de recherche loin derrière des sites beaucoup moins fiables qui sont bien souvent beaucoup plus consultés. Un site internet diffusé par l'INPES répond à bon nombre de questions que les femmes (et les hommes) peuvent se poser : www.choisirsacontraception.fr

Certaines brochures peuvent être commandées directement sur internet sur le site de l'INPES ou téléchargées. Par exemple la brochure « choisir sa contraception » fait 12 pages et regroupe des informations sur les différentes méthodes de contraception avec leur coût et l'endroit où se les procurer ainsi que des adresses, numéros utiles et sites Internet.

⇒ Par le biais des prescripteurs en particulier des généralistes

Les autorités de santé pourraient envoyer de façon systématique des brochures informatives (l'INPES par exemple) à destination des patientes accessibles dans les salles d'attente ou distribuées directement par le médecin traitant.

Conclusion

La contraception féminine offre un large panel de méthodes contraceptives.

Les femmes préfèrent encore utiliser une pilule hormonale et principalement une POP de 1^{ère} ou 2^{ème} génération. Les méthodes non orales comme le stérilet ou l'implant sous-cutané qui sont plus récentes progressent surtout après l'âge de trente ans.

Suite aux différentes médiatisations renvoyant une image délétère des pilules de 3^{ème} ou 4^{ème} génération, certaines femmes ont décidé d'arrêter complètement leur contraception. Il est difficile de savoir ce qui les a influencées (motivations personnelles ou sources médicales ?). Le fait est que n'ayant plus de contraception, certaines se sont peut-être exposées au risque de grossesse non désirée et indirectement d'IVG.

La majorité des femmes a modifié sa contraception, se tournant plus volontiers vers l'utilisation d'un DIU ou encore d'une POP de 1^{ère} ou 2^{ème} génération. Cette tendance est en adéquation avec les dernières recommandations préconisées par les autorités sanitaires aux professionnels de santé.

Peu de femmes utilisent toujours une POP de 3^{ème} ou 4^{ème} génération, la majorité d'entre elles ne sont pas informées sur la génération de leur pilule.

Les craintes concernant les risques possibles de ces pilules (notamment vasculaires) ne semblent pas avoir influencé leur comportement.

Le médecin généraliste est encore trop peu consulté en matière de contraception. Sa place dans l'éducation auprès des patientes doit être renforcée. Il est un interlocuteur privilégié en cas de problème intercurrent et est là pour apporter des informations objectives scientifiques en réponse à des informations parfois polémiques véhiculées par la presse.

Références bibliographiques

- [1] INED. « Méthode contraceptive principale ». In : *INED*. Disponible sur : http://www.ined.fr/fr/france/avortements_contraception/methode/ (consulté le 12 septembre 2013)
- [2] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (COMMISSION DE LA TRANSPARENCE). *Contraceptifs oraux de troisième génération Réévaluation Annexe*. juin 2012. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/annexe_reevauation_c3g.pdf
- [3] « Définitions : contraception - Dictionnaire de français Larousse ». Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contraception/18642> (consulté le 6 septembre 2013)
- [4] REMÉRAND S. « Bref historique de la contraception ». Disponible sur : <http://ww3.ac-poitiers.fr/svt/activite/s-remerand/Contracep/contracep.HTM> (consulté le 9 septembre 2013)
- [5] « Mort de Lucien Neuwirth auteur de la loi sur la pilule ». In : *Le Monde.fr* 2013. Disponible sur : http://www.lemonde.fr/disparitions/article/2013/11/26/mort-de-lucien-neuwirth-auteur-de-la-loi-sur-la-pilule_3520184_3382.html (consulté le 26 novembre 2013)
- [6] LANSAC J. « CNGOF - Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Les diaporamas, Historique - Contraception ». 2007. Disponible sur : <http://www.cngof.asso.fr/> (consulté le 3 septembre 2013)
- [7] CHOSSON M. « Il était une fois la contraception... » In : *Bluets Hopital Pierre Rouquès*. Disponible sur : <http://www.bluets.org/spip.php?article173> (consulté le 6 septembre 2013)
- [8] BITZER J. « 50th anniversary of the pill--what does this story teach us? » *Eur. J. Contracept. Reprod. Heal. Care Off. J. Eur. Soc. Contracept.* Décembre 2010. Vol. 15, n°Suppl 2, p. S6-8.
- [9] DHONT M. « History of oral contraception ». *Eur. J. Contracept. Reprod. Heal. Care Off. J. Eur. Soc. Contracept.* Décembre 2010. Vol. 15, n°Suppl 2, p. S12-18.
- [10] HAS. « Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée ». Avril 2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf

[11] JAMIN C. « Comment classer les contraceptifs hormonaux ? » In : *Gynéco Online*. Disponible sur : <http://www.gyneco-online.com/gyn%C3%A9cologie/comment-classer-les-contraceptifs-hormonaux> (consulté le 9 septembre 2013)

[12] ROSING J., MIDDELDORP S., CURVERS J., THOMASSEN M. C. L. GD., NICOLAES G. A., MEIJERS J. C., BOUMA B. N., BÜLLER H. R., PRINS M. H., TANS G. « Low-dose oral contraceptives and acquired resistance to activated protein C: a randomised cross-over study ». *The Lancet*. Décembre 1999. Vol. 354, n°9195, p. 2036-2040.

[13] RAPS M., HELMERHORST F., FLEISCHER K., THOMASSEN S., ROSENDAAL F., ROSING J., BALLIEUX B., VAN VLIET H. « Sex hormone-binding globulin as a marker for the thrombotic risk of hormonal contraceptives: Thrombotic risk of hormonal contraceptives ». *J. Thromb. Haemost.* Juin 2012. Vol. 10, n°6, p. 992-997.

[14] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. « *Contraceptifs oraux estroprogestatifs: préférez les « pilules » de 1re ou 2e génération* » Novembre 2012. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/contraceptis_oraux_3_g_fiche_bum.pdf

[15] « Pilules contraceptives de 3ème et 4ème génération à risque: la valse-hésitation ». In : *euronews*. Disponible sur : <http://fr.euronews.com/2013/01/13/pilules-de-3e-et-4e-generation-a-risque-la-valse-hesitation/> (consulté le 4 novembre 2013)

[16] VAN HYLCKAMA Vlieg A., HELMERHORST F. M., VANDENBROUCKE J. P., DOGGEN C. J. M., ROSENDAAL F. R. « The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study ». *BMJ*. 5 septembre 2009. Vol. 339, n°7720, p. 561.

[17] PLU-BUREAU G., MAITROT-MANTELET L., HUGON-RODIN J., CANONICO M. « Hormonal contraceptives and venous thromboembolism: An epidemiological update ». *Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab.* Février 2013. Vol. 27, n°1, p. 25-34.

[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*. 2012. Vol. 17, n°1, p. 7-29.

[19] EUROPEAN MEDICINES AGENCY. "PRAC confirms that benefits of all combined hormonal contraceptives (CHCs) continue to outweigh risks". 11 octobre 2013. Disponible sur : http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Press_release/2013/10/WC500151960.pdf (consulté le 4 novembre 2013)

[20] CNAMTS, ANSM. « Risque d'embolie pulmonaire, d'accident vasculaire cérébral ischémique et d'infarctus du myocarde chez les femmes sous contraceptif oral combiné en France : une étude de cohorte sur 4 millions de femmes de 15 à 49 ans à partir des données du SNIIRAM et du PMSI ». 26 juin 2013.

[21] MARGOLIS K., ADAMI H., 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. Vol. 88, n°2, p. 310-316

[22] LIDEGAARD Ø., LØKKEGAARD E., JENSEN A., SKOVLUND C. W., KEIDING N. « Thrombotic Stroke and Myocardial Infarction with Hormonal Contraception ». *N. Engl. J. Med.* 14 juin 2012. Vol. 366, n°24, p. 2257-2266.

[23] ANSM : AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTÉ. « Diane 35 et ses génériques, Quelle est l'efficacité anti-acnéique de Diane 35 et de ses génériques ? » In : *ANSM Agence Natl. Sécurité Médicament Prod. Santé.* Disponible sur : [http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Diane-35-et-ses-generiques/Quelle-est-l-efficacite-anti-acneique-de-Diane-35-et-de-ses-generiques/\(offset\)/2](http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Diane-35-et-ses-generiques/Quelle-est-l-efficacite-anti-acneique-de-Diane-35-et-de-ses-generiques/(offset)/2) (consulté le 9 septembre 2013)

[24] ANSM : AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTÉ. « Diane 35 et ses génériques, Quelle est la situation actuelle de Diane 35 en France ? » In : *ANSM Agence Natl. Sécurité Médicament Prod. Santé.* Disponible sur : [http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Diane-35-et-ses-generiques/Quelle-est-la-situation-actuelle-de-Diane-35-en-France/\(offset\)/1#paragraph_47905](http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Diane-35-et-ses-generiques/Quelle-est-la-situation-actuelle-de-Diane-35-en-France/(offset)/1#paragraph_47905) (consulté le 9 septembre 2013)

[25] ANSM : AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTÉ. « Diane 35 et ses génériques, Quelles sont les données sur le risque thromboembolique veineux ? » In : *ANSM Agence Natl. Sécurité Médicament Prod. Santé.* Disponible sur : [http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Diane-35-et-ses-generiques/Quelles-sont-les-donnees-sur-le-risque-thromboembolique-veineux/\(offset\)/4](http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Diane-35-et-ses-generiques/Quelles-sont-les-donnees-sur-le-risque-thromboembolique-veineux/(offset)/4) (consulté le 10 septembre 2013)

[26] LIDEGAARD Ø., NIELSEN L. H., SKOVLUND C. W., SKJELDESTAD F. E., LØKKEGAARD E. « Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001-9 ». *BMJ.* 2011. Vol. 343, p. d6423.

[27] COMMISSION EUROPÉENNE. « DÉCISION D'EXÉCUTION DE LA COMMISSION du 25.7.2013 concernant, dans le cadre de l'article 107 decies de la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil, les autorisations de mise sur le marché des médicaments à usage humain contenant de l'«acétate de cyprotérone/éthinyloestradiol (2 mg/0,035 mg)». 25 juillet 2013.

[28] ANSM. « Diane 35 et ses génériques (acétate de cyprotérone 2 mg et éthinyloestradiol 35 microg) : Remise sur le marché français avec restriction de l'indication, modification des contre-indications et renforcement des mises en garde. Janvier 2014.

[29] « Contraceptions par dispositif transdermique ou anneau vaginal et risques de thromboses ». *Rev. Prescrire*. juillet 2013. Vol. 33, n°357, p. 513-516.

[30] LIDEGAARD O., NIELSEN L. H., SKOVLUND C. W., LØKKEGAARD E. « Venous thrombosis in users of non-oral hormonal contraception: follow-up study, Denmark 2001-10 ». *BMJ*. 10 mai 2012. Vol. 344, p. e2990.

[31] JENSEN J. T., SPEROFF L. « Health benefits of oral contraceptives ». *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* Décembre 2000. Vol. 27, n°4, p. 705-721.

[32] QUEREUX C., GABRIEL R. « Bénéfices non contraceptifs de la contraception orale ». *Gynécologie Obstétrique Fertil.* Décembre 2003. Vol. 31, n°12, p. 1047-1051.

[33] LAVEISSIÈRE M. ., PÉLISSIER C., LÊ M. . « La contraception orale en France en 2001 : résultats d'une enquête par sondage portant sur 3609 femmes âgées de 15 à 45 ans ». *Gynécologie Obstétrique Fertil.* Mars 2003. Vol. 31, n°3, p. 220-229.

[34] TIIHONEN M., HEIKKINEN A.-M., LEPPÄNEN H.-M., AHONEN R. « Information sources used by women in Finland who use hormonal contraceptives ». *Pharm. World Sci.* Février 2010. Vol. 32, n°1, p. 66-72.

[35] EGARTER C., FREY TIRRI B., BITZER J., KAMINSKY V., ODDENS B. J., PRILEPSKAYA V., YESHAYA A., MARINTCHEVA-PETROVA M., WEYERS S. « Women's perceptions and reasons for choosing the pill, patch, or ring in the CHOICE study: a cross-sectional survey of contraceptive method selection after counseling ». *BMC Womens Heal.* 2013. Vol. 13, n°1, p. 9.

[36] BENNIA-BOURAIÏ S., ASSELIN I., VALLÉE M. « Contraception et adolescence. Une enquête un jour donné auprès de 232 lycéens (Caen) ». *Médecine*. 1 février 2006. Vol. 2, n°2, p. 84-89.

[37] « Santé : des médicaments au goût de scandale ». In : *MSN Actual*. 2013. Disponible sur : <http://news.fr.msn.com/m6-actualite/france/sante-des-medicaments-au-gout-de-scandale> (consulté le 25 novembre 2013)

[38] HÉLÈNE ROUQUETTE-VALEINS. « Santé : le Gardasil, nouveau scandale en vue ». In : *SudOuest.fr*, 2013. Disponible sur : <http://www.sudouest.fr/2013/11/24/sante-le-gardasil-nouveau-scandale-sanitaire-1238827-3.php> (consulté le 25 novembre 2013)

[39] « Gardasil. Vers un nouveau scandale sanitaire? » In : *Ouest-France.fr*, 2013. Disponible sur : <http://www.ouest-france.fr/gardasil-vers-un-nouveau-scandale-sanitaire-1737179> (consulté le 25 novembre 2013)

[40] M.G. « Gardasil: trois nouvelles plaintes et un scandale à venir? » In : *bfmtv.com*, 2013. Disponible sur : <http://www.bfmtv.com/societe/gardasil-nouvelles-plaintes-a-penales-a-venir-653142.html> (consulté le 25 novembre 2013)

[41] « Gardasil : ce qui est reproché à ce vaccin ». In : *nouvelobs.com*, 2013. Disponible sur : <http://tempsreel.nouvelobs.com/sante/20131125.OBS6806/gardasil-ce-qui-est-reproche-a-ce-vaccin.html> (consulté le 25 novembre 2013)

[42] SKJELDESTAD F. E. « Increased number of induced abortions in Norway after media coverage of adverse vascular events from the use of third-generation oral contraceptives ». *Contraception*. Janvier 1997. Vol. 55, n°1, p. 11-14

[43] QUEREUX C., GRAESSLIN O., MADELENAT P. « Thromboembolic disease and new progestagen. How can we decode the information? » *Gynécologie Obstétrique Fertil*. Février 2002. Vol. 30, n°2, p. 154-158.

[44] FRÉOUR P. « Pilule de 3e génération : une Française attaque un labo ». In : *sante.lefigaro.fr*, 2012. Disponible sur : <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/12/14/19577-pilule-3e-generation-francaise-attaque-labo> (consulté le 27 octobre 2013)

[45] INED. « L'âge au premier rapport sexuel ». 2006. Disponible sur : http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/53252/telechargement_fichier_fr_premiers_rapports_2010.pdf (consulté le 08/02/14)

[46] ANSM. « Evolution récente de l'utilisation des contraceptifs en France: contraceptifs oraux combinés (COC) et autres contraceptifs ». 5 Février 2014.

[47] Prescrire. « Patientes ménopausées ». Vol. 33. N°362 (suppl. interactions médicamenteuses). P 211-212. Décembre 2013

[48] INSEE. « Territoire - Nouvelles unités urbaines - Deux Midi-Pyrénéens sur trois vivent en ville ». Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=7&ref_id=17930&page=six_pages/6p_n137/6pages_n137page2.htm (consulté le 08/02/14)

[49] INSEE. « Département du Tarn (81) - POP4 - Population de 15 ans ou plus par sexe, âge et vie en couple (Âge quinquennal) ». Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP4&millesime=2010&niveau=2&nivgeo=DEP&codgeo=81 (consulté le 08/02/14)

[50] Bajos N. Bohet A. Le Guen M. Moreau C. équipe de l'enquête Fécond « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? ». Population & Sociétés. N° 492. Septembre 2012.

[51] ANAES. INPES. AFSSAPS. « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme ». 7 Décembre 2004.

[52] DREES. « Les interruptions volontaires de grossesse en 2011 ». Etudes et résultats. N° 843. Juin 2013. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er843.pdf> (consulté le 18/12/2013)

[53] Meniere R. « De la connaissance du bon usage de la contraception: apport de l'étude Epilule 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale. ». Thèse de doctorat en médecine. Nancy : université Henri Poincaré, 12 Octobre 2004. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2004_MENIERE_RENAUD.pdf (consulté le 12/01/2014)

[54] INPES « Les comportements de santé des jeunes - Analyse du baromètre santé 2010 - Sentiments d'information et craintes des jeunes en matière de santé », 2010. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/pdf/Sentiment-information-craintes-jeunes-en-matiere-sante.pdf> (consulté le 08/02/2014)

Annexe 1. Tableau des pilules contraceptives

	Marque de Pilule	Nombre de Comprimés	Oestrogène En microgm/comp	Progestatif En microgr/comp
Pilule De 1ère Génération	Triella	7 blancs 7 orangés 7 oranges	35 Ethynilestradiol 35 Ethynilestradiol 35 Ethynilestradiol	500 noréthistérone 750 noréthistérone 1000 noréthistérone
	Leeloo Gé / Lovavulo G	21	20 Ethynilestradiol	100 lévonorgestrel
Pilule De 2ème Génération	Optilova	21 blancs actifs 7 rouges inactifs	20 Ethynilestradiol	100 lévonorgestrel
	Minidril / Ludéal G	21	30 Ethynilestradiol	150 lévonorgestrel
	Optidril	21 jaunes actifs 7 rouges inactifs	30 Ethynilestradiol	150 lévonorgestrel
	Stédiril	21	50 Ethynilestradiol	500 norgestrel
	Adépal / Pacilia G	7 blancs 14 orangés	30 Ethynilestradiol 40 Ethynilestradiol	150 lévonorgestrel 200 lévonorgestrel
	Trinordiol / Daily G / Amarence	6 orangés 5 blancs 10 jaunes	30 Ethynilestradiol 40 Ethynilestradiol 30 Ethynilestradiol	50 lévonorgestrel 75 lévonorgestrel 125 lévonorgestrel
	Mélotia / Minesse / Edenelle	24 jaunes actifs 4 blancs inactifs	15 Ethynilestradiol	60 gestodène
Varnoline continu	21 jaunes actifs 7 blancs inactifs	30 Ethynilestradiol	150 désogestrel	
Pilule de 3ème Génération	Méliane / Carlin-20 / Felixita 20 Harmonet / Efezial 20	21	20 Ethynilestradiol	75 gestodène
	Mercilon / Cyléane 20 / Desobel Gé 20	21	20 Ethynilestradiol	150 désogestrel
	Monéva / Minulet / Felixita 30 Carlin 30 / Efezial 30	21	30 Ethynilestradiol	75 gestodène
	Varnoline / Cycléane 30 / Desobel Gé 30	21	30 Ethynilestradiol	150 désogestrel
	Cilest / Effiprev	21	35 Ethynilestradiol	250 norgestimate
	Phaeva / Tri-Minulet / Perléane	6 beiges 5 marrons 10 blancs	30 Ethynilestradiol 40 Ethynilestradiol 30 Ethynilestradiol	50 gestodène 70 gestodène 100 gestodène
	Triafémi / Tricilest	7 blancs 7 bleu ciel 7 bleu foncé	35 Ethynilestradiol 35 Ethynilestradiol 35 Ethynilestradiol	75 gestodène
	Jasmine	21	30 Ethynilestradiol	3 drospirénone
Pilule de 4ème Génération ou Nouveau Progestatif	Jasminelle	21	20 Ethynilestradiol	3 drospirénone
	Jasminelle continu	21 jaunes actifs 7 blancs inactifs	20 Ethynilestradiol	3 drospirénone
	Yaz	24 jaunes actifs 4 blancs inactifs	20 Ethynilestradiol	3 drospirénone
	Diane 35 / Holgyème Lumalia / Evépar Minerva	21	35 Ethynilestradiol	2 acétate de cyprotérone
Autres Pilules	Belara	21	30 Ethynilestradiol	2 acétate de chlormadinone
	Qlaira	2 jaunes foncés 5 rouges 17 jaunes clairs 2 rouges foncés 2 blancs inactifs	3 valérate d'estradiol 2 valérate d'estradiol 2 valérate d'estradiol 1 valérate d'estradiol 0 valérate d'estradiol	0 dienogest 2000 dienogest 3000 dienogest 0 dienogest 0 dienogest
Oestrogène «naturel»	Zoely	24 blancs actifs 4 jaunes inactifs	1500 estradiol	2500 nomegestrel acétate
Progestatifs Seuls Microdosés	Microval	28		30 lévonorgestrel
	Milligynon	28		600 noréthistérone acétate
	Cérazette / Antigone Gé	28		75 désogestrel
Progestatifs Seuls Normodosés	Lutenyl 5 mg	2 x 10		5 mg acétate de nomegestrol
	Luteran 10 mg	2 x 10		10 mg de chlormadinone
	Orgamétril	30		5000 lynestrenol

Annexe 2. Questionnaire

Votre âge?

- moins de 20 ans
- entre 20 et 30 ans
- entre 30 et 40 ans
- entre 40 et 50 ans

Votre lieu d'habitation?

- moins de 2000 habitants
- entre 2000 et 10 000 habitants
- plus de 10 000 habitants

Votre niveau scolaire?

- BEPC (brevet des collèges)
- CAP - BEP
- Bac professionnel
- Bac général
- Etudes supérieures

Votre situation familiale?

- en couple
- célibataire

Quelle est votre contraception actuelle?

- Pilule oestroprogestative, laquelle?
 - Connaissez-vous la génération de votre pilule? oui non
 - Si oui est-elle?
 - de 1^{ère} ou 2^e génération
 - de 3^e ou 4^e génération
- Pilule progestative (ex: Cérizette, Microval)
- Autre:.....

Vous utilisez ou avez utilisé une pilule oestroprogestative, pensez-vous avoir déjà eu des effets secondaires en rapport avec la prise de cette pilule?

- oui, lesquels:.....
- non

Si vous utilisez une pilule oestroprogestative, avez-vous eu récemment des interrogations / des craintes quant aux possibles effets secondaires de votre contraception?

- oui, lesquelles:.....
- non

Vous utilisiez une pilule oestroprogestative de 3e ou 4e génération et:

- vous l'utilisez toujours
- vous l'avez arrêté et n'avez plus de contraception
- vous avez modifié votre contraception, précisez quelle est la nouvelle:
.....

Si vous utilisiez une pilule oestroprogestative de 3e ou 4e génération, quelle(s) source(s) d'informations ont influencé le choix de votre contraception actuelle?

- Médecins généralistes
- Médecins spécialistes (gynécologues-obstétriciens, endocrinologues, ...)
- Télévision
- Journaux, revues, magazines
- Internet
- Radio
- Pharmacie
- Entourage (amis, famille, relations professionnelles, ...)
- Planning familial
- Autres:.....

Etes-vous satisfaite des informations que vous avez reçues concernant votre contraception?

- oui
- non

En particulier votre médecin généraliste a-t-il été une source d'informations fiable?

- oui
- non
- je ne l'ai pas consulté pour cela

Qu'attendez-vous de la part de votre médecin généraliste concernant votre contraception?

.....
.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Ludivine PEYROT

Polémique sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération : quel impact sur les femmes et leur contraception ?

Enquête descriptive auprès de 156 patientes du Tarn

Résumé :

Introduction. Les pilules oestroprogestatives (POP) représentent le principal moyen de contraception des françaises. Le risque thromboembolique veineux lié à ces pilules est connu depuis longtemps. Fin 2012, une plainte largement commentée dans les médias est déposée contre un laboratoire produisant ce type de pilule. Parallèlement, l'HAS décide le déremboursement des pilules de 3^{ème}/4^{ème} génération. Notre objectif principal est de décrire les changements intervenus depuis fin 2012 dans la contraception des femmes utilisant une POP de 3^{ème}/4^{ème} génération.

Méthode. Enquête descriptive via un questionnaire déposé dans les salles d'attente de 12 médecins généralistes du Tarn ciblant les femmes de 17 à 50 ans quelle que soit leur contraception.

Résultats. 149 questionnaires ont été analysés. 54% des patientes utilisaient une pilule dont les trois quarts avaient une POP. Dans le sous-groupe de patientes ayant utilisé récemment une POP de 3^{ème} ou 4^{ème} génération, 12% n'ont pas changé de pilule ; 29% ont arrêté complètement leur contraception ; 59% ont modifié leur contraception. En cas de changement elles ont choisi le plus souvent un stérilet (N = 14) ou une POP de 1^{ère}/2^{ème} génération (N = 10). La présence ou l'absence de craintes n'a pas influencé leur attitude. 85% des patientes de l'étude se considéraient bien informées sur la contraception. Elles n'ont pas forcément trouvé réponses à leurs questions dans les médias. Elles se sont plutôt tournées vers leur gynécologue. Seulement 43% des patientes ont parlé de contraception avec leur généraliste.

Conclusion. Le rôle du médecin généraliste dans la contraception doit être renforcé (valorisation, formation). Les risques liés à la contraception tels que les effets indésirables (vasculaires) et le risque de grossesse (et indirectement d'IVG) en cas d'arrêt doivent être bien expliqués lors d'une consultation dédiée. Il faut favoriser la diffusion d'informations fiables notamment dans les médias.

Mots-clés : contraception, médecin généraliste, pilule de 3^{ème}/4^{ème} génération, risque thromboembolique, médias, information

Abstract :

Introduction. Combined oral contraceptives (COCs) are the primary means of contraception for French women. Venous thromboembolic risk with these pills has long been known. End of 2012, a complaint widely reported in the media is lodged against a laboratory producing this type of pill. Meanwhile, the HAS decides delisting pills 3rd/4th generation. Our main objective is to describe the changes since the end of 2012 in contraception for women using COCs 3rd/4th generation.

Method. Descriptive survey using a questionnaire deposited in the waiting rooms of 12 GPs in the Tarn targeting women 17 to 50 years irrespective of contraception.

Results. 149 questionnaires were analyzed. 54% of patients used a pill and three quarters of them had a COC. Among the patients who recently used a COC 3rd or 4th generation, 12% don't change their pill; 29% have completely stopped their contraception; 59% changed their contraception. When they changed, they have most often chosen IUD (N = 14) or COC 1st/2nd generation (N = 10). The presence or absence of fear did not influence their attitude. 85% of patients in the study felt well informed about contraception. They don't necessarily have found answers to their questions in the media. Rather, they turned to their gynecologist. Only 43% of patients discussed contraception with their GP.

Conclusion. The role of the GP in contraception should be strengthened (development, training). Risks related to contraception such as side effects (vascular) and the risk of pregnancy (and indirectly abortion) in case of shutdown must be well explained during a dedicated consultation. We must encourage the dissemination of reliable information, particularly in the media.

Keywords : contraception, GP, pill 3rd/4th generation, thromboembolic risk, media, information