



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Sources d'information et moyens d'amélioration des connaissances sur la pilule oestroprogestative des femmes de 18 à 50 ans dans la région Nord-Pas-de-Calais : approche qualitative.

Présentée et soutenue publiquement le 22 Septembre 2014 à 13h30
Au Pôle Recherche
Par Florie Collard Donger

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Didier DEWAILLY

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Denis VINATIER

Madame le Docteur Sophie JONARD-CATTEAU

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Isabelle BODEIN

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
CECSC	Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPP	Comité de Protection des Personnes
CPSU	Centre Universitaire de Promotion de la Santé
DIU	Dispositif Intra Utérin
EPPM	Etude Permanente de Prescription Médicale
HAS	Haute Autorité de Santé
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
MSU	Maître de Stage Universitaire
PMI	Protection Maternelle Infantile
POP	Pilule Oestro Progestative
SAP	Stage Auprès du Praticien
SASPAS	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

Table des matières

1	Introduction.....	10
1.1	Avant-propos	10
1.2	La pilule oestroprogestative en France.....	11
1.2.1	Un peu d'histoire.....	11
1.2.2	Etat des lieux actuel	12
1.3	Les sources d'information.....	13
1.3.1	Types d'information et enjeux pour les patients.....	13
1.3.2	Revue de la littérature sur les différentes sources d'information des patientes sur la contraception	14
1.3.3	Les moyens déployés en France depuis 2001	15
1.3.4	Le modèle BERCER, recommandations HAS 2004	18
2	Matériels et méthodes	19
2.1	Type d'Etude.....	19
2.2	Population étudiée.....	19
2.3	Recueil des données	20
2.4	Analyse.....	21
2.5	Critères de scientificité	22
2.5.1	Saturation des données.....	22
2.5.2	Triangulation	22
2.5.3	Rétroaction	22
2.6	Règlementation	22
3	Analyse.....	23
3.1	Caractéristiques des patientes	23
3.2	Parcours contraceptif.....	24
3.3	L'information	26
3.3.1	La première information reçue.....	26
3.3.2	Les différentes sources d'informations citées	27
3.3.3	Le ressenti des patientes.....	31
3.4	Les freins.....	36
3.4.1	A la contraception	36
3.4.2	A l'information	38
3.5	Les moyens d'améliorer l'information en consultation	39
3.5.1	Continuer de développer l'information écrite	39
3.5.2	En consultation	40
4	Discussion	45
4.1	Les biais de l'étude	45
4.1.1	Les biais internes.....	45
4.1.2	Les biais externes.....	45
4.1.3	Le biais d'investigation	46
4.1.4	Le biais d'interprétation	46
4.2	Les forces de l'étude	47

4.2.1	La méthode qualitative	47
4.2.2	Le respect des critères de scientificité	47
4.3	Les principaux résultats et apport pratique	48
4.3.1	L'importance de la relation médecin-patient	48
4.3.2	Le rôle des autres sources d'information	50
4.3.3	Mettre en place des consultations dédiées.....	54
4.3.4	La place des groupes d'information.....	55
5	Conclusion	56
6	Références bibliographiques	57
7	Annexes.....	59

Résumé

Contexte : La mise en avant, par les médias, des problèmes liés aux pilules de 3^e et 4^e génération a provoqué un flot de questions et d'inquiétudes chez les patientes sous POP. L'objectif de cette étude est de recenser les sources d'information des patientes et selon elles les moyens que l'on peut mettre en place en consultation pour améliorer leurs connaissances.

Méthode : étude qualitative à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés, chez des patientes de 18 à 50 ans vivants dans le Nord-Pas-de-Calais.

Résultats : 38 femmes ont pu être interrogées. Le médecin généraliste n'est pas la première source d'information en matière de contraception. L'expérience personnelle ou d'un tiers prime sur le discours médical. Le gynécologue est la source médicale de référence pour la contraception malgré son manque parfois de disponibilité. Les difficultés de communication entre médecins et patientes sont souvent dues à un discours qui n'est pas assez vulgarisé pour la femme qui est en face. Les patientes sont très attachées à la relation de confiance qu'elles ont avec leur médecin et au temps consacré à la consultation. Elles sont aussi en demande d'une prescription plus individualisée. Une consultation obligatoire de prévention sur la contraception peut être un moyen d'informer les femmes tôt dans leur vie sexuelle pour éviter la survenue d'une grossesse non désirée.

Conclusion : l'étude qualitative a permis de mettre en évidence des témoignages concrets sur les femmes et leur vision de la contraception. C'est au médecin de prêter attention aux attentes et aux connaissances des patientes pour en améliorer l'information.

1 Introduction

1.1 Avant-propos

Depuis plus de 10 ans, le ministère de la santé et l'INPES multiplient les campagnes d'information sur la contraception, utilisant tous les médias à disposition pour apporter un maximum de supports aux patientes voulant accéder à un moyen de contraception. (Internet, spot publicitaire, brochure, affiche etc.) (1)

Malgré cela, en Décembre 2013, lorsqu'une patiente porte plainte contre les laboratoires fabriquant de pilule de 3e génération, les accusant d'être responsables de son handicap, nous avons été confrontés à une vague de patientes angoissées en consultation (en SAP, SASPAS, ou à l'hôpital) posant des questions sur leur contraception (quel type ? Quel risque ?etc.), comme si elles prenaient conscience à ce moment-là du caractère médicamenteux de la pilule contraceptive, nous mettant ainsi en évidence leur méconnaissance.

Dans leur rôle de soins de premier recours, les médecins généralistes ont une place prépondérante dans la prise en charge des femmes et de leur contraception. Selon le rapport EPPM (étude permanente de prescription médicale) de 1999 les généralistes prennent en charge 37,9% de la contraception féminine, les mettant en deuxième position dans la prise en charge de la contraception juste après les gynécologues (61,4%). (2)

Les femmes semblent mieux avisées sur la contraception et l'attitude en cas d'oubli si l'information provient du médecin généraliste ou du gynécologue. (3)

Dans notre étude, réalisée en binôme, nous avons voulu rechercher les connaissances des femmes des risques et des bénéfices de la pilule oestroprogestative, leurs sources d'information ainsi que selon elles, les moyens que l'on pourrait mettre en place en consultation pour améliorer leurs connaissances.

La partie concernant la connaissance des risques et des bénéfices est traitée dans une autre thèse. (4)

1.2 La pilule oestroprogestative en France

1.2.1 Un peu d'histoire

L'histoire de la pilule contraceptive débute dans les années 20, lorsque les scientifiques ont découvert que l'ovulation était bloquée durant la grossesse, par l'action d'hormones secrétées par les ovaires. Ce phénomène donna naissance vingt ans plus tard à la synthèse artificielle des hormones, faisant naître l'idée d'une solution contraceptive.(5)

C'est ainsi qu'est née la noréthistérone, découverte par le chimiste mexicain Luis Miramontes, avant d'être expérimentée par des travaux menés à Porto Rico sous la direction de l'américain Gregory Pincus en 1956. La commercialisation du composé actif de la pilule contraceptive est alors autorisée en 1960 par la Food and Drug Administration sous le nom d'ENOVID.

En Europe, c'est la Grande Bretagne qui, la première, expérimente la pilule. Le pouvoir politique français quant à lui refuse la légalisation de la contraception, toujours sous la loi de 1920 relative à la démographie(5). C'est ainsi qu'en 1961, se crée dans la clandestinité le premier centre de planification familiale à Grenoble. On y importe des pilules venues d'Angleterre et de Suisse. Leurs vertus contraceptives ne sont cependant pas mentionnées, ces petits comprimés sont réputés pour régulariser les règles.

C'est seulement en 1967 grâce à la loi Neuwirth, du nom du député qui l'a proposée: Lucien Neuwirth, que la contraception devient légale en France. En 1974, la sécurité sociale décide d'en rembourser l'achat, la même année une loi est votée pour permettre aux mineurs d'en avoir l'accès sans autorisation parentale.

En juin 1991, on assiste à la mise en vente de la pilule du lendemain sans prescription médicale, elle devient même disponible dans les écoles en décembre de la même année. En 2001, 10 ans plus tard elle devient gratuite pour les mineurs.

1.2.2 Etat des lieux actuel

La France est le 10e pays européen en termes de prévalence contraceptive, avec une prévalence d'environ 80% chez les femmes de 15 à 49 ans. (6)

Dans le panel de choix des méthodes contraceptives, la POP est la contraception la plus utilisée dans plus de 50% des cas de 18 à 39 ans, son utilisation diminue ensuite progressivement dans les tranches d'âge qui suivent au profit de méthodes à plus long terme ou définitives. (Tableau 1)

Méthode contraceptive	Age en années								Total 15-49
	15-17	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Pilule	37,3	55,2	63,3	61,1	49,9	40,3	35,9	25	44,7
Pilule + préservatif	14,5	23	11,7	4,7	1,9	0,8	0,5	1,3	4,6
Autre méthode hormonale	0,3	0,9	5,1	6,9	6,4	3,9	3	1,3	4
DIU	0	0	1,8	7,5	19,5	29	32,8	36,8	20,7
Préservatif	44,7	16,5	10,9	8,3	11	12,4	10,7	10,5	12,1
Autre	2,4	2,2	4,3	8,2	6	7,9	6,5	7,7	6,6
Stérilisation*	0	0	0,2	0	1,1	3,1	8,5	12,2	4,2
Aucune	0,9	2,3	2,7	3,3	4,3	2,4	2	5,1	3,1

*stérilisation contraceptive de la femme et de son partenaire
Source : enquête Fecond (Bajos 2012)

Tableau 1 : Méthode de contraception (en %) utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes.

En 2012, 50 % des POP utilisées étaient des pilules de 3e et 4e génération, dont la prescription a augmenté régulièrement au cours des dernières années, puis a fini par diminuer à partir de 2013 pour atteindre 39% en mars 2013. (7)

1.3 Les sources d'information

1.3.1 Types d'information et enjeux pour les patients

Les besoins en information des patients sont nombreux. Mieux informé, le patient se prend en charge plus efficacement. Les professionnels de santé sous-estiment parfois le désir et la capacité du patient de recevoir de l'information. Différentes enquêtes montrent que les patients sont en moyenne mécontents de la communication qu'ils ont avec leur médecin. (8)

On peut distinguer plusieurs types d'information selon le rôle qu'elle est susceptible de jouer. Les patients peuvent utiliser l'information pour connaître une maladie, choisir des traitements, participer à une prise en charge. Par ailleurs ils produisent eux-mêmes une information qui accessible, permet une meilleur coordination de soin.

1.3.1.1 *L'information pour connaître, choisir et participer*

L'information pour connaître sert de diverses manières au patient :

- la compréhension de la maladie permet de comprendre le problème de santé qui est en jeu, de comprendre le pronostic, les examens, les résultats. Cela permet d'aboutir à :
- une meilleure gestion de la maladie, notamment dans les maladies chroniques où l'effet positif du rôle actif du patient n'est plus à prouver. (9)
- La décision médicale qui se prend en accord avec le patient, repose sur sa connaissance des traitements possibles et ses préférences en matière de santé.
- Rôle sur la prévention : un patient bien informé peut modifier un comportement néfaste pour sa santé.

1.3.1.2 L'information pour produire et coordonner

Les patients produisent des informations de santé lorsqu'ils racontent leur histoire médicale, lorsqu'ils expriment des symptômes, lorsqu'ils gèrent un dossier médical (carnet de santé, résultats d'examens, compte rendu etc.). Les patients jouent un rôle important en communiquant ces informations aux professionnels de santé qu'ils rencontrent, devenant ainsi leur propre coordinateur entre les différents acteurs médicaux.

1.3.2 Revue de la littérature sur les différentes sources d'information des patientes sur la contraception

L'arrivée d'internet ces dernières années a modifié la façon de se renseigner des patients ainsi que leur relation avec leur médecin. En effet selon une étude américaine PEW INTERNET 2000 (10) plus de la moitié des américains (60%) recherchent des informations sur internet avant une consultation médicale.

Selon la « Health information national trends Survey », le médecin est cité comme première source d'information sur la santé, 50% des patients iraient idéalement demander directement à leur médecin une information mais 48% avouent finalement regarder d'abord sur internet. (11)

Malgré tout internet n'est pas la principale source d'information, notamment en termes de contraception. Une étude finlandaise en 2007 retrouve le médecin en première source d'information sur la contraception concernant les bénéfices, mais ce sont la famille et les amis qui sont la principale source concernant les risques. (12)

Dans le même registre, deux études qualitatives menées en 2004 (13) et 2011 (14), retrouvent l'expérience personnelle ou d'une connaissance comme principale source d'information : « elles avaient tendance à mettre en avant des expériences anecdotiques plutôt que l'information provenant d'un professionnel de santé. ». On retrouve une certaine méfiance vis-à-vis des médecins : « les expériences personnelles ou d'une tierce personne semblent toujours plus convaincantes sur les méthodes contraceptives. ».

En 2003, une étude publiée dans le « journal of the American medical women's association » retrouve même les acteurs de santé en troisième position derrière l'expérience personnelle et les sources d'information papier (type notice). Ce sont même ces dernières qui sont la première source lorsque le patient s'interroge sur la relation entre POP et risque cardiovasculaire ou risque de cancer. (15)

Le rapport de l'INPES de mars 2007 (16) retrouve des résultats en partie différents en France par rapport aux autres pays : ainsi la première source d'information retrouvée est l'entourage (67%) devant le personnel médical (64%) et les médias (3%) loin derrière. Le personnel médical reste la source d'information la plus sûre à 55%, devant les médias à 47%. 10% des personnes interrogées disaient être déjà allé chercher des informations sur internet, on retrouvait parmi ces patients une proportion plus grande de moins de 30 ans.

Ces résultats interpellent sur la place du médecin dans la prise en charge du patient et de son moyen de contraception. Comment faire pour que le médecin, alors considéré comme source de confiance par la population française, devienne la première source d'information des patients ?

1.3.3 Les moyens déployés en France depuis 2001

D'après les résultats de l'étude de l'INPES « Les Français et la contraception », la grande majorité des utilisateurs d'un moyen de contraception se déclarent satisfaits (95 %) et même très satisfaits (79 %) du moyen qu'ils utilisent. Les Français sont également nombreux à avoir connaissance de la diversité des méthodes contraceptives. La pilule et le préservatif masculin sont connus par plus de 97 % des Français, et le stérilet par 93 %. (16)

Pourtant les niveaux de connaissances « techniques » sur le sujet demeurent basiques. Les idées reçues restent encore nombreuses et montrent des lacunes sur le cycle féminin et l'utilisation des méthodes contraceptives.

De plus, la France se retrouve dans un paradoxe, ayant d'un côté une des prévalences européennes les plus élevée en terme de couverture contraceptive, et de l'autre un taux d'IVG qui reste stable mais à un niveau élevé (plus de 200 000 par an).

Dès janvier 2002, l'INPES et le ministère de la santé lance la campagne : « la contraception, ne laissez pas l'imprévu décider à votre place. ». Elle présente les sept moyens de contraception (Les anneaux contraceptifs, les contraceptifs oraux, les contraceptifs d'urgence, les implants contraceptifs, les patchs contraceptifs, les DIU et les spermicides) et vise notamment à développer une politique active en matière de contraception et plus largement en matière de droits des Femmes.

En mars 2006, à l'occasion des 50 ans du mouvement pour le planning familial, le gouvernement annonce la reprise de la communication nationale sur la contraception.

En mars 2007, l'INPES sort le rapport de l'étude « les Français et la contraception »(16) ayant pour objectif de dresser un état des lieux des connaissances et des opinions de la population par rapport aux moyens de contraception afin d'aider à mieux orienter sa prochaine campagne d'information sur les méthodes contraceptives.

En septembre 2007, la nouvelle campagne d'information est portée par le slogan « la meilleure contraception c'est celle que l'on choisit » composée de :

- A destination du grand public : des spots TV et radio, la création du site : choisirsacontraception.fr, une brochure et un numéro gratuit.

- A destination des professionnels de santé : un emailing de mobilisation, une rubrique spécialisée sur le site choisirsacontraception.fr, la publication de « comment aider une femme à choisir sa contraception » (Annexe 1) et d'un kit pour les salles d'attente.

Octobre 2008 : « les jeunes parlent aux jeunes ». Afin de recentrer la discussion autour de l'âge des premiers rapports sexuels, une série de programmes courts est présentée aux 15-20 ans, où des jeunes parlent aux jeunes de leurs préoccupations et de leurs questions par rapport à la contraception et à la sexualité.

Juin 2011 : campagne de sensibilisation sur la contraception d'urgence : « la contraception d'urgence, combien de temps pour en bénéficier ». A partir du 18 juin, les médecins reçoivent les informations concernant la campagne via leur logiciel professionnel.

En octobre 2011 l'INPES s'interroge, les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ?

- Lancement de la campagne : « Certaines femmes pensent à leur pilule quoi qu'il arrive. Si vous avez tendance à l'oublier, il y a d'autres contraceptifs plus adaptés. »

Cette campagne s'adresse aux jeunes femmes de 25-35 ans sous contraceptif oral avec pour objectif de diminuer le nombre de grossesse non désirée. Les professionnels de santé reçoivent un nouveau document : « la contraception : comment mieux la personnaliser ? » (Annexe 2) ainsi qu'une carte : « que faire en cas d'oubli de pilule ? » (Annexe 3) qu'ils peuvent remettre à leurs patientes lors de la prescription de pilule.

Mai 2013 : nouvelle campagne afin de mettre en valeur la diversification des moyens de contraception qui restent méconnus ces dernières années : « la contraception qui vous convient existe ». Un schéma contraceptif persiste en France. On entre dans la sexualité avec le préservatif, la pilule prend le relais lorsque la relation s'installe et un dispositif intra utérin est proposé lorsque le nombre d'enfant désiré est atteint. Or, si ces contraceptifs sont adaptés à un moment de vie, ils peuvent au fil du temps ne plus correspondre à la situation affective ou médicale des patientes. Adapter le contraceptif à son mode de vie, garantit une contraception plus efficace. (17)

1.3.4 Le modèle BERGER, recommandations HAS 2004

En 2004, l'HAS propose à la demande de la direction générale de la santé, avec la collaboration de l'AFSSAPS (aujourd'hui ANSM) et de l'INPES d'aborder la contraception en considérant des critères démographiques, psychologiques, économiques et sociaux en plus des critères simplement médicaux. « L'objectif essentiel est devenu la recherche de la meilleure adéquation entre la méthode contraceptive préconisée et le parcours de chaque femme, ceci au travers d'une relation soignant-consultante qui favorise l'aide au choix plutôt qu'au travers d'une simple prescription. ». (1)

La première consultation de prescription d'une contraception se doit d'être une consultation dédiée sur le modèle BERGER :

- **Bienvenue** : créer une relation de confiance pour aborder sereinement le sujet de la contraception
- **Entretien** : cette phase a pour objectif de recueillir des informations sur la patiente, tant en terme de renseignement médicaux (antécédents personnels et familiaux) qu'en terme d'attente en matière de contraception, d'éventuelles expériences ou sa vision des choses.
- **Renseignement** : cette phase concerne l'information délivrée à la patiente sur les différents choix possibles, les bénéfices, les risques (même exceptionnels), les avantages et les inconvénients. Le soignant doit alors s'assurer de la bonne compréhension de la patiente.
- **Choix** : le choix appartient à la patiente seule. Le soignant doit s'assurer de l'adhésion de la patiente au type de contraception choisie.
- **Explication** : cette phase concerne l'explication plus poussée du mode de contraception choisit, ainsi que la conduite à tenir en cas de rattrapage nécessaire.
- **Retour** : les consultations de suivi permettent de réévaluer la méthode, son adéquation avec le mode de vie de la patiente. Le soignant s'attache également à répondre aux questions que se pose la patiente.

2 Matériels et méthodes

2.1 Type d'Etude

La méthode choisie pour ce travail est la recherche qualitative par entretiens individuels semi dirigés. C'est une méthode inductive et compréhensive. Elle a été réalisée en binôme (deux thésardes) pour augmenter la validité des résultats. Suite à la nouvelle réglementation des thèses, le sujet a été divisé en deux parties distinctes et complémentaires mais le recueil et l'analyse des données sont communs aux deux thèses.

Le choix de cette méthodologie a été motivé par l'envie de recueillir le point de vue des patientes, leur vécu et leurs expériences personnelles. De plus cela nous permettait de mettre en évidence des « fausses croyances » ou des idées que nous n'avions pas évoquées au préalable.

Le recueil des données par entretien demande également une écoute et une compréhension de l'avis des patientes qui sont des éléments très importants dans la pratique de la médecine générale.

2.2 Population étudiée

Nous avons choisi d'interroger les femmes entre 18 et 50 ans. L'âge de 18ans qui est l'âge de la majorité française a été défini pour des raisons éthiques et pratiques (nécessité de demande d'autorisation des parents pour les personnes mineures). L'âge supérieur de la population étudiée a été fixé de façon arbitraire car il correspond à l'âge moyen de la ménopause donc la période où les méthodes contraceptives ne sont en général plus nécessaires pour la femme.

Les patientes ont été recrutées dans l'entourage proche des deux enquêtrices pour les premiers entretiens réalisés et ensuite auprès des connaissances des premières femmes interrogées : recrutement en « boule de neige ». Les autres entretiens ont été réalisés auprès de femmes hébergées ou travaillant dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale de Lille, au décours de consultations en cabinet de médecine générale lors du stage ambulatoire, en consultation de gynécologie à l'hôpital Jeanne de Flandres à Lille et à l'hôpital d'Hazebrouck et dans le service de suites de couches de l'hôpital de Lens. Au total 38 femmes ont été interrogées.

Les femmes interrogées vivaient toutes dans la région Nord-pas de calais lors de la réalisation de l'entretien.

L'échantillonnage est en variation maximale c'est-à-dire qu'on ne recherche pas la représentativité de la population mais l'âge ainsi que les catégories socioprofessionnelles des femmes sont les plus variés possibles afin de recueillir une plus grande diversité d'opinion lors des entretiens. (18)

2.3 Recueil des données

Les données ont été recueillies lors d'entretiens individuels semi structurés. Un canevas d'entretien regroupant treize questions ouvertes et quelques questions de relance a été réalisé au préalable afin d'évoquer les principaux thèmes du sujet. Les deux premières questions étaient très larges et avaient pour but de mettre en confiance les interlocuteurs (Annexe 4). Ce canevas a été testé auprès d'un MSU afin d'en vérifier son réalisme et sa pertinence

Ce canevas a été modifié après les premiers entretiens car certaines questions se sont avérées peu pertinentes ou mal comprises par les personnes interrogées. Cette réflexivité des chercheurs est un critère de validité scientifique en recherche qualitative. Ce canevas avait pour but d'orienter l'entretien mais restait souple et les deux enquêtrices étaient libres de relancer la discussion sur les points qui n'avaient pas été assez développés. Elles pouvaient aussi recentrer l'interlocuteur sur le sujet abordé si la conversation s'en éloignait trop.

Avant chaque entretien un formulaire de consentement a été remis aux patientes (Annexe 5).

Chaque entretien était enregistré à l'aide d'un dictaphone sur smartphone iPhone 4S*. L'enregistrement audio des entretiens permet une retranscription exacte. La durée des entretiens varie de 5 à 45 minutes environ.

Le lieu choisi de réalisation de l'entretien dépendait du mode de recrutement des patientes. Certaines ont été interrogées à leur domicile, dans leur chambre d'hôpital ou enfin dans une salle de consultation.

Après chaque entretien une fiche d'information sur la pilule oestroprogestative était remise à la patiente. Cette fiche a été imprimée à partir du site www.choisirsacontraception.fr (Annexe 6).

Nous souhaitions compléter les entretiens individuels par des entretiens collectifs (focus groups) mais aucune volontaire ne s'est présentée. Des affiches avaient été accrochées en salle d'attente et sur le bureau de consultation d'un cabinet de médecine générale lors du stage ambulatoire avec une première date proposée. D'autres ont été accrochées dans la salle d'attente du CPSU (Centre Universitaire de Promotion de la Santé) de Lille avec une deuxième date proposée sans succès.

2.4 Analyse

L'analyse des données a été effectuée au fur et à mesure de la réalisation des entretiens. Le logiciel Nvivo 10* a été utilisé pour le codage. Chaque entretien a été analysé par les deux thésardes.

Chaque idée évoquée lors des entretiens a été classée en « nœuds » ou thèmes et sous thèmes.

2.5 Critères de scientificité

2.5.1 Saturation des données

La saturation des données c'est-à-dire lorsque les entretiens n'apportent plus d'élément nouveau a été obtenue après 35 entretiens. Trois entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer cette saturation.

2.5.2 Triangulation

Le recueil et l'analyse des données ont été effectués par deux thésardes afin de limiter les biais d'interprétation. La variation des techniques de recueil n'a pu être effectuée compte tenu de l'absence de volontaires pour les entretiens collectifs.

2.5.3 Rétroaction

L'analyse n'a pas été soumise aux participantes pour vérifier l'interprétation des entretiens compte tenu du nombre d'entretiens réalisés et de l'absence des coordonnées des patientes interrogées.

2.6 Règlementation

Une déclaration auprès du CPP (Comité de Protection des Personnes) et de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) a été effectuée. (Annexe 7)

3 Analyse

3.1 Caractéristiques des patientes

Pour cette étude, 38 patientes ont été interrogées. Elles étaient âgées de 18 à 49 ans.

13 patientes étaient recrutées dans l'entourage des enquêtrices avec un effet boule de neige. 5 patientes étaient interrogées dans un centre d'accueil famille de Lille 9 patientes étaient vues lors d'une consultation en cabinet de médecin générale. 5 patientes étaient interrogées dans leur chambre en service de maternité au centre hospitalier de Lens. Enfin 2 patientes étaient vues après leur consultation de gynécologie au centre hospitalier Jeanne de Flandres de Lille et 4 au centre hospitalier d'Hazebrouck.

Parmi elles, 15 prenaient une pilule oestroprogestative (11 de 1^e ou 2^e génération, 4 de 3^e ou 4^e génération), 2 étaient sous implant, 4 portaient un DIU, une patiente utilisait le préservatif, une l'anneau vaginale et une patiente un micro progestatif, enfin 14 patientes n'utilisaient plus aucun contraceptif au moment des entretiens (6 patientes souhaitaient tomber enceinte, ou étaient enceintes ou étaient encore à la maternité, 3 patientes avaient arrêté à cause des effets secondaires, 2 patientes étaient ménopausées, 1 patiente était stérile, 1 patiente était en attente d'une contraception définitive, 1 patiente n'a pas évoqué de raison particulière.).

Sur le plan socioprofessionnel, 11 patientes étaient salariées, 10 étudiantes, 6 cadres, 4 exerçaient une profession libérale, 3 femmes étaient mères au foyer, une appartenait à la catégorie ouvrière et 3 patientes se déclaraient sans profession.

Les caractéristiques des femmes interrogées (âge, catégories socioprofessionnelles, moyens de contraception actuels et recrutement) sont regroupées dans un tableau en Annexe 8

3.2 Parcours contraceptif

La contraception est prescrite souvent à l'adolescence et pour différentes raisons :

- Pour son effet contraceptif :
 - En première intention :

9 : « C'était mieux parce que par rapport à mes règles aussi, c'était plus pour me protéger par rapport à des rapports quoi. »

32 : « c'était juste pour la contraception. »

- Ou après une grossesse non désirée :

27 : « En fait c'était parce que j'étais tombée enceinte, et c'était en sortant de la maternité »

- En traitement adjuvant pour la prise en charge de l'acné :

11 : « J'prenais quand j'avais 16-17ans la diane 35 qui m'avait été présentée pour euh justement pour les problèmes de peau et que j'ai arrêté en fait au bout de 2-3ans »

8 : « J'ai commencé la pilule super jeune parce que j'ai fait un traitement pour l'acné assez fort, ROACCUTANE »

- En cas de dysménorrhée, de ménorragie ou de cycles irréguliers :

34 : « J'ai commencé à la prendre adolescente parce que j'avais des règles douloureuses irrégulières donc à l'époque comme j'étais mineure ma mère m'avait accompagnée chez le gynéco tout ça donc j'ai commencé à la prendre à mon avis je devais avoir entre 16 et 17 ans sans doute »

20 : « J'avais vraiment des flux très importants donc on m'a dit que ça allait aussi réduire »

- Une patiente nous a cité la volonté de prendre du poids :

14 : « Quand j'ai commencé à prendre la pilule à 16 ans je cherchais à prendre du poids et j'avais du mal et la pilule ça m'a aidée »

Il ressort de l'entretien des patientes le même schéma contraceptif : préservatif en début d'activité sexuelle puis passage à la pilule contraceptive dès que l'on est dans une relation affective stable, puis pose d'un stérilet une fois que l'on a eu ses enfants :

13 : « Typiquement pour une relation pas très stable, le préservatif c'est confortable »

25 : « Ça fait longtemps que je suis avec mon copain donc forcément à un moment tu changes »

36 : « Après mes accouchements en fait je voulais plus reprendre la pilule, je voulais un moyen entre guillemets plus définitif quoi voilà. Le stérilet c'est à plus long terme on va dire. »

19 : « On pense à d'autres moyens un moment quand on a plus envie d'avoir des enfants et que on peut passer peut-être à autre chose comme un stérilet. »

Ce parcours stéréotypé est cependant modifié par des évènements de vie intercurrents :

- Mauvaise tolérance :

17 : « Et enfin ça allait pas du tout donc j'ai arrêté, depuis ce jour-là j'en ai plus repris en fait, ça fait bien 1 an que j'en prends plus. »

- La survenue d'une grossesse non désirée :

27 : « Avec la pilule bah je suis tombée déjà deux fois enceinte. Donc bah c'est pour ça maintenant je mets l'implant. »

- L'apparition d'une pathologie gynécologique :

24 : « Je suis passée par pleins de générations, parce qu'avec la polémique de la 3e génération, j'ai rebasculé sur la 2e entre temps j'ai eu un kyste et donc j'ai pris de la progestérone, fin... donc euh... c'est vrai que je suis passée par plusieurs trucs, là j'suis retournée sur LEELOO »

- Après un accouchement ou lors de l'allaitement :

23 : « C'est TRINORDIOL et sinon quand j'ai allaité mon dernier et puis là maintenant que j'allait, je vais reprendre MICROVAL. »

3.3 L'information

3.3.1 La première information reçue

La première information reçue concernait :

- L'indication :

9 : « C'était pour pas tomber enceinte. »

- Les différents moyens existants :

7 : « Toutes les contraceptions, comment ça marchait, à quoi ça servait, euh... dans quelles circonstances, contre quelles protections »

- Le mode de fonctionnement :

11 : « C'était une sorte d'hormone en fait qui bloquait bah justement le... l'ovulation. »

- Le contenu de la pilule contraceptive :

14 : « Comment ça fonctionnait la pilule que avait deux types d'hormones du coup c'est les œstrogènes »

- Les risques et les bénéfices possibles :

18 : « Enfin ça a pas été que les avantages, j'ai eu tous les... tous les risques qui ont été donnés en même temps. »

- Les effets indésirables et les signes devant amener à consulter :

18 : « C'que je devais dire si... enfin si elle m'allait pas c'que j'allais avoir si jamais ce n'était pas la bonne enfin des choses comme ça quoi. »

3.3.2 Les différentes sources d'informations citées

3.3.2.1 Les amis, la famille

L'entourage proche est la source d'information citée par toutes les patientes interrogées.

Cette source concernait principalement l'information sur les effets secondaires :

28 : « Y'a ma fille ainée, bah elle a un copain elle prend la pilule, elle a souvent mal au ventre, donc je n'sais pas euh... ils lui ont dit que c'n'était pas ça mais... moi j'pense que c'est ça. »

15 : « Au final même ma cousine j'crois elle a ça du coup elle a pris pleins de kilos après on sait jamais si c'est lié ou pas mais... Voilà. »

23 : « Bah avec les copines, pour voir elles ont quoi comme moyen de contraception tout ça, on parle. »

Parfois l'entourage se substitue au professionnel de santé qui n'a pas su donner une information claire :

33 : « Je suis allée chez le médecin un examen gynéco on m'a donné la pilule et c'est vrai que le médecin par lui-même non c'est plus ma mère parce qu'on était très ma mère elle était très ouverte sur ce genre de choses. »

3.3.2.2 Les médecins

- Le gynécologue

Le gynécologue est aussi une source importante pour avoir des renseignements sur les différents moyens de contraception (cité par 32 patientes).

14 : « Quand j'entrerais j'irais prendre un rendez-vous chez la gynéco et changer de pilule pour plus de sureté quoi. »

19 : « Je vais chez ma gynéco donc voilà, non elle est vraiment ouverte, et non, mais j'ai confiance en ma gynéco. »

- Le médecin généraliste

Le médecin généraliste est une source citée surtout par rapport à sa disponibilité et à sa proximité.

22 : « Je demande à mon médecin, tout le temps. Quand j'ai quelque chose que je n'comprends pas, je vais voir mon médecin et je lui demande. »

33 : « C'était le médecin traitant ou alors si j'allais si j'avais rendez-vous rapproché (avec le gynécologue) et que j'n'avais pas de réponse toujours à ma question je la posais et j'ai jamais eu de soucis. »

3.3.2.3 Les médias

Différents médias sont mis en avant comme source par les patientes.

- internet

Internet est une des sources d'information les plus facilement accessibles.

24 : « J'utilisais ça avant (*la notice*) maintenant c'est vrai que c'est tellement plus simple avec internet ça va tellement plus vite que c'est souvent internet que j'consulte »

De plus des plateformes informatiques existent tel que www.choisirsacontraception.fr

24 : « Je regarde les sites qui sont... fin genre choisir sa pilule, je sais plus quel site a fait ça exactement mais il était super bien fait. »

Néanmoins c'est une source dont les patientes se méfient.

8 : « Genre les sites au féminin.com et tout ça. T'as des trucs intéressants bon après t'as des trucs un peu bidon mais en général... »

20 : « Sur internet mais faut vraiment se méfier ça fait plus peur qu'autre chose. »

- la télévision, la presse

Les informations via la télévision ou les journaux sont citées comme une source d'information mais uniquement en cas de mise en garde contre des effets dangereux.

13 : « les médias on fait peur à tout le monde. »

31 : « peut-être un peu plus parce qu'ils nous en ont parlé aux infos tout ça que c'était un peu dangereux tout ça. »

4 : « je pense qu'ils n'ont pas été assez explicatifs à la télé savoir pourquoi c'était dangereux pourquoi il fallait consulter. »

- les brochures, les affiches

Certaines patientes ont évoqué les affiches et les brochures que l'on pouvait trouver dans les cabinets médicaux ou à l'hôpital.

8 : « quand tu vas chez la gynéco de toute façon, c'est placardé partout, t'as d'énormes posters avec tous les moyens de contraception. »

- la notice

La notice présente dans les boîtes de pilule est une bonne source d'information en cas d'oubli de l'information donnée pendant la consultation.

13 : « par exemple j'oubliais une journée bah je regardais comment il fallait que je fasse, tout était expliqué et je me référais que à ça. »

Parfois elle sert d'information quand celle-ci n'a pas été donnée en consultation.

14 : « on m'a pas trop dit même pas du tout, c'est pour ça que je regardais tout le temps sur le mode d'emploi. »

Certaines patientes n'ont pas reçu d'information mais estiment que la notice suffit.

34 : « je ne pense pas que le médecin m'avait mis en garde par rapport à ça quoi mais bon après on pouvait le lire quand même assez facilement sur la notice quoi... »

3.3.2.4 L'école

L'information délivrée à l'école est de deux ordres : d'une part les cours de biologie qui enseignent le fonctionnement du corps humain et d'autre part l'intervention du planning familial dans les écoles et la mise en place de cours sur la sexualité et les moyens de contraception.

15 : « bah déjà en cours de bio en terminale on nous expliquait le fonctionnement purement médical quoi ! Fin purement scientifique. »

29 : « J'avoue que j'ai eu enfin pas mal de prévention quand j'étais au lycée. »

3.3.2.5 Les paramédicaux

- la PMI (Protection maternelle infantile), le planning familial, les sages-femmes

11 : « bah y'a des centres qui sont spécialisés voilà que ce soit au niveau du planning familial. »

29 : « c'était à la maternité, du coup ma sage-femme qui était, qui me suivait à la maternité. »

- le pharmacien

Le pharmacien qui délivre la pilule est une source d'information surtout quand les questions n'ont pas été abordées en consultation.

27 : « à la pharmacie. Eux ils sont aptes à répondre en fait. Donc quand j'ai été la chercher pour la première fois, eux ils m'ont expliqué comment la prendre. Et puis comment faire en fait. »

Le pharmacien est également là en cas d'urgence.

22 : « par contre si on l'oublie, bah fallait courir chez le pharmacien pour la pilule du lendemain. »

3.3.2.6 D'autres spécialités

- le dermatologue

La pilule étant souvent prescrite à l'adolescence en complément des traitements de l'acné, le dermatologue est un interlocuteur fréquent.

14 : « ma dermato puisque à la base c'est elle qui m'a prescrit la pilule. »

3.3.3 Le ressenti des patientes

3.3.3.1 Le ressenti sur l'information donnée

- Un ressenti plutôt positif :

Certaines patientes se sentaient bien informées sur la pilule contraceptive, que ce soit dès le début :

1 : « j'ai pas à me plaindre j'ai été bien informée en général on prend le temps de discuter des différents traitements contraceptifs... enfin des différents contraceptifs. »

Ou pour certaines à force d'informations répétées :

24 : « là maintenant je suis peut être aussi un peu plus détendue par rapport à ça parce que je me suis rendue compte que bon je sais plus de choses au fur et à mesure du temps aussi quoi. »

D'autres n'ayant jamais eu de problèmes liés à leur pilule ne se posent pas de question et ne sont pas en demande d'information.

25 : « J'ai jamais eu aucun... aucun signe de quoi que ce soit donc du coup forcément je me suis pas posée plus de question. J'l'ai prise un peu bêtement hein on va dire. »

- Un ressenti parfois négatif :

Certaines patientes regrettent le manque d'information sur les effets négatifs et sur les situations à risques :

7 : « ils m'ont dit que les points positifs (...) j'entendais pas parler des points négatifs. »

D'autres avancent un manque de répétition de l'information avec pour conséquence des difficultés de compréhension surtout en début de prescription :

14 : « c'est seulement si tu fumes ça j'ai appris au moment de la polémique je l'savais pas on avait dû m'le dire j'avais oublié mais on m'l'avait pas assez dit...j'pense. »

22 : « au départ j'ai eu du mal à comprendre hein, franchement, parce qu'on est pas euh... on connaît pas euh... on sait même pas quand est-ce que... on doit le prendre le premier jour, si il faut la prendre le premier jour des cycles, ou si il faut la prendre à deux trois jours après, donc ça a été dur, mais après ça été tout quoi. (...) Pour une jeune fille de 17-18 ans, il faut vraiment bien... bien expliquer parce que sinon on comprend rien. »

Pour quelques patientes, le manque d'information s'est fait sentir lors de la polémique autour des pilules de 3^e et 4^e génération :

28 : « Mais quand on regarde maintenant avec toutes les conséquences sur la santé, on se demande si on a été bien informé. (...) je pense que les personnes étaient pas assez au courant. »

Ou lors d'un changement non expliqué de contraception :

29 : « je sais plus enfin à part ça y'avait pas particulièrement de raisons et à partir de là ça a quand même été moins bien. »

Tout ceci contribue à une impression de prescription trop facile de la pilule

31 : « la pilule y'a quand même des choses qui peuvent être néfastes pour certaines personnes et pas pour d'autres mais voilà c'est on la donne trop facilement quoi je pense... »

3.3.3.2 La relation soignant-soigné

- Une relation de confiance :

La relation médecin-patient passe avant tout par un rapport de confiance l'un à l'autre, surtout dans les moments d'interrogation.

3 : « Enfin ouais sur le coup aux infos et tout ça, ça m'a fait un peu flipper mais bon après en en discutant avec la gynéco j'ai tout de suite été rassurée en fait. »

Cette relation est toujours bien perçue quand le médecin prend le temps d'écouter les plaintes et les demandes des patientes :

35 : « ici c'est quand même génial quoi j'ai quand même la chance d'avoir quelqu'un qui prend énormément de temps qui explique les choses qui écoute donc là pour l'instant question amélioration je peux pas parce que j'ai vraiment le summum. »

Certaines patientes font pleinement confiance au médecin et en oublient d'être actives dans leur prise en charge :

8 : « Moi je suis assez bête et disciplinée, donc quand un médecin me dit bah on va changer, je change quoi. »

- Le manque de communication :

Le manque de communication se fait sentir quand le médecin n'adapte pas son discours au patient qu'il a en face de lui créant une méfiance :

2 : « mais ça reste très vague comme par exemple pour les pilules 4^e 3^e génération là elle m'a sorti son le petit papier à mon avis qu'ils ont tous reçu à la maison avec leurs statistiques et leurs machins et elle m'a sorti exactement le même discours qu'une autre avant donc je me suis dit que enfin c'était pas très net. »

La relation est aussi difficile quand le médecin ne prend pas suffisamment en compte les plaintes de la patiente :

30 : « je l'ai vraiment je l'ai vraiment mis de côté et pour le coup mes sensations vont passer devant le médecin qui va pouvoir me faire son m'expliquer la pilule fin vraiment mes sensations vont passer avant donc je vais lui dire ça m'intéresse pas. »

L'aboutissant de ces échecs dans la relation de confiance est un changement de source de référence pour les patientes :

30 : « j'fais plus confiance à l'expérience des uns et des autres qu'aux médecins en fait. »

- La remise en cause des capacités et du savoir du médecin :

Plusieurs patientes ont remis en cause les compétences et la crédibilité des médecins (surtout du médecin généraliste) par manque de communication avec eux :

26 : « et les médecins avaient tendance à dire oh vous pouvez le faire vous enchaînez quelques tablettes comme ça vous êtes tranquille vous avez pas de règles et euh j'trouvais ça hyper bizarre que les médecins puissent dire ça. »

31 : « je sais pas si les médecins s'ils s'y connaissent vraiment complètement en pilule en fait. (...) j'sais pas s'ils sont capables de répondre aux questions des patients réellement. »

3.3.3.3 La méfiance vis-à-vis des médias

- Internet : une source fréquemment utilisée mais controversée :

Les patientes s'accordent pour dire qu'internet est une source facile d'information, aujourd'hui accessible à presque tous. Mais elles restent très critiques quant aux informations qu'elles peuvent trouver sur internet.

14 : « sur internet on va direct tomber sur euh un forum genre forum au féminin forum nana des gens qui discutent entre eux sans aucune connaissance médicale de problèmes médicaux. »

Certaines se fient plus aux sites références tel que « choisirsacontraception.fr »

24 : « fin je regarde un peu ce qui paraît vraiment le plus officiel qu'officieux quoi sur internet. J'essaye de me fier à ça en fait. »

Internet ne remplace pas une relation en face à face avec un médecin généraliste ou un gynécologue :

28 : « mon médecin il m'a dit une fois, arrêtez de regarder sur internet parce que y'a des moments c'est écrit n'importe quoi. Donc euh... j'ai arrêté de regarder sur internet. »

37 : « j'avais un suivi je préférais avec ma gynéco je préférais poser la question directement, mais pas... avoir ma liste de questions pour la consultation mais pas aller voir sur internet, je préférais l'échange en direct. »

- Les médias : une source qui effraie par les polémiques.

Lors de la polémique autour des pilules de 3^e et 4^e génération, les informations relayées par les médias ont été perçues comme insuffisantes et ont fait peur au lieu de relayer une information claire et compréhensible par les patientes.

13 : « j'ai trouvé ça complètement absurde enfin les médias on fait peur à tout le monde. »

15 : « après ben de toute façon dans la presse ils disent bien c'qu'ils veulent les journalistes euh...y'a des scandales de tout de rien tu sais jamais c'qui est vrai donc. »

29 : « après des problèmes, c'est ça c'est plus des peurs avec le tapage médiatique que ça a fait aussi où finalement on a balancé des infos en disant que c'était dangereux sans forcément expliquer. »

L'information relayée par les médias est une source qui peut mettre en doute les certitudes d'une patientes.

37 : « si être dangereuse, c'est amener une maladie ou autre euh... là aussi avec toutes les affaires qu'on entend c'est difficile de juger, si on écoute la presse on pourrait penser oui. Moi dans mon cas personnel, je m'interroge quand même. Je vais pas vous dire « absolument pas » y'a des points d'interrogations. »

3.3.3.4 L'évolution des pratiques

Les patientes reconnaissent une évolution dans les pratiques des praticiens, que ce soit en terme de prévention aussi bien qu'en terme d'information.

34 : « que des progrès ont été fait quand même en matière d'information. »

38 : « C'est là, suite à ma fille quand elle a pris la pilule elle a du faire un... y'a quand même un bilan sanguin dans un laps de temps de 20 ans y'a quand même cette évolution-là. »

3.4 Les freins

3.4.1 A la contraception

3.4.1.1 L'autorité parentale, la pilule encore tabou

Plusieurs patientes ont rapporté des difficultés à parler de la contraception en famille, générant un frein pour elles pour accéder à un moyen contraceptif.

2 : « ma mère n'a jamais pris de pilule rien du tout, elle ne m'a jamais rien expliqué à ce niveau-là elle était même contre le fait que j'en prenne. »

19 : « c'est un milieu assez tabou chez moi donc euh... voilà, on parlait d'autres choses, d'autres moyens donc euh... après chacun fait, chacun fait à sa façon, donc euh... j'ai pas été voir euh... enfin voilà quoi j'ai pas eu de discussion avec ma mère. »

Même si les mœurs évoluent en faveur d'une ouverture à la discussion.

16 : « je vais pouvoir l'aider de ce côté-là pas comme nos parents faisaient maintenant j pense que du coup on en parle plus facilement donc de ce côté-là ça va être bénéfique pour elle. »

De même la présence lors de la consultation du parent n'est pas toujours bien vue.

37 : « ça dépend aussi du relationnel qu'a l'ado, ou si le parent est là ou si le parent est pas là, c'est difficile quoi. »

3.4.1.2 Le sexe du médecin

Les patientes semblent plus à l'aise avec un médecin femme qu'homme. Que ce soit le généraliste ou le spécialiste.

24 : « Moi personnellement avec mon médecin, fin mon médecin généraliste c'est une femme, ma gynéco c'est une femme donc je suis super à l'aise avec eux. »

3.4.1.3 La pilule une contraception féminine

Certaines patientes se sont plaintes des moyens contraceptifs uniquement féminins et regrettent le peu d'implication de l'homme dans la contraception du couple.

14 : « un côté assez inégal de la pilule ou les femmes prennent l'hormone et doivent y penser. (...) j'ai pas envie d'être le maître de la contraception dans le couple j'ai pas envie que ça soit que moi qui fasse ce travail-là. »

17 : « enfin là-dedans, le gars en gros il s'implique pas du tout et j pense qu'il y a un manque d'implication de la part des hommes euh... dans cette euh... dans cette démarche. »

Cette sensation d'exclusivité féminine peut générer un malaise chez les jeunes femmes, allant même jusqu'à la culpabilité en cas de grossesse non désirée.

29 : « j'ai un peu aussi cet impression là qu'on porte en tant que femme pas mal de poids sur le... sur ce rapport à la procréation, se dire que c'est nous qui tombons enceinte parce qu'on n'a pas pris la pilule fin du coup j'ai un peu du mal avec ça pour la contraception, à part le préservatif, elle est uniquement féminine et ça me gêne d'une certaine manière. »

3.4.2 A l'information

3.4.2.1 La disponibilité du soignant

Parfois le délai entre la demande du patient et le rendez-vous de consultation est trop long ne permettant pas une bonne information.

13 : « parce que j'avais trop de doute (*concernant un oubli de pilule*) et plutôt que de demander à un médecin ou c'était trop long de prendre rendez-vous. »

3.4.2.2 La peur du jugement

La pilule étant prescrite souvent à l'adolescence, les jeunes filles n'ont pas toujours le courage de poser des questions.

34 : « quand on est jeune ça serait maintenant sans doute je poserais plus de questions et j'oserais plus peut-être que j'osais pas non plus... »

Pour d'autres c'est la peur de paraître bête devant une information qui a déjà été donnée mais qui n'a pas été comprise.

8 : « je me sentais bête en fait parce que je me dis t'as passé 20 ans t'as encore des doutes sur le cycle, comment ça se passe etc. donc du coup j'avais un peu honte. »

26 : « bah tu veux pas passer pour la nunuche de service évidemment tu sais un peu comment ça marche mais tu vas dire oui et du coup bon ok donc et donc en fait on n'en parle pas. »

3.5 Les moyens d'améliorer l'information en consultation

3.5.1 Continuer de développer l'information écrite

Les patientes prêtent attention aux affiches dans les cabinets de médecin.

26 : « leur expliquer j'ai vu ça sur un tableau qu'elle avait dans son cabinet ça m'a un peu interpellée j'me suis dit c'est hyper bien de faire ça à une femme enceinte ou pas euh et j'pense que ça c'est un truc qui m'a manqué. »

Elles sont également en demande d'une information papier donnée en fin de consultation, qui résumerait ce qui a été dit en consultation.

5 : « ça peut passer par la remise de document aidant on va dire pour la personne au début en cochant ou en notant des heures peut être pour aider pour qu'il y ait des repères quelque chose de pédagogique. »

13 : « peut-être que plus de communication, mais écrite plus qu'à l'oral, parce que à l'oral on écoute pleins de choses mais on entend que ce qu'on a envie d'entendre alors que après on rentre chez soi on relit tranquillement sa petite fiche, enfin je sais pas moi je trouve ça bien. »

Une autre demande porte sur un site internet ou une plateforme internet qui serait dédiée à la contraception.

14 : « ça manque un petit peu de plateformes de santé assez officielles on s'en rend compte quand on cherche des trucs qui sont en lien avec des questions de contraception de sexualité. »

15 : « peut-être des infos sur internet assez accessibles je sais pas trop maintenant c'est vrai que les gamins vont tous sur internet genre sur un site du planning familial. »

3.5.2 En consultation

3.5.2.1 Créer la relation de confiance

Les femmes ont besoin que la consultation de gynécologie se fasse dans une relation de confiance, d'égal à égal, avec adaptation du praticien au niveau socio-économique de la patiente.

37 : « Après c'est plus ça quoi la confiance et oui le gynéco se mette à la portée de la personne qu'il a en face de lui quoi, selon son niveau social, son âge euh... y'a pleins de choses quoi. »

En premier lieu, elles demandent à avoir un médecin attentif à leurs demandes, à leur ressenti et à leur vécu.

8 : « Moi je pense que c'est une qualité autant du médecin que du patient d'écoute euh... de confiance etc. et puis du coup après de compréhension quoi. »

26 : « je j'étais en grand manque d'écoute euh et de confiance tu vois j'aurais bien aimé que les médecins et les sages-femmes que je connaissais pas parce que ceux que tu connais après ça va et ben ils m'écoutent un peu mieux et que ils fassent un peu plus attention à ce que je ressentais. »

3.5.2.2 La première consultation

Les femmes interrogées se posent la question de savoir si la première consultation de contraception ne devrait pas se faire tôt, comme une consultation de prévention. Un moyen par-là de parler aussi de sexualité.

29 : « mais c'est dommage parce qu'on en oublie que derrière y'a tout un apprentissage autour de la sexualité enfin qu'on zappe parce qu'après on prend la pilule et y'a pas de soucis donc et puis on oublie pas mal de choses quoi. »

37 : « est-ce qu'il faudrait imaginer un rendez-vous bien en amont pour qu'il y ait une prise de contact, pour que le premier rendez-vous ne soit pas celui de la prise de pilule. »

Elles avancent l'idée de parler de contraception tôt tout en renforçant l'information donnée à l'école.

15 : « c'est sûr que plus d'information au collège ou au lycée ou les gamins ouais retiennent plus facilement et là où ils se posent des questions ça pourrait être mieux moi j'sais que le fonctionnement de la pilule tout ça on l'a appris qu'en term alors que j'crois que c'est bien trop tard. »

19 : « peut être informer plus les jeunes, plus tôt. Pour éviter euh... la cata quoi. Quand on est très jeune quoi. »

Pour que cette information et cette première consultation se fassent plus facilement avec des adolescentes, elles préconisent des consultations sans les parents.

37 : « quand il y a le parent qui est là ça reste quand même le rendez-vous de gynécologie quoi c'est pas anodin. »

Une de leur demande est également une consultation dédiée où l'on prend le temps d'aboutir à une prescription individuelle.

3 : « ouais peut être prendre euh... parce que bon finalement on prend pas beaucoup de temps. »

8 : « enfin bien prendre le temps avec les patients de bien expliquer euh... comment ça marche etc. ce qui nous correspond le mieux. »

26 : « j'trouve qu'ils sont quand même assez axés sur leurs théories et qu'ils nous écoutent pas assez et qu'ils essayent pas de de comment dire d'adapter leur théorie à la femme qu'ils ont en face d'eux. »

3.5.2.3 Des consultations en groupe

Les patientes ont nommées les consultations de groupe ou des conférences autour de la contraception comme moyens d'amélioration dans la qualité de l'information.

17 : « comme des explications, des échanges, des échanges d'expériences quoi. Que chacun euh... enfin aussi surtout qu'on fasse des petites réunions et puis que chacun dise euh... ce qu'il sait et... qu'on mette à plat les « on dit » en fait... surtout avec un médecin qu'on mette à plat les « on dit ». »

3.5.2.4 Comment donner l'information

Plusieurs étapes sont citées dans la façon de donner l'information :

Dans un premier temps, essayer de donner une information claire, simple et rassurante.

26 : « j'aimerais bien parfois qu'on m'explique des choses hyper basiques fin juste comment ça marche. »

37 : « Si en face de vous vous avez une jeune forcément il faut vulgariser le discours enfin le vulgariser dans le vocabulaire hein pas non plus le rendre super fastoche c'est la pilule, c'est pas anodin quand même je pense. »

Puis une fois que la première information est donnée, ne pas hésiter à la répéter, même si la patiente nous dit qu'elle sait.

14 : « on considère peut-être un peu trop que cette prévention ce travail-là il est acquis et euh au moment de la première prescription moi il se trouve que ça a été ma dermato mais bon voilà j pense que ça serait bien de en effet de réinsister. »

29 : « j'trouve qu'on est vite quand on a l'air de savoir à peu près ce qu'on veut on est vite euh... bon vous voulez un stérilet point c'est ça et on part du principe que la personne s'est renseignée et qu'elle sait ce qu'elle va prendre ou mettre ou fin en place comme contraceptif. »

3.5.2.5 Le type d'information à donner

Les patientes sont en demande de toutes sortes d'informations :

- Sur le panel de choix des contraceptifs disponibles

17 : « qu'on me présente les... la 1ere génération, 2e, etc. le dosage, qu'est-ce que ça signifie euh... est-ce que l'une va être plus contraceptif que l'autre euh... après euh... leur, leur utilité première la contraception et leur 2e utilité selon chaque euh... j'aimerais bien avoir une palette avec tout ce qu'il y a et ah ouais... faire son petit choix en fait... enfin pour savoir tout ce qu'il y a quoi.. »

34 : « beaucoup de dialogue beaucoup de dialogue et puis essayer de de leur présenter vraiment le panel de de la contraception. »

- Sur les motivations de prescription

10 : « peut-être plus savoir ouais plus de renseignements sur pourquoi cette pilule pourquoi pas une autre...ouais savoir pourquoi elle m'a d'abord prescrit cette pilule parc' que ça a marché ça aurait pu ne pas ne pas fonctionner. »

- Sur le fonctionnement de la pilule

3 : « d'expliquer clairement quels effets ça a parce que ça par contre je sais pas trop l'effet que tu sais ça a sur les règles comment ça se fait que du coup ça s'arrête enfin les hormones quoi. Expliquer un peu plus sur quoi ça joue. »

6 : « lui demander exactement ce que ça fait déjà dans le corps. »

- Sur le mode de prise

2 : « est ce qu'il faut mettre le réveil tous les jours à 22h ou est-ce qu'au repas du soir et si ça change de 2-3h c'est pas très grave enfin. »

- Sur les bénéfices

28 : « bien dire aux personnes, bah vous voyez vous avez ça en avantage. »

- Sur les risques à court terme

5 : « que les risques soient clairement évoqués parce que c'est vrai après c'est vrai que je ne fume pas donc je sais pas très bien ce que les médecins peuvent dire mais pour avoir des amies en tout cas des amies qui fument j'ai pas spécialement l'impression qu'il y ait des avertissements euh...ouais peut être qu'il y ait vraiment des avertissements par rapport à ça qui soient fait par le médecin que les risques soient clairement clairement évoqués directement. »

28 : « carrément bien expliquer aux personnes les risques si elles la prennent. »

- Sur les risques à long terme

4 : « si y'a des études qui ont été faites sur le long terme parce que je suis pas la seule à me poser ce genre de questions. »

7 : « ils ont pas dit si c'était dangereux si on la prenait pendant 10 ans. »

- Sur les effets secondaires

29 : « et puis tous les effets secondaires et voilà et les bénéfiques aussi mais voilà tous les pour et les contres parce qu'on a peut-être pas assez de recul aussi sur le fonctionnement de chaque contraceptif. »

- Sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST)

7 : « expliquer euh... aussi que c'est pas contre les maladies et tout ça, parce que ça je pense que y a beaucoup de gens qui l'oublie. »

4 Discussion

4.1 Les biais de l'étude

4.1.1 Les biais internes

La difficulté dans les entretiens individuels réside dans la capacité qu'a l'enquêteur de mettre en confiance le patient qu'il interroge. Dans le cadre de la contraception, certains aspects intimes de la vie des patientes pouvaient être dévoilés à l'enquêtrice par les patientes. Il se peut ainsi que certains faits jugés trop gênants par elles aient été cachés aux enquêtrices.

Par ailleurs, les différences d'âge, de statut social, de culture etc. entre les enquêtrices et la patiente interrogée peuvent générer des difficultés de compréhension lors des entretiens.

Pour limiter ces biais, le canevas d'entretien a été plusieurs fois modifié devant des réponses trop courtes des patientes (question trop fermée) ou des réponses non adaptées à la question (question trop vague, imprécise.). Des conseils sur la réalisation des entretiens et la façon de poser les questions ont été pris auprès de médecins habitués à la recherche qualitative à la faculté libre de médecine lors des réunions thèse mensuelles proposées par la Faculté.

4.1.2 Les biais externes

Pour tenter de minimiser les biais externes liés à l'environnement autour des patientes, les entretiens ont été réalisés dans des lieux calmes, isolés, connus de la patiente, dans lesquels elle pouvait se sentir en confiance. Les patientes étaient interrogées seules (sans la présence d'un parent ou d'un conjoint) dans la mesure du possible.

Malgré cela, deux de nos entretiens ont été interrompus de façon inopinée : l'un par l'irruption d'un ami de la patiente dans la pièce, un autre par l'intervention de la sage-femme qui est entrée dans la chambre à la maternité. Une autre patiente a été interrogée avec son enfant en bas âge dans la pièce.

4.1.3 Le biais d'investigation

L'une des difficultés rencontrées dans la réalisation d'entretiens, est la capacité de l'enquêteur à mener l'entretien, à creuser le discours de la patiente pour en ressortir des idées exploitables, tout en restant impartial, sans donner sa propre opinion, sans influencer la réponse de la patiente. Ce biais a été minimisé en créant un canevas d'entretien précis avec des questions de relance identifiées pouvant aider si la patiente déviait du sujet ou si les réponses n'étaient pas assez précises ou assez développées.

4.1.4 Le biais d'interprétation

Le biais d'interprétation est maximal lorsque les données recueillies sont analysées par un seul chercheur. Ici, tous les entretiens ont été codés à deux. De même, certaines phrases retranscrites à l'écrit changent de sens sans l'intonation de la voix. Pour cela, les entretiens ont été retranscrits tels quels, les langages non verbaux ont été ajoutés entre parenthèse si nécessaire, les fautes de français et de syntaxes ont été conservées.

4.2 Les forces de l'étude

4.2.1 La méthode qualitative

L'une des forces de cette étude est la méthode qualitative. En effet des recherches sur le sujet, montrent que les études portant sur les sources d'information en matière de contraception pour les femmes sont essentiellement quantitatives, mais très peu d'études qualitatives ont été réalisées sur le sujet. Or devant le recul de la pilule en France et la persistance d'un niveau élevé d'IVG, il semble important d'en savoir plus sur leurs connaissances réelles et surtout sur leur appréhension de la pilule, sur leurs sources d'informations, l'objectif était de leur donner la parole. Ce travail a un but indicatif, afin d'identifier la compréhension qu'ont les femmes de leur contraception et le degré de confiance qu'elles placent en leurs sources.

4.2.2 Le respect des critères de scientificité

Le respect des critères de scientificité du travail qualitatif est passé par le fait que le codage a commencé dès le début des entretiens individuels. Chaque entretien a été codé par les deux enquêtrices. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, le biais induit par l'absence de focus group est minimalisé par le nombre d'entretien élevé. (Habituellement 20 à 25 entretiens pour un travail qualitatif, ici 38.)

4.3 Les principaux résultats et apport pratique

4.3.1 L'importance de la relation médecin-patient

4.3.1.1 La place du médecin généraliste

Il est facile de constater dans les entretiens que le médecin généraliste est peu cité, au profit du gynécologue, et surtout il n'est cité que dans deux entretiens en première intention. Ceci fait questionner sur la place qu'occupe le médecin généraliste en matière de contraception pour ces patientes. Certaines ont été jusqu'à remettre en cause les capacités du médecin généraliste en matière de prescription, d'information et de connaissance sur la contraception :

31 : « je sais pas si les médecins s'ils s'y connaissent vraiment complètement en pilule (...) j'ai l'impression qu'ils ont une base de donnée et qu'ils connaissent pas vraiment euh le principe qu'ils sont pas très spécialisés dans le médicament en lui-même. »

37 : « Je suis pas sûre qu'on ait autant de conseils que chez un gynécologue. »

En mars 2007 le rapport de l'INPES(16) mettait en avant ce fait que le médecin généraliste n'est pas la première source d'information alors qu'il est celle en qui les patientes ont le plus confiance. Les choses ne semblent pas avoir évolué en 7 ans. Pire, avec les récents scandales autour des pilules de 3^e et 4^e génération, les patientes ne semblent plus si confiantes envers les médecins.

6 : « y'a des médecins qui démentent ce que les autres disent aussi donc qui croire quoi. »

Le médecin généraliste a du mal à trouver sa place dans le parcours contraceptif des patientes.

4.3.1.2 Créer une relation de confiance

On ne rappellera jamais assez l'importance de la relation de confiance qu'il peut exister entre un médecin et un patient mais elle semble encore plus importante quand on parle de contraception. En effet, qu'il soit gynécologue ou médecin généraliste, le praticien s'immisce dans l'intimité des patientes quand on parle contraception et sexualité. Sans une relation de confiance, l'information relayée semble mal perçue et est moins efficace. A contrario, si la relation est bien installée, les patientes sont rassurées :

24 : « On suit un peu ce que le gynéco il dit généralement, c'est vrai qu'on réfléchit pas trop on se laisse guider quoi, enfin moi pour ma part euh... comme j'ai pleinement confiance. »

Les difficultés dans la relation médecin patiente ne sont parfois pas du ressort du médecin. En effet il apparaît que la plupart des femmes sont plus à l'aise avec un médecin de sexe féminin pour aborder les sphères de l'intime.(19) Au-delà du simple fait qu'une femme a plus de mal à parler de sa sexualité à un homme qu'à une femme, il se pourrait que les qualités de communication des femmes médecins mettent plus à l'aise les patientes pour parler d'elle-même.(20)

4.3.1.3 Trouver la balance entre information complète et information rassurante

Une chose qui peut marquer pendant les entretiens, c'est la demande de la part des patientes d'être plus informées en matière de risque et d'effets secondaires sur la pilule.

5 : « que les risques soient clairement, clairement évoqués directement. De ce qu'on peut faire ou qu'on ne peut pas faire et des risques encourus. »

D'un autre côté elles demandent également une information rassurante et simple.

13 : « j'aurais été rassurée de savoir vraiment, malgré qu'on m'a répété à chaque fois, non mais y'a aucun risque avec la pilule, que même si vous arrêtez la pilule... »

L'équilibre entre information complète comme elles la demandent et information simple et rassurante est fragile. Une information donnée de façon répétée et sur plusieurs consultations, peut permettre à une patiente de retenir l'information donnée sans se sentir noyée sous le flot de choses à savoir.

4.3.2 Le rôle des autres sources d'information

4.3.2.1 L'entourage proche

- les amis

Les amis comme les collègues ou l'entourage proche non familial est une source qui permet de parler d'expérience, de possibilités de contraception. Elle est surtout une source qui se rapporte aux effets secondaires et au vécu des patientes. Les problèmes de communication avec les soignants surviennent lorsque les patientes tiennent plus compte de ces expériences individuelles que du discours médical.

Dans les études sur les sources d'information, qu'elles soient qualitatives ou quantitatives, l'entourage proche est toujours retrouvé comme principale source d'information. En étant conscient de cela, c'est au médecin de faire attention aux fausses croyances ou aux idées reçues qui pourrait interférer avec son discours médical.

- La famille

Quand on parle de famille en tant que source d'information, cela concerne la mère au sens large du terme. (Plutôt la figure adulte qui fait office de mère : tante, grand-mère, sœur parfois). La pilule étant souvent prescrite à l'adolescence, le parent qui accompagne l'adolescent dans ses premiers pas vers la contraception et donc souvent vers la sexualité est la mère.

Celle-ci peut se révéler un atout quand elle est rassurante, quand elle réexplique. Elle sert d'interlocuteur principal quand l'information n'a pas été correctement fournie lors de la consultation.

Mais elle peut aussi se révéler délétère pour l'adolescente, si elle est contre la contraception, si elle délivre de fausses croyances elle-même.

La place des parents en consultation sur la contraception est un sujet sensible. Il semblerait que laisser le choix à l'adolescente de faire sortir ou non ses parents ne soit pas la bonne attitude :

« Seules 65% des adolescentes ont déjà été reçues seules par leur médecin. Lorsqu'elles sont reçues seules, le sujet de la contraception est plus souvent abordé. Les adolescentes indiquent qu'elles ne souhaitent pas que leur médecin demande à leurs parents de sortir ce qui va avec toute l'ambiguïté des adolescentes qui sont encore rassurées par la présence de leurs parents mais qui n'osent pas complètement parler librement devant eux. » (21)

Les recommandations de l'HAS en 2004 (1) mettent bien en avant que l'adolescente doit être vue seule en consultation et que c'est au médecin d'aborder le sujet en premier et de tout faire pour mettre à l'aise la patiente sur le sujet. « Les adolescentes peuvent connaître des difficultés à aborder le sujet, difficultés que pourra minimiser le professionnel de santé s'il est prêt lui-même à orienter l'entretien sur le sujet. (...) L'adolescente sera reçue sans ses parents, l'entretien est confidentiel. »

4.3.2.2 La place de l'information écrite : notice, affiches, brochures

L'intérêt de cette source d'information est d'un côté la multitude de supports possibles, rendant une information ludique. De l'autre, c'est un support qui peut servir de source d'information après la consultation. Nombreuses sont les femmes qui relisent la notice en cas d'oubli :

13 : « par exemple j'oubliais une journée bah je regardais comment il fallait que je fasse, tout était expliqué et je me référais que à ça. »

Dans les moyens d'amélioration, les patientes citent que pour mieux retenir l'information après une consultation, elles souhaiteraient ressortir avec un papier ou une brochure explicative. L'HAS a déjà proposé aux professionnels de santé une carte à remettre aux patientes sur la conduite à tenir en cas d'oubli (Annexe 3).

Elle pourrait être étoffée d'informations complémentaires. C'est un élément facile à mettre en place en consultation, permettant aux femmes d'avoir accès à une source fiable à portée de main.

4.3.2.3 La place d'internet

Internet est aujourd'hui une source d'information, toutes informations confondues, facile d'accès, accessible presque à tous et riche en support pour relayer l'information. Les patientes restent peu confiantes envers ce moyen d'information mais l'utilisent fréquemment.(11) Pourtant il existe des plateformes internet qui relayent une information scientifique, ludique et compréhensive tel que choisirsacontraception.fr ou g-oubliepilule.com. Elles ne semblent pas encore bien connues des patientes qui sont en demande de ce genre de support d'information. En donnant comme référence à une patiente ces sites d'information, cela peut lui permettre de se renseigner de façon fiable et sereine.

Dans le même cadre relatif aux nouvelles technologies, la région Rhône-Alpes a mis en place en 2013 une application smartphone : pass contraception prévention. Celle-ci permet aux personnes qui l'utilisent d'avoir accès facilement à des informations sur la contraception, les comportements à risque, les professionnels de santé proches de chez eux à même de pouvoir les renseigner. Cette application pour le moment ne concerne que la région Rhône-Alpes mais elle pourrait s'étendre sur le plan national.

4.3.2.4 La place de la presse papier et télévisuelle

Depuis « l'affaire du médiateur » en 2007, la presse écrite et télévisuelle est surtout un support pour alerter les patientes sur la dangerosité d'un médicament. Le relai par les médias des risques liés aux pilules de 3^e et 4^e génération a généré des craintes chez les patientes. La crainte des hormones synthétiques étaient très présentes lors des entretiens individuels. Néanmoins, elles se sont plaintes du manque d'information. Elles ont eu peur mais ne savent pas expliquer pourquoi.

Aucune des patientes interrogées n'étaient en mesure d'expliquer pourquoi les pilules de 3^e et 4^e génération étaient au cœur de l'actualité.

4 : « je pense qu'ils ont pas été assez explicatifs à la télé savoir pourquoi c'était dangereux pourquoi il fallait consulter. »

Il semblerait que la presse qui à la base a un rôle informatif se soit transformée en support à scandale. Le point est souvent mis sur le côté négatif des choses, les explications ne sont à priori pas assez vulgarisées, l'information donnée n'est pas claire.

4.3.2.5 La place de l'école

L'éducation à la sexualité à l'école(22) est obligatoire depuis le 17 Février 2003 à compter de trois séances annuelles par groupe d'âge homogène.(23) Elle est souvent faite par des infirmières du planning familial sur la sexualité et les moyens de contraception et est une source d'information appréciée des patientes.(24) Le rôle éducatif de l'école est primordial, notamment quand parler contraception n'est pas possible au sein du cocon familial.

16 : « c'était au planning familial t'imagines bien que c'était pas avec ma mère qu'on discutait de ça. »

Il semble important pour débiter l'information tôt de parler de contraception à l'école et donc de poursuivre ces interventions venant de l'extérieur. Ce sont les CESC (comité d'Education à la santé et à la citoyenneté) qui dans chaque établissement mettent en place des outils d'information pour les jeunes. L'INPES et la direction nationale de l'éducation scolaire ont également co-écrit un guide ayant pour but de faciliter la mise en œuvre de l'éducation à la santé dans les écoles et les établissements scolaires.(25)

Pour certaines patientes la prévention n'est pas encore assez présente à l'école et elles demandent un renforcement de ces mesures notamment avec une information plus poussée au lycée.

38 : « Bon peut-être pas au collège parce que c'est pas encore la tranche d'âge qui est concernée. Quoique les 3e ça fait encore tôt par rapport aux 6e qui serait témoin de cette campagne. Mais au lycée y'a pas assez de prévention qui est faite. »

4.3.3 Mettre en place des consultations dédiées

La plupart des demandes des patientes concernant la consultation pour la contraception sont des points déjà abordés par l'HAS lors des recommandations de 2004 (1) et cela a bien été repris dans la fiche mémo contraception : prescriptions et conseils aux femmes (26).

La première consultation se rapportant à la contraception se doit d'être une consultation entièrement dédiée à ce sujet. Si elle ne peut être faite en urgence, elle doit être programmée dans les suites de la prise en charge urgente car il faut prendre le temps pour cette consultation, cela permet de bien se renseigner aussi en tant que médecin sur les indications ou contre-indications éventuelles. Prendre le temps est bien perçu par les patientes, (**35** : « effectivement le dialogue avec le médecin. Je trouve que en tout cas moi j'ai de la chance les soignants que j'ai sont des gens qui prennent vraiment leur temps. »), qui ainsi peuvent se confier sur leur sexualité, les différents contraceptifs possibles, leurs attentes, leur mode de vie, pour pouvoir aboutir à une prescription individuelle et personnalisée :

8 : « elle discute avec nous, elle essaye de trouver avec nous ce qui nous correspond le mieux. »

La question peut se poser d'une consultation de prévention à l'adolescence pour les jeunes filles en âge de procréer. Cette consultation pourrait se faire dans le cabinet de médecine générale, mais cela suppose l'accord des parents (carte vitale, paiement de la consultation). (19) Elle pourrait aussi se faire par exemple sur convocation par la sécurité sociale en centre de planning familial, pouvant ainsi assurer la gratuité de la consultation et la possibilité à une adolescente de consulter sans l'accord de ses parents.

15 : « le médecin généraliste qui devrait peut-être tu vois quand les enfants ont tel âge hop faire un p'tit truc mais sans les parents parc qu'évidemment. »

37 : « est-ce qu'il faudrait imaginer un rendez-vous bien en amont pour qu'il y ait une prise de contact, pour que le premier rendez-vous ne soit pas celui de la prise de pilule. »

4.3.4 La place des groupes d'information

Plusieurs patientes ont mis en avant leur volonté d'assister à des groupes portant sur la contraception, notamment pour mettre à plat de fausses croyances et pour parler des expériences rencontrées chez d'autres patientes. Cette demande est étonnante comme moyen d'amélioration de leurs connaissances sachant que pour les focus group aucune patiente n'a pu être recrutée. Peut-être que le caractère formel d'un groupe dans le cadre d'une thèse d'étudiantes en médecine a freiné les patientes à vouloir se présenter. Mais cela confirme la première impression qui est que cela aurait pu être intéressant d'observer un groupe de patiente parler contraception.

5 Conclusion

Le médecin généraliste pourtant source de confiance pour les patientes n'est pas la première source d'information en matière de contraception. Pourtant par sa proximité et sa disponibilité il devrait être en première ligne. Depuis le rapport de Mars 2007 de l'INPES sur la contraception, les sources d'informations n'ont pas changé et les patientes restent très attachées au vécu de l'entourage familial.

Devant ces constatations, c'est aux médecins en général et au médecin généraliste tout particulièrement de prêter attention aux connaissances et aux volontés de la patiente en matière de contraception. C'est aussi à lui de prendre l'initiative de parler d'un sujet de l'ordre de l'intime que les patientes abordent difficilement en consultation avec leur médecin de famille. Cela permet ainsi de minimiser les fausses croyances et d'améliorer la qualité de l'information.

Concernant les moyens d'amélioration des connaissances, le modèle BERGER proposé par l'OMS en 2004 remplit pratiquement toutes les demandes des patientes. Ce travail qualitatif a permis de montrer à quel point elles tiennent à la relation de confiance qu'elles créent avec leur médecin. Elles demandent que les praticiens de santé prennent le temps lors des consultations et que la prescription soit individualisée pour chacune d'entre elles.

La mise en place d'une consultation très tôt dans l'adolescence est un point soulevé par les patientes qui mérite qu'on y prête attention. Mettre en place une consultation dédiée à la contraception dans le cadre d'une consultation préventive peut être intéressant pour de jeunes patientes et peut permettre au médecin généraliste de parler de contraception et de sexualité avec des adolescentes pas toujours très à l'aise sur le sujet.

Enfin, plusieurs patientes ont évoqué le caractère très féminin de la contraception et regrettent que la science n'avance pas encore un peu plus sur le terrain de la contraception masculine. Cela permettrait de rééquilibrer la balance en matière de contraception et d'atténuer le poids de la responsabilité lié à une grossesse non désirée par défaut du moyen contraceptif.

6 Références bibliographiques

1. Service des recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations pour la pratique clinique : stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. 2004 déc.
2. Inspection générale des affaires sociales (IGAS). La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. 2009 oct.
3. Meniere R, Bastien P. De la connaissance du bon usage de la contraception : apport de l'étude nationale Epilule 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale. S.l, France; 2004.
4. Bonduaux L. Connaissances des risques et des bénéfices de la pilule oestroprogestative des femmes de 18 à 50 ans dans la région Nord-Pas-de-Calais : approche qualitative. 2013.
5. McLaren A, Delphy C. Histoire de la contraception. *Nouv Quest Féministes*. 1996;17(4):111-126.
6. HAS. Document de synthèse : Etats des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013 avr.
7. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Etat des lieux et évolution de l'utilisation des contraceptifs oraux combinés (COC). 2013 mars.
8. Nabarette H. L'internet médical et la consommation d'information par les patients. *Réseaux*. 1 juin 2002;n° 114(4):249-286.
9. Assal J-P. Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité : Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge. *EMC Endocrinologie-Nutrition*.
10. Rainie L, Fox S. The Online Health Care Revolution. Pew Research Center's Internet & American Life Project [Internet]. Disponible sur: <http://www.pewinternet.org/2000/11/26/the-online-health-care-revolution/>
11. Hesse BW, Nelson DE, Kreps GL, et al. Trust and sources of health information: The impact of the internet and its implications for health care providers: findings from the first health information national trends survey. *Arch Intern Med*. 12 déc 2005;165(22):2618-2624.
12. Tiihonen M, Heikkinen A-M, Leppänen H-M, Ahonen R. Information sources used by women in Finland who use hormonal contraceptives. *Pharm World Sci PWS*. févr 2010;32(1):66-72.
13. Gilliam ML, Warden M, Goldstein C, Tapia B. Concerns about contraceptive side effects among young Latinas: A focus-group approach. *Contraception*. oct 2004;70(4):299-305.

14. Carter MW, Bergdall AR, Henry-Moss D, Hatfield-Timajchy K, Hock-Long L. A qualitative study of contraceptive understanding among young adults. *Contraception*. nov 2012;86(5):543-550.
15. Picardo CM, Nichols M, Edelman A, Jensen JT. Women's knowledge and sources of information on the risks and benefits of oral contraception. *J Am Med Wom Assoc*. 58(2):112-116.
16. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Les Français et la contraception. 2007 mars.
17. Renteria S-C. Les règles n'ont plus la cote : une question de contraception ou de choix ? *Gynécologie-Obstétrique*. 22 oct 2008;Volume 176(38):2246-2252.
18. Frappé P. *Initiation à la recherche*. 2011^e éd. Neuilly-sur-Seine; Paris: Wolters Kluwer Health France; 2011.
19. Amsellem-Mainguy Y. Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé. *Santé Publique*. 23 juin 2011;Vol. 23(2):77-87.
20. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: A meta-analytic review. *JAMA*. 14 août 2002;288(6):756-764.
21. LARTIGUE S. La contraception des adolescentes (mise au point et évaluation du rôle des médecins généralistes). 2008.
22. Communal L, Guigné C, Rozier C. *Education à la sexualité au collège et au lycée*. CRDP Grenoble;
23. LOI no 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
24. BOUCHARLAT D. Facteurs déterminant la demande de contraception chez les adolescents (étude qualitative par la méthode des entretiens individuels). 2012.
25. Broussouloux S, Houzelle-Marchal N. *Éducation à la santé en milieu scolaire: choisir, élaborer et développer un projet*. Saint-Denis: Éd. INPES; 2006.
26. HAS. Fiche Mémo : contraception prescriptions et conseils aux femmes. 2013 mars.

7 Annexes

Annexe 1 : « comment aider une femme à choisir sa contraception. »

Document réservé aux professionnels de santé - État des connaissances : septembre 2013



Repères pour
votre pratique

Comment aider une femme à choisir sa contraception ?

Pour être bien acceptée et bien suivie, une méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie avec elle, en fonction de sa réalité quotidienne. Quel que soit l'âge, il n'y a pas une contraception valable pour toutes les femmes. Chacune est un cas unique selon ses antécédents médicaux, mais aussi sa situation affective, son mode de vie, son rapport au corps... Ainsi, trouver la contraception qui correspond le mieux à un moment donné de sa vie peut nécessiter plusieurs consultations. Pour accompagner les professionnels de santé, des synthèses en termes de prescriptions et de conseils ont été réalisées en 2013 par la HAS* (Haute Autorité de Santé).

Pourquoi impliquer la femme ou le couple dans le choix ?

La relation médecin-patient d'aujourd'hui se fonde sur une participation de plus en plus grande du patient dans les décisions concernant sa santé et la volonté de lui donner davantage de moyens de l'améliorer et de la maîtriser. Dans le domaine de la contraception, le fait de permettre aux personnes de choisir est associé à une plus grande **satisfaction** ainsi qu'à une **meilleure utilisation des méthodes** : un choix adapté pourrait améliorer l'**efficacité pratique** des méthodes contraceptives, laquelle est généralement inférieure à leur efficacité théorique (celle des essais cliniques)**. La littérature souligne également l'impact positif de l'accord du partenaire sur le suivi de la méthode et donc l'importance, le cas échéant, de considérer le couple dans la démarche contraceptive.

En pratique

- La volonté de s'impliquer dans la décision est variable d'une personne à l'autre : certaines préféreront s'en remettre à vos conseils, tandis que d'autres souhaiteront participer au choix. Il paraît donc important d'explorer le niveau d'implication souhaité par chacune.

À quelle occasion aborder la question ?

Les occasions sont nombreuses : au début de la vie sexuelle (notamment chez l'adolescente), en cas de changement de partenaire, au décours d'une grossesse, en cas d'IVG, en cas de souhait de changement de méthode (arrêt du préservatif notamment), en présence d'un facteur de risque : infection sexuellement transmissible (IST), hypercholestérolémie, tabagisme, etc.

* Ces synthèses sont présentées sous forme de neuf "Fiches Mémo" à destination des professionnels de santé et complètent plusieurs documents produits par la HAS. L'ensemble est accessible sur www.has-sante.fr.

** État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée, disponible sur : www.has-sante.fr.

Annexe 2 : « la contraception : comment mieux la personnaliser ? »

LES ESSENTIELS DE L'INPES

LA CONTRACEPTION :

Comment mieux la personnaliser ?



Aider au choix pour favoriser une contraception adaptée.
 Il n'y a pas de contraception valable pour toutes les femmes : chacune est un cas unique. C'est la situation affective, le mode de vie, le rapport au corps qui guident le choix de la contraception. Trouver la contraception qui correspond le mieux à sa patiente peut prendre du temps. **La consultation de suivi offre l'opportunité d'aborder les problèmes d'observance, responsables de nombreux échecs contraceptifs, et de réorienter le choix initial, si nécessaire. Afin de promouvoir la diversité de l'offre contraceptive et d'inviter les femmes et les hommes à échanger sur ce sujet, l'Inpes lance du 18 mai au 12 juin une campagne à destination du grand public.**

CHIFFRES CLÉS

- En France, plus de **9 femmes sur 10*** ne souhaitant pas avoir d'enfant utilisent une méthode contraceptive⁽¹⁾
- 1 femme sur 2** ne souhaitant pas avoir d'enfant prennent la pilule (3 sur 4 chez les 20-24 ans)⁽²⁾
- Parmi les grossesses non prévues, **2 sur 3 surviennent** chez des femmes utilisant une contraception⁽³⁾
- 56%** des femmes utilisant une contraception prennent la pilule (83% chez les 20-24 ans)⁽⁴⁾, mais seulement **34%** des femmes prenant la pilule disent ne jamais l'oublier⁽⁵⁾
- 23%** des femmes qui ont une IVG prenaient la pilule⁽⁶⁾

DES REPÈRES POUR VOS CONSULTATIONS⁽⁵⁾

Évaluer la satisfaction, l'observance et la tolérance de la méthode contraceptive
 « Avez-vous des questions concernant votre contraception actuelle ? »
 « Êtes-vous satisfaite de votre moyen de contraception ? »
 « Rencontrez-vous des problèmes avec votre méthode contraceptive ? »
 « En avez-vous parlé à votre partenaire ? »

Pour les utilisatrices de contraception orale

- Explorer le sujet des oublis de pilule : les connaissances et l'attitude en cas d'oubli.
 « La dernière fois que vous avez oublié de prendre un comprimé, c'était dans quelles circonstances ? »
 « Que faites-vous en cas d'oubli ? »
 « Avez-vous eu envie d'arrêter la pilule ? Si oui, pourquoi ? »
- Fournir des conseils pour une prise en routine et inviter la patiente à réfléchir à l'horaire le mieux adapté à ses activités. Conseiller de lire attentivement la notice de la pilule et proposer d'en reparler s'il y a des questions.
- Apporter une information sur la conduite à suivre en cas d'oubli de pilule (remise de la carte Inpes : Que faire en cas d'oubli de pilule ?)

et sur les méthodes de rattrapage possibles, dont la contraception d'urgence.

- Expliquer quand et comment utiliser la CU, indiquer celle en vente libre en pharmacie. Au cas par cas, associer le renouvellement de la pilule avec la rédaction d'une ordonnance de CU.

Assurer le suivi et réaliser le bilan de prévention

- Explorer notamment les problèmes de santé et les prises médicamenteuses éventuels depuis la dernière consultation.
- Pratiquer notamment : poids, IMC, TA, examen des seins et gynécologique, si besoin ; 2 frottis cervico-vaginaux à un an d'intervalle, puis tous les 3 ans, à partir de 25 ans ; examens biologiques : cholestérolémie totale, LDL et HDL, cholestérol, triglycéridémie, glycémie à jeun tous les 5 ans si contraception oestroprogestative (pilule, anneau, patch).

Explorer la protection contre les IST et le VIH

- Expliquer que le préservatif est la seule méthode qui protège contre les IST. Insister sur l'intérêt d'une double protection (préservatif + autre contraceptif).
- Offrir la possibilité d'un dépistage

du VIH, notamment à l'occasion du bilan sanguin de surveillance des patientes prenant une contraception orale.

En cas d'insatisfaction ou de difficultés

- Explorer la connaissance d'autres méthodes et rappeler la diversité des moyens de contraception.
- « Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez ? Qu'en pensez-vous ? »
- « Voulez-vous essayer une autre méthode ? »
- « Je vous propose de consulter le site www.choisirsacontraception.fr, ainsi que la brochure, d'y réfléchir et que nous en reparlions. » (remise de la brochure Inpes : « Choisir sa contraception »)
- Proposer de réfléchir à une contraception longue durée (par exemple : DIU, implant, injections trimestrielles).

Chez les femmes utilisant une contraception oestroprogestative de 3^e ou 4^e génération, le surrisque thromboembolique veineux ne justifie pas un arrêt brutal de cette contraception jusque-là bien supportée. À l'issue de la prescription en cours, vous pourrez proposer à votre patiente une autre méthode contraceptive plus appropriée pour elle (autre contraceptif hormonal, dispositif intra-utérin, etc.).

SOURCES

* Femmes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, ne sont pas stériles ni enceintes et ne souhaitent pas être enceintes.
 (1) Bajon N., Bohet A., Le Guen M., Moreau C., l'équipe de l'enquête Fécond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population & Sociétés, 2013, n°99 : 4p. (2) Bajon N., Lerdou H., Gouland H., Chouly F., Job-Spira N., Contraception from accessibility to efficiency. Human reproduction, 2003, vol. 18, n°11 : p. 994-999. (3) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Les Français et la contraception. Inpes, IMA, 2007 : 47p. En ligne : http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf. (4) Bajon N., Lamerche-Vadell A., Gilbert F., Le Grand M. L., Group C., Moreau C. Contraception at the time of abortions high-risk (low or high-risk women) Human reproduction, 2006, vol. 21, n°11 : p. 2383. (5) Le guide BICAR de l'Inpes et l'université Johns Hopkins Ischert une étape de « Retour pour visite de suivi ». Anais, Afispa, Inpes. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire. Saint-Denis, Anais, 2004 : p. 154-158.
 Une information de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (www.inpes.sante.fr).

Annexe 3 : « que faire en cas d'oubli de pilule ? »

Que faire en cas d'oubli de pilule ?

Il faut réagir vite.




Nom de votre pilule :

Votre plaquette contient des comprimés inactifs (derniers comprimés de la plaquette) : oui non nombre

Délai au-delà duquel il existe un risque de grossesse : 3 h 12 h

Si le décalage est inférieur au délai ci-dessus, prenez immédiatement le comprimé oublié (2 comprimés peuvent être pris le même jour), puis les comprimés suivants à l'heure habituelle. Il n'y aura pas de risque de grossesse.

* Recommandation de la HAS. La notice de votre pilule peut donner des indications différentes. En cas de doute ou d'insatisfaction, consultez votre professionnel de santé.

019 088 1100

60

Annexe 4 : canevas d'entretien

- 1) Lorsque vous êtes malade comment vous soignez vous ?
- 2) Quel est le médicament que vous prenez le plus souvent et pourquoi ?
- 3) Si je vous dis contraception oestroprogestative qu'est-ce que cela évoque pour vous?
- 4) Quel moyen de contraception utilisez-vous ? pourquoi ? *si la patiente a déjà parlé de son moyen de contraception : Pourquoi utilisez-vous ce moyen-là ?*
- 5) Que vous a-t-on déjà expliqué sur la pilule OP ? Qu'en avez-vous compris et retenu ? cela vous semble-t-il suffisant ?
- 6) Comment vous renseignez vous lorsque vous vous posez des questions ?
Relance : vos interlocuteurs ?
- 7) Qu'avez-vous pensé de l'affaire des pilules de 3^e génération apparue dans la presse début d'année 2013 ?
- 8) Est-ce que pour vous la pilule est dangereuse pour la santé ?
Relance : Connaissez-vous des effets secondaires ou complications ? Lesquels ? Dans quel contexte ?
- 9) Quels problèmes avez-vous ou dans votre entourage pu rencontrer avec la pilule oestroprogestative ? Des soucis ? Des Inconvénients ?
- 10) Que vous apporte la pilule ?
- 11) Y voyez-vous d'autres bénéfices que l'effet contraceptif ?
- 12) Qu'est ce qui selon vous en consultation de médecine générale permettrait d'améliorer vos connaissances sur la pilule ?
- 13) Que représente pour vous la contraception ? Quelle est votre image de la pilule oestroprogestative ?

Annexe 5 : formulaire de consentement libre, éclairé et exprès

Je certifie avoir donné mon accord pour participer à un entretien dans le cadre de l'exercice d'une thèse de médecine générale. J'accepte volontairement de participer à cette étude et je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux stopper ma participation à tout moment sans avoir à me justifier ni encourir aucune responsabilité. Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif des investigateurs concernés.

J'ai été informé que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle. J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent être conservées dans une base de données et faire l'objet d'un traitement informatisé non nominatif. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi « informatique et libertés » s'exerce à tout moment.

Date :

Nom du volontaire :

Signature du volontaire (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

Nom du thésard:

Signature du thésard :

Annexe 6 : fiche d'information sur la pilule oestroprogestative

QUELQUES REPERES SUR LES PILULES COMBINEES

Qu'est-ce que c'est ? Comment ça marche ? Elles contiennent un progestatif (noréthistérone, norgestrel, lévonorgestrel, désogestrel, norgestimate, gestodène, acétate de chlormadinone, drospirénone ou diénogest) et un estrogène : l'éthinylestradiol ("EE") ou le valérate d'estradiol.

Leur composition est inscrite sur la boîte.

Elles agissent par 3 mécanismes :

- elles bloquent l'ovulation ;
- elles rendent la glaire cervicale hostile aux spermatozoïdes ;
- elles empêchent l'implantation dans l'utérus.

Qui peut utiliser une pilule combinée ? Les pilules combinées sont une excellente contraception pour beaucoup de femmes, mais elles ne sont pas utilisables par toutes les femmes.

Les principales situations dans lesquelles la pilule combinée est

contre indiquée :- Chez les femmes qui ont souffert par le passé ou souffrent actuellement d'un accident vasculaire cérébral ("attaque cérébrale"), d'angine de poitrine (angor) ou d'un infarctus du myocarde, d'une phlébite qu'elle qu'en soit la cause (accident, phlébite sous plâtre) ou d'une embolie pulmonaire.

- Chez les femmes ayant une prédisposition héréditaire acquise à la thrombose (formation de caillots) artérielle ou veineuse, confirmée par des anomalies de la coagulation à la prise de sang (par exemple déficit en protéine C).

- Chez les femmes souffrant d'une maladie pouvant augmenter le risque de thrombose artérielle :

- chez les femmes souffrant d'un diabète grave avec complications vasculaires (avec atteinte de la rétine, des reins ou des artères).
- chez les femmes dont la tension est toujours supérieure à 160/95 ;
- chez les femmes ayant des taux très élevés de lipides dans le sang (cholestérol ou triglycérides).

- Chez les femmes souffrant de migraines intenses accompagnées de signes neurologiques (troubles visuels, paralysie d'une main ou du visage, etc.) ;

- Chez les femmes ayant ou ayant eu une inflammation du pancréas (pancréatite).

- Chez les femmes ayant une maladie grave du foie ou une tumeur du foie (bénigne ou maligne, ancienne ou évolutive).

- Chez les femmes ayant une insuffisance rénale sévère ou aigue.

- Chez les femmes ayant ou ayant eu un cancer du sein ou de l'utérus.

- Chez les femmes ayant des saignements vaginaux d'origine inconnue.

* L'utilisation d'une pilule combinée augmente le risque de thrombose veineuse par rapport aux non-utilisatrices. Cette augmentation est plus élevée pendant la première année d'utilisation. Le risque de thrombose veineuse (phlébite, embolie pulmonaire) augmente avec l'âge, si vous êtes en surpoids, si l'un de vos parents ou de vos frères et sœurs a déjà présenté à un âge relativement jeune une thrombose veineuse, si vous êtes alitée pendant une période prolongée. Parlez-en avec votre médecin.

L'utilisation d'une pilule combinée augmente le risque de thrombose artérielle par rapport aux non-utilisatrices. Le risque de thrombose artérielle (accident vasculaire cérébral, infarctus) augmente si vous fumez, si vous êtes obèse, si l'un de vos parents ou de vos frères et sœurs a déjà présenté à un âge relativement jeune une thrombose artérielle, si vous avez un taux élevé de lipides dans le sang, si vous présentez une hypertension artérielle, si vous souffrez de migraines, si vous avez une maladie du cœur ou des vaisseaux. Parlez-en avec votre médecin. Il est fortement conseillé aux femmes de plus de 35 ans d'arrêter de fumer si elles veulent prendre la pilule.

Pourquoi parle-t-on de « générations » de pilules ? Les pilules combinées contiennent à la fois un œstrogène et un progestatif. L'œstrogène le plus souvent utilisé est l'éthinylestradiol. Les progestatifs changent selon les pilules. C'est à partir de la molécule utilisée que sont définies les générations :

- Les "2^e génération" sont les pilules qui contiennent comme progestatif du lévonorgestrel ou du norgestrel.
- Les "3^e génération" sont les pilules qui contiennent comme progestatif du désogestrel, du gestodène ou du norgestimate.

Les autres pilules qui contiennent comme progestatif de la drospirénone, de la chlormadinone, du diénogest ou du nomégestrol sont parfois appelés "4^e génération".

Y'a-t-il plus de risque avec une pilule de 3^e ou de 4^e génération ? Les risques liés à l'utilisation de pilules combinées sont principalement thromboemboliques. Ces risques sont légèrement supérieurs avec des pilules de 3^e et de 4^e génération. Ce risque reste toutefois très faible, de 3 à 4 cas pour 10 000 utilisatrices. Les contre-indications et les précautions pour ces pilules restent les mêmes que pour les autres pilules combinées.

Le nombre attendu de cas d'accident thromboembolique veineux par an est d'environ :

- 0,5 à 1 cas pour 10 000 femmes non utilisatrices de pilules ;
- 2 cas pour 10 000 femmes utilisatrices de pilules combinées à base de lévonorgestrel (2^e génération) ;
- 3 à 4 cas pour 10 000 femmes utilisatrices de pilules combinées à base de désogestrel ou de gestodène (3^e génération) ou à base de drospirénone.

Pour comparaison, le risque de thrombose veineuse est de 6 cas pour 10 000 femmes au cours de la grossesse.

Comment prend-on une pilule combinée ? La plupart des pilules combinées se présentent sous forme de plaquettes de 21 comprimés. On prend sa pilule, tous les jours à heure fixe, pendant 21 jours et on arrête 7 jours pour "avoir ses règles". En cas d'oubli de pilule supérieur à 12 h, on n'est plus protégé.

Il existe par ailleurs des plaquettes de pilule de 28 comprimés. Elles sont alors composées de comprimés actifs (avec hormones) et de comprimés inactifs (sans hormones ou appelés placebo) situés en fin de plaquette. Elles peuvent se présenter sous deux formes :

- > 24 comprimés actifs + 4 comprimés placebo
- > ou 21 comprimés actifs + 7 comprimés placebo.

Dans ce cas, on prend sa pilule tous les jours à heure fixe sans interruption. En cas d'oubli de pilule supérieur à 12 h, on n'est plus protégé.

Si vous avez des questions nous nous ferons un plaisir de vous répondre : envoyez-nous vos questions par mail : florie.collard@gmail.com; ionuse.bonduoeus@gmail.com.

Annexe 7 : autorisation CNIL



RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

1755995 v 0

du 10-04-2014

Madame COLLARD Florie
BODEIN
1 RUE BOLLAERT
59670 CASSEL

A LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez effectué une déclaration de votre traitement à la CNIL et que votre dossier est formellement complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement. Cependant, la CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. En tout état de cause, vous êtes tenu de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Organisme déclarant

Nom : BODEIN

Service :

Adresse : 1 RUE BOLLAERT

Code postal : 59670

Ville : CASSEL

N° SIREN ou SIRET :

391237518 00025

Code NAF ou APE :

8621Z

Tél. : 0328484824

Fax :

Traitement déclaré

Finalité : ETUDE QUALITATIVE DANS LE CADRE D'UNE THESE DE MEDECINE GENERALE PORTANT SUR LA CONNAISSANCE DES FEMMES DES RISQUES ET DES BENEFICES DE LA PILULE ESTROPROGESTATIVE ET LEURS SOURCES D'INFORMATION.

Fait à Paris, le 10 avril 2014
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

Annexe 8 : Caractéristiques des patientes interrogées

Numéro d'entretien	Age	Catégories socioprofessionnelles	Moyen de contraception actuel	Recrutement
1	26	kinésithérapeute	aucun	entourage
2	26	kinésithérapeute	Daily Gé (POP 2e génération triphasique)	entourage
3	29	éducatrice spécialisée	Leeloo (POP 2e génération monophasique)	entourage
4	26	institutrice	aucun	entourage
5	29	directrice d'un établissement de santé	Désobel Gé (POP 3e génération monophasique)	entourage
6	23	étudiante	Jasminelle (POP 4e génération monophasique)	entourage
7	19	étudiante	aucun	entourage
8	29	conseillère en économie sociale et familiale	Anneau vaginal (contraception oestroprogestative de 3e génération)	centre accueil familles
9	22	en formation agent d'entretien	Implant (progestatif seul)	centre accueil familles
10	23	en formation éducatrice spécialisée	Triella (POP 1e génération triphasique)	centre accueil familles
11	27	en formation éducatrice spécialisée	Préservatif	centre accueil familles
12	21	sans emploi	aucun	centre accueil familles
13	25	étudiante	aucun	entourage
14	21	étudiante en science politique	Leeloo (POP 2e génération monophasique)	Consultation en cabinet libéral
15	32	contrôleur aérien	Melodia (POP 3e génération monophasique)	entourage
16	43	femme au foyer	aucun	entourage
17	22	conseillère en banque	aucun	entourage
18	18	étudiante en optique	Daily Gé (POP 2e génération triphasique)	entourage
19	35	auxiliaire puéricultrice	Daily Gé (POP 2e génération triphasique)	entourage
20	20	licence pro management en bibliothèque	Leeloo (POP 2e génération monophasique)	consultation en cabinet libéral
21	26	sans emploi	Implant (progestatif seul)	maternité Lens
22	34	sans emploi	aucun	maternité Lens
23	30	assistante maternelle	Trinordiol (POP 2e génération triphasique)	maternité Lens
24	24	infirmière	Leeloo (POP 2e génération monophasique)	Consultation en cabinet libéral
25	27	directrice des ressources humaines	Daily Gé (POP 2e génération triphasique)	Consultation en cabinet libéral
26	29	contrôleur aérien	aucun	Consultation en cabinet libéral
27	36	femme au foyer	aucun	maternité Lens
28	40	femme au foyer	aucun	maternité Lens
29	26	éducatrice spécialisée	Microval (progestatif seul)	Consultation en cabinet libéral
30	32	éducatrice spécialisée	DIU au cuivre	Consultation en cabinet libéral
31	29	contrôleur aérien	Jasminelle (POP 4e génération monophasique)	Consultation en cabinet libéral

Numéro d'entretien	Age	Catégories socioprofessionnelles	Moyen de contraception actuel	Recrutement
32	26	éducatrice spécialisée	Daily Gé (POP 2e génération tri phasique)	Consultation en cabinet libéral
33	42	greffière	DIU	Jeanne de Flandres
34	50	auxiliaire de vie scolaire/animatrice culturelle	aucun	Centre Hospitalier Hazebrouck
35	44	Libraire	DIU hormonal (progestatif seul)	Centre Hospitalier Hazebrouck
36	49	boulangère	DIU	Centre Hospitalier Hazebrouck
37	40	chargé de mission en ressources humaines	aucun	Centre Hospitalier Hazebrouck
38	41	étudiante infirmière	aucun	Jeanne de Flandres

AUTEUR : Nom : COLLARD-DONGER **Prénom :** Florie

Date de Soutenance : 22 Septembre 2014

Titre de la Thèse : Sources d'information et moyens d'amélioration des connaissances sur la pilule oestroprogestative des femmes de 18 à 50 ans dans la région Nord-Pas-de-Calais : approche qualitative

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : Médecine Générale

Mots-clés : contraception, pilule oestroprogestative, source d'information, médecin généraliste.

Résumé :

Contexte : la mise en avant, par les médias, des problèmes liés aux pilules de 3^e et 4^e génération a provoqué un flot de questions et d'inquiétudes chez les patientes sous POP. L'objectif de cette étude est de recenser les sources d'information des patientes et selon elles les moyens que l'on peut mettre en place en consultation pour améliorer leurs connaissances.

Méthode : étude qualitative à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés, chez des patientes de 18 à 50 ans vivants dans le Nord-Pas-de-Calais.

Résultats : 38 femmes ont pu être interrogées. Le médecin généraliste n'est pas la première source d'information en matière de contraception. L'expérience personnelle ou d'un tiers prime sur le discours médical. Le gynécologue est la source médicale de référence pour la contraception malgré son manque parfois de disponibilité. Les difficultés de communication entre médecins et patientes sont souvent dues à un discours qui n'est pas assez vulgarisé pour la femme qui est en face. Les patientes sont très attachées à la relation de confiance qu'elles ont avec leur médecin et au temps consacré à la consultation. Elles sont aussi en demande d'une prescription plus individualisée. Une consultation obligatoire de prévention sur la contraception peut être un moyen d'informer les femmes tôt dans leur vie sexuelle pour éviter la survenue d'une grossesse non désirée.

Conclusion : l'étude qualitative a permis de mettre en évidence des témoignages concrets sur les femmes et leur vision de la contraception. C'est au médecin de prêter attention aux attentes et aux connaissances des patientes pour en améliorer l'information.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Didier DEWAILLY

Assesseurs : Monsieur le Professeur Denis VINATIER

Madame le Docteur Sophie JONARD-CATTEAU

Directeur : Madame le Docteur Isabelle BODEIN