



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

**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**

Présentée et soutenue publiquement le 22 septembre 2014 à 13h30

Au Pôle recherche

Par Louise BONDUAUX

JURY

Président :

Monsieur le Professeur DEWAILLY Didier

Assesseurs :

Monsieur le Professeur VINATIER Denis

Madame Le Docteur JONARD-CATTEAU Sophie (MCU)

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur BODEIN Isabelle

Avertissement

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

Liste des abréviations

POP	Pilule Oestroprogestative
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
HAS	Haute Autorité de Santé
COC	Contraceptifs Oraux Combinés
COP	Contraception Oestroprogestative
IC	Intervalle de Confiance
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

Table des matières

Résumé	10
Introduction	11
1 Généralités sur la contraception.....	11
2 Le contexte actuel : pilule de 3 ^{ème} et 4 ^{ème} génération et diane 35°.....	13
3 Risques de la pilule oestroprogestative.....	15
3.1 Risques cardiovasculaires	15
3.1.a) Risques artériels	15
3.1.b) Risques thromboemboliques veineux	16
3.2 Effets métaboliques.....	17
3.3 Risques oncogènes	18
3.3.a) Cancer du sein.....	18
3.3.b) Cancer du col.....	18
3.2.c) Foie	18
3.4 Interactions médicamenteuses.....	19
4 Effets indésirables de la pilule oestroprogestative.	19
5 Bénéfices de la pilule oestroprogestative.	20
5.1 Efficacité	20
5.2 Effets oncologiques	20
5.2. a) Endomètre	20
5.2. b) Ovaire	20
5.2. c) Colorectal.....	21
5.2 .d) Tumeurs bénignes du sein.....	21
5.3 Dysménorrhées.....	21
5.4 Ménorragies	21
5.5 Hyperandrogénie : acné, hirsutisme, alopecie	21
5.6 Endométriose	22
Matériels et méthodes.....	23
1 Type d'étude.....	23
2 Population étudiée	24
3 Recueil des données.....	25
4 Analyse	26
5 Critères de scientificité	26
5.1 Saturation des données	26
5.2 Triangulation	26
5.3 Rétroaction.....	27
6 Règlementation	27
Résultats	28
1 Contraception actuelle	28
2 Connaissances générales de la contraception.....	28
2.1 Moyens contraceptifs existants	28
2.2 Mécanisme de fonctionnement de la pilule oestroprogestative	29
2 3 Mode de prise de la POP	29

3	Connaissances des risques de la pilule oestroprogestative	30
3.1	Risque de grossesse non désirée	30
3.2	Risques cardiovasculaires	30
3.3	Risques oncogènes	31
3.4	Facteurs de risque et contre-indications	31
4	Effets indésirables	32
4.1	Contrainte	32
4.2	Troubles du cycle menstruel	32
4.3	Absence de règles	32
4.4	Hyperandrogénie	33
4.5	Baisse de la libido	33
4.6	Effets mammaires	33
4.7	Rétention hydrosodée	33
4.8	Douleurs pelviennes	34
4.9	Signes digestifs	34
4.10	Signes généraux (asthénie, vertiges, troubles de l'humeur...)	34
4.11	Céphalées	34
5	Bénéfices	35
5.1	Effet contraceptif	35
5.2	Ménorragies	35
5.3	Dysménorrhées	36
5.4	Effets oncologiques	36
5.5	Hyperandrogénie	36
5.6	Céphalées	36
5.7	Amélioration de la connaissance de soi	37
5.8	Traitement des kystes fonctionnels de l'ovaire	37
6	Rapport bénéfice-risque de l'utilisation de la POP	37
7	Fausse croyances	37
7.1	Prise de poids	37
7.2	Infertilité	38
7.3	Dérèglements hormonaux	38
7.4	Assainissement de la sphère génitale	38
7.5	Protection contre les engelures	39
7.6	Vergetures	39
7.7	Stérilet	39
8	Méconnaissances et informations erronées	39
9	Manque de connaissances	41
10	Manque de communication soignant-soigné	42
11	Ressenti	42
11.1	Ressenti positif de la POP	42
11.2	Confiance envers les soignants	43
11.3	Ressenti négatif de la POP	43
12	Contraception et couple	44
	Discussion	45
1	Principaux résultats	45
1.1	Connaissances générales sur la POP	45
1.2	Connaissances des bénéfices de la POP	46
1.3	Connaissances des risques de la POP	47
1.4	Connaissances des effets indésirables de la POP	47
1.5	Fausse croyances	47
1.6	Affaire des pilules de 3 ^{ème} , 4 ^{ème} génération et DIANE 35 et conséquences	48

2 Conséquences pour la pratique de la médecine générale	49
3 Faiblesses de l'étude	50
3.1 Biais internes à l'étude	50
3.2 Biais externe à l'étude.....	50
3.3 Biais d'investigation	51
3.4 Choix de la méthode utilisée	51
3.5 Biais d'interprétation	51
4 Forces de l'étude.....	52
4.1 Respect des critères de scientificité.....	52
4.2 Méthode qualitative	52
 Conclusion.....	 53
 Références bibliographiques	 54
 Annexes	 58
Annexe 1 : Caractéristiques de la population étudiée	58
Annexe 2 : Questionnaire d'entretien.....	60
Annexe 3 : Formulaire de Consentement libre, éclairé et exprès.....	61
Annexe 4 : Fiche d'information sur la pilule oestroprogestative	62
Annexe 5 : Déclaration CNIL.....	64

RESUME

Contexte : La pilule oestroprogestative est le moyen de contraception le plus utilisé en France. Les accidents vasculaires secondaires à l'utilisation des pilules de 3^{ème}, 4^{ème} génération et Diane 35° relayés par les médias ont soulevé des interrogations chez de nombreuses patientes. L'objectif de cette étude est d'évaluer les connaissances des femmes sur les bénéfices et les risques de cette méthode contraceptive.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés réalisés par deux enquêtrices, chez des patientes de 18 à 50 ans vivant dans la région Nord-Pas-de Calais. Retranscription des entretiens et analyse des données à l'aide du logiciel Nvivo 10*.

Résultats : 38 femmes ont été interrogées. Les connaissances des femmes sur la pilule oestroprogestative sont très hétérogènes. Certains éléments nécessaires à son efficacité contraceptive, comme la conduite à tenir en cas d'oubli, restent imprécis pour certaines femmes. Les risques vasculaires et les facteurs de risque associés sont connus d'une majorité des patientes. Les effets indésirables ont tous été cités au cours des entretiens. Les risques et les effets indésirables sont souvent un frein à l'utilisation de cette méthode contraceptive. Les bénéfices en termes de protection contre le cancer de l'ovaire, de l'endomètre ou des tumeurs bénignes du sein n'ont pas été évoqués par les jeunes femmes. Il persiste de nombreuses fausses croyances évoquées lors de cette étude. Il s'agit notamment des conséquences de son utilisation à long terme, d'un effet délétère sur la fertilité, ou sur certains effets protecteurs imputés à tort à ce moyen de contraception.

Conclusion : L'étude qualitative a permis de mettre en évidence des lacunes sur les connaissances des jeunes femmes de la pilule oestroprogestative. Des améliorations doivent être réalisées en consultation afin de répondre aux attentes des patientes et d'améliorer la qualité de l'information et l'observance.

INTRODUCTION

1 Généralités sur la contraception

La contraception est un moyen visant à éviter la survenue d'une grossesse non désirée durant une période réversible et temporaire.

Actuellement il existe différentes méthodes contraceptives en France :(1)

- Les méthodes hormonales oestroprogestatives : la pilule oestroprogestative, l'anneau vaginal et le patch transdermique.
- Les méthodes hormonales progestatives : la pilule progestative, l'implant sous-cutané, l'injection intramusculaire d'*acétate de médroxyprogestérone retard* et le dispositif intra-utérin au *lévonorgestrel*
- Le dispositif intra-utérin au cuivre.
- Les méthodes barrières : préservatifs masculins, diaphragme et cape cervicale, spermicides.
- Les méthodes naturelles : le retrait, l'abstinence périodique ou méthode OGINO, l'observation de la glaire cervicale ou méthode Billings, prise de la température corporelle, méthode MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée)...
- La contraception d'urgence : pilule ou pose d'un DIU dans les 5 jours suivant le rapport à risque.
- La contraception définitive : féminine ou masculine.

Contre les maladies sexuellement transmissibles, seul le préservatif est efficace.

La contraception par POP présente trois mécanismes d'action :

- le blocage de l'ovulation : effet antigonadotrope du progestatif et de l'éthinylestradiol entraînant l'absence du pic de sécrétion de LH (hormone Luteinisante) et d'hormone folicullo stimulante (FSH) par l'hypophyse précédant normalement l'ovulation et une inhibition de la croissance folliculaire.
- modification et épaissement de la glaire cervicale.
- atrophie de l'endomètre empêchant la nidation du fœtus.

La première pilule oestroprogestative a été mise au point par l'équipe du Docteur Gregory Pincus en 1954. Il s'agit de la pilule ENOVID composée de progestérone et d'œstrogène de synthèse. Elle est ensuite commercialisée en Allemagne puis aux Etats Unis en 1960.

C'est le 28 décembre 1967 que l'Assemblée nationale vote la loi Neuwirth qui autorise la contraception en France. A partir du 5 décembre 1974 la pilule contraceptive est remboursée par la sécurité sociale et elle peut être délivrée aux mineurs sans accord parental. Elle est alors délivrée de manière anonyme et gratuite dans les plannings familiaux. Cette loi abolit la loi de 1920 qui interdisait toute publicité concernant la contraception.

En juin 1991 la contraception d'urgence dite « pilule du lendemain » est mise en vente sans prescription et est alors disponible dans les écoles. Elle est gratuite pour les mineures depuis 2001.

En France selon les données de l'Institut National de Prévention et d'Education Pour la Santé la pilule contraceptive est le moyen le plus utilisé par les femmes de 15 à 49 ans. En effet 55.5% des femmes déclarent utiliser la pilule contraceptive contre 26% le dispositif intra utérin, 10.3% le préservatif et 4.7% l'implant le patch l'anneau ou l'injection.(2)

Figure n°1

Principales méthodes contraceptives* utilisées par les femmes âgées de 15 à 49 ans en 2010 (en %) déclarant utiliser une méthode contraceptive.

	Contraception définitive (stérilisation)	DIU (ou stérilet)	Implant, patch, anneau, injection	Pilule	Préservatif	Méthodes locales	Méthodes naturelles
15-19 ans	-	-	2,8	78,9	18,3	-	-
20-24 ans	-	3,7	5,4	83,4	7,2	-	0,3
25-34 ans	0,5	20,3	6,2	63,4	8,7	0,1	0,8
35-44 ans	3,5	36,0	3,9	43,4	11,6	0,2	1,4
45-49 ans	5,2	43,2	3,4	35,5	9,7	0,4	2,6
Total	2,2	26,0	4,7	55,5	10,3	0,1	1,2

* : lorsque plusieurs méthodes étaient citées, la plus « sûre » a été retenue ; ainsi, c'est la méthode apparaissant la plus à gauche dans le tableau qui a été privilégiée.

Champ : France métropolitaine. Femmes non enceintes déclarant utiliser systématiquement ou non, un moyen pour éviter une grossesse, sexuellement actives dans les douze derniers mois, ayant un partenaire homme au moment de l'enquête.

Source : Baromètre Santé 2010.

La POP se compose de :

-un œstrogène, *l'éthinyl oestradiol* ou *l'estradiol*, dosage entre 50 µg (pour la dernière pilule normodosée encore sur le marché) et de 40 à 15µg pour les pilules minidosées.

-un progestatif : les dérivés de la *19-nortestostérone* constituant la première génération, *norgestrel* et *lévonorgestrel* constituant la 2^{ème} génération, *désogestrel* *norgestimate* et *gestodène* constituant la 3^{ème} génération, les autres progestatifs sont la *drospérédone*, *l'acétate de cytopérone*, le *diénogest* et *l'acétate de normégestrol*.

2 Le contexte actuel : pilule de 3^{ème} et 4^{ème} génération et diane 35°.

Les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération ont été créées pour réduire les effets secondaires et donc améliorer la tolérance des pilules de 1^{ère} et 2^{ème} génération.

En décembre 2012 une patiente sous pilule de 3^{ème} génération a porté plainte contre le laboratoire commercialisant cette pilule l'accusant d'être responsable de l'accident vasculaire cérébral et des séquelles dont elle fut victime en 2006. C'est alors que d'autres jeunes femmes victimes d'accidents vasculaires sous contraception par pilule de 3^{ème}, 4^{ème} génération ou diane 35 portent plainte à leur tour.

L'information est alors largement relayée dans tous les médias.

Un communiqué du 26 mars 2013 de l'ANSM rapporte le nombre de décès et d'accidents thromboemboliques veineux imputables aux pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération. « Entre 2010 et 2011 le risque thromboembolique veineux lié aux contraceptifs oraux combinés est estimé à 2529 par an dont 1751 sont attribuables aux pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération. Le nombre de décès annuels par embolie pulmonaire attribuables à l'utilisation des contraceptifs oraux combinés est estimé à 20 : 6 attribuables aux contraceptifs oraux combinés de 1^{ère} et 2^{ème} génération et 14 attribuables aux contraceptifs oraux combinés de 3^{ème} et 4^{ème} génération. »(3)

Les autorités sanitaires ont effectué un déremboursement des pilules de 3^{ème} génération au 31 mars 2013. Actuellement la prescription de ces pilules doit être réservée en 2^{ème} intention s'il existe une intolérance aux pilules de 1^{ère} et 2^{ème} génération selon l'HAS.(4)

Diane 35° (association d'*acétate de cyprotérone* et *éthinyloestradiol*), ayant initialement obtenue l'autorisation de mise sur le marché en France en juillet 1987 dans le traitement de l'acné puis largement prescrite comme contraception car elle possède la propriété de bloquer l'ovulation, a été retirée du marché en France le 21 mai 2013. En effet l'ANSM concluait à un rapport bénéfices-risques défavorable de ce traitement contre l'acné suite aux accidents thromboemboliques survenus chez des jeunes femmes prenant Diane 35°.(5)

L'ANSM a annoncé le 13 janvier 2014 la remise sur le marché de Diane 35°. « La prescription de Diane 35° (et de ses génériques) est désormais réservée au traitement de l'acné dans le cas où un traitement local ou par antibiotiques aurait échoué. Ce médicament ayant une action contraceptive, il ne doit pas être prescrit en cas d'utilisation simultanée avec un autre contraceptif hormonal. »(6)

3 Risques de la pilule oestroprogestative

3.1 Risques cardiovasculaires

Ils représentent le principal risque de la contraception oestroprogestative tous types d'administration confondus.

3.1.a) Risques artériels

Le risque artériel de la prise des contraceptifs oestroprogestatifs est démontré dans les études mais les facteurs de risque associés exercent un effet synergique chez les patientes sous contraception oestroprogestative. En effet une méta-analyse d'études de cohorte et de cas témoins publiée en 2005 retrouve « un risque d'AVC ischémique doublé chez les femmes prenant une pilule contenant moins de 50µg d'*éthinyloestradiol*. » Concernant le risque relatif d'infarctus du myocarde en cas de prise de COP, il varie selon les études. Il est en moyenne de 1.84 IC(1.38-2.44) (7) Une étude de cohorte danoise retrouve « un risque relatif d'accident vasculaire cérébral ischémique et d'infarctus du myocarde de 0.9 à 1.7 avec les pilules dosées à 20µg et de 1.3 à 2.3 pour celles dosées à 30 ou 40µG d'*éthyniloestradiol* sans différence selon le progestatif associé. »(8)

Cependant il existe de nombreux facteurs confondants qui sont représentés par les principaux risques cardiovasculaires : l'âge, le tabagisme, l'hypertension artérielle, les antécédents familiaux, la migraine, le diabète, les dyslipidémies.

Les études n'ont pas démontré de différence entre les pilules de 2^{ème} génération et les pilules de dernière génération en termes de diminution du risque artériel, bien que ces dernières ont été développées dans ce but.

3.1.b) Risques thromboemboliques veineux

L'incidence du risque thromboembolique chez les femmes sous contraception oestroprogestative est considérable. L'étude de cohorte danoise(9) retrouve un risque absolu de thrombose veineuse pour 10 000 femmes–année (risque pour 10000 femmes suivies pendant une année) chez les femmes sans contraception de 3.01 contre 6.29 pour les femmes sous contraception oestroprogestative. Ce risque diminue avec la durée d'utilisation du contraceptif. « Le risque relatif est de 4,17 IC (3.73 ; 4.66) pour une utilisation inférieure à un an, de 2.98 IC (2.73 ; 3.26) pour une utilisation entre un et quatre ans et 2.76 IC (2.53 ; 3.02) pour une utilisation supérieure à quatre ans. » Le risque est variable entre les différents progestatifs. « Comparativement aux contraceptifs contenant du *lévonorgestrel* avec la même durée de prise et le même dosage d'oestrogènes le risque était de 0.98 IC (0.71 ; 1.37) pour la *norethistérone*, 1.19 IC (0.96 ; 1.47) pour le *norgestimate*, 1.82 IC (1.49 ; 2.22) pour le *desogestrel*, 1.86 IC (1.59. 2.18) pour le *gestodene*, 1.64 IC (1.27. 2.10) pour la *drospirenone* et de 1.88 IC (1.47. 2.42) pour la *cytoperone*. Ces risques sont ajustés à la dose d'oestrogènes. » Une méta-analyse réalisée précédemment en 2001 mettait en évidence « un risque augmenté d'accidents thromboemboliques veineux avec les pilules de 3^{ème} génération comparées aux pilules de 2^{ème} génération. »(10) Une étude cas-témoins néerlandaise réalisée entre 1999 et 2004 démontrait les mêmes risques. Une méta-analyse publiée en 2012(11) comparant le *levonorgestrel* au *norgestrel* : « risque multiplié par 1.11 IC(0.84 ;1.46), au *gestodène* 1.33 IC (1.08 ;1.63), au *cyprotérone* 1.65 IC(1.30 ;2.11), à la *drospirenone* 1.67 IC(1.10 ; 2.55), au *désogestrel* 1.93 IC(1.31 ;2.83). » Cette étude retrouvait également une augmentation du risque dans les premiers mois d'utilisation.

« Le risque d'accidents thromboemboliques veineux chez les utilisatrices de contraception oestroprogestative est majoré chez les femmes porteuses d'une thrombophilie congénitale. »(12) Il est donc très important de rechercher ce facteur de risque dans les antécédents familiaux des patientes. Chez les patientes souffrant de thrombophilie congénitale ou acquise, les contraceptifs oestroprogestatifs sont contre-indiqués.

« L'effet de *l'éthinylestradiol* sur le foie, lieu de synthèse des facteurs de coagulation, a pour conséquence l'augmentation du risque thrombotique de la POP. Il en résulte une augmentation des facteurs 2 et 7 de la coagulation, du fibrinogène, une diminution des inhibiteurs physiologiques de la coagulation (protéine S et C activée). »(13)(14) L'effet thrombotique de *l'éthinylestradiol* est dose-dépendant. La diminution de la dose d'*éthinylestradiol* dans les pilules oestroprogestatives a permis de diminuer le risque vasculaire.

« L'association des progestatifs de 3^{ème} génération avec *l'éthinylestradiol* résulterait en une biodisponibilité accrue de *l'éthinylestradiol* de mécanisme mal élucidé. Ces molécules réduiraient moins l'effet pro- thrombotique de *l'éthinylestradiol* que le *lévonorgestrel*. Le taux de *Sex Hormone Binding Globulin* et d'*angiotensinogène* qui reflètent le climat oestrogénique global et donc le risque thrombotique(15) est majoré avec un progestatif de 3^{ème} 4^{ème} génération ou *l'acétate de cyprotérone* (Diane 35) comparé aux autres progestatifs. »(16)

3.2 Effets métaboliques

Les pilules oestroprogestatives sont responsables d'une augmentation du taux de triglycérides.(17) Cet effet est majoré avec les pilules à dominance oestrogénique par rapport aux pilules à dominance progestative. Les contraceptifs oraux fortement dosés en *éthinylestradiol* et contenant des dérivés de la *19-nortestostérone* peuvent entraîner un hyperinsulinisme et une insulino-résistance.(18)

Une surveillance du bilan lipidique et glycémique est recommandée dans les 6 premiers mois d'utilisation d'une contraception oestroprogestative.

3.3 Risques oncogènes

3.3a) Cancer du sein

Les études démontrent un risque très légèrement augmenté de cancer du sein chez les utilisatrices de contraception oestroprogestative, tout type de composition confondu, mais ce risque diminue et s'annule 10 ans après l'arrêt de cette contraception(19). Ce risque est rapporté surtout aux pilules oestroprogestatives de 1^{ère} génération. Il existe de façon incertaine un risque légèrement majoré de cancer du sein chez les patientes ayant la mutation génétique BRCA 1 ou 2 sous COP. Le bénéfice en termes de protection contre le cancer de l'ovaire compense largement ce risque.(20)

3.3b) Cancer du col

Les études concluent à un risque augmenté de cancer du col chez les utilisatrices de COP(19) . « Le risque serait augmenté avec la durée d'utilisation de la COP et diminuerait puis s'annulerait 10 ans après l'arrêt. » (20). Cependant il existe des facteurs de confusion notamment les rapports sexuels sans utilisation de préservatif qui exposent les patientes au virus HPV, exposition jouant un rôle important dans l'apparition du cancer du col de l'utérus. La surveillance régulière par frottis cervico vaginal est donc primordiale chez les utilisatrices de COP comme chez les autres patientes.(21)

3.2c) Foie

La pilule oestroprogestative augmente le risque de tumeurs bénignes : adénome, nodule hyperplasique focal, hémangiomes. Les adénomes ou hamartomes peuvent être responsables d'hémopéritoine avec collapsus cardiovasculaire ce qui est une complication très rare mais pouvant être très grave. (20) Le risque de cancer du foie n'est pas augmenté par l'utilisation de la POP. (21)(22)

3.4 Interactions médicamenteuses

La pilule oestroprogestative est métabolisée par le foie. Il existe des interactions médicamenteuses à prendre en compte. Certains traitements diminuent son effet contraceptif. Il s'agit notamment des antiépileptiques de certains antibiotiques comme la rifampicine.

4 Effets indésirables de la pilule oestroprogestative.

Les effets indésirables bénins nécessitent le plus souvent une adaptation du type de contraceptif. Ils sont représentés par les troubles digestifs (nausées, vomissements), les céphalées, les tensions mammaires, les troubles de l'humeur, la baisse de la libido, la sécheresse vaginale, les troubles cutanés tels que l'acné, les troubles du cycle à type de spotting ou de métrorragies, les douleurs pelviennes. Les mastodynies et les mastopathies bénignes peuvent également apparaître sous COP. « La présence d'une galactorrhée peut-être non pathologique mais doit faire rechercher une hyperprolactinémie secondaire à un adénome hypophysaire. »(18)

La prise de poids, plainte souvent évoquée par les femmes prenant une pilule oestroprogestative n'est pas liée à ce type de contraception.(23) (24) (25) Il peut y avoir une prise d'un ou deux kilogrammes par une rétention hydro sodée liée à la stimulation du système rénine-angiotensine par la contraception oestroprogestative. (26)

5 Bénéfices de la pilule oestroprogestative.

Les bénéfices de la pilule combinée sont nombreux.

5.1 Efficacité

L'efficacité d'une méthode contraceptive est définie par l'indice de pearl qui est le rapport du nombre de grossesses accidentelles sur 100 femmes après 12 mois d'utilisation exprimé en pourcentage-année. Pour la pilule combinée oestroprogestative il est de 0.01 à 0.3% soit un risque de grossesse non désirée très faible. Ce pourcentage inclut les oublis de prise. Comparativement aux autres méthodes contraceptives elle est la plus efficace.(27)

5.2 Effets oncologiques

5.2 a) Endomètre

La pilule oestroprogestative a un effet protecteur sur le cancer de l'endomètre. Cet effet protecteur augmente avec la durée d'utilisation de la contraception et persiste 15 à 20 ans après l'arrêt. (19) (28). Les œstrogènes stimulent la prolifération des cellules endométriales alors que les progestatifs bloquent cet effet. Le progestatif contenu dans la pilule combinée protège contre l'hyperplasie cellulaire et le changement de la prolifération induite par les oestrogènes. Les cellules différenciées ne prolifèrent plus et sont alors éliminées par les saignements.(20)

5.2 b) Ovaire

Il existe un effet protecteur contre le cancer de l'ovaire de la pilule oestroprogestative. Cet effet augmente avec la durée de la prise du contraceptif et perdure après l'arrêt.(19)(29) L'effet protecteur est plus important sur les carcinomes séreux que mucineux. Il est également présent chez les patientes ayant la mutation génétique BRCA1 et 2 (mutations héréditaires favorisant le risque de cancer du sein et de l'ovaire).(20)

Les pilules oestroprogestatives confèrent un effet protecteur contre les tumeurs bénignes et contre les kystes fonctionnels de l'ovaire.(30)(31)

5.2 c) Colorectal

Certaines études ont démontré une diminution du risque colorectal chez les patientes sous contraception oestroprogestative.(20)(32)

5.2 d) Tumeurs bénignes du sein

La prise de contraception oestroprogestative protège contre les tumeurs bénignes du sein telles que les fibroadénomes, les maladies kystiques et les « grosseurs » non biopsées. Le risque de développer ce type de tumeurs diminue avec la durée de prise du contraceptif.(30)(33)

5.3Dysménorrhées

Les dysménorrhées peuvent être très invalidantes pour les femmes et altérer leur qualité de vie. La pilule oestroprogestative a pour effet de réduire ces douleurs(30) provoquées par la libération de prostaglandines qui entraîne une augmentation de l'activité myométriale. La COP permettrait de diminuer cette libération de prostaglandines donc la contractilité utérine et de diminuer voire faire disparaître les dysménorrhées.(31)

5.4 Ménorragies

La pilule oestroprogestative permet de diminuer le volume total et le nombre de jours de saignements menstruels et les conséquences qui en découlent telles que l'anémie, les douleurs ou l'asthénie.(31)(33)

5.5Hyperandrogénie : acné, hirsutisme, alopécie

La contraception oestroprogestative diminue la sécrétion des androgènes et donc favorise la diminution de l'acné. (34) Le progestatif ayant l'action anti androgénique la plus importante est *l'acétate de cyprotérone* d'où son indication dans le traitement de l'acné. Les effets peuvent persister après cessation de la prise de la pilule oestroprogestative.(33)

5.6 Endométriose

L'endométriose est définie par la croissance de cellules endométriales dans d'autres parties de l'abdomen. Ces cellules réagissent au cycle menstruel et peuvent être responsables de dysménorrhées sévères. La pilule oestroprogestative permet de diminuer les symptômes dus à l'endométriose. (31)(30)

Dans ce contexte la perception des jeunes femmes sur la contraception hormonale a probablement été modifiée avec une méfiance face aux pilules en général et un changement des habitudes de prescription de la contraception en France. Le rapport de l'ANSM de février 2014 sur l'évolution de l'utilisation des contraceptions orales combinées entre janvier 2013 et décembre 2013 a montré une diminution globale des ventes de COC de 5% en 2013 par rapport à 2012 et une diminution de 45% des ventes de COC de 3^{ème} et 4^{ème} génération.(35)

La récente médiatisation des risques cardiovasculaires des pilules de 3^{ème} 4^{ème} génération et Diane 35° a donc amené des changements dans la perception des femmes sur la pilule oestroprogestative. Le médecin généraliste est un des interlocuteurs des patientes bénéficiant d'une contraception par pilule oestroprogestative. Dans ce contexte ils sont confrontés aux craintes et interrogations des femmes utilisant ce moyen de contraception.

Notre hypothèse principale est qu'il existe une discordance entre le niveau de connaissance que les patientes pensent avoir acquis et leurs connaissances exactes réelles. La bonne compréhension de l'information est un élément indispensable à l'observance et à la bonne utilisation d'un médicament.

La partie de notre travail concernant les sources d'information et les moyens d'amélioration de l'information ne sera pas traitée dans cette thèse.

MATERIELS ET METHODES

Nous nous sommes intéressées aux connaissances de ces risques et des bénéfices de la pilule oestroprogestative des femmes par le biais d'une enquête qualitative. Cette méthode nous permet d'avoir le point de vue des jeunes femmes avec leur ressenti sur ce mode de contraception et sur ces récents événements.

L'objectif de cette étude est de savoir quelles informations ont été reçues, par quels interlocuteurs et dans quelle mesure elles ont été comprises afin de mettre en avant des moyens d'amélioration de cette information.

1 Type d'étude

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 Population étudiée

Nous avons choisi d'interroger les femmes entre 18 et 50 ans. L'âge de 18 ans 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 possible afin de recueillir une plus grande diversité d'opinion lors des entretiens.(36)

Les caractéristiques des femmes interrogées (âge, catégories socioprofessionnelles, moyens de contraception actuels et recrutement) sont regroupées dans un tableau en Annexe 1.

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 2). Ce canevas a été testé auprès d'un MSU (Maitre de Stage Universitaire) 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. Il 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 3).

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.choisirscontraception.fr (Annexe 4).

Chaque entretien a été retranscrit sur fichier Word et numéroté dans l'ordre de réalisation.

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.

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.

5 Critères de scientificité

5.1 Saturation des données

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

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.

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.

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 5)

RESULTATS

1 Contraception actuelle

Les patientes interrogées ont toutes bénéficié d'une contraception par pilule oestroprogestative au cours de leur vie.

Une patiente a relaté dans l'entretien que la prise de cette contraception était imposée par son entourage. « *C'est pour ça que j'étais perdue, moi je voulais pas la pilule, pour moi c'était trop compliqué donc euh je disais euh... tout sauf la pilule. Mais bon c'est ma grand-mère qui me l'a imposée* » Entretien 21.

Certaines patientes ont évoqué leur incompréhension devant le changement de type de POP par leur médecin. « *au début, ouais ça se passait bien et en fait ouais elle a changé plus euh... parce qu'on m'a dit qu'avec la 3^{ème} génération on a moins d'effets secondaires et tout ça, sauf que avec la LEELOO ça allait quand même quoi.* » Entretien 24. Les contraceptions utilisées par les patientes au moment de l'entretien sont classées dans le tableau en annexe 1.

2 Connaissances générales de la contraception

2.1 Moyens contraceptifs existants

Tous les contraceptifs existants ont été cités dans les divers entretiens : méthodes naturelles, contraceptions orales, locales, DIU, implant, contraception définitive... « *Y'a beaucoup de moyens de contraception, le plus classique on va dire que c'est le préservatif, la pilule sous différentes formes, y'a le stérilet* » Entretien 17

Les patientes savent qu'il existe différents types de pilule oestroprogestative avec différents dosages et que les dosages notamment en *éthyniloestradiol* dans la pilule ont diminué au cours du temps. « *Je suppose que le changement a été dans ce sens là d'alléger au maximum euh les hormones* » Entretien 34.

La pilule oestroprogestative est le moyen le plus souvent utilisé par les femmes. « *C'est celle qui est le plus pris à mon avis* » Entretien 24.

2.2 Mécanisme de fonctionnement de la pilule oestroprogestative

Les connaissances concernant le mode de fonctionnement de la pilule oestroprogestative sont imprécises. La plupart des patientes savent qu'avec ce type de pilule les règles sont « artificielles » et que l'ovulation est bloquée. *« C'était une sorte d'hormone en fait qui bloquait bah justement le...l'ovulation. »*Entretien 11.

« Les règles qu'on a quand on prend une pilule en fait c'est des fausses règles c'est...c'est la chute du taux d'hormone qui provoque ces...ces pertes. » Entretien 17.

Certaines patientes ont mentionné le fait que cette pilule contient deux hormones : œstrogènes et progestatifs. Une patiente a cité la modification de l'endomètre empêchant la nidation du fœtus. *« Ca bloquait tout le système hormonal classique, euh...que ça empêchait l'ovulation et que ça créait des fausses règles, c'est-à-dire que le enfin comment on appelle ça, que la muqueuse, euh l'endomètre était euh...pas du tout fait pour accueillir une nidation s'il y avait une ovulation. »*Entretien 29.

Les jeunes femmes sont informées de l'absence de protection contre les maladies sexuellement transmissibles avec la pilule seule.

2 3 Mode de prise de la POP

La prise à heure régulière est une information que beaucoup de patientes ont retenue de même que l'arrêt de 7 jours entre chaque plaquette pour la majorité de ces pilules. *« Bah après faut pas oublier les prises, prendre à heure régulière, si on s'est rendu compte qu'il y a un oubli au bout de 12 heures, bah il faut se protéger parce qu'on n'est plus protégée. Normalement il faut faire un arrêt de 7 jours. »* Entretien 24.

3 Connaissances des risques de la pilule oestroprogestative

3.1 Risque de grossesse non désirée

Le risque de grossesse non désirée avec une POP lié à l'oubli est un risque connu des jeunes femmes. « *Comme mon amie aussi elle est tombée enceinte avec la pilule.* » Entretien 9.

L'angoisse de la grossesse non désirée suite à un oubli a été évoquée à de nombreuses reprises lors des entretiens. « *C'est vrai qu'au tout début dès que je l'oubliais parce que ça m'arrivait quand même, même si c'était moins de 12h, j'étais paniquée.* » Entretien 24. « *C'était vraiment les prises euh régulières donc il fallait être prudent là-dessus, surtout pas d'oubli, que le stress, enfin surtout à l'époque, si on remonte le stress que nous avons c'était faut pas l'oublier sinon aie aie aie, ça peut arriver.* » Entretien 36.

3.2 Risques cardiovasculaires

Les effets vasculaires notamment thromboemboliques veineux ou artériels ont été cités à de nombreuses reprises lors des entretiens. « *ya des phlébites euh des...des ...des embolies pulmonaires, des...un truc aussi, des congestions cérébrales euh...des conséquences graves quoi* » Entretien 28.

Lors de la médiatisation des accidents vasculaires sous pilule de 3^{ème} 4^{ème} génération et Diane 35 certaines jeunes femmes ont appris le risque vasculaire des pilules oestroprogestatives. « *Bah si si déjà avec les pilules de 3^{ème} génération ils disaient par exemple fin tous les problèmes vasculaires* » Entretien 15.

Le risque de décès consécutif à une complication cardiovasculaire a été évoqué. « *Quand on entend les pilules dernières générations, quand on entend qu'il y a eu des problèmes de cœur, qui a eu des décès même* » Entretien 28.

Une des femmes interrogée a évoqué la notion de risque majoré en début de prise de ce type de contraception. « *on t'explique bien les choses fin tu comprends finalement si t'as pas de problèmes si t'as ta pilule-là depuis des années t'as pas de raisons de changer* » Entretien 31

3.3 Risques oncogènes

De façon imprécise le risque de cancer avec la pilule a été cité lors de certains entretiens. « *ya des cancers j'ai entendu mais...après...* » Entretien 23. Un lien a parfois été cité avec le cancer du sein. « *un truc avec le cancer du sein* » Entretien 6. « *ce qu'il y a c'est que euh j'ai une mère qui est décédée d'un cancer à l'âge que j'ai actuellement elle est décédée à 50 ans je suppose qu'à un moment donné on je suis allée de plus en plus vers les mini pilules peut-être* » Entretien 34.

3.4 Facteurs de risque et contre-indications

La plupart des patientes connaissant les risques cardiovasculaires citent aussi les facteurs de risques associés. Le tabac est le facteur de risque le plus connu.

Les antécédents familiaux et, de façon plus globale, un terrain à risque pouvant favoriser les complications thromboemboliques est mentionné par les femmes interrogées. « *J'imagine que la combinaison euh justement effectivement de la pilule avec le tabac ça peut faire des AVC des choses comme ça fin voilà ça favorise en tout cas.* » Entretien 35. « *ça dépend composition sanguine et si dans ta famille il y a des gens qui ont eu des problèmes je sais pas si c'est des problèmes cardiaques ou des fin bah c'est les antécédents familiaux qui te disent si t'as des prédispositions.* » Entretien 32. « *Bah le risque thromboembolique, mais faut vraiment qu'il y ait déjà un terrain.* » Entretien 38.

Les troubles lipidiques avec la surveillance associée ont été également évoqués. « *on est sensés faire des prises de sang pour vérifier le cholestérol.* » Entretien 31.

Les patientes connaissent l'interaction et l'effet de la POP sur les modifications de posologie du lévothyrox quand elles en prennent en cas de prise concomitante. « *si je change de contraceptif faut que je change mon traitement de lévothyrox aussi du coup ça impacte forcément sur mon choix.* » Entretien 31.

4 Effets indésirables

4.1 Contrainte

Ce type de contraception est mentionné par les femmes comme une contrainte liée à la prise quotidienne et régulière pour qu'il soit efficace. « *Bah régulier euh ne pas oublier pour moi c'est une contrainte ouais ça a toujours été une contrainte ouais étant jeune c'était une contrainte* » Entretien 16. Cette notion de contrainte a été également évoquée pour les déplacements ou les voyages. « *après contrainte aussi c'est quand on voyage ne pas savoir quand la prendre à la bonne heure euh quand on voyage ça c'est un peu compliqué parfois* » Entretien 31.

4.2 Troubles du cycle menstruel

Les métrorragies ou spotting liés à la pilule oestroprogestative sont des effets gênants évoqués lors des entretiens avec les patientes. « *Moi je prenais une pilule j'avais aussi mes règles à n'importe quel moment.* » Entretien 9. « *ah oui tiens ça fait trois mois que j'ai pas mes règles ou alors oui avec ma pilule j'ai mes règles en permanence ou alors oui avec ma pilule j'ai mes règles à 15 jours à la moitié de mon cycle et après je les ai pas quand j'arrête ma pilule fin des problèmes de dérèglement* » Entretien 14.

4.3 Absence de règles

L'absence de règles lors de la prise d'une pilule contraceptive a été évoquée comme étant un inconvénient pour certaines femmes. Ces dernières accordent une grande importance à ce moment du cycle. « *C'est que une femme aime bien quand même avoir ses règles une fois par mois parce qu'elle se sent plus femme, même si ce sont des règles artificielles* » Entretien 13. « *Parce que moi j'ai essayé de le faire une fois pour être tranquille je trouvais ça hyper désagréable de pas avoir cette sensation de se vider moi j'aime bien les règles j'ai toujours l'impression de me purifier de de dégager des choses même si en prenant la pilule je devais pas dégager grand-chose non plus mais...* » Entretien 26.

4.4 Hyperandrogénie

Les effets indésirables tels que l'acné, l'hirsutisme ou l'alopecie, secondaires à la POP ont tous été mentionnés par les femmes interrogées. « *J'ai eu des poussées d'acné de malade* » Entretien 14. « *Ça te provoque des dérèglements hormonaux on peut du coup on sécrète plus des hormones masculines, donc c'est pour ça aussi qu'il y a des femmes qui peuvent avoir de la barbe des choses comme ça* » Entretien 8. « *en fait elle avait perdu tout un tout un morceau de cheveux là elle avait plus de cheveux y'avait un trou à cause de la pilule.* » Entretien 12.

4.5 Baisse de la libido

La baisse de la libido comme effet indésirable de la POP a été évoquée lors des entretiens. « *J'ai des copines elles ont des problèmes un peu genre sexuels donc elles pensaient que c'était lié à la pilule donc elles ont changé côté libido ça a un peu augmenté du coup une fois qu'elles ont arrêté la pilule.* » Entretien 31.

Une patiente a cité la sécheresse vaginale comme autre effet indésirable de la POP. « *euh que t'es plus sec au niveau vaginal t'as moins de sécrétions vaginales.* » Entretien 31.

4.6 Effets mammaires

Les patientes ont cité l'augmentation du volume mammaire et les mastodynies lors de la prise d'une POP. « *Un des inconvénients c'est c'est aussi l'augmentation mammaire pour celles qui ont déjà des fortes poitrines.* » Entretien 32. « *douleur dans les seins* » Entretien 24.

4.7 Rétention hydrosodée

La prise de poids de quelques kilos résultant d'une rétention hydrosodée avec la prise d'une POP a été partiellement évoquée lors des entretiens. « *Après euh...DIANE 35 m'a fait grossir, mais euh...c'était impressionnant quoi euh...en fait pas grossir, gonfler en fait* » Entretien 8.

4.8 Douleurs pelviennes

Les patientes ont nommé les douleurs pelviennes comme effet indésirable de la POP. « *ça régulait pas forcément ça faisait mal* » Entretien 10. « *Y'a ma fille euh...y'a ma fille aînée, bah elle a un copain elle prend la pilule, elle a souvent mal au ventre, donc je sais pas euh...ils lui ont dit que c'était pas ça mais...moi je pense que c'est ça* » Entretien 28.

4.9 Signes digestifs

Les nausées et les vomissements ont été cités lors des entretiens. « *Mais...j'avais des nausées en fait elle m'allait pas.* » Entretien 21. « *Il y en a une qui me donnait la nausée mais terrible, j'étais obligée de sortir de classe tous les jours.* » Entretien 8.

4.10 Signes généraux (asthénie, vertiges, troubles de l'humeur...)

Certaines patientes ont attribué un état d'asthénie ou de malaises à la prise de POP. « *ça peut engendrer des trucs de des syndromes de dépression ou de fatigue.* » Entretien 14. « *j'étais tellement faible après enfin que j'ai perdu et tout que je me suis évanouie en fait.* » Entretien 17. « *j'avais que des vertiges* » Entretien 9.

4.11 Céphalées

Quelques personnes interrogées ont nommé les céphalées comme effet indésirable de la POP. « *j'avais eu des supers migraines juste avant le déclenchement de mes règles.* » Entretien 2. « *des gros maux de tête mais du coup c'est qu'elle est pas forcément adaptée...* » Entretien 10.

5 Bénéfices

5.1 Effet contraceptif

L'effet contraceptif est l'effet recherché en première intention chez la majorité des femmes. « *bah on va dire de la confiance et pas le stress on va dire de calculer de de devoir faire trop attention ça apporte une sécurité le fait de pas tomber enceinte n'importe quand* » Entretien 5. Les patientes interrogées savent que c'est un moyen de contraception fiable. « *c'est efficace à presque 100%, il fallait juste la prendre aux mêmes horaires tous les jours. C'est tout.* » Entretien 23.

Certaines relatent une sérénité notamment au sein du couple lors des rapports sexuels par exemple. « *Confort. C'est le mot, le confort pour ne pas être stressée.* » « *après au moment de l'acte on n'a pas du tout à y penser. On dissocie du coup complètement le fait que l'on soit euh...protégé, on pense qu'à l'acte et au plaisir.* » Entretien 13.

5.2 Ménorragies

Parmi les bénéfices rapportés par les femmes interrogées on note également un effet positif sur les ménorragies ou sur l'irrégularité des cycles menstruels naturels. « *j'avais vraiment des flux très importants donc on m'a dit que ça allait aussi réduire* » Entretien 20. « *ça fait la régularité des règles, du rythme, donc c'est pas plus mal non plus, on n'est pas déréglé comme ça, parce que moi sans ma pilule je suis un peu euh...je suis...j'ai pas des cycles réguliers.* » Entretien 19.

Les patientes ont évoqué également le bénéfice de connaître le jour des règles artificielles mais également de pouvoir prendre deux plaquettes consécutives pour éviter l'hémorragie de privation. « *je vois plus cet aspect là effectivement que si on n'a pas envie d'être réglée à ce moment là ou qu'on n'a un...et ben on peut prendre une autre plaquette et puis on est tranquille quoi.* » Entretien 24.

5.3 Dysménorrhées

Certaines femmes ont relaté l'effet positif sur les dysménorrhées de la POP et parfois la raison de la prescription initiale. « *yen a qui la prenaient pour les règles douloureuses fin pour avoir moins de douleurs.* » Entretien 15. « *j'ai commencé à la prendre adolescente parce que j'avais des règles douloureuses irrégulières.* » Entretien 34.

5.4 Effets oncologiques

L'effet protecteur de la POP contre les cancers a été cité lors des entretiens de façon générale. « *après on entend aussi que finalement ça ça permet d'atténuer des risques de certains cancers donc euh je pense qu'il y a des côtés positifs des côtés négatifs.* » Entretien 5.

5.5 Hyperandrogénie

La diminution de l'acné ou sa disparition grâce à la POP notamment DIANE 35 est un bénéfice fréquemment évoqué lors des entretiens. Pour certaines patientes l'acné était le principal motif de prescription de la POP. « *j'ai commencé à la prendre à 16ans euh pas pour des raisons de contraception à la base parce que c'était pour le traitement de l'acné.* » Entretien 14. « *elle m'a soigné l'acné comme je voulais donc ça c'était super.* » Entretien 31.

L'effet bénéfique sur l'hirsutisme a été mentionné par les femmes. « *je me souviens d'une amie qui la prenait et qui avait une pilule spéciale pour la pilosité.* » Entretien 25.

5.6 Céphalées

L'amélioration des céphalées avec la POP a été rapportée lors entretiens. « *pour avoir moins de douleurs moins de migraines aussi.* » Entretien 15.

5.7 Amélioration de la connaissance de soi

L'amélioration de la connaissance de son propre corps grâce à la contraception est un bénéfice rapporté par une patiente interrogée. *« ça pourrait faire du bien à son corps et lui montrer comment ça fonctionne » « si y avait pas de contraception bah laisse tomber comment on se connaîtrait encore plus mal. »* Entretien 26.

5.8 Traitement des kystes fonctionnels de l'ovaire

Le traitement des kystes fonctionnels de l'ovaire par l'utilisation d'une POP a été cité lors d'un entretien. *« le traitement des kystes aux ovaires par exemple. »* Entretien 14.

6 Rapport bénéfice-risque de l'utilisation de la POP

Une patiente a expliqué lors de l'entretien que le rapport bénéfice-risque de l'utilisation de la POP était favorable. *« là je crois que ça m'aurait fait plus de mal d'avoir à à...avorter que bah voilà les effets secondaires que peut avoir la pilule je crois que quelque part on majore ces risques là et pour moi peut-être que le risque d'effets secondaires me paraît moins important avec la pilule. »* Entretien 35.

7 Fausses croyances

7.1 Prise de poids

Lors de beaucoup d'entretiens les patientes ont attribuées la prise de poids et la stimulation de l'appétit à la prise d'une POP alors que les études précédemment citées n'ont démontrées qu'une prise d'un à deux kilos secondaire à une rétention hydrosodée. *« je sais pas comment ça se fait que ça fait prendre du poids je suppose qu'on mange plus ça paraît logique fin ça stimule l'appétit. »* Entretien 14. *« puis ça fait grossir »* Entretien 9.

7.2 Infertilité

Une fausse croyance évoquée lors des entretiens est la difficulté à la procréation liée à la prise d'une POP. « *si on la prend trop longtemps apparemment ça peut stériliser.* » Entretien 7. « *problèmes de procréation par la suite quoi moi c'est vraiment les éléments qui me marquent ça les problèmes liés à la procréation voilà* » Entretien 11.

De même une patiente a rencontré des irrégularités dans le cycle menstruel après l'arrêt de prise qu'elle a attribué à la POP. « *pendant par exemple 2-3 mois j'avais plus de règles, des fois pendant 6mois j'avais plus de règles.* » Entretien 17.

7.3 Dérèglements hormonaux

Les patientes pensent également que la POP peut provoquer des dérèglements hormonaux. « *genre dérèglements hormonaux on va dire à petite fin petite échelle.* » Entretien 14. « *des dérèglements hormonaux* » Entretien 6.

De façon plus imprécise les patientes évoquent des risques liés à l'utilisation de la POP sur le long terme. « *surtout dans les premiers temps c'est pas des choses graves. C'est surtout sur le long terme* » Entretien 37. « *Et c'est pour ça que j'ai arrêté au bout de 10 ans parce que je me suis dit que 10 ans ça me paraissait énorme.* » Entretien 13.

7.4 Assainissement de la sphère génitale

Une patiente a cité comme bénéfice de ce type de contraception un certain assainissement ou une protection de la muqueuse vaginale. « *protéger je sais pas au niveau des enfin remarque ça n'a rien à voir avec les muqueuses etcetera fin je pense que ça doit assainir.* » « *protéger je sais pas des petites agressions des petites choses qu'il pourrait y avoir voilà...qu'il pourrait y avoir lors des rapports sexuels.* » Entretien 10.

7.5 Protection contre les engelures

Un bénéfice de protection contre les engelures a été attribué à la POP lors des entretiens. « *pour les engelures...* » Entretien 17.

7.6 Vergetures

Une patiente a cité la POP comme élément permettant d'éviter les vergetures. « *y'en a pour les vergetures je suppose.* » Entretien 17.

7.7 Stérilet

Certaines patientes pensent que les stérilets ne peuvent pas être prescrits chez les nullipares. « *bah le stérilet je sais qu'on doit avoir une grossesse pour mettre un stérilet.* » Entretien 9.

8 Méconnaissances et informations erronées

Lors des entretiens beaucoup de connaissances étaient très imprécises notamment concernant la composition, les différents types de POP et sur les autres moyens contraceptifs existants. « *Après y'a les pilules en continu et euh...on les arrête tous les 21 jours.* » Entretien 17. « *j'ai un peu tilté parce que j'ai...ma fille elle a...elle prend une pilule de 3^{ème} génération la pilule LEELOO* » Entretien 22. « *un stérilet c'est à plus long terme. C'est sur 3 ans je crois.* » Entretien 23.

Les connaissances concernant le fonctionnement de ce moyen contraceptif et le mode de prise ou la conduite à tenir en cas d'oubli sont également approximatives. « *ça stabilise ton taux d'œstrogènes à un moment il y a le pic de progestérone et je crois que c'est ça ça permet à ton pic de venir à un certain moment et puis le fait d'arrêter la pilule ça déclenche ton pic ça déclenche tes règles mais euh voilà ça déclenche tes règles et du coup la fécondation ne peut pas rester dans ton utérus et voilà c'est éliminé mais non sans plus.* » Entretien 2. « *je sais pas si le risque est vraiment grand si on le prend le même jour mais ça on n'est pas à 10 minute, ¼ d'heure près, ça je sais pas. Je pense pas mais je peux me tromper.* » Entretien 28. « *si t'en oublies une il faut la reprendre dans les 24h je crois si ça peut euh...bah sinon ta plaquette elle est morte vu qu'on risquait de tomber enceinte.* » Entretien 8.

Les risques cardiovasculaires ont été évoqués de manière évasive avec une physiopathologie parfois floue. « *y aurait peut-être des problèmes euh...cardiaques* » Entretien 18.

Certains comportements à risque tel que l'éthylisme sont associés à tort aux facteurs de risque vasculaires concomitants à la prise de POP. « *je fume donc oui avec l'alcool aussi je pense que c'est pas terrible.* » Entretien 3.

Certaines femmes interrogées pensent que la POP favorise certains cancers comme le cancer de l'ovaire pour lequel cette contraception a en réalité un effet protecteur. « *Euh...plus de risques au niveau des cancers des ovaires, des choses comme ça ?* » Entretien 8.

Quelques informations citées lors des entretiens concernant le mécanisme ou certains effets indésirables de la POP étaient erronées. « *t'as des pilules on va dire spécifiques qui donnent plus d'hormones d'autres qui enlèvent les hormones.* » Entretien 5. « *j'ai entendu parler d'une trompe qui se bouche et c'est dans la famille de ma mère et elle essayait d'avoir un enfant ça ne marchait pas et apparemment donc elle a eu une trompe qui s'est bouchée et ils ont dit clairement que c'était parce qu'elle avait pris la pilule depuis ses 18 ans.* » Entretien 2.

9 Manque de connaissances

Durant les entretiens, les personnes interrogées avaient des lacunes concernant la composition de la POP et beaucoup ne savaient pas à quoi correspondaient les différentes générations de pilule. « *oestroprogestative je pff...non je saurais pas exactement ce que c'est* » Entretien 26. « *j'ai aucune idée si c'est troisième ou quatrième génération j'y connais rien voilà...* » Entretien 10.

Certaines jeunes femmes ne connaissent pas la physiologie du cycle menstruel et le fonctionnement de la POP. « *je sais pas du tout je sais pas trop comment ça marche.* » Entretien 20. « *sinon j'ai rien compris au fonctionnement* » Entretien 4.

Concernant les risques de la POP et l'affaire des pilules de 3^{ème} 4^{ème} génération et DIANE 35 certaines patientes sont peu ou mal informées. « *j'ai pas suivi du tout l'actualité à ce niveau-là mais donc je sais pas désolée* » Entretien 20. « *bah je sais pas les effets qu'on peut avoir quand on prend la pilule quoi* » Entretien 27. « *c'était aussi là l'histoire euh...avec les maladies je sais plus quoi euh...c'était pas le cancer ou quoi qu'ils parlaient à la télé ?* » Entretien 7.

Les patientes ont parfois exprimé le fait de n'avoir pas reçu d'information de la part des soignants prescripteurs de leur contraception. « *c'est mon médecin qui me l'a prescrit. Je lui ai demandé, il me l'a prescrit et il m'a rien dit.* » Entretien 27. « *je crois pas qu'on m'ait expliqué grand-chose après sur la mienne je sais pas grand-chose.* » Entretien 31.

Les connaissances des femmes sur la POP sont parfois pauvres mais certaines d'entre elles relatent que cela leur convient et qu'elles n'ont pas demandé aux soignants d'informations complémentaires. « *j'ai pas demandé non plus mais comme y a rien qui m'est arrivé d'anormal j'ai pas non plus posé des questions.* » Entretien 20.

10 Manque de communication soignant-soigné

Le manque de connaissance résulte d'après certaines femmes interrogées du manque de communication et d'information délivrée par les soignants. Certaines expriment une méfiance envers les médecins et n'osent pas toujours leur demander des informations complémentaires. *« elle ne m'a pas dit du tout quoi, elle m'a sorti ses chiffres. »* Entretien 2. *« Après tu vois j'ai peur d'avoir plusieurs sons de cloches en allant voir plusieurs médecin, chacun a un peu son avis sur la question enfin j'ai peur qu'en fait que ce soit pas totalement sincère ou vrai ou j'en sais rien quoi. »* Entretien 6. *« j'étais souvent paumée...donc du coup au final je posais plus de questions je disais tout va bien si j'avais un truc je me rappelle si j'avais quoi que ce soit de bizarre je le disais pas... »* Entretien 26.

11 Ressenti

11.1 Ressenti positif de la POP

De par les bénéfices que présente ce type de contraception, certaines femmes interrogées ont émis des avis positifs et sont satisfaites de la POP. *« ça m'a vraiment changé la vie. »* Entretien 13. *« Moi je la vois plus comme un atout. »* Entretien 24. *« je pense pas non. Enfin moi j'en n'ai pas...je l'ai pas dans l'esprit que c'est dangereux en fait. »* Entretien 22.

Certaines patientes trouvent que c'est un moyen dont l'utilisation est facile. *« Simplicité dans la prise, le confort. »* Entretien 25. *« c'était la chose la plus simple dans le fond »* Entretien 34.

La contraception, de manière générale, est perçue comme une liberté par les jeunes femmes. *« ben une liberté...une avancée pour la femme c'est sûr après ya des problèmes de santé publique on s'en est rendu compte avec quelques pilules mais bon ça reste quand même une énorme liberté je trouve après...voilà. »* Entretien 15.

11.2 Confiance envers les soignants

La confiance envers le gynécologue ou le médecin généraliste est une chose que certaines femmes interrogées ont soulignée lors des entretiens. « *bah je vais chez ma gynéco donc voilà, non elle est vraiment ouverte, et non, mais j'ai confiance en ma gynéco donc euh...* » Entretien 19. « *j'ai toujours fait confiance à mes médecins à vrai dire* » Entretien 34.

11.3 Ressenti négatif de la POP

Les patientes interrogées savent que la POP est composée d'éléments qui ont des bénéfices mais aussi des risques comme tout autre médicament utilisé. « *comme tout médicament ya toujours un principe actif dans les médicaments donc ya toujours des effets secondaires.* » Entretien 31.

Certaines femmes interrogées pensent que la POP est un moyen de contraception dangereux. « *alors hormis tous les bénéfices de la contraception sur le choix que ça peut nous donner et tout ça je pense que c'est vraiment une vraie cochonnerie pour le corps en fait.* » Entretien 30.

Suite à leur propre expérience ou celle racontée par leur entourage ou les médias les patientes éprouvent une réticence à l'utilisation de cette méthode contraceptive. « *Si je devais reprendre autre chose un jour si je pourrais plus prendre NOMEGESTROL bah je prendrais pas la pilule quoi. Je demanderais autre chose à la gynéco mais je prendrais pas la pilule quoi.* » Entretien 28.

De même certaines femmes interrogées ne souhaitent pas que leur fille utilise la POP. « *si un jour j'ai une fille euh bah...j'aurai pas trop envie de lui donner la pilule...* » Entretien 26.

Les patientes ont évoqué une certaine anxiété résultant de l'utilisation de la POP : par la prise régulière *« c'est parce que j'étais tout le temps, tout le temps stressée, parce que je l'oubliais souvent et j'étais stressée de tomber enceinte sans le savoir. »* Entretien 13 et par les risques de cette méthode contraceptive. *« j'ai toujours été malade avec une pilule euh...puis comme je vous dis quand on regarde les...les effets indésirables quoi ça fait peur quoi...ça fait peur. »* Entretien 28.

Beaucoup de femmes pensent que la prise d'hormones synthétiques est délétère et préfèrent se tourner vers des moyens naturels. *« de toute manière je vois pas comment ça peut être bien de prendre des hormones juste purement. »* Entretien 14. *« donc c'est plus que bah autant éviter de de... de prendre des choses qui sont pas naturelles quand on peut le faire quoi. »* Entretien 26.

Après l'affaire des pilules de 3^{ème}, 4^{ème} génération et DIANE 35 beaucoup de jeunes femmes ont stoppé la prise de leur POP. Elles se tournent vers d'autres moyens de contraception. *« c'est assez drôle parce que souvent les grossesses que j'ai dans mon entourage c'est souvent suite à un arrêt de pilule de 3^{ème} et 4^{ème} génération. »* Entretien 29. *« tout le monde me demande les effets de l'implant parce qu'ils veulent arrêter la pilule pour mettre l'implant. »* Entretien 21.

12 Contraception et couple

Certaines femmes ont évoqué l'inégalité de la contraception au sein du couple et un défaut d'implication des hommes dans ce domaine. *« enfin là dedans, le gars en gros il s'implique pas du tout et je pense qu'il y a un manque d'implication de la part des hommes euh...dans cette euh...dans cette démarche. »* Entretien 17. *« 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. »* Entretien 14. *« en bonne comment dire...pas féministe mais peut-être que ça soit aussi un peu plus l'affaire des hommes la contraception pas plus mais autant quoi. »* Entretien 34.

DISCUSSION

1 Principaux résultats

Les connaissances des femmes sur la contraception sont très hétérogènes. Notre hypothèse qu'il existe une discordance entre le niveau de connaissance estimé par les patientes et leurs connaissances réelles s'est confirmée dans une grande partie des entretiens.

1.1 Connaissances générales sur la POP

Les patientes ayant bénéficié d'une COP au cours de leur vie connaissent de façon assez précise les différents contraceptifs existants et le mode de prise d'une POP.

L'information reçue et retenue par les femmes reste parfois incomplète sur de nombreux thèmes notamment sur la composition, le fonctionnement de la POP, la conduite à tenir en cas d'oubli, les effets oncologiques, les risques... Une thèse réalisée en 2010 retrouvait des résultats similaires à ce travail : il existait des différences importantes entre le niveau de connaissance réel que les femmes avaient sur leur moyen contraceptif et le niveau de connaissance qu'elles pensaient avoir acquis. (37)

1.2 Connaissances des bénéfices de la POP

De même, dans une grande majorité des entretiens, les femmes ont cité la plupart des bénéfices imputables à la POP : contraception efficace, effet positif sur l'acné, sur les dysménorrhées, sur les ménorragies....

Ces bénéfices sont souvent une des raisons de prescription initiale de la POP surajouté à l'effet contraceptif.

Cependant les bénéfices en termes de protection contre le cancer de l'ovaire, de l'endomètre, du cancer colorectal ou des tumeurs bénignes du sein ne sont pas connus des femmes. Il s'agit de bénéfices non négligeables que l'on peut prendre en compte lors du choix de la méthode contraceptive.

Une étude antérieurement réalisée retrouvait des résultats discordants sur la connaissance en matière de protection contre le cancer de l'ovaire. En effet, cette étude sur les connaissances des risques et bénéfices de la contraception orale et des sources d'information réalisée aux Etats-Unis mettait en évidence que 28% des femmes interrogées par questionnaire connaissaient l'effet protecteur de la contraception orale contre le cancer de l'ovaire (38) alors qu'aucune des patientes que nous avons interrogées ne connaissait ce bénéfice. Cela est peut être lié au fait que l'étude précédemment réalisée portait sur un nombre plus important de jeunes femmes. (211)

1.3 Connaissances des risques de la POP

Les risques que peut induire la POP sont connus des patientes. Les risques cardiovasculaires sont les risques les plus cités par les patientes.

Les patientes concernées par le cancer du sein (notamment lorsqu'elles ont des antécédents familiaux) ont parlé du risque associé à ce type de cancer avec certaines pilules oestroprogestatives.

L'information qu'il existe un risque important lors de l'association de la pilule avec le tabagisme est bien intégré par la plupart des jeunes femmes. La nature de ce risque reste cependant vague pour certaines. Malgré la connaissance du lien néfaste entre prise de POP et tabagisme actif, certaines patientes n'en tiennent pas compte.

1.4 Connaissances des effets indésirables de la POP

Les effets indésirables ont tous été évoqués lors des entretiens. Ils sont souvent un frein majeur à l'utilisation de ce moyen de contraception. Malgré une balance bénéfice-risque le plus souvent favorable, les patientes sont réticentes à l'utilisation de la POP devant ces effets vécus elles-mêmes ou lorsqu'ils ont été évoqués par leur entourage.

1.5 Fausses croyances

De fausses croyances concernant les risques de la POP ont très fréquemment été évoquées par les jeunes femmes. Il s'agit majoritairement de la prise de poids et des troubles de la fertilité. Les patientes pensent également que la POP peut être responsable de troubles hormonaux ou de conséquences graves à long terme. Ces informations erronées ont déjà été mises en évidence dans d'autres études.(39)(40) D'autres effets plus inattendus ont été imputés à tort à la POP : engelures, vergetures, assainissement de la sphère génitale. Ces fausses croyances ne sont pas favorables à la bonne observance de ce traitement. Elles peuvent également générer une anxiété qui est souvent néfaste pour les patientes.

1.6 Affaire des pilules de 3^{ème}, 4^{ème} génération et DIANE 35 et conséquences

Les accidents vasculaires thromboemboliques chez des patientes sous POP de 3^{ème}, 4^{ème} génération et DIANE 35 relayés par la presse ont inquiété certaines jeunes femmes qui ont parfois stoppé leur contraception.

Pour d'autres, cela a généré des interrogations et un manque de confiance dans ce type de contraception. Certaines femmes qui ont des filles adolescentes ne sont plus favorables à l'utilisation de la POP.

D'autres jeunes femmes ne se sont pas du tout intéressées aux affaires relayées par les médias par indifférence ou manque de confiance envers cette source d'information.

Ces évènements ont renforcé le ressenti négatif de certaines patientes sur la POP et les traitements médicamenteux ou hormonaux. Au cours de certains entretiens on décèle une certaine volonté d'un « retour au naturel » en matière de contraception.

Les patientes ont parfois manifesté un mécontentement sur l'information reçue par les soignants qu'elles ont rencontrés mais beaucoup d'autres sont satisfaites et une relation de confiance est établie avec leur médecin.

Malgré les études antérieurement réalisées sur les connaissances des femmes sur la contraception, certaines présentent encore de nombreuses lacunes et ne sont pas satisfaites de l'information qu'elles ont reçue de la part des différents interlocuteurs.

D'autres par ailleurs expriment qu'elles ne souhaitent pas d'informations complémentaires même si leurs connaissances sont incomplètes.

2 Conséquences pour la pratique de la médecine générale

Ce travail démontre qu'il persiste toujours des lacunes en termes d'information des patientes.

Certaines patientes ont souligné une évolution dans le temps de l'information délivrée par les soignants. Elles pensent que les soignants sont plus à leur écoute de nos jours mais des améliorations peuvent encore être effectuées.

Les fausses croyances et les fausses informations concernant les risques de la POP comme par exemple le fait que ce moyen de contraception soit responsable de troubles de la fertilité peuvent générer un manque d'observance. L'opinion négative de certaines femmes sur la POP peut les amener à se tourner vers d'autres moyens contraceptifs parfois inadaptés ou vers l'absence de contraception. Une thèse qualitative réalisée en 2013 ayant pour but de déterminer les facteurs responsables de l'interruption volontaire de grossesse mettait également en évidence un manque de connaissance des femmes sur la contraception et la sexualité. Ce défaut d'information était lié à une incompréhension ou un manque de communication entre les patientes et les soignants.(41)

Les conséquences pratiques de cette étude et notamment les moyens d'amélioration de l'information délivrée par les soignants sont développés dans la thèse de Florie Collard.

3 Faiblesses de l'étude

3.1 Biais internes à l'étude

Cela concerne notamment les caractéristiques des deux investigatrices de l'étude. En effet cette thèse est la première étude qualitative réalisée par les enquêtrices et les informations recueillies dépendent de la manière dont les entretiens ont été conduits.

Le manque d'expérience dans ce domaine de recherche peut être un frein à la confiance des patientes car cette méthode de recueil nécessite de mettre à l'aise la personne interrogée.

Des incompréhensions entre l'investigateur et les participantes peuvent également apparaître. C'est ce qui a conduit à modifier quelques questions après les premiers entretiens.

Il existe également un biais de recrutement car pour des raisons éthiques les jeunes femmes de moins de 18 ans n'ont pas été interrogées alors qu'elles représentent une grande partie des personnes sous POP.

3.2 Biais externe à l'étude

Il s'agit du lieu d'interrogation des jeunes femmes. Certains entretiens ont été interrompus. Lors d'un entretien réalisé en suite de couches, une sage-femme est entrée dans la chambre, lors d'un autre entretien une tierce personne est entrée dans la pièce du domicile de la jeune femme interrogée et une des patientes a été interrogée avec son enfant en bas âge dans la même pièce. Ces interruptions ont pu influencer la poursuite de la discussion.

3.3 Biais d'investigation

On note aussi un biais d'investigation: l'absence d'entretiens collectifs. Les entretiens collectifs permettent de développer le dialogue et d'autres idées non évoquées lors des entretiens individuels auraient pu apparaître. Pourtant il n'a pas été difficile de trouver des volontaires pour les entretiens individuels et certaines femmes ont apprécié pouvoir donner leur opinion sur ce sujet. Les jeunes femmes n'ont peut-être pas eu envie d'aborder ce thème en groupe car il se rapporte à la sexualité qui reste un sujet intime et parfois tabou. Cette absence d'entretien collectif est compensée par le nombre élevé d'entretiens individuels.

3.4 Choix de la méthode utilisée

Ce type de méthodologie de recueil et d'analyse des données ne permet pas de chiffrer les résultats. On ne peut par exemple pas établir de comparaisons entre les catégories socio professionnelles ou les âges des jeunes femmes. Il serait intéressant avec une étude quantitative de comparer les femmes selon leur âge pour évaluer l'impact de leur expérience personnelle sur leurs connaissances, l'information reçue et leur ressenti vis-à-vis de la contraception et de la POP.

3.5 Biais d'interprétation

Le biais d'interprétation apparaît lorsque l'analyse des données est réalisée par un seul chercheur. Dans cette étude deux enquêtrices ont analysé les données ce qui limite ce biais. Les entretiens ont été retranscrits tels quels avec les fautes grammaticales et le langage non verbal pour conserver leur sens initial.

4 Forces de l'étude

4.1 Respect des critères de scientificité

Le recrutement des jeunes femmes dans divers contextes (connaissances, hôpital, cabinet de médecine générale) a permis d'obtenir un échantillon hétérogène. Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données. L'analyse des données a été réalisée par deux enquêtrices dès le début de la réalisation des entretiens.

4.2 Méthode qualitative

Le choix de ce type de méthode crée un dialogue entre les investigatrices qui sont de futures soignantes et les jeunes femmes. Cette approche est plus personnelle qu'une enquête par questionnaire écrit et participe à l'éducation thérapeutique. Les enquêtrices ont pu rectifier les informations erronées et répondre aux questions des patientes. L'information a été renforcée par le biais de la fiche délivrée à la fin des entretiens. L'écoute des préoccupations des patients et de leur opinion est un élément quotidien de la pratique de la médecine générale et ce travail qualitatif a permis un échange et une discussion avec les patientes.

CONCLUSION

L'hypothèse qu'il existe une différence entre les connaissances réelles des jeunes femmes sur la POP et les connaissances qu'elles pensent avoir acquises est partiellement confirmée. Les informations sont très hétérogènes selon les jeunes femmes. En ce qui concerne les connaissances des risques cardiovasculaires les patientes interrogées sont en général informées. Tous les effets indésirables connus de la POP ont été évoqués lors des entretiens. Ces effets représentent parfois un frein à la prise de ce moyen contraceptif qui serait pourtant adapté à leur situation.

Une majeure partie des bénéfices est connue des femmes mais certains avantages notamment la protection contre le cancer de l'ovaire ou de l'endomètre n'ont pas été cités.

Les événements mis en avant par les médias secondaires à la prise de pilules de 3^{ème}, 4^{ème} génération et DIANE 35 ont provoqué chez certaines une méfiance vis-à-vis de la POP et des soignants. Cependant beaucoup sont satisfaites de cette méthode contraceptive et des informations qu'elles ont reçues.

Il y a encore des améliorations à apporter sur l'information délivrée aux patientes bénéficiant d'une POP afin d'améliorer l'observance et de leur proposer la contraception qui est la plus adaptée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. fiche-contraception-femme-adulte.pdf [Internet]. [cité 31 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-femme-adulte.pdf>
2. INPES. Baromètre santé 2010.
3. ANSM. Risque thromboembolique veineux attribuable aux contraceptifs oraux combinés et évolution de leur utilisation. 2013.
4. HAS. Contraceptifs oraux oestroprogestatifs: préférez les « pilules » de 1ère ou 2e génération.
5. ANSM. Réévaluation du rapport bénéfice/risque de DIANE 35. 2013.
6. ANSM. Diane 35 et ses génériques: remise sur le marché en France avec restriction de l'indication, modification des contre-indications et renforcement des mises en garde. 2014.
7. Baillargeon J-P, McClish DK, Essah PA, Nestler JE. Association between the current use of low-dose oral contraceptives and cardiovascular arterial disease: a meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab.* juill 2005;90(7):3863-3870.
8. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *N Engl J Med.* 14 juin 2012;366(24):2257-2266.
9. Lidegaard O, Lokkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ.* 13 août 2009;339(aug13 2):b2890-b2890.
10. Kemmeren JM, Algra A, Grobbee DE. Third generation oral contraceptives and risk of venous thrombosis: meta-analysis. *BMJ.* 21 juill 2001;323(7305):131.
11. Martínez F, Ramírez I, Pérez-Campos E, Latorre K, Lete I. Venous and pulmonary thromboembolism and combined hormonal contraceptives. Systematic review and meta-analysis. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept.* févr 2012;17(1):7-29.
12. Wu O, Robertson L, Twaddle S, Lowe GDO, Clark P, Greaves M, et al. Screening for thrombophilia in high-risk situations: systematic review and cost-effectiveness analysis. The Thrombosis: Risk and Economic Assessment of Thrombophilia Screening (TREATS) study. *Health Technol Assess Winch Engl.* avr 2006;10(11):1-110.
13. Middeldorp S, Meijers JC, van den Ende AE, van Enk A, Bouma BN, Tans G, et al.

- Effects on coagulation of levonorgestrel- and desogestrel-containing low dose oral contraceptives: a cross-over study. *Thromb Haemost.* juill 2000;84(1):4-8.
14. Rosing J, Middeldorp S, Curvers J, Christella M, Thomassen LG, Nicolaes GA, et al. Low-dose oral contraceptives and acquired resistance to activated protein C: a randomised cross-over study. *Lancet.* 11 déc 1999;354(9195):2036-2040.
 15. Raps M, Helmerhorst F, Fleischer K, Thomassen S, Rosendaal F, Rosing J, et al. Sex hormone-binding globulin as a marker for the thrombotic risk of hormonal contraceptives. *J Thromb Haemost JTH.* juin 2012;10(6):992-997.
 16. Bouchard P, Spira A, Ville Y, Conard J, Sitruk-Ware R. Contraception orale et risque vasculaire. *académie nationale de médecine*; 2013 févr p. 16.
 17. Godsland IF, Crook D, Simpson R, Proudler T, Felton C, Lees B, et al. The Effects of Different Formulations of Oral Contraceptive Agents on Lipid and Carbohydrate Metabolism. *N Engl J Med.* 1990;323(20):1375-1381.
 18. Maitrot-Mantelet L, Plu-Bureau G, Gompel A. Contraception. *EMC - Traité Médecine AKOS.* juill 2012;7(3):1-9.
 19. Tuckey J. Combined oral contraception and cancer. *Br J Fam Plann.* oct 2000;26(4):237-240.
 20. Cibula D, Gompel A, Mueck AO, La Vecchia C, Hannaford PC, Skouby SO, et al. Hormonal contraception and risk of cancer. *Hum Reprod Update.* déc 2010;16(6):631-650.
 21. Contraception hormonale féminine [Internet]. *EM-Consulte.* [cité 31 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/2730>
 22. Combined oral contraceptives and liver cancer. The WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *Int J Cancer J Int Cancer.* 15 févr 1989;43(2):254-259.
 23. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [cité 16 janv 2014]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003987.pub3/abstract>
 24. Coney P, Washenik K, Langley RG, DiGiovanna JJ, Harrison DD. Weight change and adverse event incidence with a low-dose oral contraceptive: two randomized, placebo-controlled trials. *Contraception.* juin 2001;63(6):297-302.
 25. Rosenberg M. Weight change with oral contraceptive use and during the menstrual cycle. Results of daily measurements. *Contraception.* déc 1998;58(6):345-349.
 26. Hamani Y, Sciaki-Tamir Y, Deri-Hasid R, Miller-Poggrund T, Milwidsky A, Haimov-Kochman R. Misconceptions about oral contraception pills among adolescents and physicians. *Hum Reprod Oxf Engl.* déc 2007;22(12):3078-3083.

27. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. World Health Organization; 2010. 130 p.
28. Vessey M, Painter R. Oral contraceptive use and cancer. Findings in a large cohort study, 1968-2004. *Br J Cancer*. 7 août 2006;95(3):385-389.
29. Ness RB, Grisso JA, Klapper J, Schlesselman JJ, Silberzweig S, Vergona R, et al. Risk of ovarian cancer in relation to estrogen and progestin dose and use characteristics of oral contraceptives. SHARE Study Group. Steroid Hormones and Reproductions. *Am J Epidemiol*. 1 août 2000;152(3):233-241.
30. Maguire K, Westhoff C. The state of hormonal contraception today: established and emerging noncontraceptive health benefits. *Am J Obstet Gynecol*. oct 2011;205(4, Supplement):S4-S8.
31. ESHRE Capri Workshop Group. Noncontraceptive health benefits of combined oral contraception. *Hum Reprod Update*. oct 2005;11(5):513-525.
32. Hannaford PC, Selvaraj S, Elliott AM, Angus V, Iversen L, Lee AJ. Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioner's oral contraception study. *BMJ*. 29 sept 2007;335(7621):651.
33. Schindler AE. Non-contraceptive benefits of hormonal contraceptives. *Minerva Ginecol*. août 2010;62(4):319-329.
34. Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;7:CD004425.
35. Contraceptifs-oraux-Evolution-consommation-fevrier2014_3.pdf [Internet]. [cité 24 mars 2014]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/content/download/58591/751465/version/1/file/Contraceptifs-oraux-Evolution-consommation-fevrier2014_3.pdf
36. Frappé P. Initiation à la recherche. Édition : édition 2011. Neuilly-sur-Seine; Paris: Wolters Kluwer Health France; 2011.
37. Diard M. Niveau d'information et de connaissance des femmes sur la contraception en général et sur leur propre contraceptif [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2010.
38. 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.
39. Clark LR. Will the pill make me sterile? Addressing reproductive health concerns and strategies to improve adherence to hormonal contraceptive regimens in adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. nov 2001;14(4):153-162.
40. Küçük M, Aksu H, Sezer SD. Misconceptions about the side effects of combined oral contraceptive pills. *Gynecol Endocrinol Off J Int Soc Gynecol Endocrinol*. avr 2012;28(4):282-285.

41. Millot H, Walbrou-Backelandt H. Prévention des interruptions volontaires de grossesse dans les dix-huit mois suivant une naissance ou un avortement. Approche qualitative et rôle du médecin généraliste. 2013.

ANNEXES

Annexe 1 : Caractéristiques de la population étudiée

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

Numéro d'entretien	Age	Catégories socioprofessionnelles	Moyen de contraception actuel	Recrutement
18	18	étudiante en optique	Daily Gé (POP 2e génération tri phasique)	entourage
19	35	auxiliaire puéricultrice	Daily Gé (POP 2e génération tri phasique)	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 tri phasique)	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 tri phasique)	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
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

Annexe 2 : Questionnaire 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 3 : 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 4 : 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, drospirénoneoudiénogest) 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 aigüe.

- 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 estrogène et un progestatif. L'estrogène 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 "**2e génération**" sont les pilules qui contiennent comme progestatif du lévonorgestrel ou du norgestrel.
- Les "**3e 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 "4e génération".

Y'a-t-il plus de risque avec une pilule de 3ème ou de 4ème génération ? Les risques liés à l'utilisation de pilules combinées sont principalement thromboemboliques. Ces risques sont légèrement supérieurs avec des pilules de 3ème et de 4ème 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 (2e génération) ;
- 3 à 4 cas pour 10 000 femmes utilisatrices de pilules combinées à base de désogestrel ou de gestodène (3e 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; louise.bonduaeux@gmail.com.

Fiche réalisée à partir du site www.choisirscontraception.fr

Annexe 5 : Déclaration CNIL



8 rue de Valenciennes - 75013 PARIS cedex 13
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

Déclaration Normale

Numéro de déclaration

1755995 v 0

du 10-04-2014

Madame COLLARD Florie
BODEIN
1 RUE BOLLAERT
59670 CASSEL

À 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 détermination 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 :

9621Z

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

AUTEUR : Nom : BONDUAEUX

Prénom : LOUISE

Date de Soutenance : 22 Septembre 2014

Titre de la Thèse : 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

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : contraception, pilule oestroprogestative, connaissances, bénéfices, risques.

Résumé

Contexte : La pilule oestroprogestative est le moyen de contraception le plus utilisé en France. Les accidents vasculaires secondaires à l'utilisation des pilules de 3^{ème}, 4^{ème} génération et Diane 35° relayés par les médias ont soulevé des interrogations chez de nombreuses patientes. L'objectif de cette étude est d'évaluer les connaissances des femmes sur les bénéfices et les risques de cette méthode contraceptive.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés réalisés par deux enquêtrices, chez des patientes de 18 à 50 ans vivant dans la région Nord-Pas-de Calais. Retranscription des entretiens et analyse des données à l'aide du logiciel Nvivo 10*.

Résultats : 38 femmes ont été interrogées. Les connaissances des femmes sur la pilule oestroprogestative sont très hétérogènes. Certains éléments nécessaires à son efficacité contraceptive, comme la conduite à tenir en cas d'oubli, restent imprécis pour certaines femmes. Les risques vasculaires et les facteurs de risque associés sont connus d'une majorité des patientes. Les effets indésirables ont tous été cités au cours des entretiens. Les risques et les effets indésirables sont souvent un frein à l'utilisation de cette méthode contraceptive. Les bénéfices en termes de protection contre le cancer de l'ovaire, de l'endomètre ou des tumeurs bénignes du sein n'ont pas été évoqués par les jeunes femmes. Il persiste de nombreuses fausses croyances évoquées lors de cette étude. Il s'agit notamment des conséquences de son utilisation à long terme, d'un effet délétère sur la fertilité, ou sur certains effets protecteurs imputés à tort à ce moyen de contraception.

Conclusion : L'étude qualitative a permis de mettre en évidence des lacunes sur les connaissances des jeunes femmes de la pilule oestroprogestative. Des améliorations doivent être réalisées en consultation afin de répondre aux attentes des patientes et d'améliorer la qualité de l'information et l'observance.

Composition du Jury :

Président : Mr le Professeur DEWAILLY

Asseseurs : Mr le Professeur VINATIER, Mme le Docteur JONARD- CATTEAU, Mme le Dr BODEIN