



HAL
open science

Contraception orale œstroprogestative: vécu et impact de la médiatisation autour des pilules de 3e et 4e génération. Étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés menés auprès de 20 femmes majeures dans les Alpes-Maritimes

Sabrina Brot-Canneti

► **To cite this version:**

Sabrina Brot-Canneti. Contraception orale œstroprogestative: vécu et impact de la médiatisation autour des pilules de 3e et 4e génération. Étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés menés auprès de 20 femmes majeures dans les Alpes-Maritimes . Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01370917

HAL Id: dumas-01370917

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01370917>

Submitted on 23 Sep 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE
ANNEE 2016

**THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le
Jeudi 28 avril 2016 à 19h00 à Nice
dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

par

Sabrina BROT-CANNETI
née le 24 mars 1985 à Nice (06)

**CONTRACEPTION ORALE ŒSTROPROGESTATIVE : VECU ET IMPACT
DE LA MEDIATISATION AUTOUR DES PILULES DE 3^{EME} ET 4^{EME} GENERATIONS**
ETUDE QUALITATIVE A PARTIR D'ENTRETIENS SEMI-DIRIGES MENES
AUPRES DE 20 FEMMES MAJEURES DANS LES ALPES-MARITIMES

Président du jury : Pr Olivier GUÉRIN
Membres du jury : Pr Jérôme DELOTTE, Pr Gilles GARDON, Pr Jean-Louis SADOUL
Directrice de thèse : Dr Brigitte MONNIER

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE
ANNEE 2016

**THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le
Jeudi 28 avril 2016 à 19h00 à Nice
dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

par

Sabrina BROT-CANNETI
née le 24 mars 1985 à Nice (06)

**CONTRACEPTION ORALE ŒSTROPROGESTATIVE : VECU ET IMPACT
DE LA MEDIATISATION AUTOUR DES PILULES DE 3^{EME} ET 4^{EME} GENERATIONS**
ETUDE QUALITATIVE A PARTIR D'ENTRETIENS SEMI-DIRIGES MENES
AUPRES DE 20 FEMMES MAJEURES DANS LES ALPES-MARITIMES

Président du jury : Pr Olivier GUÉRIN
Membres du jury : Pr Jérôme DELOTTE, Pr Gilles GARDON, Pr Jean-Louis SADOUL
Directrice de thèse : Dr Brigitte MONNIER

LISTE DES PROFESSEURS UNIVERSITAIRES AU 01/09/2015

UNIVERSITÉ DE NICE - SOPHIA ANTIPOLIS - FACULTÉ DE MEDECINE

| | |
|---|---|
| Doyen | M. BAQUÉ Patrick |
| Vice-Doyen | M. BOILEAU Pascal |
| Assesseurs | M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre |
| Conservateur de la bibliothèque | Mme DE LEMOS Annelise |
| Directrice administrative des services | Mme CALLEA Isabelle |
| Doyens honoraires | M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel |
| Professeurs honoraires | |
| M. BALAS Daniel | M. GILLET Jean-Yves |
| M. BATT Michel | M. GRELLIER Patrick |
| M. BLAIVE Bruno | M. HARTER Michel |
| M. BOQUET Patrice | M. INGLESAKIS Jean-André |
| M. BOURGEON André | M. LALANNE Claude-Michel |
| M. BOUTTÉ Patrick | M. LAMBERT Jean-Claude |
| M. BRUNETON Jean-Noël | M. LAZDUNSKI Michel |
| Mme BUSSIERE Françoise | M. LEFEBVRE Jean-Claude |
| M. CAMOUS Jean-Pierre | M. LE BAS Pierre |
| M. CHATEL Marcel | M. LE FICHOUX Yves |
| M. COUSSEMENT Alain | Mme LEBRETON Elisabeth |
| M. DAR COURT Guy | M. LOUBIERE Robert |
| M. DELLAMONICA Pierre | M. MARIANI Roger |
| M. DELMONT Jean | M. MASSEYEFF René |
| M. DEMARD François | M. MATTEI Mathieu |
| M. DOLISI Claude | M. MOUIEL Jean |
| M. FRANCO Alain | Mme MYQUEL Martine |
| M. FREYCHET Pierre | M. OLLIER Amédée |
| M. GÉRARD Jean-Pierre | M. ORTONNE Jean-Paul |

M. SAUTRON Jean-Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques
M. TOUBOL Jacques

M. TRAN Dinh Khiem
M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. honoraire

Mme ALLINE Madeleine

M.C.U. honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel

M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Professeurs classe exceptionnelle

| | | |
|-----|------------------------|---|
| M. | AMIEL Jean | Urologie (52.04) |
| M. | BENCHIMOL Daniel | Chirurgie générale (53.02) |
| M. | BOILEAU Pascal | Chirurgie orthopédique et traumatologique (50.02) |
| M. | DARCOURT Jacques | Biophysique et médecine nucléaire (43.01) |
| M. | DESNUELLE Claude | Biologie cellulaire (44.03) |
| Mme | EULLER-ZIEGLER Liana | Rhumatologie (50.01) |
| M. | FENICHEL Patrick | Biologie du développement et de la reproduction (54.05) |
| M. | FUZIBET Jean-Gabriel | Médecine interne (53.01) |
| M. | GASTAUD Pierre | Ophthalmologie (55.02) |
| M. | GILSON Éric | Biologie cellulaire (44.03) |
| M. | GRIMAUD Dominique | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale (48.01) |
| M. | HASSEN KHODJA Reda | Chirurgie vasculaire (51.04) |
| M. | HÉBUTERNE Xavier | Nutrition (44.04) |
| M. | HOFMAN Paul | Anatomie et cytologie pathologiques (42.03) |
| M. | LACOUR Jean-Philippe | Dermato-vénéréologie (50.03) |
| M. | MARTY Pierre | Parasitologie et mycologie (45.02) |
| M. | MICHIELS Jean-François | Anatomie et cytologie pathologiques (42.03) |
| M. | MOUROUX Jérôme | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire (51.03) |
| M. | PAQUIS Philippe | Neurochirurgie (49.02) |
| M. | PRINGUEY Dominique | Psychiatrie d'adultes (49.03) |
| M. | QUATREHOMME Gérald | Médecine légale et droit de la santé (46.03) |
| M. | ROBERT Philippe | Psychiatrie d'adultes (49.03) |
| M. | SANTINI Joseph | O.R.L. (55.01) |
| M. | THYSS Antoine | Cancérologie, radiothérapie (47.02) |

Professeurs première classe

| | | |
|-----|---------------------------|---------------------------------------|
| Mme | ASKENAZY-GITTARD Florence | Pédopsychiatrie (49.04) |
| M. | BAQUÉ Patrick | Anatomie - Chirurgie générale (42.01) |

| | | |
|-----|------------------------|---|
| M. | BÉRARD Etienne | Pédiatrie (54.01) |
| M. | BERNARDIN Gilles | Réanimation médicale (48.02) |
| M. | BONGAIN André | Gynécologie-obstétrique (54.03) |
| M. | CASTILLO Laurent | O.R.L. (55.01) |
| Mme | CRENESSE Dominique | Physiologie (44.02) |
| M. | DE PERETTI Fernand | Anatomie - Chirurgie orthopédique (42.01) |
| M. | DRICI Milou-Daniel | Pharmacologie clinique (48.03) |
| M. | ESNAULT Vincent | Néphrologie (52.03) |
| M. | FERRARI Emile | Cardiologie (51.02) |
| M. | FERRERO Jean-Marc | Cancérologie, radiothérapie (47.02) |
| M. | GIBELIN Pierre | Cardiologie (51.02) |
| M. | GUGENHEIM Jean | Chirurgie digestive (52.02) |
| Mme | ICHAÏ Carole | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale (48.01) |
| M. | LONJON Michel | Neurochirurgie (49.02) |
| M. | MARQUETTE Charles-Hugo | Pneumologie (51.01) |
| M. | MOUNIER Nicolas | Cancérologie, radiothérapie (47.02) |
| M. | PADOVANI Bernard | Radiologie et imagerie médicale (43.02) |
| Mme | PAQUIS Véronique | Génétique (47.04) |
| M. | PRADIER Christian | Epidémiologie, économie de la santé et prévention (46.01) |
| M. | RAUCOULES-AIMÉ Marc | Anesthésie et réanimation chirurgicale (48.01) |
| Mme | RAYNAUD Dominique | Hématologie (47.01) |
| M. | ROSENTHAL Éric | Médecine interne (53.01) |
| M. | SCHNEIDER Stéphane | Nutrition (44.04) |
| M. | STACCINI Pascal | Biostatistiques et informatique médicale (46.04) |
| M. | THOMAS Pierre | Neurologie (49.01) |
| M. | TRAN Albert | Hépto-gastro-entérologie (52.01) |

Professeurs deuxième classe

| | | |
|------|--------------------------|--|
| M. | ALBERTINI Marc | Pédiatrie (54.01) |
| Mme | BAILLIF Stéphanie | Ophtalmologie (55.02) |
| M. | BAHADORAN Philippe | Cytologie et histologie (52.02) |
| M. | BARRANGER Emmanuel | Gynécologie obstétrique (54.03) |
| M. | BENIZRI Emmanuel | Chirurgie générale (53.02) |
| M. | BENOIT Michel | Psychiatrie (49.03) |
| Mme | BLANC-PEDEUTOUR Florence | Cancérologie, génétique (47.02) |
| M. | BREAUD Jean | Chirurgie infantile (54.02) |
| Mlle | BREUIL Véronique | Rhumatologie (50.01) |
| M. | CANIVET Bertrand | Médecine interne (53.01) |
| M. | CARLES Michel | Anesthésiologie réanimation (48.01) |
| M. | CASSUTO Jill-Patrice | Hématologie et transfusion (47.01) |
| M. | CHEVALLIER Patrick | Radiologie et imagerie médicale (43.02) |
| Mme | CHINETTI Giulia | Biochimie, biologie moléculaire (44.01) |
| M. | DELOTTE Jérôme | Gynécologie obstétrique (54.03) |
| M. | DUMONTIER Christian | Chirurgie plastique |
| M. | FONTAINE Denys | Neurochirurgie (49.02) |
| M. | FOURNIER Jean-Paul | Thérapeutique (48.04) |
| M. | FREDENRICH Alexandre | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (54.04) |
| Mlle | GIORDANENGO Valérie | Bactériologie, virologie (45.01) |
| M. | GUÉRIN Olivier | Gériatrie (48.04) |

| | | |
|-----|--------------------------|--|
| M. | HANNOUN-LEVI Jean-Michel | Cancérologie, radiothérapie (47.02) |
| M. | IANELLI Antonio | Chirurgie digestive (52.02) |
| M. | JEAN-BAPTISTE Elixène | Chirurgie vasculaire (51.04) |
| M. | JOURDAN Jacques | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire (51.03) |
| M. | LEVRAUT Jacques | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale (48.01) |
| M. | PASSERON Thierry | Dermato-vénérologie (50.03) |
| M. | PICHE Thierry | Gastro-entérologie (52.01) |
| M. | ROGER Pierre-Marie | Maladies infectieuses, maladies tropicales (45.03) |
| M. | ROHRLICH Pierre | Pédiatrie (54.01) |
| M. | RUIMY Raymond | Bactériologie, virologie (45.01) |
| Mme | SACCONI Sabrina | Neurologie (49.01) |
| M. | SADOUL Jean-Louis | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (54.04) |
| M. | TROJANI Christophe | Chirurgie orthopédique et traumatologique (50.02) |
| M. | VENISSAC Nicolas | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire (51.03) |

Professeur des universités

| | | |
|----|-------------------|-------------------|
| M. | HOFLIGER Philippe | Médecine générale |
|----|-------------------|-------------------|

Professeurs agrégés

| | | |
|-----|---------------|---------|
| Mme | LANDI Rebecca | Anglais |
| Mme | ROSE Patricia | Anglais |

Maîtres de conférences des universités - Praticiens hospitaliers

| | | |
|-----|--------------------------|---|
| Mme | ALUNNI Véronique | Médecine légale et droit de la santé (46.03) |
| M. | AMBROSETTI Damien | Cytologie et histologie (42.02) |
| Mme | BANNWARTH Sylvie | Génétique (47.04) |
| M. | BENOLIEL José | Biophysique et médecine nucléaire (43.01) |
| Mme | BERNARD-POMIER Ghislaine | Immunologie (47.03) |
| Mme | BUREL-VANDENBOS Fanny | Anatomie et cytologie pathologiques (42.03) |
| M. | DOGLIO Alain | Bactériologie, virologie (45.01) |
| M. | DOYEN Jérôme | Radiothérapie (47.02) |
| M. | FAVRE Guillaume | Néphrologie (52.03) |
| M. | FOSSE Thierry | Bactériologie, virologie, hygiène (45.01) |
| M. | GARRAFFO Rodolphe | Pharmacologie fondamentale (48.03) |
| Mme | GIOVANNINI-CHAMI Lisa | Pédiatrie (54.01) |
| Mme | HINAULT Charlotte | Biochimie et biologie moléculaire (44.01) |
| Mme | LEGROS Laurence | Hématologie et transfusion (47.01) |
| Mme | MAGNIÉ Marie-Noëlle | Physiologie (44.02) |
| Mme | MOCERI Pamela | Cardiologie (51.02) |
| Mme | MUSSO-LASSALLE Sandra | Anatomie et cytologie pathologiques (42.03) |
| M. | NAÏMI Mourad | Biochimie et biologie moléculaire (44.01) |
| M. | PHILIP Patrick | Cytologie et histologie (42.02) |
| Mme | POMARES Christelle | Parasitologie et mycologie (45.02) |
| M. | ROUX Christian | Rhumatologie (50.01) |
| M. | TESTA Jean | Epidémiologie, économie de la santé et prévention (46.01) |
| M. | TOULON Pierre | Hématologie et transfusion (47.01) |

Professeurs associés

| | | |
|-----|------------------|-------------------------------|
| M. | COYNE John | Anatomie et cytologie (42.03) |
| M. | GARDON Gilles | Médecine générale |
| Mme | PACZESNY Sophie | Hématologie (47.01) |
| Mme | POURRAT Isabelle | Médecine générale |

Maîtres de conférences associés

| | | |
|-----|------------------|-------------------|
| M. | BALDIN Jean-Luc | Médecine générale |
| M. | DARMON David | Médecine générale |
| Mme | MONNIER Brigitte | Médecine générale |
| M. | PAPA Michel | Médecine générale |

Professeurs conventionnés de l'université

| | | |
|-----|---------------------------|-------------------------------------|
| M. | BERTRAND François | Médecine interne |
| M. | BROCKER Patrice | Médecine interne, option gériatrie |
| M. | CHEVALLIER Daniel | Urologie |
| Mme | FOURNIER-MEHOUAS Manuella | Médecine physique et réadaptation |
| M. | JAMBOU Patrick | Coordination prélèvements d'organes |
| M. | QUARANTA Jean-François | Santé publique |

REMERCIEMENTS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE : Pr Olivier GUÉRIN

Nos chemins se sont croisés à différentes étapes de mon parcours étudiant et médical, et j'ai pu apprécier tes qualités d'enseignant et de médecin. L'hôpital de Cimiez a été comme une 2nde maison durant mon internat, il m'apparaissait donc légitime d'en avoir un digne représentant près de moi pour cette fin de cursus. Je te remercie infiniment de m'avoir fait l'honneur d'accepter cette présidence de jury.

A MON MAÎTRE ET JUGE : Pr Jérôme DELOTTE

La gynécologie m'a toujours passionnée mais avec le temps j'ai renoncé à cette voie-là... Pourtant, voilà qu'aujourd'hui j'y reviens, avec un sujet touchant à cette belle spécialité ! Je vous remercie d'avoir si gentiment accepté de participer à l'évaluation de ce travail et soyez assuré de ma reconnaissance.

A MON MAÎTRE ET JUGE : Pr Gilles GARDON

Lors de notre première rencontre à mes débuts en tant qu'interne de médecine générale, vos remarques pertinentes m'ont permis de comprendre le sens d'un travail bien fait. En cette fin de cursus, je vous suis reconnaissante de juger ce travail. Vous me voyez très honorée de votre présence.

A MON MAÎTRE ET JUGE : Pr Jean-Louis SADOUL

Votre participation à divers jurys de thèses qualitatives et votre maîtrise de l'endocrinologie semblaient vous indiquer comme membre privilégié pour juger ce travail. Soyez assuré de mon respect et de ma profonde gratitude pour votre participation à ce jury de thèse.

A MA DIRECTRICE ET JUGE : Dr Brigitte MONNIER

Vous cherchiez un thésard, je cherchais un directeur et un sujet de thèse... Tout a commencé ainsi ! Finalement, nos premiers échanges lors de la thèse d'Emilie nous ont permis de jeter les premières bases de ce projet avec un sujet issu de nos réflexions communes. Le parcours a été long, mais vous avez su m'accompagner à chaque étape de ce travail afin de le rendre meilleur. Je vous remercie pour vos conseils avisés, votre écoute et votre bienveillance.

A TOUS CEUX QUI ONT CROISE MON CHEMIN MEDICAL ET ENRICHI MON CURSUS

A tous les médecins qui m'ont transmis leur savoir et leur expérience...

Au Dr Patricia FERRARI. Ton amitié pour Papa m'a offert la chance inouïe d'un soutien sans faille dès ma 1^{ère} année : conseils, préparations, encouragements, gestion du stress... ☺ Tu as été la première à me féliciter alors que je ne connaissais pas mon classement ! Tu m'as tant offert... Merci infiniment !

Au Pr Patrice BROCKER qui m'a appris l'autonomie et m'a ouvert les yeux sur la gériatrie.

Au Dr Bernadette BALDIN, ce petit bout de femme énergique et très compétente qui m'a connu « bébé interne » et qui m'a toujours manifesté son soutien lors de ses visites du vendredi matin, outre le réflexe « Et si c'était le médicament ? » ! Nos chemins se croisent encore aujourd'hui, et j'en suis heureuse.

A mes maîtres de stage ambulatoire. Au Dr Patrick MILLOUR qui m'a prouvé que la médecine générale ne se résumait pas à la prise en charge de la rhinopharyngite ! Au Dr Didier TROIN pour sa gentillesse et sa bienveillance qui m'ont permis de prendre confiance en moi.

Aux urgentistes de Saint-Roch pour un semestre inoubliable sur les chapeaux de roue, et plus particulièrement... Au Dr Marine KRETLY. Tu m'as encouragée dès le début, tu m'as transmis tant de choses et tu m'as toujours soutenue. Je ne te remercierai jamais assez. J'aurais tant aimé travailler encore à tes côtés... Au Dr Thibault LEPLATOIS. Je me souviendrai toujours de ce jour où tu m'as aidée à faire face à un grand moment de détresse médicale et humaine alors que tu n'étais pas censé me sénioriser. Tu m'as poussée à être meilleure, à me confronter aux difficultés pour apprendre toujours plus. Et au-delà de tout, tu m'as ouvertement soutenue, de façon déterminée... Même si cela n'a pas suffi, je te remercie encore ! Au Dr Isabelle BURGOS, madame chocolat ! Ta joie de vivre, ton humanité, ton bon cœur, ton sourire, ton positivisme sont autant de choses qui font de toi le soleil des

urgences ! Tu as apporté de la lumière à ce semestre et travailler avec toi était un honneur et un grand bonheur, alors merci !

Au Dr Olivier TOULLALAN pour sa compréhension et sa gentillesse pour ce semestre de gynécologie avec le ventre rond, et au Dr Laetitia D'ANGELO pour sa bonne humeur, son enseignement, les césariennes partagées et sa surveillance avisée !

Au Dr Anne-Laure COUDERC pour son esprit « carré » qui a rencontré mon guide thérapeutique très coloré à mon retour dans la vie d'interne. Ce fut court, mais ton enseignement et ton soutien m'ont remise en selle. Au Dr Isabelle BEREDER, « ô Maman grand chef » ! Tu as tellement marqué ce dernier semestre hospitalier et ma vie personnelle. Ton expertise, ton bon sens, ton humour et ton soutien sont autant d'éléments qui ont rendu ce semestre exceptionnel. Le trio des mamans, c'était une belle équipe quand même...

A mes maitres de stage (SASPAS) les Dr Jean-Luc BALDIN, Dr Slim ANDREA et Dr Didier CASELLES. Un semestre d'exception avec des êtres d'exception ! Vous avez su me transmettre votre amour de la profession, votre savoir et votre expérience en toute humilité. Vous m'avez fait confiance et m'avez encouragé à prendre confiance en moi et en mes capacités, je ne vous en remercierai jamais assez. Jean-Luc et Slim, vous m'avez offert une opportunité dont je n'aurais jamais osé rêver. Je suis encore extrêmement touchée, et c'est avec un grand plaisir que je suis heureuse de lier mon parcours professionnel aux vôtres, dans la durée. Ce sera une nouvelle page, et peut-être qu'avec le temps et en dépit du profond respect que j'ai pour Jean-Luc, j'arriverai à le tutoyer s'il m'y autorise !

Aux médecins que j'ai eu la chance de remplacer et qui m'ont accordé leur confiance dès le début : Dr Erwann GENOUX (tu étais le premier, mais j'étais bien entourée par Jean-Luc et Slim), Dr Henry CHAN (vous m'avez « adopté » et m'avez fait profiter de votre réseau, je ne vous en remercierai jamais assez), Dr Michel LUCAS et Dr Matthieu CHABRIER.

A tous mes compatriotes médicaux...

A mes co-externes et amis qui ont partagé ces difficiles et belles années studieuses. Heureusement, nous avons aussi beaucoup ri ! Nous sommes un peu éparpillés à travers la France, mais je pense toujours à vous, et nous savons nous retrouver pour les grands moments de nos vies. Vous êtes au top : la team du bus 20 (Benjamin, Lucille, Estelle, Diane), Hélène, Elodie, Benoît, Zogy et les autres.

A mes co-internes, ces belles rencontres qui m'ont permis de faire face à ce monde professionnel parfois hostile. Vous m'avez fait grandir et m'épanouir, nous avons tant partagé... A l'équipe « Cimiez » 1^{ère} et 2^{nde} éditions réunies : Aurélie, Clément, Laure-Elise, Elie, Christine, Virginie, Linda, ma Margotte (je n'oublierai jamais ce semestre ensemble !), Fanny, Claire, FH, William, les 2 Mélanie du C0 / C1 et Joseph. A mes compagnons d'armes du SAU : Cyrielle, Eloïse, Colette, Nicolas, Alexandre, Audrey, Elisa. A mes acolytes en gynécologie à Cannes : Clémentine pour tes blagues et ton soutien, et Delphine, interne de gynécologie hors pair qui m'a transmis son savoir, son expérience et son immense joie de vivre !

A mes co-GEASP-eurs : Elie, Elodie, Caroline, les 2 Camille, Nicolas, Thibault, Leïla, Emilie. Une bien fine équipe très souvent dissipée, mais nous avons partagé nos doutes, nos états d'âme, nos réussites aussi ; sous les yeux de nos tuteurs les Dr Michel PAPA, Dr Georges MALATRASI et Dr Renaud FERRIER.

Aux thésardes diplômées qui m'ont invitée : Emilie, Leïla, Elodie, Cyrielle, Margot, Flore (merci pour tous tes conseils avisés), Aurélie et Virginie. Vous m'avez permis d'appréhender le déroulement d'une soutenance et à chaque fois, outre la joie de vous voir vous réaliser, j'ai pu y puiser une source de motivation à l'accomplissement de mon travail.

A toutes les équipes de services et personnalités exceptionnelles...

Aux équipes du A4 Nord version 2010/2011 (Françoise, Béatrice, Nathalie, Muriel, Elodie...) et du A1 Nord version 2013 (Joseph and co') qui m'ont tant appris, et à celles et ceux que j'ai pu croiser lors de mes gardes toujours noires et cataclysmiques ! A Nadine PEKSA, « mon » assistante sociale ! Une perle, une amie ! Ça a tout de suite accroché, et quel bonheur de travailler avec toi. Ne change rien !

A l'équipe du SAU / SAMU de Saint-Roch version 2011-2012. Tant de personnes pour faire tourner cette incroyable machinerie ! Impossible de se souvenir des prénoms de tout le monde, mais chacun a croisé ma route, et chacun m'a apporté : un bonjour, un sourire, des bras, une épaule, du soutien...

A l'équipe du service de gynécologie-obstétrique du CH Cannes version 2012. Une équipe attachante, investie et professionnelle. Nathalie (cadre dynamique au caractère bien trempé mais toujours souriante), Angélique (secrétaire exceptionnelle et amie au soutien sans faille, ton « petit bouchon » te remercie tant...), dame Brigitte (sage-femme hors pair et tellement joyeuse, tu m'as écouté, tu m'as aidé et Cameron est né ! Merci !), Yamina, Alizée, et tant d'autres que je ne pourrai citer...

A ceux qui ont permis la réalisation de ce travail...

A tous ceux qui ont rendu ce travail possible. A tous les médecins qui m'ont apporté leur soutien pour le recrutement, avec une pensée toute particulière pour le Dr Pierre-Antoine ALBERTINI pour sa motivation et sa réactivité. A toutes les femmes qui ont eu la gentillesse de participer à cette étude. Sans vous, rien n'aurait été possible. Merci !

A MES PROCHES

A mes amis...

A Barbara, secrétaire inoubliable. Désormais voisines, tu as découvert mes enfants, tu sais ce que je deviens... Merci pour ton soutien sans cesse renouvelé et tes encouragements au cours de ce travail.

A Anaïs et son petit Baptiste. Et dire qu'au début, tu n'étais que la compagne de... Le temps a fait son œuvre et désormais tu es bien plus ! Merci pour l'aide que tu as voulu m'apporter et pour tes nombreux encouragements.

A Alice, ma meilleure amie depuis toujours. Tu m'as vu grandir, douter, m'épanouir, pleurer, rire, aimer... A chaque instant, tu as été là et tu m'as soutenue. Tu as partagé les grands moments de ma vie (les petits aussi d'ailleurs), tristes ou heureux. Merci pour tout ! Merci aussi à ton homme, David, et à tes enfants si vifs et malicieux, Harmonie (une filleule d'exception) et Mathéo. Merci aussi à tes parents, Jean-Pascal et Mathilde, qui font toujours preuve d'une extrême gentillesse et d'un attachement qui font toujours du bien à nos cœurs !

A ma famille...

A tous ceux qui m'ont encouragée, soutenue et aimée. Sachez que je vous aime tous : Mamie Nisou (garde des forces pour partager encore de nombreux instants de joie), mon tonton-parrain Théo, mes taties Marie-Christine et Marie-Angèle, mon tonton Claude (merci pour tes blagues !), mes cousins Elodie, Maryline et Yohann, ma marraine Nanou (toujours une pensée pour moi) et ses filles Lia et Emmy Blue, à Dédé. Une mention spéciale pour Toussainte, notre « tatie poulet » : merci pour ton aide,

tes appels redynamisant, tes éclats de rire et ton soutien depuis le début ! Maintenant, rassure-toi, on y est, je vais pouvoir vivre « normalement » !

A ma belle-famille. A mes beaux-parents, Jean-Louis et Denise, dont les inquiétudes, les interrogations et les remarques ont permis d'aiguiser mon sens critique et d'accroître ma motivation. J'espère avoir pu vous ouvrir les yeux sur la profession... A ma belle-sœur et sa famille : Charlène, Fabien, et mes neveux Axel et bébé M à venir. A tata Mathilde pour son soutien : merci de m'avoir si bien acceptée. A Joséphine pour ses appels et ses encouragements. A tous les autres...

A mes parents, Papouyou et Moumoune. Très tôt je vous ai dit que je voulais devenir médecin et vous n'avez rien fait pour m'en empêcher. Au contraire, vous m'avez apporté votre soutien à chaque étape, certaines parfois plus difficiles. J'ai réussi à m'accomplir professionnellement et je suis épanouie sur le plan personnel, c'est aussi grâce à vous. J'espère que vous êtes fiers de « petit » Bôô qui devient la 1^{ère} femme médecin de la famille (le plus proche médecin de notre lignée directe remontant au XVIII^{ème} siècle) ! Je vous aime...

A ma petite sœur. Ma petite Céra, comment trouver les mots justes pour te dire « merci » ? Nous avons grandi l'une à côté de l'autre, et l'une avec l'autre... On a pleuré, douté, parfois même craqué, mais nous nous sommes toujours épaulées, guidées, encouragées et aimées. Le temps et la distance ne font que rendre les liens qui nous unissent plus forts, et quoiqu'il adienne, tu es toujours là (et moi aussi) ! Merci pour ce que tu es et ce que tu m'offres. Je t'aime très fort petite sœur... Merci aussi à ton homme, Mika : lui et moi savons bien que l'ASPIRINE® et le DOLIPRANE® sont des entités différentes ! ☺ Prends bien soin de vous, et de mon neveu ou de ma nièce que j'aime déjà très fort !

A mon mari. Toi, mon Doudou, mon Knut : tu es un homme exceptionnel ! Notre histoire est un peu atypique, mais elle fait notre force. Ces années d'études, nous les avons affrontées ensemble. Tu m'as offert ton inconditionnel soutien à chaque étape afin que je puisse évoluer, mûrir et m'épanouir. Tu m'offres au quotidien et sans limite, joies, amour, sourires, bonheur, tendresse et complicité. Ton aide logistique et ton investissement dans ce travail ont permis son aboutissement : c'est un peu notre 3^{ème} bébé ! ☺ Alors, même s'il arrive que la flamme vacille parfois au gré des bourrasques que nous rencontrons, elle demeure là, étincelante, et réchauffe nos âmes. Merci infiniment, pour tout... Je t'aime de tout mon cœur...

A mes garçons, Cameron et Thibault. Ce travail est le fruit d'une gestation bien plus longue que les vôtres réunies ! Avec le recul, il y a de quoi en rire ! Vous êtes ma fierté, mes amours, mes bonheurs de chaque jour, même si vous n'êtes pas faciles tous les jours. La joie de vous voir sourire, percer votre

première dent, prononcer vos premiers mots, faire vos premiers pas ou votre 1^{ère} rentrée scolaire est inestimable. Je chéris tous ces instants qui passent si vite. Un petit conseil de votre « Maman chérie » : profitez de chaque chance que la vie vous offre et allez au bout de vos rêves ! Je vous aime très fort, et j'espère que si un jour vous lisez ce travail, vous serez fiers de moi.

A ceux qui ne sont plus là mais à qui je pense parce que vous me manquez : je vous aime !

Je pense tout particulièrement à « marraine » Jacky. Tu t'intéressais tellement à la médecine... Tu as traversé tant d'épreuves et tu as côtoyé tant d'hôpitaux et de médecins (des plus jeunes aux plus anciens). Et à chaque fois, tu pensais à moi, bientôt médecin. Tu aurais tellement aimé être là si la vie te l'avait permis, et tu aurais été tellement fière. De là-haut, j'espère que tu vois que j'ai enfin réussi !

Et je pense à toi, ma petite Mémé... Tu es partie un peu trop vite pour me voir m'accomplir en tant que médecin. Nous avons tant partagé avec beaucoup de complicité ! Tu as quand même eu le loisir de me voir en blouse blanche avec le stéthoscope autour du cou, et moi la chance de lire le bonheur et la fierté dans ton regard ! La vie a tout de même été généreuse avec nous, puisque tu m'as vu mariée (et quel bonheur que tu sois là) et j'ai pu t'offrir la joie d'être arrière-grand-mère... Deux fois, même si tu n'as pas eu le temps d'en profiter comme je l'aurais souhaité... Tu me manques tellement...

Je vous dédie ce travail, à toutes les 2, avec tout mon amour...

A ceux que j'aurais oubliés...

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----------|
| LISTE DES PROFESSEURS UNIVERSITAIRES AU 01/09/2015..... | 2 |
| REMERCIEMENTS..... | 7 |
| SERMENT D'HIPPOCRATE | 14 |
| TABLE DES MATIÈRES | 15 |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS..... | 18 |
| INTRODUCTION..... | 19 |
| 1.CONTEXTE | 19 |
| 1.1.Un peu d'histoire | 19 |
| 1.2.Évolution des contraceptifs oraux et risque thrombotique | 19 |
| 1.3.Médiatisation et confiance..... | 20 |
| 2.JUSTIFICATION..... | 21 |
| 3.OBJECTIFS..... | 22 |
| MATÉRIEL ET MÉTHODES | 23 |
| 1. CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE | 23 |
| 2. L'ENTRETIEN SEMI DIRIGE..... | 23 |
| 2.1.Notre choix pour le recueil des données | 23 |
| 2.2.Technique d'entretien..... | 24 |
| 3. RECRUTEMENT DES PATIENTES DANS NOTRE ENQUETE..... | 25 |
| 3.1.Idée de départ..... | 25 |
| 3.2.Mode de recrutement des patientes..... | 25 |
| 4. MODALITES DE RECUEIL DES ENTRETIENS..... | 26 |
| 4.1.Élaboration du questionnaire quantitatif..... | 26 |
| 4.2.Élaboration du guide d'entretien..... | 26 |
| 4.3.Déroulement des entretiens | 27 |
| 5. MODALITES D'ANALYSE DES ENTRETIENS..... | 28 |
| 5.1.Retranscription des entretiens..... | 28 |
| 5.2.Analyse des réponses au questionnaire quantitatif..... | 28 |
| 5.3.Analyse des entretiens..... | 28 |
| RÉSULTATS | 30 |
| 1. GENERALITES CONCERNANT LE RECRUTEMENT | 30 |
| 2. ANALYSE DES REPONSES AU QUESTIONNAIRE QUANTITATIF | 31 |
| 2.1.Caractéristiques des participantes | 31 |
| 2.1.1.Âge..... | 32 |
| 2.1.2.Niveau d'étude..... | 32 |
| 2.1.3.Catégories socio-professionnelles..... | 33 |
| 2.1.4.Lieu de résidence | 34 |
| 2.1.5.Antécédents obstétricaux | 34 |
| 2.1.5.1.Nombre d'enfants | 34 |

| | |
|--|-----------|
| 2.1.5.2. IVG et/ou FCS | 35 |
| 2.1.6. Tabagisme..... | 36 |
| 2.1.7. Contraception | 36 |
| 2.1.7.1. Contraception actuelle | 36 |
| 2.1.7.2. Contraception antérieure | 38 |
| 2.2. Caractéristiques des prescripteurs..... | 40 |
| 2.2.1. Répartition de la prescription..... | 40 |
| 2.2.2. Sexe | 41 |
| 2.2.3. Âge..... | 41 |
| 2.2.4. Zone d'exercice | 42 |
| 2.2.5. Secteur d'activité | 43 |
| 2.2.6. Mode d'exercice | 43 |
| 3. ANALYSE DES DONNEES QUALITATIVES | 44 |
| 3.1. Vécu de la contraception orale œstroprogestative | 45 |
| 3.1.1. Savoir et croyances..... | 45 |
| 3.1.1.1. Généralités sur la pilule œstroprogestative elle-même..... | 45 |
| 3.1.1.2. Risques potentiels et effets indésirables..... | 47 |
| 3.1.1.3. Les autres méthodes contraceptives | 48 |
| 3.1.2. Information | 50 |
| 3.1.2.1. Questionnement, sensibilisation ou sujet tabou..... | 50 |
| 3.1.2.2. Sources d'information passées et futures..... | 51 |
| 3.1.2.3. Suggestions d'amélioration et attentes des patientes..... | 53 |
| 3.1.3. Vécu de la pilule en pratique | 54 |
| 3.2. Place des médecins et compétences reconnues | 58 |
| 3.2.1. Représentations du médecin généraliste | 58 |
| 3.2.2. Place du médecin généraliste en matière de contraception | 60 |
| 3.3. Controverse et médiatisation..... | 62 |
| 3.3.1. Vécu de la controverse..... | 62 |
| 3.3.2. Avis sur la médiatisation : un œil critique sur les médias..... | 65 |
| 3.4. Et la confiance ?..... | 66 |
| 3.4.1. Définition de la confiance | 66 |
| 3.4.2. Impact de la médiatisation autour des COC de 3 ^{ème} et 4 ^{ème} générations | 68 |
| 3.4.2.1. Impact sur la confiance envers les médecins | 69 |
| 3.4.2.2. Impact sur la confiance envers les médicaments | 70 |
| 3.4.2.3. Impact sur la confiance envers les pharmacies / pharmaciens..... | 72 |
| 3.4.2.4. Impact sur la confiance envers l'industrie pharmaceutique..... | 73 |
| 3.4.3. Changement d'attitude ? | 74 |
| DISCUSSION..... | 76 |
| 1. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE | 76 |
| 1.1. Forces de l'étude..... | 76 |
| 1.2. Limites de l'étude | 76 |
| 1.2.1. Limites liées au recrutement..... | 76 |
| 1.2.2. Limites liées au guide d'entretien | 77 |

| | |
|--|------------|
| 1.2.3.Limites liées aux entretiens | 78 |
| 1.2.4.Limites liées à l'analyse..... | 78 |
| 2. DISCUSSION SUR LES RESULTATS | 79 |
| 2.1.Discussion autour des résultats du questionnaire quantitatif..... | 79 |
| 2.1.1.Population étudiée..... | 79 |
| 2.1.2.Contraception de notre population..... | 80 |
| 2.1.3.Prescripteurs de notre étude | 81 |
| 2.2.Discussion autour des résultats qualitatifs | 82 |
| 2.2.1.Vécu de la contraception orale œstroprogestative | 82 |
| 2.2.1.1.Savoir, croyances et applications pratiques..... | 82 |
| 2.2.1.1.1.Connaissances générales et remarques pertinentes | 82 |
| 2.2.1.1.2.Méconnaissances, informations erronées ou lacunes | 82 |
| 2.2.1.2.Vécu en pratique..... | 84 |
| 2.2.1.3.Information..... | 85 |
| 2.2.1.3.1.Sources d'information | 85 |
| 2.2.1.3.2.Suggestions d'amélioration et attentes des patientes | 86 |
| 2.2.2.Place du médecin généraliste..... | 87 |
| 2.2.2.1.Représentations du médecin généraliste..... | 88 |
| 2.2.2.2.Place accordée au médecin généraliste en matière de contraception. | 89 |
| 2.2.3.Controverse et médiatisation..... | 91 |
| 2.2.3.1.Vécu de la controverse | 91 |
| 2.2.3.2.Un œil critique sur les médias..... | 92 |
| 2.2.4.Confiance | 94 |
| 2.2.4.1.Une définition subjective mais des critères indispensables | 94 |
| 2.2.4.2.Impact de la médiatisation autour des COC de 3 ^{ème} et 4 ^{ème} générations | 97 |
| 2.2.4.2.1.Impact sur la confiance envers les médecins..... | 97 |
| 2.2.4.2.2.Impact sur la confiance envers les médicaments..... | 97 |
| 2.2.4.2.3.Impact sur la confiance envers les pharmacies / pharmaciens | 99 |
| 2.2.4.2.4.Impact sur la confiance envers l'industrie pharmaceutique | 100 |
| 2.2.4.3.Changement d'attitude en pratique ?..... | 101 |
| CONCLUSION | 102 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 105 |
| ANNEXE 1 : PLAQUETTE D'INFORMATION (RECRUTEMENT)..... | 110 |
| ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE QUANTITATIF - VERSION 2 | 112 |
| ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN - VERSION 3..... | 114 |

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
BAC : Baccalauréat
BEP : Brevet d'Études Professionnelles
BTS : Brevet de Technicien Supérieur
CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle
CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
COC : Contraceptifs Oraux Combinés
C1G : Contraceptif de 1^{ère} génération
C2G : Contraceptif de 2^{ème} génération
C3G : Contraceptif de 3^{ème} génération
C4G : Contraceptif de 4^{ème} génération
DIU : Dispositif Intra-Utérin
DPC : Développement Professionnel Continu
EP : Embolie Pulmonaire
FCS : Fausse Couche Spontanée
HAS : Haute Autorité de Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
PMI : Protection Maternelle et Infantile
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SUMPPS : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
TVP : Thrombose Veineuse Profonde
UNSA : Université de Nice Sophia-Antipolis

INTRODUCTION

1. CONTEXTE

1.1. UN PEU D'HISTOIRE

A l'heure actuelle, la France est un des pays où la prévalence contraceptive est élevée (1), puisque 76% des femmes de 15-49 ans utilisent une méthode contraceptive. De toutes les méthodes étudiées par les Nations Unies en 2011, la contraception orale reste la méthode globalement la plus utilisée avec près de 41.5% d'utilisatrices. (2)

Historiquement, en France, l'ère contraceptive s'ouvre le 28 décembre 1967 avec la promulgation par le Général De Gaulle de la loi n° 67-1176 relative à la régulation des naissances, à l'initiative de Monsieur le député Lucien Neuwirth, après son adoption à l'Assemblée Nationale en 2^{ème} lecture. (3) En effet, alors qu'aux Etats-Unis et en Angleterre, la contraception orale est délivrée depuis les années 1960 (4), la France ne légalise la pilule qu'en 1967 et n'en dispose qu'en 1972 après entrée en vigueur de la loi par publication des décrets d'application. (3)

1.2. ÉVOLUTION DES CONTRACEPTIFS ORAUX ET RISQUE THROMBOTIQUE

Initialement, la contraception orale ne comprenait qu'un progestatif norstéroïde. Cependant, devant des difficultés de tolérance, il lui a été associé un œstrogène de synthèse, permettant ainsi la création de la première pilule contraceptive œstroprogestative : l'Enovid®. (4) Ces contraceptifs appelés contraceptifs oraux combinés (COC) ou encore pilules combinées vont alors évoluer. En effet, le type de progestatif utilisé détermine la génération de la pilule. Ainsi, en 1973, les COC dits de 2^{ème} génération à base de lévonorgestrel ou de norgestrel sont commercialisés en France. Ce n'est qu'en 1984 que les COC dits de 3^{ème} génération, à base de désogestrel, gestodène ou norgestimate en guise de progestatifs, sont mis sur le marché en France. De leur côté, les autres COC (parfois appelés COC de 4^{ème} génération), à base de drospirénone, chlormadinone, diénogest ou nomégestrol le sont en 2001. (5)

Dès 1967, une étude anglaise met en évidence un risque accru de thrombose veineuse sous contraception orale œstroprogestative. 4 ans plus tard, Vessey, membre du planning familial d'Oxford,

signale un lien entre thromboses veineuses et contenu œstrogénique. (4) En conséquence, afin de réduire les risques vasculaires, les contenus en œstrogènes (éthynylestradiol principalement) ont été diminués permettant le remplacement progressif des premières pilules dites macrodosées par des pilules normodosées puis minidosées, parallèlement au développement d'autres molécules progestatives.

C'est en 1995 que les premières publications établissent le surrisque thromboembolique veineux des COC de 3^{ème} génération (~ 4 cas / 10 000 patientes) comparativement aux COC de 2^{ème} génération à base de lévonorgestrel (~ 2 cas / 10 000 patientes). Dès lors, et malgré une balance bénéfices/risques favorable, les COC de 3^{ème} génération font l'objet d'une surveillance accrue par l'ensemble des agences compétentes en matière de médicaments, sur le plan international. (6)

C'est alors qu'à la lumière des nouvelles données scientifiques disponibles (nombreuses études sur le risque thromboembolique des COC), les COC de 3^{ème} génération font l'objet d'une réévaluation par la Commission de la transparence de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2007 (7) puis en 2012 (8). Ainsi, le service médical rendu des contraceptifs oraux de 3^{ème} génération, jugé important en 2007 (à réserver cependant en 2^{ème} intention) est finalement jugé insuffisant en 2012 au regard du surrisque d'événements thromboemboliques veineux et de l'absence d'avantage démontré en terme de tolérance clinique.

1.3. MEDIATISATION ET CONFIANCE

C'est en décembre 2012 que la « tempête médiatique » prend forme, alors qu'une patiente de 25 ans, porte plainte contre le directeur général du laboratoire Bayer Santé pour « atteinte involontaire à l'intégrité de la personne humaine », accusant sa pilule contraceptive de 3^{ème} génération qu'elle prenait depuis 4 mois (Méliane®) d'être responsable de son accident vasculaire cérébral (AVC) dont elle garde des séquelles ; mais aussi contre le directeur général de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) pour n'avoir pas demandé le retrait de cette pilule du marché « en violation manifestement délibérée du principe de précaution ». (9)

Dès lors, l'ANSM met en place une procédure d'arbitrage et mène une campagne d'information du grand public. (10) En effet, l'ANSM rappelle l'importance de la contraception et du rôle des pouvoirs publics auprès des femmes, afin qu'elles gardent confiance dans la contraception et le moyen

contraceptif qu'elles utilisent. Elle étudie par ailleurs, via une étude observationnelle actualisée tous les 3 mois depuis 01/2013, l'évolution des pratiques contraceptives en France au regard des nouvelles recommandations. (5) C'est dans ce contexte et au regard des réévaluations de la HAS que la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé annonce le déremboursement par la Sécurité Sociale des COC de 3^{ème} génération, qui est effectif au 31/03/2013. (11)

2. JUSTIFICATION

Dans ce contexte de « diabolisation » de la pilule œstroprogestative, quel est le vécu des utilisatrices ? À ce jour, certaines études qualitatives se sont intéressées à la perception des risques liés à l'utilisation d'une contraception orale œstroprogestative. D'autres ont cherché à établir les connaissances des femmes en termes de contraception. En revanche, une thèse qualitative sur le vécu de la contraception orale œstroprogestative a été menée sur une population d'adolescentes et non sur les femmes majeures. (12)

A l'initiative de ce travail de thèse, aucune publication n'avait fait état du vécu de la contraception orale œstroprogestative chez les patientes majeures au regard de la médiatisation autour des pilules de dernières générations. Il s'avère qu'en 09/2014, 2 thèses qualitatives menées dans le Nord-Pas-de-Calais ont été soutenues sur les connaissances des risques et des bénéfices de la pilule œstroprogestative (13) et sur les sources d'information et moyens d'amélioration des connaissances sur la pilule œstroprogestative (14). Ces 2 travaux tendent à explorer certaines facettes du présent projet mais pas l'intégralité, notamment en termes de pratique contraceptive, de vécu de la controverse et du rapport aux prescripteurs et aux médicaments.

En effet, le médecin généraliste en tant que médecin de premier recours, a une place privilégiée pour informer les femmes en matière de contraception, lors d'une consultation de routine ou d'une consultation spécifiquement dédiée. Il assure leur suivi médical et peut-être amené à prescrire leur contraception, que ce soit une primo-prescription ou un renouvellement. L'étude de la place du médecin généraliste en termes de contraception et l'impact de cette affaire sur la relation prescripteur / patiente semble être donc tout indiquée afin de mieux comprendre comment les patientes intègrent le corps médical dans leur paysage contraceptif.

3. OBJECTIFS

Dans ce contexte et à la lumière des récentes recommandations, l'objectif principal de ce travail est d'étudier le vécu de la contraception orale œstroprogestative par les utilisatrices majeures. Il s'agit ainsi d'étudier l'impact de l'importante médiatisation autour des pilules œstroprogestatives sur leurs pratiques contraceptives. Qu'en savent-elles ? Qu'en font-elles ? Comment ont-elles réagi face à la controverse ? Qu'ont-elles perçu de la campagne d'information qui a suivi ? Leur vision de la contraception a-t-elle changé ?

Secondairement, ce travail a également pour objectif d'identifier la place du médecin généraliste en matière de contraception et d'étudier l'impact de la médiatisation autour des pilules œstroprogestatives sur la relation de confiance prescripteur / patiente. Ainsi, peut-être pourra-t-on tirer quelques leçons pour notre pratique quotidienne de médecin généraliste et retenir quelques messages clés afin d'adapter notre discours éducatif en matière de contraception ?

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. CHOIX DE LA MÉTHODE QUALITATIVE

La méthode qualitative est une méthode de travail issue des sciences sociales, dont le but n'est pas de quantifier ou de mesurer mais plutôt de répondre aux questions de type « pourquoi » ou « comment » par une approche compréhensive et une démarche interprétative des données recueillies, le plus souvent verbales. (15) Ainsi, il s'agit d'une méthode exploratoire de choix afin d'aborder des thèmes de recherche pour lesquels on ne dispose pas de données (ou très peu), et pour lesquels les données sont difficilement quantifiables. En ce sens, c'est une méthode qui a pour but de générer des hypothèses (et non pas de les tester comme dans les travaux quantitatifs), elle est donc inductive. (16)

En termes d'outils, le chercheur dispose de plusieurs méthodes de recueil des données : les observations, les interviews ou entretiens, et les études de documents. (16) Quand on s'attarde sur les entretiens, ceux-ci peuvent être de plusieurs types : individuels ou en groupe. Le choix se fait souvent entre les entretiens semi-dirigés et les focus-group, chacun ayant ses avantages et ses inconvénients. En effet, les entretiens individuels sont plus chronophages mais permettent d'aborder des sujets plus délicats alors que les focus group permettent l'interactivité et créent une dynamique de groupe intéressante pouvant amener chacun des participants à prendre position et à s'expliquer.

De façon plus précise, cette méthode de recherche s'attache à étudier le vécu, l'expérience personnelle, les opinions, les réactions, les attitudes et les besoins des individus interrogés vis-à-vis d'un sujet d'étude. Cette méthode a ainsi pour but d'analyser, de comprendre et d'interpréter des phénomènes ou des événements dans leur milieu naturel. (16) Elle peut ainsi apparaître comme particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale.

2. L'ENTRETIEN SEMI DIRIGÉ

2.1. NOTRE CHOIX POUR LE RECUEIL DES DONNEES

L'entretien semi-dirigé est un entretien qui se déroule entre 2 individus : l'interviewé et l'intervieweur. Ce type d'entretien se base sur une série de thèmes à aborder selon une chronologie

prédéfinie (mais modulable) dans un guide d'entretien. Ce dernier fournit à l'intervieweur une trame globale de l'échange et un champ général des réponses attendues, variables d'un individu à l'autre.

Contrairement à la méthode des focus group, ce type d'entretien individuel est particulièrement adapté à notre sujet d'étude puisqu'il permet d'étudier en profondeur le sujet délicat et très personnel de la contraception et de la vie intime, permettant ainsi aux participantes d'exprimer leur avis plus librement, avec plus de facilité. (16)

Sur le plan pratique, l'organisation de ce type d'entretien est plus facile à réaliser en permettant de s'adapter à chaque participante ; tout en sachant que la durée moyenne de passation est d'environ 30 minutes. Par ailleurs, le nombre d'entretiens n'est pas défini au préalable puisque la fin du recrutement est déterminée par l'obtention de la saturation des idées, généralement après la réalisation de 15-20 entretiens. (16)

2.2. TECHNIQUE D'ENTRETIEN

L'intervieweur se doit de guider la discussion avec neutralité et flexibilité, tout en créant un climat de confiance et en faisant preuve de respect vis-à-vis de l'interviewé. Par ailleurs, il est primordial que l'intervieweur se montre empathique et adopte une écoute à la fois attentive et bienveillante. Ce n'est que par ce biais que l'interviewé pourra se sentir à l'aise et exprimer ses idées avec plus de facilité. (17)

Durant l'entretien, l'intervieweur dispose de plusieurs outils afin de mener à bien l'entretien. La pause active peut permettre de favoriser l'émergence d'un nouveau commentaire ou d'une nouvelle idée. Les relances quant à elles, favorisent une expression plus libre, et permettent ainsi d'explicitier certains propos. Pour cela, l'intervieweur peut utiliser la reformulation, la répétition des propos de l'interviewé ou encore orienter le discours vers des points négligés ou oubliés. (17)

3. RECRUTEMENT DES PATIENTES DANS NOTRE ENQUÊTE

3.1. IDEE DE DEPART

Initialement, afin d'obtenir une population variée en termes d'âges et de niveaux socio-culturels, le recrutement avait été envisagé selon plusieurs axes, en faisant appel au Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS) de l'Université de Nice Sophia-Antipolis (UNSA) pour cibler les étudiantes issues de diverses facultés, et les cabinets de médecine générale de différents quartiers de la ville de Nice et des villes du département des Alpes-Maritimes pour les autres patientes.

Les professionnels de santé devaient être informés au moyen d'un courrier explicatif sur le projet, fourni par mail directement et/ou après contact téléphonique préalable. Parallèlement, il devait leur être fourni une plaquette d'information à destination des patientes avec mes coordonnées, afin de faciliter le premier contact et le recrutement. Ainsi, les jeunes femmes volontaires pouvaient me fournir leur coordonnées afin d'aller plus loin dans le projet.

3.2. MODE DE RECRUTEMENT DES PATIENTES

Pour être incluses dans l'étude, les patientes devaient être âgées de 18 ans ou plus et avoir été sous pilule œstroprogestative sans distinction de génération au moment de la controverse, fin 2012 / début 2013. Ainsi, les femmes pouvaient très bien être sous pilule œstroprogestative sans distinction de génération ou utiliser une autre méthode contraceptive au moment du recrutement, ce qui devait permettre d'avoir des points de vue et des réactions différentes face à la controverse.

Concernant le mode de recrutement, celui-ci a dû être adapté par rapport à l'idée de départ. En effet, après contacts téléphoniques et mails auprès d'un médecin exerçant partiellement au SUMPPS (explications quant au projet de thèse qualitative dont le principe n'était pas connu contrairement aux thèses quantitatives), une réponse négative a été émise par le médecin responsable quant à une participation au projet, évoquant une charge de travail trop lourde pour le service.

En ce qui concerne les médecins généralistes, plusieurs profils ont été ciblés : des maîtres de stage universitaires de niveau 1 ou de SASPAS, d'anciens tuteurs ou maîtres de stage de mon cursus,

et bien entendu des médecins généralistes ne participant pas à la vie universitaire, qu'ils exercent en zone urbaine, semi-rurale ou rurale. Tous ces médecins ont été contactés par téléphone et/ou mail. Ceux qui ne fournissaient pas de réponse ou pour lesquels un message était laissé auprès du secrétariat sans retour secondaire, ont été contactés une nouvelle fois après quelques jours. La très grande majorité des médecins favorables n'a pas souhaité disposer de la plaquette d'information prévue, en dehors d'un médecin généraliste spécialisé en gynécologie qui a simplement proposé de les laisser à disposition dans la salle d'attente.

Devant le faible taux de réponse des médecins généralistes contactés malgré les relances, il a été décidé de faire appel, selon le même procédé que pour les médecins généralistes installés, à des internes en SASPAS (après accord des maîtres de stage universitaires) et à des internes effectuant des remplacements libéraux. Mais une fois de plus, en dépit de réponses initialement favorables, le taux de participation effective était extrêmement faible.

En conséquence, devant la difficulté à faire participer mes confrères, il a été décidé de recruter quelques patientes, directement lors de mes remplacements libéraux (recrutement direct). Parallèlement, certaines patientes ont été recrutées grâce au bouche à oreille en discutant du projet et d'autres par des patientes ayant elles-mêmes participé à l'étude (effet « boule de neige » ou méthode de recrutement de proche en proche).

4. MODALITÉS DE RECUEIL DES ENTRETIENS

4.1. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE QUANTITATIF

Un questionnaire quantitatif (annexe 2) a été élaboré afin de définir les caractéristiques de la population étudiée. Nous nous sommes attachées à définir l'âge des patientes, leur niveau socio-professionnel, leur zone de résidence, leur antécédents obstétricaux (grossesses, IVG...), leur tabagisme ainsi que leur expérience contraceptive. Deux questions étaient consacrées à leurs prescripteurs.

4.2. ÉLABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien (annexe 3) a été élaboré en plusieurs étapes.

Dans un premier temps, 5 grands thèmes ont été définis :

- Connaissances générales sur la pilule,
- Risques potentiels et effets indésirables / secondaires,
- Information autour de la contraception,
- Vécu de la controverse,
- Position vis-à-vis des prescripteurs et rapport au médicament.

Au sein de ceux-ci, plusieurs questions ouvertes (pour une grande majorité) permettaient d'explorer le sujet d'étude. Après relecture, et afin d'approfondir les propos des participantes, des relances et/ou des reformulations ont été définies. Celles-ci ne devaient être mentionnées qu'en cas d'absence de réponse à la question principale, d'incompréhension de la question posée ou de réponse succincte pouvant être davantage approfondie.

Par ailleurs, afin d'introduire les entretiens lors de leur réalisation, une courte présentation de l'étude et de ses objectifs a été rédigée. Celle-ci était énoncée à chaque début d'entretien. Ceci devait permettre aux patientes de se familiariser avec le sujet et de leur laisser le temps de se mettre à l'aise. De la même façon, une formule de remerciement a été établie en fin de guide avec une proposition de retour quant aux résultats de l'étude.

Au total, le guide a dû être remodelé à 3 reprises avant d'obtenir sa version définitive. En effet, après la réalisation des 3 premiers entretiens, quelques ajustements ont été apportés afin de préciser la formulation de certaines questions et ainsi permettre une meilleure compréhension tout en améliorant la fluidité de l'entretien.

4.3. DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Les entretiens étaient individuels et se sont déroulés selon le libre choix des participantes : soit à leur domicile, soit au domicile de l'intervieweuse, soit au cabinet du médecin ayant permis le recrutement. L'entretien débutait avec une brève description de l'étude, de ses objectifs et des conditions de réalisation de l'entretien. Secondairement, les patientes étaient invitées à remplir le questionnaire quantitatif.

Ensuite, l'entretien pouvait débuter et se déroulait suivant la trame générale du guide d'entretien établi préalablement. L'entretien était enregistré au moyen d'un enregistreur audio numérique OLYMPUS® VN-713PC (format MP3), alors que l'intervieweuse prenait des notes (éléments verbaux et non verbaux) au moyen de feuilles blanches et d'un stylo.

5. MODALITÉS D'ANALYSE DES ENTRETIENS

5.1. RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS

Les entretiens ont été retranscrits au fur et à mesure, en respectant l'ordre chronologique de réalisation, et en respectant l'intégralité des verbatim. Les éléments non verbaux significatifs ont été mentionnés en italique et en surbrillance sur le document de retranscription (logiciel Word 2013®).

5.2. ANALYSE DES REPONSES AU QUESTIONNAIRE QUANTITATIF

L'ensemble des données issues du questionnaire quantitatif a été consigné dans un tableur Excel®. Les données ont ensuite été regroupées en catégories ou critères d'analyse. La plupart des données a été étudiée sous forme de graphiques afin de permettre une visualisation simple et rapide. Certaines données ont fait l'objet de calculs (valeur minimale ou maximale, moyenne...).

5.3. ANALYSE DES ENTRETIENS

Initialement, l'analyse des 3 premiers entretiens a suivi un codage axial en annotant chacun des entretiens avec des mots-clefs. Le but était d'établir des arborescences d'idées en fonction des thèmes issus du guide d'entretien. Mais devant l'ampleur et la complexité du travail à mettre en évidence les résultats, l'analyse selon ce procédé a été stoppée.

En effet, après discussion auprès d'anciens thésards et lecture de la bibliographie, il semblait que l'utilisation d'un logiciel adapté au travail qualitatif permette une analyse plus précise et plus complète des données. Ainsi, ce type de logiciel devait permettre de rassembler les mêmes idées au sein d'une même catégorie appelée « nœud ». C'est ce que l'on appelle le codage dont le but est de faire émerger plusieurs « nœuds » mettant en exergue toutes les idées. L'analyse de l'ensemble des

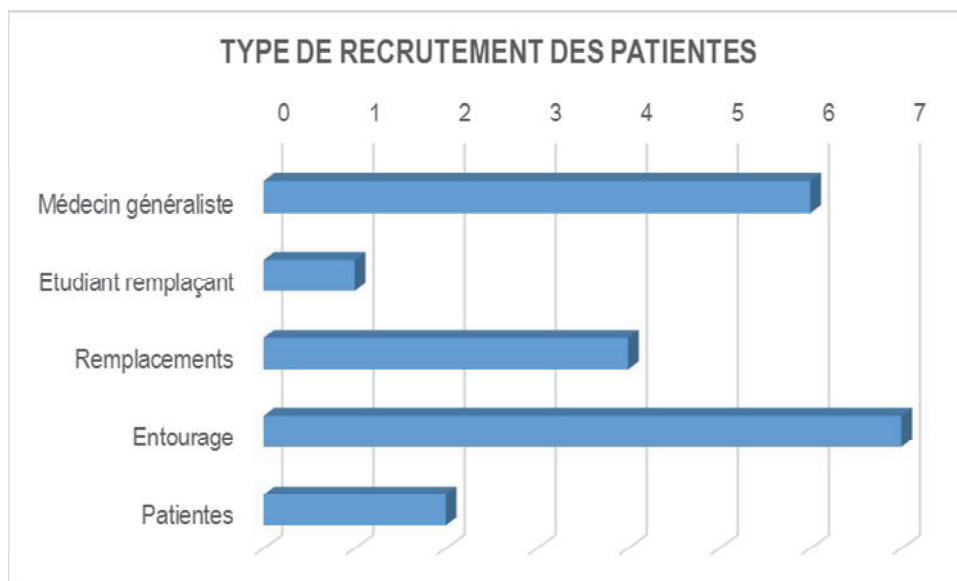
données a donc été réalisée grâce à une licence d'un an au logiciel NVIVO 10® dans sa version 10.0.638.0 SP6 (64 bits) pour Windows®.

RÉSULTATS

1. GÉNÉRALITES CONCERNANT LE RECRUTEMENT

Le recrutement des patientes a été réalisé du 13/06/2014 au 13/05/2015. Celui-ci s'est fait suivant plusieurs modes, répartis comme suit :

- 6 patientes ont été recrutées par des médecins généralistes,
- 1 patiente a été recrutée par un étudiant remplaçant,
- 4 patientes ont été recrutées lors de mes remplacements,
- 7 patientes ont été recrutées en discutant avec des femmes de mon entourage « élargi »,
- 2 patientes ont été recrutées par des patientes ayant elles-mêmes participé à l'étude.

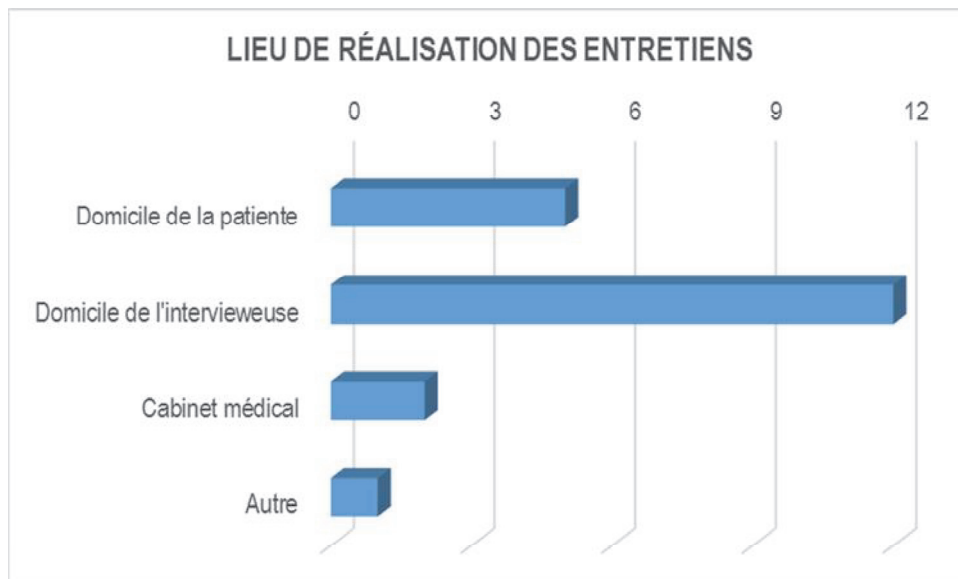


Pour être complet quant au mode de recrutement, il faut préciser que sur l'ensemble des 13 médecins généralistes contactés : un a accepté de distribuer les plaquettes d'informations à destination des patientes, 5 ont répondu favorablement (3 d'entre eux ont recruté une patiente chacun, un d'entre eux a fourni une liste de 10 patientes potentielles, un d'entre eux a recruté une patiente qui n'a pas donné suite), et les 7 médecins généralistes restants n'ont jamais donné suite.

Par ailleurs, sur les 12 internes contactés (SASPAS ou remplaçants) : un interne effectuant des remplacements a recruté une patiente, pour les 11 restants il n'y a pas eu de résultats (3 avis favorables non productifs et 8 sans réponses).

Les entretiens ont été effectués du 18/07/2014 au 20/05/2015. Leur réalisation s'est faite selon la répartition suivante :

- 5 ont eu lieu au domicile des patientes,
- 12 ont eu lieu au domicile de l'intervieweuse,
- 2 ont eu lieu au cabinet médical de recrutement,
- 1 a eu lieu dans un lieu neutre (jardin public dans un espace au calme).



2. ANALYSE DES RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE QUANTITATIF

2.1. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTES

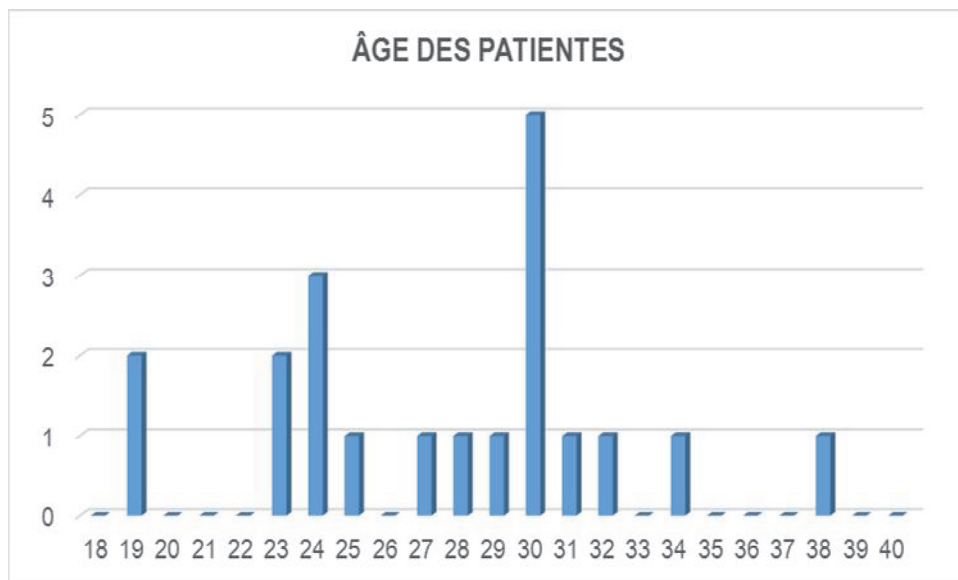
Au total, sur 41 patientes contactées pour participer à l'étude :

- 1 patiente a refusé de participer,
- 7 patientes initialement favorables n'ont finalement pas donné suite,
- 11 patientes ont été exclues car ne répondant pas aux critères d'inclusion,

- 20 patientes ont effectivement passé les entretiens afin d'obtenir une saturation des idées.

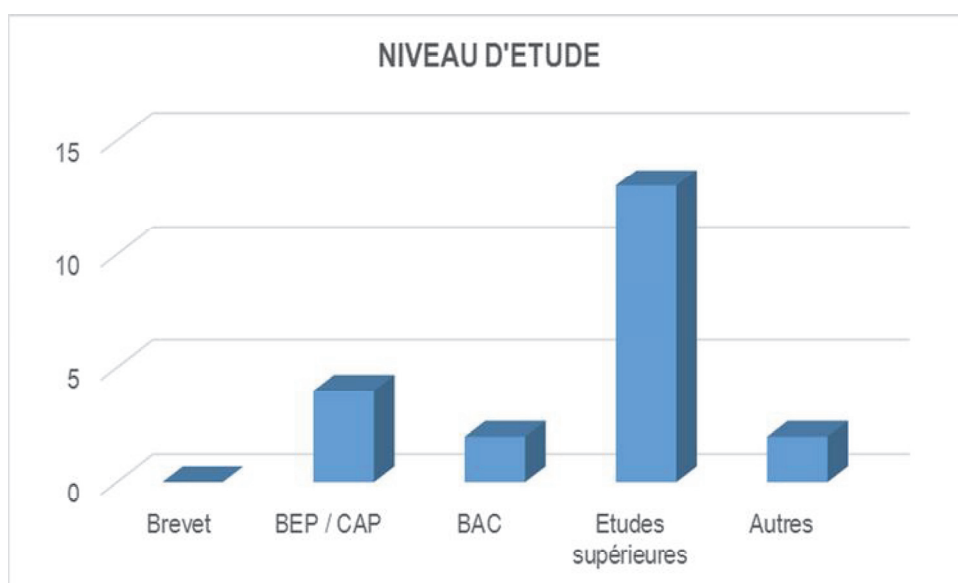
2.1.1. Âge

L'âge des patientes s'échelonnait de 19 à 38 ans avec une moyenne d'âge de 27,5 ans.



2.1.2. Niveau d'étude

Le niveau d'étude des patientes se répartit comme suit :



- 4 patientes ont un niveau BEP / CAP,
- 2 patientes ont un niveau BAC,
- 13 patientes ont fait des études supérieures,
- 2 patientes ont coché la mention « Autres ». L'une d'entre elle avait déjà mentionné un niveau d'étude BEP / CAP et a spécifié avoir passé un Diplôme d'Etat d'aide-soignante, l'autre a mentionné un BTS de diététique.

2.1.3. Catégories socio-professionnelles

Les catégories socio-professionnelles de niveau 1 utilisées ici, sont celles définies par l'INSEE, et déterminées au moyen du tableau de niveau 4, mis à jour le 20/02/2012 (18) pour les professions de chaque patiente.

La répartition se fait de la façon suivante :



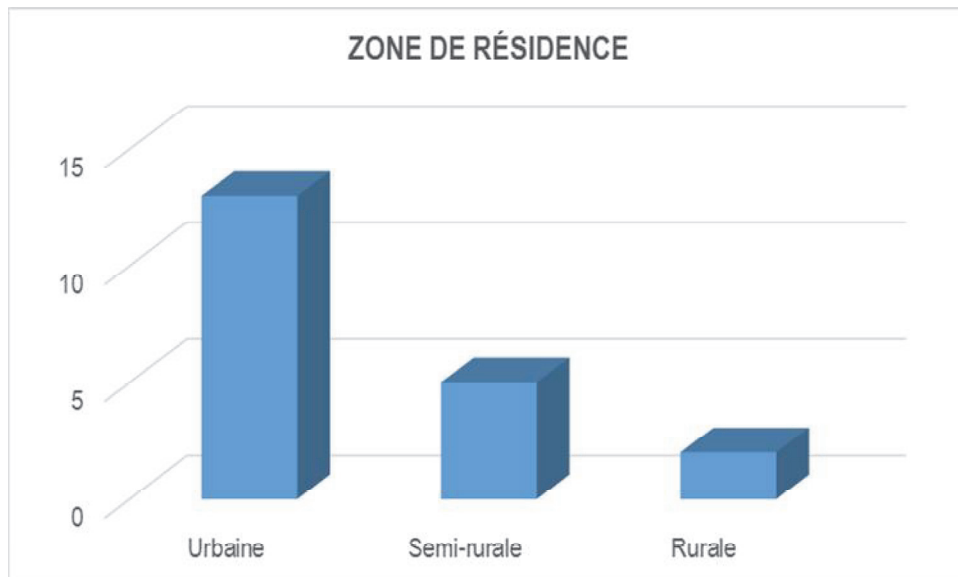
- 1 patiente se situe dans la catégorie 1 « Agriculteurs exploitants »,
- 2 patientes se situent dans la catégorie 2 « Artisans, commerçants, chefs d'entreprise »,
- 1 patiente se situe dans la catégorie 3 « Cadres et professions intellectuelles supérieures »,
- 7 patientes se situent dans la catégorie 4 « Professions intermédiaires »,
- 5 patientes se situent dans la catégorie 5 « Employés »,

- 4 patientes, à savoir les étudiantes, se situent dans la catégorie 8 « Autres personnes sans activité professionnelle ».

2.1.4. Lieu de résidence

Le lieu de résidence des patientes se répartit comme suit :

- 13 patientes vivent en milieu urbain,
- 5 patientes vivent en milieu semi-rural,
- 2 patientes vivent en milieu rural.

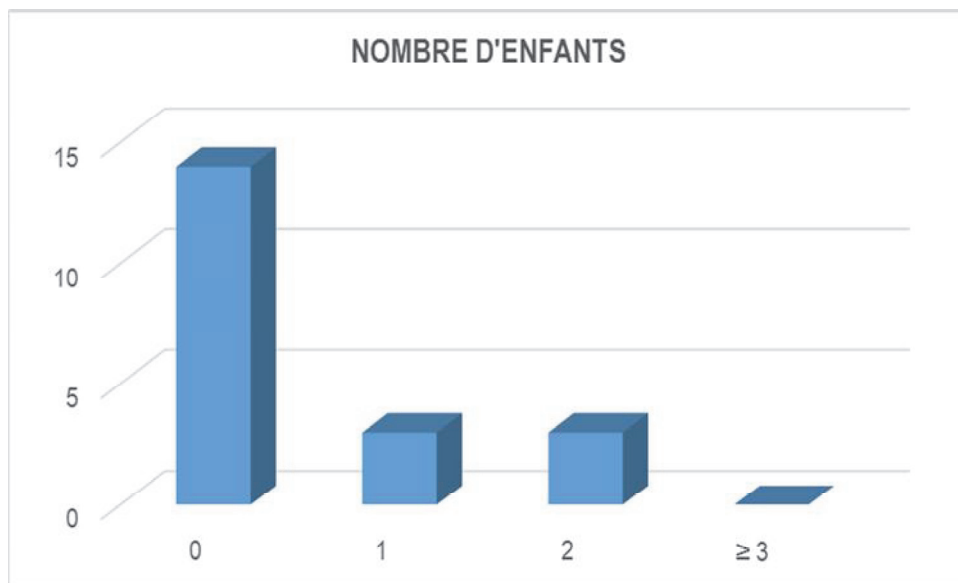


2.1.5. Antécédents obstétricaux

2.1.5.1. Nombre d'enfants

Concernant le nombre d'enfants, le profil des patientes était le suivant :

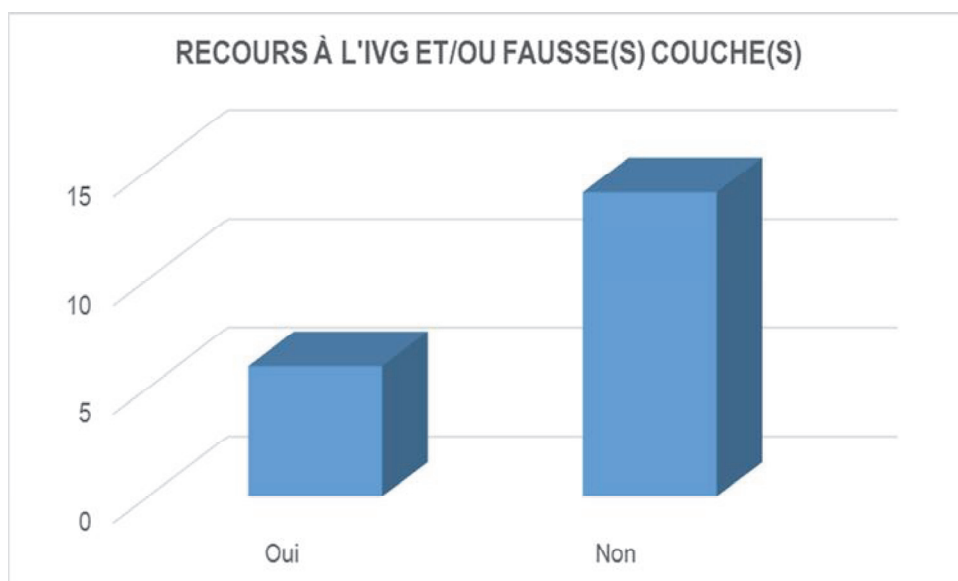
- 14 patientes n'avaient pas eu d'enfant,
- 3 patientes avaient eu un enfant,
- 3 patientes avaient eu deux enfants,
- aucune des patientes n'avait eu 3 enfants ou plus.



2.1.5.2. IVG et/ou FCS

Sur l'ensemble des patientes interrogées, 6 patientes ont eu recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) et/ou ont eu une ou plusieurs fausses couches. Dans le détail, sur ces 6 patientes :

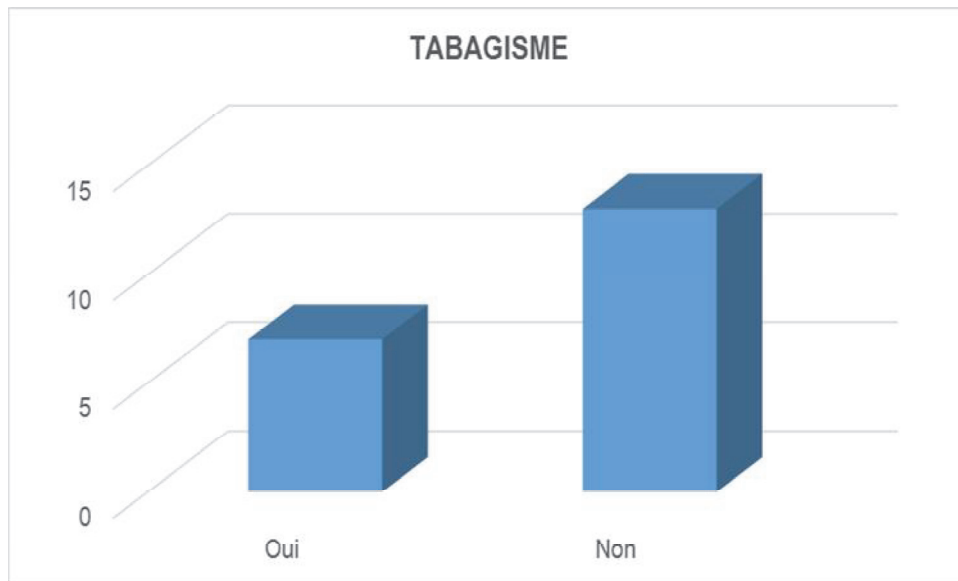
- 5 ont eu recours à l'IVG : une seule fois pour 4 d'entre elles et deux fois pour la cinquième,
- 1 patiente a présenté 6 fausses couches spontanées précoces.



2.1.6. Tabagisme

Concernant le statut tabagique, la répartition est la suivante :

- 7 patientes sont fumeuses,
- 13 patientes sont non fumeuses.

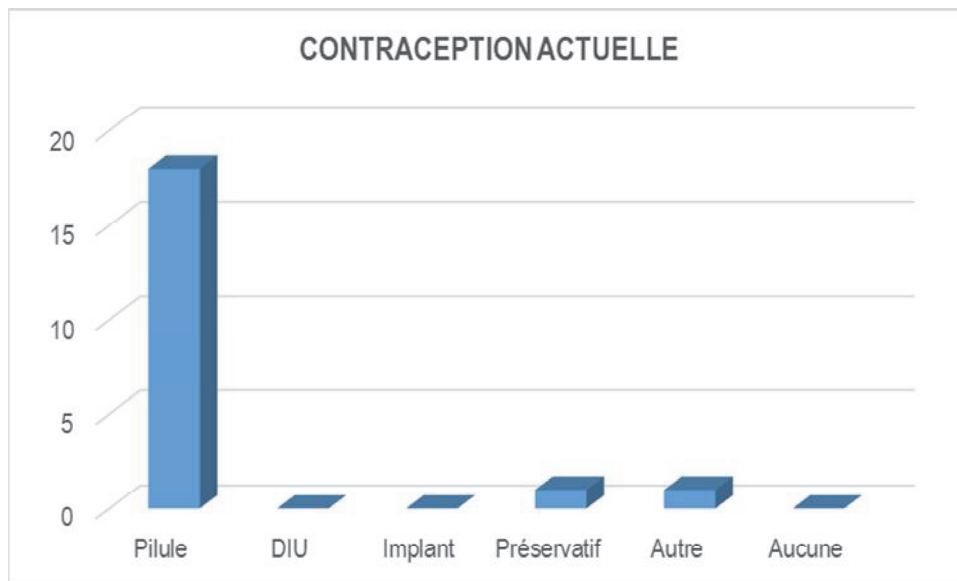


2.1.7. Contraception

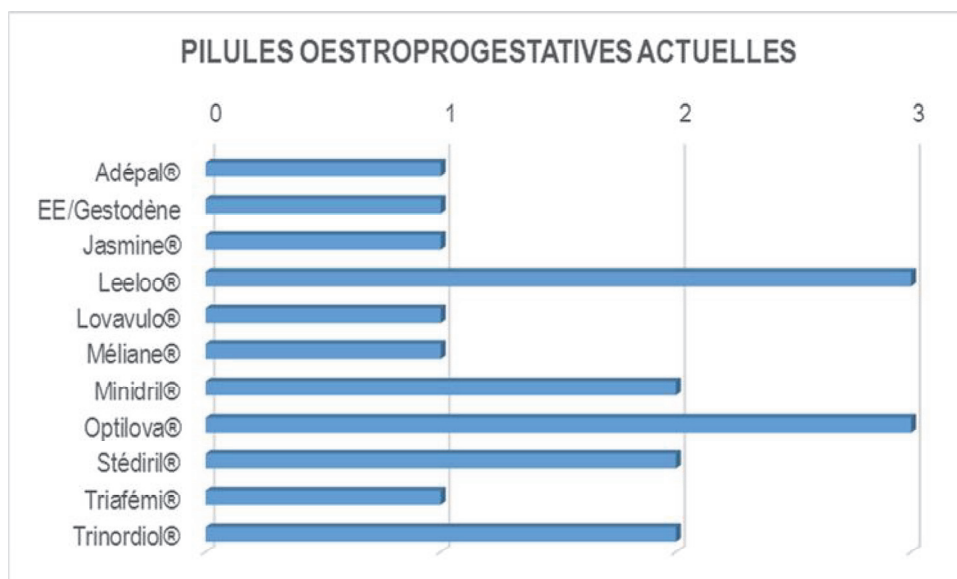
2.1.7.1. Contraception actuelle

A la date de réalisation des entretiens, les patientes avaient la contraception suivante :

- 18 patientes étaient sous pilule œstroprogestative,
- 1 patiente utilisait une contraception mécanique par préservatif,
- 1 patiente utilisait une autre méthode (moniteur de contraception Clearblue®).

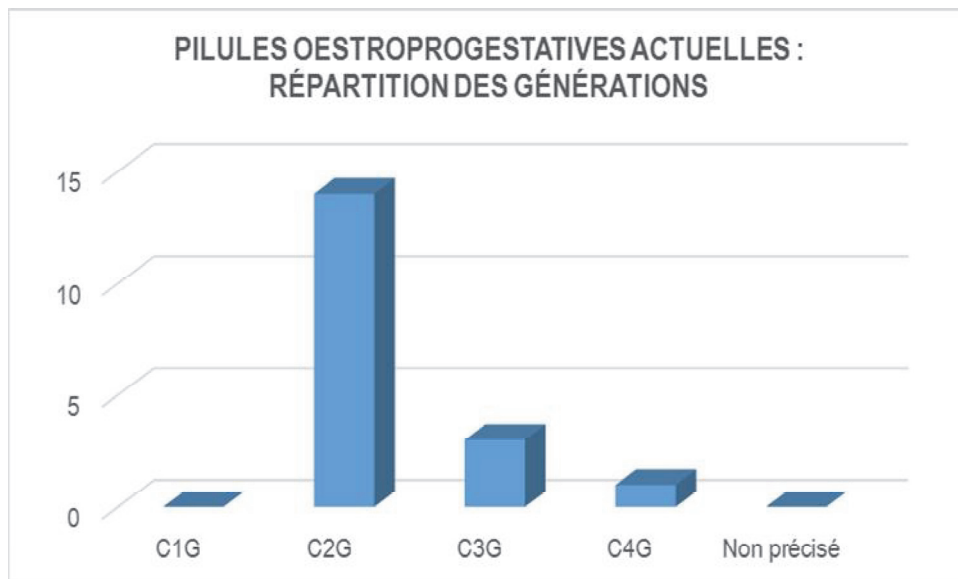


Pour les patientes qui étaient sous pilule œstroprogestative, plusieurs pilules ont été mentionnées selon la répartition qui suit :

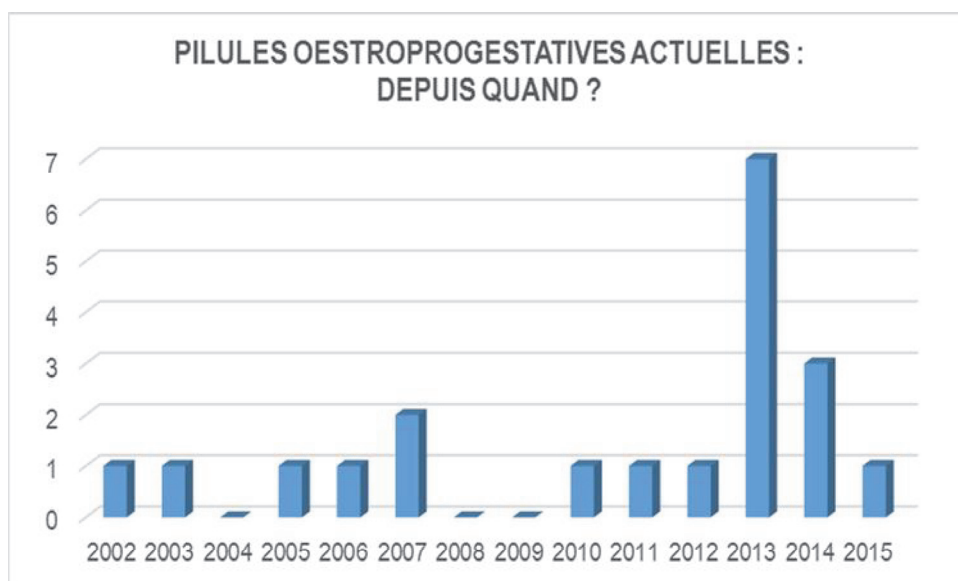


En regardant de plus près, la répartition en termes de générations était la suivante :

- aucune patiente n'était sous pilule de 1^{ère} génération (C1G),
- 14 patientes étaient sous pilule de 2^{ème} génération (C2G),
- 3 patientes étaient sous pilule de 3^{ème} génération (C3G),
- 1 patiente était sous pilule de 4^{ème} génération (C4G).

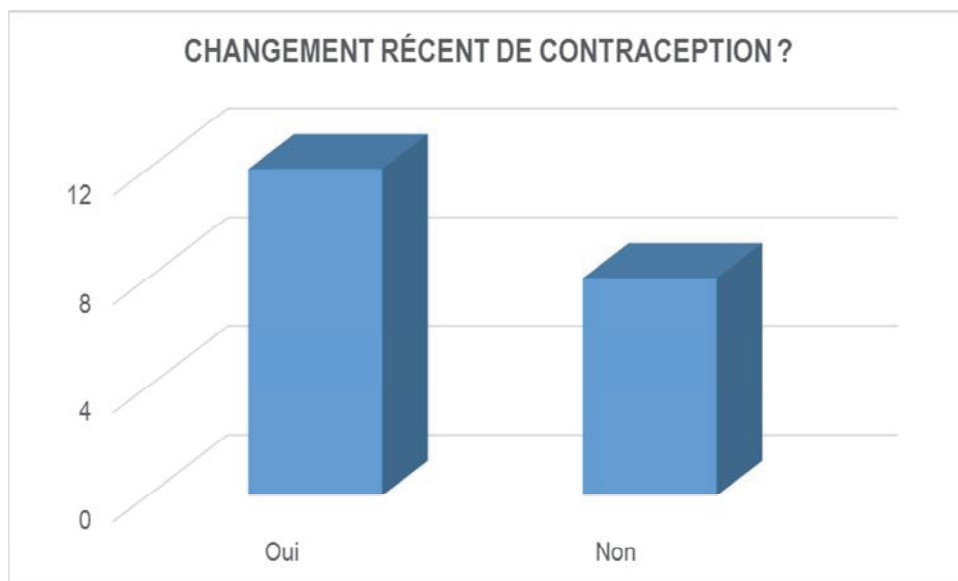


En interrogeant les patientes sur la durée de prise de leur pilule œstroprogestative, celles-ci ont fait état de dates s'échelonnant de 2002 à 2015, avec notamment un pic en 2013, selon la répartition suivante :

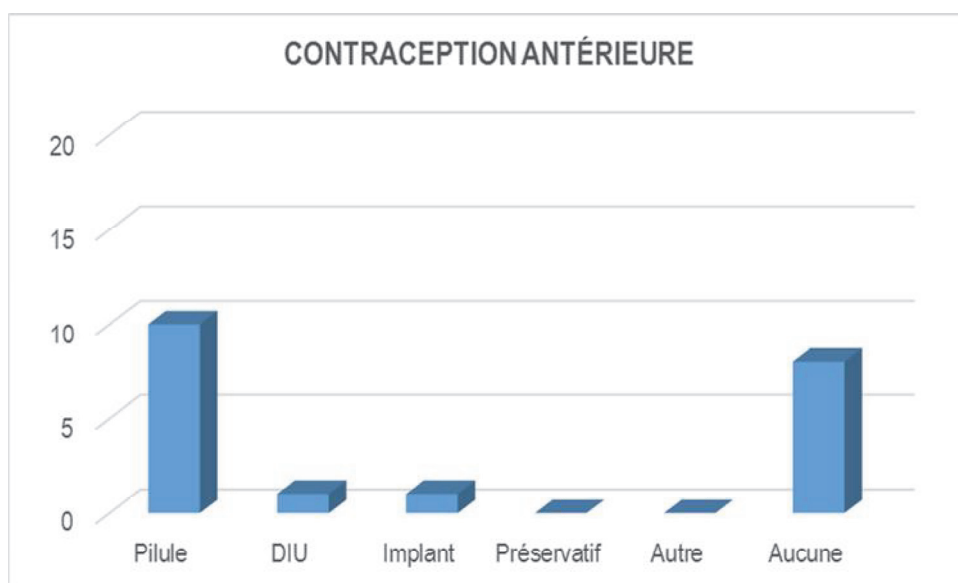


2.1.7.2. Contraception antérieure

Sur l'ensemble des patientes interrogées, 12 ont déclaré avoir récemment changé de contraception (autre pilule ou autre méthode contraceptive).



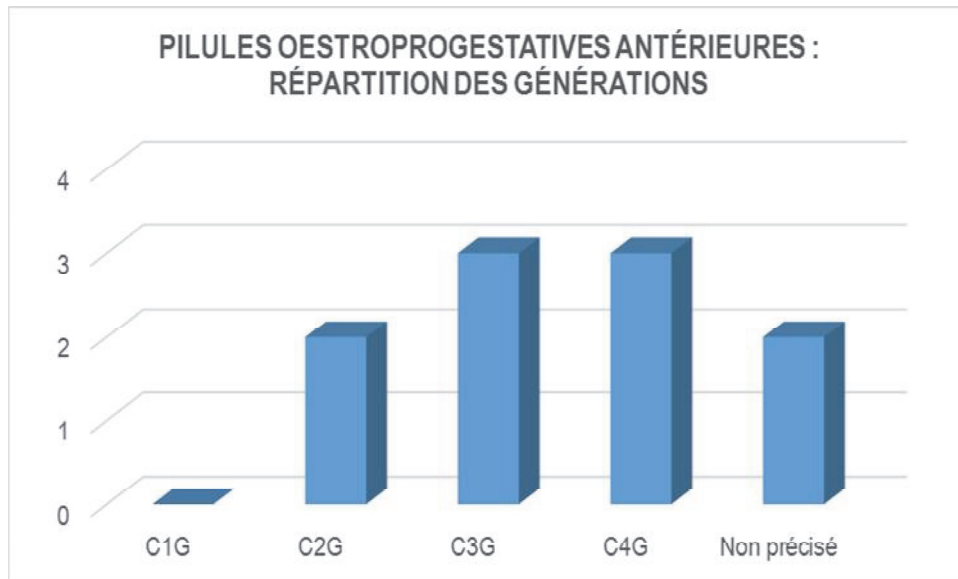
Les 8 patientes n'ayant pas changé de contraception, ont toujours été sous pilule œstroprogestative et n'avaient aucune méthode contraceptive auparavant. Pour les 12 patientes ayant déclaré avoir récemment changé de contraception : 10 d'entre elles étaient sous pilule œstroprogestative, une patiente avait un DIU et une patiente avait un implant.



Pour les patientes qui étaient sous pilule œstroprogestative, plusieurs pilules ont été mentionnées (chacune ayant été citée une seule fois) : Cycléane 30®, Daily Gé®, Diane 35®, Jasminelle®, Leeloo®, Mélodia®, Triafémi®, Yaz®, Zoély® et une non précisée.

En regardant de plus près, la répartition en termes de générations était la suivante :

- aucune patiente n'était sous pilule de 1^{ère} génération (C1G),
- 2 patientes étaient sous pilule de 2^{ème} génération (C2G),
- 3 patientes étaient sous pilule de 3^{ème} génération (C3G),
- 3 patientes étaient sous pilule de 4^{ème} génération (C4G),
- 2 patientes étaient inclassables (une non précisée, une sous Diane 35[®]).

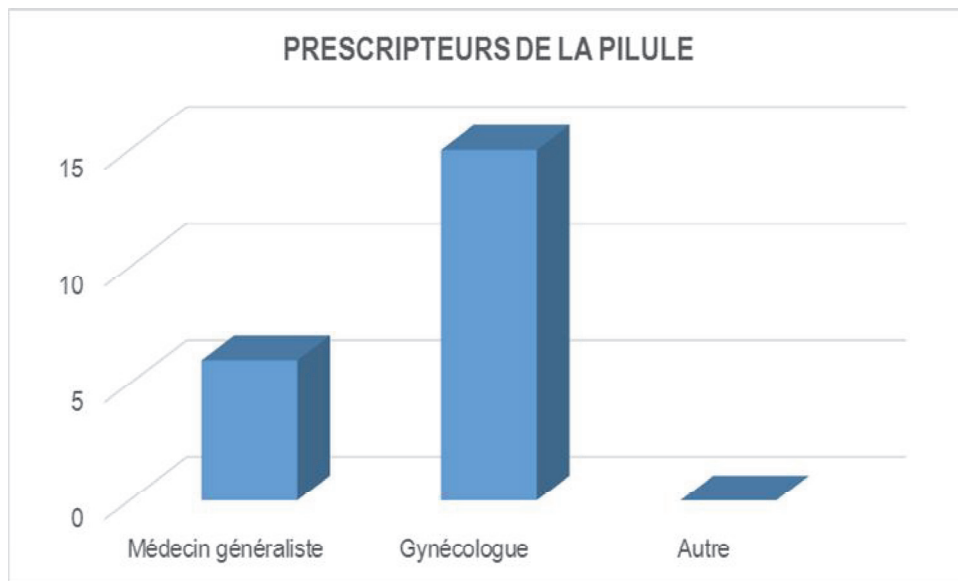


2.2. CARACTERISTIQUES DES PRESCRIPTEURS

2.2.1. Répartition de la prescription

La prescription de la contraception orale œstroprogestative des patientes interrogées se répartit de la manière suivante :

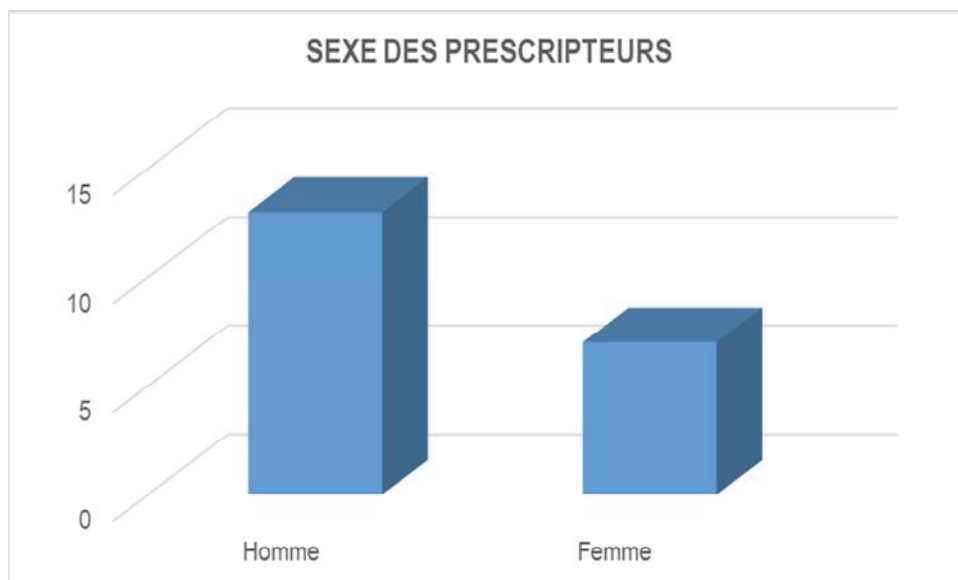
- pour 6 patientes, la prescription est réalisée par leur médecin généraliste,
- pour 15 patientes, la prescription est réalisée par leur gynécologue,
- pour une patiente, la prescription est réalisée de façon conjointe par le médecin généraliste et le gynécologue.



2.2.2. Sexe

Les prescripteurs se répartissent de la façon suivante :

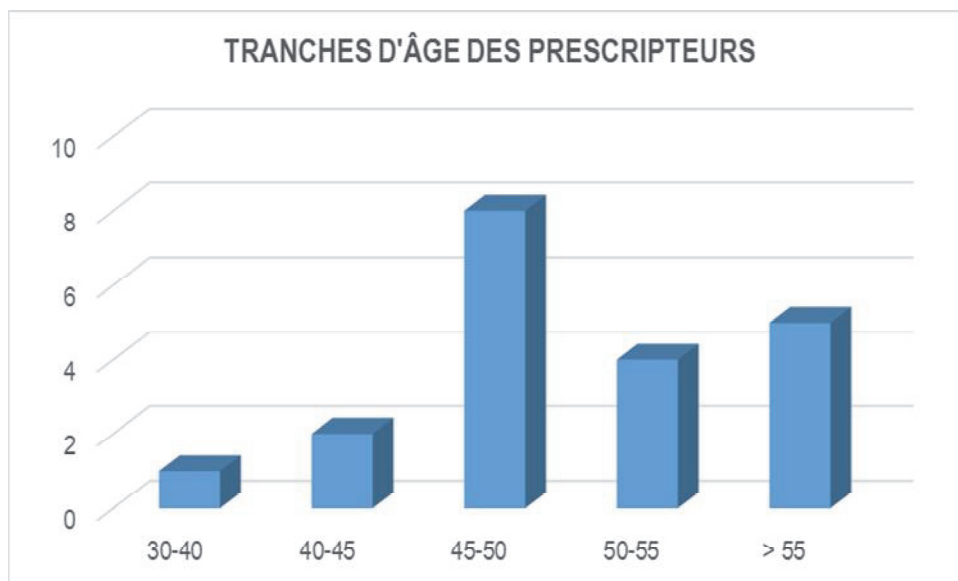
- 13 d'entre eux sont des hommes,
- 7 d'entre eux sont des femmes.



2.2.3. Âge

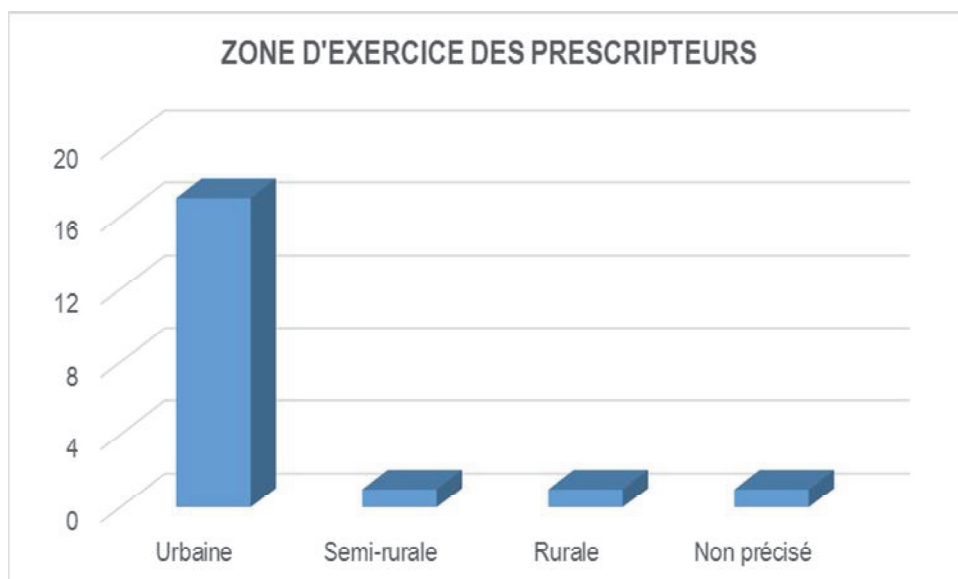
En termes d'âge (sur estimation des patientes), les prescripteurs se répartissent comme suit :

- 1 prescripteur se situe dans la tranche des 30-40 ans,
- 2 prescripteurs se situent dans la tranche des 40-45 ans,
- 5 prescripteurs se situent dans la tranche des 45-50 ans,
- 5 prescripteurs se situent dans la tranche des 50-55 ans,
- 7 prescripteurs se situent dans la tranche des plus de 55 ans.



2.2.4. Zone d'exercice

La zone d'exercice des prescripteurs se répartit de la façon suivante :

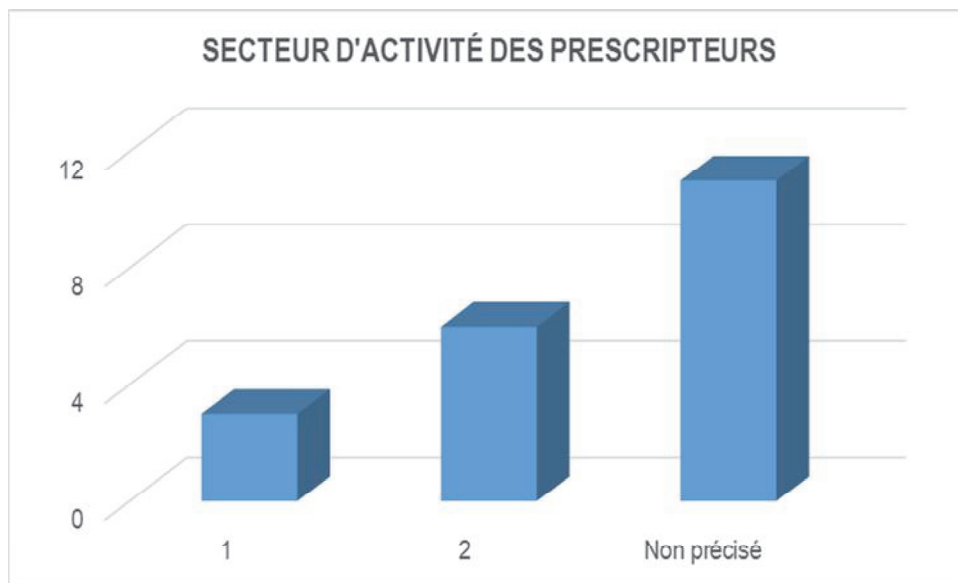


- 17 prescripteurs exercent en milieu urbain,
- 1 prescripteur exerce en milieu semi-rural,
- 1 prescripteur exerce en milieu rural,
- pour l'un d'entre eux, la zone d'exercice n'est pas précisée.

2.2.5. Secteur d'activité

Concernant le secteur d'activité des prescripteurs, celui-ci est défini comme suit :

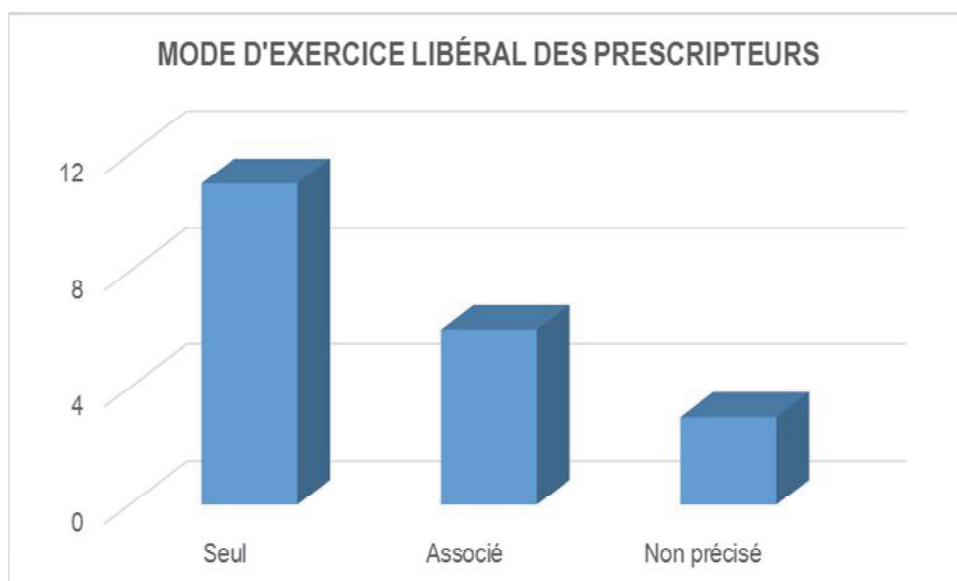
- 3 prescripteurs exercent en secteur 1 (conventionné sans dépassement d'honoraires),
- 6 prescripteurs exercent en secteur 2 (conventionné avec dépassement d'honoraires),
- pour 11 d'entre eux, le secteur d'activité n'est pas précisé.



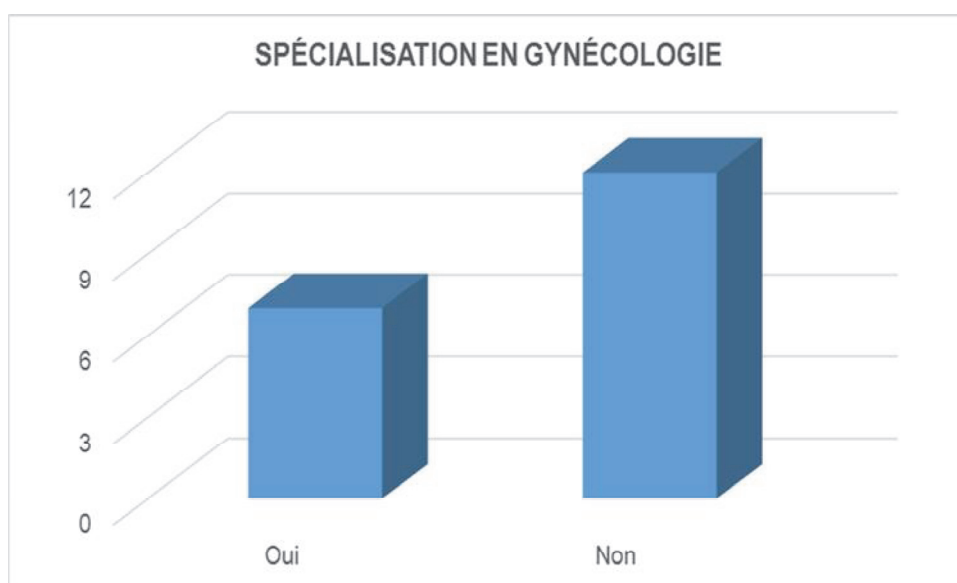
2.2.6. Mode d'exercice

En s'intéressant au mode d'exercice, celui-ci se répartit comme suit :

- 11 prescripteurs ont un mode d'exercice libéral seul,
- 6 prescripteurs ont un mode d'exercice libéral associé,
- pour 3 d'entre eux, le mode d'exercice libéral n'est pas précisé.



7 patientes ont coché la case « spécialisation en gynécologie » concernant leurs prescripteurs. Ceux-ci sont tous des gynécologues, il n'y a pas de médecins généralistes concernés.



3. ANALYSE DES DONNÉES QUALITATIVES

L'analyse de l'ensemble des propos des patientes interviewées à l'aide du logiciel NVIVO 10® a généré beaucoup de résultats. Pour les présenter, nous avons délibérément choisi de suivre un plan différent de celui du guide d'entretien, afin de regrouper les idées forces en fonction de thèmes majeurs et adaptés à la question de départ.

3.1. VECU DE LA CONTRACEPTION ORALE ŒSTROPROGESTATIVE

3.1.1. Savoir et croyances

3.1.1.1. Généralités sur la pilule œstroprogestative elle-même

De manière générale, les femmes interrogées ont des notions assez vagues sur la composition de la pilule œstroprogestative. Elles ont intégré le fait que leur pilule est composée de différentes hormones sans pour autant connaître l'association œstrogène / progestatif et les variations de dosages, à quelques exceptions près.

« Donc, dans la pilule il y a différentes hormones. » (E1)

« Je sais qu'il y a des hormones dedans, mais après le reste, je sais pas. » (E16)

« Alors la pilule, c'est un traitement hormonal qui en général associe (enfin, ça dépend des pilules) des œstrogènes et de la progestérone. [...] Elles ne sont pas toutes dosées pareil. » (E3)

En termes de mécanismes d'action, les connaissances sont assez floues voire limitées, mais le principe d'un mécanisme hormonal permettant l'inhibition de l'ovulation, et donc la fécondation est globalement su. La notion de phénomène transitoire a été soulevée par quelques patientes, et pour certaines d'entre elles la pilule agirait directement sur les trompes par un phénomène mécanique.

« Ça empêche justement d'avoir la phase d'ovulation dans le cycle de la femme. » (E1)

« Je sais que ça bloque tout ce qui est au niveau... Au niveau ovulation. » (E15)

« Effectivement, ça sécrète un certain produit qui bouche les trompes, et donc c'est pour ça qu'il faut la prendre tous les soirs parce que c'est quelque chose qui apparemment doit s'estomper, et qui bouche les trompes et donc qui empêche l'ovulation de se faire. » (E2)

Il est clairement établi dans l'esprit de chacune des femmes interrogées que l'objectif principal de la pilule œstroprogestative est contraceptif, empêchant la survenue d'une grossesse. Mais d'autres objectifs ont parfois été mentionnés tels qu'une action régulatrice du cycle en termes de durée et de tolérance (dysménorrhée et ménorragies) et une action anti-acnéique. Une seule patiente a évoqué l'absence de protection contre les infections sexuellement transmissibles.

« Ben, éviter une grossesse. Je pense que c'est surtout ça quoi. » (E6)

« Ben l'objectif premier c'est la contraception, non ? » (E7)

« Déjà, ça permet d'être bien réglée. Ça permet d'avoir moins de règles abondantes. » (E9)

« Parce que c'est pas un moyen de protection, enfin, ça nous évite pas des maladies, rien du tout. » (E10)

Concernant l'attitude à adopter en cas d'oubli de pilule, les connaissances sont assez variables. Globalement, la plupart des patientes ont conscience de devoir rattraper le comprimé oublié avec une notion de délai assez fluctuante, mais la barre des 12h est la plus souvent retrouvée. Une seule patiente a mentionné se référer à la notice explicative de sa pilule dans ce genre de situation, alors que d'autres ont reçu une information émanant de professionnels de santé. En revanche, une grande majorité des femmes interrogées ne fait pas appel à d'autres précautions afin de se prémunir du risque de grossesse secondaire à l'oubli, soulevé par une minorité d'entre elles, alors que certaines évoquent l'utilisation du préservatif 7 jours durant ou le recours à la pilule du lendemain dans les plus brefs délais.

« Alors je sais que j'ai 12 heures pour pouvoir la prendre. » (E8)

« En cas d'oubli, j'en avais parlé avec ma gynécologue. » (E13)

« Ouais, de devoir lire la notice, de dire à mon copain : bon ben maintenant, va falloir remettre le préservatif pendant 7 jours parce que la notice l'a dit quoi. » (E4), « Et euh, et que si on l'oublie, il faut absolument avoir recours à la pilule du lendemain ou au préservatif, tout ça. » (E14), « Je savais que si on l'oubliait, y avait un risque de tomber enceinte si on n'était pas protégée. » (E18)

A l'évocation du terme de générations de pilule, la grande majorité des femmes de notre étude ont connaissance du terme, essentiellement par les informations ayant circulé durant la controverse, à l'exception de l'une d'entre elles qui évoque un cadre légal. En revanche, quand il s'agit d'apporter une définition à ce terme, beaucoup de ces femmes ont une vision assez floue, alors que d'autres évoquent une évolution des dosages ou des modifications dans la composition. Mais de manière globale, il existe une certaine confusion vis-à-vis des différentes générations, et la plupart des patientes doutent ou ne savent pas de quelle génération est leur pilule œstroprogestative. Certaines avouent ne pas avoir été informées sur le sujet, alors que d'autres ont recherché l'information sans pour autant la retenir.

« Enfin, j'en ai entendu parler quand il y a eu justement la nouvelle loi qui est passée sur les pilules de 1^{ère} et 2^{ème} générations [...] mais avant cela non. » (E1)

« Enfin moi, du moins à la base, quand j'ai pris la pilule, j'ai jamais été informée de ça. » (E3)

« C'est une évolution quoi. C'est par rapport à tout ce qui est dosage... » (E15)

« Bon ça, je l'ai su, on va dire, en faisant des recherches. » (E15)

3.1.1.2. Risques potentiels et effets indésirables

Le chapitre des risques potentiels et des effets indésirables a été largement exploré.

Ainsi, pour la grande majorité des femmes interrogées, il existerait des risques à être sous pilule en soulignant la notion d'aspect chimique ou contre-nature de cette prise. Les principaux risques soulevés ont été les risques cardiovasculaires (AVC, TVP, EP...) possiblement renforcés par l'association tabagique fortement évoquée, la stérilité ou les troubles de la fertilité qui seraient la conséquence d'une exposition longue à la pilule, les cancers et d'autres risques plus mineurs (dérèglements hormonaux, dyslipidémie, réaction allergique...). Une seule patiente a spécifié que les risques étaient limités dans le temps.

« C'est plus naturel en fait ! Moi, c'est l'impression que j'ai. » (E20)

« Le fait qu'on peut devenir stérile, ça oui. » (E5)

« Je sais qu'y a les risques cardiovasculaires. » (E9)

« Alors notamment, je crois savoir que pilule et cigarette ne font pas bon ménage. » (E2)

« Je sais que le risque est limité sur un certain laps de temps et au-delà de ce laps de temps, si elle convient, elle convient. » (E4)

Quand on s'intéresse de plus près aux risques, les patientes de l'étude sont partagées quant à un risque identique pour toutes les pilules œstroprogestatives. Pour certaines d'entre elles, le risque serait dosage-dépendant (les minidosées seraient moins à risque), pour d'autres le risque serait soumis à une variabilité individuelle fonction de la sensibilité de chacune, alors qu'enfin pour d'autres le risque n'existerait que pour certaines pilules, et à une très rare exception différent selon les générations.

« Ça dépend des doses d'hormones. » (E14)

« Je pense que après ça dépend de chacun, du corps humain. » (E6)

« Selon la catégorie de pilule, enfin de génération de pilule, je pense que les risques sont différents. » (E13)

En évoquant la possibilité de prendre des précautions pour limiter les risques potentiels, les femmes interrogées sont un peu sceptiques. Les messages clefs évoqués sont la recherche d'antécédents familiaux ou d'allergie à l'interrogatoire, la question du tabagisme qui a été fréquemment abordée et la réalisation de la prise de sang, sans pour autant en savoir plus sur les éléments dosés pour la plupart et leurs intérêts.

« Euh, se renseigner ben justement de savoir si la personne fume. » (E9)

« On peut pas prendre la pilule juste comme ça, y a certains tests à faire. » (E13)

« Que le côté familial, si y avait eu des cancers ou des problèmes gynécologiques. » (E19)

Il est important de souligner que pour la plupart d'entre elles, les risques correspondent à des effets indésirables potentiels, et certaines savent les retrouver dans la notice explicative de leur pilule. De ce point de vue-là, tous les effets secondaires les plus fréquemment rencontrés ont été cités (signes digestifs [nausées, vomissements], hyper androgénie [acné, hirsutisme ou alopécie], effets mammaires [augmentation du volume mammaire, mastodynies], troubles du cycle [spottings, métrorragies], troubles de la libido, troubles de l'humeur, troubles métaboliques, céphalées, prise de poids, cancers) avec quelques ajouts (signes généraux [asthénie, vertiges, hypotension], troubles du sommeil).

3.1.1.3. Les autres méthodes contraceptives

Ce chapitre a été évoqué spontanément par les femmes interrogées, souvent comparativement à la pilule œstroprogestative. Ainsi, même si ce chapitre ne touche pas directement notre sujet, nous avons souhaité en présenter les résultats de façon succincte.

Pour certaines, le choix en matière de contraception est trop important. De manière générale, certaines méthodes se détachent par rapport à d'autres moins utilisées ou simplement connues, telles que les crèmes (probable allusion aux spermicides), l'anneau vaginal, le préservatif féminin, la pilule du lendemain en cas d'oubli de pilule ou d'accident de préservatif, la méthode du calendrier, ou les patchs souvent qualifiés de contraignants et chers par celles qui en ont fait l'expérience.

« Je trouve qu'il y a beaucoup trop de choix. » (E10)

« J'ai essayé le patch, ça se décolle. [...] J'ai pas eu confiance. » (E16)

« Maintenant on passe au préservatif féminin, le stérilet, l'espèce de petite puce. » (E10)

Le préservatif leur semble la méthode la plus « normale », efficace et fiable mais contraignante (risque d'accident, penser à en avoir, sensations modifiées lors des rapports). Ceci dit, cela reste la méthode de choix en début de relation, parfois en attendant le dépistage des IST, ou en cas d'oubli de pilule. Pour l'une d'entre elles, c'est la méthode permettant de déléguer la question de la contraception à l'homme.

« C'est le truc qui resterait, entre guillemets, le plus normal. » (E3)

« Ben, au début de la relation, on passe forcément par le préservatif. » (E5)

« Moi je préférerais le préservatif juste pour me dire c'est un peu à lui de se débrouiller. » (E19)

Le stérilet (DIU) est relativement bien connu. Les patientes voient un avantage certain dans le fait de ne plus avoir à penser à leur contraception une fois le DIU posé. En revanche, l'idée du corps étranger en rebute plus d'une, de même que d'autres aspects négatifs soulevés tels que la pose douloureuse ou encore un retrait contraignant réalisable uniquement par un professionnel. Une idée largement évoquée persiste selon laquelle le DIU ne serait adapté qu'aux femmes ayant eu des enfants ou aux femmes plus « mûres ».

« Alors c'est bien parce qu'on a pas de besoin de penser. » (E10)

« Voilà, dans les parties intimes, en me disant que c'est là. Enfin, l'idée me dérange. » (E3)

« A chaque fois que j'ai demandé, il fallait déjà avoir un enfant la plupart du temps. » (E11)

Enfin, l'implant contraceptif, parfois qualifié de « puce » a été évoqué, avec cependant des incompréhensions sur les mécanismes d'action. Là encore, à l'instar du DIU, on retrouve le même avantage principal assurant une certaine tranquillité d'esprit, mais aussi les mêmes aspects négatifs liés à la présence d'un corps étranger et de possibles perturbations du cycle. Ce mode contraceptif surprend certaines femmes qui ont moins confiance ou émettent des doutes sur son efficacité.

« Ben, par exemple, l'implant, je ne sais pas exactement comment ça marche, mais ça me paraît... Ça me paraît étonnant ce système d'avoir quelque chose dans la peau qui permet de faire le travail à notre place. Effectivement, ça me paraît un peu... Un peu surprenant. » (E2)

3.1.2. Information

A une époque où l'information circule vite et par divers moyens, nous nous sommes intéressées à l'information perçue en matière de contraception, par les femmes de notre étude. Nous avons cherché à savoir quel a été leur parcours informatif et quelles seraient leurs suggestions afin de parfaire la transmission des connaissances pratiques nécessaires à l'utilisation de leur contraception.

3.1.2.1. Questionnement, sensibilisation ou sujet tabou

La question de la contraception se pose généralement à l'adolescence avec l'apparition des premiers cycles ou l'arrivée des premiers rapports sexuels. On distingue très nettement plusieurs catégories de femmes. Au début de leur parcours contraceptif, certaines femmes sont dans l'ignorance car le sujet reste parfois tabou, encore de nos jours. Il y en a d'autres qui savent déjà et ne se sont pas vraiment interrogées de par l'évolution des mœurs, une sensibilisation par le corps médical le plus souvent, une information plus accessible ou une anticipation des questions par la cellule familiale. Et enfin une dernière catégorie qui s'est posé des questions au moment d'aborder la chapitre de la contraception. Il s'agit le plus souvent de questions d'ordre pratique (prise, risques, oubli...) posées au corps médical. Après la tourmente médiatique, certaines se sont à nouveau interrogées, de façon plus ciblée sur leur pilule, les générations et les risques bien entendu. On note que pour certaines, le questionnement évolue en fonction de l'âge et de la vie personnelle.

« C'est un sujet qui est un petit peu tabou encore... » (E4)

« En fait, je suis née dans une génération, où on ne se pose pas la question, on sait... » (E2)

« Non, je n'ai pas eu de questions, mis à part les questions de la cigarette. » (E8)

« Alors, avant de prendre la pilule, bien évidemment la première question qu'on se pose, c'est "quelle est la contraception la plus efficace ?". [...] Après, plus on prend de l'âge et plus on pense "quelle est la contraception la plus pratique ?". Et aujourd'hui finalement, euh... [...] C'est-à-dire que je suis en âge où, ben si demain ça marche pas bien et que je tombe enceinte, ce sera pas un problème. » (E5)

3.1.2.2. Sources d'information passées et futures

Quand on interroge les femmes de notre étude sur les sources de leurs connaissances actuelles en matière de contraception, on s'aperçoit que la cellule familiale, essentiellement représentée par la mère, occupe une place de choix afin d'amorcer la discussion et faire de la prévention notamment. Il apparaît également que les patientes issues d'une fratrie se sont tournées vers leur(s) sœur(s) plus âgée(s) et ont suivi leur(s) modèle(s). Il reste néanmoins des familles où la question de la contraception n'est jamais abordée du fait des origines culturelles, entraînant secondairement une envie de transmettre les connaissances à la génération future pour les femmes concernées par ce tabou. Parallèlement, on remarque que bon nombre de patientes partagent leur expérience et leur vécu entre femmes (avec leurs amies), notamment pour se rassurer mutuellement.

« Toutes mes amies prennent généralement la pilule, donc on en parle ouvertement. » (E7)

« Moi en fait, j'ai vu ma sœur faire avant moi. [...] Ma mère, de suite, je lui ai dit. » (E9)

« Ben vous savez, chez nous originaires du Maghreb, la famille c'est même pas la peine... On en parlait pas, c'était tabou, c'était interdit, donc du coup, ouais, à force de mettre des tabous... [...] Enfin, je pense que je ferai pas la même bêtise avec ma fille par contre ! » (E6)

Si l'on s'intéresse au milieu scolaire, une partie d'entre elles puisent leurs connaissances dans les informations qu'elles ont reçues au collège et/ou au lycée via l'infirmière scolaire, quelques cours de biologie ou la participation d'intervenants extérieurs (sexologue, planning familial). Elles déplorent cependant la sensibilisation en classe entière (la mixité étant source de gêne) et essentiellement axée sur le préservatif. A noter, qu'une patiente a mentionné sa formation professionnelle (stage en PMI) comme source de ses connaissances actuelles en matière de contraception.

« C'est l'infirmière qui est venue, et qui en fait nous a bloqué 1h pour nous sensibiliser. » (E11)

« On a une sexologue qui était venue. » (E8), « Le planning ! Elle faisait partie de ça. » (E14)

« Parce que eux, ils parlent surtout du préservatif et pas trop de la pilule. » (E9)

« Ben ça, par ma formation d'infirmière. J'avais un stage pendant mon cursus, en PMI. » (E3)

Le corps médical garde une place importante dans ce panel avec une place prépondérante accordée au gynécologue du fait de sa spécialisation notamment, comparativement au médecin

généraliste peu sollicité. Par ailleurs, quelques patientes ont eu accès aux informations transmises par le planning familial, souvent dans le cadre d'une démarche autonome et responsable.

« De ma gynécologue. » (E8), « Ça s'est passé avec ma gynécologue justement. » (E13)

« Au planning familial, vu que maman ne savait pas. [...] J'ai pris mes responsabilités. » (E16)

Enfin, les médias de manière générale, restent une source majeure d'information, y compris dans le domaine de la contraception. Internet y a une place de choix afin de satisfaire la curiosité et la recherche d'informations, bien avant la télévision et les reportages télévisés, la publicité à la radio ou les affiches publicitaires et autres brochures d'information parfois disponibles dans les salles d'attente des cabinets médicaux. A côté de cela, certaines ont cité les stands d'information dans certains concerts ou la notice de leur pilule œstroprogestative.

« Et puis on en parle beaucoup dans les médias maintenant, c'est plus comme avant. » (E6)

« Maintenant, avec internet, on est tous, on est tous là-dessus... » (E7)

« Ah, sur internet aussi et dans des petits prospectus qui y a chez le gynécologue. » (E16)

En revanche, on remarque qu'en cas d'interrogations nouvelles en matière de contraception, les femmes s'orientent préférentiellement vers le corps médical, essentiellement représenté par le gynécologue (bien avant le médecin généraliste) et les médias largement représentés par internet, si facile d'accès, loin devant le cercle familial et l'entourage amical.

Les patientes de notre étude avouent essayer d'obtenir des réponses à leurs questions en se rendant sur des forums ou des sites généralistes essentiellement (une seule femme a déclaré utiliser des sources médicales validées), en gardant tout de même un œil critique pour la majorité d'entre elles. Secondairement, elles s'en remettent à leur médecin pour avoir de vraies réponses et être aidées dans leur décision. De ce point de vue-là, le médecin généraliste serait consulté du fait de son accessibilité alors qu'il serait fait appel au gynécologue pour sa spécialisation.

« Le médecin m'aiderait dans la prise de décision. » (E1)

« C'est vrai que je vais plutôt me pencher vers ma gynécologue qui est spécialisée. » (E5)

« Euh, pff... Euh, je regarde sur "magicmaman", "enfant.com". » (E12)

« Alors dans un premier temps sur internet mais sachant qu'internet n'est pas fiable. » (E20)

3.1.2.3. Suggestions d'amélioration et attentes des patientes

La plupart des femmes interrogées ont suggéré plusieurs pistes d'amélioration pour la transmission des informations et des connaissances en matière de contraception, mais de manière générale cela revient à apporter de la valeur ajoutée aux sources d'information déjà connues.

En effet, si l'on prend en compte la cellule familiale qui joue déjà un rôle essentiel, certaines des patientes estiment qu'il faut renforcer son rôle de transmission. En dépit des difficultés liées au milieu socio-culturel, il conviendrait d'expliquer davantage et d'éviter les tabous afin d'aller contre la crainte des jeunes. De par l'évolution des mœurs, ceux-ci sont plus ouverts, mais les parents devraient être formés à la transmission de l'information, et le médecin de famille pourrait jouer un rôle dans leur sensibilisation.

« Je pense qu'y a les parents aussi, qui doivent jouer leur rôle. » (E4)

« Je pense que c'est les médecins généralistes en première ligne, je pense, qui devraient en parler aux parents. » (E6)

Dans le milieu scolaire, certaines femmes pensent que l'information devrait être renforcée, très précocement (si possible avant les premiers rapports sexuels) aux moyens de cours spécifiques sur la contraception, voire de cours d'éducation sexuelle à des fins de sensibilisation et de démonstration. Certaines insistent sur l'organisation de débats faisant participer différents intervenants (jeunes ayant expérimenté des méthodes contraceptives, représentants du corps médical, enseignant accompagnateur comme repère pour les jeunes). Cependant, elles soulignent l'importance d'un déroulement en comité restreint avec une dichotomie filles / garçons, la mixité étant source de gêne à un âge où le corps et l'esprit se transforment. Il semble par ailleurs important de souligner le côté « médicamenteux » de la pilule avec ses effets, ses actions...

« [...] intégrer, dès l'adolescence, dans les cours de SVT, des cours sur la contraception. » (E3)

« Je pense qu'il faudrait [...] faire une réunion pour les filles et une pour les garçons. » (E9)

Concernant le corps médical, celui-ci devrait consacrer davantage de temps aux patientes afin de leur remettre plus d'informations, notamment sur les différents choix possibles, ou à défaut, leur

remettre un document écrit qui leur permettrait d'approfondir leurs connaissances et/ou de susciter des questions pour une consultation ultérieure. Certaines vont jusqu'à suggérer de réévaluer régulièrement la contraception choisie et de suggérer le changement. De même, certaines insistent sur la mise en place de cours de mise à niveau des professionnels de santé, notamment sur les nouveautés. Quelques-unes souhaiteraient clairement une délivrance « spontanée » de l'information par les médecins. D'autres évoquent la création de cellules spécifiques à la contraception dans les villes, qui seraient des lieux d'écoute et de recueil d'information, en s'attachant à ce que l'information soit individualisée et personnalisée. Enfin, certaines évoquent une consultation spécifiquement dédiée à un âge clef.

« [...] prendre un peu plus de temps pour l'expliquer, de développer. » (E2)

« [...] remettre une petite brochure ou quelque chose à lire à la fin du rendez-vous. » (E2)

« Peut-être que les gynécologues pourraient donner plus d'informations. » (E5)

« Que eux aussi ils aient des cours sur ce qu'y a de nouveau. » (E19)

« Ben, peut-être faire comme ils font avec les jeunes, l'histoire du bilan annuel bucco-dentaire, vous savez ? A 15 ans, y en a un par an. Ben faire une visite, euh, obligatoire je sais pas, enfin vers 20 ans, 25 ans... » (E20)

Enfin, quelques patientes de notre étude ont suggéré d'améliorer l'information transmise par les médias, notamment l'information télévisuelle, voire même sur les réseaux sociaux comme Facebook®. Pour certaines, cela n'est pas jugé nécessaire dans la mesure où il existe de plus en plus de campagnes d'information (en milieu scolaire ou via des affiches) et que de toute façon, la contraception est une affaire entre le médecin et sa patiente.

« Soit par Facebook®, enfin les réseaux sociaux [...]. » (E9)

« Aux affiches ! Même, à la télé aussi. On en parle pas beaucoup de tout ça je trouve. » (E14)

« Pour moi, y a pas plus de communication à faire, c'est surtout entre le patient et son médecin quoi. » (E13)

3.1.3. Vécu de la pilule en pratique

Sur le plan pratique, toutes les femmes interrogées savent que la prise orale doit se faire tous les jours, et si possible à heure fixe, selon un mode majoritairement discontinu (21 jours de prise et 7

jours d'arrêt). Cependant, 2 cas particuliers se sont distingués : une patiente a avoué faire des pauses régulièrement pour éviter le côté « chimique » de la prise de pilule, alors qu'une autre avouait prendre sa pilule une semaine avant et une semaine après des rapports programmés avec son conjoint.

« Le mode de prise c'est tous les jours à la même heure, par voie orale. » (E1)

« Moi je suis sur une pilule de 21 jours et 7 jours d'arrêt, mais euh... » (E4)

« Une semaine avant qu'il arrive, je prenais une semaine la pilule et après qu'il partait je prenais une semaine. Bon je sais que c'était pas bien mais euh... » (E18)

« Et c'est pour ça d'ailleurs, que parfois je fais des pauses de pilule, parce que j'aime pas prendre des choses chimiques. » (E20)

Quand on regarde de plus près le quotidien de ces patientes, on remarque qu'elles ont un moment privilégié de la journée pour prendre leur contraception. Pour certaines, il s'agit d'une habitude, d'un geste quotidien rassurant, voire même d'un rituel ; alors que pour d'autres, la prise reste contraignante et nécessite de développer quelques astuces pour éviter l'oubli, telles que la mise en place d'une alarme sur leur téléphone ou l'utilisation d'applications smartphones. D'ailleurs, en termes d'oubli, celui-ci reste très ponctuel pour une grande majorité, alors qu'il est récurrent pour les autres.

« Ça fait partie du geste quotidien. » (E2), « C'est devenu un rituel. » (E6)

« Oh oui, c'est un peu contraignant, puisque je l'oublie ! » (E10)

« Je trouve que c'est hyper contraignant, pour ma part. » (E19)

« Si j'ai pas mon application qui me le rappelle j'oublie. Ça c'est sûr et certain ! » (E14)

Les femmes de l'étude ont déclaré tirer des avantages et des inconvénients à la prise de la pilule. L'avantage premier reste la simplicité de cette méthode contraceptive et sa praticité. En outre, certaines patientes dégagent des bénéfices secondaires : régularité du cycle, voire même contrôle du cycle (par enchaînement des plaquettes), moins de dysménorrhée et ménorragies, ainsi qu'un certain confort pour leur pratique sexuelle comparativement à l'utilisation du préservatif.

« Pour moi, la pilule, c'est le plus pratique, je peux l'emporter partout avec moi. » (E4)

« La prise elle est simple, tous les jours c'est régulier, mais... » (E14)

« Après, par contre, c'est pas mal quand on part en vacances du coup, parce qu'on enchaîne les plaquettes et on n'a pas les règles pendant les vacances ! » (E19)

En revanche, le fait de devoir penser tous les jours à leur contraception reste un inconvénient majeur pour une grande partie d'entre elles. De plus, pour certaines, l'expérience d'effets indésirables semble faire pencher la balance en défaveur de la pilule, de même que l'aspect « chimique » de celle-ci, son prix ou sa difficulté d'accès en pharmacie.

« L'inconvénient c'est qu'il faut y penser, il ne faut pas l'oublier. » (E1)

« C'est pas tant le coût, c'est de récupérer l'ordonnance, c'est compliqué. » (E6)

« Donc là, je dirai que l'inconvénient, c'est que parfois ça coûte assez cher. » (E7)

« Inconvénient, ça fait prendre quelque chose de chimique et c'est vrai que dans l'absolu, c'est pas ce qui me réjouit. » (E20)

En termes d'efficacité, les patientes sont plutôt satisfaites et convaincues, et cela semble être le reflet de leur propre expérience personnelle. En effet, n'ayant pas eu d'expérience négative ou de grossesse sous pilule, elles jugent la pilule efficace. Pour autant, elles ne déclarent pas la pilule œstroprogestative comme étant la meilleure méthode contraceptive puisque beaucoup d'entre elles estiment qu'il existe d'autres méthodes contraceptives tout aussi efficaces (implant, DIU, préservatif), certaines n'hésitant pas à user d'une double protection.

« Ben, j'ai jamais eu de problèmes avec ça, donc pour moi, c'est efficace à 100%. » (E10)

« Après, je pense pas que la pilule soit LE meilleur moyen de contraception. » (E13)

« Tout seul, on va dire, c'est un assez bon moyen, maintenant c'est sûr que pour vraiment éviter de tomber enceinte, forcément, double protection entre la pilule et le préservatif, c'est sûr que je pense que c'est le plus sûr. » (E15)

« Y en a plusieurs. Y en a qui mettent le stérilet, la pilule, y en a elles ont des patchs. Non, y en a d'autres, je sais pas si c'est le meilleur, mais... » (E17)

La plupart des femmes interrogées prennent la pilule depuis leur adolescence. Même si le but est essentiellement contraceptif, beaucoup ont fait le choix de la pilule avec d'autres objectifs et/ou dans d'autres circonstances : régulation du cycle, anti-acnéique, post-IVG, kystes ovariens, relai du préservatif ou après les tests de dépistage HIV / IST... Malgré tout, la majorité d'entre elles trouve que la pilule est en adéquation avec leur mode de vie. Cependant, cela ne les empêche pas de douter et de

souligner à nouveau la contrainte de l'oubli. Cela a même amené certaines d'entre elles à envisager ou à effectuer un changement de contraception.

« Vis-à-vis de mon vécu, pour l'instant c'est ce qui me convient. » (E1)

« Pour l'instant, ça va. Bon, si on pouvait faire sans, c'est encore mieux. » (E18)

« Alors moi j'en suis pas du tout contente [...] c'est bien pour ça que j'ai arrêté. » (E11)

« Enfin, vous me posiez la question de la contraception qui me conviendrait le plus, moi je dirais, c'est le préservatif. C'est le truc qui resterait, entre guillemets, le plus normal. Pour la femme, c'est pas avoir un stérilet, avoir des hormones qui se surajoutent, avoir tout ça. Moi je trouve que c'est pas sain, que c'est pas normal. » (E3)

A l'évocation des dangers potentiels pour la santé, les patientes de l'étude sont assez partagées. En effet, une partie se sent concernée par les risques en raison d'une prise de pilule sur le long terme, d'un tabagisme actif ou d'antécédents susceptibles de favoriser l'apparition de ceux-ci. Pour certaines, il est évident que toutes les femmes devraient être concernées, au même titre que toute personne prenant un médicament de manière générale. D'un autre côté, certaines ne se sentent absolument pas concernées par ces mêmes risques en invoquant la confiance en la prescription qui leur est faite, l'absence d'expérience négative ou le faible dosage de leur pilule.

« Pour la raison que je pense que si on me le prescrit c'est que je peux la prendre. » (E3)

« Moi, j'ai pas l'impression de prendre un risque en prenant la pilule. » (E4)

« Je pense qu'on est toutes concernées. » (E6)

« Par rapport à la cigarette, oui, j'ai un peu peur. » (E8)

Concernant les effets secondaires connus et déjà cités précédemment, une grande majorité des femmes interrogées en ont fait l'expérience, souvent qualifiée de désagréable. Leurs réactions ont été variées allant de la simple interrogation à l'envie d'arrêter et de changer de méthode contraceptive, en passant par la résignation et son « faire avec ».

« Eh bien, qu'il fallait faire avec ! [Rire dans un souffle]. » (E1)

« Honnêtement ? Honnêtement je me suis dit : j'ai bien envie d'arrêter. » (E3)

« Ben, je me suis dit : peut-être elle est pas bonne pour moi. » (E18)

Enfin, si l'on s'intéresse au parcours contraceptif de ces patientes, on retrouve en proportion quasi égale autant de femmes à n'avoir utilisé que la pilule œstroprogestative que de femmes à avoir eu recours à d'autres méthodes contraceptives, avec en premier lieu le préservatif, la pilule du lendemain, le DIU, l'implant ou les patchs.

« Le truc c'est que j'ai essayé les patchs contraceptifs. » (E4)

« Ben, au début de la relation, on passe forcément par le préservatif. » (E5)

« Ayant essayé le stérilet... » (E6)

« Ah j'ai tout essayé ! Je suis la bonne cliente je crois ! » (E7)

« Quand j'étais plus jeune, il m'est arrivé de prendre trois fois la pilule du lendemain. » (E8)

« Parce que j'ai essayé une autre chose, donc c'est l'implant. » (E12)

3.2. PLACE DES MEDECINS ET COMPETENCES RECONNUES

Le médecin généraliste occupe une place de choix dans le parcours médical des patientes. Nous avons donc voulu nous intéresser aux représentations qu'elles ont de leur médecin. Et de manière plus précise, nous avons cherché à savoir quelle est la place qu'elles leur accordent en matière de contraception, comparativement au gynécologue.

3.2.1. Représentations du médecin généraliste

Une partie des femmes de notre étude attribue des compétences médicales à leur médecin généraliste. Pour certaines, il constitue le premier recours qui a pour vocation de rassurer ou d'effectuer le bilan initial avant une réorientation vers le spécialiste. Pour quelques-unes, il est un référent en matière de santé, faisant ainsi figure d'expert. Pour d'autres, les qualifications qui lui sont attribuées sont assez variées, passant d'un rôle pertinent d'information puisqu'il dispose de connaissances acquises par ses études, à une certaine compétence générale de par son absence de spécialisation ou une prescription juste et parcimonieuse. Cependant, alors que certaines lui concèdent une certaine place dans notre société française, elles ne voient en lui qu'un docteur des « bobos » (rhume, grippe...) ou à une rare exception, quelqu'un qui cherche le profit.

« [...] on va voir le médecin généraliste qui va faire un premier bilan [...]. » (E2)

« Quelqu'un d'expert, parce qu'il a quand même fait des études, des connaissances. » (E7)

« Je sais qu'il est apte à détecter, on va dire, tout ce qui est relativement simple. » (E15)

« Vu que le médecin quand même en France, il a une certaine place dans la société. » (E19)

« Donc pour moi, c'est des mecs qui sont là pour encaisser de l'argent, et je trouve... » (E19)

« Ouais, c'est le docteur « bobo », enfin, des bobos. » (E11)

Le médecin généraliste semble se démarquer par ses compétences relationnelles et certains traits de caractère. Ainsi, une forte proportion des patientes interrogées souligne l'ouverture d'esprit de leur médecin généraliste et sa capacité à dialoguer, de même que l'écoute dont il fait preuve mais elles font surtout état de son accessibilité et sa disponibilité. Ces qualités semblent prépondérantes, mais d'autres ont tout de même été mentionnées : l'humanité du médecin, son calme, sa sympathie, ou encore son côté rassurant et bon conseiller. A une rare exception, il a été attribué au médecin généraliste, une certaine capacité à influencer de par son statut.

« Il est très disponible, donc c'est quelqu'un, professionnellement à qui je fais confiance. » (E5)

« Il est vachement ouvert sur tous les sujets. On peut discuter de tout avec lui. » (E10)

« Par contre la généraliste, si, j'ai besoin qu'elle soit plus dans le contact humain. » (E20)

« Après, je pense qu'y a des gens qui peuvent être influençables très facilement, et je pense que des docteurs ont ce pouvoir-là, parce qu'ils ont dans la hiérarchie une place importante et qu'ils peuvent influencer. » (E19)

La relation médecin généraliste / patiente est très particulière. Pour une grande majorité des femmes interrogées, la relation avec leur médecin généraliste est une relation ancienne, de bonne qualité, évoluant souvent depuis l'enfance et marquée parfois par une certaine affection ; mais aussi une relation qualifiée de différente de celle avec les spécialistes. De manière générale, le médecin de famille est une personne importante, parfois perçu comme un confident, mais surtout une personne de confiance. Certaines des patientes allant jusqu'à justifier la confiance qu'elles portent en leur médecin généraliste en mentionnant qu'elles lui confient la santé de leurs enfants. Enfin, à de rares exceptions, certaines ont une relation strictement cordiale avec leur médecin généraliste, sans confiance.

« J'aime beaucoup mon généraliste, parce que quand j'y vais-je suis en confiance, il me connaît depuis longtemps, il m'a suivi, tout ça. » (E4)

« Une relation que des patients ne peuvent pas avoir avec des spécialistes. » (E8)

« Plus cordial avec lui que "bonjour monsieur, j'ai mal à la gorge et basta". Voilà. » (E19)

3.2.2. Place du médecin généraliste en matière de contraception

En matière de contraception, la place du médecin généraliste est variable, et les avis sont très partagés. Une partie des femmes de notre étude ne leur accorde aucune place, il est totalement exclu. Pour ces femmes, il s'agit d'un sujet qu'elles n'abordent pas du tout, soit parce qu'elles considèrent que le médecin généraliste est moins apte ou compétent dans ce domaine que le gynécologue, soit parce qu'elles jugent que ce n'est tout simplement pas de son ressort, soit (pour certaines) parce qu'elles craignent d'être tout de suite adressées au gynécologue à l'évocation du sujet.

« Pour ça, c'est vrai que pour moi, c'est vraiment spécifique du gynécologue. » (E1)

« Pour moi, le généraliste, c'est quand on a la grippe, c'est quand on a le nez qui coule, c'est quand on tousse, mais c'est pas les organes génitaux ! » (E4)

« [...] mais de ne pas m'adresser à la bonne personne, ou que le médecin me dise « non mais attendez, moi je suis généraliste, si vous voulez parler de votre contraception, allez plutôt voir un gynécologue, il sera plus spécialisé là-dedans ». » (E2)

Pour d'autres, à y réfléchir, elles pourraient aborder la question de la contraception avec leur médecin généraliste. Pour la plupart, elles interrogeraient leur médecin généraliste au décours d'une consultation non spécifiquement dédiée ou en attendant leur rendez-vous chez le gynécologue. Certaines reconnaissent des qualifications au médecin généraliste et une certaine ouverture d'esprit pour aborder cette question, mais l'ancienneté de la relation et la position de médecin de famille pourrait être un frein (cependant surmontable), une source de gêne.

« Si vraiment j'avais un souci, j'irai voir, dans un premier temps mon généraliste. » (E6)

« Si je viens pour autre chose et que j'ai une question par rapport à ça, je pourrais la poser, mais je n'irais pas voir le médecin généraliste juste pour ça. » (E2)

« Ce serait plus difficile qu'avec ma gynécologue, surtout que c'est mon médecin de famille. Donc oui, y aura une petite gêne mais si vraiment j'ai besoin de savoir quelque chose, j'ai des interrogations, j'irai forcément vers lui. » (E13)

Enfin, pour une autre partie d'entre elles, le médecin généraliste prend part à la contraception. Il n'est pas obligatoirement le primo-prescripteur, mais joue un rôle prépondérant dans le renouvellement.

Il effectue son rôle d'information, d'écoute et de conseils, mais pour certaines, son avis reste important sans pour autant être suffisant. Une rare exception considère son médecin généraliste comme un spécialiste sur ce terrain-là.

« En fait, j'ai essayé plusieurs pilules, mon médecin généraliste m'a toujours conseillée. » (E3)

« Mais non parce que je vais quand même m'informer. Oui, quand même, ça me suffit. » (E7)

« [...] je pense qu'un généraliste et un spécialiste ont tout à fait les mêmes pouvoirs. » (E12)

« On va dire plus par rapport quand je dois faire un renouvellement d'ordonnance quoi. » (E15)

Dans ce contexte, nous avons voulu nous attarder sur la vision du gynécologue afin de faire un bref comparatif avec le médecin généraliste. La plupart des patientes sont d'avis que le gynécologue est plus qualifié, la contraception faisant partie intégrante de sa spécialité. Il a donc en ce sens, des connaissances approfondies et une plus grande expérience. Certaines soulignent que l'accès au gynécologue peut être une affaire d'éducation (reproduction du schéma familial) ou le reflet de l'histoire gynéco-obstétricale personnelle. D'autres mettent l'accent sur une relation différente et bien particulière, alors que certaines font part d'éléments négatifs (tarifs, difficulté d'accessibilité, consultation parfois de mauvaise qualité).

« Parce que dans mes idées, le gynécologue est le médecin qui est spécialisé là-dedans, qui a peut-être des connaissances approfondies là-dessus, qui a l'expérience aussi puisqu'il traite de ça tous les jours, donc... » (E2)

« On a forcément une relation différente avec le gynéco. C'est quelqu'un devant qui on se met nu, vraiment. » (E4)

« Quand on a un gynéco qui pratique des dépassements d'honoraires [...] ça revient super cher ! » (E4), « Par contre, voilà, ce que je reproche un peu aux gynécologues, c'est ça. C'est de poser des questions brèves et de prescrire telle ou telle pilule. Je pense que ça devrait être un peu plus poussé au niveau de ça. » (E6), « Maintenant, il est plus long qu'avant à avoir des rendez-vous. » (E14)

De façon plus générale, dans notre étude, une poignée de femmes s'accordent à dire que le sexe masculin peut être un frein à l'expression en matière de contraception, mais il serait potentiellement surmontable. Certaines s'attachent ainsi à souligner que le sexe féminin du prescripteur (qu'il soit gynécologue ou médecin généraliste) serait un facteur favorisant pour mieux comprendre ce

que vivent les femmes, leur faire partager certaines expériences et donc discuter plus aisément de contraception.

« Malgré que ce soit un homme, mais bon ! Il a une femme et il a 2 filles, donc... » (E6)

« Ben je pense que elle aussi, elle a été amenée à prendre une contraception. » (E5)

« Ben je le sens pas en fait, parce que c'est UN médecin, et j'ai UNE gynécologue. » (E16)

3.3. CONTROVERSE ET MEDIATISATION

3.3.1. Vécu de la controverse

De façon générale, la médiatisation autour des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations a été perçue par les patientes interrogées. L'information a majoritairement été reçue via les médias (télévision, reportages, journaux) et le cercle familial qui a joué un rôle d'alerte semble-t-il. Pour autant, beaucoup d'entre elles reconnaissent leur manque d'intérêt pour le sujet, par manque de temps ou simplement du fait qu'elles ne se sentaient pas concernées après avoir effectué leurs propres vérifications. Parallèlement, certaines avouent ne pas s'informer, ne pas recevoir d'information de la part du corps médical ou encore n'avoir reçu qu'une information très vague et/ou l'avoir oubliée aujourd'hui. Quelques-unes vont jusqu'à dire que l'information est dissimulée dans l'ensemble des informations disponibles, notamment avec les autres scandales médicamenteux de ces dernières années.

« Après, c'est vrai que je ne me suis pas plus penchée dessus. » (E2)

« Donc honnêtement, là, l'info est passée à moitié on va dire. » (E15)

« Ben en fait, j'ai écouté les informations, puisque c'était surtout aux informations. » (E9)

« Ou alors, je crois que j'en ai entendu parler mais vaguement. En même temps, ces dernières années, y a eu pas mal de problèmes avec pas mal de médicaments, donc... [Rire] » (E8)

Ainsi, quand on s'intéresse à l'information retenue, on s'aperçoit que les choses restent assez floues pour les femmes de notre étude. Elles ont globalement retenu qu'il y a eu un débat sur les différentes générations de pilules (même s'il existe une grande confusion sur ce sujet-là et les pilules impliquées dans la controverse), en gardant à l'esprit que certaines pilules pouvaient être à l'origine d'accidents potentiellement graves. Les risques retenus sont pour la plupart concordants avec ceux

déjà énoncés précédemment, mais pour une partie non négligeable de notre population, aucun risque n'a été retenu suite à la médiatisation.

« Oui, moi j'ai souvenir que des AVC. » (E3), « Euh, qu'il y a eu des cas de décès. » (E7)

« Parce que l'info qui revenait surtout c'était pilule 3^{ème} / 4^{ème} génération = danger. » (E15)

« Moi je me souviens juste du fait que la mienne n'était pas concernée ! [Rire gêné] » (E20)

Malgré tout, les conséquences pratiques de cette médiatisation autour des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations se retrouvent dans le discours de certaines femmes de notre étude. Les pilules responsables ont été condamnées par la Ministre de la Santé, retirées du marché pour certaines ou déconseillées pour d'autres. Cependant, la confusion paraît évidente quand certaines patientes évoquent la sortie de nouvelles pilules (une nouvelle génération) plus efficaces et moins dangereuses pour la santé.

« Et du coup, la ministre de l'époque, a décidé de bannir ces pilules. » (E1)

« Et elle avait été interdite justement la mienne. Parce qu'elle existait plus après. » (E14)

« Effectivement, il y avait de nouvelles pilules qui sortaient et qui étaient apparemment meilleures, plus efficaces, moins agressives ou moins dangereuses pour la santé. » (E2)

Face à cette médiatisation et à la campagne d'information qui a suivi, les réactions ont pu être bien différentes. Quelques patientes se sont inquiétées (contrairement à beaucoup d'autres), certaines ont eu peur, beaucoup se sont interrogées puis ont été soulagées, alors que la plupart ne se sont pas vraiment senties concernées. De rares exceptions ont dit avoir entendu le message selon lequel les patientes devaient se rassurer, ne pas arrêter leur pilule et consulter leur médecin afin de réévaluer leur pilule œstroprogestative. D'autres ont avoué prendre du recul puisque quelques cas ne font pas une généralité alors que pour quelques-unes le médecin est apparu comme un éclaircisseur.

« Enfin, on n'a pas assez de recul je pense, par rapport à tout ça. » (E1)

« Je crois pas que je me suis inquiétée puisque j'avais pas une des pilules concernée. » (E4)

« Euh, ben ce que j'ai compris c'est qu'il fallait aller voir son médecin et que... » (E6)

« Et puis après, ben, toute a campagne "ne vous inquiétez pas, c'est rien de grave". » (E13)

« Ben ça fait peur ! » (E18), « C'est vrai, je suis entrée chez moi, et j'ai été sur internet. » (E19)

En pratique, une fois le choc de l'information passé, la plupart de nos patientes ont cherché à se rassurer (parfois en vérifiant la génération de leur pilule) en ayant recours à internet, leur entourage, leur pharmacienne, leur médecin généraliste ou majoritairement leur gynécologue sans précipiter le rendez-vous pour autant. On s'aperçoit que les femmes de notre étude ont poursuivi leur pilule œstroprogestative le temps d'obtenir les informations qui leur étaient nécessaires.

« Ouais, je me suis renseignée. [...] J'ai continué ma pilule. Ça n'a rien changé. » (E4)

« Donc, ouais, je suis allée voir mon gynéco, je lui en ai parlé [...] j'ai attendu le RDV. » (E7)

« Pour voir avec lui la génération de ma pilule et ce que je risquais. » (E17)

Secondairement, certaines n'ont pas changé de contraception. Pour d'autres, le changement s'est effectué devant des problèmes de tolérance ou d'expériences d'effets indésirables, alors que pour certaines, ce changement n'était pas souhaité (voire même regretté) et s'est fait un peu de manière contrainte. Ainsi, pour les premières concernées, ce changement leur a apporté une certaine satisfaction, révélant de nombreux éléments positifs (meilleure qualité de vie, disparition des effets secondaires, sentiment de risque évité...). En revanche, pour les secondes, ce changement a été synonyme d'expérience négative et de mauvaise adaptation (nombreux effets indésirables décrits). Celles-ci énoncent clairement que leur précédente pilule leur convenait mieux.

« Ben, on m'a changé ma pilule alors que je voulais pas ! » (E3)

« J'ai récupéré en qualité de vie suite à ce changement. » (E11)

« [...] franchement, limite je regrette de pas avoir continué la 3^{ème} ! Là, j'ai qu'une envie, c'est de tout arrêter et de faire attention à mes périodes. » (E16)

Sur le plan pratique, la majorité des femmes de notre étude ayant changé de contraception s'est orientée vers leur gynécologue, à quelques exceptions près qui se sont tournées vers leur médecin généraliste ou un autre spécialiste et ont fait leur choix en conscience. Ces dernières ont d'ailleurs changé radicalement de méthode contraceptive. Quand on y regarde de plus près, certaines avouent s'être vues refuser le renouvellement de leur pilule œstroprogestative et se sont senties contraintes d'adhérer au nouveau choix du médecin sans obtenir de réelles explications sur les raisons de ce changement. D'autres ont questionné leur médecin pour être conseillées, alors que d'autres ont spontanément demandé à changer.

« [...] elle m'a dit qu'elle refusait de me la prescrire [...] » (E3)

« J'ai demandé à changer [...] J'ai changé. Il m'a dit "voilà, je te donne ça" [...] j'ai pris. » (E14)

« Il m'a dit : "c'est une mauvaise génération, faut changer !". J'ai dit "d'accord". [...] Je pense que par acquis de conscience, il m'a fait changer, en se disant "bon, aller, comme ça, je suis tranquille, ça ne lui changera pas grand-chose à elle, et puis moi... Pas je fais du bon boulot, mais dans la conformité, je respecte...". Je l'ai senti comme ça. » (E2)

De façon générale, le changement s'est fait essentiellement sur une autre pilule œstroprogestative (cf. résultats quantitatifs). Cependant, un cas particulier se détache et mérite d'être décrit, celui d'une femme qui a littéralement « tout essayé » et a finalement opté pour une toute nouvelle méthode contraceptive : un moniteur de contraception. De façon succincte, cette méthode consiste à réaliser des tests urinaires selon les recommandations du boîtier électronique (principe des tests d'ovulation), afin de définir les jours où l'abstinence est recommandée (jour rouge) et les jours de test (jour orange). Cette méthode est décrite comme fiable à 94% et représente un coût puisqu'elle n'est pas remboursée par la Sécurité Sociale, mais elle présente l'avantage d'être plus naturelle puisque sans hormones.

« [...] je pense que si réellement ça marche bien, je pense qu'il vaut mieux mettre un petit peu plus cher et qu'on n'ait plus toutes ces substances. [...] je lui ai dit que j'en étais consciente [des risques], mais bon y a quand même 94% d'efficacité. Après je pense que c'est un appareil qu'il faut faire si on a une situation "stable". » (E7)

3.3.2. Avis sur la médiatisation : un œil critique sur les médias

Les patientes de notre étude ont émis un avis assez tranché et critique vis-à-vis des médias. Elles confirment que les médias ont un rôle d'information à jouer, mais elles attribuent l'ampleur de cette affaire et l'affolement des populations à une surmédiatisation et à l'exagération. Certaines vont jusqu'à comparer la controverse autour des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations au scandale du MEDIATOR® notamment. Pour autant, elles ont conscience que quelques cas ne font pas la règle et que le risque est partout et évolue dans le temps. Une exception avait notion que les risques liés aux pilules œstroprogestatives étaient connus bien avant la médiatisation.

« [...] faut pas non plus dramatiser [...] y a pas eu non plus des milliers de cas. » (E6)

« C'est vrai qu'on en parle maintenant, mais c'est vrai que ça a toujours été. » (E7)

« Y a toujours des risques qui peuvent [...] "évoluer" et devenir de gros risques quoi. » (E15)

« [...] le problème c'est qu'on aime bien les scandales dans tout ce qui est médias, je trouve. Donc... On en a fait facilement une montagne. [...] en avoir parlé de cette manière-là, ça a plus inquiété et créé un peu la panique au sein des personnes qui prenaient ce type de pilule. » (E13)

Certaines femmes soulignent un problème de communication avec une information incomplète ou mal transmise. Pour d'autres, les médecins auraient dû être informés bien avant les médias afin d'informer à leur tour les patientes sous pilule œstroprogestative et les rassurer. Enfin, certaines mettent en exergue l'importance d'une information éclairée auprès des patientes afin d'obtenir leur avis, jugé indispensable. Pour quelques-unes, les professionnels de santé n'auraient pas joué leur rôle d'information, y compris via des messages simples en salle d'attente.

« Ben comme toutes les autres informations assez importantes, j'ai l'impression que c'est un peu dit n'importe comment, c'est-à-dire on le dit vite fait à la radio ou à la télé, mais... Pff... » (E20)

« Je pense qu'ils auraient dû faire ça plus rationnellement déjà, que c'étaient les médecins je pense, qui auraient dû en être informés d'abord, et que les médecins justement disent à leurs patientes qu'est-ce qui se passe au niveau de cette pilule-là et que si elles veulent changer... Du coup, ça aurait créé moins de problèmes je pense. » (E9)

« Je me dis : "ils m'en ont pas parlé !" [...] à aucun moment... Même eux, dans leur cabinet, il devrait y avoir une info, en libre accès [...] » (E19)

3.4. ET LA CONFIANCE ?

3.4.1. Définition de la confiance

La définition de la confiance est assez subjective, et les femmes de notre étude ont tenté d'apporter quelques éléments de réponse à ce qui peut définir une relation de confiance, notamment avec un médecin.

En premier lieu, la confiance se base sur la communication. Avoir une relation de confiance revient à tout se dire, à s'exprimer librement, à se confier sans pour autant dépasser certaines limites (garder quelques secrets). En effet, quelques-unes de nos patientes soulignent l'importance du secret

de la consultation (secret professionnel) et insiste sur le serment d'Hippocrate que prête tout médecin. Pour certaines, cela revient à recevoir toutes les informations qu'elles jugent utiles et à obtenir des explications claires ; alors que pour d'autres, il s'agit de connaître le vécu de chacun et de se sentir à l'aise.

« Alors déjà qu'il soit clair avec moi, qu'il m'explique. » (E5)

« Une relation de confiance, on peut tout se dire. Rien ne sera répété. » (E1)

« Je trouve que [...] c'est un peu une tribune où on est libre de dire vraiment ce qu'on a. » (E19)

« Après, il faut quand même rester dans un rapport patient / praticien [...] je pense qu'après y a un certain niveau qu'on dépasse pas. Je deviendrai pas ami avec mes médecins [dans un rire] ! » (E4)

Un second élément important a été soulevé par les femmes interrogées. Une relation de confiance se construit à 2, s'apparentant presque à une relation de couple, petit à petit. Le facteur temps est indispensable, puisque la relation est vouée à l'évolution, avec le partage d'une expérience commune, le vécu et les résultats. Il importe ainsi à certaines d'apprendre à se connaître pour être en confiance, alors que pour d'autres il s'agit d'une affaire de « feeling ».

« C'est comment dire ? Ouais, y a un feeling quoi. Ça, ça joue aussi. » (E6)

« Ça se construit avec le temps, avec l'expérience, avec le vécu et les résultats. » (E2)

« C'est comme le couple, c'est pareil, c'est dans les actes quelque part. Donc, le médecin, on peut pas avoir confiance en premier, au premier abord, mais au bout d'un certain temps, en voyant le contact, etc., on finit en fait par avoir confiance envers la personne du coup. » (E11)

La grande majorité des patientes considère qu'une relation de confiance avec un médecin repose sur ses capacités médicales et son efficacité. Pour les femmes qui en ont fait état, les preuves sont importantes, et cela passe souvent par les actes : expérience professionnelle et études, diagnostic juste, explorations nécessaires, prescription limitée, apport d'une solution adaptée ou encore délégation à un confrère en cas d'inaptitude.

« Moi, faut que je sois sûre des compétences dans un premier temps. » (E20)

« Ce qui fait la relation de confiance avec un médecin c'est son expérience, ses études. » (E6)

« Donc ça aussi, j'ai apprécié. C'est-à-dire qu'il a pas essayé de me garder... Il a fait tout ce qu'il pouvait faire, et ensuite, il m'a envoyé vers la personne compétente. » (E5)

Mais certaines compétences relationnelles (parfois liées à la personnalité du médecin) semblent également essentielles à l'établissement d'une relation de confiance avec un médecin, d'un point de vue féminin. L'écoute attentive fait figure de qualité indispensable pour une grande majorité de patientes. D'autres qualités ont cependant été mentionnées : la communication (échange), la compréhension, la disponibilité, l'absence de jugement ou encore l'intérêt sincère du médecin pour sa patiente.

« Qu'on se sente en confiance, ouais je pense que c'est ça, la disponibilité. » (E9)

« C'est quelqu'un en qui on peut avoir confiance parce qu'il va pas nous juger. » (E19)

« [...] s'inquiéter pour son patient au-delà de la consultation pour laquelle je suis venue. » (E13)

« Quelqu'un qui vous écoute ! Sur l'écoute, sur l'échange, sur euh... Enfin, moi je serais confiante envers quelqu'un qui m'écoute, qui arrive à me comprendre et à comprendre mes problèmes. » (E3)

Quelques-unes enfin, suggèrent que la relation de confiance pourrait être rompue en cas de sentiment d'abandon ou de trahison face à une situation donnée, d'accident grave en rapport avec une prescription ou la famille de la patiente (également prise en charge par le médecin) ou de manque de disponibilité et de non intérêt.

« Je pense que s'il y avait un problème avec ma famille, ou un gros problème médical suite à une de ses prescriptions ou quelque chose comme ça, oui. Mais sinon, faudrait vraiment qu'il y ait quelque chose de très gros. » (E4)

3.4.2. Impact de la médiatisation autour des COC de 3^{ème} et 4^{ème} générations

Au regard de l'importante médiatisation autour des pilules œstroprogestatives de 3^{ème} et 4^{ème} générations, nous avons questionné les femmes de notre étude sur l'impact que ce phénomène a pu avoir sur la confiance qu'elles portent aux médecins, aux médicaments, aux pharmaciens et à l'industrie pharmaceutique.

3.4.2.1. Impact sur la confiance envers les médecins

Pour une grande majorité des femmes de notre étude, la controverse n'a eu aucun impact sur la relation de confiance avec leur médecin, la confiance étant totale pour certaines. Néanmoins, il convient de souligner qu'une partie d'entre elles nuancent leur propos en suggérant que cela a pu changer pour les femmes concernées. Enfin, quelques exceptions affirment que le scandale a modifié la confiance placée en leur gynécologue et non leur médecin généraliste.

« [...] je fais confiance totalement au médecin. » (E2)

« C'est vrai qu'on fait confiance aux médecins [rire] ! » (E5)

« Ben, disons que, bon après c'est vrai que la gynéco [...] j'ai mis une certaine distance avec elle parce que ça m'a vraiment pas plu que j'ai pas eu ce choix. [...] Donc, oui, non, la confiance y en avait plus quoi. Du moins, d'un point de vue de la contraception. » (E3)

Pour quelques femmes interrogées, le médecin apparaît comme un simple prescripteur (et non un concepteur), doté d'un savoir et de connaissances, même si ceux-ci ne sont pas exhaustifs. Pour autant, il devrait pressentir le scandale même si son humanité est rappelée. Par ailleurs, certaines soulignent le caractère évolutif de la médecine sur lequel le médecin n'a aucun contrôle.

« Enfin, ça après, c'est au-dessus d'eux ! Donc, c'est pas eux qui fabriquent les pilules. » (E16)

« Non, parce que, OK, ils sont médecins, mais d'un autre côté, ils peuvent pas non plus tout savoir et anticiper les problèmes. [...] Donc je pense que les médecins quand même, les prescripteurs auraient dû quand même avoir, je sais pas, pas un sixième sens, mais je veux dire, le voir venir. » (E20)

« [...] bon je sais que la médecine évolue, il y a des recherches qui sont faites quotidiennement et on trouve toujours de nouveaux éléments. » (E2), « Ben après, malheureusement, je pense que c'est des choses, que ce soient les médecins ou nous-mêmes, qu'on peut pas contrôler quoi. » (E7)

Les avis sont plutôt partagés sur la connaissance des risques liés aux médicaments. Pour une part, les médecins ne sont pas informés des risques ou de la composition, et sont de ce fait, considérés comme non responsables ou seulement partiellement puisque les erreurs médicales sont toujours possibles. En revanche, pour d'autres, les médecins savaient mais n'avaient pas connaissance de tous les risques, en particulier les risques graves.

« S'ils me l'ont prescrit sans savoir forcément les risques qu'il y avait, ben c'est pas de la faute des médecins, quoi ! » (E3), « Je pense qu'ils auraient dû être informés, c'est leur métier. Bon, après, ils le savaient pas, ils le savaient pas... » (E10)

« Enfin, si, ils devaient savoir qu'il y avait des risques, mais pas autant que quand ils l'ont appris comme ça. » (E14) « Je pense s'ils prescrivent des 3^{ème} et 4^{ème} générations, c'est que c'était pas un risque imminent on va dire, de mort ou quelque chose de grave. » (E15)

3.4.2.2. Impact sur la confiance envers les médicaments

Quand on s'intéresse à la confiance vouée aux médicaments, celle-ci a changé suite à la médiatisation autour des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations pour une forte proportion des patientes de notre étude. Elles font part d'une méfiance renforcée vis-à-vis des médicaments, de leur composition et de leurs effets indésirables, en soulignant la toxicité potentielle, tout en avouant porter plus d'intérêt à cette question en vieillissant. Beaucoup de ces femmes doutent, recherchent des renseignements et reconnaissent réfléchir davantage avant de prendre un médicament. Certaines avouent même faire une sorte de tri en n'honorant pas toute l'ordonnance ou encore avoir un recours plus fréquent aux plantes et aux remèdes de grands-mères ; le médicament arrivant en dernier recours.

« Je peux vous dire que je me suis toujours méfiée des médicaments. [...] Et oui, oui, c'est sûr que ça a encore plus augmenté... » (E6)

« Mais bon, après j'ai grandi aussi. Je pense que aussi, je m'intéresse plus [...] » (E9)

« Voilà, d'utiliser les recettes de grands-mères dans la mesure du possible. » (E5)

« Moi concrètement, je vais à l'herboristerie maintenant avant d'aller voir le docteur » (E19)

Pour certaines femmes, cette nouvelle affaire autour des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations tend à être banalisée en raison de l'existence par le passé d'autres scandales médicamenteux, jugés nombreux et récurrents : l'affaire du MEDIATOR[®], les cas de suicides sous ROACCUTANE[®], ou encore plus récemment l'affaire des prothèses mammaires PIP[®].

« C'est comme les prothèses PIP[®], c'est comme le Médiator[®] à l'époque... » (E4)

« Et bon après, [...] on apprend "Roaccutane[®], effets indésirables, des cas de suicide". » (E2)

« Y a eu tellement de scandales sur les médicaments [...] c'est pas quelque chose de nouveau ! » (E13)

Pour quelques-unes, l'évolution de la médecine n'est pas source d'inquiétude dans la mesure où l'information est transmise au fur et à mesure. En effet, tous les effets médicamenteux ne sont pas toujours connus au moment de la mise sur le marché. Ainsi, pour certaines, il existe un certain fatalisme puisque l'apprentissage se fait avec le temps, les découvertes et parfois les échecs. Certaines soulignent parfois le manque de recul sur les médicaments, tout en concédant ne pas souhaiter vivre aux temps anciens sans médicaments. En effet, les femmes interrogées ont conscience que chaque médicament peut avoir des risques, mais que la plupart de ceux-ci sont à la disposition de tous sur les notices explicatives.

« [...] je pense que ce qu'il se passe c'est qu'on n'a pas assez de recul. On voit les conséquences malheureusement trop tard. Mais, on ne peut pas vivre non plus comme il y a 500 ans, sans médicaments, sans rien. Voilà, il y a du bon, il y a du mauvais. » (E1)

« Bon, ben, c'est déjà bien qu'on essaie de faire des pilules. Mais ça plante, ça plante ! De toute manière on apprend. Enfin, ils apprennent... Enfin, ceux qui font les médicaments ! » (E8)

« [...] les médicaments soignent quelque chose mais entraînent quelque chose derrière. » (E7)

Comment évoquer la confiance en termes de médicaments sans évoquer les génériques ? Cette question a été spontanément évoquée par certaines femmes de notre étude. La connaissance du principe du médicament générique reste encore floue : certaines y voient une moindre efficacité alors qu'elles allèguent une composition identique mais une galénique et un nom différent. Certaines vont même jusqu'à dire que la différence avec le princeps a été ressentie et qu'elles préféreraient que la prescription médicale soit respectée.

« [...] même si c'est le même composant, que c'est exactement pareil, et c'est juste l'enrobage qui est différent. [...] mais une dérivée ça me fait un peu peur. [...] il doit y avoir un truc moins bien. Ce n'est pas normal... Ce n'est pas le même nom, c'est différent. » (E2)

« [...] y a des génériques qui sont pas très efficaces comparés au médicament normal. » (E8)

« Je sais pas, y a une différence, je le vois ou je le ressens, enfin... [...] J'aimerais que ce qu'on me prescrit ce soit ce qu'on me donne réellement et pas qu'on me donne les produits équivalents, ou... En moyenne gamme. » (E16)

3.4.2.3. Impact sur la confiance envers les pharmacies / pharmaciens

Là encore, pour la grande majorité des patientes interrogées, la controverse n'a pas entaché la relation de confiance avec leur pharmacien. Certaines soulignent cependant une confiance conservée en leur pharmacie (et non les autres), alors que pour d'autres, le scandale a renforcé un avis négatif déjà forgé.

« Donc, non, mon pharmacien, j'ai confiance à 100% ! » (E10)

« Non, ça n'a pas changé. [Pause]. Enfin, ma pharmacie, à côté de chez moi ! » (E13)

« Non, le scandale a un peu beaucoup renforcé, faut dire ce qui est. » (E16)

Quelques femmes assimilent la pharmacie à un magasin et les pharmaciens à de simples vendeurs faisant leur travail en exécutant l'ordonnance. A contrario, d'autres voient le pharmacien comme un deuxième médecin, un docteur qui se trouve en première ligne face aux doléances des patients, doté d'une certaine compétence dans son rôle de conseil et d'information sur les médicaments.

« [...] la pharmacie où je vais le monsieur il est comme un docteur, il conseille très bien. » (E10)

« Parce qu'on a l'impression que les pharmacies aujourd'hui, c'est plus une sorte de magasin en fait [...] le pharmacien en fait, lui, il veut vendre ses médicaments et puis c'est tout. » (E11)

« C'est pareil, les effets indésirables je pense qu'ils sont vraiment au front finalement et les gens se plaignent quotidiennement, surtout en France. Enfin, je veux dire, des gens qui se plaignent à la pharmacie parce que les médicaments ça va pas, je pense qu'y en a tous les jours. » (E20)

Quelques avis négatifs sont à remarquer. En effet, certaines souhaiteraient plus d'information sur certains sujets via des affiches par exemple, plutôt que d'entendre des critiques de l'ordonnance avec parfois une remise en cause de celle-ci. Par ailleurs, certaines femmes mettent en exergue la proposition systématique de médicaments génériques.

« Oui parce que je sais qu'ils sont là surtout pour vendre du générique. » (E16)

« [...] je les entends critiquer sur l'écriture [...] la dernière fois, justement par rapport à mon médecin traitant, la pharmacienne a dit : "ouais, ça, c'est pas très efficace". Elle me l'a juste dit [...] ça m'a mis un doute dans la confiance de ce médecin traitant. » (E19)

3.4.2.4. Impact sur la confiance envers l'industrie pharmaceutique

Si l'on s'intéresse à la confiance portée à l'industrie pharmaceutique suite à la controverse, celle-ci est modifiée pour la plupart des femmes interrogées. Pour celles-ci, la responsabilité est clairement attribuée aux concepteurs et producteurs des médicaments qui devraient maîtriser leur sujet et informer sur les effets indésirables. Pour quelques-unes d'entre elles, peut-être n'y a-t-il pas suffisamment de tests alors que pour d'autres, le profit reste le maître mot des laboratoires.

« [...] eux c'est des pourris ! [...] je sais très bien qu'eux ils pensent qu'à l'argent ! » (E19)

« Mais ceux qui produisent, je pense qu'ils sont plus impliqués, puisque c'est eux qui gèrent tout ce qui est dosage, tout ce qui va être composant du médicament, donc... » (E9)

« Oui certes, ils font des médicaments qu'on utilise tous, et ils informent des effets secondaires, tout ça. [...] Après je pense qu'on réagit tous différemment. [...] Après, de là à s'en prendre aux industries pharmaceutiques, pff. [Souffle]. Je sais pas si c'est une solution. Dans ce cas-là, on prend rien. Enfin... Si on n'a pas "confiance", pour moi, on prend rien. » (E7)

Un point a été fréquemment abordé : le démarchage commercial dans les cabinets médicaux, parfois qualifié de « racolage » et jugé inacceptable. Ainsi, cela confère un aspect commercial à la relation médecin / médicament et induit une perte de neutralité de la prescription médicale, assimilée à de la corruption. Il apparaît évident pour ces patientes, qu'un médecin ne devrait pas consacrer de son temps aux délégués médicaux alors que certaines s'interrogent sur une confiance aveugle ou un défaut d'information des médecins.

« [...] le médecin il est plus neutre dans ses prescriptions [...] » (E6)

« [...] voir 3 personnes autour de moi avec leurs valisettes pour venir vendre des produits, j'ai trouvé ça un peu hallucinant je trouve. Pour moi, un docteur, il devrait même pas consacrer son temps à ça. » (E19)

« Alors, si les médecins, eux-mêmes, n'arrivent pas à donner les effets indésirables, c'est peut-être qu'eux-mêmes, n'ont pas l'information qui arrive au point central, c'est-à-dire les laboratoires. » (E11)

Certaines patientes vont jusqu'à critiquer les modes de conditionnement des médicaments définis par l'industrie pharmaceutique (par comparaison aux modèles allemand et américain) entraînant un gaspillage considérable de médicaments, et conduisant ainsi à une majoration du déficit de la Sécurité Sociale. Parallèlement, d'autres s'offusquent de voir des médicaments interdits en France et revendus en Afrique. Pour autant, quelques-unes suggèrent de faire des points d'information sur la production des médicaments afin de mieux comprendre le système.

« [...] des trucs d'information pour savoir comment ils font pour créer des médicaments. » (E9)

« Quand on voit qu'il y a des médicaments qui sont interdits en France et qu'ils les revendent en Afrique, je trouve cela vraiment aberrant. » (E6)

« [...] pourquoi en France on a besoin de 6, on nous en donne 48 ? [...] on se plaint du trou de la Sécurité Sociale, ben ce serait aussi un axe sur lequel se pencher pour réduire les dépenses et donner aux gens uniquement ce dont ils ont besoin. » (E19)

3.4.3. Changement d'attitude ?

En pratique, il est important de souligner qu'aucune des patientes interrogées n'a changé son attitude vis-à-vis de son médecin généraliste. Elles restent confiantes et satisfaites de leur médecin. Par ailleurs, elles ne le jugent pas responsables des effets liés aux médicaments. Certaines signalent simplement poser peut-être davantage de questions qu'avant la médiatisation autour des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations.

« Non ! Y a peut-être plus de discussion quand même. » (E5)

« Ma relation est restée la même. J'aime beaucoup mes médecins. » (E4)

« Il n'ont aucune responsabilité à tenir dans les effets qu'apportent les médicaments. » (E8)

En revanche, quand on s'intéresse aux nouvelles prescriptions, les avis sont plus partagés. Une grande majorité des femmes de notre étude allègue ne pas avoir changé ses habitudes vis-à-vis des nouvelles prescriptions. Cependant, on remarque qu'elles continuent à s'informer, qu'elles font plus attention aux effets indésirables, indications et contre-indications (notice explicative), tout en refusant pour certaines les génériques et faisant moins appel aux médicaments dits conseils. Ceci rejoint pourtant les avis des femmes qui concèdent un changement dans leur attitude. Ces dernières avouent douter

plus, prendre moins de médicaments, discuter davantage avec leur médecin sur les bienfaits de la prescription, alors que d'autres avouent craindre l'escalade thérapeutique avec ses effets secondaires.

« Non. Je ne suis pas plus méfiante. Bon après, on a toujours le réflexe quand on a un nouveau médicament de lire la notice, de regarder les effets indésirables, mais bon, ça, tout le monde le fait ! [Eclat de rire] » (E3)

« Aujourd'hui je vais regarder, je vais demander "est-ce que ça vraiment c'est utile", "est-ce que si je fais ça, ça suffit pas". Alors, si on me dit "non", je vais prendre, mais alors des fois, il y a des choses que je vais décider de ne même pas acheter par exemple [sourire dans un souffle]. » (E5)

DISCUSSION

1. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

Comme l'écrivait Martin Drapeau (19), « la valeur d'une recherche scientifique est en grande partie dépendante de l'habileté du chercheur à démontrer la crédibilité de ses découvertes. » C'est pourquoi il apparaît indispensable d'effectuer une critique construite de la méthodologie de notre étude.

1.1. FORCES DE L'ETUDE

Le choix de la méthode qualitative est une force pour notre sujet d'étude puisque cela nous permet une approche sociologique bien différente de ce dont nous avons l'habitude en médecine. Grâce à l'entretien semi-dirigé individuel plus adéquat pour aborder le sujet délicat de la contraception, cette méthode se base sur le dialogue, avec une approche bien plus personnelle qu'un simple questionnaire en donnant la parole aux femmes. Cette liberté d'expression obtenue par l'utilisation de questions ouvertes est précieuse afin de nous permettre d'explorer des champs jusqu'alors peu étudiés.

Dans les travaux qualitatifs, l'important n'est pas la représentativité de l'échantillon en tant que telle, mais l'obtention d'une diversité et d'une mixité des opinions et des expériences. Il s'agit donc surtout d'obtenir un échantillon ciblé et représentatif de la problématique. Dans ce contexte, un faible nombre peut suffire (en général une vingtaine) si la saturation des idées est obtenue et les données bien exploitées. Il convient cependant de faire une description la plus exacte possible de cet échantillon (cf. discussion des caractéristiques de notre échantillon de population ci-après).

1.2. LIMITES DE L'ETUDE

1.2.1. Limites liées au recrutement

Si on s'intéresse au recrutement de nos patientes, nous avons volontairement écarté les mineures afin d'éviter l'écueil de l'autorisation parentale notamment, alors qu'elles représentent une part importante des femmes sous pilule œstroprogestative. Par ailleurs, comme dans la plupart des études, notre population est soumise à un biais de sélection puisque seules les femmes volontaires ayant accepté de participer à notre travail et faisant preuve d'une forte motivation, ont pu être incluses.

Sur le plan méthodologique, notre idée de départ de faire appel au SUMPPS et aux médecins généralistes avait pour objectif d'obtenir une certaine diversité pour notre échantillon de population. Mais comme certains auteurs ont pu l'écrire, « la prise de contact rend possible les premières manifestations de la domination exercée par les enquêtés : la plupart du temps, un appel téléphonique ou une lettre ne suffisent pas et il faut "relancer" plusieurs fois l'interlocuteur ; il faut passer le "barrage" des secrétaires et le filtrage des appels... ». (20) Ainsi, la difficulté de mobilisation des médecins généralistes et le manque de réponse de certaines volontaires nous ont conduites à augmenter le temps de recrutement et faire appel à d'autres moyens pour obtenir notre échantillon.

Nous avons donc eu recours au recrutement direct lors de mes remplacements libéraux, et nous avons complété notre échantillon par des modes d'accès indirects (méthode de proche en proche, informateurs-relais...). A titre indicatif, la méthode de proche en proche consiste à solliciter certaines participantes afin de faire intégrer l'étude par d'autres femmes de leur réseau. Cela présente l'avantage d'obtenir un bon rendement en limitant le nombre de refus. La méthode consistant à faire appel des informateurs-relais au sein de réseaux sociaux plus étendus et capables de fournir les coordonnées des sujets susceptibles d'intégrer l'étude, a été jugée nécessaire afin d'obtenir un effectif plus important. (21) Cependant, ces méthodes ont leurs limites. En effet, elles induisent une perte de neutralité de la demande dans la mesure où elles mêlent la demande de recherche de l'enquêteur et une demande tierce qu'elle soit sociale, amicale ou institutionnelle. (21) De plus, le risque serait de ne recueillir que les points de vue d'un même groupe, d'un même cercle (et donc une certaine uniformité d'opinions), constituant alors un biais de recrutement. Ceci dit, nous avons tenté de limiter ce biais de par la diversité des recruteurs.

1.2.2. Limites liées au guide d'entretien

Sur le plan pratique, notre guide d'entretien qui constitue en quelques sortes le cahier des charges de notre étude, a été réévalué à 2 reprises avant d'être testé auprès de 3 patientes. Ainsi, nous avons pu ajuster la formulation de certaines questions (notamment sur la confiance) afin d'en faciliter la compréhension. Mais, a posteriori, nous nous rendons compte que notre guide d'entretien est probablement trop étoffé, puisque nous avons voulu couvrir de nombreux champs relatifs à la contraception orale œstroprogestative, ce qui a été générateur de très nombreux résultats. En effet,

deux thèses distinctes ont été réalisées de façon conjointe et soutenues en 09/2014 couvrant environ 3/5 de notre guide. (13,14)

1.2.3. Limites liées aux entretiens

Quand on s'intéresse aux entretiens eux-mêmes, plusieurs biais peuvent être soulevés. Tout d'abord, concernant les conditions environnementales, celles-ci ont été très favorables puisque le choix du lieu de réalisation des entretiens a été laissé aux participantes et ils ont toujours été réalisés en tête à tête, en l'absence d'une tierce personne mais enregistrés par un dictaphone qui peut être considéré comme une source de blocage. Cependant, celui-ci a été placé un peu à l'écart du duo interviewée / intervieweuse afin de ne pas « parasiter » la relation, et une fois les premières minutes passées, les patientes n'y prêtaient plus attention. Un seul entretien a été interrompu par un coup de téléphone au domicile d'une patiente, ce qui a potentiellement pu modifier la suite de la discussion.

Si on s'attarde sur la relation enquêtée / enquêtrice, on s'aperçoit que la qualité de l'entretien dépend de chacune des protagonistes. (22) En effet, il existe des biais liés à l'interviewée (capital scolaire, capacité d'extraversion, capacité à rester dans le sujet, valeur de généralisation de l'enquêtée, participation psychologique des propos, mécanisme de défense) mais aussi des biais liés à l'intervieweuse. La qualité de l'entretien dépend de son style de conduite (alternance de phases directrices pour aborder les thèmes de l'étude, et de phases non directrices permettant la libre expression de la personne interrogée ou soutenant le discours de celle-ci), de sa capacité à instaurer un climat de confiance propice à la confiance, de ses propres mécanismes de défense et de ses propres opinions. En tant qu'enquêtrice non sociologue, et du fait de mon inexpérience en matière d'entretien de ce type, les premiers entretiens ont été plus difficiles à réaliser. Avec le temps et la pratique, j'ai essayé d'éviter le piège des questions trop fermées et j'ai davantage favorisé la liberté du discours.

1.2.4. Limites liées à l'analyse

En ce qui concerne l'analyse des données, il existe un biais d'interprétation puisque celle-ci n'a été effectuée que par moi-même, il n'y a donc pas eu de triangulation (principe consistant à valider des résultats en étudiant leur convergence par différentes méthodes de recueil ou d'analyse). Cependant, la retranscription des verbatim s'est voulue intégrale en conservant les fautes de syntaxe et/ou

d'orthographe, et en mentionnant les éléments non verbaux relevés lors de chaque entretien, afin d'obtenir le sens initial du discours. Ainsi, nous nous sommes attachées à décrire l'envers du décor de la façon la plus claire et la plus intègre possible, puisque pour certains auteurs (15) « le point le plus important est la rigueur à tous les niveaux, de la méthode à la présentation des résultats, en passant par l'analyse complexe des données ».

2. DISCUSSION SUR LES RÉSULTATS

2.1. DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS DU QUESTIONNAIRE QUANTITATIF

2.1.1. Population étudiée

Alors que notre échantillon de population est relativement équilibré vis-à-vis de l'exposition tabagique, elle est également variée en termes d'âge, avec une distribution presque Gaussienne, en déplorant toutefois la très faible proportion de femmes de plus de 35 ans. Il s'agit très certainement d'un biais de sélection, à moins que cela soit le reflet d'une moindre prescription de pilule œstroprogestative chez les femmes de plus de 35 ans, au regard du surrisque thrombotique croissant avec l'âge et/ou d'une orientation contraceptive différente après avoir eu des enfants.

En effet, dans son dossier de presse sur la contraception des françaises en 2011 (23), l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) fait état d'un parcours contraceptif stéréotypé où la pilule (mais sans distinction des pilules œstroprogestatives ou progestatives seules) représente le principal mode de contraception utilisé par les femmes de moins de 45 ans (43.4% des femmes de 35-44 ans) avec cependant une utilisation en diminution progressive au profit du DIU (36% des femmes de 35-44 ans), plus souvent prescrit lorsque le nombre d'enfants souhaité est atteint.

Sur le plan socio-professionnel, notre échantillon a majoritairement effectué des études supérieures ce qui peut constituer un biais, cependant toutes les catégories socio-professionnelles sont représentées à l'exception des ouvrières et des retraitées non concernées par notre sujet d'étude. De plus, il faut noter qu'environ 1/3 des patientes de notre étude a eu recours à l'IVG, alors qu'on remarque qu'une majorité des femmes interrogées (environ 2/3) n'a pas d'enfants. Ceci pourrait confirmer la tendance actuelle dans notre société moderne à concevoir un enfant plus tardivement qu'auparavant.

En effet, l'INSEE a montré qu'en France métropolitaine, l'âge moyen auquel les femmes accouchent de leur premier enfant augmente depuis le milieu des années 1970, atteignant 28.1 ans en 2010 soit quatre ans plus tard qu'en 1967, où les femmes devenaient mères à 24.2 ans. (24) Par ailleurs, l'INSEE souligne que l'arrivée du premier enfant est d'autant plus tardive que la femme est diplômée. Cela semble d'ailleurs se vérifier dans le sud de la France notamment où la part des diplômées est plus importante, comme en Île-de-France. Ceci concorderait donc avec notre échantillon de population.

2.1.2. Contraception de notre population

Quand on s'intéresse à la contraception de notre échantillon, à l'exception de 2 patientes qui ont fait le choix d'une méthode plus « naturelle », toutes les autres sont sous pilule œstroprogestative avec une prédominance de C2G. On s'aperçoit qu'il existe un pic de changement en 2013 (un peu moins en 2014) et qu'auparavant, les COC prescrits étaient essentiellement des C3G et des C4G. Ceci confirme bien la tendance décrite par l'ANSM dans ses différents rapports en 2013, relatifs à l'évolution de l'utilisation en France des COC et des autres contraceptifs.

En effet, après avoir mené une étude observationnelle de 16 mois de 01/2013 à 04/2014, auprès d'un panel de 3004 officines quant à l'ensemble des contraceptifs dispensés (hors préservatifs), et après avoir émis des rapports très réguliers tous les 3 mois, l'ANSM a publié son dernier rapport en 06/2014 afin de faire un état des lieux. (25) Ce dernier montre une très faible diminution des ventes globales de contraceptifs (hors préservatifs).

Concernant les COC, l'ANSM fait état d'une baisse de 5.6% des ventes, toutes générations et toutes tranches d'âge confondues sur l'ensemble de la période. Dans le détail, on s'aperçoit que les ventes de COC de 3^{ème} et 4^{ème} générations ont reculé de 48% au profit d'une majoration de 32% des ventes de COC de 1^{ère} et 2^{ème} générations. Ainsi, les COC de 1^{ère} et 2^{ème} génération représentent 79% des ventes en 04/2014 (versus 52% en 04/2012) alors que les COC de 3^{ème} et 4^{ème} générations n'en représentent plus que 21% à la même date (versus 48% en 04/2012). A noter également que l'ANSM s'est intéressée à la teneur en œstrogènes des COC, et a noté une progression du recours aux COC de 1^{ère} et 2^{ème} générations les plus faiblement dosées.

En s'intéressant aux ventes des autres contraceptifs, l'ANSM révèle une diminution de 15% des ventes de contraceptifs œstroprogestatifs non oraux. En revanche, elle rapporte une augmentation de 5.6% du recours à la contraception d'urgence, de 8.1% des ventes de contraceptifs oraux progestatifs seuls et de 26% des autres contraceptifs (DIU cuivre = +45%, implant / DIU progestatif = +16%). Ces derniers font un bon de 30% chez les femmes de moins de 40 ans, et notamment le DIU au cuivre qui voit ses ventes augmenter de plus de 60% chez les femmes de 20-29 ans et de 46% chez les femmes de 30-39 ans.

2.1.3. Prescripteurs de notre étude

Concernant les résultats relatifs aux prescripteurs, on retrouve essentiellement des sujets de sexe masculin, majoritairement gynécologues. Si on regarde les tranches d'âge fournies, les prescripteurs de notre étude se situent majoritairement au-delà de 45 ans. Cependant, ces dernières données sont à prendre avec beaucoup de précaution puisqu'il s'agit de données estimées par les patientes et non vérifiées. En ce sens, elles seraient peu exploitables.

Pour autant, nous pourrions faire un parallèle avec la féminisation relativement récente des professions médicales, ce qui pourrait expliquer la prédominance de sujets masculins, aux vues des âges déclarés. En effet, la Section Santé Publique du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a publié en 2006 les résultats d'une enquête sur les femmes médecins et les étudiantes en médecine. (26) Ainsi, on s'aperçoit que la féminisation de la médecine a débuté il y a une quarantaine d'année. Alors que la féminisation de la profession ne représentait que 10% en 1962, celle-ci était de 36% en 2003. Par ailleurs, l'étude souligne que dans certaines facultés le taux d'étudiantes avoisine les 64%.

Quand on s'intéresse aux autres données relatives à la zone d'exercice, au secteur d'activité, au mode d'exercice et à la spécialisation en gynécologie, ces données sont une fois de plus purement déclaratives. Ces résultats n'ont pas été vérifiés, et devant la faible proportion de réponses effectives (incompréhension fréquente ou données inconnues des patientes elles-mêmes), nous avons fait le choix de les présenter, sans pour autant les exploiter devant un manque d'incidence pratique pour notre étude.

2.2. DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS QUALITATIFS

2.2.1. Vécu de la contraception orale œstroprogestative

2.2.1.1. Savoir, croyances et applications pratiques

En 2010, une thèse quantitative de médecine générale retrouvait une discordance entre le niveau de connaissances estimé en matière de contraception et le niveau de connaissances avéré, chez des femmes recrutées en cabinets libéraux. (27) Cette discordance et l'hétérogénéité des connaissances ont d'ailleurs pu être vérifiées dans d'autres travaux (13) et se retrouvent dans notre étude.

2.2.1.1.1. Connaissances générales et remarques pertinentes

Quand on étudie les résultats relatifs aux connaissances générales sur la pilule œstroprogestative, on s'aperçoit que le principe de base d'un mécanisme hormonal afin d'éviter l'apparition d'une grossesse, reste un des principaux messages maîtrisé. Parallèlement, les femmes de notre échantillon ont une bonne connaissance des principaux effets indésirables liés à la prise d'un COC (bien souvent parce qu'elles en ont expérimentés) et certaines ont conscience que leur pilule ne les protège pas contre les IST.

Quand on s'attarde sur leurs connaissances des risques, celles-ci concordent avec les données retrouvées dans un autre travail récent mené dans le Nord-Pas-de-Calais. (13) On s'aperçoit que les femmes de notre étude ont une relativement bonne connaissance des risques cardiovasculaires possiblement potentialisés par la consommation tabagique (même si celle-ci n'est pas pour autant modifiée), et une vague idée des risques oncogènes. D'ailleurs, une grande partie de notre échantillon se sent concernée par ces risques, au même titre que n'importe qui utilisant un médicament, même si la confiance en la prescription médicale prévaut.

2.2.1.1.2. Méconnaissances, informations erronées ou lacunes

A contrario, en dépit d'un niveau socio-professionnel plutôt élevé dans notre échantillon, il existe certaines lacunes et beaucoup de contrevérités. En effet, les connaissances restent vagues voire

parfois très limitées notamment en termes de composition, de mécanismes d'action ou lorsqu'on évoque le terme de génération.

Si on s'attarde sur ce terme, il existe une grande confusion pour les femmes de notre étude. De manière générale, elles suggèrent une évolution des dosages ou une modification de la composition. Mais cette méconnaissance conduit à une idée partiellement erronée selon laquelle les risques liés aux COC seraient dosage-dépendant (la variabilité individuelle évoquée restant valide et pouvant être apparentée à une certaine susceptibilité). Or, comme nous le savons, c'est le type de progestatif qui définit la génération de la pilule œstroprogestative (même si la variation du dosage en œstrogènes est possible) et le surrisque thromboembolique veineux y est directement lié. (7) En revanche, une cohorte danoise a montré que le risque vasculaire artériel (IDM et non AVC ischémiques) est directement corrélé à la concentration en éthinyloestradiol et non au type de progestatif. (28) Avec le recul, ces informations difficiles à appréhender pour des sujets naïfs de connaissances médicales, n'apparaissent pas indispensables à une bonne prise de la pilule, et n'ont donc aucune incidence pratique pour ces femmes.

Paradoxalement, à l'évocation des risques potentiels sous COC, le scepticisme est de rigueur pour nos patientes quant aux précautions prises par le corps médical afin de les limiter. En effet, la plupart est assez évasive en évoquant brièvement le questionnement sur le tabac ou le contrôle biologique, avec une portée mal cernée. Il est pourtant clairement établi que la consultation dédiée à la contraception est une étape essentielle qui répond à une certaine rigueur, résumée par le modèle BERGER de l'OMS en 6 étapes : temps d'accueil, entretien avec recueil d'informations et temps d'expression, délivrance de renseignements quant aux possibilités contraceptives avant un choix arrêté par la patiente, explications et informations sur la méthode choisie, et réévaluation de la méthode et de son utilisation. (29,30) Ainsi, il s'agit d'une consultation « sur-mesure » où le praticien s'attachera à mettre tout en œuvre afin d'écarter toute contre-indication à l'utilisation d'une méthode contraceptive.

Au-delà de certaines lacunes, des idées préconçues ou de fausses croyances perdurent quant à la pilule œstroprogestative : stérilité ou trouble de la fertilité et prise de poids notamment. Mais il en est de même pour les autres méthodes contraceptives avec l'idée que le DIU reste inaccessible aux femmes nullipares. Par ailleurs, d'autres notions plus inattendues ont été évoquées dans notre étude, telles que hypotension, vertige ou asthénie secondaires à la prise de COC, une action mécanique attribuée aux COC via une obstruction directe des trompes, ou encore l'évocation d'une « puce » en

guise d'implant contraceptif, révélant ainsi une certaine méconnaissance de la contraception de manière générale.

La plupart de ces notions ont déjà été retrouvées dans d'autres études et étaient largement répandues en 02/2007, dans l'étude INPES BVA « Les Français et leur contraception » menée auprès d'un échantillon de 2004 personnes, visant à établir un état des lieux des connaissances et des opinions de la population par rapport aux moyens de contraception. (13,31) En effet, 22% des Français interviewés pensent que la pilule peut rendre stérile et 24% d'entre eux pensent qu'elle fait systématiquement grossir ; de même, 50% des Français croient que l'on ne peut pas utiliser de stérilet si on n'a pas eu d'enfant. Malheureusement, bien que l'ensemble de ces croyances populaires ne soient pas authentifiées par des preuves scientifiques, elles continuent encore à circuler en 2016, contribuant ainsi à une certaine désinformation autour de la contraception et à freiner son utilisation. (1)

2.2.1.2. Vécu en pratique

Sur le plan pratique, les femmes ont une excellente connaissance du mode de prise, celle-ci s'inscrivant dans le quotidien, tel un rituel, pour une grande majorité. Cependant, certains comportements à risques (bien que critiqués par les patientes elles-mêmes) ont été détectés comme les « pauses » ou encore une prise « à la carte ». Ces comportements pourraient être le signe d'une inadéquation de la méthode contraceptive aux pratiques sexuelles de ces femmes.

En revanche, certains éléments comme la simplicité, la praticité, la fiabilité ou les bénéfices secondaires tirés de l'utilisation de la pilule apparaissent comme autant de facteurs d'adhésion à cette méthode contraceptive, facilitant ainsi l'observance. A contrario, l'aspect contraignant de la prise régulière qui a été fréquemment soulevé et l'expérience d'effets indésirables apparaissent quant à eux comme des freins à l'utilisation, comme l'énonçait la HAS en 2013 (1) et/ou potentialisateurs de l'oubli.

D'ailleurs, alors que la connaissance des stratégies de rattrapage fait partie intégrante de l'utilisation de la contraception, on s'aperçoit que la gestion de l'oubli de pilule reste problématique pour les femmes de notre étude devant un défaut manifeste de connaissances. En effet, comme nous l'avons vu dans nos résultats, bien qu'une grande majorité de nos patientes avouent avoir déjà oublié leur pilule, la notion de délai de rattrapage est assez variable, de même que l'utilisation d'une alternative

contraceptive alors que le risque de grossesse existe. Ces éléments sont similaires aux résultats d'un travail quantitatif mené à Nantes en 2013, corroborés par d'autres études. (32)

En 2007, les résultats de l'étude INPES BVA « Les Français et leur contraception » révélaient que parmi les femmes utilisant la pilule, 21% d'entre elles et 27% des 21-30 ans déclaraient l'oublier au moins une fois par mois. (33) Ainsi, cette même année, devant ce constat et afin de réduire le nombre de grossesses non désirées, l'INPES a effectué une campagne de communication à destination des femmes de 20 à 35 ans sous contraceptif oral pour les alerter sur l'existence d'autres moyens contraceptifs en cas d'oublis fréquents de leur pilule. (23) Cette campagne désignait les femmes et leurs professionnels de santé via la diffusion de nouveaux documents et notamment la carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? », aide-mémoire pratique pour connaître l'attitude adéquate à adopter en cas d'oubli. Mais dans notre étude, il semble que ces informations n'aient pas eu la portée attendue par les autorités publiques.

Parallèlement, les femmes trouvent leur pilule œstroprogestative efficace en exprimant une satisfaction globale et une relative adéquation à leur mode de vie. Ceci est concordant avec les données de l'étude INPES BVA « Les Français et leur contraception », qui faisait état de 95% d'utilisateurs d'un moyen de contraception satisfaits. (31) Qui plus est, l'INPES rappelle bien que l'efficacité contraceptive dépend de l'observance des utilisatrices, étroitement liée à leur niveau d'adhésion et à l'adaptation à leurs besoins et leur mode de vie ; puisqu'en situation courante, l'efficacité de la contraception orale passe de 99.9% (théorie) à 92.0%. (23) Nous soulignons tout de même que toutes les femmes ne la considèrent pas comme la meilleure méthode contraceptive étant donné le panel contraceptif à disposition de nos jours ayant fait la preuve de son efficacité, avec pour certaines, l'expression d'une envie d'un retour au « naturel ».

2.2.1.3. Information

2.2.1.3.1. Sources d'information

Dans notre société moderne, les sources d'information sont multiples et d'accès relativement facile. Ainsi, on s'aperçoit que la plupart des patientes de notre étude n'ont pas vraiment eu d'interrogations quant à la contraception au début de leur vie contraceptive. Pour autant, elles

s'accordent à dire que de nos jours, la contraception peut encore être un sujet tabou, en dépit des moyens d'information à disposition, et certaines barrières socio-culturelles restent difficiles à franchir.

Dans notre étude, les femmes interrogées ont trouvé les réponses à leurs questions ou des conseils en matière de contraception auprès de leur entourage (cellule familiale préférentielle), du milieu scolaire, des professionnels de santé avec une nette prédominance du recours au gynécologue (mais les prescripteurs de nos patientes sont plutôt des gynécologues) et des médias. Ces données sont retrouvées dans une autre étude qualitative menée dans le Nord-Pas-de-Calais (14) et sont en accord avec les résultats de l'enquête INPES BVA de 2007. (31) On s'aperçoit qu'aujourd'hui, elles auraient davantage recours à leurs professionnels de santé ou à internet en cas d'interrogations nouvelles. Ainsi, malgré la multiplicité des sources d'information disponibles, le corps médical a encore une place de choix en matière d'information sur la contraception.

Quand on s'intéresse de plus près aux médias, la place accordée à internet est majeure du fait de son accessibilité notamment. Ceci marque une franche évolution du recours au web de nos jours, puisqu'en 2007, seuls 10% des sondés lors de l'enquête INPES BVA affirmaient avoir recours à internet pour la recherche d'informations relatives à la contraception, majoritairement des jeunes de 15-30 ans et de niveau socio-professionnel élevé. (31) Cependant, comme le souligne la HAS en 2013, il existe de nombreuses informations de qualité et de fiabilité douteuses sur les sites internet et les forums de discussion. (1) Alors, même si les femmes interrogées gardent un œil critique sur les informations circulant sur la toile, il est dommage qu'elles n'aient pas connaissance de l'existence de sites fiables et validés tels que www.choisirsacontraception.fr ou www.contraceptions.org (Association Française pour la Contraception), qui pourraient aisément répondre à leurs premières interrogations.

2.2.1.3.2. Suggestions d'amélioration et attentes des patientes

Comme nous l'avons souligné dans nos résultats, la plupart des suggestions faites par les femmes de notre étude, afin d'améliorer l'information en matière de contraception, consistent à apporter de la valeur ajoutée aux sources d'informations existantes et déjà connues, et pour la plupart, il s'agit de mesures déjà existantes.

Si on s'intéresse à l'information délivrée en milieu scolaire, celle-ci semble insuffisante d'après l'expérience de nos patientes et si on en croit les suggestions d'amélioration qui ont été faites. Ceci

reste en adéquation avec les résultats de l'étude INPES BVA déjà citée, dans laquelle 52% des sondés estimaient l'information délivrée en milieu scolaire insuffisante. (31) L'éducation à la sexualité est pourtant une obligation légale depuis quelques années. L'article L312-16 du Code de l'Education stipule : « Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. » alors que la circulaire n°2003-027 du 17/02/2003 en définit les modalités pratiques. Cependant, en 2013, la HAS constatait une application hétérogène des programmes d'éducation à la sexualité sur le territoire et une absence d'évaluation de ceux-ci, alors même que l'information en milieu scolaire constitue un levier d'action pour l'accès à la contraception. (1) Concernant les aspects pratiques, eu égard au vécu de nos patientes, il semble essentiel que l'information ne soit pas seulement axée sur le préservatif (pourtant seul moyen de prévention contre les IST) et que celle-ci puisse être délivrée en évitant la mixité pour faciliter l'échange.

L'importance du corps médical est à nouveau rappelée. Celui-ci a un rôle clef à jouer, notamment dans la transmission d'information puisque comme le soulignait une des femmes de notre étude, la contraception est une affaire entre le médecin et sa patiente. Mais la plupart des idées soulevées par nos patientes quant à la consultation autour de la contraception sont des éléments mentionnés dans les recommandations de la HAS sur la prescription et les conseils aux femmes en matière de contraception. (30) Nous ne reviendrons pas sur l'idée d'une consultation spécifiquement dédiée, puisque nous l'avons abordée précédemment avec l'utilisation du modèle BERCER. Cependant, en pratique courante, il semble qu'il faille davantage insister sur l'étape de réévaluation afin de vérifier régulièrement l'adéquation de la méthode contraceptive à la situation actuelle de la patiente, et pourquoi pas, de suggérer le changement. Par ailleurs, il est important de souligner que certaines patientes n'ont pas connaissance que les professionnels de santé doivent mettre à jour leurs connaissances, puisque certaines suggèrent des cours de mise à niveau. En effet, les professionnels de santé ont théoriquement une obligation individuelle de formation médicale avec notamment les programmes de Développement Professionnel Continu (DPC), depuis la mise en application du décret n°2011-2116 du 30/12/2011, afin de proposer la meilleure prise en charge possible à chaque situation.

2.2.2. Place du médecin généraliste

En 03/2008, une enquête BVA menée auprès de 1004 personnes, à l'initiative de l'Académie Nationale de Médecine, révélait que 91% des français sondés avaient une bonne opinion de leur

médecin généraliste. (34) Ce dernier se situe d'ailleurs au 3^{ème} rang des professions médicales ayant la notoriété la plus importante après le chirurgien et le cardiologue, d'après un travail de thèse quantitative menée en 2013. (35) Il semble que nos patientes partagent cet avis, mais la place qu'elles accordent à leur médecin généraliste en matière de contraception n'est pas uniforme.

2.2.2.1. Représentations du médecin généraliste

Notre échantillon de population se représente le médecin généraliste comme un professionnel doté de compétences médicales et techniques. Il constitue le premier maillon du parcours de soin, conseille, informe, coordonne... Une récente étude sur les représentations sociales du médecin généraliste en Lorraine montre que 94.1% de la population étudiée juge le médecin généraliste comme étant le plus compétent pour soigner une pathologie bénigne. (35) Cependant, on s'aperçoit que dans notre population, cette compétence peut être réductrice, cantonnant ainsi le médecin généraliste au rang de docteur des « bobos ». En effet, bien que plusieurs études soulignent une satisfaction globale des patients vis-à-vis des compétences techniques des médecins généralistes, ceux-ci ne sont pas considérés comme des spécialistes pour autant. (35,36) Or, la médecine générale est désormais une spécialité reconnue en tant que telle depuis la mise en place du diplôme d'études spécialisées en médecine générale en 2004.

Mais au-delà des compétences médicales, le médecin généraliste semble se démarquer par ses compétences relationnelles. Sa capacité d'écoute, son accessibilité et sa disponibilité sont essentielles pour les femmes de notre étude. Ces éléments se retrouvent en population générale, dans d'autres travaux sur les représentations sociales du médecin généraliste. (35,37) Ainsi, de par ses qualités d'écoute et d'accompagnement, il apparaît pour beaucoup de patientes interrogées comme un conseiller. Cette vision du médecin généraliste est corrélée avec les résultats d'une étude récente qui a montré que cette représentation se retrouve plutôt chez les femmes et particulièrement les jeunes de 18-30 ans. L'auteur de ce travail met ses résultats en relation avec une certaine sensibilité des femmes à l'aspect affectif de la relation. (35)

En effet, l'aspect et la qualité de la relation médecin / patiente a été évoquée. C'est un sujet qui a été largement étudié et a fait l'objet de nombreuses publications, puisqu'en tant que spécialiste formé à l'approche globale, le médecin généraliste crée une relation personnalisée qui se construit au cours de contacts répétés au fil du temps, en connaissant le contexte familial, culturel et socioprofessionnel

de chacun de ses patients. (38) Ainsi, on remarque que les femmes de notre étude décrivent une relation ancienne avec leur médecin généraliste, de qualité, de confiance aussi, et marquée parfois d'une certaine affection. En cela, le médecin généraliste reste proche puisqu'il les connaît parfaitement pour la plupart, et constitue le médecin de famille. Cette notion est assez représentative de ce qu'incarne le médecin généraliste, et la population générale y est globalement très attachée. En 2013, une étude lorraine mettait en évidence que 71% de la population considéraient le médecin généraliste comme un médecin de famille. (35) D'ailleurs, c'est un terme repris dans la définition européenne de la médecine générale par la Wonca, qui le considère comme un synonyme. (39) Cette représentation semble être le fruit d'une alliance durable dotée d'une certaine connotation affective, où se mêle bien souvent une confiance partagée, permettant à chacune de se révéler au médecin-confident.

2.2.2.2. Place accordée au médecin généraliste en matière de contraception

Mais en dépit de ces représentations plutôt positives, il apparaît dans notre étude que la position du médecin généraliste en matière de contraception n'est pas unanime. Certaines remettent clairement en cause les capacités du médecin généraliste à gérer cette question, comme cela a déjà été mis en évidence dans une autre étude (14), alors que d'autres soulignent l'ouverture d'esprit du médecin généraliste qui lui permettrait de répondre partiellement à leurs attentes. Au final, peu de femmes interrogées impliquent leur médecin généraliste dans le renouvellement de leur pilule, assurant ainsi parfois sa mission d'information, d'écoute et de conseil. En effet, en pratique courante, il est plutôt rare que les patientes prennent un rendez-vous de consultation avec leur médecin généraliste, qui soit spécifiquement consacré à leur contraception. Leur demande est bien souvent formulée à la fin d'une consultation générée par d'autres motifs. Ainsi, dans ces conditions, il peut être parfois plus rapide et tentant, de renouveler la prescription plutôt que de réévaluer l'adéquation de la contraception avec les attentes de la patiente. (1)

Comme le soulignait la HAS en 2013 (1), certaines femmes peuvent être réticentes à consulter un professionnel de santé par crainte d'un examen gynécologique ou de questions qui pourraient relever de l'intime. Pourtant, il apparaît que le dialogue autour de la sexualité et donc de la contraception, est aussi difficile pour la patiente que pour le médecin. En effet, selon le Baromètre santé médecins généralistes 2009 de l'INPES (40), la vie affective et sexuelle fait partie des sujets les moins faciles à aborder pour 58.7% des médecins généralistes interrogés, et la prévention qui y est liée est considérée comme faisant le moins partie de leur rôle. Aborder l'intimité est une mission délicate, et le

médecin peut avoir l'impression de paraître intrusif, de s'immiscer dans la vie personnelle de sa patiente. Cependant, si la relation médecin / patiente est de qualité, basée sur la confiance et le respect mutuel, l'information relayée pourra être bien perçue et le message éducatif efficace.

Malgré ces difficultés soulevées, une enquête IPSOS de 02/2007 a montré que 78% des Français interrogés « ont le sentiment qu'ils peuvent aborder facilement des sujets intimes avec leur médecin généraliste », comme la sexualité par exemple. (41) Cela semble confirmer la force de la relation médecin / patient qui s'inscrit dans un climat de confiance. Pourtant, certaines femmes ont justement souligné la difficulté d'évoquer avec leur médecin généraliste la question de la contraception, du fait de l'ancienneté de la relation médecin / patiente et/ou de la position de médecin de famille. Mais cette gêne, probablement en lien avec certains affects et une certaine pudeur, pourrait être surmontable justement en raison de ce climat de confiance.

Par ailleurs, d'autres ont souligné la difficulté à aborder le sujet avec leur médecin de sexe masculin, ce qui a été retrouvé dans un travail qualitatif sur les sources d'information relatives à la pilule œstroprogestative. (14) Une autre étude qualitative menée auprès de femmes de moins de 25 ans, a également montré que les patientes semblent plus à l'aise avec les médecins de sexe féminin afin d'aborder les sujets délicats touchant à l'intimité, cependant ce constat concernait les gynécologues et non les médecins généralistes. (42) Peut-être doit-on simplement y voir une sorte de reconstruction de la relation mère (ou représentante) en tant que conseillère / fille, ou simplement de femmes partageant une expérience commune pour discuter de « problèmes » de femmes, entre femmes ?

Si l'on en croit notre échantillon, la supériorité du gynécologue ne fait aucun doute quand il s'agit de contraception. Il apparaît formellement comme doté de qualifications en lien avec sa spécialisation et d'une expérience non négligeable, bien que son manque d'accessibilité soit parfois critiqué. Mais comme le souligne la HAS (1), les médecins généralistes ont des difficultés à se positionner vis-à-vis de la contraception dans la mesure où la contraception a longtemps été considérée comme relevant de la compétence des gynécologues. Or, de par l'évolution de notre système de soin et de la démographie médicale, les questions relatives à la contraception sont de plus en plus fréquemment traitées par les médecins généralistes. Pour autant, ces données ne semblent pas se vérifier dans notre étude, puisque nombre de nos patientes estiment ne pas s'adresser à la bonne personne en faisant appel au médecin généraliste. Ceci dit, notre échantillon dispose d'un niveau socio-professionnel élevé, associé à un lieu de vie urbain où l'offre médicale est conséquente, ce qui peut

potentiellement expliquer ce recours au gynécologue. Cependant, des progrès semblent tout de même nécessaires afin de faire connaître au grand public, le rôle du médecin généraliste et les compétences qui lui sont reconnues en matière de contraception.

2.2.3. Controverse et médiatisation

En 1995, au Royaume-Uni, les professionnels de santé ont été avertis du surrisque d'accident thromboembolique veineux sous COC de 3^{ème} génération. Les médias s'emparent de l'affaire et très rapidement, les femmes affluent dans les cabinets médicaux. En quelques jours, elles sont près de 40% à abandonner leur pilule et 3 mois plus tard le taux d'avortement fait un bond de 10%. (43) La Norvège et le Danemark connurent ce même type de crise. (44) Pourtant, ce n'est que 17 ans plus tard, que la France vit son « pill scare », mais nous nuancerons ces propos.

2.2.3.1. Vécu de la controverse

D'après l'enquête Fécond de 2013 menée afin d'analyser l'impact de la crise médiatique de la pilule sur les pratiques et les représentations de la contraception (45), la réception du débat médiatique autour des pilules œstroprogestatives de 3^{ème} et 4^{ème} générations est genrée et socialement différenciée, puisque 77% des femmes (versus 56% des hommes) déclarent en avoir entendu parler, essentiellement des femmes diplômées et issues de milieux aisés. Ces éléments ont d'ailleurs été retrouvés dans d'autres travaux récents. (44,46) Pour autant, bien que les femmes de notre échantillon soient dotées d'un niveau socio-culturel élevé et aient entendu parler de ce débat, celui-ci n'a semble-t-il pas déchaîné les passions autant que nous aurions pu nous y attendre. En effet, elles nous ont signalé un manque d'intérêt pour le sujet ou une information insuffisamment transparente, mêlée aux autres affaires sanitaires relayées par les médias ces dernières années. De ce fait, on s'aperçoit que seul le message alarmiste véhiculé par les médias semble avoir été retenu et on constate une grande confusion sur l'origine du débat.

Malgré cette distance prise par les patientes de notre étude, et en dépit de l'indifférence de certaines, cela ne les a pas empêchées d'être inquiètes, de s'interroger et de prendre du recul. En effet, on peut remarquer une attitude plutôt positive de ces femmes qui ont cherché à se rassurer sans réelle précipitation et sans comportement à risque. Ainsi, notre échantillon ne semble pas avoir vécu le « pill scare » des Anglaises. Pourtant, la médiatisation autour des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations a eu un

impact direct pour une partie d'entre elles qui ont dû changer de pilule ou de méthode contraceptive. C'est d'ailleurs ce que souligne l'enquête Fécond de 2013 qui fait état d'une femme sur cinq déclarant avoir changé de méthode depuis le débat médiatique. (45)

Dans notre population, les femmes ayant changé de contraception l'ont fait pour inconvenance personnelle (intolérance ou effets indésirables) ou secondairement à la médiatisation. Ces données se retrouvent dans l'étude quantitative réalisée par une sage-femme auprès de 878 femmes de 15 à 49 ans : l'inconvenance personnelle est citée pour 37.4% des femmes ayant changé de contraception et le débat est la cause du changement pour 36.4%. (46) Ce dernier chiffre est revu à la baisse (presque de moitié) par une autre étude récente, cependant réalisée sur un nombre de patientes nettement moins important. (44) Toutefois, quand on s'attarde sur notre population de femmes ayant changé suite à la controverse, celle-ci nous confie un changement contraint, souvent mal vécu, pour entrer dans la norme des recommandations faites aux professionnels de santé. Au final, la pilule dont elles avaient l'habitude leur convenait très bien et elles ne voyaient aucune raison d'en changer. Ainsi, leur discours nous fait suggérer que la façon dont s'est effectué le changement a pu nuire à leur adhésion à celui-ci, en partie à cause d'un manque d'information de la part des professionnels de santé.

2.2.3.2. Un œil critique sur les médias

D'après un travail de thèse quantitative cherchant à étudier l'impact à 2 ans de la médiatisation autour des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations sur les pratiques contraceptives, les médias avaient joué un rôle prépondérant dans la diffusion de l'information pour 81.6% des femmes, la télévision constituant le vecteur principal. (44) Ceci se vérifie dans notre étude, puisque la très grande majorité des patientes interrogées ont perçu l'information par les médias. Cependant, elles émettent un avis très critique sur ceux-ci, puisque bon nombre de femmes de notre étude attribuent l'ampleur de la crise à la surmédiatisation du débat et le parallèle a pu être fait avec d'autres affaires sanitaires très médiatisées. C'est d'ailleurs un avis partagé par près de 51% de Français sondés pour l'enquête IPSOS-LEEM de 2014, estimant que les médias exagèrent parfois les problèmes liés aux médicaments. (47)

Ainsi, et à juste titre, on peut s'interroger sur la gestion de cette crise. Il apparaît évident que la gestion d'une alerte sanitaire est un travail délicat pour les pouvoirs publics et les autorités compétentes. L'annonce d'un risque sanitaire est toujours susceptible d'affoler les patients, d'autant que les médias sont friands de ce genre d'information. Dès lors qu'ils en disposent, l'information (souvent

incomplète) est diffusée massivement et en boucle, créant un vent de panique chez les usagers, potentiellement à impact négatif pour leur santé. Ainsi, en dépit des précautions prises et les multiples campagnes d'informations menées par l'ANSM notamment, pour notre échantillon, cette affaire est marquée par un dysfonctionnement dans la communication puisque celle-ci aurait dû être réalisée par les professionnels de santé eux-mêmes.

Par ailleurs, certaines femmes interrogées soulignent un manque de rationalité dans la diffusion des informations. Si bien que ce sont les femmes elles-mêmes qui ont fait preuve de discernement en énonçant certaines vérités : les risques étaient connus bien avant la médiatisation, la médecine évolue et quelques cas ne font pas une généralité ! Et en effet, dès 1995, le surrisque d'accident thromboembolique veineux des pilules de 3^{ème} génération était établi, et depuis 2007 la HAS préconisait leur utilisation en 2^{ème} intention. (7) Par ailleurs, il convient tout de même de rappeler que le risque thromboembolique veineux existe, bien qu'il soit moindre que celui associé à un phénomène naturel qu'est la grossesse. (48) Pour autant, d'après les données issues des études de pharmaco-épidémiologie menées sur la période 2000-2011, chaque année, en moyenne 2 529 cas d'accident thromboembolique veineux sont attribuables aux COC, correspondant à 20 décès prématurés à 5 ans liés à la survenue d'une embolie pulmonaire. (49) Cependant, en 2014, l'ANSM a estimé que les changements de comportement en matière de contraception étaient susceptibles d'expliquer la baisse de 11.2% des hospitalisations pour embolie pulmonaire chez les femmes en âge de procréer de 15 à 49 ans, cette baisse n'étant pas retrouvée chez les femmes plus âgées ou les hommes du même âge. (50)

Eu égard aux propos de nos patientes sur la controverse, il semble que les professionnels de santé doivent se réapproprier la communication des informations à impact sanitaire majeur. Mais les médias sont omniprésents et à titre individuel, les professionnels de santé ne disposent que de l'espace de la consultation pour y parvenir. Il leur revient d'informer les patientes des risques, de rechercher des facteurs pouvant les potentialiser et d'alerter les femmes sur les signes devant amener à consulter, comme cela est déjà recommandé. (30,51) Bien entendu, il ne s'agit pas de stigmatiser la pilule comme un médicament extrêmement dangereux, mais de dédramatiser en faisant de la prévention.

2.2.4. Confiance

2.2.4.1. Une définition subjective mais des critères indispensables

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) définit la confiance comme suit, quand celle-ci fait référence à une relation interpersonnelle : « croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompetence ». Cette définition n'est pourtant pas exhaustive ou suffisante puisque les définitions du terme sont multiples, selon les points de vue adoptés par les auteurs et le contexte dans lequel s'insère la notion de confiance (sociologie, psychologie, économie). (52) En effet, un sociologue soulignait que « la confiance désigne ce "quelque chose" qui permet qu'une relation se déroule dans un climat relativement serein » et « sert à "lubrifier" les rapports sociaux et les interactions de face-à-face ». (53)

En ce sens, nous percevons la difficulté à établir une définition simple, et dans le cadre de notre travail, nous nous tiendrons exclusivement à la description d'une relation de confiance dans un contexte médical. Ainsi, dans ce domaine volontairement réduit, des auteurs s'attachent à faire le distinguo entre confiance interpersonnelle issue des interactions répétées entre patient et médecin, et confiance sociale faisant allusion à la confiance vouée aux institutions. (54) De leur côté, des théoriciens anglo-saxons ont, quant eux, établi certains critères pour la définir : compétence, compassion, confidentialité, fiabilité, honnêteté, fidélité, et capacités de communication. (52)

De ce fait, nous comprenons pourquoi la majorité des femmes de notre étude considèrent la communication comme la clef de voûte d'une relation de confiance. Ainsi, faire confiance à l'autre ou avoir confiance en l'autre consisterait à opter pour une certaine liberté d'expression dans la confiance (avec cependant une certaine limite à ne pas franchir pour certaines), d'autant plus qu'un cadre réglementaire (le secret professionnel) et institutionnel (le serment d'Hippocrate et le code de déontologie) rassurant, vient renforcer cette aisance dans la confession.

Par ailleurs, la confiance est fondamentale dans la pratique médicale (au même titre que la communication d'ailleurs), et se trouve au cœur de la relation médecin / malade. Mais comme certains ont pu l'écrire, cette relation réciproque n'est ni immédiate ni assurée : elle a besoin d'être construite et entretenue. (52) En effet, les femmes de notre étude ont souligné le caractère très particulier de la

relation médecin / patiente, tel un binôme qui s'apprivoise progressivement et évolue dans le temps. Ainsi, la confiance se bâtit et se partage. Mais existe-t-il plusieurs relations de confiance ?

Le Dr Hammer, sociologue Suisse, s'est attaché à étudier les attitudes des profanes vis-à-vis de la médecine contemporaine. (53) Son expertise sociologique est un atout dans l'analyse des entretiens semi-directifs qu'il a mené auprès de 64 hommes de 40 à 60 ans. Il a ainsi pu décrire 5 types de confiance dans la relation médecin / patient. Et bien que son échantillon soit exclusivement masculin, son travail nous apporte de nombreux éléments étayant les propos de notre échantillon féminin, même si certaines notions peuvent, selon nous, cohabiter.

La confiance cléricale fait référence au modèle paternaliste de la relation médecin / malade, caractérisée par une asymétrie relationnelle entre l'expert doté de garanties que sont ses qualifications et ses diplômes, et le patient docile et compliant. (53)

La confiance pragmatique repose sur une forte présomption de compétences médicales que le médecin devra démontrer par les actes, à un patient « vigilant sur fond de confiance ». (53) Ce modèle est fortement représenté chez nos patientes, et se retrouve d'ailleurs dans une autre étude. En effet, cette exigence de performance semble une préoccupation constante dans notre société actuelle, et il semble que les jeunes générations y soient plus sensibles. Cependant, comme l'auteur le souligne à juste titre, il ne s'agirait pas de transformer l'obligation de moyens du médecin en obligation de résultats. (35)

La confiance affinitaire selon Hammer, souligne le rôle déterminant de la dimension humaine de la relation thérapeutique, fondée sur la personnalité du médecin qui fait preuve de soutien moral, de sollicitude et d'écoute. (53) Ce modèle, pourtant décrit à partir d'entretiens masculins, semble partagé par les femmes de notre étude. En effet, les compétences relationnelles sont apparues comme essentielles, et notamment l'écoute attentive. Certaines ont d'ailleurs caractérisé la confiance initiale vouée à leur médecin généraliste comme une affaire de « feeling ».

La confiance professionnelle se caractérise par un rapport égalitaire entre le médecin dont les seules les compétences techniques et l'expérience sont attendues, et le patient qui devient acteur de sa santé en participant aux décisions thérapeutiques et en adoptant parfois une attitude critique. (53) Ce modèle correspond davantage à ce que nous vivons désormais en pratique courante avec nos patients.

Cette confiance est à l'image d'une relation médecin / malade repensée depuis la loi du 4 mars 2002, depuis laquelle l'autonomie des patients est renforcée et la décision médicale est désormais partagée après la délivrance d'une information adaptée. En effet, les femmes interrogées soulignent l'importance d'avoir une information claire et des explications sur les démarches envisagées et les choix effectués.

Enfin, la confiance rationnelle correspond davantage à une conception réaliste de la médecine soumise à l'incertitude et aux risques. Ainsi, le patient accepte le droit à l'erreur du médecin si tant est que la démarche médicale menée avec humilité est rigoureuse et conforme aux données de la science. (53) Bien que certaines de nos patientes soulignent la possibilité d'une erreur médicale, ce mode de confiance ne semble pas le plus répandu, et d'autant plus dans notre société actuelle qui se révèle de plus en plus procédurière. Qui plus est, certaines femmes interrogées ont bien spécifié que la confiance en leur médecin généraliste pourrait être définitivement rompue si elles se sentaient trahies ou que survenait un accident grave en rapport avec une prescription ou un membre de leur famille. On voit donc bien que ce modèle nécessite une certaine capacité à prendre du recul sur les événements et leur déroulement, en mettant de côté les affects.

Ainsi, les travaux de Hammer nous montrent une certaine hétérogénéité des attitudes de confiance des patients envers leur médecin. Par ailleurs, la relation de confiance médecin / malade semble vouée à une grande subjectivité de par l'interaction de deux individus dotés d'une sensibilité différente. Pour autant, dans la mesure où une relation de confiance se construit et évolue dans le temps, il semble qu'une relation donnée entre un médecin et son patient ne soit pas figée selon un des 5 modèles décrits par Hammer. En effet, après analyse des propos de notre échantillon, nous suggérons que le passage d'un certain modèle de confiance à un autre puisse se faire au cours du temps, mais aussi en fonction de chaque patient que nous prenons en charge et selon les enjeux de chaque consultation. Nous irons même plus loin en émettant l'hypothèse que la relation de confiance médecin / patient pourrait être la somme de différentes descriptions faites par Hammer, nous rapprochant ainsi des critères émis par les Anglo-Saxons.

2.2.4.2. Impact de la médiatisation autour des COC de 3^{ème} et 4^{ème} générations

2.2.4.2.1. Impact sur la confiance envers les médecins

La confiance des patients vouée à leur médecin généraliste est régulièrement confirmée par les sondages. Ainsi, en 2014, selon une enquête IPSOS, les professionnels de santé bénéficient du score de confiance le plus élevé, au premier rang desquels figure le médecin traitant pour lequel 95% des Français sondés font « tout à fait » et « plutôt » confiance. (47) D'autres études nous le confirment (35,37,44), et notre échantillon semble confirmer cette tendance globale avec une confiance quasiment inébranlable en leur médecin généraliste, malgré la médiatisation autour des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations. En revanche, de rares exceptions ont pu remettre en cause la qualité de la relation avec leur gynécologue, directement impliqué dans la prescription de leur contraception.

Pour les femmes de notre étude, le médecin généraliste est dédouané de toute responsabilité dans cette affaire puisque réduit à la fonction de simple prescripteur (et non fabricant de médicament). Mais il est parfois surprenant d'entendre que les médecins généralistes (et les médecins de manière générale) ne seraient pas informés de la composition et des risques des médicaments qu'ils sont amenés à prescrire. Comment prescrire correctement un médicament en pratique courante, si on ne sait pas de quoi il s'agit, quels sont les risques potentiels encourus ou les contre-indications à écarter ? Tout médecin a accès à une base Vidal® (numérique et/ou papier) qui constitue la référence en matière de médicament. Par ailleurs, les autorités sanitaires communiquent régulièrement avec les professionnels de santé par le biais de recommandations ou de lettres d'information, comme ce fut le cas pour les pilules œstroprogestatives. (7,8,55,56) Ainsi, comme cela a pu être soulevé par certaines femmes de notre panel, les professionnels de santé auraient-il dû pressentir la controverse dans la mesure où les données étaient connues depuis longtemps et les alertes précoces et nombreuses, notamment relayées dans la revue Prescrire dès 1996 ? (57)

2.2.4.2.2. Impact sur la confiance envers les médicaments

Une étude quantitative récente menée auprès de la population générale cherchait à connaître l'impact d'une information médicale relatée dans les médias sur la génération du doute dans la prescription du médecin. Ce travail a montré que 37.7% des patients ayant déclaré avoir entendu une information dans les médias concernant leur traitement, déclaraient avoir déjà douté de la prescription

de leur médecin traitant. Par ailleurs les cadres, de par leur niveau d'étude, étaient plus enclins à douter que les ouvriers. De plus, le doute était la source d'un défaut d'observance. (58) Cela semble se vérifier dans notre travail puisque nos patientes ont déclaré douter davantage depuis la controverse. Cette réaction les conduit à s'interroger, à se renseigner, mais surtout les fait hésiter à avoir recours aux médicaments ; alors qu'en parallèle, l'attrait pour le « naturel » semble de plus en plus populaire.

L'impact négatif de la médiatisation autour des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération est bien présent dans notre échantillon. Certaines femmes vont même plus loin en soulignant que la méfiance qu'elles avaient, s'est renforcée, notamment concernant la composition des médicaments et leurs effets indésirables. Cette baisse de confiance se retrouve en 2014, dans la 4^{ème} édition de l'Observatoire sociétal du médicament, puisque les médicaments voient leur niveau de confiance baisser significativement depuis 2013 (-12 points), alors que celui-ci remonte de 10 points en 2015. (47,59) Doit-on y voir l'impact des différentes affaires sanitaires de ces dernières années ? Probablement, et dès lors que les médias véhiculent moins d'informations à caractère médical, le capital confiance se reconstitue peu à peu.

Quand on écoute les femmes de notre étude, on s'aperçoit qu'il existe une certaine banalisation de l'affaire autour des COC en écho aux autres scandales, et une banalisation de la pilule de manière générale. Dans leurs discours, certaines femmes nous ont avoué se poser davantage de questions pour des médicaments pris de manière très ponctuelle plutôt que pour leur pilule qu'elles prennent pourtant quotidiennement, parfois depuis plusieurs années. D'ailleurs, en pratique courante, lors de l'interrogatoire pour une 1^{ère} prise de contact, bien souvent les femmes déclarent ne prendre aucun médicament. Dès lors que nous leur posons la question sur l'existence d'une contraception, elles déclarent alors bien souvent prendre la pilule ! Ceci tend à montrer que pour nos patientes, la pilule ne constitue pas un problème puisqu'elles sont en bonne santé ; mais aussi que ce n'est pas un médicament en tant que tel (ou du moins qu'elles l'ont peut-être perdu de vue), puisque la pilule ne soigne pas une maladie mais se justifie par une volonté de maîtrise du corps et de la physiologie pour satisfaire un certain confort physique et social.

Il est intéressant de noter que, dès lors que l'on évoque la confiance dans les médicaments, les patientes de notre étude abordent le thème des génériques. Ce n'est pas directement notre propos, mais cela confirme bien la tendance selon laquelle la confiance est moindre dans les médicaments génériques. (47) Une thèse qualitative niçoise a été menée sur le ressenti des patients face à une

prescription de médicaments génériques (60), et il est intéressant de voir que pour notre population, le concept de génériques reste encore assez flou et générateur d'une certaine appréhension devant le non-respect de la prescription médicale initiale.

Enfin, malgré la vision négative des médicaments pour les femmes interrogées, il est tout de même rassurant de voir que certaines d'entre elles sont lucides et ont bien conscience que les risques existent potentiellement pour tous les médicaments, et ne sont pas nécessairement connus d'emblée. Comme certaines le soulignent, la médecine est une science en perpétuel mouvement (ce qui n'est pas pour autant source d'inquiétude) et certaines peuvent adopter une attitude un peu fataliste mais réaliste, selon laquelle on apprend de nos découvertes et parfois de nos erreurs, et le temps nous y aide.

2.2.4.2.3. Impact sur la confiance envers les pharmacies / pharmaciens

En 2014, le baromètre sociétal du médicament réalisé par l'institut de sondage IPSOS, révélait que 87% des Français sondés font « tout à fait » et « plutôt » confiance aux pharmaciens. (47) A contrario, en 2015, une étude qualitative visant à étudier l'impact à 2 ans de la médiatisation autour des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations sur les pratiques contraceptives, faisait état d'une confiance moindre vouée aux pharmaciens, surtout sur les femmes recrutées en milieu hospitalier puisque 48.9% d'entre elles ne font « peu » ou « pas du tout » confiance aux pharmaciens, alors qu'elles ne sont que 24.8% en libéral, la différence étant significative. (44) Or, contrairement à ces tendances, on s'aperçoit que notre échantillon de population est assez partagé.

En effet, certaines avouent conserver leur confiance en leur pharmacien, et pas nécessairement en tous les pharmaciens. Ceci nous renvoie directement à la définition d'une relation de confiance qui se construit à mesure de contacts itératifs et qui s'inscrit dans la durée. En revanche, d'autres ont vu se renforcer un avis négatif déjà forgé. Ainsi, on voit bien que deux conceptions s'opposent : celles qui voient le pharmacien dans son rôle de conseiller et d'informateur (bien que l'information puisse être améliorée semble-t-il) et celles qui le voient comme un commerçant préoccupé par des intérêts financiers, substituant bien (trop) souvent l'ordonnance au profit des génériques. Ces notions sont corroborées par un travail qualitatif révélant que le pharmacien reste une référence en matière de conseil sur les médicaments mais le rapport marchand peut lui faire perdre de sa légitimité, notamment par la vente de spécialités non soumises à prescription médicale. (61) Par ailleurs, le

pharmacien reste le principal promoteur des médicaments génériques, et son interférence dans la relation médecin / malade peut être mal perçue puisque génératrice de doute. (60)

2.2.4.2.4. Impact sur la confiance envers l'industrie pharmaceutique

Selon une enquête IPSOS, alors que les laboratoires pharmaceutiques sont reconnus comme les principaux financeurs de la recherche de nouveaux médicaments pour 76% des Français sondés, seuls 43% d'entre eux leur font « tout à fait » ou « plutôt » confiance ; la responsabilité en matière de sécurité des médicaments étant clairement attribuée à l'industrie pharmaceutique pour 66% des Français sondés, loin devant les autorités sanitaires (49%) et les médecins (29%). (47) Cette remise en cause des laboratoires et de l'industrie pharmaceutique se retrouve dans de nombreuses études, dont la nôtre, en écho aux affaires sanitaires très médiatisées. (37,44)

Cette perte (ou cette absence) de confiance peut s'expliquer par une image très négative de l'industrie pharmaceutique dans l'esprit de nos patientes. En 1950, Georges Wilhelm Merck disait : « We try never to forget that medicine is for people. It is not for the profits. The profits follow, and if we have remembered that, they have never failed to appear. The better we have remembered it, the larger they have been. » (62) Et malheureusement, les femmes de notre étude ne voient en eux que l'appât du gain, au détriment de la santé de tous. Trop de comportements négatifs ternissent l'image de l'industrie pharmaceutique : les affaires sanitaires relayées dans les médias bien sûr, le conditionnement des médicaments parfois jugé illogique ou absurde, le démarchage commercial auprès du corps médical assimilé bien souvent à de la corruption et le manque de transparence avec une communication jugée très insuffisante sur les systèmes de confection et de production des médicaments. Ainsi, ces derniers semblent avoir du travail pour redorer leur blason et gagner davantage la confiance de nos patientes. Une campagne d'information pourrait partiellement les y aider, afin que le grand public puisse mieux appréhender le rôle et l'implication des laboratoires, comme le soulignent les femmes de notre étude. Pour autant, celles-ci restent tout de même lucides quant aux enjeux financiers qui régissent le monde de l'industrie pharmaceutique, et il semble que la confiance soit bien plus difficile à accorder dès lors que de l'argent est en jeu.

2.2.4.3. Changement d'attitude en pratique ?

De façon concrète, les femmes de notre étude n'ont absolument pas changé leur attitude vis-à-vis de leur médecin généraliste. Toutes leur vouent une entière confiance et sont totalement satisfaites. En revanche, en ce qui concerne les nouvelles prescriptions (sans distinction), bien que les avis soient partagés, les justifications des unes et des autres sont très similaires. Les interrogations et les doutes sont plus fréquents, conjugués à un souhait de moindre recours aux médicaments, amenant ainsi la discussion avec leur médecin généraliste. Elles se réservent ainsi le droit de remettre en question la prise en charge proposée. Cependant, dès lors que l'information qui leur est délivrée apparaît claire et que la démarche est justifiée, elles s'en tiennent à l'avis de leur médecin généraliste en qui elle renouvelle leur confiance.

Une fois de plus, on s'aperçoit que la communication est au centre de cette relation singulière entre le médecin et sa patiente. Nos patientes apparaissent plus méfiantes vis-à-vis des médicaments, et la lecture systématique de leur notice (comme la plupart des Français) semble les rassurer quelque peu. Cette méfiance croissante est d'ailleurs probablement une des conséquences directes des diverses affaires sanitaires médiatisées ces dernières années, qui ont quelque peu ternies l'image du médicament de manière générale. Ainsi, à l'instar de la population générale qui souhaite davantage d'information en matière d'effets indésirables (71%) et de contre-indications (58%) liés aux médicaments (47), elles ont des besoins d'information qu'il faut combler afin de les rassurer.

Le médecin généraliste a alors une place de choix. La tâche n'est pas aisée, mais certaines patientes suggèrent que c'est au médecin d'anticiper les besoins d'information par la délivrance d'une information plus spontanée afin de favoriser le dialogue. Les femmes sont en demande, sans pour autant oser le dire. Pour preuve, la plupart de nos entretiens se sont soldés par un échange constructif à l'initiative des femmes, notre enquête ayant soulevé des interrogations pour les participantes. Cette étape qui n'est pas retranscrite, nous a offert la possibilité de faire de l'éducation thérapeutique comme dans le quotidien pratique d'un médecin généraliste, apporter des réponses à leurs questions et corriger les informations erronées qui avaient pu être mentionnées.

CONCLUSION

La médiatisation autour des pilules œstroprogestatives de 3^{ème} et 4^{ème} générations a suscité l'intérêt de nombreux auteurs. La plupart des travaux retrouvés se sont intéressés à l'impact de cette controverse sur les pratiques contraceptives, sur un versant quantitatif, et certains sont encore en cours. D'autres travaux ont corroboré certains de nos propos sur le versant qualitatif, mais aucune étude qualitative ne s'était jusqu'alors intéressée à la perception et au vécu de la controverse, tout en recherchant l'impact de celle-ci sur la confiance. En cela, notre travail paraît original.

Comme nous l'avons vu, le paysage contraceptif des Françaises est en pleine reconfiguration, comme cela est partiellement représenté dans notre échantillon. Pour autant, on s'aperçoit qu'en dépit des nombreuses informations à la disposition du grand public, les connaissances en matière de contraception sont hétérogènes (parfois avec une incidence pratique majeure), et de nombreuses fausses croyances continuent à circuler. Ceci pose la question de la fiabilité des sources d'information de nos patientes à l'heure où les médias occupent une place de plus en plus conséquente, au premier rang desquels figure internet, si facile d'accès. On peut également s'interroger sur l'impact réel des diverses campagnes d'information menées par les autorités sanitaires. Qui plus est, le médecin généraliste, pourtant de premier recours, n'occupe pas une place de choix pour nos patientes quand il s'agit de contraception. Il semble donc que ses compétences en la matière soient mal connues.

Nous l'avons vu, la confiance est un concept complexe à appréhender tant il se démarque par la multiplicité de ses définitions selon le domaine auquel il s'applique. Notre approche ne saurait être exhaustive, et nous avons trouvé de nombreuses similitudes avec les notions apportées par les travaux de Hammer, bien que nous suggérons que ses concepts puissent coexister en pratique courante, ou tout du moins se succéder. Cette réflexion tend d'ailleurs à aller dans le sens des théoriciens anglo-saxons qui suggèrent des critères à la définition d'une relation de confiance dans le domaine médical, comme le soulignent les propos recueillis auprès de nos patientes. Mais en définitive, la notion de confiance fait appel à une grande part de subjectivité.

Dans notre travail, la place des médias est omniprésente, et la controverse semble avoir provoqué une prise de conscience chez nos patientes, ne serait-ce qu'en leur rappelant que la pilule est bien un médicament. En effet, nous avons souligné une certaine banalisation de la pilule. Désormais,

les femmes de notre étude semblent s'impliquer davantage, notamment en raison des différentes affaires sanitaires que connaît notre pays depuis plusieurs années. Pour autant, les professionnels de santé restent dotés d'un capital confiance important qui leur confère une place de choix dans l'information des femmes. Et en effet, l'information est au cœur de l'action des médecins, et plus particulièrement du médecin généraliste. La délivrance de celle-ci nous permet de favoriser l'échange, de maîtriser (parfois) les craintes potentielles, d'intégrer les patients dans leur prise en charge et ainsi entretenir la confiance au fil des contacts répétés dans le temps. Il semble donc indispensable que les professionnels de santé se réapproprient les données médicales à impact sanitaire potentiellement majeur, afin d'anticiper ce genre d'affaire au moyen de mesures préventives.

Finalement, on s'aperçoit que 2 à 3 ans après la médiatisation autour des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations, l'impact de cette affaire est minime. Mais à la lumière de ce travail, quelques propositions sont suggérées ici afin d'adapter notre attitude pratique en matière de contraception.

Premièrement, il semble indispensable de prendre du temps lors de la consultation. Cependant, comme nous l'avons déjà souligné, la population cible est jeune, souvent en activité, et ne consulte que lorsque survient une pathologie aiguë ; la demande de contraception est ainsi presque formulée au pas de la porte, en fin de consultation. Il conviendrait de faire accepter aux femmes, de consacrer une consultation uniquement et spécifiquement dédiée à la contraception, et non une prise en charge à la « sauvette » au sein d'une consultation pour divers motifs. Il s'agirait de mettre en place ce type de consultation à titre systématique lors de l'initiation d'une contraception et secondairement avec une fréquence annuelle (au moment du renouvellement) afin de faire une mise au point et une réévaluation de la contraception. Ces consultations seraient l'occasion de multiplier les messages et notamment des rappels sur des notions clés telles que l'attitude en cas d'oubli. En effet, il semble important de ne pas considérer les connaissances comme acquises, même en présence d'un niveau socio-culturel élevé, puisque comme nous l'avons vu, les méconnaissances et les fausses croyances continuent de circuler encore aujourd'hui.

Deuxièmement, il semble essentiel de tenter de faire connaître les sites fiables en matière de contraception, qui sauraient être utiles aux femmes en pratique courante. Ces sources d'information validées sont des outils précieux qu'il faut continuer à promouvoir via des affiches ou des brochures en salle d'attente, ou encore sous forme de carte « mémo » qui pourrait être remise lors de la consultation dédiée à la contraception, comme cela existe déjà pour l'attitude à adopter en cas d'oubli de pilule.

Enfin et surtout, il s'agirait de faire davantage connaître les compétences du médecin généraliste dans ce domaine encore considéré comme relevant de la spécificité du gynécologue. Les pouvoirs publics ont-ils un rôle à jouer dans cette information ? Probablement, mais les médecins généralistes eux-mêmes semblent devoir faire leur propre promotion puisque cette question touchant à l'intimité, n'est pas abordée par tous et chaque praticien n'intègre pas nécessairement la gynécologie à sa pratique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Document de synthèse [Internet]. Avril 2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World contraceptive use 2011 [Internet]. Avril 2011. Disponible sur : www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm
3. Assemblée Nationale. 1967, la pilule devient légale [Internet]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967_legalisation_pilule/index.asp
4. Gompel A. La contraception œstroprogestative remise en cause ? Presse Med 2013;42(3):249-52.
5. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Quelle est la situation actuelle des pilules œstroprogestatives en France ? [Internet]. 2013. Disponible sur : [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Quelle-est-la-situation-actuelle-des-pilules-estroprogestatives-en-France/\(offset\)/1](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Quelle-est-la-situation-actuelle-des-pilules-estroprogestatives-en-France/(offset)/1)
6. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Quelles ont été les principales étapes de la réévaluation des pilules œstroprogestatives ? [Internet]. 2013. Disponible sur : [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Quelles-ont-ete-les-principales-etapes-de-la-re-evaluation-des-pilules-estroprogestatives/\(offset\)/2](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Quelles-ont-ete-les-principales-etapes-de-la-re-evaluation-des-pilules-estroprogestatives/(offset)/2)
7. Haute Autorité de Santé. Réévaluation des contraceptifs oraux de 3^{ème} génération [Internet]. Octobre 2007. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-11/reevaluation_des_contraceptifs_oraux_de_3eme_generation.pdf
8. Haute Autorité de Santé. Contraceptifs oraux de troisième génération. Réévaluation [Internet]. Juin 2012. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/annexe_reevaluation_c3g.pdf
9. Cabut S, Krémer P, Santi P. Alerte sur la pilule de 3^{ème} et 4^{ème} génération. Le Monde [Internet]. Décembre 2012. Disponible sur : http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/12/14/alerte-sur-la-pilule-de-3e-et-4e-generation_1806520_1651302.html
10. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Quelles sont les actions que l'ANSM a mis en place pour limiter le risque thromboembolique lié aux pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations ? [Internet]. 2013. Disponible sur : [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Quelles-sont-les-actions-que-l-ANSM-a-mis-en-place-pour-limiter-le-risque-thromboembolique-lie-aux-pilules-de-3eme-et-4eme-generations/\(offset\)/6](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Quelles-sont-les-actions-que-l-ANSM-a-mis-en-place-pour-limiter-le-risque-thromboembolique-lie-aux-pilules-de-3eme-et-4eme-generations/(offset)/6)
11. Paitraud D. Pilules de troisième génération : déremboursement effectif au 31 mars 2013 [Internet]. Vidal: la base de données en ligne des prescripteurs libéraux. 2013. Disponible sur : https://www.vidal.fr/actualites/5897/pilules_de_troisieme_generation_deremboursement_effectif_au_31_mars_2013/

12. Bieber Hatry ML. Contraception : vécu et besoins des adolescentes en Eure et Loir [Thèse d'exercice de médecine]. Tours : Université François Rabelais; 2013.
13. Bonduaeux L. Connaissances des risques et des bénéfices de la pilule œstroprogestative des femmes de 18 à 50 ans dans la région Nord-Pas-de-Calais : approche qualitative [Thèse d'exercice de médecine]. Lille 2 : Université Henri Warembourg; 2014.
14. Collard Donger F. Sources d'information et moyens d'amélioration des connaissances sur la pilule œstroprogestative des femmes de 18 à 50 ans dans la région Nord-Pas-de-Calais : approche qualitative [Thèse d'exercice de médecine]. Lille 2 : Université Henri Warembourg; 2014.
15. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142-5.
16. Touboul P. Séminaire thèse 2011 - Recherche qualitative [Internet]. 2011. Disponible sur : http://www.nice.cnge.fr/article.php3?id_article=418
17. Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [Internet]. 2013. Disponible sur : <http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
18. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. PCS 2003 - Niveau 4 - Liste des professions [Internet]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/liste_n4.htm
19. Drapeau M. Critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*. 2004;10(1):79-86.
20. Chamboredon H, Pavis F, Surdez M, Willemez L. S'imposer aux imposants. A propos de quelques obstacles rencontrés par les sociologues débutants dans l'usage et la pratique des entretiens. *Genèses*. 1994;16(1):114-32.
21. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris: Nathan; 1992 : 125 p.
22. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale [Mémoire de médecine générale]. Lyon; 2004.
23. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Contraception : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Dossier de presse. Octobre 2011 : 18 p.
24. Davie E. Un premier enfant à 28 ans. *Insee Première*. 2012;1419.
25. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Evolution de l'utilisation en France des COC et autres contraceptifs de 01/2013 à 04/2014 - Rapport ANSM (23.06.2014) [Internet]. 2014. Disponible sur : [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Quelle-est-la-situation-actuelle-des-pilules-estroprogestatives-en-France/\(offset\)/1](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Quelle-est-la-situation-actuelle-des-pilules-estroprogestatives-en-France/(offset)/1)
26. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La féminisation : une chance à saisir [Internet]. Conseil national de l'Ordre des médecins. Mars 2006. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-feminisation-une-chance-saisir-588>
27. Diard M. Niveau d'information et de connaissance des femmes sur la contraception en général et sur leur propre contraceptif. [Thèse d'exercice de médecine]. Amiens : Université de Picardie; 2010.

28. Lidegaard O, Lokkegaard E, Jensen A, Wessel Skovlund C, Keiding N. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *N engl J Med.* 2012;366(24):2257-66.
29. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Comment aider une femme à choisir sa contraception ? Document réservé aux professionnels de santé - Etat des connaissances [Internet]. Septembre 2013. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>
30. Haute Autorité de Santé. Contraception : prescription et conseils aux femmes. Fiche Mémo [Internet]. Juillet 2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf
31. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Les français et la contraception. Présentation BV pour l'INPES [Internet]. Mars 2007. Disponible sur : http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.choisirsacontraception.fr%2Fpdf%2Ffrançais_et_contraception.pdf&ei=Yr8rVNqWKtXjaq76gdqP&usq=AFQjCNFrDuilDZRd9o_CmaMbj7RcuWW9w
32. Lamande T. L'information détenue par les patientes leur permet-elle de gérer correctement un oubli de pilule ? [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Nantes; 2013.
33. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Contraception : que savent les français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux. [Internet]. Juin 2007. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/07/cp070605.asp>
34. Hermange MT, Ambroise-Thomas P, Couturier D, Loisançe D. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Enquête réalisée par l'Institut BVA pour l'Académie Nationale de Médecine. [Internet]. Mars 2008. Disponible sur : http://urpsmla.org/IMG/pdf_BVA_Generalistes_2008.pdf
35. Mourton E. Représentations sociales du médecin généraliste dans la population lorraine en 2013. Connaissance de la population sur le métier de médecin généraliste. [Thèse d'exercice de médecine]. Nancy : Université de Lorraine; 2013.
36. CSA, Europ Assistance. Baromètre Santé & Société. Evaluation du système de santé et de la qualité des soins. 2013 : 7^{ème} vague du baromètre [Internet]. Octobre 2013 : 84 p. Disponible sur : <http://www.csa.eu/multimedia/data/sondages/data2013/opi20131014-barometre-europ-assistance-2013-26-aout.pdf>
37. Corre S. Représentations sociales du médecin généraliste dans la population lorraine en 2013. Connaissance de la population sur le métier de médecin généraliste. [Thèse d'exercice de médecine]. Nancy : Université de Lorraine; 2013.
38. Société Française de Médecine Générale. Le patient et son généraliste "médecin traitant" [Internet]. Septembre 2010 : 13 p. Disponible sur : http://www.sfm-g.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_lepatient_medtrait_vf0af76.pdf
39. Wonca Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille [Internet]. Wonca Europe; 2002 : 52 p. Disponible sur : http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_files/file_manager/congres_clermont_2013/Definition_Europeenne_de_la_Medecine_Generale_Wonca_Europe_2002.pdf

40. Gautier A., dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : 266 p.
41. Zumsteeg S, Kraus F. La bonne image des généralistes [Internet]. 2007. Disponible sur : <http://www.ipsos.fr/decrypter-societe/2007-02-28-bonne-image-generalistes>
42. Amsellem-Mainguy Y. Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé. Santé Publique. 2011;23(2):77-87.
43. Dillner L. Pill scare linked to rise in abortions. BMJ. 1996;312:996.
44. Crocis M. Médiatisation et débat de décembre 2012 à propos des effets thromboemboliques des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations : impact à 2 ans sur les habitudes contraceptives des femmes en Normandie. [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Rouen; 2015.
45. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, Equipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population & Sociétés. Mai 2014;511:1-4.
46. Guibert H. Les répercussions de la médiatisation concernant les risques de thrombose veineuse liés aux pilules œstroprogestatives. Quelles conséquences sur les pratiques contraceptives des femmes ? [Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-femme]. Université de Nantes; 2015.
47. Médicament : que disent aujourd'hui les Français ? 4^{ème} observatoire sociétal du médicament réalisé par IPSOS pour le Leem. [Internet]. 2014. Disponible sur : <http://www.leem.org/observatoire-societal-du-medicament-ipsos-pour-leem-4eme-edition-2014>
48. Merviel P. Arrêtons le jeu de massacre... Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2013;41(4):211-2.
49. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Quelles sont les données sur le risque thromboembolique veineux issues des études de pharmaco-épidémiologie ? [Internet]. 2013. Disponible sur : [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Quelles-sont-les-donnees-sur-le-risque-thromboembolique-veineux-issues-des-etudes-de-pharmacoepidemiologie/\(offset\)/5](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Quelles-sont-les-donnees-sur-le-risque-thromboembolique-veineux-issues-des-etudes-de-pharmacoepidemiologie/(offset)/5)
50. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Etude de l'impact de la modification récente des méthodes de contraception sur la survenue d'embolies pulmonaires chez les femmes de 15 à 49 ans - Point d'Information [Internet]. Novembre 2014. Disponible sur : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etude-de-l-impact-de-la-modification-recente-des-methodes-de-contraception-sur-la-survenue-d-embolies-pulmonaires-chez-les-femmes-de-15-a-49-ans-Point-d-Information>
51. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Vous et... vos contraceptifs œstroprogestatifs. Brochure à destination des patientes [Internet]. Janvier 2014. Disponible sur : [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Actualite/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Actualite/(offset)/0)
52. Bizouarn P. Le médecin, le malade et la confiance. Ethique & Santé. 2008 Sep;5(3):165-72.
53. Hammer R. La confiance dans son médecin. Primary Care. 2006;6(18):337-9.
54. Goold SD. Money and trust: relationships between patients, physicians, and health plans. J Health Polit Policy Law. 1998;23(4):687-95.

55. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Pilules œstroprogestatives et risque thrombotique. [Internet]. 2013. Disponible sur : [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Actualite/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Actualite/(offset)/0)
56. Haute Autorité de Santé. Bon usage du médicament. Contraceptifs oraux œstroprogestatifs : préférez les "pilules" de 1^{ère} ou 2^{ème} génération [Internet]. Novembre 2012. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/contraceptis_oraux_3_g_fiche_bum.pdf
57. Pilule contraceptive : crise bénéfique. Prescrire. 2015;35(378):297.
58. Naffrechoux C. Génération du doute de la prescription du médecin par une information relatée dans les médias. [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Clermont-Ferrand; 2014.
59. Observatoire sociétal du médicament 2015 : 5^{ème} vague d'étude menée par Ipsos pour le Leem sur le rapport des Français aux médicaments. [Internet]. 2015. Disponible sur : <http://www.leem.org/sites/default/files/Observatoire-soci%C3%A9tal-du-M%C3%A9dicament2015.pdf>
60. Pirat M. Ressenti des patients face à la prescription des médicaments génériques dans les cabinets de médecine générale de la région PACA [Thèse d'exercice de médecine]. Nice; 2014.
61. Mbarga J, Foley RA, Decollogny A. De la relation pharmaciens-usagers. Reconfigurations et négociations dans une pharmacie suisse. Anthropologie & Santé [Internet]. Octobre 2014. Disponible sur : <https://anthropologiesante.revues.org/1494#tocto2n4>
62. Collins J, Porras J. Built to last : successful habits of visionary companies. Harper Business. 1994. 336 p.

ANNEXE 1 : PLAQUETTE D'INFORMATION (RECRUTEMENT)

Voici la plaquette d'information à destination des patientes, afin de faciliter le recrutement par les professionnels de santé :

- Recto de la plaquette



**TRAVAIL DE THÈSE EN
MÉDECINE GÉNÉRALE**

QUELQUES MINUTES DE VOTRE TEMPS POUR **2 QUESTIONS CLEFS** :

1) Vous AVEZ PLUS DE 18 ANS ?

**2) Vous ÊTES ACTUELLEMENT SOUS PILULE
ŒSTROGESTATIVE OU VOUS EN AVEZ CHANGÉ
(AUTRE PILULE OU AUTRE MÉTHODE CONTRACEPTIVE) ?**

SI VOUS RÉPONDEZ « **OUI** » AUX 2 QUESTIONS CI-DESSUS,
VOTRE PROFIL CORRESPOND A LA POPULATION DE L'ÉTUDE.

**VOUS ÊTES CONCERNÉE MAIS...
... VOUS HÉSITÉZ PEUT-ÊTRE ?**

Euh...?

Lisez la suite... 

- Verso de la plaquette

TRAVAIL DE THÈSE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Je suis interne en médecine générale et j'effectue un travail de thèse sur le **vécu** des femmes de leur contraception orale œstroprogestative et la **relation de confiance** qu'elles ont avec leur médecin généraliste (prescripteur ou non), afin d'étudier l'impact de la récente médiatisation autour des pilules dites de dernières générations.

Pour cela, je dois **recruter** des femmes de plus de 18 ans, consultant leur médecin généraliste, actuellement sous pilule œstroprogestative ou l'ayant été au moment de la médiatisation fin 2012.

Il s'agit ensuite de réaliser des entretiens **anonymes** et **confidentiels** avec chaque femme volontaire, afin de recueillir l'expérience de chacune, et ainsi obtenir les informations nécessaires à l'étude du sujet.

Une fois les données de ces entretiens retranscrites et analysées, vous pourrez, si vous le souhaitez, être tenue informée des **résultats** de ce travail qui ne peut être mené sans vous...

ALORS... VOUS SOUHAITEZ PARTICIPER ?

Laissez moi vos coordonnées, et je vous contacterai.



Sabrina BROT-CANNETI
Interne en médecine générale

Tél: _____ ou mail: _____

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE QUANTITATIF - VERSION 2

1. Quel âge avez-vous ?

.....

2. Quel est votre niveau d'études ?

Brevet des collèges

BEP / CAP

Baccalauréat

Etudes supérieures

Autre :

3. Quelle est votre profession ?

.....

4. Quelle est votre zone de résidence ?

Urbaine

Semi-rurale

Rurale

5. Combien avez-vous eu d'enfant(s) ?

0

1

2

3

Plus de 3

6. Avez-vous eu recours à l'IVG et/ou fait une / des fausse(s) couche(s) ?

Oui

Non

Si oui, précisez :

7. Êtes-vous fumeuse ?

- Oui
- Non

8. Concernant votre contraception...

- Qu'utilisez-vous actuellement ?
- Pilule Si oui, quel est son nom ?
 - Stérilet Si oui, quel est son nom ?
 - Préservatif
 - Autre :

Depuis quand ?

.....

- Avez-vous changé récemment ?
- Oui Si oui, que preniez-vous avant ?
 - Non

9. Qui est le prescripteur de votre contraception ?

- Médecin généraliste
- Gynécologue
- Autre :

10. Caractéristiques de votre médecin prescripteur :

- Sexe : Homme Femme
- Tranche d'âge : 30-40 ans 40-45 ans 45-50 ans 50-55 ans > 55 ans
- Type d'activité : Urbaine Semi-rurale Rurale Secteur 1 Secteur 2
- Mode d'exercice : Seul Associé Spécialisation en gynécologie

ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN - VERSION 3

Introduction avec présentation de l'étude

Tout d'abord, je tiens à vous remercier de votre participation à cette étude qui constitue mon travail de thèse en médecine générale. Sachez que tout ce qui sera dit et enregistré durant cet entretien, restera anonyme et strictement confidentiel. L'objectif de cette méthode de travail par entretien dit semi-dirigé, est de recueillir votre expérience personnelle, vos opinions, vos réactions, vos attitudes et vos besoins vis-à-vis du sujet que nous allons aborder.

Notre sujet concerne la contraception orale œstroprogestative communément appelée « pilule ». L'objectif principal de ce travail est d'étudier le vécu de la contraception orale œstroprogestative par les patientes majeures consultant en médecine générale. Secondairement, nous souhaiterions étudier la confiance envers le corps médical, et mettre en évidence des pistes qui sauraient être utiles aux praticiens, afin d'adapter leur discours aux besoins et aux interrogations des femmes de leur patientèle sur la contraception.

Initialement, je vous laisserai compléter un document avec quelques questions générales afin de mieux vous connaître, puis nous aborderons différents thèmes se rapportant à notre sujet d'étude. Vous pouvez répondre en toute sincérité, selon ce que vous pensez ou croyez, sans craindre d'être jugée.

Tout d'abord, nous allons commencer par quelques questions sur la pilule...

I. CONNAISSANCES GENERALES SUR LA PILULE

Pourriez-vous me dire comment ça marche ?

⇒ Objectif ? Mécanismes ? Mode de prise ? Et en cas d'oubli ?

Que pensez-vous personnellement de son efficacité ?

⇒ Selon vous, est-ce un des meilleurs moyens de contraception ? Y en a-t-il d'autres ?

Ce mode de contraception vous convient-il ? Vous semble-t-il adapté à votre situation / mode de vie ?

⇒ Quels avantages ? Des contraintes ? Comment faites-vous en pratique ?

Avez-vous entendu parler de génération de pilule ?

⇒ Avez-vous entendu parler de 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} ou 4^{ème} génération ?

⇒ Justement, que vous évoque le terme de « génération » d'une pilule ?

⇒ Pouvez-vous me dire de quelle génération est votre contraceptif oral œstroprogestatif ?

En dehors de la pilule, quelle est la place des autres moyens de contraception dans votre vie sexuelle ?

⇒ *En utilisez-vous ? Si oui, lesquels (préservatifs, contraception d'urgence...) et pourquoi ?*

Pour aller un peu plus loin sur la pilule, j'aimerais que nous évoquions ses risques potentiels.

II. RISQUES POTENTIELS ET EFFETS INDESIRABLES / SECONDAIRES

Pensez-vous qu'il y ait des dangers pour la santé lorsque l'on est sous pilule ?

Selon vous, à quels risques s'expose-t-on quand on prend la pilule ?

Pensez-vous que les risques soient identiques pour toutes les pilules ?

Et vous, vous sentez-vous concernée par ces risques ? Pour quelles raisons ?

Selon vous, y a-t-il des précautions à prendre avant d'être sous pilule (afin d'éviter les risques) ?

⇒ *Absence de contre-indication ? Tabagisme ? Bilan biologique ?*

Quand on vous parle d'effets indésirables sous pilule, à quoi pensez-vous ?

⇒ *Pensez-vous en avoir déjà eu ? Que vous êtes-vous dit alors (ce n'est rien, j'arrête...) ?*

Désormais, je souhaiterais que nous abordions le thème de l'information autour de la contraception.

III. INFORMATION AUTOUR DE LA CONTRACEPTION

Avez-vous des questions sur la contraception ?

⇒ *Les avez-vous posées ? A qui ? Si non, pour quelles raisons ?*

D'où tirez-vous vos connaissances actuelles en termes de contraception ?

⇒ *Médecins (généraliste, gynécologue) ? Famille ? Amies ? Forums ou web ?*

Où pensez-vous trouver des informations relatives à votre contraception, auxquelles vous pourriez vous référer en cas de doute ou d'interrogations nouvelles ?

Quelles seraient vos suggestions pour améliorer l'information autour de la contraception ?

Si vous le permettez, j'aimerais rebondir sur ce thème de l'information pour avoir votre perception de la médiatisation autour des pilules de dernières générations qui a secoué le monde médical fin 2012.

IV. VECU DE LA CONTROVERSE

Qu'avez-vous entendu et compris de la campagne d'information autour des pilules œstroprogestatives ?

Qu'avez-vous retenu des dangers / des risques ?

Quelle a été votre réaction, ou même quelles ont été vos réactions suite à la controverse ?

⇒ *Inquiétude, interrogations, indifférence ?*

⇒ Consultation auprès de votre médecin, recours à internet, discussion avec des proches ?

⇒ Arrêt brutal de votre contraceptif oral œstroprogestatif, poursuite ou changement ?

Qu'est-ce que cela a changé pour vous en pratique, en termes de prescription ?

⇒ Cela vous a-t-il conduit à changer de méthode contraceptive ?

⇒ Cela vous a-t-il conduit à changer de mode de vie ?

⇒ Cela vous a-t-il conduit à arrêter la pilule ?

Comment s'est passé le changement ? Quel est votre vécu et quel est votre avis sur la question ?

Enfin, je souhaiterais connaître votre position concernant le corps médical dans cette affaire.

V. POSITION VIS-A-VIS DES PRESCRIPTEURS ET RAPPORT AU MEDICAMENT

Quelle est la place / position de votre médecin généraliste par rapport à la contraception ?

⇒ Pouvez-vous en discuter avec lui / elle ?

⇒ Pensez-vous qu'il / elle est au courant et qu'il / elle maîtrise la situation ?

⇒ Lors de la « tempête médiatique », l'avez-vous senti disponible ? A l'écoute ?

Comment voyez-vous votre médecin généraliste ? Quelle(s) représentation(s) vous en faites-vous ?

⇒ Expert / référent en matière de santé ? Egal avec qui l'on peut discuter ? ...

Selon vous, est-ce que cette « affaire » a modifié la confiance que l'on peut avoir envers...

⇒ Les médecins ? Les médicaments ? Les pharmacies ? L'industrie pharmaceutique ?

⇒ Selon vous, en quoi les choses ont changé ?

Comment percevez-vous une relation basée sur la confiance ?

⇒ Selon vous, qu'est-ce qui favorise ou non la confiance ?

⇒ Selon vous, qu'est-ce qui fait que vous avez ou non confiance ?

Est-ce que cette « affaire » vous a conduit à modifier votre attitude par rapport aux nouvelles prescriptions (médicament en médecine générale) ? Et par rapport au médecin généraliste ?

Avant de finir cet entretien y a-t-il autre chose que vous voudriez dire d'important ?

Formule de remerciements de la participation avec proposition de retour des résultats

Nous arrivons au terme de l'entretien. Je vous remercie à nouveau de votre participation à cette étude et du temps que vous avez su m'accorder. D'autres entretiens vont être menés, retranscrits puis

analysés avant de pouvoir tirer des conclusions. Au terme de ce travail, vous pourrez, si vous le souhaitez, être tenue informée des résultats.

AUTEUR : Sabrina BROT-CANNETI

DATE DE SOUTENANCE : Jeudi 28 avril 2016

TITRE DE LA THESE : Contraception orale œstroprogestative : vécu et impact de la médiatisation autour des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations - Etude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés menés auprès de 20 femmes majeures dans les Alpes-Maritimes.

THESE : Médecine, Nice, 2016

CADRE DE CLASSEMENT : DES de Médecine Générale

MOTS CLEFS : contraception orale œstroprogestative, contraceptifs oraux combinés, 3^{ème} et 4^{ème} générations, médiatisation, vécu, confiance, médecine générale, étude qualitative

RESUME DE LA THESE

Introduction : Fin 2012, la France traverse une nouvelle affaire sanitaire suite à la médiatisation du surrisque thromboembolique associé aux pilules œstroprogestatives de 3^{ème} et 4^{ème} générations. Nous avons cherché à étudier l'impact de celle-ci sur les connaissances des femmes, leurs habitudes contraceptives, leurs sources d'information, leur vécu de cette controverse et les conséquences sur la confiance avec leurs praticiens notamment.

Matériel et méthodes : Etude qualitative basée sur l'analyse d'entretiens semi-dirigés menés auprès de 20 femmes majeures des Alpes-Maritimes, sous contraception orale œstroprogestative au moment de la médiatisation autour des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations.

Résultats : Notre étude montre des connaissances floues sur la pilule œstroprogestative et certaines fausses croyances perdurent. Malgré tout, les femmes de notre étude sont globalement satisfaites de leur pilule qui fait partie intégrante de leur quotidien, bien que certaines suggèrent qu'elle ne constitue pas nécessairement le meilleur moyen contraceptif. En termes d'information en matière de contraception, les médias de plus en plus visibles et accessibles détrônent les autres sources reconnues que sont le corps médical, le cercle familial et le milieu scolaire. Pour autant, la controverse n'a pas passionné notre échantillon, même si une partie de nos patientes a dû changer de contraception. En termes de confiance, celle-ci semble inébranlable vis-à-vis du médecin généraliste bien qu'il ne soit que trop rarement intégré au parcours contraceptif de nos patientes. En revanche, cette médiatisation a entaché un peu plus l'image négative de l'industrie pharmaceutique.

Conclusion : L'impact de la médiatisation autour des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations semble minime à presque 3 ans. A la lumière de ce travail, nous suggérons la création d'une consultation spécifique pour la contraception avec le temps nécessaire pour transmettre les messages clefs. Les connaissances ne doivent pas être considérées comme acquises et les rappels nombreux. Les outils dont nous disposons doivent être promus, de même que les compétences des médecins généralistes dans ce domaine.

COMPOSITION DU JURY

Président de jury : Pr Olivier GUERIN

Asseseurs : Pr Jérôme DELOTTE, Pr Gilles GARDON, Pr Jean-Louis SADOUL

Directrice de thèse : Dr Brigitte MONNIER