



HAL
open science

Pilule œstro-progestative : pour ou contre

Justine Gavarry

► **To cite this version:**

Justine Gavarry. Pilule œstro-progestative : pour ou contre. Gynécologie et obstétrique. 2020.
dumas-03001837

HAL Id: dumas-03001837

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03001837>

Submitted on 12 Nov 2020

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

École de Maïeutique

PILULE OESTRO-PROGESTATIVE : POUR OU CONTRE ?

Présenté et publiquement soutenu

Le 06.04.2020

Par

GAVARRY Justine
Né(e) le 27.06.1996

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme
Année universitaire 2019/2020

Membres du jury :

- HASSLER Pascale, sage-femme enseignante
- NINA Cécile, sage-femme enseignante (directrice de mémoire)
- ROCHETTE Aurélie, sage-femme praticienne

École de Maïeutique

PILULE OESTRO-PROGESTATIVE : POUR OU CONTRE ?

GAVARRY Justine
Né(e) le 27.06.1996

**Mémoire présenté pour l'obtention du
Diplôme d'état de Sage-Femme**

Année universitaire 2019-2020

Validation 1^{ère} session 2020 : oui non

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation 2^{ème} session 2020 : oui non

Mention :

Visa et tampon de l'école



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

École de Maïeutique

PILULE OESTRO-PROGESTATIVE : POUR OU CONTRE ?

Présenté et publiquement soutenu

Le 06.04.2020

Par

GAVARRY Justine
Né(e) le 27.06.1996

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme
Année universitaire 2019/2020

Membres du jury :

- HASSLER Pascale, sage-femme enseignante
- NINA Cécile, sage-femme enseignante (directrice de mémoire)
- ROCHETTE Aurélie, sage-femme praticienne

REMERCIEMENTS

A ma directrice de mémoire et sage-femme enseignante, Cécile NINA, pour son soutien, son accompagnement, et sa bienveillance tout au long de ce travail,

A Marie-Pierre BALZING, pour son implication dans la méthodologie de ce mémoire,

A l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'EU3M,

A mon fiancé Tony,

A mes parents,

A ma sœur Steph,

A Mahée et Mila,

A mes amies, devenues mes sœurs : Perine, Valentine, Coline, Marie et Léa.

Si ce mémoire a vu le jour,

C'est grâce à vous,

Merci du fond du cœur.

SOMMAIRE

Avant-propos	p.8
Introduction	p.11
Matériels et Méthodes	p.16
• Type de recherche	p.16
• Durée de l'étude	p.17
• Population à l'étude	p.17
• Sélection des sources bibliographiques	p.18
• Recueil de données	p.19
• Catégorisation des données	p.20
Résultats	p.21
• Sélection des sources	p.21
• Positionnement des sources	p.22
• Les arguments	p.23
• Répartition des arguments utilisés en fonction des sources	p.29
• Répartition des « Arguments en faveur »	p.31
• Répartition des « Arguments en défaveur »	p.33
• Répartition des « Arguments effets secondaires »	p.35
• Répartition des « Arguments effets nocifs »	p.37
• Top 10 des arguments les plus utilisés	p.39
Analyse et Discussion	p.41
• Biais et limites	p.41
• Véracité des arguments	p.42
• Les Français et les médias	p.69
• Quels moyens mettre en place pour une meilleure information ?	p.75
Conclusion	p.84
Bibliographie	p.86
Annexes	

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

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

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CHC : Contraceptions Hormonales Combinées

COC : Contraceptifs Oraux Combinés

CV : Cardio-vasculaire

DGS : Direction Générale de la Santé

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DPC : Développement Professionnel Continu

EE : Ethinylestradiol

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papillomavirus

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

KC : Cancer

LNG : Lévonorgestrel

MVTE : Maladie Veineuse Thromboembolique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RR : Risque Relatif

SMR : Service Médical Rendu

SOPK : Syndrome des Ovaires Polykystiques

TE : Thromboembolique

TV : Télévision

POP : Pilule œstro-progestative

VIH : Virus de l'Immunodéficience humaine

AVANT-PROPOS

- **Le scandale de l'acétate de cyprotérone 2 mg et éthinyloestradiol (EE) 35 µg (Diane®35 et ses génériques)**

Ce médicament est un anti-acnéique, commercialisé depuis 1987 par les laboratoires allemands Bayer. Il est destiné aux patientes souffrant d'acné sévère. Mais il contient un progestatif de synthèse, l'acétate de cyprotérone, qui agit comme anti androgénique, et un œstrogène de synthèse, l'EE. Ces deux composants lui prodiguent un effet contraceptif.

Sa notice précisait toutefois qu'il "*n'est pas indiqué dans la contraception orale*" et que "*son efficacité contraceptive n'a pas été évaluée par des études cliniques comme pour les pilules*". Ce médicament faisait d'ailleurs l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) en tant qu'anti-acnéique et non en tant que pilule.

L'acétate de cyprotérone 2 mg et EE 35 µg (Diane®35 et ses génériques) ont été accusés d'être liés à la mort, par thrombose, de quatre patientes en vingt-cinq ans. L'affaire a pris de l'ampleur, sur fond de polémique à propos des risques liés à la prise de pilule de 3^{ème} ou 4^{ème} génération. En décembre 2012, une femme, Marion LARAT, victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) attribué à une pilule de 3^{ème} génération produite par Bayer a déposé plainte en France (RASPLUS, 2013).

En février 2013, la France a lancé une procédure européenne de réévaluation du rapport bénéfice/risque des spécialités contenant l'association acétate de cyprotérone et EE (Diane®35 et ses génériques) commercialisées en France depuis 1987. Cette procédure s'est inscrite dans un contexte de réévaluation du rapport bénéfice/risque des contraceptifs oraux.

Les données de pharmaco-épidémiologie montraient en effet un risque thromboembolique (TE) veineux multiplié par quatre chez les femmes recevant de l'acétate de cyprotérone et EE, par rapport aux femmes ne prenant ni cette association, ni contraception orale. Il faut rappeler que ce risque connu avait été à l'origine de plusieurs modifications d'AMM depuis 1995.

De surcroît, les données de vente de l'acétate de cyprotérone 2 mg et EE 35 µg (Diane®35 et de ses génériques) pour l'année 2012 faisaient apparaître une proportion importante de prescriptions en dehors de son AMM (le traitement de l'acné légère à modérée chez la femme). Les médecins généralistes et les gynécologues prescrivaient en effet ces produits majoritairement à visée contraceptive.

Dans l'attente des conclusions de la procédure européenne, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) a suspendu les AMM le 21 mai 2013 en France.

L'arbitrage de la Commission européenne, rendu le 25 juillet 2013, a conclu à un rapport bénéfice/risque favorable de l'acétate de cyprotérone 2 mg et EE 35 µg (Diane®35 et de ses génériques). Cependant, en raison du risque TE connu, l'indication a été restreinte et des mesures de minimisation du risque de ces spécialités ont été renforcées :

- L'indication a été limitée au traitement de deuxième intention de l'acné modérée à sévère dans un contexte d'hyperandrogénie et/ou d'hirsutisme chez les femmes en âge de procréer (après échec d'un traitement topique ou d'un traitement antibiotique systémique). Il a également été précisé que ces spécialités ont une action contraceptive et qu'elles ne doivent donc pas être prescrites en même temps qu'un autre contraceptif hormonal.
- Les informations concernant le risque TE ont été renforcées dans l'AMM (rubriques mises en garde et précautions d'emploi). Les facteurs de risque tels que l'âge, le tabagisme, l'obésité et l'immobilisation prolongée ont donc été pris en compte.

De plus, un plan de gestion des risques a été demandé aux laboratoires concernés, incluant la mise en place de mesures de minimisation du risque et notamment d'études d'utilisation du médicament.

Suite à cette décision européenne, l'ANSM a donc levé la suspension des AMM. Certaines spécialités ont été remises sur le marché français depuis janvier 2014, dans les indications restreintes précitées. Une lettre a été adressée aux professionnels de santé concernés pour les informer de cette remise à disposition avec restriction de l'indication, modification des contre-indications et renforcement des mises en garde [cf. Annexe I].

De plus, a été mis à disposition des professionnels de santé des documents visant à minimiser le risque TE [cf. Annexe II] : un document d'aide à la prescription [cf. Annexe III], ainsi qu'une carte patiente [cf. Annexe IV].

Il faut toutefois préciser que si 13 spécialités étaient disponibles sur le marché français avant la suspension de leurs AMM, seules 3 spécialités sont à ce jour commercialisées depuis leur remise à disposition en janvier 2014 (ANSM, 2014).

INTRODUCTION

La contraception est définie comme une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé (LAROUSSE Dictionnaire).

La pilule contraceptive est un traitement hormonal sous forme de comprimés pris par voie orale et dont l'action est d'empêcher la survenue d'une grossesse non désirée.

La pilule est habituellement constituée de l'association de deux hormones : Œstrogène et Progestérone (contraception œstro-progestative combinée) ou de la Progestérone seule (macro progestatifs ou pilule micro progestative).

Ce mémoire traitera uniquement des pilules œstro-progestatives (POP), couramment désignés par le terme de « pilule ».

On parle de contraceptifs oraux combinés (COC) de 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} ou de 4^{ème} génération en fonction du type de progestatif contenu dans la pilule.

Les COC dits de 1^{ère} génération sont les pilules qui contiennent comme progestatif de la Noréthistérone. Les pilules de 1^{ère} génération sont apparues dans les années 1960, elles sont fortement dosées en œstrogènes. Parmi leurs effets secondaires : le gonflement des seins, les nausées, les migraines, les troubles vasculaires. Noréthistérone/EE (Triella®) a été la dernière pilule de première génération commercialisée en France. Elle a été retirée du marché en 2016.

Les COC dits de 2^{ème} génération sont les pilules qui contiennent comme progestatif du Lévonorgestrel (LNG) ou du Norgestrel. Elles ont été commercialisées depuis 1973.

Les COC dits de 3^{ème} génération sont les pilules qui contiennent comme progestatif du Désogestrel, du Gestodène ou du Norgestimate. Elles ont été mises sur le marché à partir de 1984.

Les autres COC (parfois appelés COC de 4^{ème} génération) contiennent comme progestatif de la Drospirénone, de la Chlormadinone, du Diénogest ou du Nomégestrol. Elles sont apparues en 2001.

L'œstrogène le plus souvent utilisé est l'EE [cf. Annexe V] (ANSM, 2013).

Les pilules de 3^{ème} et de 4^{ème} génération commercialisées à partir des années 80 ont été élaborées pour réduire les effets secondaires liés aux composants de la pilule.

Concernant l'œstrogène, la diminution progressive de leurs doses, passant progressivement de 50 à 40, 30, 20 puis à 15 microgrammes, a permis de réduire la fréquence de survenue de douleurs et gonflement des seins (mastodynies), de nausées, de migraines et de troubles vasculaires.

Concernant la progestérone, l'utilisation de nouvelles molécules a permis de réduire les effets dits « androgéniques », de type acné et hyperpilosité (BENCHIMOL, 2015).

Depuis 1967, date de légalisation de la contraception, les méthodes de contraception se sont progressivement diversifiées. Aujourd'hui, les femmes ont ainsi plus d'une dizaine de choix possibles pour trouver la contraception qui convient à leur mode de vie, leur situation affective et médicale. Mais bien que l'éventail de solutions se soit élargi, le même schéma contraceptif demeure : le préservatif à l'entrée dans la sexualité, la pilule au moment de la mise en couple, remplacée par le dispositif intra utérin (DIU), une fois le nombre d'enfants désirés atteint. Ainsi, la contraception en France reste principalement médicalisée.

Même si la pilule reste la méthode de contraception la plus utilisée, en particulier chez les moins de 25 ans, elle connaît une désaffection qui persiste depuis 2012 suite au débat sur les risques liés aux pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération.

En 2010, 45% des femmes utilisaient la pilule comme moyen de contraception, elles n'étaient plus que 40,5% en 2013, et 36,5% en 2016. Cette désaffection profite aux autres moyens de contraception, notamment au DIU, au préservatif et à l'implant (SANTE PUBLIQUE FRANCE, 2017).

Sa fréquence maximale d'utilisation est enregistrée parmi les 15-19 ans (60,4 %) et les 20-24 ans (59,5 %). Son utilisation diminue par la suite pour concerner moins de la moitié (47,8 %) des 25-29 ans et plus qu'un tiers (35,4 %) des 30-34 ans.

En décembre 2012, la plainte déposée par une jeune femme LARAT Marion contre un laboratoire pharmaceutique en raison d'un accident TE veineux survenu alors qu'elle utilisait une POP de 3^{ème} génération a suscité un débat médiatique intense sur la sécurité des contraceptifs. Les risques associés aux méthodes de contraception médicalisées ont alors été mis en avant. Cette « crise de la pilule » a entraîné une modification dans les conditions d'accès à certains composés avec le déremboursement des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération en mars 2013 (SANTE PUBLIQUE FRANCE, 2016).

La polémique sur la pilule a vivement été relayée et entretenue via les médias. La pilule se retrouve incriminée dans des cas d'AVC (PERRIN, 2016), de migraines (BEME, 2016), de prise de poids (MOCQUARD, 2018), de fatigue/dépression (SCHMITT, 2016), de baisse de libido (MASCRET, 2018), de cancers (KC) (BOY-LANDRY, 2017), d'infertilité (MAYER, 2014) et de problèmes environnementaux (ASTIER, 2017).

La polémique concernant la pilule atteint son paroxysme lors de la publication en 2017 du livre « J'arrête la pilule » de la journaliste DEBUSQUAT Sabrina : *« Depuis quinze ans, les femmes se détournent de plus en plus de la pilule, lassées de subir des effets secondaires de ce médicament puissant : dépression, baisse de la libido, migraines... Face à cette désaffection, certains crient au retour en arrière. Pourtant, il devient difficile de fermer les yeux sur les effets de la contraception hormonale : produit cancérigène de première catégorie, perturbateur endocrinien et véritable castration chimique, ses effets sur les femmes, leurs enfants et l'environnement sont extrêmement préoccupants ».*

Les réseaux sociaux jouent un rôle important dans cette controverse. Les Français libèrent dorénavant leurs paroles sur le net. « Pourquoi j'ai arrêté la pilule ? » vidéo publiée par ENJOYPHOENIX, bloggeuse, sur YouTube, aux 3,62 millions d'abonnés en décembre 2018. Cette vidéo a été visionnée plus de 600 000 fois, évoquant « *une libido au ras des pâquerettes* », « *l'impression de ne jamais être vraiment heureuse* ».

« La pilule contraceptive est prescrite systématiquement aux femmes qui cherchent un moyen de contraception. Évidemment, tout le monde sait qu'elle peut avoir des effets secondaires mais les autorités de santé le justifient de manière simple : le bénéfice de la pilule est largement supérieur aux risques encourus en la prenant. Problème : c'est parfaitement faux » (VENESSION, 2014).

En outre, l'efficacité de la POP est également remise en question. Aucun moyen contraceptif n'est efficace à 100 %. L'efficacité est évaluée à partir de la probabilité d'une grossesse non désirée en dépit de son utilisation. On distingue l'efficacité théorique et l'efficacité pratique.

L'efficacité théorique d'une méthode contraceptive se mesure par l'indice de Pearl, indice théorique égal au pourcentage de grossesses "accidentelles" sur un an d'utilisation optimale de la méthode.

On compare cette efficacité théorique, consécutive à l'usage correct de la méthode à l'efficacité pratique, calculée sur l'ensemble de l'échantillon, y compris les couples n'ayant pas respecté la méthode (oubli de prise de la pilule, usage incorrect du préservatif, etc...). Ceci permet d'évaluer le risque de grossesse propre au moyen contraceptif lui-même et le risque propre à son utilisation dans la vie courante.

Un écart important entre l'efficacité théorique et l'efficacité pratique est généralement dû à une utilisation complexe ou contraignante du moyen contraceptif. Ainsi, l'écart entre l'efficacité théorique et pratique est particulièrement grand pour la pilule (en raison des oublis).

L'indice de Pearl ou indice théorique de la POP est de 0,3. Dans son utilisation dans la vie courante, c'est-à-dire son efficacité pratique, l'indice est de 8 [cf. Annexe VI] (AMELI, 2019).

La controverse qui affecte actuellement la POP remet en cause son efficacité contraceptive mais également le danger de ses effets qui seraient largement sous-estimés. Deux opinions s'opposent : d'une part, les protagonistes qui considèrent les effets de la POP comme rares et infondés pour la plupart, et d'une autre, ceux qui les considèrent comme fréquents et invalidants.

La POP est-elle dangereuse pour ses utilisatrices ? Quels sont les réels effets de la POP ? Sont-ils réellement rares ? Comment peut-on faire le tri des « fake-news » qui envahissent les multimédias ?

Toutes ces questions amènent à une question de recherche :

Quels sont les arguments et les points de vue qui entretiennent la controverse concernant la POP en France ?

L'objectif principal de ce mémoire est d'identifier et d'analyser l'ensemble des arguments en faveur et en défaveur qui entretiennent la controverse sur la POP en France.

Les sous-objectifs sont de :

- identifier les questions centrales de la controverse,
- lister les opinions des différents auteurs en relevant leurs points d'accords et de désaccords.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Dans cette partie, seront abordés le type de recherche, la durée et la population de l'étude, puis la sélection des sources bibliographiques, le recueil et la catégorisation des données.

- **Type de recherche**

Ayant pour objectif d'identifier et d'analyser l'ensemble des arguments en faveur et en défaveur de l'utilisation de la POP, l'analyse de controverse s'est révélée la méthode la plus appropriée pour ce thème, sujet à de multiples débats.

La méthodologie qui a été utilisée s'inspire de celle décrite par LATOUR Bruno, philosophe qui a créé la cartographie des controverses à l'École des Mines il y a une quinzaine d'années. Il l'a ensuite développé à Sciences Po Paris afin de permettre aux étudiants de mieux comprendre l'articulation entre science et société (LATOUR, 2011).

« Concrètement, la cartographie des controverses consiste à réaliser une analyse empirique d'une situation contemporaine caractérisée par des oppositions entre des groupes d'acteurs. Elle a pour objectif de décrire un paysage en lui donnant une représentation capable d'en rendre la complexité facilement lisible. Cette description a pour objet une controverse, c'est-à-dire une situation de débat entre plusieurs acteurs à propos de connaissances scientifiques ou techniques qui ne sont pas encore assurées » (SCIENCES PO Controverses, 2007).

« Les controverses ont donc bien quelque chose d'interminable. Ou plutôt, c'est le retour de la controverse qui apparaît « éternel », le dissensus entre pairs n'étant pas le genre de chose en mesure de disparaître, tant du moins que le milieu social ou l'espace institutionnel concerné conserve une relative autonomie. Voilà qui peut expliquer que les controverses ne se terminent jamais, sauf exception, par le verdict définitif et irrévocable d'un juge unanime (LEMIEUX, 2008).

Ainsi l'objectif n'est pas de prendre parti ou d'apporter une réponse, mais de décrire le plus soigneusement possible la dynamique des débats, et les arguments échangés.

- **Durée de l'étude**

L'étude s'est déroulée sur 5 mois, du mois de mai au mois de septembre 2019 inclus.

- **Population à l'étude**

- Critères d'inclusion :

- Toutes les sources qui portaient un avis sur la POP.
- Les sources étant multiples et variées, il a fallu créer une borne temporelle à cette étude. Seules les sources qui ont été publiées après décembre 2012 ont été incluses. En effet, en décembre 2012, Marion LARAT, épileptique, aphasique, et handicapée à 65% à la suite d'un AVC, porte plainte contre un groupe pharmaceutique commercialisant une POP de 3ème génération. Marion LARAT devient l'image de la crise de la pilule (FREOUR, décembre 2012).

- Critères de non-inclusion :

- Les sources qui ont été publiées dans d'autres langues que le Français.
- Les sources qui ont été publiées après décembre 2012.

- Critères d'exclusion :

- Toutes les sources qui ont été recueillies avec les mots-clés sélectionnés qui ne traitaient pas des avantages, inconvénients ou risques de la POP.
- Les sources payantes.
- Les forums de discussion.

- **Sélection des sources bibliographiques**

Le numérique bouscule les pensées, crée le débat, l'échange dans l'instant d'une façon plus sournoise, de façon dissimulée, plus insidieuse et qui peut aussi agir de façon malveillante avec autrui. L'influence est indirecte, mais peut piquer. Internet donne la possibilité aujourd'hui de diffuser d'une manière différente son opinion, sa pensée. Le numérique ouvre la voie au changement et à l'évolution des mœurs. Il mobilise et joue un rôle d'influence au sein de la société, de polémique et de propagande. Avec Internet, la communication et l'accès à l'information se réalisent n'importe où, sans délai hors de l'espace et hors du temps (LAVILLE, 2019).

Les Français « surfent » pour s'informer. En 2019, 44,6 millions de visiteurs uniques se sont rendus chaque mois sur des sites et des applis d'actualité. Ce chiffre représente une augmentation de 22 % de temps passé par rapport à 2018 sur la presse en ligne (SIMON-RAINAUD, 2020).

LARAT Marion déclarait en 2014 : *« J'ai été élue femme de l'année par Marie Claire, France 2 et RTL et d'un coup, je me suis sentie un peu comme une star... Mais surtout, une fois relayée par les médias, ma parole devenait crédible »* (ROLLOT, 2014).

La diffusion de l'information se fait à travers Internet, la radio, la télévision (TV), les interviews, les magazines, les livres...

Ainsi, la polémique déclenchée en décembre 2012 par Marion LARAT concernant la POP est devenue accessible aux Français à travers ces nouvelles sources d'informations.

Pour rappel, l'objectif principal de ce mémoire était d'identifier et d'analyser l'ensemble des arguments en faveur et en défaveur qui entretiennent la controverse sur la POP en France.

Or, tous ces arguments créant la polémique sont diffusés à travers des sources d'informations faisant partie intégrante du quotidien des Français.

Afin de pouvoir répondre aux objectifs de cette étude, les sources ont été très hétérogènes et non issues de bases de données médicales. L'objectif étant de lister tous les arguments auxquels les femmes et plus largement les couples, ont accès en France.

Pour cela, ont été sélectionnées des sources faisant parties intégrantes de la vie quotidienne des Français. 4 catégories en sont ressorties :

- Journaux
- Sites Internet
- TV/Radio
- Ouvrages

Deux journaux ont été choisis : Le Figaro, et le 20 minutes appartenant au top 10 des quotidiens les plus lus par les Français (GROSSET, 2013).

Le journal Le Monde, appartenant lui aussi au top 10 des quotidiens les plus lus par les Français, devait initialement être inclus dans cette étude. Il a par la suite été exclu car un abonnement était nécessaire afin d'accéder aux articles.

Les forums initialement inclus dans cette étude ont également été exclus par la suite. La plupart des forums concernant la POP n'étant plus actifs depuis 2012. Les Français libèrent dorénavant leurs paroles à travers des sources différentes comme les réseaux sociaux, les sites internet et les journaux via interviews (LAVILLE, 2019).

Toutes les sources numériques ont été sélectionnées via Google, moteur de recherche le plus utilisé par les Français en 2019 (DUFFEZ, 2020).

- **Recueil de données**

Les mots-clés qui ont été utilisés sur le moteur de recherche ont été « Pilule et danger », « Pilules et effets indésirables », « Pilule polémique », qui sont apparus comme les plus rapides et faciles à utiliser pour un-e Français-e en quête d'informations concernant la POP.

- **Catégorisation des données**

Au regard du grand nombre de résultats qui ont été trouvés à l'aide des mots-clés, la sélection des sources a été immédiate.

Ainsi, 53 sources ont été sélectionnées pour cette étude.

Afin de pouvoir en extraire les résultats, ces 53 sources ont été classées arbitrairement, en fonction des arguments avancés, selon leur avis concernant la POP.

3 catégories ont été créés [cf. Annexe VII] :

- Pour
- Contre
- Neutre

En parallèle de cette catégorisation, tous les arguments permettant de classer les sources en « Pour », « Contre », « Neutre » ont été listés.

Au total, 105 arguments ont été avancés.

Toujours dans l'objectif de faire émerger les résultats de cette étude, les 105 arguments ont été classés arbitrairement en 4 catégories :

- Arguments en faveur
- Arguments en défaveur
- Arguments effets secondaires
- Arguments effets nocifs

Dans cette étude, « Arguments effets secondaires » et « Arguments effets nocifs » ont été différenciés.

« Arguments effets secondaires » rassemblent tous les arguments invalidants au quotidien mais qui, isolés, ne présentent pas de danger pour l'organisme.

« Arguments effets nocifs » rassemblent tous les arguments dangereux et nuisibles pour l'organisme.

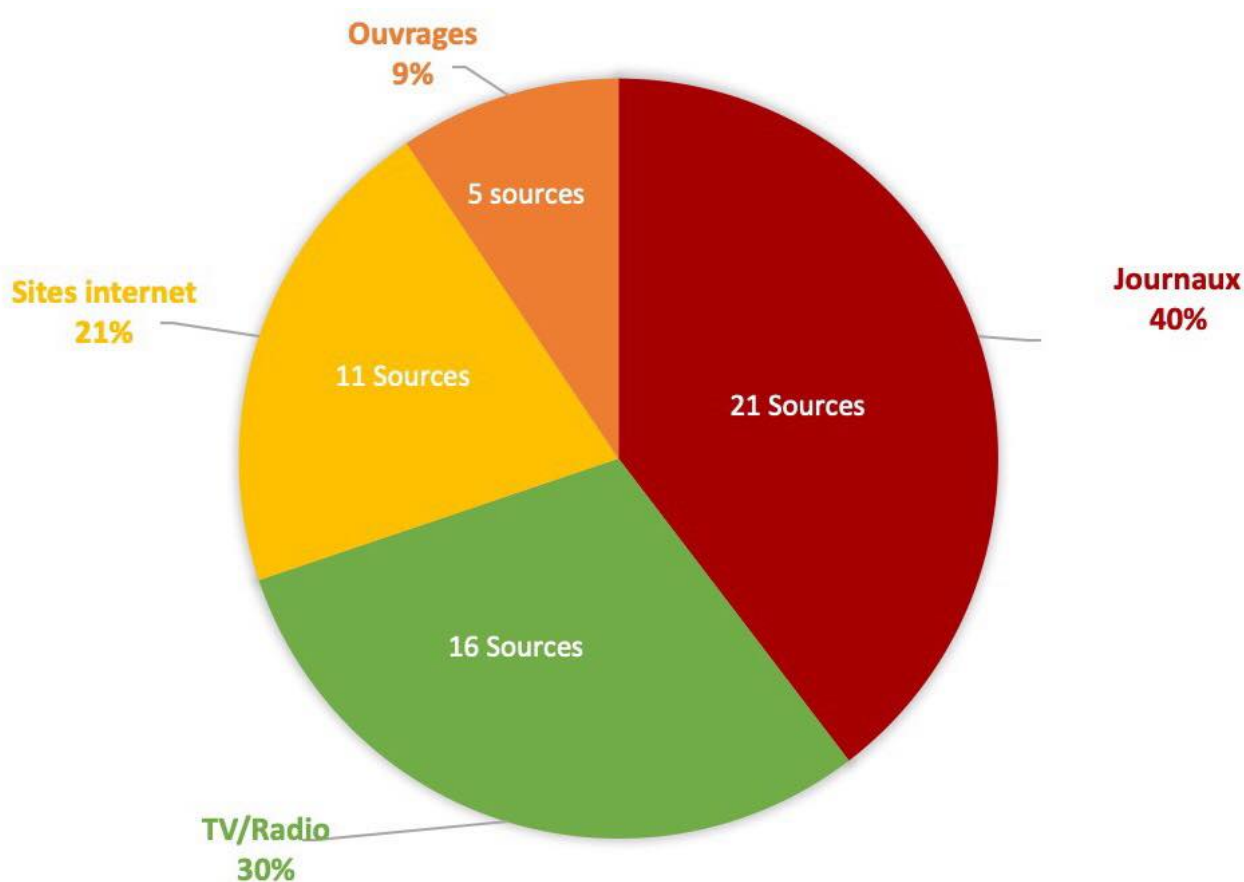
RÉSULTATS

Dans cette partie, seront abordés la sélection et le positionnement des sources, les arguments, leurs catégorisations, ainsi que leurs répartitions en fonction des sources, et enfin, le top 10 des arguments les plus cités.

- **Sélection des sources**

Au total, 53 sources ont été sélectionnées issues de 4 catégories : Journaux, Sites internet, TV/Radio et Ouvrages.

Graphique 1 : Sources sélectionnées (n=53)



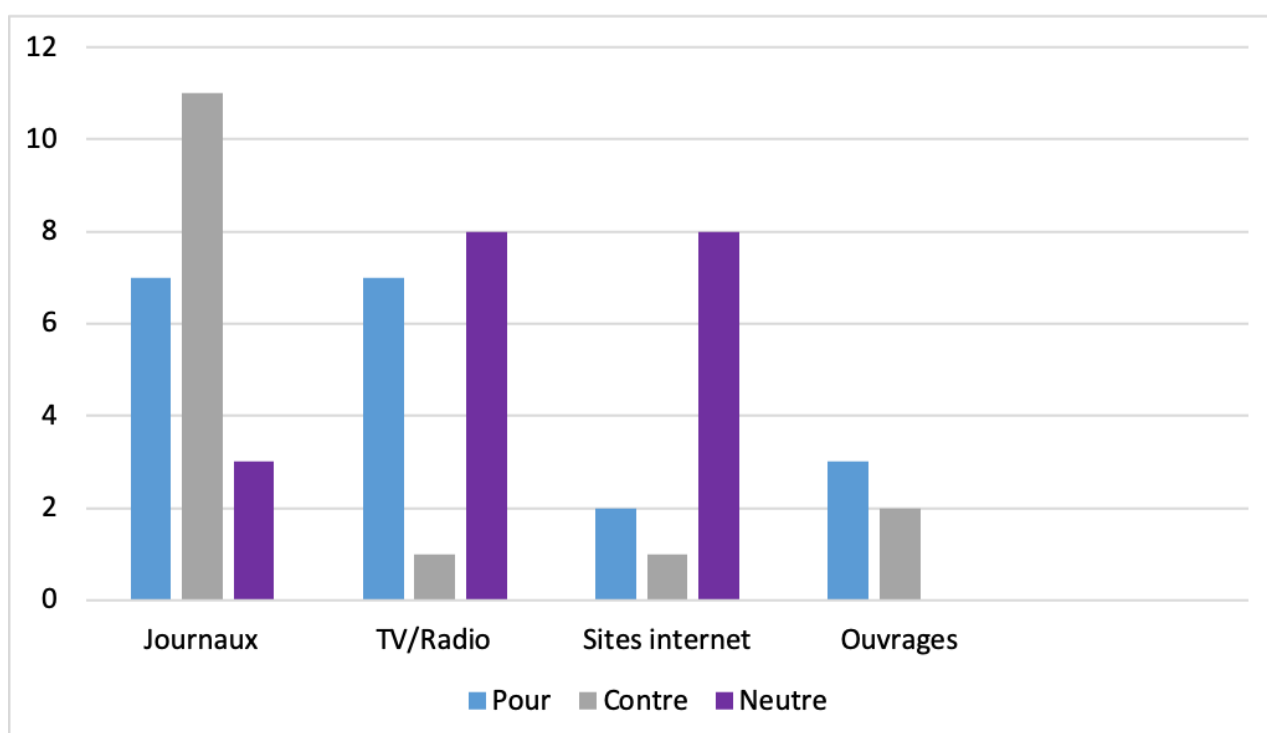
A noter, que près de la moitié des sources sélectionnées sont des sources écrites « papiers ».

▪ Positionnement des sources

En fonction des arguments avancés, les 53 sources ont été classées arbitrairement selon leur avis concernant la POP.

Au cours de cette étude, 3 catégories en sont ressorties : « Pour », « Contre » et « Neutre » [cf. Annexe VII].

Graphique 2 : Positionnement des sources (n=53)



Au total, 19 sources ont été classées « Pour », 15 « Contre », et 19 « Neutre ». Les sources issues des journaux ont été en grande majorité classées dans la catégorie « Contre » (11/21 sources).

La moitié des sources issues de TV/radio et plus de la moitié des sites Internet ont été classées dans la catégorie « Neutre » (respectivement 8/16 et 8/11 sources).

Concernant les ouvrages, aucun n'a été classé « Neutre ». Sur les 5 ouvrages sélectionnés, 3 ont été classés « Pour » et 2 « Contre ».

▪ **Les arguments**

Les sources ont donc été classées en 3 catégories « Pour », « Contre » et « Neutre » comme vu précédemment, en fonction des arguments utilisés.

Au total, 105 arguments ont été listés.

Les arguments ont été classés de manière arbitraire en 4 catégories :

- Arguments en faveur
- Arguments en défaveur
- Arguments effets secondaires
- Arguments effets nocifs

Les catégories « Arguments effets secondaires » et « Arguments effets nocifs » étant eux même subdivisés en sous-catégories en fonction des systèmes concernés.

Ci-dessous, les graphiques n°3 et n°4 illustrent cette catégorisation.

Graphique 3 : Tableau des arguments

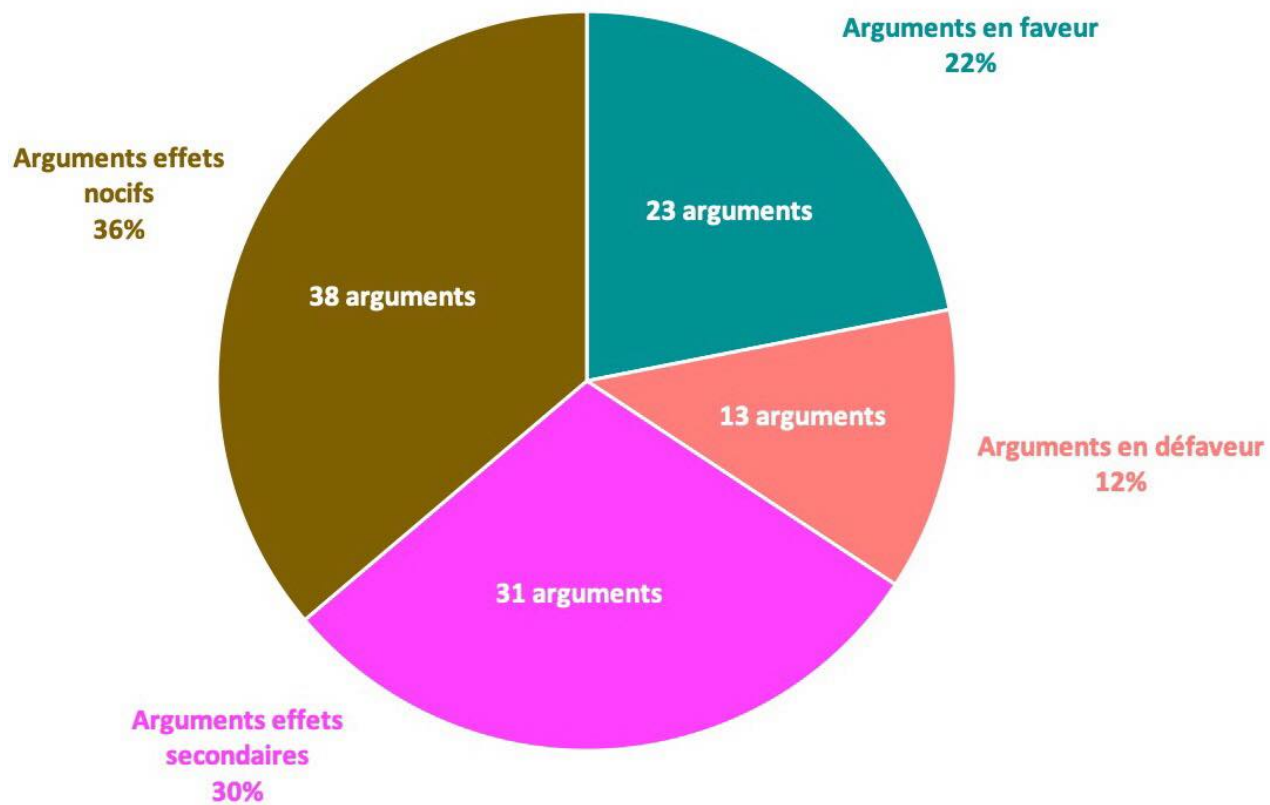
Arguments en faveur =23 arguments	Arguments en défaveur =13 arguments	Arguments effets secondaires =31 arguments	Arguments effets nocifs =38 arguments
<ol style="list-style-type: none"> 1. Augmentation du taux d'IVG depuis la diminution de l'utilisation de la POP 2. Moyen de contraception efficace 3. Instrument de liberté/droit/indépendance de la Femme 4. POP moins dangereuse que l'IVG et la grossesse 5. La plupart sont remboursées 6. Permet de réguler le cycle menstruel : moins de douleurs et saignements 7. Diminution du risque d'anémie 8. Permet un suivi gynécologique régulier 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Risque d'oubli/Prise quotidienne difficile 2. Charge exclusivement féminine 3. Prise quotidienne = dépendance chimique 4. Fruit d'une propagande mondiale 5. En défaveur de l'environnement (féminisation des poissons, diminution du sexe/poids/taille, espérance de vie réduite et extinction des espèces, contaminations des nappes phréatiques) 	<p>Hyperandrogéniques</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Favorise acné 2. Hyperpilosité <p>Cutanés</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Irritation ou éruptions cutanées 4. Séborrhée 5. Sécheresse de la peau 6. Tache de pigmentation (mélasma) <p>Neurologiques</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Vertiges 8. Céphalées <p>Gynécologiques</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Augmentation des pertes vaginales 10. Lubrification vaginale difficile 11. Douleurs pelviennes 12. Métrorragies/spotting 13. Aménorrhée 	<p>KC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Augmentation du KC du foie 2. Augmentation du KC des ovaires 3. Augmentation du KC des voies biliaires 4. Augmentation du KC du sein 5. Augmentation du KC du col de l'utérus <p>Psycho-sexuels</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Augmentation des ruptures conjugales 7. Augmentation des maladies mentales 8. Augmentation de l'autisme chez l'enfant 9. Augmentation des tentatives de suicide 10. Dérèglement de l'attirance amoureuse 11. Dépression <p>Osseux</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Ostéoporose précoce

<p>9. Protège des infections gynécologiques (épaissit la glaire cervicale)</p> <p>10. TRT du SOPK et de l'endométriase</p> <p>11. Augmentation de l'espérance de vie</p> <p>12. Diminution du KC colorectal</p> <p>13. Diminution du KC de l'endomètre</p> <p>14. Diminution du KC de l'ovaire</p> <p>15. Bénéfices > Risques</p> <p>16. Soulage l'acné</p> <p>17. Contraception par voie externe</p> <p>18. Diminution tumeurs bénignes mammaires (adénofibromes, kystes)</p>	<p>6. Est un perturbateur endocrinien</p> <p>7. Certaines POP ne sont pas remboursées</p> <p>8. Refus d'hormones</p> <p>9. Pas efficace à 100%</p> <p>10. POP n'est pas naturelle</p> <p>11. Bénéfices < Risques</p> <p>12. Ne prévient pas des IST</p> <p>13. 3G et 4G sont plus chères pour plus de risques</p>	<p>Psycho-sexuels</p> <p>14. Sautes d'humeurs</p> <p>15. Diminution de la libido</p> <p>Digestifs</p> <p>16. Maux de ventre</p> <p>17. Diarrhée</p> <p>18. Nausées/vomissements</p> <p>19. Troubles de la flore digestive</p> <p>20. Ballonnements</p> <p>Mammaires</p> <p>21. Galactorrhée</p> <p>22. Mastodynie</p> <p>Circulatoires</p> <p>23. Varices</p> <p>24. Jambes lourdes</p> <p>25. Rétention d'eau</p> <p>26. Crampes aux mollets</p> <p>Biologiques</p> <p>27. Modifications lipidiques et glycémiques</p>	<p>Circulatoires</p> <p>13. Augmentation du risque vasculaires (TE+CV)</p> <p>14. Augmentation de la tension artérielle</p> <p>15. Diminution de la tension artérielle</p> <p>16. Augmentation du nombre de décès</p> <p>Biologiques</p> <p>17. Augmente le risque d'anémie</p> <p>18. Entraîne de l'hypercholestérolémie</p> <p>Gynécologiques</p> <p>19. Aggrave endométriose</p> <p>20. Favorise les cystites</p> <p>21. Favorise les infections vaginales et utérines</p> <p>22. Favorise les kystes aux ovaires</p> <p>23. Entraîne une infertilité</p> <p>24. Entraîne une augmentation du volume et de la douleur des fibromes utérins</p> <p>Neurologiques</p> <p>25. Accentue la sévérité de l'épilepsie</p> <p>26. Migraines</p>
---	--	--	--

<p>19. Soulage syndrome prémenstruel (douleur, gonflements, fatigue, céphalées)</p> <p>20. Bien tolérée</p> <p>21. Augmentation mammaire</p> <p>22. Diminution des kystes de l'ovaire</p> <p>23. Protège des hémopathies malignes</p>		<p>Divers</p> <p>28. Prise de poids</p> <p>29. Perte d'odorat et du goût</p> <p>30. Bouffées de chaleur</p> <p>31. Perte de cheveux</p>	<p>Endocriniens</p> <p>27. Favorise le diabète</p> <p>28. Favorise les adénomes de l'hypophyse</p> <p>29. Favorise l'hypothyroïdie</p> <p>Immunitaires</p> <p>30. Crée une dépression immunitaire chronique (aggravation des infections bactériennes/virales/fongiques, des pathologies auto-immunes et neurodégénératives, carences en vitamines et minéraux)</p> <p>31. Déclenche des allergies (alimentaires et autres)</p> <p>32. Accentue la sévérité des crises d'asthme</p> <p>33. Double le risque de transmission du VIH (progestérone est un immunosuppresseur)</p> <p>Digestifs</p> <p>34. Risque augmenté de développer la maladie de Crohn</p>
--	--	--	--

			<p>Oculaires</p> <p>35. Entraîne des troubles oculaires (trouble de la vision car liquide dans la cornée)</p> <p>36. Sécheresse oculaire</p> <p>37. Augmentation du risque de glaucome</p> <p>38. Modifications de la vue pour ceux qui utilisent des lentilles de contact (épaissit la cornée)</p>
--	--	--	--

Graphique 4 : Catégorisation des arguments (n=105)



Au total, seulement 22% des arguments sont en faveur de la pilule.

- **Répartition des arguments utilisés en fonction des sources**

Afin d'identifier quels arguments étaient utilisés en fonction des sources et, de manière à en extraire les résultats, les 4 catégories de sources (Journaux, Sites Internet, TV/Radio, et Ouvrages) ont été croisées avec les 4 catégories d'arguments (Arguments en faveur, Arguments en défaveur, Arguments effets secondaires, Arguments effets nocifs).

Dans la catégorie « Journaux », Le Figaro et le 20 minutes ont été différenciés. Ainsi, 20 tableaux ont été créés [cf. Annexe VIII, IX, X, XI].

Le graphique n°5 ci-dessous illustre ainsi la répartition des 4 catégories d'arguments en fonction des 4 catégories de sources.

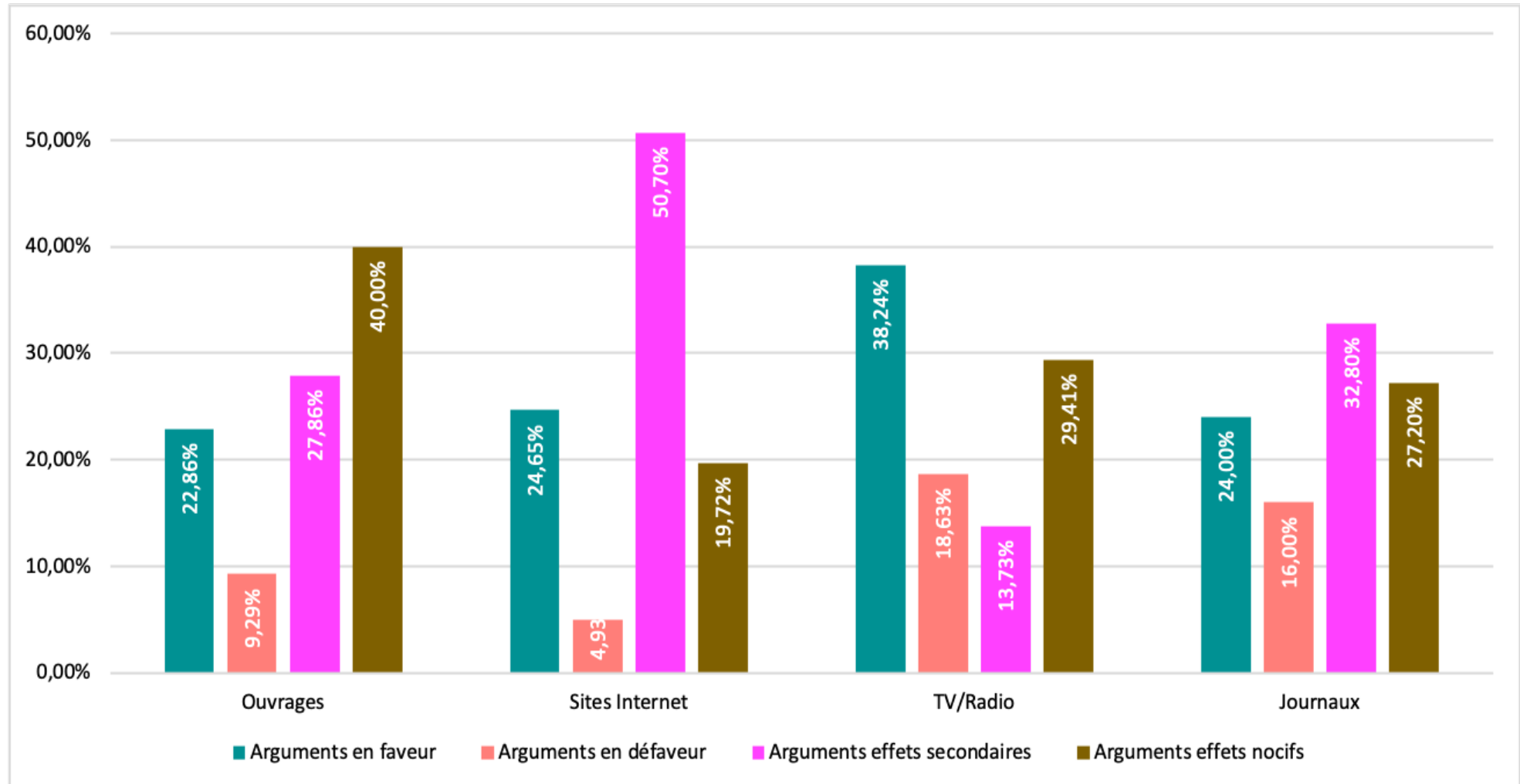
Ainsi, les « Arguments en faveur » ont été les plus utilisés, par ordre décroissant, par la **TV/Radio (38,24%)**, les sites Internet (24,65%), les journaux (24%) et les ouvrages (22,86%).

Les « Arguments en défaveur » ont été les plus utilisés, par ordre décroissant, par TV/Radio (18,63%), les journaux (16%), les ouvrages (9,29%), et les sites Internet (4,93%).

Les « Arguments effets secondaires » ont été les plus utilisés, par ordre décroissant, par les **sites Internet (50,70%)**, les journaux (32,80%), les ouvrages (27,86%), et TV/Radio (13,73%).

Les « Arguments effets nocifs » ont été les plus utilisés, par ordre décroissant, par les **ouvrages (40%)**, TV/Radio (29,41%), les journaux (27,20%), et les sites Internet (19,72%).

Graphique 5 : Répartition des arguments utilisés en fonction des sources (n= 509)



▪ **Répartition des « Arguments en faveur »**

Le graphique n°6 ci-dessous permet d'identifier à quelle fréquence les « Arguments en faveur » ont été cités ainsi que leur répartition au sein des 4 catégories de sources.

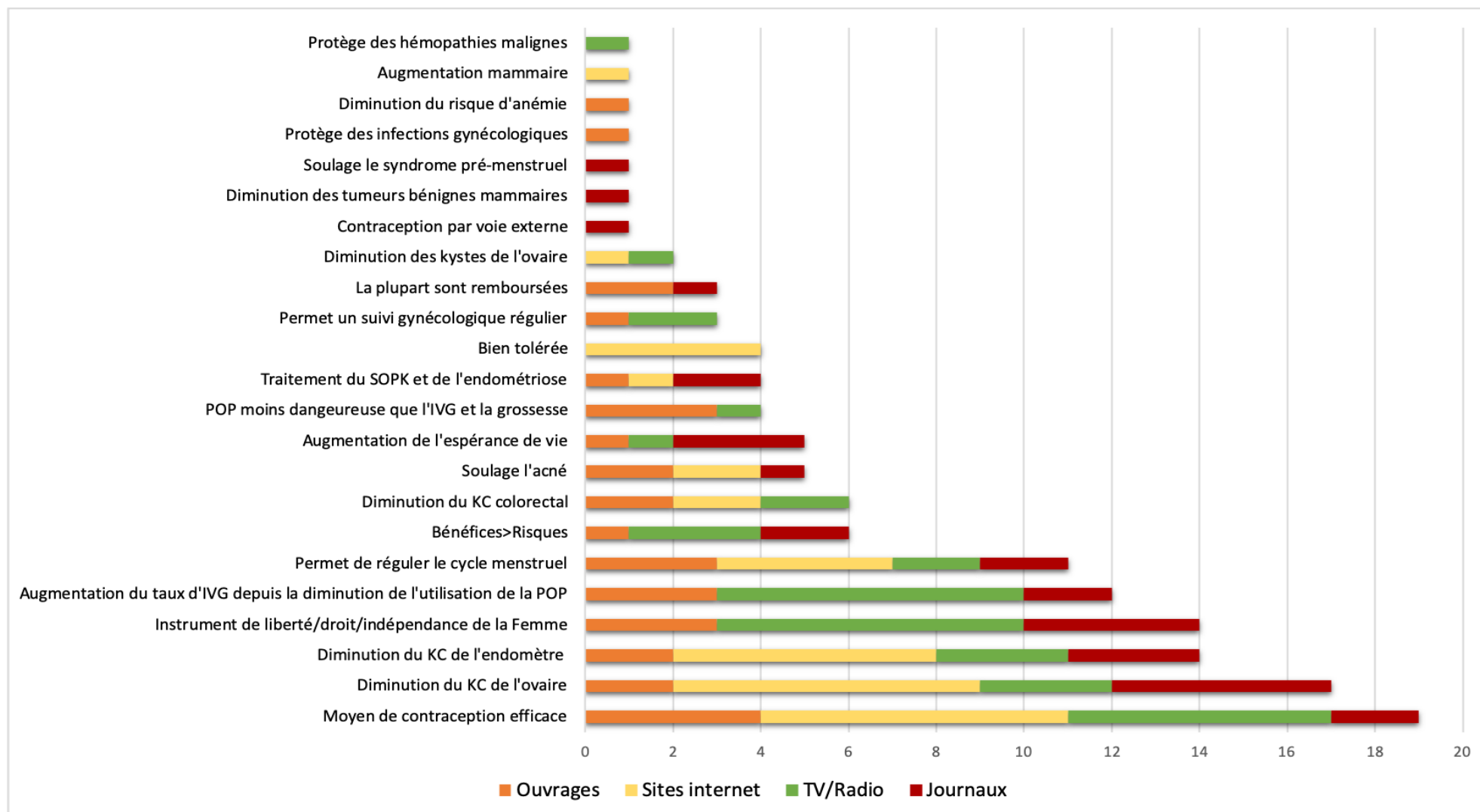
Ainsi, les « Arguments en faveur » qui ont été les plus cités sont « Moyen de contraception efficace », « Diminution du KC de l'ovaire », « Diminution du KC de l'endomètre », « Instrument/Droit/Indépendance de la Femme », « Augmentation du taux d'IVG (interruption volontaire de grossesse) depuis la diminution de l'utilisation de la POP », et « Permet de réguler le cycle menstruel ».

« Moyen de contraception efficace », « Diminution du KC de l'ovaire », « Diminution du KC de l'endomètre » et « Permet de réguler le cycle menstruel » ont été les 4 seuls arguments cités par les 4 catégories de sources.

« Contraception par voie externe », « Diminution des tumeurs bénignes mammaires », « Soulage le syndrome prémenstruel », « Protège des infections gynécologiques », « Diminution du risque d'anémie », « Augmentation mammaire », et « Protège des hémopathies malignes » sont des arguments qui n'ont été cités qu'une seule fois.

« Bien tolérée » est un argument qui a été utilisé exclusivement par les sites Internet.

Graphique 6 : Répartition des « Arguments en faveur » en fonction des sources



▪ **Répartition des « Arguments en défaveur »**

Le graphique n°7 ci-dessous permet d'identifier à quelle fréquence les « Arguments en défaveur » ont été cités ainsi que leur répartition au sein des 4 catégories de sources

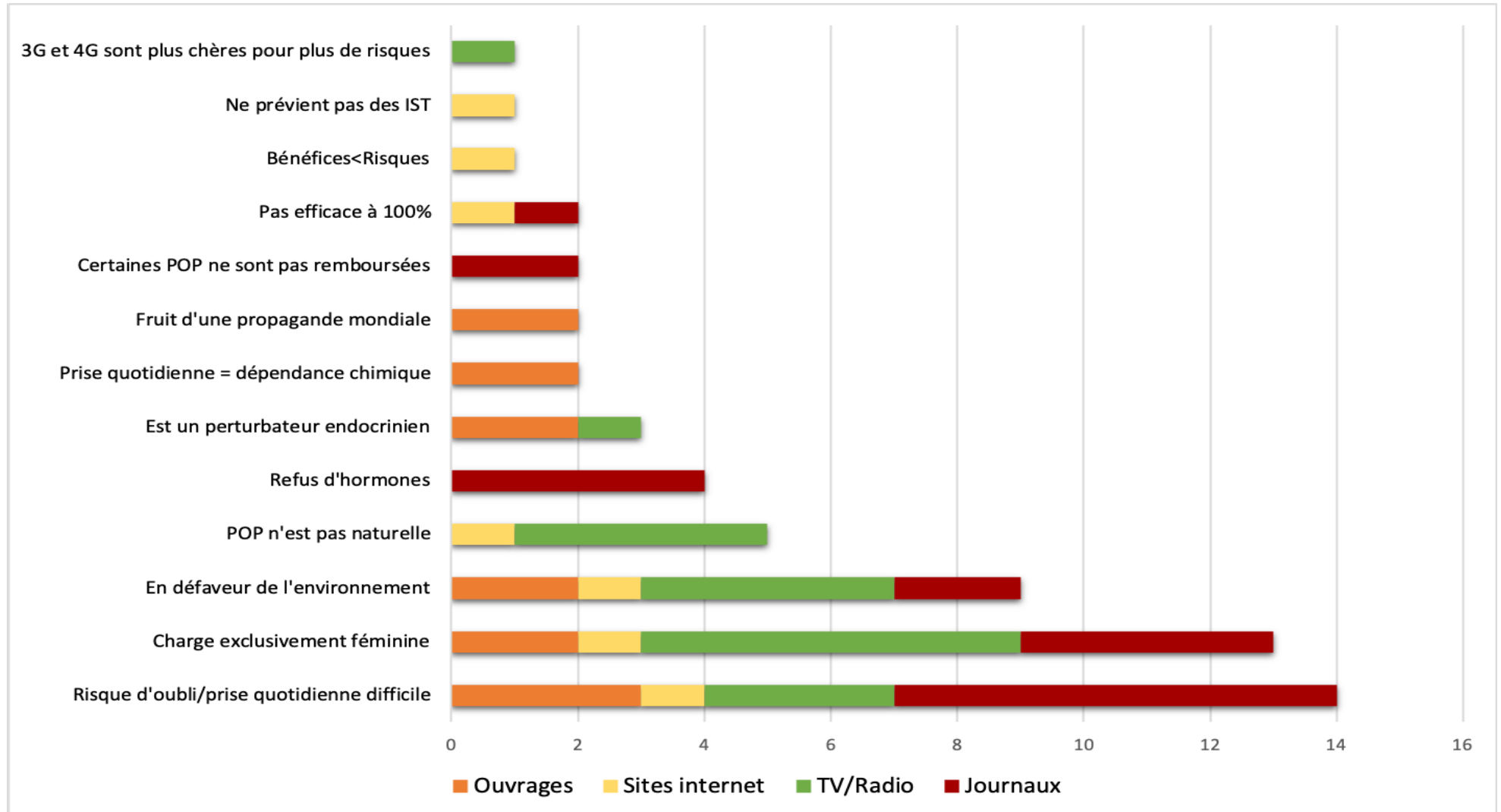
Il est à noter que « Risque d'oubli/Prise quotidienne difficile », « Charge exclusivement féminine », et « En défaveur de l'environnement » ont été les 3 arguments les plus utilisés, ainsi que les 3 seuls à être cités par les 4 catégories de sources.

« 3G et 4G sont plus chères pour plus de risques », « Ne prévient pas des IST », et « Bénéfices<Risques » n'ont été cités qu'une seule fois.

« Refus d'hormones » et « Certaines POP ne sont pas remboursées » sont des arguments qui ont été utilisés exclusivement par les journaux.

« Fruit d'une propagande mondiale » et « Prise quotidienne = dépendance chimique » sont des arguments qui ont été utilisés exclusivement par les ouvrages.

Graphique 7 : Répartition des « Arguments en défaveur » en fonction des sources



▪ **Répartition des « Arguments effets secondaires »**

Le graphique n°8 ci-dessous permet d'identifier à quelle fréquence les « Arguments effets secondaires » ont été cités ainsi que leur répartition au sein des 4 catégories de sources.

Ainsi, « Prise de poids », « Diminution de la libido », « Sautes d'humeurs », « Nausées/Vomissements », « Métrorragies/Spotting », et « Mastodynne » sont les arguments qui ont été les plus utilisés.

« Prise de poids », « Diminution de la libido », « Sautes d'humeurs », et « Nausées/Vomissements » ont été les seuls arguments à être utilisés par les 4 catégories de sources.

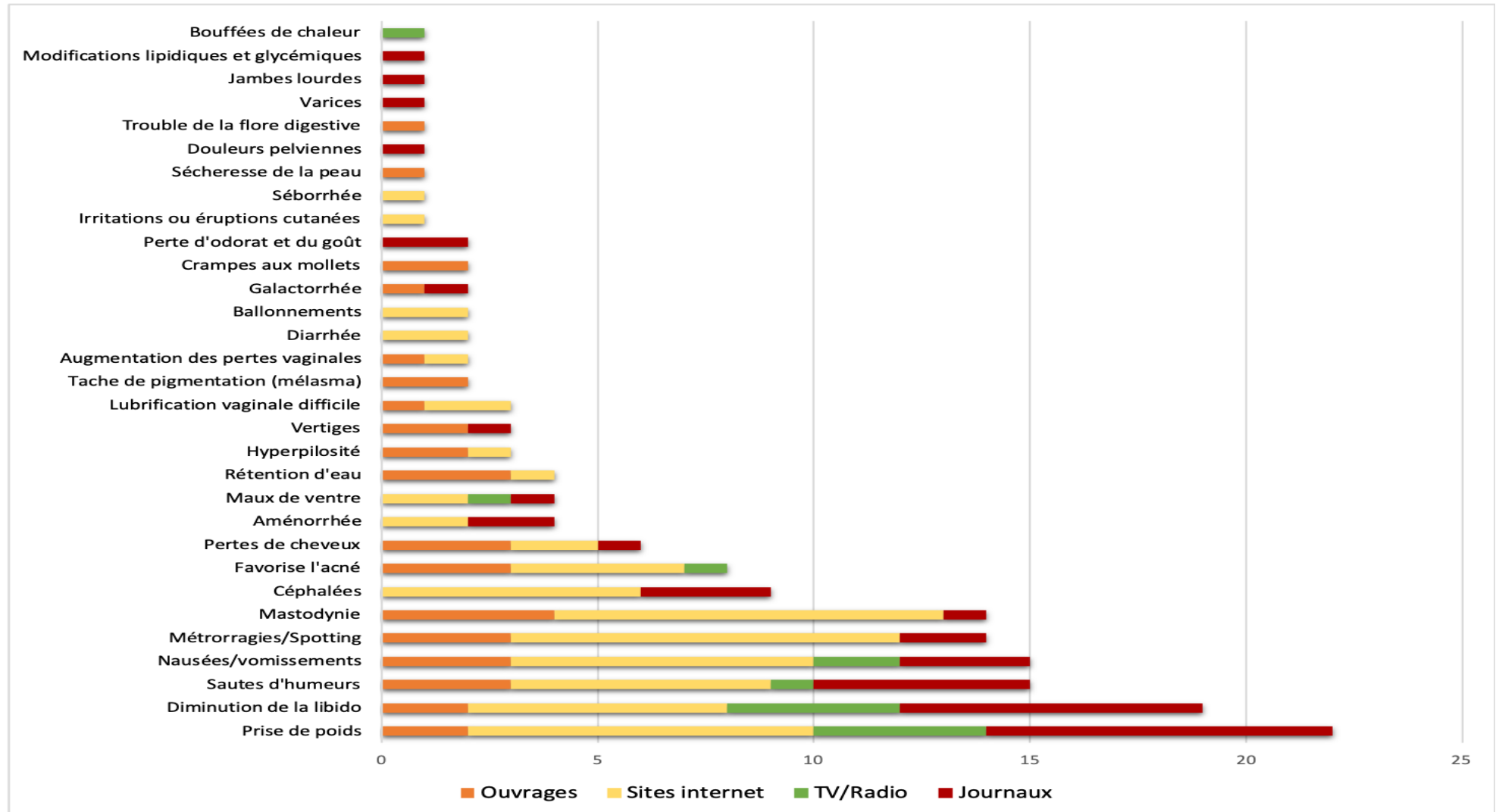
« Irritations ou éruptions cutanées », « Séborrhée », « Sécheresse de la peau », « Douleurs pelviennes », « Trouble de la flore digestive », « Varices », « Jambes lourdes », « Modifications lipidiques et glycémiques » et « Bouffées de chaleur » sont des arguments qui n'ont été utilisés qu'une seule fois.

« Diarrhée », « Ballonnements » sont des arguments qui ont été utilisés exclusivement par les sites Internet.

« Crampes aux mollets », « Tache de pigmentation (mélasma) » sont des arguments qui ont été utilisés exclusivement par les ouvrages.

« Perte d'odorat et du goût » est un argument qui a été utilisé exclusivement par les journaux.

Graphique 8 : Répartition des « Arguments effets secondaires » en fonction des sources



▪ **Répartition des « Arguments effets nocifs »**

Le graphique n°9 ci-dessous permet d'identifier à quelle fréquence les « Arguments effets nocifs » ont été cités ainsi que leur répartition au sein des 4 catégories de sources.

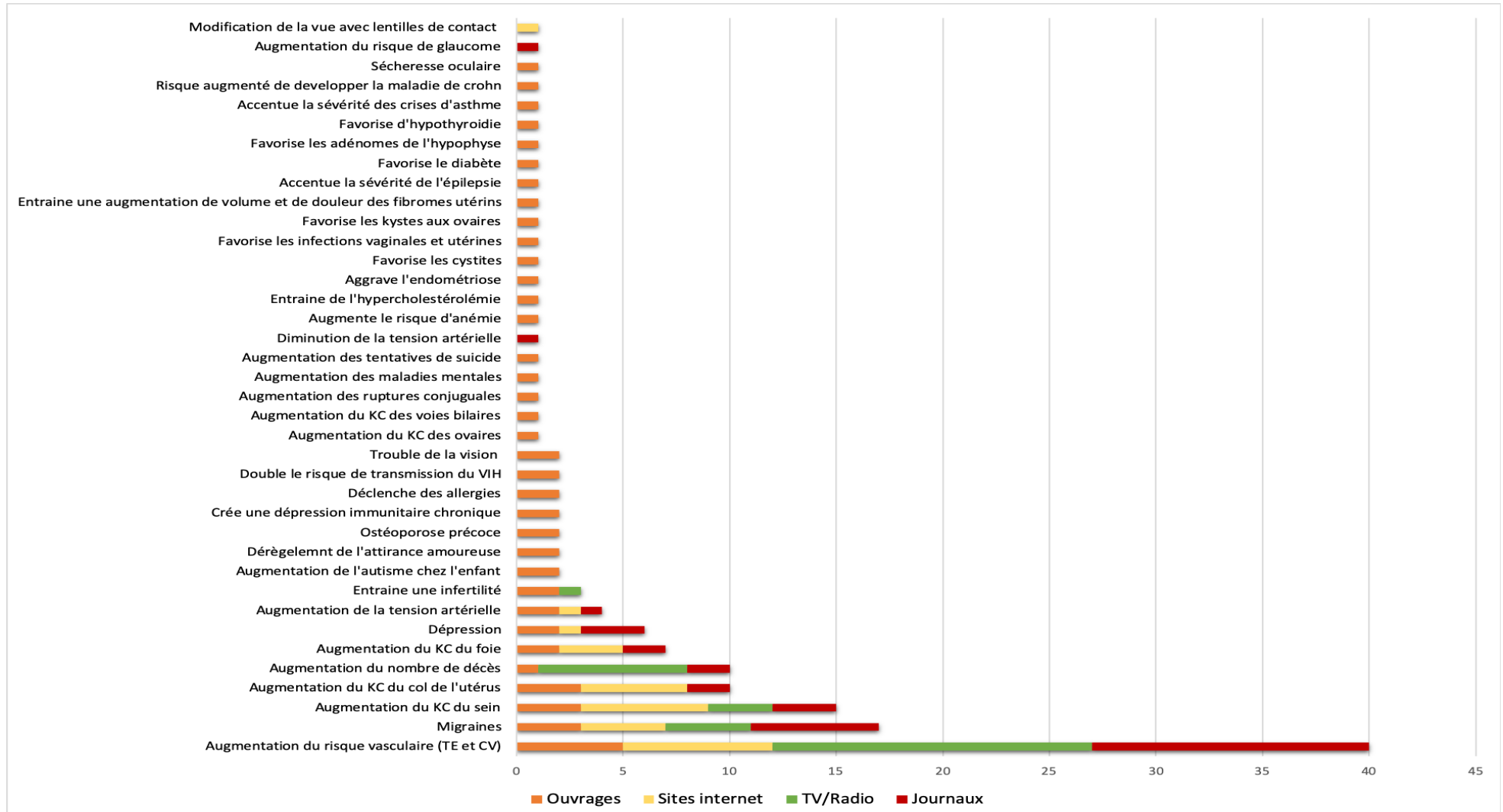
Il est à noter que « Augmentation du risque vasculaire (TE et cardiovasculaire [CV]) », « Migraines », « Augmentation du KC du sein », « Augmentation du KC du col de l'utérus », et « Augmentation du nombre de décès » sont les arguments qui ont été les plus cités.

« Augmentation du risque vasculaire (TE et CV) », « Migraines » et « Augmentation du KC du sein » sont les 3 seuls arguments qui ont été utilisés par les 4 catégories de sources.

« Augmentation du KC des ovaires », « Augmentation du KC des voies biliaires », « Augmentation des ruptures conjugales », « Augmentation des maladies mentales », « Augmentation des tentatives de suicide », « Augmente le risque d'anémie », « Entraîne de l'hypercholestérolémie », « Aggrave l'endométriose », « Favorise les cystites », « Favorise les infections vaginales et utérines », « Favorise les kystes aux ovaires », « Entraîne une augmentation de volume et de douleur des fibromes utérins », « Accentue la sévérité de l'épilepsie », « Favorise le diabète », « Favorise les adénomes de l'hypophyse », « Favorise l'hypothyroïdie », « Accentue la sévérité des crises d'asthme », « Risque augmenté de développer la maladie de Crohn », et « Sécheresse oculaire » sont des arguments qui ont été cités une seule fois et exclusivement par les ouvrages.

« Augmentation de l'autisme chez l'enfant », « Dérèglement de l'attirance amoureuse », « Ostéoporose précoce », « Crée une dépression immunitaire chronique », « Déclenche des allergies », « Double le risque de transmission du VIH », et « Troubles de la vision » sont des arguments qui ont été utilisés exclusivement par les ouvrages.

Graphique 9 : Répartition des « Arguments effets nocifs » en fonction des sources



▪ **Top 10 des arguments les plus utilisés**

Le graphique n°10 ci-dessous permet d'identifier le top 10 des arguments les plus utilisés toutes catégories confondues.

Ainsi, « Augmentation du risque vasculaire (TE et CV) » a été l'argument le plus utilisé (40/53 sources).

Le deuxième argument qui a été le plus utilisé est « Prise de poids », qui a été cité par 22/53 sources.

Enfin, 3^{ème} ex-æquo « Moyen de contraception efficace » et « Diminution de la libido » ont été cités par 19/53 sources.

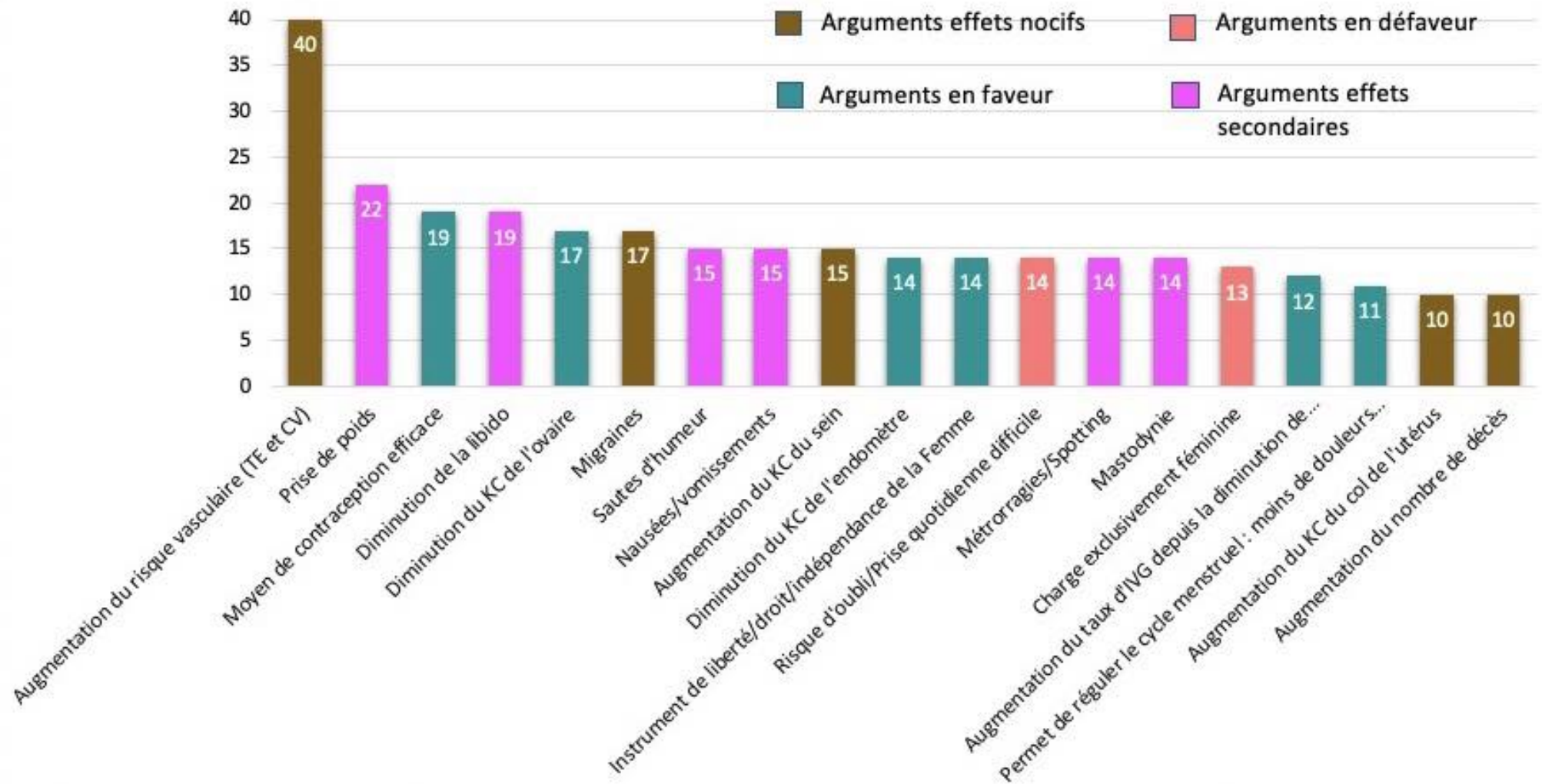
« Moyen de contraception efficace », « Diminution du KC de l'ovaire », « Diminution du KC de l'endomètre », « Instrument de liberté/Droit/Indépendance de la Femme », « Augmentation du taux d'IVG depuis la diminution de l'utilisation de la POP » et « Permet de réguler le cycle menstruel » ont été les arguments en faveur les plus cités.

« Risque d'oubli/Prise quotidienne difficile », et « Charge exclusivement féminine » ont été les arguments en défaveur les plus cités.

« Prise de poids », « Diminution de la libido », « Sautes d'humeurs », « Nausées/Vomissements », « Métrorragies/Spotting », et « Mastodynies » ont été les arguments effets secondaires les plus cités.

« Augmentation du risque vasculaire (TE et CV) », « Migraines », « Augmentation du KC du sein », « Augmentation du KC du col de l'utérus », et « Augmentation du nombre de décès » ont été les arguments effets nocifs les plus cités.

Graphique 10 : Top 10 des arguments les plus utilisés



ANALYSE ET DISCUSSION

Seront traités dans cette partie « Analyse et Discussion », les biais et limites de l'étude, la véracité des arguments avancés, les Français et les médias, et les moyens à mettre en place pour une meilleure information.

1. Biais et limites

Cette étude comporte,

Un biais de sélection :

- Des sources ont dû être exclues car elles étaient payantes.
- Inégalité de sélection des sources (21 articles de journaux contre 5 ouvrages sélectionnés).
- Dans le choix des 3 mots-clés qui ont été utilisés pour cette étude.

Un biais de subjectivité : le choix dans les catégorisations des arguments et du positionnement des sources en « Pour », « Contre », « Neutre » a été arbitraire.

Des limites : de par le grand nombre de sources traitant ce sujet, aucune garantie d'exhaustivité ne peut être donnée.

2. Véracité des arguments

La question de recherche de cette étude était :

Quels sont les arguments et les points de vue qui entretiennent la controverse concernant la POP en France ?

L'objectif principal était d'identifier et d'analyser l'ensemble des arguments en faveur et en défaveur qui entretiennent la controverse sur la POP en France.

Les sous-objectifs étaient de :

- identifier les questions centrales de la controverse
- lister les opinions des différents auteurs en relevant leurs points d'accords et de désaccords.

Les arguments détiennent une place centrale au sein de cette controverse.

Comme vu précédemment dans la partie « Résultats », selon les graphiques n°3 et n°4, au total, 105 arguments ont été listés. Le graphique n°10 illustre le top 10 des arguments qui ont été les plus utilisés, c'est-à-dire ceux qui contribuent le plus à alimenter cette controverse. En comptabilisant les arguments ex-aequo, c'est donc 19 arguments qui ont été retenus.

Mais, « Les médias interfèrent dans la relation médecin-patient qui n'est plus le colloque singulier tel qu'on nous l'a enseigné. La manière dont les effets indésirables des médicaments sont parfois exposés laisse souvent perplexe. En effet, se mêlent à des données objectives de la science, une scénarisation et une médiatisation poussée à outrance, souvent péjoratives envers des produits qui sont prescrits au quotidien. L'objectif des médias est d'ébranler, d'alarmer, et d'émouvoir l'opinion publique. Les médias prennent une part de plus en plus importante dans nos sociétés occidentales et donc dans la vie de nos patients. Nous sommes dans l'ère du tout numérique, où l'information instantanée s'est généralisée » (DEVILLE, 2014).

La véracité de ces 19 arguments peut alors être remise en question.

- **« Augmentation du risque vasculaire (TE et CV) »**

Cet argument a été cité par 40 sources sur les 53 sélectionnées dans cette étude. Les sources étaient en accord sur cet argument. En effet, il a été cité par les 4 catégories de sources.

Cet argument a été le plus relayé, par ordre décroissant, par la TV/radio (15 sources), les journaux (13 sources), les sites Internet (7 sources) et les ouvrages (5 sources).

Cet argument avait été classé dans la catégorie « Arguments effets nocifs ».

Une polémique ancienne

Un scandale sanitaire avait déjà éclaté en Grande-Bretagne sur les pilules de 3^{ème} génération. Le 18 octobre 1995, le Committee on Safety of Medicines (CSM) publiait une alerte concernant 7 POP de 3^{ème} génération présentant des risques accrus de thromboses veineuses. Cette alerte fut destinée exclusivement aux médecins et pharmaciens au moyen de lettres recommandées ou de fax urgents. Cependant, cette alerte trouva un écho dans les médias. On parla alors de « pill scare ». La conséquence fut une désaffection rapide des britanniques pour les POP de dernière génération. Alors qu'elles représentaient près de 55% des pilules à visée contraceptive prescrites (incluant également les progestatives seules, et les pilules du lendemain), elles ne représentaient plus que 12% des prescriptions après le « pill scare », augmentant celle des pilules de 2^{ème} génération de 20 à 48%. Les pilules de 3^{ème} génération n'ont en outre jamais été retirées du marché anglais, mais sont aujourd'hui marginales dans le paysage contraceptif britannique (DEVILLE, 2014).

En France, en 2002, la commission de transparence de la HAS (Haute Autorité de Santé) avait évalué les pilules de 3^{ème} génération, en leur attribuant un service médical rendu (SMR) « important ».

En 2007, la HAS recommandait de prescrire une COC de 3^{ème} génération uniquement en deuxième intention (du fait des premières données concernant un sur-risque d'événements TE veineux).

En mai 2009, le ministère de la Santé annonçait le remboursement des COC de 3^{ème} génération avec l'accord de la Commission de transparence.

Le 27 décembre 2011, suite à la survenue de signaux de pharmacovigilance concernant le risque TE lié à l'utilisation des COC de 3^{ème} génération, la direction générale de la santé (DGS) saisissait la commission de la transparence au sujet de « *l'évaluation des contraceptifs oraux de 3^{ème} génération, s'agissant en particulier de l'appréciation du SMR de ces traitements, de leur place dans la stratégie thérapeutique et de leur périmètre de prise en charge* ».

Le 6 juin 2012, la HAS estimait que le SMR des COC de 3^{ème} génération était « *insuffisant en 1^{ère} intention et modéré en 2^{ème} intention* » et recommandait leur déremboursement en raison du sur risque TE.

En septembre 2012, le ministère de la Santé annonçait le déremboursement des COC de 3^{ème} génération à partir de septembre 2013.

En novembre 2012, l'ANSM et la HAS publiaient une fiche du bon usage du médicament recommandant la prescription en 1^{ère} intention d'une COC de 1^{ère} ou 2^{ème} génération.

Suite à la plainte de Marion LARAT en décembre 2012, en janvier 2013, la date du déremboursement des COC de 3^{ème} génération était finalement avancée au 31 mars 2013, laissant moins de 6 mois aux femmes pour organiser avec leur praticien leur changement de contraception. L'ANSM annonçait la suspension de l'acétate de cyprotérone 2 mg et EE 35 µg (Diane®35 et ses génériques) 3 mois plus tard (DEFFIEUX et al, 2015).

Le risque vasculaire

On distingue deux types d'accident CV dont les mécanismes sont différents :

Les pathologies artérielles : les maladies artérielles ischémiques sont des maladies rares chez les femmes en âge de procréer. Elles incluent les infarctus du myocarde (IDM) et les AVC.

Le risque de thrombose artérielle est de l'ordre de 2 à 4 cas pour 10 000 femmes prenant un COC pendant un an (ANSM, 2013).

Bien que très rares, ces événements sont graves car associés à une morbidité et à des séquelles potentielles considérables. Leur incidence chez les utilisatrices de contraceptions hormonales combinées (CHC) a nettement diminué du fait de l'évolution de leur composition et de leur meilleure prescription, avec notamment l'exclusion des femmes ayant des facteurs de risques vasculaires artériels.

Il n'existe pas de différence de risque thrombotique artériel entre les générations de CHC utilisées actuellement en France (NP2).

Les CHC sont contre-indiquées chez les femmes à haut risque vasculaire artériel (NP2) (Grade B).

Les facteurs de risque artériel sont : âge > 35 ans, surpoids-obésité, tabac, antécédents familiaux IDM ou AVC avant 60 ans (homme) ou 65 ans (femme), hypertension artérielle, dyslipidémie, migraine avec aura, et diabète (PLU-BUREAU et al, 2018).

Les Maladies Veineuses Thromboemboliques (MVTE) : incluent les thromboses veineuses profondes (TVP) (membres inférieurs, membres supérieurs, cerveau, système porte, vaisseaux du cou...) et l'embolie pulmonaire (EP).

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

- 0,5 à 1 cas pour 10 000 femmes non-utilisatrices de pilules ;
- 2 cas pour 10 000 femmes utilisatrices de COC à base de LNG (2ème génération) ;
- 3 à 4 cas pour 10 000 femmes utilisatrices de COC à base de désogestrel ou de gestodène (3ème génération) ou à base de drospirénone ;

Pour comparaison, le risque de thrombose veineuse est de 6 cas pour 10 000 femmes au cours de la grossesse (ANSM, 2013).

En effet, la grossesse et le post-partum ont un impact très nettement supérieur sur le risque TE veineux, elles restent les périodes les plus à risque de thrombose chez les femmes de moins de 40 ans : près de la moitié de ces accidents dans cette tranche d'âge surviennent au cours de la grossesse et du post-partum (ROBIN et al, 2017).

L'incidence de MVTE est plus élevée au cours des premiers mois d'utilisation et chez les femmes qui utilisent la CHC pour la première fois que chez celles qui l'utilisent depuis longtemps (HAS, 2015).

Ce risque diminue les années suivantes d'utilisation tout en restant toujours significativement plus important comparativement aux femmes non-utilisatrices de CHC. Globalement, cette augmentation dépend de l'équilibre hormonal de la combinaison en relation avec à la fois la dose d'EE et le progestatif associé (PLUS-BUREAU, 2018).

Concernant la dose d'EE,

Les plus récentes comparaisons ont été effectuées par B. Stegeman qui a réalisé une méta-analyse en réseau publiée en 2013 et 2014. Il existe un effet dose d'EE. Ce sont les CHC contenant 50 mg d'EE qui sont les plus à risque de MVTE (OR : 5,2 versus : 2,2 et 2,4 pour les CHC contenant 20 ou 30mg d'EE respectivement) associant la même molécule progestative (LNG). Cette comparaison est possible uniquement avec le LNG. Le risque est ainsi significativement deux fois plus important avec les pilules contenant 50 mg versus 20 ou 30 mg.

Les résultats des études comparant les risques de MVTE associés au CHC contenant 30 mg d'EE versus 20 mg d'EE sont discordants. Il n'y a pas de preuve que ces deux dosages induisent des risques de MVTE différents (NP2).

Concernant le progestatif,

Les CHC contenant du gestodène, du désogestrel, de la drospirénone ou de l'acétate de cyprotérone sont associés à un risque de MVTE plus élevé comparativement aux CHC contenant du LNG (NP2).

Les CHC contenant du norgestimate sont associés à un risque de MVTE similaire à celui des CHC contenant du LNG (NP2).

Les facteurs de risque veineux sont : âge > 35 ans, surpoids-obésité, thrombophilie biologique connue, antécédents familiaux de MVTE avant 50 ans, facteurs déclenchants transitoires (plâtre, avion, alitement, cancer...) (PLUS-BUREAU, 2018).

- **« Prise de poids »**

Cet argument a été cité par 22 sources sur les 53 sélectionnées dans cette étude. Les sources étaient en accord sur cet argument. En effet, il a été cité par les 4 catégories de sources.

Cet argument a été le plus relayé, par ordre décroissant, par les sites Internet et les journaux ex-aequo (8 sources), par la TV/radio (4 sources) et par les ouvrages (2 sources).

Cet argument avait été classé dans la catégorie « Arguments effets secondaires ».

Le risque de prise de poids sous contraception hormonale est une véritable préoccupation des patientes et souffre en réalité de nombreuses idées reçues. L'effet orexigène modeste des hormones est admis mais celui-ci est transitoire. La plus récente méta-analyse de la Cochrane Database (Gallo et al, 2014) sur ce sujet se veut rassurante et conclut à l'absence de preuve fiable pour valider le fait que la prise d'une POP puisse provoquer une augmentation de poids (NP1). Nault et al. (2013) ont suivi de manière prospective dans l'année suivant l'initiation d'une contraception hormonale, un groupe de 4 133 femmes utilisant diverses méthodes contraceptives. Les auteurs ont analysé l'évolution du poids en fonction de la méthode de contraception utilisée après une année d'utilisation. Après une année d'utilisation, 26 % des utilisatrices de pilule, patchs ou anneaux vaginaux avaient pris du poids, 24 % d'entre elles en avait perdu et 49 % d'entre elles étaient stables. Ce profil d'évolution pondérale n'était pas statistiquement comparable à celui du groupe des femmes bénéficiant d'une contraception non hormonale par DIU au cuivre. Ainsi, les variations pondérales observées lors de l'utilisation des pilules, patchs et anneaux vaginaux ne semblent pas liées à la prise d'hormones (NP2).

En cas de prise de poids importante sous contraception hormonale, il est nécessaire de faire un bilan médical complet pour rechercher une autre cause le cas échéant (Accord Professionnel) (ROBIN et al, 2018).

▪ **« Moyen de contraception efficace » et « Risque d'oubli / Prise quotidienne difficile »**

○ Concernant l'argument « Moyen de contraception efficace »,

Cet argument a été cité par 19 sources sur les 53 sélectionnées dans cette étude. Les sources étaient en accord sur cet argument. En effet, il a été cité par les 4 catégories de sources.

Cet argument a été le plus relayé, par ordre décroissant, par les sites Internet (7 sources), la TV/radio (6 sources), les ouvrages (4 sources), et les journaux (2 sources).

Cet argument avait été classé dans la catégorie « Arguments en faveur ».

○ Concernant l'argument « Risque d'oubli/Prise quotidienne difficile »,

Cet argument a été cité par 14 sources sur les 53 sélectionnées dans cette étude. Les sources étaient en accord sur cet argument. En effet, il a été cité par les 4 catégories de sources.

Cet argument a été le plus relayé, par ordre décroissant, par les journaux (7 sources), la TV/radio et les ouvrages (3 sources), et les sites Internet (1 source).

Cet argument avait été classé dans la catégorie « Arguments en défaveur ».

L'effet contraceptif de la pilule est assuré essentiellement par la composante progestative qui agit à trois niveaux :

- Inhibition de l'ovulation : le progestatif diminue la sensibilité ovarienne à l'hormone folliculostimulante et inhibe le pic d'hormone lutéinisante, empêchant ainsi la croissance folliculaire, la production d'estradiol et l'ovulation ;
- Modification de la glaire cervicale qui empêche les spermatozoïdes de franchir le col utérin ;
- Modification de l'endomètre qui devient impropre à la nidation.

La plupart des progestatifs contenus dans les pilules actuelles sont dérivés de la testostérone. Ils se fixent sur le récepteur de la progestérone, ce qui permet l'action contraceptive, mais également sur les récepteurs des androgènes, des glucocorticoïdes et des minéralocorticoïdes, ce qui est responsable d'effets secondaires (séborrhée, acné, rétention hydrosodée, œdèmes).

La composante oestrogénique participe à l'effet antigonadotrope de la pilule, mais elle permet principalement de stabiliser l'endomètre pour éviter les saignements non prévus, et provoquer des hémorragies de privation à intervalles réguliers. Elle permet également de compenser la carence oestrogénique induite par l'action antigonadotrope du progestatif.

Correctement utilisée, la pilule est une méthode contraceptive très efficace avec un indice de Pearl inférieur à 1 %. Cependant, son efficacité réelle est plus modeste en raison de la fréquence des oublis.

Plusieurs stratégies ont été développées pour améliorer l'observance :

- Pilules à prise continue, la semaine d'arrêt étant remplacée par des comprimés placebo ;
- Formes non orales de contraception oestro-progestative : patchs, anneau vaginal ;
- Pilules à cycle étendu ou à régime continu (GABRIEL et al, 2017).

- **« Diminution de la libido »**

Cet argument a été cité par 19 sources sur les 53 sélectionnées dans cette étude. Les sources étaient en accord sur cet argument. En effet, il a été cité par les 4 catégories de sources.

Cet argument a été le plus relayé, par ordre décroissant, par les journaux (7 sources), les sites Internet (6 sources), la TV/radio (4 sources), et les ouvrages (2 sources).

Cet argument avait été classé dans la catégorie « Arguments effets secondaires ».

Depuis ces dernières années, il est beaucoup mis en avant que sous pilule contraceptive, il pourrait y avoir une baisse de libido qui serait la conséquence d'une baisse de la synthèse de testostérone par les ovaires. Or, une revue de la littérature sur 30 ans ne permet pas d'affirmer qu'un facteur hormonal ou biologique soit déterminant dans les troubles de libido décrits chez certaines utilisatrices de POP. Pastor et al. (2013) ont analysé 36 études s'étant intéressé à l'impact de la contraception orale sur le désir sexuel. Parmi les utilisatrices, 63,6 % (12 études) ne signalent aucune modification de leur libido alors que 21,7 % (15 études) décrivent une augmentation de leur libido et 14,7 % (9 études) une diminution. La principale limite de cette revue est le caractère hétérogène des études avec des résultats issus pour la plupart de questionnaires. En pratique, seul un très faible pourcentage de femmes va présenter une modification de la libido sous pilule (qui peut diminuer ou voire même augmenter chez certaines patientes). Pour la majorité des utilisatrices de la pilule contraceptive, l'effet sur la libido est donc neutre (NP2).

Certaines études se sont intéressées à l'impact de la dose d'EE. Pastor et al. (2013) concluent que les contraceptions contenant 20 à 35 mg d'EE ne modifient pas le désir sexuel (dans 85 % des cas) alors que les contraceptions avec 15 mg d'EE peuvent avoir un effet négatif sur la libido en entraînant notamment une sécheresse vaginale (NP3). Tout trouble de la libido sous contraceptif hormonal doit être exploré par un interrogatoire évaluant notamment les autres aspects psychologiques de cette plainte. Un changement de contraceptif peut être discuté en parallèle (Accord Professionnel) (ROBIN et al, 2018).

- **« Diminution du KC de l'ovaire », « Diminution du KC de l'endomètre », « Augmentation du KC du sein », « Augmentation du KC du col de l'utérus »**

- *Concernant l'argument « Diminution du KC de l'ovaire »,*

Cet argument a été cité par 17 sources sur les 53 sélectionnées dans cette étude. Les sources étaient en accord sur cet argument. En effet, il a été cité par les 4 catégories de sources.

Cet argument a été le plus relayé, par ordre décroissant, par les Sites Internet (7 sources), les Journaux (5 sources), la TV/Radio (3 sources), et les Ouvrages (2 sources).

Cet argument avait été classé dans la catégorie « Arguments en faveur ».

L'ensemble des résultats des études de cohorte et cas-témoin sont concordants et retrouvent une réduction du risque de cancer de l'ovaire (NP1) de l'ordre de 30 à 50 % lié à la prise de contraception orale (essentiellement œstro-progestative), selon la durée de prise, avec un effet-durée. Une méta-analyse (Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer, 2008) reprenant les données individuelles de 45 études épidémiologiques confirme cette réduction de risque, avec, pour 5 années de prise, une réduction observée de l'ordre de 29 %. Cette réduction persiste jusqu'à 30 ans après l'arrêt (ROUSSET-JABLONSKI et al, 2018).

- *Concernant l'argument « Diminution du KC de l'endomètre »,*

Cet argument a été cité par 14 sources sur les 53 sélectionnées dans cette étude. Les sources étaient en accord sur cet argument. En effet, il a été cité par les 4 catégories de sources.

Cet argument a été le plus relayé, par ordre décroissant, par les sites Internet (6 sources), la TV/radio et les journaux (3 sources) et les ouvrages (2 sources).

Cet argument avait été classé dans la catégorie « Arguments en faveur ».

Les résultats des différentes études de cohorte et cas-témoin sont concordants : la prise d'une contraception orale (très majoritairement œstro-progestative dans les études) entraîne une réduction du risque de cancer de l'endomètre (NP1) de l'ordre de 30 à 50 %, avec un effet-durée. Une large méta-analyse (Collaborative Group on Epidemiological Studies of Endometrial Cancer, 2015) réalisée à partir des données de 36 études épidémiologiques a retrouvé avec pour chaque 5 années de prise une réduction. Cette réduction persiste au-delà de 30 ans après l'arrêt, et est significative quel que soit l'âge au diagnostic et l'indice de masse corporelle (IMC) (ROUSSET-JABLONSKI et al, 2018).

- *Concernant l'argument « Augmentation du KC du sein »,*

Cet argument a été cité par 15 sources sur les 53 sélectionnées dans cette étude. Les sources étaient en accord sur cet argument. En effet, il a été cité par les 4 catégories de sources.

Cet argument a été le plus relayé, par ordre décroissant, par les sites Internet (6 sources), et par la TV/radio/journaux/ouvrages (3 sources).

Cet argument avait été classé dans la catégorie « Arguments effets nocifs ».

Un sur-risque de cancer du sein est décrit en cours de prise de contraception œstro-progestative, avec un risque relatif (RR) situé entre 1,2 et 1,6 selon les études. Le risque diminue après l'arrêt, et rejoint celui des non-utilisatrices 10 ans après l'arrêt. Certaines études retrouvent une augmentation du risque avec la durée de prise, et d'autres ne retrouvent pas cet effet-durée. Une augmentation du risque en cas de prise avant la première grossesse menée à terme a été retrouvée dans certaines études. Si certaines études ne retrouvent pas de différence selon la dose d'EE ou selon le type de progestatif utilisé, d'autres semblent trouver des différences. Ces résultats ont été confirmés dans une large étude de cohorte prospective nationale danoise (MORSH LS et al, 2017) évaluant le risque avec les contraceptifs hormonaux de formulation plus récente (RR 1,19) pour les utilisatrices en cours ou récentes, avec un effet-durée (pour 1 à 5 ans de prise RR 1,17 ; pour plus de 10 ans de prise RR 1,46), et une réduction du risque après l'arrêt. Le nombre de cas survenus chez les utilisatrices de patch et d'anneau œstro-progestatifs était peu important, et il n'était pas retrouvé de modification significative du risque (RR 0,96 et RR 0,97 respectivement).

On peut estimer que la prise d'une contraception orale pendant 5 ans de 25 à 29 ans entraînerait 4,7 cas supplémentaires de cancer du sein pour 10 000 femmes pendant la durée de la prise, et pour les 10 années qui suivent (ROUSSET-JABLONSKI et al, 2018).

○ *Concernant l'argument « Augmentation du KC du col de l'utérus », Cet argument a été cité par 10 sources sur les 53 sélectionnées dans cette étude. Il a été cité par 3 des 4 catégories de sources. En effet, cet argument n'a pas été relevé au sein de la TV/radio.*

Cet argument a été le plus relayé, par ordre décroissant, par les sites Internet (5 sources), les ouvrages (3 sources) et les journaux (2 sources).

Cet argument avait été classé dans la catégorie « Arguments effets nocifs ».

Une augmentation du risque de cancer infiltrant du col de l'utérus (sans précision dans les études sur les sous-types histologiques) a été décrite chez les utilisatrices de contraception orale, notamment pour les durées de prise prolongées. Un effet des œstrogènes sur le potentiel carcinogène du Human Papillomavirus (HPV) a été évoqué. Cependant, de nombreux biais rendent difficile l'analyse de l'effet de la contraception orale sur le risque de cancer du col, l'exposition à l'HPV et l'utilisation de contraception orale n'étant pas des facteurs indépendants. De plus, cet effet semble disparaître à distance de la prise avec l'absence de sur- risque 10 ans après l'arrêt (ROUSSET-JABLONSKI et al, 2018).

- **« Migraines »**

Cet argument a été cité par 17 sources sur les 53 sélectionnées dans cette étude. Les sources étaient en accord sur cet argument. En effet, il a été cité par les 4 catégories de sources.

Cet argument a été le plus relayé, par ordre décroissant, par les journaux (6 sources), la TV/radio et les sites Internet (4 sources), et les ouvrages (3 sources). Cet argument avait été classé dans la catégorie « Arguments effets nocifs ».

Dans moins de 2 % des cas, la prise de COC à faible dose peut induire la survenue de crise migraineuse de novo. L'aggravation de la pathologie migraineuse sous COC (augmentation de la fréquence ou de la sévérité des crises) ou la survenue de novo doit être attentivement prise en compte. Elle doit faire remettre en cause la prescription de COC : il convient en 1^{ère} intention de changer la dose, le schéma de prise, et d'envisager une contraception sans œstrogène en l'absence d'amélioration. Toutefois, lorsque la maladie migraineuse a débuté suite à la prise de COC, l'arrêt de celle-ci à un effet variable sur la maladie puisque la patiente peut présenter une rémission complète comme la persistance des crises.

Chez les patientes présentant des céphalées migraineuses préalablement à l'introduction d'un COC, la littérature montre des effets hétérogènes : certaines publications ne retrouvent pas d'effet de la prise d'un COC sur la fréquence et la sévérité des crises, alors que certaines montrent une amélioration et d'autres encore une aggravation.

Une grande étude transversale Norvégienne (The Head-Hunt study, 2006) portant sur 2923 patientes migraineuses, retrouve une association statistiquement significative entre prise d'un COC et la prévalence des céphalées migraineuses, pour des doses d'EE de 30 mg jusqu'à 50 mg, sans relation liée à la dose d'EE. Cette prévalence des céphalées migraineuses est un peu plus importante chez les utilisatrices de COC que chez les anciennes utilisatrices et les non-utilisatrices (prises comme référence) (NP3).

L'étude transversale de Machado et al. (2010) sur 80 patientes migraineuses indique que la nature des progestatifs n'influencerait pas significativement le risque d'aggravation ou d'amélioration de la maladie migraineuse chez des patientes bénéficiant d'une COC (NP4).

Toutes ces données indiquent donc une grande variabilité inter- individuelle dans l'évolution de la maladie migraineuse lors de la prise d'un COC.

La survenue de migraines de novo ou l'aggravation de la maladie migraineuse préexistante sous contraception œstro-progestative doit faire interrompre définitivement la contraception œstro-progestative (Grade C) (ROBIN et al, 2018).

- **« Sautes d'humeurs »**

Cet argument a été cité par 15 sources sur les 53 sélectionnées dans cette étude. Les sources étaient en accord sur cet argument. En effet, il a été cité par les 4 catégories de sources.

Cet argument a été le plus relayé, par ordre décroissant, par les sites Internet (6 sources), les journaux (5 sources), les ouvrages (3 sources), et la TV/radio (1 source).

Cet argument avait été classé dans la catégorie « Arguments effets secondaires ».

Dans leur revue de littérature en 2016, Schaffir et al. ont repris 46 études s'étant intéressé aux liens entre troubles de l'humeur (hors troubles bipolaires) et contraception hormonale sur les trente dernières années. Cette recherche a été limitée par le peu d'études prospectives et les méthodes très variées d'évaluation des troubles de l'humeur. Les principales conclusions de cette revue sont que : pour la plupart des femmes sous COC, il n'était pas retrouvé d'effet sur les troubles de l'humeur (NP4) ; les contraceptifs contenant des progestatifs anti-androgéniques ont moins d'effets négatifs sur l'humeur (NP2) ; la prise de contraceptifs en continu et la prise par voie non orale ont le moins d'effet sur l'humeur (NP2). Certains avancent l'hypothèse que les patientes ayant des troubles de l'humeur sous COC peuvent avoir une prédisposition liée à des différences physiologiques ou psychologiques qui ne sont jusqu'ici pas élucidées. Tout trouble de l'humeur sous contraceptif hormonal doit être exploré par un interrogatoire afin d'évaluer notamment les autres aspects psychologiques de cette plainte. Un changement de contraceptif peut être discuté en parallèle (Accord professionnel) (ROBIN et al, 2018).

- **« Nausées/Vomissements »**

Cet argument a été cité par 15 sources sur les 53 sélectionnées dans cette étude. Les sources étaient en accord sur cet argument. En effet, il a été cité par les 4 catégories de sources.

Cet argument a été le plus relayé, par ordre décroissant, par les sites Internet (7 sources), les journaux et ouvrages (3 sources), et la TV/radio (2 sources).

Cet argument avait été classé dans la catégorie « Arguments effets secondaires ».

Les nausées peuvent survenir au début du traitement mais s'estompent en général avec le temps. Il est probable que ce phénomène soit lié à des contraceptifs contenant des doses plus importantes d'œstrogènes, mais parfois aussi à une freination imparfaite de l'axe hypothalamo-hypophysio-ovarien (GRAESSLIN et al, 2005).

En cas de nausées persistantes, il faut prendre le comprimé au moment du repas du soir (LANSAC et al, 2018).

- **« Instrument de liberté/Droit/Indépendance de la Femme », « Charge exclusivement féminine »**

- *Concernant l'argument « Instrument de liberté/Droit/Indépendance de la Femme »,*

Cet argument a été cité par 14 sources sur les 53 sélectionnées dans cette étude. Il a été cité par 3 des 4 catégories de sources. En effet, cet argument n'a pas été relevé au sein des sites Internet.

Cet argument a été le plus relayé, par ordre décroissant, par la TV/radio (7 sources), les journaux (4 sources), et les ouvrages (3 sources).

Cet argument avait été classé dans la catégorie « Arguments en faveur ».

Au lendemain de la Première Guerre mondiale, qui coûta la vie à près de 1,4 million de Français, une crise démographique importante paralyse le pays. La loi du 31 juillet 1920, qui « réprime la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle » cherche à relancer la natalité (BRETEAU, 2017).

Durant les années 1950, la future pilule fait l'objet d'essais cliniques sur des femmes des communes pauvres de Puerto Rico, souvent mères d'une dizaine d'enfants. Les tests s'avèrent concluants, si bien que, le 9 mai 1960, la FDA (Food and Drug Administration), l'autorité sanitaire américaine, donne son accord à la commercialisation de l'*Enovid*, la première pilule contraceptive. Lorsqu'elle apparaît aux États-Unis et en Europe, au début des années 1960, la pilule est considérée comme une atteinte aux bonnes mœurs, qui prohibaient les relations sexuelles en dehors du mariage. À tel point que, commercialisée au Royaume-Uni et en Allemagne dès 1961, elle ne sera autorisée en France que six ans plus tard (LATRIBUNE, 2010).

Le 18 mai 1966, le député gaulliste de la Loire Lucien Neuwirth dépose une proposition de loi pour libéraliser la contraception et légaliser la pilule.

Le 1er juillet 1967, la proposition de loi du député Neuwirth est examinée en première lecture à l'Assemblée nationale. Après amendement par le Sénat, elle revient à l'Assemblée le 14 décembre 1967 et est adoptée le 19 décembre.

Le texte prévoit que les contraceptifs soient délivrés sur ordonnances ou certificats de non contre-indication nominatifs, limités dans le temps.

La contraception n'est autorisée pour les mineures que si elles disposent de l'accord écrit d'un des parents.

Il faut attendre le 3 février 1969 pour que les premiers décrets d'application soient publiés. Leur publication s'échelonna jusqu'en 1972.

Portée par Neuwirth et la nouvelle ministre de la Santé Simone Veil, la loi du 4 décembre 1974 corrige et dépasse celle de 1967 : la pilule est désormais remboursée par la sécurité sociale et les Centres de planification peuvent la délivrer gratuitement et anonymement à des mineures.

La loi Neuwirth de 1967, considérée par les historiens et sociologues comme une véritable révolution dans la vie sexuelle des Français, a également largement préparé le terrain pour la loi Veil du 17 janvier 1975 qui légalise l'avortement (AFP, 2017).

- *Concernant l'argument « Charge exclusivement féminine »,*

Cet argument a été cité par 13 sources sur les 53 sélectionnées dans cette étude. Les sources étaient en accord sur cet argument. En effet, il a été cité par les 4 catégories de sources.

Cet argument a été le plus relayé, par ordre décroissant, par la TV/radio (6 sources), les journaux (4 sources), les ouvrages (2 sources), et les sites Internet (1 source).

Cet argument avait été classé dans la catégorie « Arguments en défaveur ».

DIU, spermicides, implants, préservatif féminin, pilule, patch, anneau vaginal, cape cervicale, diaphragme, progestatifs injectables, et ligature des trompes sont toutes des méthodes contraceptives destinées aux femmes.

La vasectomie et le préservatif masculin sont les seules méthodes disponibles pour les hommes.

Les femmes sont souvent les seules responsables de la contraception. En 2015, une étude sur les habitudes contraceptives dans le monde a montré que 60 % des femmes en couple avec un homme utilisent une forme de contraception pour seulement 20 % des hommes (UNITED NATIONS, 2015).

Pour une très large majorité de Français la contraception doit désormais être l'affaire de tous. C'est ce qu'indique le sondage réalisé en septembre 2012 par l'institut Conseil Supérieur de l'Audiovisuel (CSA) et Terrafemina.

Seuls 7 % des Français estiment aujourd'hui que la contraception doit être "*avant tout l'affaire de la femme*" alors que 91 % considèrent que celle-ci doit être "*autant l'affaire de l'homme que de la femme*", et moins de 1 % des Français pensent que cela devrait être "*avant tout l'affaire de l'homme*".

Près de 2/3 des hommes sont prêts à assumer la charge de la contraception et la même proportion de femmes est prête à les laisser faire. Très précisément, 61% des hommes se déclarent prêts à prendre la pilule contraceptive masculine si elle existait. Les jeunes hommes sont plus réticents, seuls 53 % d'entre eux s'y disent prêts alors qu'ils sont 71 % chez les 50-64 ans.

Les hommes et les femmes semblent évoluer dans le même sens sur cette question puisque 61 % des femmes se déclarent prêtes à laisser la responsabilité de la contraception à leur partenaire. Les plus jeunes femmes semblent moins faire confiance à leur partenaire, seules 40 % des 18-24 ans se disant prêtes à transférer cette responsabilité, contre 73 % chez les 50-64 ans (ROUCHEUX, 2012).

Des chercheurs ont annoncé avoir réussi à mettre au point la première pilule contraceptive pour homme. Pour le moment baptisée "11-beta-MNTDC", cette pilule contraceptive masculine a passé avec succès la phase 1 de l'étude portant sur son innocuité et sa tolérance. Elle contient une forme modifiée de testostérone qui combine l'action de l'androgène et de la progestérone.

L'équipe scientifique a mené son étude de phase 1 auprès de 40 volontaires en bonne santé sur une période de 28 jours. 30 hommes ont reçu une dose orale quotidienne de 11-beta-MNTDC : 200 mg pour 14 des volontaires et 400 mg pour les 16 autres. Les 10 autres hommes ont pris un placebo.

Les résultats ont été immédiats : au bout de 24 heures, les chercheurs ont constaté une diminution des niveaux de testostérone dans les deux groupes d'hommes recevant le traitement. Aucun effet secondaire important, et notamment de dysfonction érectile, n'a été constaté.

Les auteurs précisent que la durée d'observation de 28 jours est trop faible pour observer une baisse effective de la production de spermatozoïdes, qui intervient normalement au bout de 60 à 90 jours de faible niveau d'hormone androgénique. Ils ont toutefois noté que ces changements hormonaux et la baisse de production de sperme faisait de ce nouveau traitement une contraception efficace.

Aucun effet secondaire grave n'a été signalé non plus, bien que quelques participants aient signalé une légère fatigue, de l'acné ou des maux de tête. Cinq hommes ont également signalé une diminution légère leur libido et deux hommes ont décrit une dysfonction érectile légère.

En parallèle, un autre médicament oral appelé diméthandrolone undécanoate ou DMAU est également en phase test pour être développer (ARCE, 2019).

- **« Permet de réguler le cycle menstruel : moins de douleurs, moins de saignements », « Métrorragies/Spotting », « Mastodynie »**

- *Concernant l'argument « Permet de réguler le cycle menstruel : moins de douleurs, moins de saignements »,*

Cet argument a été cité par 11 sources sur les 53 sélectionnées dans cette étude. Les sources étaient en accord sur cet argument. En effet, il a été cité par les 4 catégories de sources.

Cet argument a été le plus relayé, par ordre décroissant, par les sites Internet (4 sources), les ouvrages (3 sources), et par la TV/radio et les journaux (2 sources). Cet argument avait été classé dans la catégorie « Arguments en faveur ».

Environ 30% des femmes souffrent de ménorragies (règles abondantes) qui s'aggravent souvent avec l'âge et qui - en plus d'un risque d'anémie - altèrent la qualité de vie (en limitant nombre d'activités scolaires, professionnelles, sportives, sociales, sexuelles...). Une réduction de près de 50% du flux menstruel a été constatée sous COC sans compter la possibilité de gestion du calendrier des « règles » sous contraceptif hormonal voir l'obtention d'une aménorrhée thérapeutique (prise en continu).

Concernant l'effet des POP sur les dysménorrhées (douleurs pendant les règles), elles sont liées à la production excessive de prostaglandines qui augmentent la contractilité myométriale. Les POP réduisent la production de prostaglandines et on observe une diminution significative de la prévalence des dysménorrhées sous pilule (ROBIN et al, 2017).

- *Concernant l'argument « Métrorragies/Spotting »,*

Cet argument a été cité par 14 sources sur les 53 sélectionnées dans cette étude. Il a été cité par 3 des 4 catégories de sources. En effet, cet argument n'a pas été relevé au sein de la TV/radio.

Cet argument a été le plus relayé, par ordre décroissant, par les sites Internet (9 sources), les ouvrages (3 sources), et les journaux (2 sources).

Cet argument avait été classé dans la catégorie « Arguments effets secondaires ».

Le contrôle du cycle est bien meilleur sous COC en comparaison avec les contraceptifs comprenant des progestatifs seuls. Les métrorragies sont un peu plus fréquentes lors des premiers cycles après l'initiation de la COC et ont tendance à s'améliorer par la suite.

En cas de métrorragies mal tolérées évoluant depuis au moins 3 mois sous COC et sans cause organique retrouvée, il est recommandé d'envisager un changement de contraceptif. Une augmentation de la dose d'œstrogènes, un changement du type de progestatif ou une contraception œstro-progestative extra-orale (patch ou anneau vaginal) peuvent être envisagés. Il n'est pas recommandé de modifier le dosage du progestatif ou de s'orienter vers des formulations multiphasiques (Grade C) (ROBIN et al, 2018).

- *Concernant l'argument « Mastodynie »,*

Cet argument a été cité par 14 sources sur les 53 sélectionnées dans cette étude.

Il a été cité par 3 des 4 catégories de sources. En effet, cet argument n'a pas été relevé au sein de la TV/radio.

Cet argument a été le plus relayé, par ordre décroissant, par les sites Internet (9 sources), les ouvrages (4 sources), et les journaux (1 source).

Cet argument avait été classé dans la catégorie « Arguments effets secondaires ».

Il faut dissocier mastodynie cyclique et mastodynie sous contraception hormonale.

La mastodynie cyclique,

Il s'agit de douleurs mammaires liées au cycle, avec recrudescence prémenstruelle (de durée variable, classiquement plus de 4 jours, allant parfois jusqu'à 20 jours), souvent bilatérales et plus marquées dans les quadrants supéro-externes et les prolongements axillaires, et de résolution spontanée pendant les règles (FRACASSI et al, 2014).

Concernant le syndrome prémenstruel,

C'est un dérèglement hormonal survenant comme son nom l'indique dans la semaine qui précède la survenue des règles. Il s'agit d'un trouble relativement fréquent chez les non-utilisatrices de contraception hormonale au cours duquel les œstrogènes naturels vont être « hyperactifs » : ce syndrome occasionne une mastodynie, un gonflement du bas ventre (congestion pelvienne), et des troubles de l'humeur pouvant parfois être très invalidants. Certaines POP, en « lissant » les fluctuations hormonales au cours du cycle spontané vont diminuer l'intensité et la fréquence de ces troubles chez un grand nombre d'utilisatrices (ROBIN et al, 2017).

La mastodynie sous contraception hormonale,

Sous COC, les mastodynies sont considérées comme un effet indésirable bénin fréquent. Elles seraient plus fréquentes sous COC à climat oestrogénique (COC de 3^{ème} génération, à la drospirénone, à l'acétate de cyprotérone, etc...) et avec les COC minidosées. La plupart des mastodynies survenant sous contraceptifs oraux sont résolutive après quelques cycles. En cas de persistance des douleurs, elles doivent conduire à un changement de contraception avec 2 alternatives : soit un changement en faveur d'un contraceptif oral à climat moins oestrogénique ou une contraception par progestatif seul, soit un changement de contraception en faveur d'une méthode non hormonale (DIU au cuivre, contraception mécanique) (FRACASSI et al, 2014).

- **« Augmentation du taux d'IVG depuis la diminution de l'utilisation de la POP »**

Cet argument a été cité par 12 sources sur les 53 sélectionnées dans cette étude. Il a été cité par 3 des 4 catégories de sources. En effet, cet argument n'a pas été relevé au sein des sites Internet.

Cet argument a été le plus relayé, par ordre décroissant, par la TV/radio (7 sources), les ouvrages (3 sources) et les journaux (2 sources).

Cet argument avait été classé dans la catégorie « Arguments en faveur ». En effet, si un lien existe entre augmentation du taux d'IVG et diminution de l'utilisation de la POP, alors, par conséquence, la POP pourrait être identifiée comme un moyen de contraception efficace, permettant de maintenir un taux d'IVG stable.

En 2015, des Français ont réalisé une étude à Paris. Cette étude était la première enquête multicentrique française destinée à évaluer l'impact des annonces médiatiques faites autour des COC de 3^{ème} et 4^{ème} génération sur la prévalence des IVG réalisées suite à un arrêt intempestif de la contraception.

Cette étude était prospective, évaluant le nombre de femmes ayant demandé une IVG et qui déclaraient spontanément que cet échec de contraception était survenu suite à un arrêt de leur contraception orale parce qu'elles avaient eu peur des informations véhiculées dans les médias.

Onze centres sur 16 ont répondu à l'enquête totalisant 2300 IVG sur cette période (du 18/02/2013 au 30/04/2013) dont 98 (4,2 %) pour des grossesses survenues suite à un arrêt de contraception que les femmes déclaraient comme une conséquence des alertes médiatiques. L'âge moyen était de 26 ans. Ces grossesses avaient débuté dans 4 cas (6 %) en décembre 2012, soit 3 mois après le début de l'alerte, dans 11 cas (16 %) en janvier, dans 24 cas (36 %) en février et dans 18 cas (27 %) en mars 2013, soit 4 à 6 mois après. Les pilules interrompues par « peur » des informations véhiculées dans les médias étaient de 2^{ème} génération dans 7 cas (10 %), de 3^{ème} génération dans 17 cas (25 %), de 4^{ème} génération dans 32 cas (48 %) ou microprogestative dans 2 cas (3 %).

Cette étude comporte bien entendu des limites. Tout d'abord, il ne s'agit pas d'une enquête exhaustive et elle est purement déclarative. Les résultats de cette enquête ont pu être sous-estimés (DEFFIEUX, 2015).

Selon l'Institut National d'Études Démographiques (INED), le taux annuel d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans était de 14,7 en 2011, 14,5 en 2012 et 15,3 en 2013. Le taux annuel d'IVG est resté stable depuis 2013 oscillant entre 13,9 en 2016 et 15,0 en 2014 et 2018 [cf. Annexe XII]. (INED, 2018)

De ce fait, aucun lien ne peut être établi entre augmentation du taux d'IVG et la controverse affectant la POP.

L'analyse de l'évolution des pratiques contraceptives montre que la diminution de l'utilisation de la pilule s'inscrit dans deux dynamiques différentes :

- Les plus jeunes se reportent en partie vers l'implant ;
- Les femmes les plus favorisées, plus enclines à se rendre chez un gynécologue pour se faire prescrire leur contraception se sont tournées vers le DIU ;
- Les moins favorisées, qui consultent leur généraliste (moins formé à la pose d'un DIU) pour leur contraception, se dirigent vers des méthodes moins efficaces que la pilule comme le préservatif (SANTÉ PUBLIQUE FRANCE, 2020).

- **« Augmentation du risque de décès »**

Cet argument a été cité par 10 sources sur les 53 sélectionnées dans cette étude. Il a été cité par 3 des 4 catégories de sources. En effet, cet argument n'a pas été relevé au sein des sites Internet.

Cet argument a été le plus relayé, par ordre décroissant, par la TV/radio (7 sources), les journaux (2 sources), et les ouvrages (1 source).

Cet argument avait été classé dans la catégorie « Arguments effets nocifs ».

Il existe deux études importantes pour les gynécologues mais aussi pour les femmes, publiées en 2012 dans la revue *The Lancet*. La première étude, réalisée dans 172 pays du monde a inclus des pays développés et des pays en voie de développement. Elle montre que l'utilisation de la contraception est susceptible de diminuer la mortalité maternelle. Les données ont été obtenues à partir de la Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group (MMEIG) de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) et des données des Nations Unies. Parmi ces 172 pays, l'utilisation de la contraception varie de 3,3 % au Tchad à 85,7 % en Chine. L'étude du *Lancet* a rapporté que le nombre total de décès maternels était de 342 203 femmes, en 2008. Selon un modèle mathématique, l'utilisation de la contraception, tous types de contraception confondus, a permis d'éviter 272 040 décès maternels, dans ces pays. Cette diminution est essentiellement due à la diminution de grossesses non désirées et de leurs conséquences. De plus, si toutes les femmes de ces différents pays avaient eu accès à la contraception, il aurait été possible d'éviter 104 000 décès par an, soit une réduction supplémentaire de 29 %. Cette étude a de plus montré une corrélation positive entre la prévalence de l'utilisation de la contraception et la réduction de la mortalité maternelle. La deuxième étude a montré que l'utilisation de la contraception a de plus un impact important sur la santé périnatale et la survie des enfants. Les deux études montrent que les avantages de la contraception sont nettement supérieurs à ses risques (ROBIN et al, 2017).

- **Synthèse**

La recherche dans la littérature, de la véracité de ces 19 arguments a permis de créer ce tableau récapitulatif ci-dessous, qui classe les arguments en « Arguments VRAI », et « Arguments avec absence de preuves ou FAUX ».

Tableau : Synthèse de la véracité des 19 arguments

Arguments VRAI	Arguments avec absence de preuves ou FAUX
« Augmentation du risque vasculaire (TE+CV) »	« Prise de poids »
« Moyen de contraception efficace »	« Diminution de la libido »
« Diminution du KC de l'ovaire »	« Sautes d'humeurs »
« Charge exclusivement féminine »	« Augmentation du taux d'IVG depuis la diminution de l'utilisation de la POP »
« Migraines »	« Augmentation du KC du col de l'utérus »
« Augmentation du KC du sein »	« Augmentation du nombre de décès »
« Diminution du KC de l'endomètre »	
« Instrument de liberté, droit, indépendance de la Femme »	
« Risque d'oubli/Prise quotidienne difficile »	
« Métrorragies/Spotting »	
« Mastodynie »	
« Permet de réguler le cycle menstruel »	
« Nausées/Vomissements »	

13 des 19 arguments les plus utilisés par les sources de cette étude sont des arguments dont la véracité a été prouvée dans la littérature.

A noter, que parmi ces 19 arguments, 6 arguments circulent malgré qu'ils n'aient pas été validés dans la littérature.

Comment se fait-il que ces arguments soient relayés ? Quelles réglementations pour les médias ?

3. Les Français et les médias

▪ Par quel moyen les Français s'informent-ils ?

Selon le 33ème baromètre Kantar/Sofres réalisé pour La Croix en 2020 :

A la question « *En général, par quel moyen êtes-vous informé de l'actualité ?* », les Français répondent la TV à 48 %, Internet à 32 %, la radio à 15 % et par la presse écrite sur la version papier à 4%.

Dans les 48 % de Français à avoir répondu « la TV », 56 % avaient 35 ans et plus.

Dans les 32 % de Français à avoir répondu « Internet », 61 % avaient moins de 35 ans.

Concernant l'accès à l'information en ligne, les applications mobiles et sites de presse écrite restent en tête des sources numériques (25 %) devant les réseaux sociaux (22 %). Les sites ou applications des médias TV ou radio sont encore loin derrière (9 %) dans les sources d'information numérique.

A la question « *Croyez-vous que les journalistes sont indépendants, c'est-à-dire :*

- *Qu'ils résistent aux pressions des partis politiques et du pouvoir*
- *Aux pressions de l'argent ?* »

Les Français ont respectivement répondu « Non » à 68 % et 61 % (CARASCO, 2020).

La majorité des Français se méfient des journalistes et ne leur accordent plus leurs confiances.

Dans la partie « Résultats », 11 des 21 sources issues des Journaux ont été positionnées « Contre » la POP. Le principe de neutralité de la presse peut alors être remis en question.

« Si l'on aborde la question de la neutralité à un niveau plus métaphysique, on tombe très vite sur un défi surhumain : peut-on vraiment faire abstraction de toutes nos déterminations pour réaliser un récit neutre de ce qu'il nous a été donné de voir ou de savoir ? La réponse est évidemment non ! Tout regard est subjectif, au sens où nous sommes entraînés par une part de nous-même lorsqu'il s'agit de porter son regard. Notre œil ne peut voir que ce qu'il sait déjà voir. Notre cerveau ne peut décrypter que ce qu'il a été préparé à pouvoir décrypter. Notre récit contient les mots que notre cerveau, mais aussi notre sensibilité, a aidé à formuler. Le choix des mots n'est jamais neutre [...] Accuser les journalistes de ne pas être « objectifs » est courant, mais c'est oublier qu'informer est toujours le fruit d'un choix où la totale neutralité fait défaut. Aussi, mieux-il vaut juger les journalistes sur « l'honnêteté » de leur regard sur les faits » (MERCIER, 2019).

A noter que, la moitié des sources (8/16 sources) issues de la catégorie « TV/Radio », et plus de la moitié des sources (8/11 sources) issues de la catégorie « Sites Internet », ont été classées « Neutre » et ont donc respecté ce principe.

A la question « *En général, à propos des nouvelles, les choses se sont passés comme l'a raconté...* ». Les Français répondent la radio à 50 %, le journal à 46 %, la TV à 40 % et Internet à 23 %.

A noter le discrédit d'internet comme source d'information, qui après avoir connu un pic de crédibilité en 2015 revient à son niveau le plus bas de 2005 (CARASCO, 2020).

C'est le paradoxe Français. En effet, Internet est le deuxième moyen d'information des Français juste derrière la TV, cependant, Internet est aussi la source d'information dont les Français se méfient le plus.

A la question « *A quelle fréquence, diriez-vous que vous êtes confronté à des informations qui déforment la réalité ou qui sont mêmes fausses ?* », 40 % répondent une fois par semaine ou même plus, 19% deux ou trois fois par mois, 15 % environs une fois par mois, 9 % moins d'une fois par mois et 9 % jamais ou pratiquement jamais.

Les médias sont attendus sur les « Fake News ». Interrogés sur « *les acteurs qui devraient agir contre la propagation des fausses nouvelles* », les sondés comptent d'abord sur les journalistes (38 %) et les organismes de contrôle (36 %), suivis des citoyens eux-mêmes (29 %), du gouvernement (26 %), des enseignants (5 %) et des universitaires (2 %) (CARASCO, 2020).

▪ **Les médias et la contraception**

La communication dans les médias au sujet de la contraception peut avoir des vertus mais il semble qu'il ne faille pas négliger les possibles événements délétères que cela peut entraîner.

Il existe peu d'articles dans la littérature qui ont étudié l'impact des médias sur le choix ou l'utilisation de la contraception. Une revue de la littérature de la Cochrane Data base en 2013 a étudié les différentes stratégies de communication sur l'efficacité contraceptive, l'attitude et le choix contraceptif des femmes. Parmi les différents programmes d'information, le support audiovisuel était plus efficace que la présentation orale classique, mais les études disponibles étaient de qualité faible et ne présentent aucun suivi des connaissances.

Une étude de 2010 a analysé le rôle des réseaux sociaux sur le choix contraceptif de jeunes femmes issues de minorités urbaines noires américaines et hispaniques. Cette étude a montré que les médias, dont Internet, étaient une source d'informations et avaient une influence sur le choix contraceptif de nombreuses femmes. Elle montrait également que les expériences et opinions exprimées dans les réseaux sociaux influençaient le choix contraceptif dans cette population (DEFFIEUX et al, 2015).

- **Quelles réglementations pour les médias ?**

La loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de la presse définit les libertés, mais aussi les responsabilités de la presse en imposant un cadre légal aux publications. Toujours en vigueur aujourd'hui, c'est une loi emblématique qui symbolise le compromis entre l'exercice de la liberté fondamentale de l'information attribuée aux auteurs et celle de la protection des droits des personnes. Le rôle de cette loi consiste donc à encadrer la liberté d'expression, qui n'est pas absolue, afin d'éviter les abus. Pour cela, elle définit un certain nombre d'infractions appelées « *délits de presse* ».

Aujourd'hui, la loi de 1881 est improprement nommée. En effet, il ne s'agit plus d'une loi sur la liberté de la presse, mais d'une grande loi sur la liberté d'expression publique qui s'applique à tous les médias et à tous les supports (écrits, audio, audiovisuels, Internet).

La nature des délits de presse est clairement définie par la loi du 29 juillet 1881. Il s'agit de la diffamation, de l'injure, des offenses au président de la République et aux chefs d'États ou représentants des pays étrangers, la publication de fausses nouvelles et les manifestations d'opinions prohibées.

Concernant la publication de fausses nouvelles, bien que ce délit soit peu utilisé, il est interdit de publier des fausses nouvelles. Ce délit est invoqué lorsqu'il y a un risque de trouble à la paix publique. En outre, il faut que cette fausse nouvelle ait été divulguée dans l'intention expresse de provoquer un trouble. On parle de « mauvaise foi » du journaliste. Seul le parquet peut agir puisqu'il s'agit de protéger la paix publique. L'action doit être engagée uniquement devant la juridiction pénale et la peine encourue est de 45 000 euros d'amende (ROUSSEAU, 2016).

Ainsi donc, il existe bel et bien un contrôle des médias. Cependant, les délits concernant « la publication de fausses nouvelles » ne sont punis que lorsqu'un trouble à la paix publique est invoqué.

▪ Les ouvrages

Aucun des 5 ouvrages n'a été positionné dans la catégorie « Neutre » dans cette étude.

Sur les 105 arguments listés, il est à noter que 41 arguments n'ont été cités qu'une seule fois. Sur ces 41 arguments, 23 ont été cités par des ouvrages.

Parmi ces 23 arguments, 19 ont été classés dans la catégorie « Arguments effets nocifs ».

« Augmentation du KC des ovaires », « Augmentation du KC des voies biliaires », « Augmentation des ruptures conjugales », « Augmentation des maladies mentales », « Augmentation des tentatives de suicide », « Augmente le risque d'anémie », « Entraîne de l'hypercholestérolémie », « Aggrave l'endométriose », « Favorise les cystites », « Favorise les infections vaginales et utérines », « Favorise les kystes aux ovaires », « Entraîne une augmentation de volume et de douleur des fibromes utérins », « Accentue la sévérité de l'épilepsie », « Favorise le diabète », « Favorise les adénomes de l'hypophyse », « Favorise l'hypothyroïdie », « Accentue la sévérité des crises d'asthme », « Risque augmenté de développer la maladie de Crohn », et « Sécheresse oculaire ».

Parmi ces 19 arguments, certains ont été avancés en se basant sur des études scientifiques qui n'ont pas un niveau de preuves suffisant (NP3, NP4).

D'autres, ont été avancés sans aucunes références bibliographiques.

Il est important de souligner que les ouvrages ne sont que le reflet des convictions des auteurs.

En effet, « Depuis l'invention du livre, les médias se trouvent au cœur de la démocratie. Au cours de l'histoire, ils ont pris différentes formes : pamphlets, discours devant les foules, radio, journaux, livres, etc. Quelle que soit leur forme, ils permettent la transmission d'information de toute nature au peuple et aux citoyens. Ce rayonnement permet de mobiliser des foules, de soulever des contestations. Souvent, ce halo revêt un aspect positif. Cependant, il n'est pas rare de constater dans la presse ou dans les livres quelques abus pouvant nuire aux personnes. Pour mieux encadrer la presse et l'édition, la présence d'une législation est nécessaire. » (ROUSSEAU, 2016)

Quel contrôle à la liberté d'expression ?

« L'exercice de cette liberté d'expression trouve toutefois ses limites, notamment en cas d'abus pour des raisons sécuritaires ou pour protéger le droit des individus. Roman, essai, document, (auto) biographie, enquête, article de presse... tout texte rendu public et faisant référence à des personnes ou à des situations réelles peut ainsi engager la responsabilité de l'auteur dès lors qu'il cause un préjudice à un tiers.

Dans le domaine des faits divers ou d'actualités, les juges s'attacheront à rechercher si l'auteur rend compte avec prudence, exactitude et objectivité, de recherches sérieuses et documentées ou si, au contraire il recherchait le sensationnel à travers une version romancée des faits et des protagonistes.

Il ne s'agit pas d'un délit pénal, mais d'une faute civile. Elle ne peut donc être sanctionnée ni par de la prison, ni par des amendes, mais par le versement de dommages et intérêts. Le retrait d'un ouvrage est extrêmement rare, même lorsqu'il y a une atteinte grave. En général, l'octroi de dommages et intérêts est censé réparer le préjudice subi. L'éditeur peut également être condamné à insérer un encart sur la couverture mentionnant la condamnation ou à apporter une rectification. » (VERON, 2018)

En 2019, Santé Publique France a créé une brochure « Choisir sa contraception ». Aucun ouvrage n'a été référencié comme sources d'informations fiables en matière de contraception.

En effet, même si l'ouvrage a été écrit par un professionnel de santé, cela ne permet pas d'en assurer la fiabilité. L'auteur peut ainsi utiliser son statut de professionnel pour exprimer sa propre opinion.

Seul les manuels scolaires et ouvrages destinés à l'enseignement bénéficient de suffisamment de contrôles.

« Conçus et rédigés par des équipes d'auteurs rassemblant spécialistes de la discipline, enseignants de terrain, et cadres du Ministère de L'Education Nationale (Inspecteurs, Conseillers Pédagogiques), les livres scolaires demandent de la réflexion, du travail et du temps (d'écriture, de recherche, de réalisation, de tests, de réécriture, de relectures). » (MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE, 2008)

4. Quels moyens mettre en place pour une meilleure information ?

- **2020 : Un nouvel outil d'information pour mieux choisir sa méthode contraceptive**

Selon le dossier de presse de Santé Publique France, sorti en février 2020,

Le programme Santé sexuelle de Santé publique France s'inscrit dans le cadre de la récente « Stratégie nationale de santé sexuelle – Agenda 2017-2030 » (SNSS) qui répond à une démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. Son objectif général est d'assurer « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité, de la naissance jusqu'à la vieillesse pour l'ensemble de la population ».

Les actions menées ont pour but d'améliorer le niveau de connaissances des individus et également de faire évoluer les attitudes, croyances et comportements pour permettre à chacun de prendre des décisions éclairées quant à sa santé sexuelle.

« Choisir sa contraception » est le site de référence sur la contraception.

Créé en 2007, le site choisirsacontraception.fr traite de tous les aspects liés à la contraception de manière simple et pédagogique. Il propose une information complète sur la contraception. Un clic sur le pictogramme permet de découvrir la méthode, ses avantages, ses inconvénients, comment elle s'utilise... Les internautes peuvent y trouver des informations plus générales ou comprendre comment aborder le sujet de la contraception en couple, avec un proche ou un professionnel.

Dans le cadre de son programme « santé sexuelle », Santé publique France lance un nouvel outil, disponible sur le site choisirsacontraception.fr, pour aider les femmes à préparer leur consultation contraceptive et leur fournir une information personnalisée sur la contraception.

Il s'appuie sur les dernières recommandations de la HAS en matière de contraception et est complété par les recommandations des sociétés savantes prescriptrices.

Pour valider sa pertinence et sa qualité scientifique, Santé publique France a travaillé avec un groupe composé de sages-femmes, de gynécologues, de pharmaciens, de médecins généralistes, de représentants associatifs.

« Ce nouvel outil a pour vocation d'améliorer encore et autant que possible l'accès à l'information. Il doit permettre également de lever les craintes vis-à-vis de certains contraceptifs. Il va permettre [...] d'en finir avec certains préjugés qui persistent encore. » selon Nicolas Dutriaux, Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF), qui a participé activement à l'élaboration de l'outil.

Conçu pour être consulté sur mobile (ou sur ordinateur), l'outil est simple d'utilisation. Il suffit de répondre à une quinzaine de questions organisées en trois parties :

- « Moi » : sexe, âge, nombre de partenaires, méthodes de contraception déjà utilisées et satisfaction.
- « Mes préférences » : en termes d'efficacité, de régularité et modalités de prise, d'effets secondaires, etc...
- « Ma santé » : antécédents médicaux personnels et familiaux, prise de médicaments, consommation de tabac, etc...

Une fois le questionnaire terminé, l'outil classe les contraceptifs selon trois catégories : « les plus adaptés », « les possibles » ou « les contre-indiqués probables », à partir des informations renseignées.

Pour chaque moyen de contraception, les points positifs et négatifs sont expliqués de manière détaillée et un renvoi vers la fiche descriptive sur le site choisirsacontraception.fr est disponible.

Les résultats sont téléchargeables gratuitement par l'utilisatrice. Ce support peut être utilisé pour engager le dialogue avec son professionnel de santé lors d'une consultation.

Parce que la contraception n'est pas seulement une affaire de femme, Santé publique France travaille à l'adaptation d'un questionnaire pour les hommes.

▪ Des sources d'informations fiables

En 2019, Santé Publique France a créé une brochure « Choisir sa contraception ». Celle-ci se compose d'un Vrai/Faux, d'un tableau récapitulatif de toutes les méthodes de contraception (méthode, prix, comment l'obtenir), d'une partie « Que faire en cas de problème ? ». De plus, cette brochure référence toutes les sources d'informations fiables dans une partie « Où se renseigner et à qui en parler ? ». Ci-dessous la liste :

Des professionnels de santé compétents :

- Les médecins généralistes
- Les gynécologues
- Les sages-femmes
- Les pharmaciens(ne)s
- Les infirmiers(es) scolaires

Des centres compétents :

- Les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF)
- Les centres gratuits d'information de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH et des IST (CEGIDD)
- Les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive
- Les établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF)

Des sites Internet compétents :

- Le site Fils Santé Jeune
- Les sites de Santé Publique France : www.choisirsacontraception.fr, www.onsexprime.fr, www.info-ist.fr
- Les sites du ministère chargé de la santé : www.sante.gouv.fr, www.ivg.gouv.fr
- Le site de l'assurance maladie : www.ameli.sante.fr
- Le site du Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) : www.planning-familial.org
- Le site de l'Association Française pour la Contraception (AFC) : www.contractions.org

A souligner, l'importance pour les professionnels d'informer les patient-es sur les sources possibles d'informations fiables.

▪ **Vers une meilleure formation des professionnels de santé**

En 2013, la HAS a publié un document synthèse concernant l'état des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée.

L'HAS (2013) listait ci-dessous tous les freins des professionnels de santé face à la contraception :

- Conceptions mécanistes du corps et hyper-médicalisation de la contraception : les pratiques sont axées sur l'utilisation de moyens médicaux proposant une vision mécaniste du corps qui localise le risque de grossesse au niveau de la seule physiologie. Il apparaît dès lors logique de privilégier les moyens de contraception ayant l'efficacité théorique maximale ce qui peut s'avérer contre-productif si les besoins de la femme et de l'homme ne sont pas pris en compte. En effet, un des objectifs de la consultation de contraception est d'aider au choix d'une méthode qui dans leur contexte de vie est la plus efficace possible.
- Formation initiale et continue des médecins et sages-femmes insuffisante : l'étroitesse du socle de formation initiale, l'obsolescence rapide des connaissances techniques dans un domaine en pleine transformation et le manque de formation sur les spécificités de l'abord des questions de sexualité se traduisent par la persistance d'idées reçues et de pratiques classiques voire stéréotypées. La mise à jour des connaissances repose encore pour une grande part sur les informations apportées par les industriels dans le cadre de la visite médicale. S'agissant des médecins généralistes, depuis l'instauration d'un troisième cycle et de l'internat de médecine générale, les jeunes générations reçoivent une formation en gynécologie.

- Difficulté de positionnement des médecins généralistes dans la mesure où la contraception a longtemps été considérée comme relevant de la compétence des gynécologues : alors que, avec l'évolution du système de soins et de la démographie médicale (diminution du nombre de gynécologues et répartition inégale sur le territoire, féminisation des médecins généralistes, etc.), les questions de contraception sont de fait de plus en plus souvent traitées par le médecin généraliste.
- Difficulté du médecin de se retrouver en marge de sa position thérapeutique habituelle : d'une part, le soignant prescrit la méthode qu'il juge la plus efficace, sans forcément tenir compte de la trajectoire et de la situation particulière de la femme ; d'autre part, la femme reste perçue comme une patiente alors qu'elle n'est pas malade.
- Contrainte de temps pour recueillir toutes les informations nécessaires à la prescription contraceptive : les conditions actuelles d'exercice et de paiement à l'acte se prêtent mal à une consultation contraceptive. Il est plus rapide de renouveler la prescription d'une pilule plutôt que d'étudier à nouveau avec la consultante si la contraception correspond toujours bien à ses attentes.
- Influence des industriels du médicament : pression de l'industrie pour influencer les prescripteurs, les leaders d'opinion et les médias.
- Clause de conscience des médecins s'agissant des méthodes définitives de contraception.

En 2013, l'HAS avait proposé comme solutions de :

- Développer et adapter la formation initiale et continue des professionnels de santé concernés par la contraception, de façon indépendante de l'industrie pharmaceutique.
- Promouvoir l'information des professionnels de santé sur la contraception par le biais des délégués de l'Assurance maladie.
- Faciliter l'information du grand public sur les différents moyens contraceptifs disponibles au moyen d'une plate-forme d'information unique.
- Exercer une vigilance accrue sur la qualité de l'information sur les différents moyens contraceptifs délivrée par les industriels aux professionnels de santé et au grand public.
- Évaluer l'intérêt d'une modification des modalités de rémunération des professionnels de santé.

Concernant cette dernière proposition :

Afin d'inciter les professionnels de santé à prendre plus de temps pour aborder la contraception, une revalorisation tarifaire a été appliquée au 1^{er} novembre 2017 sur la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles, dénommée CCP.

La consultation est fixée à 46 euros. Elle ne peut être facturée qu'une seule fois par patiente et est prise en charge à 100%.

Cette consultation, à fort enjeu de santé publique, est réservée aux jeunes filles de 15 à 18 ans.

Lors de cette consultation le médecin informe la patiente sur les méthodes contraceptives et sur les maladies sexuellement transmissibles. Il conseille, prescrit et explique l'emploi de la méthode choisie et ses éventuelles interactions médicamenteuses. Il inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical de la patiente.

Elle peut être réalisée par un médecin généraliste, un gynécologue, un gynécologue-obstétricien ou un pédiatre.

Le médecin doit informer la patiente du droit à l'anonymat pour cette prestation (PETRASZKO, 2017).

Le 29 mai 2018, l'Assurance Maladie et les deux syndicats représentatifs des sages-femmes libérales, l'Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF) et l'Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes (UNSSF), ont signé un avenant à la convention nationale des sages-femmes libérales. L'accord prévoit en outre l'ouverture aux sages-femmes de la CCP (CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES, 2018).

Les étudiant(e)s sages-femmes

Dans le cadre des enseignements de la Faculté de Médecine de Marseille, un programme (module optionnel) d'éducation à la sexualité et à la contraception avait été créé au cours de l'année universitaire 2006-2007. Ce projet proposait la mise en place d'une formation des étudiants à un programme éducatif de prévention concernant la sexualité et la contraception associé à une application pratique par l'intermédiaire d'une intervention des étudiants ainsi formés dans des collèges de la région (MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 2018).

Il était proposé aux étudiant(e)s sages-femmes de Marseille en L3. Il a depuis été remplacé par le service sanitaire.

Depuis 2018, les étudiant(e)s sage-femme français(es) participent au Service Sanitaire. C'est un dispositif national qui permet aux étudiants en santé (médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, soins infirmiers et masseur-kinésithérapeute) de mener des actions de prévention auprès de tout type de public, notamment les plus jeunes et les plus fragiles. 4 thématiques de prévention pour la santé ont vu le jour. Parmi elles, une thématique intitulée « l'éducation à la sexualité ».

En 2018, en région Sud, 3500 étudiants ont été formés, nécessitant de revoir l'ensemble des programmes de formation. Un des objectifs étant de modifier la formation des professionnels de santé afin qu'ils évoluent vers une implication plus forte dans des démarches de prévention (ARS, 2019).

A l'Ecole de Maïeutique de Marseille, le service sanitaire est effectué par les M1.

Les sages-femmes

Dotées d'un pouvoir de diagnostic et d'un droit de prescription, les sages-femmes forment une profession médicale à compétences définies. Ainsi, le champ d'intervention des sages-femmes auprès des femmes et des nouveau-nés en bonne santé est établi par le code de la santé publique.

Depuis la loi HSPT du 21 juillet 2009, les sages-femmes peuvent assurer des consultations en matière de gynécologie préventive et de contraception auprès des femmes en bonne santé tout au long de leur vie.

La sage-femme peut pratiquer en toute autonomie l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de situation pathologique.

Ainsi, la sage-femme peut réaliser un frottis cervico-vaginal de dépistage et prescrire tous les examens complémentaires utiles au bon suivi de la patiente (dépistage IST, bilan biologique).

La sage-femme peut proposer à sa patiente différentes méthodes contraceptives et peut prescrire l'ensemble des moyens contraceptifs, à savoir :

- Les contraceptifs locaux et hormonaux,
- Les contraceptifs intra utérins, les diaphragmes et les capes,
- Les contraceptifs d'urgence.

Elle peut effectuer :

- La pose, la surveillance et le retrait du diaphragme ou de la cape,
- L'insertion, la surveillance et le retrait de contraceptifs intra-utérins,
- La pose et le retrait de l'implant.

La sage-femme peut prescrire, délivrer et administrer des contraceptifs auprès de patientes mineures en dehors de tout recueil obligatoire, au préalable, du consentement des titulaires de l'autorité parentale.

La sage-femme peut pratiquer des échographies gynécologiques.

En cas de pathologie, la sage-femme sera tenue d'adresser la patiente à un médecin.

La sage-femme peut réaliser des IVG par voie médicamenteuse dans les conditions définies par la loi (CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES).

Ainsi, les sages-femmes font partie des professionnels de santé en première ligne face à cette controverse.

Le Développement Professionnel Continu (DPC)

Afin de palier à ce manque de formation décrit par les professionnels de santé dans le compte rendu de la HAS (2013), le DPC a été modernisé.

Le DPC mis en place en juillet 2009 a été réformé en profondeur par la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016.

Cette réforme recentre le DPC sur le cœur de métier des professionnels de santé et sur le processus de prise en charge du patient dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 2016). Depuis 2017, le DPC doit être effectué tous les 3 ans.

Le DPC est un dispositif de formation applicable à l'ensemble des professionnels de santé, dont les objectifs sont les suivants :

- L'évaluation des pratiques professionnelles,
- Le perfectionnement des connaissances,
- L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,
- La prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

D'après le code de la santé publique, le DPC constitue une obligation pour les sages-femmes (CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES).

CONCLUSION

L'objectif principal de ce mémoire était d'identifier et d'analyser l'ensemble des arguments en faveur et en défaveur qui entretiennent la controverse sur la POP en France.

Au total, 105 arguments ont été recueillis. Parmi les 105 arguments, 19 ont été identifiés comme les plus relayés dans les médias et les ouvrages. L'analyse dans la littérature de ces arguments a permis de souligner le manque de fiabilité et de preuves de 6 d'entre eux.

L'analyse a également permis d'identifier le rôle des médias dans l'entretien de cette controverse, qui, pour certains, malgré une réglementation stricte, ne respectent pas le principe de neutralité et publient « *de fausses nouvelles* ». En particulier les ouvrages, qui ne sont que le reflet des convictions des auteurs, et qui, ne bénéficient pas d'un contrôle suffisamment strict. Certains auteurs utilisent leur statut de professionnel de santé pour colporter de faux arguments.

Ainsi, plusieurs freins ont été identifiés :

- Manque de formation des professionnels de santé,
- Manque d'informations des usagers,
- Réglementations des médias non respectées.

Afin de palier à ses freins, plusieurs moyens ont été mis en place :

Pour les professionnels de santé,

- Modernisation du DPC en janvier 2016,
- Formation des étudiant(e)s en santé à la contraception renforcée avec la mise en place du service sanitaire à l'échelle nationale en 2018,
- Revalorisation de la CCP à 46 euros depuis 2017 afin d'inciter les professionnels de santé à prendre plus de temps pour aborder la contraception.

Pour les usagers,

- Création d'un nouvel outil informatique en février 2020 par Santé Publique France, destiné aux femmes, pour les aider à choisir leurs contraceptions de manière personnalisée, sur le site <https://www.choisirsacontraception.fr/>,
- Création d'une brochure en 2019 par Santé Publique France « Choisir sa contraception », qui référence toutes les sources d'informations fiables en matière de contraception,
- Mise en place du service sanitaire en 2018, réalisé par des étudiant(es) en santé, visant à informer les jeunes en matière de contraception et sexualité sous la forme d'interventions en milieu scolaire.

« Le recours à la contraception suppose par ailleurs d'avoir reçu une éducation à la sexualité (quels que soient sa forme et son vecteur), y compris une information suffisante sur la contraception et sur ses possibilités d'accès. »

(HAS, 2013)

Il aurait été intéressant de poursuivre l'étude des 105 arguments même si bon nombre d'entre eux peuvent facilement avoir leur véracité remise en doute. Notamment les arguments avancés par certains ouvrages tel que « Augmentation des ruptures conjugales », « Augmentation tentatives de suicide », « Dérèglement de l'attirance amoureuse » ...

« La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit »

(SANTÉ PUBLIQUE FRANCE, 2019)

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE FRANCE PRESSE – Madame Le Figaro – Les grandes dates de la contraception en France – 2017 [Internet]. [Cité le 07 mars 2020]. Disponible sur : <https://madame.lefigaro.fr/societe/pilule-les-grandes-dates-de-la-contraception-en-france-181217-146066>

AMELI – L'efficacité des moyens contraceptifs – 2019 [Internet]. [Cité le 06 novembre 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>

ANSM – Diane 35 et ses génériques - 2014 [Internet]. [Cité le 06 février 2020]. Disponible sur : [https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Diane-35-et-ses-generiques/Elements-de-contexte/\(offset\)/0](https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Diane-35-et-ses-generiques/Elements-de-contexte/(offset)/0)

ANSM - Questions – Réponses pilule contraceptive. Le point en 18 questions – 2013 [Internet]. [Cité le 06 février 2020]. Disponible sur : https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/090e8bc057d61a82b9f539648a96a139.pdf

ARCE Charlotte – Pourquoi Docteur – Une première pilule contraceptive masculine testée avec succès – 2019 [Internet]. [Cité le 26 février 2020]. Disponible sur : <https://www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/28688-Une-pilule-contraceptive-masculine-testee-succes>

ARS – Communiqué de presse – Un an après : premier bilan du service sanitaire des étudiants en santé – 2019 [Internet]. [Cité le 28 février 2020]. Disponible sur : <https://www.paca.ars.sante.fr/un-apres-premier-bilan-du-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante>

ASTIER Marie – Reporterre, le quotidien de l'écologie – Risques pour la santé et pour l'environnement, la pilule contraceptive en question – 2017 [Internet]. [Cité le 13 novembre 2018]. Disponible sur : <https://reporterre.net/Risques-pour-la-sante-et-pour-l-environnement-la-pilule-contraceptive-en>

BEME David – Doctissimo – Migraine et vie des femmes – Symptômes et traitement – 2016 [Internet]. [Cité le 13 novembre 2018]. Disponible sur : http://www.doctissimo.fr/html/sante/encyclopedie/sa_98_migraines_fem.htm

BENCHIMOL Yehouda – Pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations – 2015 [Internet]. [Cité le 06 février 2020]. Disponible sur : <https://www.docteur-benchimol.com/pilules-de-3eme-et-4eme-generation.html>

BOY-LANDRY Vanessa – Paris Match – « J'arrête la pilule » : l'enquête qui dérange – 2017 [Internet]. [Cité le 13 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.parismatch.com/Actu/Societe/J-arrete-la-pilule-l-enquete-qui-derange-1381022>

BRETEAU Anna – Le Point – Les 7 dates-clés de la contraception en France – 2017 [Internet]. [Cité le 07 mars 2020]. Disponible sur : https://www.lepoint.fr/culture/les-7-dates-cles-de-la-contraception-en-france-27-12-2017-2182640_3.php

CARASCO Aude – La Croix - Baromètre médias : pourquoi 4 Français sur 10 boudent l'information – 2020 [Internet]. [Cité le 25 février 2020]. Disponible sur : <https://www.la-croix.com/Economie/Medias/Barometre-medias-pourquoi-4-Francais-10-boudent-linformation-2020-01-15-1201072072>

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES – Convention des sages-femmes : signature de l'avenant – 2018 [Internet]. [Cité le 07 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/convention-des-sages-femmes-signature-de-lavenant/>

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES – La formation continue : le DPC [Internet]. [Cité le 07 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/>

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES – Suivi gynécologique et contraception [Internet]. [Cité le 07 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/>

DEBUSQUAT Sabrina – J'arrête la pilule – Éditions Les Liens qui Libèrent – 2017

DEFFIEUX Xavier, et al – Enquête concernant le retentissement des alertes médiatiques sur la pilule - Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2015 ; 44(7) : 646-652 [Internet]. [Cité le 25 février 2020]

DEVILLE Alexandre – Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine spécialité médecine générale : Médiatisation des dangers des pilules de troisièmes et quatrièmes générations, un impact sur l'IVG en Tarn et Garonne en 2013 ? – 2014 [Internet]. [Cité le 25 février 2020]. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/533/1/2014TOU31077.pdf>

DUFFEZ Olivier – Web Rank Info – Parts de marché des moteurs de recherche (France, USA, monde) – 2020 [Internet]. [Cité le 01 février 2020]. Disponible sur : <https://www.webrankinfo.com/dossiers/etudes/parts-marche-moteurs>

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE – Cadre général des manuels scolaires – 2008 [Internet]. [Cité le 07 mars 2020]. Disponible sur : <https://eduscol.education.fr/numerique/dossier/lectures/manuel/cadre-reglementaire>

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE – Développement Professionnel Continu (DPC) – 2016 [Internet]. [Cité le 08 mars 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/dpc>

ENJOYPHOENIX – YouTube – Pourquoi j'ai arrêté la pilule ? – 2018 [Internet]. [Cité le 06 février 2020]. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=LzUXon4Tqb4>

FRACASSI L et al – Dossier Douleur et Sein – Mastodynies cycliques – La Lettre du Sénologue, N° 64 – avril-mai-juin 2014 [Internet]. [Cité le 27 février 2020]. Disponible sur : <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/21563.pdf>

FREOUR Pauline – Le Figaro - Pilule de 3e génération : une Française attaque un labo – 14 décembre 2012 [Internet]. [Cité le 13 novembre 2018]. Disponible sur : <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/12/14/19577-pilule-3e-generation-francaise-attaque-labo>

GABRIEL R, et al – Contraception oestroprogestative – EMC – Gynécologie 2017 ;12(2) : 1-11 [Article 700-A-30] [Internet]. [Cité le 26 février 2020]

GRAESSLIN O et al – Mise au point sur la contraception – Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction – Vol 34, N° 6 – pp. 529-556 – octobre 2005 [Internet]. [Cité le 26 février 2020]

GROSSET Damien – E-Marketing.com – Top 10 des quotidiens les plus lus : les gratuits toujours à la Une – 2013 [Internet]. [Cité le 01 février 2020]. Disponible sur : <https://www.e-marketing.fr/Thematique/media-1093/Breves/Top-quotidiens-plus-lus-gratuits-toujours-183932.htm>

HAS – Dépistage systématique de la thrombophilie avant une primo-prescription de contraception hormonale combinée – janvier 2015 [Internet]. [Cité le 07 mars 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/synthese_et_recommandations_depistage_trombophilie_chc.pdf

HAS – Document synthèse – État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée – 2013 [Internet]. [Cité le 28 février 2020]. Disponible sur : https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2 clics-5.pdf

INED – Évolution du nombre d'avortements et des indices annuels – 2018 [Internet]. [Cité le 26 février 2020]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>

LANSAC J et al – Gynécologie pour le praticien – 9ème édition - Prescription d'une contraception – Chapitre 29 – p. 471 – 2018 [Internet]. [Cité le 28 février 2020]

LAROUSSE Dictionnaire – Contraception [Internet]. [Cité le 06 février 2020]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contraception/18642>

LATOUR Bruno – Cartographie de controverses – 2011 [Internet]. [Cité le 01 février 2020]. Disponible sur : <http://www.bruno-latour.fr/fr/node/31.html>

LATRIBUNE – La pilule, une révolution scientifique et sociale – 2010 [Internet]. [Cité le 26 février 2020]. Disponible sur : <https://www.latribune.fr/journal/edition-du-1708/la-tribune-de-l-ete/histoire/1009014/la-pilule-une-revolution-scientifique-et-sociale.html>

LAVILLE Marie-Laure – Les Échos – Les réseaux sociaux libèrent la parole de la jeunesse ! – 2019 [Internet]. [Cité le 01 février 2020]. Disponible sur : <https://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/opinion-les-reseaux-sociaux-liberent-la-parole-de-la-jeunesse-959946>

LEMIEUX Cyril – CAIRN – A quoi sert l'analyse des controverses ? – 2008 [Internet]. [Cité le 01 février 2020]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-mil-neuf-cent-2007-1-page-191.htm>

MASCRET Damien – Le Figaro – La pilule nuit-elle à la libido ? – 2018 [Internet]. [Cité le 13 novembre 2018]. Disponible sur : <http://sante.lefigaro.fr/article/la-pilule-nuit-elle-a-la-libido-/>

MAYER Agathe – Top Santé – La pilule pourrait réduire la fertilité – 2014 [Internet]. [Cité le 13 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.topsante.com/maman-et-enfant/conception/infertilite/la-pilule-pourrait-reduire-la-fertilite-61477>

MERCIER Arnaud – INA : Pourquoi une information ne sera jamais totalement objective – 2019 [Internet]. [Cité le 01 mars 2020]. Disponible sur : <https://larevuedesmedias.ina.fr/pourquoi-une-information-ne-sera-jamais-totalement-objective>

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE – Dossier de presse – Le service sanitaire : Les formations en santé au service de la prévention – 2018 [Internet]. [Cité le 28 février 2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180226_-_dossier_de_presse_-_service-sanitaire.pdf

MOCQUARD Agnès – Doctissimo – Contraception : La pilule fait-elle grossir ? – 2018 [Internet]. [Cité le 13 novembre 2018]. Disponible sur : http://www.doctissimo.fr/html/sexualite/femmes/se_1404_piluletpoid.htm

PERRIN Céline – QuotiBien – Lucie : « Ma pilule m'a provoqué un AVC » – 2016 [Internet]. [Cité le 13 novembre 2018]. Disponible sur : <http://www.quotibien.fr/lucie-ma-pilule-ma-provoque-un-avc/>

PETRASZKO – Convention médicale et décision UNCAM du 21 juin parue au journal officiel – 2017 [Internet]. [Cité le 07 mars 2020]. Disponible sur : http://www.cpam21.fr/EnDirectPS/Medecins/2017/2017-10-23_gynecologues_reval.pdf

PLU-BUREAU G et al – Contraception hormonale et risque vasculaire. RPC Contraception CNGOF – Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie – Volume 46, n°12, Pages 823-833 – Décembre 2018 [Internet]. [Cité le 07 mars 2020]

RASPLUS Julie – France info – Diane 35 : ce qu'il faut savoir sur la polémique – 2013 [Internet]. [Cité le 06 février 2020]. Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/sante/contraception/la-pilule-et-ses-risques/diane-35-ce-qu-il-faut-savoir-sur-la-polemique_214629.html

ROBIN Geoffroy, et al – CNGOF – Faut-il vraiment avoir peur de la pilule contraceptive ? – 2017 [Internet]. [Cité le 25 février 2020]. Disponible sur : <http://www.cngof.fr/component/rsfiles/aperçu?path=Clinique/referentiels/Pilule%20contraceptive/pilule-contraceptive-CNGOF-2017.pdf>

ROBIN Geoffroy, et al – Contraception hormonale en pratique hors dispositifs intra-utérins. RPC Contraception CNGOF – Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie 46 (2018) 845–857 [Internet]. [Cité le 25 février 2020]

ROLLOT Catherine – Le Monde – 14 décembre 2012 : Marion Larat lance l'alerte sur la pilule – 2014 [Internet]. [Cité le 22 février 2020]. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/festival/article/2014/07/29/14-decembre-2012-marion-larat-lance-l-alerte-sur-la-pilule_4464213_4415198.html

ROUCHEUX Marion – Terrafemina – La contraception, une affaire de couple pour 9 Français sur 10 – 2012 [Internet]. [Cité le 26 février 2020]. Disponible sur : <https://www.terrafemina.com/vie-privee/famille/articles/17666-la-contraception-une-affaire-de-couple-pour-9-francais-sur-10.html>

ROUSSEAU Sophie – Mémoire : Censure et autocensure chez les éditeurs : peut-on tout éditer aujourd'hui en France ? – 2016 [Internet]. [Cité le 28 février 2020]. Disponible sur : http://dante.univ-tlse2.fr/1985/1/rousseau_sophie_2016.pdf

ROUSSET-JABLONSKI et al – Contraception et cancer. RPC Contraception CNGOF – Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie – Volume 46, numéro 12, Décembre 2018, Pages 834-844 [Internet]. [Cité le 26 février 2020]

SANTE PUBLIQUE FRANCE – 26 septembre 2017 : Journée mondiale de la contraception. Quelles évolutions dans le schéma contraceptif des Françaises ? – 2017 [Internet]. [Cité le 12 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiqués/26-septembre-2017-journee-mondiale-de-la-contraception.-Quelles-evolutions-dans-le-schema-contraceptif-des-Francaises>

SANTE PUBLIQUE FRANCE – Baromètre santé 2016 – Contraception – 2016 [Internet]. [Cité le 12 novembre 2018]. Disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf>

SANTE PUBLIQUE FRANCE – Choisir sa contraception – 2019 [Internet]. [Cité le 28 février 2020]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/brochure/choisir-sa-contraception>

SANTE PUBLIQUE FRANCE – Contraception : Un nouvel outil d'information pour mieux choisir sa méthode contraceptive – 2020 [Internet]. [Cité le 28 février 2020]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/un-nouvel-outil-d-information-pour-mieux-choisir-sa-methode-contraceptive>

SCHMITT Amandine – L'OBS - Dépression, nausées, crises d'angoisse. Le côté obscur de la pilule – 2016 [Internet]. [Cité le 13 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.nouvelobs.com/sante/20160407.OBS8061/depression-nausees-crisis-d-angoisse-le-cote-obscur-de-la-pilule.html>

SCIENCES PO Controverses – La cartographie des controverses – 2007 [Internet]. [Cité le 01 février 2020]. Disponible sur : https://controverses.sciences-po.fr/archive/biocarburants/controverse_carto.html

SIMON-RAINAUD Marion – 01 net – Les Français passent en moyenne plus de deux heures sur Internet chaque jour – 2020 [Internet]. [Cité le 22 février 2020]. Disponible sur : <https://www.01net.com/actualites/les-francais-passent-en-moyenne-plus-de-deux-heures-sur-internet-chaque-jour-1861594.html>

UNITED NATIONS – Economic & Social Affairs – Trends in Contraceptive Use Worldwide – 2015 [Internet]. [Cité le 27 février 2020]. Disponible sur : <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/trendsContraceptiveUse2015Report.pdf>

VENESSON Julien – Souccar Thierry Editions – Les dangers cachés et les mensonges de la pilule contraceptive – 2014 [Internet]. [Cité le 14 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.thierrysouccar.com/blog/les-dangers-caches-et-les-mensonges-de-la-pilule-contraceptive>

VERON Margerie – Des droits, des auteurs – 2018 [Internet]. [Cité le 07 mars 2020]. Disponible sur : http://desdroitsdesauteurs.fr/2018/05/atteinte-vie-privée-liberté-expression/#_ftn1

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe I : ANSM - Diane 35 et ses génériques (acétate de cyprotérone 2 mg et éthinyloestradiol 35 µg) : Remise sur le marché français avec restriction de l'indication, modification des contre - indications et renforcement des mises en garde - 2014

Annexe II : ANSM - Diane 35 et ses génériques (acétate de cyprotérone 2 mg et éthinyloestradiol 35 µg) : mise à disposition de documents visant à minimiser le risque thromboembolique - 2014

Annexe III : ANSM - Document d'aide à la prescription - Acétate de Cyprotérone/Ethinyloestradiol (ACP/EE) : DIANE 35 et ses génériques - 2014

Annexe IV : ANSM - Carte patiente - DIANE 35 microgrammes, comprimé enrobé ou générique - 2014

Annexe V : NINA Cécile - Les contraceptions hormonales - 2019

Annexe VI : AMELI - Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives - 2011

Annexe VII : Tableau récapitulatif - Positionnement des sources

Annexe VIII : Tableau de la répartition des arguments au sein des Journaux

Annexe IX : Tableau de la répartition des arguments au sein de la TV/Radio

Annexe X : Tableau de la répartition des arguments au sein des Sites Internet

Annexe XI : Tableau de la répartition des arguments au sein des Ouvrages

Annexe XII : INED - Évolution du nombre d'avortements et des indices annuels - 2018

Annexe I : ANSM - Diane 35 et ses génériques (acétate de cyprotérone 2 mg et éthinylestradiol 35 µg) : Remise sur le marché français avec restriction de l'indication, modification des contre - indications et renforcement des mises en garde - 2014



INFORMATIONS
SÉCURITÉ PATIENTS

Janvier 2014

INFORMATION TRANSMISE SOUS L'AUTORITE DE L'ANSM

Lettre aux professionnels de Santé

Diane 35 et ses génériques (acétate de cyprotérone 2 mg et éthinylestradiol 35 µg) : Remise sur le marché français avec restriction de l'indication, modification des contre-indications et renforcement des mises en garde.

Information destinée aux médecins généralistes, dermatologues, endocrinologues, gynécologues et pharmaciens d'officine

Madame, Monsieur, Chère Consoeur, Cher Confrère,

A la suite d'une procédure européenne engagée par la France au mois de février 2013 pour la réévaluation du rapport bénéfice/risque des spécialités contenant l'association acétate de cyprotérone 2 mg et éthinylestradiol 35 µg, la Commission européenne a restreint l'utilisation de Diane 35 et de ses génériques au traitement de seconde intention de l'acné modérée à sévère dans un contexte d'hyperandrogénie, après échec d'un traitement topique ou d'un traitement antibiotique systémique, chez les femmes en âge de procréer.

Elle précise également que Diane 35 et ses génériques ont une action contraceptive et ne doivent pas être prescrits en même temps qu'un autre contraceptif hormonal.

L'indication de Diane 35 et de ses génériques est ainsi désormais définie comme suit :

« Traitement de l'acné modérée à sévère liée à une sensibilité aux androgènes (associée ou non à une séborrhée) et/ou de l'hirsutisme, chez les femmes en âge de procréer.

Pour le traitement de l'acné, l'association acétate de cyprotérone 2 mg et éthinylestradiol 35 µg doit être utilisée uniquement après échec d'un traitement topique ou de traitements antibiotiques systémiques.

Dans la mesure où l'association acétate de cyprotérone 2 mg et éthinylestradiol 35 µg est également un contraceptif hormonal, elle ne doit pas être utilisée en association avec d'autres contraceptifs hormonaux (voir rubrique 4.3). »

La Commission européenne a, par ailleurs, demandé :

- que les informations concernant le risque thromboembolique associé à l'utilisation de Diane 35 et de ses génériques soient précisées dans l'AMM : des informations concernant les facteurs de risque, tels que l'âge, le tabagisme, l'obésité et l'immobilisation prolongée, ont donc été renforcées dans les rubriques mises en garde et précautions d'emploi du Résumé des Caractéristiques du Produit des spécialités pharmaceutiques concernées ;
- qu'un Plan de Gestion du Risque (PGR) soit mis en place par les laboratoires concernés, incluant la mise en place de mesures de minimisation du risque et notamment d'études d'utilisation du médicament. Un matériel éducatif sera par ailleurs mis à disposition des prescripteurs et des patientes dans les semaines à venir.

Nous vous invitons à consulter le Résumé des Caractéristiques du Produit et la notice des spécialités pharmaceutiques concernées, disponibles sur le site Internet de l'ANSM [www.ansm.sante.fr].

Informations complémentaires

Ces dispositions sont basées sur l'évaluation des données disponibles sur le risque thromboembolique ainsi que sur les bénéfices de Diane 35 et de ses génériques.

Cette évaluation a confirmé le risque thromboembolique connu et rare de Diane 35 et de ses génériques. Des études observationnelles ont montré que le risque thromboembolique veineux (TEV) est 1,5 à 2 fois plus important chez les utilisatrices de ces médicaments que chez les utilisatrices de contraceptifs oraux combinés (COC) contenant du lévonorgestrel et pourrait être similaire à celui associé aux COC contenant du désogestrel, du gestodène ou de la drospirénone. Les données concernant le risque thromboembolique artériel (TEA) de Diane 35 et de ses génériques sont peu nombreuses et indiquent que ce risque est inférieur à celui des TEV.

Le sur-risque TEV est plus important pendant la première année d'utilisation de Diane 35 ou de ses génériques, qu'il s'agisse d'une initiation de traitement, d'une reprise de traitement ou du remplacement d'un COC par Diane 35 ou ses génériques après un arrêt d'au moins un mois.

Il est important que les professionnels de santé et les femmes utilisant Diane 35 ou ses génériques soient conscients du risque TEV afin de prévenir les complications graves y compris le risque de décès et de faciliter un diagnostic rapide et correct de la TEV.

Déclaration des cas de pharmacovigilance

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance renforcée qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Nous vous rappelons que tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament doit être signalé au Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV) dont vous dépendez. Vous trouverez les coordonnées de ces centres sur le site Internet de l'ANSM : www.ansm.sante.fr ou dans le dictionnaire Vidal®.

Lire aussi

- Les RCP modifiés de Diane 35 et de ses génériques (<http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/index.php>)
- Décision de la Commission européenne sur Diane 35 et ses génériques : <http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/ho24937.htm>
- Dossier Diane 35 et génériques sur le site de l'EMA : http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?sessionId=6TthSWrNpJ1406DFC0HL1qMptC4BtLcztCmvpTJhF9zQh6XxHPBI-931503490?curl=pages/medicines/human/referrals/Cyproterone_and_ethinylestradiol-containing_medicines/human_referral_prac_000017.jsp&mid=WC0b01ac05805c516f
- Dossier Diane 35 et ses génériques sur le site de l'ANSM [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Diane-35-et-ses-generiques/Actualite/\(offset\)0](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Diane-35-et-ses-generiques/Actualite/(offset)0)

Tableau : liste des laboratoires exploitant les spécialités contenant 2 milligrammes d'acétate de cyprotérone et 35 microgrammes d'éthinylestradiol :

<u>Laboratoire exploitant</u>	<u>Spécialité</u>	<u>Contact Information médicale et pharmaceutique</u>
Bayer Santé	DIANE 35 microgrammes, comprimé enrobé	Tél (n° vert) : 0800 87 54 54
Biogaran	MINERVA 35 microgrammes, comprimé enrobé	0811 907 917
Mylan	EVEPAR 2 mg/0,035 mg, comprimé enrobé	0810 12 35 50
Teva Santé	CYPROTERONE/ETHINYLESTRADIOL TEVA 2 mg/0,035 mg, comprimé enrobé	Tél (n° vert) : 0800 51 34 11

La remise à disposition de Diane 35 et de ses génériques sur le marché français se fera à compter de courant janvier 2014. Merci de vous rapprocher de chaque laboratoire pour la date effective de remise à disposition de chaque spécialité.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, Chère Consœur, Cher Confrère, en l'assurance de toute notre considération.

Annexe II : ANSM - Diane 35 et ses génériques (acétate de cyprotérone 2 mg et éthynylestradiol 35 µg) : mise à disposition de documents visant à minimiser le risque thromboembolique - 2014



INFORMATIONS
SÉCURITÉ PATIENTS

INFORMATION TRANSMISE SOUS L'AUTORITÉ DE L'ANSM

Lettre aux professionnels de santé

Décembre 2014

Diane 35 et ses génériques (acétate de cyprotérone 2 mg et éthynylestradiol 35 µg) : mise à disposition de documents visant à minimiser le risque thromboembolique

Information destinée aux médecins généralistes, dermatologues, endocrinologues, gynécologues et pharmaciens d'officine

Madame, Monsieur, Chère Consœur, Cher Confrère,

A la suite de la procédure européenne engagée par la France pour la réévaluation du rapport bénéfice/risque des spécialités contenant l'association acétate de cyprotérone 2 mg et éthynylestradiol 35 µg, une lettre d'information* vous a été adressée en janvier 2014, vous annonçant de la remise sur le marché français de Diane 35 et de ses génériques dans le traitement de l'acné modérée à sévère liée à une sensibilité aux androgènes (associée ou non à une séborrhée) et/ou de l'irsutisme, chez les femmes en âge de procréer. Ce courrier vous informait de la restriction en seconde intention du traitement de l'acné, de l'action contraceptive de Diane 35 et ses génériques et du renforcement des contre-indications, des mises en garde et des précautions d'emploi.

Nous vous avons alors informé de la mise à disposition de documents visant à minimiser le risque thromboembolique associé à l'utilisation de Diane 35 et de ses génériques :

- document d'aide à la prescription listant les facteurs de risque thromboembolique ; nous vous invitons à vous reporter à ce document avant toute prescription, ainsi qu'au Résumé des Caractéristiques du Produit,
- carte-patiente (partie détachable de la notice) alertant sur les signes de thrombose, prochainement disponible dans les boîtes de ces spécialités.

Ces documents, désormais validés par les autorités de santé françaises et européennes dans le cadre du Plan de Gestion des Risques de Diane 35 et de ses génériques, sont téléchargeables sur le site de l'ANSM (<http://ansm.sante.fr>) et celui de la base de données publique des médicaments (<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>). Le document d'aide à la prescription est également disponible sur simple demande par téléphone auprès des laboratoires concernés.

Information médicale

Pour toute question ou information complémentaire, nous vous remercions de bien vouloir contacter les laboratoires concernés (voir liste ci-dessous).

Dénomination	Laboratoire exploitant
DIANE 35 microgrammes, comprimé enrobé	Bayer HealthCare - Tél : 0800 87 54 54 (n° vert)
MINERVA 35 microgrammes, comprimé enrobé	Biogaran - Tel : 0811 90 79 17
EVEPAR 2 mg/0,035 mg, comprimé enrobé	Mylan - Tél : 0810 12 35 50
CYPROTERONE/ETHINYLESTRADIOL TEVA 2 mg/0,035 mg, comprimé enrobé	Teva Santé - Tél : 0800 51 34 11 (n° vert)

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, Chère Consœur, Cher Confrère, en l'assurance de toute notre considération.

Déclaration des cas de pharmacovigilance

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance renforcée qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Nous vous rappelons que tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament doit être signalé au Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV) dont vous dépendez. Vous trouverez les coordonnées de ces centres sur le site Internet de l'ANSM : <http://ansm.sante.fr> ou dans le dictionnaire Vidal®.

* Lire aussi : Dossier Diane 35 et ses génériques sur le site de l'ANSM
<http://ansm.sante.fr/Dossiers/Diane-35-et-ses-generiques/>

Contact expéditeur : informations@securite-patients.info

Annexe III : ANSM - Document d'aide à la prescription - Acétate de Cyprotérone/Ethinylestradiol (ACP/EE) : DIANE 35 et ses génériques - 2014

DOCUMENT D'AIDE A LA PRESCRIPTION Acétate de Cyprotérone/Ethinylestradiol (ACP/EE) : DIANE 35 et ses génériques
--

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Les professionnels de santé doivent déclarer tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance. Site internet : www.ansm.sante.fr.

Veillez utiliser ce document d'aide à la prescription régulièrement et conjointement avec le Résumé des Caractéristiques du Produit.

Indication pour laquelle ACP/EE est prescrit :

« Traitement de l'acné modérée à sévère liée à une sensibilité aux androgènes (associée ou non à une séborrhée) et/ou de l'hirsutisme, chez les femmes en âge de procréer.

Pour le traitement de l'acné, ACP/EE doit être utilisé uniquement après échec d'un traitement topique ou de traitements antibiotiques systémiques.

Dans la mesure où ACP/EE est également un contraceptif hormonal, il ne doit pas être utilisé en association avec d'autres contraceptifs hormonaux. »

- L'utilisation d'ACP/EE est associée à un risque thromboembolique rare mais important (par exemple, thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral).
- Le risque encouru par une patiente dépend également de son risque thromboembolique intrinsèque. La décision d'utiliser ACP/EE doit par conséquent prendre en compte les contre-indications et les facteurs de risque de la patiente, en particulier ceux liés au risque thromboembolique (voir les encadrés ci-dessous ainsi que le Résumé des Caractéristiques du Produit).
- Le risque thromboembolique associé au traitement par ACP/EE est plus élevé :
 - au cours de la première année d'utilisation ;
 - lors de la reprise du traitement après une interruption de 1 mois ou plus.
- La décision d'utiliser ACP/EE doit être prise uniquement après concertation avec la patiente afin de s'assurer qu'elle comprend :
 - l'influence de ses facteurs de risque intrinsèques sur son risque de thrombose ;
 - le risque thromboembolique associé à ACP/EE ;
 - la nécessité de rester attentive à toute manifestation clinique de thrombose.

Rappelez-vous qu'il faut envisager la possibilité de survenue d'un événement thromboembolique chez les femmes en bonne santé en âge de procréer, même en cas de symptomatologie non spécifique, inexpliquée, comme une douleur dans la jambe, une toux / dyspnée, ou des céphalées.

Si vous cochez l'une des cases de cette section, ne prescrivez pas ACP/EE. La patiente :	
<input type="checkbox"/>	utilise-t-elle de façon concomitante un autre contraceptif hormonal ?
<input type="checkbox"/>	a-t-elle des antécédents personnels ou un événement actuel de thrombose, par exemple une thrombose veineuse profonde, une embolie pulmonaire, un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral, un accident ischémique transitoire, un angor ?
<input type="checkbox"/>	a-t-elle connaissance d'une prédisposition personnelle à un trouble de la coagulation sanguine ?
<input type="checkbox"/>	a-t-elle des antécédents de migraine avec aura ?
<input type="checkbox"/>	est-elle atteinte de diabète avec complications vasculaires ?
<input type="checkbox"/>	a-t-elle une pression artérielle très élevée, par exemple une pression systolique ≥ 160 mmHg ou pression diastolique ≥ 100 mmHg ?
<input type="checkbox"/>	a-t-elle une hyperlipidémie importante ?
<input type="checkbox"/>	Une intervention chirurgicale majeure ou une période d'immobilisation prolongée est-elle prévue ? Si tel est le cas, <i>conseillez à la patiente d'arrêter l'utilisation d'ACP/EE et d'utiliser un traitement non hormonal pour son affection cutanée et, si nécessaire, une méthode de contraception non hormonale au moins</i>

pendant les 4 semaines précédant l'intervention ou l'immobilisation et les deux semaines suivant le retour à une mobilité complète*.

Si vous cochez l'une des cases de cette section, vérifiez avec la patiente la pertinence du traitement par ACP/EE. La patiente :

<input type="checkbox"/>	présente-t-elle un IMC supérieur à 30 kg/m ² ?
<input type="checkbox"/>	a-t-elle plus de 35 ans ?
<input type="checkbox"/>	fume-t-elle ? Si la patiente fume et est âgée de plus de 35 ans, il est impératif de lui conseiller vivement d'arrêter de fumer ou d'utiliser un traitement non hormonal pour son acné et/ou son hirsutisme.
<input type="checkbox"/>	présente-t-elle une pression artérielle élevée, par exemple une pression systolique entre 140 et 159 mmHg ou une pression diastolique entre 90 et 99 mmHg ?
<input type="checkbox"/>	a-t-elle un parent proche (par exemple parent ou fratrie) ayant présenté un événement thromboembolique (voir liste ci-dessus) à un âge relativement jeune (par exemple avant l'âge de 50 ans) ?
<input type="checkbox"/>	ou quelqu'un de sa famille proche présente-t-il une lipidémie élevée ?
<input type="checkbox"/>	a-t-elle des migraines ?
<input type="checkbox"/>	présente-t-elle un trouble cardiovasculaire tel que fibrillation auriculaire, arythmie, coronaropathie ou valvulopathie ?
<input type="checkbox"/>	est-elle diabétique ?
<input type="checkbox"/>	a-t-elle accouché au cours des semaines précédentes ?
<input type="checkbox"/>	présente-t-elle toute autre maladie susceptible d'accroître le risque de thrombose (par exemple : cancer, lupus érythémateux disséminé, drépanocytose, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, syndrome hémolytique et urémique) ?
<input type="checkbox"/>	utilise-t-elle tout autre médicament susceptible d'accroître le risque de thrombose (par exemple : corticoïdes, neuroleptiques, antipsychotiques, antidépresseurs, chimiothérapie, etc.) ?

La présence de plus d'un facteur de risque peut remettre en cause la pertinence de l'utilisation d'ACP/EE. Il faut garder en mémoire que les facteurs de risque de chaque patiente peuvent évoluer avec le temps et qu'il est nécessaire de les réévaluer régulièrement à l'aide de ce document.

Veillez-vous assurer que votre patiente a compris qu'elle doit prévenir un professionnel de santé qu'elle prend ACP/EE si elle doit subir :

- une intervention chirurgicale ;
 - une période d'immobilisation prolongée (par exemple à cause d'une blessure ou d'une maladie, ou si elle a une jambe dans le plâtre).
- *Dans ces situations, il est recommandé d'envisager avec la patiente l'arrêt du traitement par ACP/EE jusqu'à ce que le niveau de risque redevienne normal.*

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

- fait des trajets prolongés (par exemple sur un vol long-courrier) ;
 - présente un ou plusieurs des facteurs de risque listés ci-dessus relatifs au traitement par ACP/EE ;
- *Dans ces situations, votre patiente doit être particulièrement attentive à toute manifestation clinique de thrombose.*

Veillez **conseiller à votre patiente de vous informer** en cas d'évolution ou d'aggravation de l'une des situations mentionnées ci-dessus.

Veillez encourager vivement votre patiente à lire la notice d'information qui se trouve dans la boîte d'ACP/EE, y compris la description des manifestations associées à la formation de caillots sanguins, auxquelles elle doit rester attentive.

* Ceci doit être évalué au regard du risque de thromboembolie veineuse après un arrêt du traitement par ACP-EE de 4 semaines ou plus.

Annexe IV : ANSM - Carte patiente - DIANE 35 microgrammes, comprimé enrobé ou générique - 2014

CARTE PATIENTE

DIANE 35 microgrammes, comprimé enrobé ou générique

▼ **Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans la notice. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance. Site internet : www.ansm.sante.fr. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.**

Indication pour laquelle [Nom du médicament] est prescrit :

[Nom du médicament] est utilisé pour traiter l'acné, associée ou non à une peau très grasse, et/ou la pilosité excessive chez les femmes en âge de procréer.

Vous ne devez prendre [Nom du médicament] que si les autres traitements anti-acnéiques, notamment les traitements locaux et les antibiotiques, n'ont pas permis d'améliorer votre maladie de peau.

En raison de ses propriétés contraceptives, le médicament devra vous être prescrit uniquement si votre médecin considère qu'un traitement par un contraceptif hormonal est approprié.

INFORMATIONS IMPORTANTES SUR [NOM DU MÉDICAMENT] ET LE RISQUE DE CAILLOTS SANGUINS

Tous les médicaments œstroprogestatifs combinés tels que [Nom du médicament] augmentent le risque, rare mais grave, de survenue d'un caillot sanguin. Le risque global de survenue d'un caillot sanguin est faible mais les caillots peuvent avoir des conséquences graves et, dans de très rares cas, entraîner le décès.

Il est très important que vous connaissiez les situations dans lesquelles vous avez un risque plus élevé de développer un caillot sanguin, les signes et symptômes auxquels vous devez rester attentive, et les mesures que vous devez prendre.

Dans quelles situations le risque de développer un caillot sanguin est-il le plus élevé ?

- Au cours de la première année d'utilisation de [Nom du médicament] (et également si vous recommencez à l'utiliser après une interruption de 1 mois ou plus) ;
- Si vous avez un surpoids important (indice de masse corporelle supérieur à 30 kg/m²) ;
- Si vous avez plus de 35 ans ;
- Si un membre de votre famille proche a développé un caillot sanguin à un âge relativement jeune (avant l'âge de 50 ans) ;
- Si vous avez accouché au cours des semaines précédentes.

Si vous fumez et que vous avez plus de 35 ans, il est fortement recommandé d'arrêter de fumer ou d'utiliser un traitement non hormonal pour votre acné et/ou votre hirsutisme.

Vous devez consulter un médecin immédiatement si vous présentez l'un des symptômes suivants :

- Une douleur sévère ou un gonflement affectant l'une de vos jambes, pouvant s'accompagner d'une sensibilité, d'une sensation de chaleur ou d'un changement de la couleur de la peau : pâleur, rougeur ou bleuissement. Vous présentez peut être une **thrombose veineuse profonde (phlébite)**.
- Un essoufflement ou une respiration rapide, survenant de façon soudaine et inexplicée ; une douleur sévère dans la poitrine pouvant s'intensifier en cas de respiration profonde ; une toux soudaine sans cause évidente (pouvant s'accompagner d'un crachat de sang). Vous présentez peut-être une complication grave suite à une thrombose veineuse profonde, appelée **embolie pulmonaire**. Cela se produit lorsque le caillot sanguin se déplace de la jambe au poumon.
- Une douleur dans la poitrine, souvent aiguë, mais parfois seulement une gêne, une oppression ou une sensation de poids dans la poitrine, une gêne dans la poitrine irradiant vers le dos, la mâchoire, la gorge, le bras, accompagnée d'une sensation de lourdeur associée à une indigestion ou une suffocation, des sueurs, des nausées, des vomissements ou des sensations vertigineuses. Vous faites peut-être une **crise cardiaque** (infarctus du myocarde).
- Une faiblesse ou un engourdissement du visage, d'un bras ou d'une jambe, en particulier d'un seul côté du corps ; des troubles de la parole ou de la compréhension ; une confusion soudaine ; une perte de vision soudaine ou une vision trouble ; des maux de tête/migraines sévères plus intenses que d'habitude. Vous faites peut-être un **accident vasculaire cérébral** (AVC).

Soyez attentive aux symptômes associés à un caillot sanguin, en particulier :

- si vous venez de subir une intervention chirurgicale ;
- si vous restez immobilisée pendant longtemps (par exemple à cause d'une blessure ou d'une maladie, ou si vous avez une jambe dans le plâtre) ;
- si vous avez fait un long voyage (par exemple sur un vol long-courrier).

Pensez à informer votre médecin, infirmier/ère ou chirurgien que vous utilisez [Nom du médicament] :

- si vous devez ou venez de subir une intervention chirurgicale ;
- si un professionnel de santé vous demande si vous prenez des médicaments.

Pour plus d'informations, veuillez lire la notice d'information de l'utilisateur ou consulter le site de l'ANSM : www.ansm.sante.fr.

Annexe V : NINA Cécile - Les contraceptions hormonales - 2019

METHODES CONTRACEPTIVES HORMONALES



Le type de progestatif utilisé détermine la génération de la pilule.

PILULES					
Estrogène µg	Progestatif µg	Forme	Nom commercial ®	Laboratoire	R65%/NR Prix 3 mois
2^{ème} Génération					
17βEE	Lévonorgestrel				
0	30	28	Microval®	Pfizer	R 2,83
			Leeloo®	Téva	R 5,06
20	100	21	Lovavulo®	Codepharma	
			L100 EE20 Gé	EG, Mylan, Zentiva	
20+0	100+0	21+7	Optilova 20®	Majorelle labo	R 5,06
			Minidril®	Pfizer	R 5,06
30	150	21	Ludéal®	PF médicament	
			L150 EE30 Gé	EG, Mylan, Biogaran, Zentiva	
30+0	150+0	21+7	Optidril 30®	Majorelle labo	R 5,06
30+40	150+200	7+14	Adépal®	Pfizer	R 5,06
			Pacilia®	Biogaran	R 4,85
30+40+30	50+75+125	6+5+10	Trinordiol®	Majorelle labo	R 5,06
			Daily®	PF médicament	
			Evanecia®	Biogaran	
30+10	150+0	84+7	Seasonique®	Téva	NR 24
3^{ème} Génération					
17BEE	Désogestrel				
0	75	28	Cerazette®	MSD France	NR 32,3
			Antigone®	Besins Healthcare	
			Claréal®	Delbert	
			Desopop®	Effik	
			Lactinette®	Richter	
			Desogestrel 75 Gé	Biogaran, EG, Mylan, Zentiva	
			Optimisette®	Majorelle	
20	150	21	Mercilon®	MSD France	NR 26,5
			Désobel 20®	Effik	NR
			D150 EE20 Gé	Biogaran, EG, Mylan, Zentiva	
20+0	150+0	21+7	Optideso 20®	Majorelle	NR 12,75
			Varnoline®	MSD France	NR 27,5
30	150	21	Désobel 30®	Effik	NR
			D150 EE30 Gé	Biogaran, EG, Mylan, Zentiva	
30+0	150+0	21+7	Varnoline continue®	MSD France	NR 27,5
			Optideso 30	Majorelle	NR 12,75
17BEE	Gestodène				
15+0	60+0	24+4	Mélodia®	Bayer Santé	NR 25
			Minesse®	Pfizer	
			Optinesse 15®	Majorelle labo	
			G60 EE15 Gé	Biogaran, EG, Mylan, Teva, Zentiva	
20	75	21	Harmonet®	Pfizer	NR 22,3
			Méliane®	Bayer Santé	NR 25,7
			Carlin 20®	Effik	NR
			G75 EE20 Gé	Biogaran, Cristers, EG, Mylan, Teva, Zentiva	
20+0	75+0	21+7	Optinesse 20®	Majorelle	NR 16
30+0	75+0	21+7	Optinesse 30®	Majorelle	NR 16
			Minulet®	Pfizer	NR 19,25
30	75	21	Carlin 30®	Effik	NR
			G75 EE30 Gé	Biogaran, EG, Mylan, Teva, Zentiva	
30+40+30	50+70+100	6+5+10	Perléane Gé	Biogaran	NR

17BEE	Norgestimate	Action anti-androgénique attendue			
35	250	21	Femi®	Effik	NR 30
			Optikinsy®	Majorelle	
35+35+35	180+215+250	7+7+7	Triafermi®	Effik	NR
17BEE	Cyprotérone	Prescription hors AMM (pas SF), remise sur marché 01.2014 + indications			
35	2000	21	Diane 35®	Bayer Santé	NR 17,5
			Evépar®	Mylan SAS	NR
			Minerva®	Bayer Santé	
4^{ème} Génération					
17BEE	Chlormadinone				
30	200	21	Belara®	Gedeon Richter	NR 32
30+0	200+0	21+7	Belara continue®	Gedeon Richter	NR 32
17BEE	Drospirénone	Action anti-androgénique attendue (léger diurétique)			
20	300	21	Jasminelle®	Bayer Santé	NR 34,7
			Belanette®	Bayer Santé	
			Drospibel 20®	Effik	NR
			Dr300 EE20 Gé	Biogaran, Mylan	
20+0	300+0	21+7	Jasminelle continue®	Bayer Santé	NR 34,70
20+0	300+0	24+4	Yaz®	Bayer Santé	NR 33
			Izeane®	Biogaran	NR 17,20
30	300	21	Jasmine®	Bayer Santé	NR 29,2
			Convuline®	Bayer Santé	
			Drospibel 30®	Effik	NR
			Dr300 EE30 Gé	Biogaran, Mylan	
17BEE	DiénoGEST	Trt en 3 ^{ème} intention de l'acné			
30	200	21	Misolfa®	CCD	NR 35
30+0	200+0	21+7	Oedion®	Bailloul	
Valérate d'E	DiénoGEST	Estrogène « naturel »			
3+2+2+1+0	0+2000+3000+0+0	2+5+17+2+2	Qlaira®	Bayer Santé	NR 36
Hémihydrate E	Nomégestrol	Estrogène « naturel »			
1,5+0	2,5+0	24+4	Zoély®	Teva	NR 39,5
Pilules d'urgence					
17BEE	Ulipristal acétate	Délivrance et remboursement 65% sous ordonnance			
0	30 000	1 (120H maxi)	Ellaone®	HRA Pharma	R 18,25
17BEE	Lévonogestrel	Remboursement 65% sous ordonnance			
0	1500	1 (72H maxi)	Norlevo®	HRA Pharma	R 4,48
			Levonorgestrel®	Biogaran, EG, Mylan, Cristers	R2,79-4,48

AUTRES MODES D'ACTION					
17BEE	Etonogestrel				
0	68 000	Implant S/C 3 ans	Nexplanon®	MSD	R 104,58
2700 (96,5/j)	11 700 (418/j)	Anneau IVag 3-4 semaines	Nuvaring®	MSD	NR 43 en moy
			Etoring®	Majorelle	NR 22 en moy
17BEE	Norelgestromine				
600	6000	Patch cutané 1/semaine	Evra®	Janssen Cilag	NR 42 en moy
17BEE	Lévonogestrel	DIU Hormonal			
0	52 000	T 32x32mm Tube 4,75mm 5 ans	Mirena®	Bayer	R 111,13
0	19 500	T 28x30mm Tube 3,80mm 5 ans	Kyleena®	Bayer	R 100,44
0	13 500	T 28x30mm Tube 3,80mm 3 ans	Jaydess®	Bayer	R 100,39

Mineures âgée d'au moins 15 ans : prescription contraceptif ou examens de biologie médicale en vue d'une contraception, dispense d'avance des frais sur la part des dépenses prise en charge par l'Assurance Maladie (part obligatoire)

Sources : ansm.sante.fr (01.01.2019), sante.gouv.fr, has-sante.fr, eurekasante.fr et vidal.fr (27.09.2019), prixmedicament.com
Mise à jour 27.09.2019

Annexe VI : AMELI - Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives - 2011

Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives		
Méthode	Indice de Pearl ou efficacité théorique	Efficacité pratique
Pilule estroprogestative	0,3	8
Pilule progestative	0,3	8
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	0,2	0,2
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Spermicides	18	29
Diaphragme et spermicides	6	16
Capot cervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Implants	0,05	0,05
Vasectomie	0,1	0,15
Ligature des trompes	0,5	0,5

Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2011 (extrait)

Annexe VII : Tableau récapitulatif - Positionnement des sources

		Positionnement		
		POUR	CONTRE	NEUTRE
Sources	Journal le Figaro	<p>BERTAUX Mylène - « La pilule contraceptive responsable du déclin du cancer des ovaires ? » - 2016 (Source n°4)</p> <p>NISAND Israel - « Pilule : des gynécologues indignés contre le Dr Joyeux » - 2016 (Source n°8)</p> <p>ZARESKI Sonia - « Pilule contraceptive : ce qu'en pensent les jeunes femmes » - 2018 (Source n°7)</p>	<p>CHAYET Delphine - « La pilule responsable de 20 décès par an en France » - 2013 (Source n°9)</p> <p>MAZUET Julie et al. - « Des femmes racontent pourquoi elles ont abandonné la pilule contraceptive » - 2018 (Source n°2)</p> <p>OSTERMANN Ophélie - « Les femmes sous pilule ont plus de risque de souffrir de dépression » - 2016 (Source n°3)</p> <p>QUILLET Lucile - « #MyPillStory : les femmes brisent les tabous de la pilule sur Twitter » - 2016 (Source n°6)</p> <p>ZAIZOUNE Sofiane - « La contraception, l'autre charge mentale des femmes » - 2019 (Source n°1)</p>	<p>FICHE SANTE – Contraception – Pilule – Effets secondaires (Source n°10)</p> <p>LAINE Sarah - « Faut-il être prudent avec la pilule ? » - 2015 (Source n°5)</p>
	Journal le 20 minutes	<p>20 MINUTES AVEC AGENCES - « Cancer de l'ovaire : La pilule contraceptive à l'origine d'un recul de la mortalité » - 2016 (Source n°5)</p> <p>20 MINUTES AVEC AGENCES - « Cancer de l'utérus : La pilule comme moyen de protection » - 2015 (Source n°8)</p>	<p>AGENCE FRANCE PRESSE - « La pilule contraceptive accroît le risque de glaucome » - 2013 (Source n°9)</p> <p>BOUMEDIENE Anissa - « Je voulais en finir avec les hormones » ... De plus en plus de femmes jeunes sans enfant plébiscitent le stérilet » - 2019 (Source n°7)</p>	<p>GABRIEL Oihana - « La pilule a-t-elle un effet sur la libido ? » - 2017 (Source n°3)</p>

	<p>Journal le 20 minutes</p>	<p>CHAUVET Audrey - « IVG, contraception, droit de vote... Cinq lois qui ont changé la vie des femmes » - 2014 (Source n°4)</p> <p>RAYNAUD Isabelle - « Pilule contraceptive : Pourquoi il ne faut pas paniquer » - 2013 (Source n°6)</p>	<p>GABRIEL Oihana - « Pilule : « Ce n'est pas une solution de long terme à cause des effets secondaires et des risques sur la santé » - 2017 (Source n°1)</p> <p>GABRIEL Oihana - « Polémique sur la pilule : « C'est dommage que la pilule soit tant plébiscitée par les médecins » - 2017 (Source n°2)</p> <p>LAEMMEL Christine - « Contraception : « J'ai dit à mon mari que c'était à son tour de faire attention » - 2013 (Source n°11)</p> <p>QUELAIS Christophe - « L'amer bilan de la pilule » - 2013 (Source n°10)</p>	
	<p>TV/Radio</p>	<p>AGENCE France PRESSE – « Pilule : la polémique mènera-t-elle à plus d'IVG ? » - 2013 (Source n°14)</p> <p>ALSACE 20 – « La pilule de 3^e génération bientôt dé-remboursée » - 2013 (Source n°7)</p> <p>ALSACE 20 – « Faut-il avoir peur des pilules de 3^e génération ? » – 2013 (Source n°11)</p> <p>FRANCE TV – « L'instant detox – La pilule c'est dangereux ? » - 2017 (Source n°4)</p> <p>LA MAISON DES MATERNELLES – « Contraception : quoi de neuf en 2017 ? » - 2017 (Source n°6)</p>	<p>RTS 36.9 – « Contraception : cette pilule qui ne passe plus » – 2017 (Source n°1)</p>	<p>ALLO DOCTEURS – « Pilule contraceptive : pourquoi tant de défiance ? Le magazine de la santé » - 2017 (Source n°5)</p> <p>BFMTV – « Contraception : les femmes choisissent moins la pilule » – 2014 (Source n°12)</p> <p>BFMTV – « Pilules : panique chez les gynécos » – 2013 (Source n°10)</p> <p>EUROPE 1 – « Faut-il arrêter la pilule ? » – 2017 (Source n°15)</p> <p>EUROPE 1 – « Pilule de 3^e génération : y-a-t-il un danger ? » – 2014 (Source n°13)</p>

	TV/Radio	<p>LCM – « C la santé : pilule contraceptive, quels risques ? » - 2013 (Source n°3)</p> <p>RTL – « On a tellement de choses à se dire – 6% des lycéennes françaises ont déjà eu recours à une IVG » – 2016 (Source n°16)</p>		<p>LA MAISON DES MATERNELLES – « Contraception : la fin du tout pilule ? » - 2019 (Source n°8)</p> <p>LA MAISON DES MATERNELLES – « La pilule contraceptive est-elle dangereuse ? » - 2017 (Source n°2)</p> <p>PUBLIC SENAT – « Contraception, une pilule de plus en plus difficile à avaler – l’info dans le rétro » – 2017 (Source n°9)</p>
	Sites Internet	<p>AU FEMININ – « Pilule contraception : Comment bien l’utiliser ? » - 2019 (Source n°5)</p> <p>OOREKA SANTE – « Effets secondaires de la pilule » - 2013 (Source n°8)</p>	<p>VENESSON Julien – « Les dangers cachés et les mensonges de la pilule contraceptive » - 2014 (Source n°10)</p>	<p>BIZZOTTO Elena - Santé Magazine – « Apprendre à contrôler les effets secondaires de la pilule » - 2018 (Source n°1)</p> <p>EUREKASANTE – La contraception orale ou « pilule » - 2019 (Source n°6)</p> <p>FILSANTEJEUNE – « Les différentes pilules contraceptives » – 2014 (Source n°4)</p> <p>JOIGNEAU PRIETO Laura - ZavaMed - Les effets secondaires de la pilule – 2018 (Source n°7)</p> <p>MAPILULECONTRACEPTIVE – « Quels sont les principaux effets secondaires de la pilule contraceptive ? » - 2014 (Source n°9)</p> <p>RAY Marie-Céline – « Futura Santé : Pilule contraceptive : 7 effets secondaires avérés » – 2017 (Source n°3)</p>

	Sites Internet			<p>THIEBAUX Anaïs - Le Journal des femmes – Santé – « Effets secondaires de la pilule : le vrai du faux » – 2019 (Source n°2)</p> <p>VILLANNI Marc - Vigueur – « Pilule contraceptive : les 10 effets secondaires les plus courants » - 2015 (Source n°11)</p>
	Ouvrages	<p>BENATTAR Marie-Claude – « Pilules de 3ème génération, vaccin anti-cancer du col de l’utérus... : La santé des femmes en danger. Réponses d’une gynécologue en colère » – 2013 (Source n°3)</p> <p>BROCHMANN Nina et al. – « Les joies d’en bas – tout sur le sexe féminin » – 2018 (Source n°4)</p> <p>ROZENBAUM Henri – « La vérité sur la pilule - Comment la prendre sans risque ? » - 2013 (Source n°1)</p>	<p>DEBUSQUAT Sabrina – « J’arrête la pilule » – 2017 (Source n°5)</p> <p>JOYEUX Henri et al. – « La pilule contraceptive » - 2013 (Source n°2)</p>	

Immunitaires	30. Crée une dépression immunitaire chronique (aggravation des infections bactériennes/virales/fongiques, des pathologies auto-immunes et neurodégénératives, carences en vitamines et minéraux)																				
	31. Déclenche des allergies (alimentaires et autres)																				
	32. Accentue la sévérité des crises d'asthme																				
	33. Double le risque de transmission du VIH (progestérone est un immunosuppresseur)																				
Digestifs	34. Risque augmenté de développer la maladie de Crohn																				
Oculaires	35. Trouble de la vision car présence de liquide dans la cornée																				
	36. Sécheresse oculaire																				
	37. Augmentation du risque de glaucome																				
	38. Modification de la vue pour ceux qui utilisent des lentilles de contact (épaissit la cornée)																				

□

Annexe XI : Tableau de la répartition des arguments au sein des Ouvrages

Arguments en faveur					
	Ouvrage 1	Ouvrage 2	Ouvrage 3	Ouvrage 4	Ouvrage 5
1. Augmentation du taux d'IVG depuis la diminution de l'utilisation de la POP					
2. Moyen de contraception efficace					
3. Instrument de liberté/droit/indépendance de la Femme					
4. POP moins dangereuse que l'IVG et la grossesse					
5. La plupart sont remboursées					
6. Permet de réguler le cycle menstruel : moins de douleurs et de saignements					
7. Diminution du risque d'anémie					
8. Permet un suivi gynécologique régulier					
9. Protège des infections gynécologiques (épaissit la glaire cervicale)					
10. Traitement du SOPK et de l'endométriose					
11. Augmentation de l'espérance de vie					
12. Diminution du KC colorectal					
13. Diminution du KC de l'endomètre					
14. Diminution du KC de l'ovaire					
15. Bénéfices > Risques					
16. Soulage l'acné					
17. Contraception par voie externe					
18. Diminution des tumeurs bénignes mammaires (adénofibromes, kystes)					
19. Soulage le syndrome prémenstruel (douleur, gonflement, fatigue, céphalées)					
20. Bien tolérée					
21. Augmentation mammaire					
22. Diminution des kystes de l'ovaire					
23. Protège des hémopathies malignes					

Arguments en défaveur

	Ouvrage 1	Ouvrage 2	Ouvrage 3	Ouvrage 4	Ouvrage 5
1. Risque d'oubli/Prise quotidienne difficile					
2. Charge exclusivement féminine					
3. Prise quotidienne = dépendance chimique					
4. Fruit d'une propagande mondiale					
5. En défaveur de l'environnement (féminisation des poissons, diminution du sexe/poids/taille, espérance de vie réduite et extinction des espèces, contaminations des nappes phréatiques)					
6. Est un perturbateur endocrinien					
7. Certaines POP ne sont pas remboursées					
8. Refus d'hormones					
9. Pas efficace à 100%					
10. POP n'est pas naturelle					
11. Bénéfices < Risques					
12. Ne prévient pas des IST					
13. 3G et 4G sont plus chères pour plus de risques					

Arguments effets secondaires						
		Ouvrage 1	Ouvrage 2	Ouvrage 3	Ouvrage 4	Ouvrage 5
Hyperandrogéniques	1. Favorise l'acné					
	2. Hyperpilosité					
Cutanés	3. Irritations ou éruptions cutanées					
	4. Séborrhée					
	5. Sécheresse de la peau					
	6. Tache de pigmentation (mélasma)					
Neurologiques	7. Vertiges					
	8. Céphalées					
Gynécologiques	9. Augmentation des pertes vaginales					
	10. Lubrification vaginale difficile					
	11. Douleurs pelviennes					
	12. Métrorragies/spotting					
	13. Aménorrhée					
Psycho-sexuels	14. Sautes d'humeurs					
	15. Diminution de la libido					
Digestifs	16. Maux de ventre					
	17. Diarrhée					
	18. Nausées/vomissements					
	19. Trouble de la flore digestive					
	20. Ballonnements					
Mammaires	21. Galactorrhée					
	22. Mastodynie					
Circulatoires	23. Varices					
	24. Jambes lourdes					
	25. Rétention d'eau					
	26. Crampes aux mollets					
Biologiques	27. Modification lipidique et glycémique					
Divers	28. Prise de poids					
	29. Perte d'odorat et du goût					
	30. Bouffées de chaleur					
	31. Pertes de cheveux					

Arguments effets nocifs						
		Ouvrage 1	Ouvrage 2	Ouvrage 3	Ouvrage 4	Ouvrage 5
KC	1. Augmentation du KC du foie					
	2. Augmentation du KC des ovaires					
	3. Augmentation du KC des voies biliaires					
	4. Augmentation du KC du sein					
	5. Augmentation du KC du col de l'utérus					
Psycho-sexuels	6. Augmentation des ruptures conjugales					
	7. Augmentation des maladies mentales					
	8. Augmentation de l'autisme chez l'enfant					
	9. Augmentation des tentatives de suicide					
	10. Dérèglement de l'attirance amoureuse					
	11. Dépression					
Osseux	12. Ostéoporose précoce					
Circulatoires	13. Augmentation du risque vasculaire (TE et CV)					
	14. Augmentation de la tension artérielle					
	15. Diminution de la tension artérielle					
	16. Augmentation du nombre de décès					
Biologiques	17. Augmente le risque d'anémie					
	18. Entraîne de l'hypercholestérolémie					
Gynécologiques	19. Aggrave l'endométriose					
	20. Favorise les cystites					
	21. Favorise les infections vaginales et utérines					
	22. Favorise les kystes aux ovaires					
	23. Entraîne une infertilité					
	24. Entraîne une augmentation de volume et de douleur des fibromes utérins					
Neurologiques	25. Accentue la sévérité de l'épilepsie					
	26. Migraines					
Endocriniens	27. Favorise le diabète					
	28. Favorise les adénomes de l'hypophyse					
	29. Favorise l'hypothyroïdie					

Immunitaires	30. Crée une dépression immunitaire chronique (aggravation des infections bactériennes/virales/fongiques, des pathologies auto-immunes et neurodégénératives, carences en vitamines et minéraux)					
	31. Déclenche des allergies (alimentaires et autres)					
	32. Accentue la sévérité des crises d'asthme					
	33. Double le risque de transmission du VIH (progestérone est un immunosuppresseur) /sensibilité accrue					
Digestifs	34. Risque augmenté de développer la maladie de Crohn					
Oculaires	35. Trouble de la vision car présence de liquide dans la cornée					
	36. Sécheresse oculaire					
	37. Augmentation du risque de glaucome					
	38. Modification de la vue pour ceux qui utilisent des lentilles de contact (épaissit la cornée)					

Annexe XII : INED - Évolution du nombre d'avortements et des indices annuels - 2018

Evolution du nombre d'avortements et des indices annuels						
Année	Nombre d'IVG + IMG déclarés dans les bulletins (1)	Nombre d'IVG SAE (2)	Nombre d'IVG estimé par l'Ined (3)	Ratio d'IVG pour 100 naissances vivantes (4)	Taux annuel d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans (4)	Nombre moyen d'IVG par femme (4)
1976	134 173		246 000	34,1	19,6	0,66
1981	180 695		245 000	27,4	14,8	0,49
1986	166 797		221 000	28,4	16,1	0,53
1991	172 152		206 000	27,1	14,4	0,48
1996	162 792	187 114	207 000	28,2	14,2	0,50
2001		202 180	206 000	26,7	14,3	0,51
2006	174 561	215 390		27,0	14,9	0,53
2007	185 498	213 382		27,1	14,7	0,53
2008	180 108	209 245		26,3	14,5	0,52
2009	171 152	209 987		26,5	14,6	0,53
2010	172 505	213 317		26,4	14,8	0,53
2011	170 081	209 291		26,4	14,7	0,53
2012	156 824	207 120		26,2	14,5	0,53
2013	149 579	216 697		26,7	15,3	0,55
2014*	126 464	211 764		27,1	15,0	0,55
2015		203 463		26,7	14,5	0,52
2016		197 800		26,6	13,9	0,51
2017		204 000		27,9	14,4	
2018*		209 522		29,1	15,0	

RÉSUMÉ

Introduction : En décembre 2012, la plainte déposée par une jeune femme LARAT Marion contre un laboratoire pharmaceutique en raison d'un accident thromboembolique veineux survenu alors qu'elle utilisait une pilule oestro-progestative de 3^{ème} génération a suscité un débat médiatique intense sur la sécurité des contraceptifs. La polémique sur la pilule a vivement été relayée et entretenue via les médias. La controverse qui affecte actuellement la pilule oestro-progestative remet en cause son efficacité contraceptive mais également le danger de ses effets qui seraient largement sous-estimés.

Objectifs : Identifier et analyser l'ensemble des arguments en faveur et en défaveur qui entretiennent la controverse sur la pilule oestro-progestative en France. Identifier les questions centrales de la controverse. Lister les opinions des différents auteurs en relevant leurs points d'accords et de désaccords.

Méthode : Cette étude a été menée selon la méthodologie d'une analyse de controverse. Toutes les sources qui portaient un avis sur la pilule oestro-progestative et qui étaient publiées après décembre 2012 ont été sélectionnées.

Résultats : 53 sources ont été sélectionnées pour cette étude. 19 sources ont été classées « Pour », 15 « Contre », et 19 « Neutre ». 105 arguments ont été avancés. Le top 10 des arguments les plus cités sur la POP en France a été créé.

Conclusion : Cette étude a permis de mettre en lumière la multitude d'arguments qui circulent sur la pilule oestro-progestative, la fragilité de leurs véracités, ainsi que l'implication des médias dans l'entretien de cette controverse.

Mots-clés : "Pilule et danger", "Pilules et effets indésirables", "Pilule polémique"

ABSTRACT

Introduction : In December 2012, the complaint filed by a young woman LARAT Marion against a pharmaceutical laboratory because of a venous thromboembolic accident which occurred while she was using a 3rd generation estrogen-progestogen pill sparked an intense media debate on the safety of contraceptives . The controversy over the pill was strongly relayed and maintained via the media. The controversy that currently affects the progestin-only pill calls into question its contraceptive effectiveness but also the danger of its effects which would be largely underestimated.

Objectives : Identify and analyze all the arguments in favor and against that fuel the controversy over the progestin-only pill in France. Identify the central issues of the controversy. List the opinions of the different authors by identifying their points of agreement and disagreement.

Method : This study was conducted using the methodology of a controversial analysis. All the sources which published an opinion on the progestin-only pill and which were published after December 2012 were selected.

Results : 53 sources were selected for this study. 19 sources were classified "For", 15 "Against", and 19 "Neutral". 105 arguments were put forward. The top 10 of the most cited arguments on POP in France has been created.

Conclusion : This study has shed light on the multitude of arguments circulating on the estrogen-progestin pill, the fragility of their truths, as well as the involvement of the media in the maintenance of this controversy.

Key words : "Pill and danger", "Pills and side effects", "Controversial pill"