



Clément Duquesne, Josette Vallée

Département de médecine générale,
Université Jean-Monnet de Saint-Etienne,
faculté de médecine Jacques-Lisfranc,
10, rue de la Marandière,
42270 Saint-Priest-en-Jarez, France.

duquesne.clement@yahoo.fr

exercer 2019;153:217-27.

Liens et conflits d'intérêts :

les auteurs déclarent n'avoir
aucun conflit d'intérêts en relation
avec le contenu de cet article.

Les liens d'intérêts éventuels de chacun des
auteurs sont disponibles sur le site : <https://www.transparence.sante.gouv.fr/>.

J. Vallée participe au programme
« éviter l'évitable » de la Revue Prescrire.

« J'arrête la pilule » : que répond la science ?

Netnographie versus revue de la littérature

*"I quit the pill": what can science say?
A netnography versus a literature review*

utilisées en France (4,5 % des femmes, principalement après 40 ans pour la ligature, et 0,8 % des hommes pour la vasectomie)^{5,6}.

Toutefois, à la suite des événements médiatiques de 2012-2013 rapportant les effets indésirables (EI) des pilules de troisième et quatrième génération, le comportement contraceptif des Françaises semble avoir changé. Selon le Baromètre Santé de 2016, entre 2010 et 2013, le pourcentage de femmes utilisant la pilule a baissé, au profit du préservatif masculin chez les femmes de moins de 30 ans et du DIU chez les femmes de plus de 30 ans⁵.

Ces événements pourraient avoir accru la défiance vis-à-vis des contraceptifs hormonaux de longue durée. Cette défiance pourrait favoriser l'utilisation de contraceptifs moins efficaces et un accroissement des grossesses non désirées et potentiellement du nombre d'interruptions volontaires de grossesse. Par exemple, l'indice de Pearl (nombre de grossesses pour 100 femmes utilisant la méthode contraceptive) du préservatif en pratique courante est nettement supérieur à celui des pilules (15 versus 9)⁷.

Que répondre aux femmes qui ont arrêté ou envisagent d'arrêter leur contraception orale de longue durée par crainte d'effets indésirables ? Sur quelles données les professionnels de santé peuvent-ils s'appuyer pour favoriser un choix contraceptif éclairé dans le cadre d'une décision médicale partagée ?

L'objectif de cette étude était de comparer les craintes et croyances des femmes vis-à-vis de la CO de longue durée aux EI décrits dans la littérature scientifique.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Pour répondre à cet objectif, l'étude s'est effectuée en deux temps.

Premièrement, une netnographie, méthode d'enquête qualitative utilisant internet comme source de données en s'appuyant sur les communautés virtuelles, a été réalisée sur les blogs en langue française faisant référence à la contraception, en excluant ceux rédigés par un professionnel de santé⁸. Le recueil de données a été effectué *via* le moteur de recherche Google® avec les mots-clés « blog arrêt pilule », pour trouver des e-conversations évoquant le sujet. Les e-conversations des six premiers blogs répertoriés en remontant sur les 5 dernières années (2014-2018 incluse) ont été retenues. Sur les six premières e-conversations trouvées, une a été exclue car elle correspondait davantage à un billet d'humeur sur la contraception et était écrit par une bloggeuse déjà auteure de l'une des autres e-conversations. Ainsi pour cette netnographie, cinq e-conversations ont été retenues, incluant un total de 746 commentaires⁹⁻¹³. Après lecture, certains termes pouvant évoquer un EI de la CO susceptible de favoriser son arrêt ont été relevés. Les motifs de défiance ont ensuite été regroupés en

INTRODUCTION

La contraception regroupe les méthodes visant à éviter la survenue d'une grossesse. En France, le recours à la contraception médicalisée est autorisée depuis la loi Neuwirth de 1967^{1,2}. Des méthodes réversibles sont essentiellement utilisées telles que la contraception orale (CO), l'implant sous-cutané, le dispositif intra-utérin (DIU), le préservatif, et la contraception post-coïtale dite d'urgence soit hormonale, soit mécanique (DIU au cuivre). Au sein de la CO, communément appelée « pilule », on distingue la contraception combinée œstrogénique-progestative (COC), et progestative pure (CPP). En 2013, 8,9 % des femmes dans le monde l'utilisaient, notamment celles des pays au niveau socio-économique élevé (Europe, Amérique du Nord, Océanie)³. En France, en 2013, la CO représentait 42,7 % des méthodes utilisées, loin devant le DIU (25,4 %) et le préservatif masculin (12,5 %)⁴. Les contraceptions définitives, féminine ou masculine, telles que la ligature des trompes ou la vasectomie sont peu



Étapes	Mots clés MeSH	Références
1	Contraception	17, 18, 21, 24, 30, 31, 34, 36, 38, 39, 40, 41, 52, 53, 56, 57, 58, 59, 60, 63, 64, 65, 78
2	Contraception, refus	54, 55
3	Contraceptives, oral	23, 25, 28, 33, 35, 37, 42, 46, 48, 49, 50, 51, 61, 62, 66

Tableau 1 - Étapes de la recherche bibliographique

Nom des blogs, auteur et âge	e-conversation étudiée, date et URL
Les filles électriques Pryska Ducoeurjoly (33 ans)	Le non-choix de la contraception ⁹ Mai 2016 https://www.lesfilleselectriques.com/2016/05/le-non-choix-de-la-contraception/
Dis oui Ninon Ninon (25 ans)	J'ai décidé d'arrêter la pilule ¹⁰ Janvier 2017 https://disouininon.com/jai-decide-darreter-la-pilule/
Simplement claire Claire (25 ans)	Pourquoi est-ce que j'arrête la pilule contraceptive ? ¹¹ Mars 2017 http://simplementclaire.fr/arreter-la-pilule-contraceptive/
Le Nouvel Observateur Chloé Pilorget-Rezzouk (—)	J'ai arrêté la pilule pour voir à quoi ressemblerait mon corps sans ¹² Septembre 2017 https://www.nouvelobs.com/j-ai-arrete-la-pilule-pour-voir-a-quoi-ressemblerait-mon-corps-sans.html
Noholita Camille alias Noholita (27 ans)	Mon arrêt de la pilule ¹³ Octobre 2017 http://www.noholita.fr/arret-de-pilule/

Tableau 2 - Caractéristiques des e-conversations étudiées (classées par date)

grandes catégories, issues de la lecture rapide des e-conversations et les termes « acné », « cancer », « embolie », « humeur », « libido », « naturel » et « poids » ont été recherchés via la fonction « recherche » (Ctrl F). Les termes « religion » et « niveau social » ont été recherchés mais pas retrouvés.

Deuxièmement, une revue systématique de la littérature a été menée en suivant les règles définies par le manuel *Cochrane* et rapportée selon le PRISMA statement^{14,15}. Ont été explorés les bases de données Medline, Cochrane Library, les revues françaises *exercer*[®], *Médecine*[®] et *Prescrire*[®], les sites institutionnels : HAS, INPES, OMS, NICE ainsi que des bases

de littérature « grise » universitaire (base de données HAL). Les MeSH terms utilisés étaient « *contraception AND refus* » et « *contraceptives AND oral* » pour les bases de données scientifiques ainsi que pour la revue *Prescrire*[®]. Pour les revues *exercer*[®] et *Médecine*[®], le mot-clé « contraception » a été employé. Les travaux publiés en langue française et anglaise entre janvier 2013 et avril 2018, accessibles gratuitement en texte intégral et portant sur la CO de longue durée ont été retenus, en excluant ceux relatifs à une contraception instaurée pour exposition à un traitement tératogène. Les étapes de la recherche bibliographique sont décrites dans

le **tableau 1**. La qualité et le niveau de preuve des articles ont ensuite été évalués selon les critères de la HAS¹⁶.

Les résultats de la netnographie ont, dans un premier temps, été comparés aux EI décrits dans la littérature et dans un second temps à ceux décrits dans la revue *Prescrire*[®] qui informe régulièrement sur des événements de pharmacovigilance émanant de patients et d'organismes de recueil^{17,18}.

S'agissant d'une revue de la littérature et d'un relevé anonyme de conversations électroniques accessibles à tous, aucune déclaration à la CNIL, au comité d'éthique ou au comité de protection des personnes n'a été effectuée.

RÉSULTATS

Les caractéristiques des 5 blogs étudiés et des e-conversations incluses dans l'analyse sont décrites dans le **tableau 2**. La fréquence des motifs de défiance est indiquée dans le **tableau 3**. Dans les blogs, excepté « Jasmine[®] » (COC) et « Cérazette[®] »^{9,11} (CPP), aucune distinction n'est faite entre COC et CPP. Si bien qu'ultérieurement dans ce travail, la CO sera évoquée sans distinction du type, sauf précisions.

La revue de la littérature a permis d'identifier 1 969 articles, dont 1 935 ont été exclus au fil des lectures. Après ajout de 6 articles de proche en proche, 40 articles, thèses et recommandations ont été retenus (**figure**). Les caractéristiques des articles sélectionnés et leur niveau de preuve sont exposés dans le **tableau 4**.

La fréquence des occurrences d'EI et leur comparaison entre netnographie et revue de la littérature sont présentées dans le **tableau 5**.

Les paragraphes suivants présentent les résultats issus de l'analyse qualitative pour chacune des catégories répertoriées.

La pilule, ça donne des boutons !

L'acné tient une place importante dans la netnographie : « *deux années d'acné alors que je n'en avais même pas eu ado* »⁹.

Nom des blogs et auteur	e-conversation étudiée et date	Occurrence des termes recherchés		
Les filles électriques Pryska Ducoeurjoly	Le non-choix de la contraception Mai 2016	Acné : 4 Cancer : 0 Embolie : 1	Humeur : 2 Libido : 3	Naturel : 7 Poids : 8
Dis oui Ninon Ninon	J'ai décidé d'arrêter la pilule Janvier 2017	Acné : 11 Cancer : 4 Embolie : 3	Humeur : 18 Libido : 46	Naturel : 19 Poids : 14
Simplement claire Claire	Pourquoi est-ce que j'arrête la pilule contraceptive ? Mars 2017	Acné : 4 Cancer : 16 Embolie : 3	Humeur : 17 Libido : 10	Naturel : 19 Poids : 4
Le Nouvel Observateur Chloé Pilorget-Rezzouk	J'ai arrêté la pilule pour voir à quoi ressemblerait mon corps sans Septembre 2017	Acné : 0 Cancer : 0 Embolie : 0	Humeur : 0 Libido : 2	Naturel : 0 Poids : 3
Noholita Camille alias Noholita	Mon arrêt de la pilule Octobre 2017	Acné : 142 Cancer : 4 Embolie : 3	Humeur : 30 Libido : 23	Naturel : 52 Poids : 48

Tableau 3 - Occurrence des effets indésirables cités dans la netnographie

Les données de la littérature sont contradictoires. Selon *Prescrire*®, cet EI est attribué aux progestatifs de type androgénique tels que le lévonorgestrel^{19,20}.

En revanche, dans la revue de la littérature de Kettani *et al.*, regroupant 377 articles, 9 essais ont montré une diminution du nombre de lésions et de la sévérité de l'acné sous COC sans différence entre les générations de progestatif²¹.

L'acné survient majoritairement à l'adolescence, période de première instauration d'une CO, ce qui peut fausser le ressenti vis-à-vis de la majoration d'une acné. L'association acétate de cyprotérone-éthinyloestradiol ne dispose de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) que pour le traitement de l'acné en France mais est aussi indiquée pour son effet contraceptif dans certains pays européens²².

La pilule, ça perturbe les règles !

La dysménorrhée et l'aménorrhée sont des préoccupations importantes. Une blogeuse écrit : « *Je n'ai aucune maîtrise sur mon cycle hormonal. Je ne connais pas sa longueur [ni] ce que c'est d'avoir ses règles tous les mois* ».

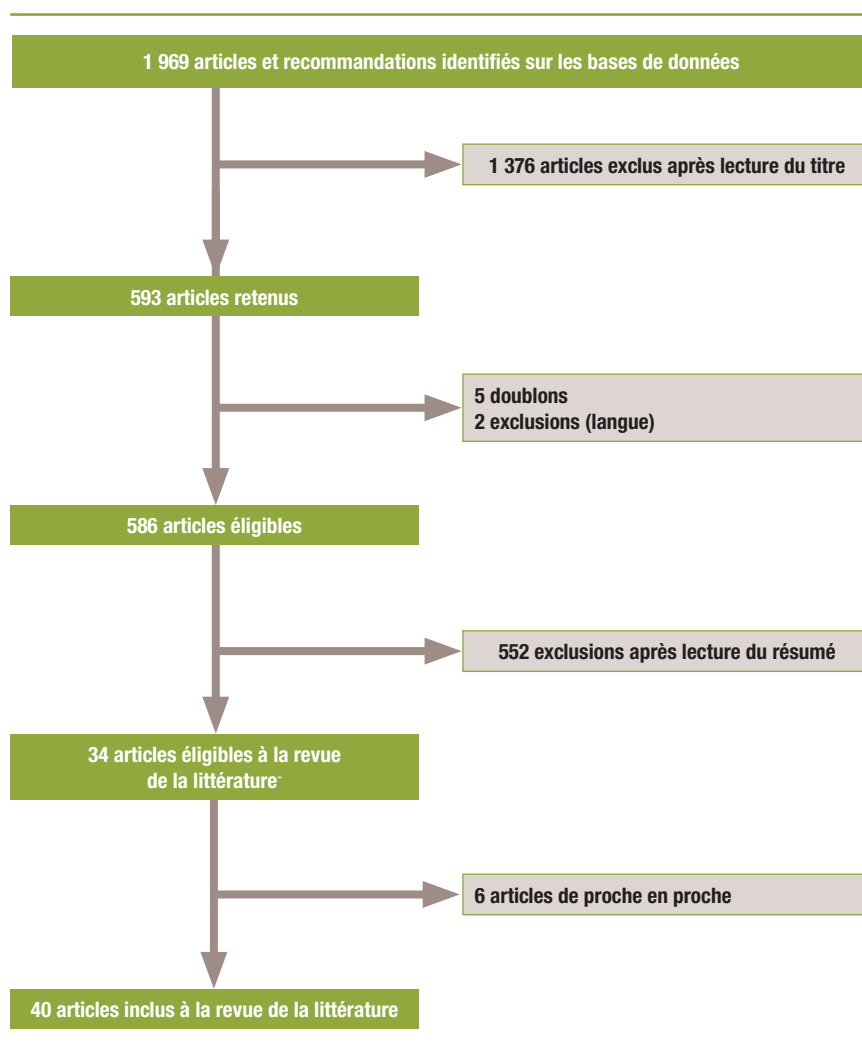


Figure - Diagramme de flux des études incluses dans la revue de la littérature



Article et auteur (année)	Type d'étude	Niveau de preuve	Lieu	Population
Bénéfices et risques des différentes méthodes contraceptives. Kettani (2017)	Revue de la littérature	Fort	France	377 articles
Combination contraceptives: effects on weight. Gallo (2014)	Revue de la littérature	Fort	États-Unis	49 études
Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. Roach (2015)	Revue de la littérature	Fort	Pays-Bas	28 études
Combined oral contraceptives: venous thrombosis. de Bastos (2015)	Revue de la littérature	Fort	Pays-Bas	25 études
Endometrial cancer and oral contraceptives: an individual participant meta-analysis of 27 276 women with endometrial cancer from 36 epidemiological studies. Collaborative Group on Epidemiological Studies on Endometrial Cancer (2015)	Revue de la littérature	Fort	États-Unis	27.276 femmes
Hormonal contraceptives and risk of ischemic stroke in women with migraine: a consensus statement from the European Headache Federation (EHF) and the European Society of Contraception and Reproductive Health (ESC). Sacco (2017)	Revue de la littérature	Fort	Italie	6 études
Influence of hormonal contraceptives and the occurrence of stroke: integrative review. Lima (2017)	Revue de la littérature	Fort	Brésil	18 articles
Oral contraceptive use and kidney cancer risk among women: evidence from a meta-analysis. Liu (2014)	Revue de la littérature	Fort	Chine	12 articles
Progestin-only contraceptives: effects on weight. Lopez (2016)	Revue de la littérature	Fort	États-Unis	22 études
Treatment of vaginal bleeding irregularities induced by progestin only contraceptives. Abdel-Aleem (2013)	Revue de la littérature	Fort	Égypte	33 études
Fiche Mémo – Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire. HAS (2013)	Recommandations	Fort	France	NA
Fiche Mémo – Contraception chez l'adolescente. HAS	Recommandations	Fort	France	NA
Cancers in Australia in 2010 attributable to and prevented by the use of combined oral contraceptives. Jordan (2015)	Étude de cohorte	Moyen	Australie	NA
Combined hormonal contraceptives and migraine: an update on the evidence. Calhoun (2017)	Recommandations	Moyen	États-Unis	NA
Contraception hormonale + inducteur enzymatique : grossesses non désirées. Prescrire (2016)	Article de revue	Moyen	France	78
Étude des facteurs modificateurs du risque de cancer du sein des femmes à risque génétique élevé. Lecarpentier (2012)	Étude de cohorte	Moyen	France	1 563 patients (GENEPSO)
Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: a White Paper examining prevalence, health consequences, and policy responses. Chavkin (2013)	Revue de la littérature	Moyen	États-Unis	NA
Impact of the French 3rd and 4th generation pill scare in women seeking termination of pregnancy. Caillot (2016)	Étude monocentrique	Moyen	France	892 patients
Moins d'embolies pulmonaires et d'accidents cardiovasculaires avec les contraceptifs dosés à 20 microgrammes d'éthinylestradiol. Prescrire (2017)	Étude de cohorte rétrospective	Moyen	France	5 000 000
Mothers' attitude to the use of a combined oral contraceptive pill by their daughters for menstrual disorders or contraception. Yiu (2017)	Étude quantitative	Moyen	Hong Kong	300 femmes

Suite ►

Suite ►

Article et auteur (année)	Type d'étude	Niveau de preuve	Lieu	Population
Rôle des facteurs de risque familiaux, individuels et environnementaux dans les cancers de la thyroïde : analyse d'études cas-témoins. Leux (2012)	Étude cas-témoins (CATHY)	Moyen	France	332
Un outil « communicationnel » peut-il aider les médecins généralistes à mieux communiquer avec les adolescents sur la sexualité ? Perrot (2013)	Essai interventionnel randomisé	Moyen	France	858 patients
Factors predicting mood changes in oral contraceptive pill users. Shakerinejad (2013)	Étude transversale randomisée	Faible	Iran	500 femmes
Influence of male decision-making and sociocultural factors in the use of contraceptive methods by women in Niger. Owoundi (2016)	Étude de cohorte	Faible	Niger	NA
Missed pills: frequency, reasons, consequences and solutions. Chabbert-Buffet (2017)	Rapport	Faible	Europe	NA
Traditions et cultures religieuses en médecine générale. Dahan	Thèse et ouvrage	Faible	France	NA
Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. Fayolle et Vallée (2013)	Étude qualitative	NA	France	15 médecins
L'implication des hommes de 18 à 50 ans dans la contraception. Étude qualitative en Rhône-Alpes. Smet et Vallée (2012)	Étude qualitative	NA	France	17 hommes
Première demande de contraception : vision des mères qui accompagnent leur fille. Mounier et Vallée (2014)	Étude qualitative	NA	France	22 mères
Connaissances et représentations des jeunes hommes (18-20 ans) en matière de contraception. Lambourg (2015)	Étude qualitative	NA	France	10 hommes
Accès facilité à la contraception des mineures. Prescrire (2017)	Article de revue	NA	France	NA
Choix de contraception en France : des disparités infondées. Prescrire (2013)	Article de revue	NA	France	NA
Comme si Dieu existait. Favret-Saada (2016)	Thèse	NA	France	
Contraception - L'essentiel sur les soins de premier choix. Prescrire (2017)	Article de revue	NA	France	NA
Contraception : permettre un choix optimal. Prescrire (2015)	Article de revue	NA	France	NA
Doctors have no right to refuse medical assistance in dying, abortion or contraception. Savulescu (2017)	Réponse à un article	NA	États-Unis	NA
État de santé alarmant des Roms migrants en France. Prescrire (2017)	Article de revue	NA	France	NA
La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Bajos (2012)	Article de revue	NA	France	NA
La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Bajos (2014)	Article de revue	NA	France	NA
Migraine : prévention des crises – l'essentiel sur les soins de premier choix. Prescrire (2017)	Article de revue	NA	France	NA

Tableau 4 - Articles sélectionnés et niveau de preuve selon les critères de la HAS (les articles sont classés par niveau de preuve puis par ordre alphabétique)

NA : non applicable.



Plusieurs études traitent de l'impact de la CO sur le cycle menstruel. Une méta-analyse de 7 études a montré une diminution des dysménorrhées primaires sous COC avec un *odds ratio* (OR) compris entre 0,3 et 0,821. Cet effet des COC est aussi cité dans *Prescrire*® faisant référence à l'*American Medical Association Drug Evaluation*. Il est utilisé en pratique courante, notamment chez les jeunes femmes. La CPP réduirait le flux menstruel de 87 % à trois mois d'utilisation, et la COC de 35 à 68 % après un an d'utilisation²¹. Selon une revue *Cochrane*, des saignements trop irréguliers voire absents étaient les premières causes d'arrêt de la CPP²³.

Les pertes sanguines qui surviennent lors de la prise d'une COC sont en fait des hémorragies de privation, celles-ci ayant été « pensées » pour ne pas perturber les femmes. En effet, la survenue régulière des règles est vécue comme un critère d'absence de grossesse et de bonne santé. Elles s'apparentent aussi, dans certaines cultures, à un mode de purification du corps. Ce dont certaines se plaignent, d'autres l'utilisent pour obtenir une aménorrhée dans des situations particulières (sportives, voyageuses). L'aménorrhée constituait probablement la norme pour nos ancêtres qui alternaient au cours de leur vie génitale grossesses et allaitements.

En ce qui concerne les métrorragies, elles entraînent un désagrément parfois quotidien et ont un retentissement sexuel par l'interdit qu'elles peuvent provoquer.

La pilule, ça fait grossir !

La prise de poids revient souvent dans les blogs : « *j'ai pris 10 kg, dont 5 en une semaine* »¹².

Les données scientifiques sont là encore divergentes. Une revue *Cochrane* (Gallo *et al.*, 2014) portant sur 49 essais dont 4 *versus* placebo ou groupe sans intervention et une revue *Cochrane* (Lopez *et al.*, 2016) centrée sur la CPP concluent à l'absence d'effet sur le poids^{24,25}. Toutefois, en 2018, la revue *Prescrire*® fait état de prise de

Effets indésirables	Présent	
	dans la netnographie	dans la revue de la littérature
Effets métaboliques : prise de poids, obésité	OUI	OUI
Effets hormonaux : acné, dysménorrhée	OUI	OUI
Effets psychologiques : humeurs changeantes	OUI	OUI
Effets cardiovasculaires : migraines, maladies thromboemboliques, accident vasculaire cérébral (AVC)	OUI	OUI
Effets sur les cancers	OUI	OUI
Obstacles liés au corps médical	OUI	OUI
Risque écologique et impact environnemental	OUI	
Effet sexuel	OUI	
Risque d'échec du fait d'interaction médicamenteuse		OUI
Éléments éthiques et sociaux		OUI

Tableau 5 - Répartition d'occurrences entre netnographie et revue de la littérature

poids par augmentation de la masse grasse sous œstroprogestatif²⁶. Il existe ainsi une divergence entre les données de pharmacovigilance et celles d'études pourtant solides retenues dans cette revue.

Chez les femmes concernées par une prise de poids, il convient sans doute de faire avec elles un état des lieux de l'ensemble des facteurs pouvant intervenir dans l'évolution pondérale.

La pilule, ça coupe l'envie !

Plusieurs blogueuses rapportaient l'impact de la CO sur le désir sexuel, l'une d'elles écrit : « *Ne pensez pas que c'est de votre faute si votre envie diminue, c'est bien cette foutue pilule* »¹¹, une autre : « *Je n'avais plus d'envies, ma libido était devenue flemmarde même à 25 ans. Comment on peut accepter qu'une simple pilule influence autant nos désirs ?* »¹⁰.

La revue *Prescrire*® a par ailleurs rapporté la publication par l'OMS de 694 notifications de perte de libido imputées à des CO²⁷.

Aucune étude concernant une variation de la libido sous CO n'a été retrouvée dans la littérature.

La pilule, ça déprime !

Un impact sur l'humeur était rapporté dans les blogs : « *J'ai arrêté la pilule après avoir été plongée dans une très grave dépression qui m'a poussée jusqu'au point d'avoir des pensées suicidaires* »¹⁰.

Une étude observationnelle transversale iranienne menée auprès de 500 femmes utilisatrices de CO a rapporté une plainte similaire de 37,7 % d'entre elles²⁸. De possibles modifications thymiques sont mentionnées dans des résumés des caractéristiques et notices des CO²⁷.

Quand ces troubles existent, ils sont sans doute multifactoriels, avec des composantes biopsychosociales.

La pilule, ça donne la migraine !

L'augmentation des migraines, sans précision concernant l'existence d'aura, était souvent rapportée dans les e-conversations : « *Mes migraines ont augmenté. Je sais qu'elles sont dues aux fluctuations des hormones mais la prise d'une contraception les a rendues ingérables* »⁹. Aucune participante aux e-conversations ne semble en revanche s'inquiéter de l'augmentation du risque d'AVC lié à la prise d'une CO.

Une revue *Cochrane* a conclu que l'utilisation d'une CO augmenterait le risque d'AVC chez les patientes présentant des migraines avec aura, avec un risque plus faible pour la CPP³³. Pour Lima *et al.*, l'utilisation de CPP ne semble pas augmenter le risque d'AVC³⁴. Calhoun recommande l'utilisation d'une CPP chez les patientes migraineuses³⁵. Pour *Prescrire*[®], les CO exposent les patientes migraineuses à des risques mal cernés, notamment d'AVC, et à une augmentation des migraines^{18,36}.

La pilule, c'est dangereux pour le cœur !

La CO augmente le risque d'hypercholestérolémie à LDL-cholestérol avec un OR compris entre 1,6 et 11,3 à 3 ans, sans mention de l'âge des patientes, risque corroboré par les données de pharmacovigilance^{21,26}.

Une revue *Cochrane* a conclu que la prise de COC augmente le risque d'infarctus du myocarde (R = 1,6) et d'AVC ischémique (RR = 1,7) sans précision sur les éventuels facteurs de risque associés³⁷.

La pilule, ça donne des embolies !

Le risque thromboembolique veineux (RTEV) des CO était peu présent dans les e-conversations. Deux participantes sur 746 rapportaient un accident thromboembolique justifiant l'arrêt de la CO en cours^{9,11}.

Il s'agit en revanche de l'EI le plus représenté dans la littérature. *Prescrire* et la HAS ont largement fait état et commenté ce risque³⁸⁻⁴¹. Une revue *Cochrane* a montré que les contraceptifs étudiés exposaient à une augmentation du RTEV corrélée à la dose d'éthinylestradiol (3 à 4 pour 10 000 chez les utilisatrices de COC)⁴². Les auteurs s'accordent sur le profil d'effets indésirables des progestatifs qui comprend un accroissement du RTEV, surtout à forte dose et pour les progestatifs de troisième génération^{26,43}. En 2013, une étude rétrospective de la base de données de pharmacovigilance a retrouvé 13 décès

par événements thromboemboliques veineux chez des utilisatrices de CO. 12 d'entre elles avaient d'autres facteurs de risque associés. 567 notifications d'événements thromboemboliques avaient été notifiés sur la même période. En 2014, l'ANSM a estimé à 341 le nombre d'hospitalisations évitées pour embolies pulmonaires, à la suite des recommandations concernant les pilules de troisième génération^{44,45}.

Le tabagisme est un cofacteur de risque thromboembolique majeur de la COC. Concilier une contraception efficace et un tabagisme actif peut conduire à une alternative contraceptive (DIU, CPP). Alors que son association à la CO est une préoccupation majeure pour les soignants, le tabagisme n'a pas été retrouvé dans les e-conversations.

La pilule, ça donne le cancer !

La peur d'un cancer induit par la CO était peu trouvée dans la netnographie. Le plus cité était le cancer du sein. Une blogeuse disait prendre ses sources dans le livre du Pr Joyeux : « *Les effets sont nombreux [...] cancer des ovaires, cancer du sein, cancer de l'utérus... [...] Le risque de cancer du sein augmente grandement chez les femmes ayant consommé 10 ans la pilule* »¹¹.

Une majoration du risque de cancer du sein a été retrouvée par Kettani *et al.*, avec un OR compris entre 1 et 1,2 chez les utilisatrices de CO (un cas supplémentaire pour 113 femmes). Dans une étude de cohorte, avec un niveau de preuve inférieur, Lecarpentier a décrit une diminution du risque de cancer du sein chez les femmes en cours d'utilisation de CO mais une augmentation chez les femmes ayant utilisé une CO⁴⁶. Selon *Prescrire*[®], le sur-risque de cancer du sein est en moyenne de 13 pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, par année d'utilisation de COC et CPP et de 1 pour 50 000 femmes de moins de 35 ans⁴⁷.

Le risque de cancer du col de l'utérus ne semble pas modifié (OR entre 0,9 et 1,9)²¹.

Certaines études ont à l'inverse conclu à une réduction du risque de développer d'autres cancers. Une méta-analyse portant sur 27 276 femmes a montré que pour 5 ans d'utilisation d'une COC, le risque de cancer de l'endomètre baissait à 0,76 par rapport aux femmes n'en utilisant pas ($p < 0,0001$)⁴⁸. Une méta-analyse de 24 études de cohorte et cas-témoins a montré une diminution du risque de cancer de l'ovaire lors de la prise COC et CPP (OR entre 0,7 et 0,8), ce que semble confirmer l'étude australienne de Jordan^{21,49}. De même, dans une méta-analyse de 11 études de cohorte et cas-témoins, un effet protecteur sur le cancer colorectal a été rapporté, avec un OR entre 0,8 et 0,9²¹. Dans une revue de la littérature basée sur deux études cas-témoins de 1 327 et 744 femmes, Leux a mis en avant la diminution du risque de cancer papillaire de la thyroïde en cas de prise de CO (sans distinction COC-CPP) avec une relation inverse dose-effet ($p = 0,02$)⁵⁰. Liu *et al.*, dans une revue de la littérature de 12 études, ont relevé que la prise d'une CO protégerait du cancer du rein, cette protection dépendant du temps de prise de la CO, avec un risque relatif (RR) de 0,89⁵¹.

Selon *Prescrire*[®] en juin 2018, les COC augmentent faiblement le cancer du sein et celui du col de l'utérus mais diminuent le risque de cancer de l'ovaire et de l'endomètre⁴³.

La pilule, ça pollue !

L'impact de la CO sur l'environnement revenait souvent dans les e-conversations. Pour une blogeuse, « *c'est plein d'hormones, c'est bon ni pour la santé ni pour la planète...* », pour une autre « *les hormones apparaissent dans nos urines, polluent les eaux [...] et sont responsables de la féminisation des poissons* »¹¹.

Peu d'informations concernant la pollution des eaux par les contraceptifs oraux ont été trouvées dans la littérature. *Prescrire*[®] a signalé l'élimination incomplète des médicaments dans les stations d'épuration, notam-



ment du 17- β -estradiol et de l'éthinylestradiol, détectés respectivement dans 33 % et 10 % des eaux après traitement²⁹.

La pilule, ça me pèse, c'est difficile !

Les contraintes de la prise de CO s'apparentaient à un fardeau : « *Je déteste la pilule, mais je n'ai pas le choix* »¹³, « *13 ans de servitude* »¹¹. Le risque d'oubli tenait une place particulière : « *J'ai décidé d'arrêter la pilule puisque je l'oubliais très souvent* »¹³, « *se réveiller le matin prise de panique en pensant l'avoir oubliée* »¹¹.

Dans la littérature, le risque d'oubli et la notion de contrainte étaient bien documentés^{21,30,31}. *Prescrire*® rapportait toutefois que dans des ouvrages britanniques de pharmacologie clinique, l'oubli d'une seule prise ne compromettrait pas l'efficacité contraceptive³².

Pourquoi subir une décision médicale ?

Les participantes parlaient de leur perception de leur rapport au corps médical et au système sanitaire : « *Je ne voulais pas devenir ce type de femme, contrainte à la toute-puissance de médecins (des hommes pour la majorité)* », « *J'ai assez donné de mon corps à la science et aux médecins* »⁹, « *la pilule, mal dosée par mon médecin m'a ruiné la santé* »⁹. Pour une participante : « *la pilule contraceptive apporte un deuxième objectif caché : de l'argent* »¹¹.

Dans la littérature, les études sur l'analyse des pratiques rapportaient notamment les difficultés des médecins généralistes (MG) à aborder la contraception. Les déterminants de ces difficultés étaient : le genre masculin, le manque de formation, l'équipement inadapté du cabinet, le lieu d'installation et le jeune âge des femmes⁵². Perrot *et al.* ont montré l'intérêt d'un outil communicationnel pour aider les professionnels à aborder la sexualité avec les adolescents⁵³. Par ailleurs, deux études abordent le refus de prescription d'une CO par les professionnels de santé. Aux États-

Unis, Chavkin *et al.* ont montré que ce refus était souvent fondé sur des considérations religieuses alors qu'en Angleterre, Savulescu *et al.* considéraient ces refus injustifiés parce qu'illégitimes^{54,55}.

Je ne peux pas, je ne sais pas...

Les aspects éthiques étaient quasi absents de la netnographie mais largement abordés dans la littérature. L'impact de la religion sur la décision de prendre ou non une CO était signalé par Frappé *et al.* : l'utilisation d'une contraception peut être autorisée pour un couple stable dans la tradition catholique et musulmane mais est interdite dans la tradition judaïque sans avis rabbinique⁵⁶. Dans son article, Favret-Saada évoquait néanmoins l'interdit de « contraception chimique » par l'église catholique depuis l'encyclique *Humanae Vitæ* de 1968⁵⁷.

Pour *Prescrire*®, il existe des disparités sociales dans la prise de CO^{58,59}. Les femmes de classe moyenne ou faible consultent moins souvent un gynécologue et seraient aussi moins informées sur la contraception. Bajos *et al.* a montré que les femmes non diplômées se méfiaient davantage de la contraception orale⁶⁰.

Les événements médiatiques de 2012-2013 liés aux pilules de troisième et quatrième génération étaient cités une fois dans la netnographie : « *J'ai dû changer de pilule à cause des problèmes survenus avec les pilules de 3^e génération* »¹⁰. Caillot *et al.* ont montré que la médiatisation des EI des CO a conduit à une modification du profil d'utilisatrices de CO. Les étudiantes, les femmes sans emploi et les femmes célibataires ont plus souvent abandonné la pilule au profit du DIU ou de l'absence de contraception médicalisée⁶¹.

Plusieurs articles insistaient sur l'importance du regard des autres et sur le rôle des hommes en tant qu'obstacle à la prise d'une CO. Owoundi a montré qu'au Niger les femmes et les hommes ne souhaitaient pas utiliser de contraceptifs⁶². Même si Lambourg

al. rappellent que le rôle de la femme est central dans la contraception, Smet *et al.* ont montré que certains hommes souhaiteraient pouvoir s'y impliquer davantage^{63,64}. À Hong Kong, les mères acceptaient mal l'utilisation d'une CO par leur fille, par crainte d'une sexualité débridée^{65,66}.

DISCUSSION

Forces et limites

L'originalité de cette étude réside dans la comparaison des données obtenues par une netnographie et celles d'une revue de la littérature, prenant aussi en compte des données de pharmacovigilance.

Parmi les limites, la sélection des articles pour la revue de la littérature et l'extraction des données pour l'ensemble du travail ont été menées par un seul investigateur.

Pour la netnographie, le fait qu'elle ait été réalisée après les événements médiatiques de 2012-2013 a sûrement influencé les résultats puisque l'utilisation des contraceptifs a varié en France après cette période³. Par ailleurs, l'âge des participantes aux blogs n'est pas connu, celui des blogeuses est compris entre 25 et 33 ans, ce qui limite l'extrapolation à la population des femmes susceptibles d'utiliser une CO. Il existe un biais de sélection puisque pour chaque e-conversations, le fait que la blogeuse mette en avant une crainte fait davantage ressortir cette crainte dans les commentaires suivants. Aucune crainte d'impact de la CO sur la fécondité n'a été relevée, et les aspects éthique et religieux étaient peu présents, peut-être en raison du nombre limité d'e-conversations intégrées dans l'étude.

Effets indésirables et traitement au long cours

Les conséquences esthétiques, qui paraissent moins importantes dans la perspective médicale, étaient les plus mises en avant par les femmes. L'importance donnée au risque d'acné et de prise de poids rendait sans doute

compte de l'importance de l'image du corps dans notre société. Concernant la baisse du désir sexuel, il est possible que l'anonymat d'une e-conservation puisse faciliter son expression.

Le risque néoplasique et le risque cardiovasculaire, bien documentés dans la littérature scientifique, paraissent moins préoccuper les bloqueuses, sans qu'on puisse affirmer si les craintes liées aux « hormones » les incluent ou pas, ce qui pourrait être exploré ultérieurement.

Par ailleurs, le risque thromboembolique des CO le plus élevé (celui des pilules de troisième génération) reste bien inférieur à celui de la grossesse. (8 *versus* 29,4/100 000 femmes). Il était donc logique que les femmes en parlent peu⁶⁷.

Tran *et al.* ont évoqué la notion de fardeau du traitement retrouvée dans notre étude pour la CO, du fait de sa prise quotidienne et du risque d'oubli⁶⁸. Différents auteurs ont montré que des difficultés d'observance, estimées à 50 %, étaient un facteur d'échec majeur d'un traitement chronique⁶⁹.

En ce qui concerne l'oubli, Marie *et al.* ont montré que 54 % des femmes avaient oublié au moins une fois leur pilule au cours des trois derniers mois et mis en lumière une méconnaissance fréquente de la conduite à tenir en cas d'oubli⁷⁰. Quelques études ont rappelé la sous-utilisation de la contraception post-coïtale⁷¹. L'utilisation de la contraception intra-utérine ou sous-cutanée élimine ce risque et cette inquiétude éventuelle, information qu'il faudrait toujours fournir.

L'homme pourrait partager la charge de la contraception médicalisée avec la femme⁶⁴. Certains seraient prêts à s'y investir si elle était réversible, mais les femmes interrogées sur le sujet ont indiqué craindre un oubli de leur part et la responsabilité de la grossesse qui leur incomberait⁷². Cette contraception masculine pourrait cependant être développée d'autant que la contraception définitive masculine est rarement effectuée en France⁷³.

Choix contraceptif éclairé

L'absence de contraception était la principale cause de recours à l'IVG en 2013^{3,74,75}. La volonté de planifier les grossesses par la CO est contrebalancée par la crainte de ses EI et du fardeau qu'elle représente.

La controverse sur les pilules de troisième et quatrième génération de 2012-2013 semble avoir eu un impact sur le choix contraceptif avec une baisse du recours à la CO en 2014³¹.

Une enquête de Vallée *et al.* a montré que les patients consultant leur MG sont généralement bien informés des EI liés à la CO, mais qu'il existe une moindre connaissance liée au faible niveau d'études, à la faible catégorie socioprofessionnelle, à l'âge élevé, au sexe masculin et à la durée croissante du traitement⁷⁶. Pour les femmes en âge de procréer, notamment celles à faible niveau économique, il semble primordial, pour offrir un choix contraceptif éclairé, d'avoir des réponses aux diverses craintes retrouvées. Le site internet de Santé publique France, choisirsacontraception.fr, est une piste et peut être utile aux femmes et aux professionnels, mais sa fiabilité et ses mises à jour sont à améliorer⁷⁷.

Bien que l'éducation sexuelle en milieu scolaire soit obligatoire depuis 2001 et malgré la gratuité de la CO pour les mineures, les femmes de moins de 18 ans semblent être moins bien informées sur la contraception⁷⁸. Une étude qualitative montre que des programmes éducatifs scolaires plus systématiques pourraient améliorer cette information⁷⁹. Par ailleurs, les médecins généralistes, qui initient la contraception dans 45 % des cas et la renouvellent dans 58 % des cas, sont parfois les premiers à aborder le sujet avec les femmes⁸⁰.

Parmi les alternatives proposées dans les blogs étudiés, le DIU au cuivre paraît la méthode la plus appréciée, suivi par le préservatif et les méthodes non hormonales⁶⁰.

Certaines proposent un recours à des méthodes « plus naturelles » par mesure de la température avec ou « sans moniteur de fertilité » ou de la glaire cervicale. Ces méthodes ont un indice de Pearl (25) bien plus élevé que ceux du préservatif masculin (15), DIU cuivre (0,8) et hormonal (0,2) et de la CO (9)⁷.

Cette défiance vis-à-vis de la contraception médicalisée peut s'apparenter à une forme d'hésitation contraceptive, proche de l'hésitation vaccinale face à un traitement somme toute efficace, abstraction faite de la dimension collective propre à la vaccination.

CONCLUSION

Cette étude a montré que si les craintes des femmes se superposaient aux données scientifiques, ce sont les EI le plus souvent réversibles et de gravité modérée ainsi que le fardeau du traitement qui sont mis en avant par les bloqueuses.

Il pourrait être intéressant d'explorer auprès de femmes en âge de procréer ne souhaitant pas de contraception de longue durée l'impact de l'âge, des croyances religieuses et du niveau socio-économique sur la répartition des craintes vis-à-vis de la contraception orale.

Pour faciliter un choix contraceptif éclairé et diminuer le risque de grossesse non désirée, l'indice de Pearl en utilisation courante des différentes méthodes de contraception utilisables devrait être présenté aux femmes et couples. L'information complète et loyale sur les effets indésirables des contraceptifs de longue durée, notamment oraux, devrait être fournie non seulement par les professionnels de santé mais aussi par les médias et en milieu scolaire. Cette information devrait prendre en compte les craintes exprimées par les utilisatrices pour adapter au mieux leur contraception et lutter contre la dissémination de contre-vérités. ●



Résumé

Introduction. La contraception orale est la méthode de contraception la plus utilisée en France. Toutefois, ces dernières années, elle connaît un recul, principalement chez les femmes jeunes.

Objectif. Comparer les craintes et croyances des femmes vis-à-vis de la contraception orale aux effets indésirables retrouvés dans la littérature.

Méthode. Une revue de la littérature a été conduite sur la littérature publiée de janvier 2013 à avril 2018 sur les bases de données Medline, Cochrane Library, HAL, les revues Prescrire® et exercer® avec les mots clés « contraception and refusal » et « contraceptives and oral », dans le même temps qu'une netnographie sur 5 blogs avec les mots clés « blog arrêt pilule ».

Résultats. Les craintes principales des blogueuses étaient l'acné, la dysménorrhée, l'aménorrhée, la prise de poids, la diminution de la libido, les troubles psychologiques et les effets sur l'environnement. En comparaison des données de la littérature, les craintes concernant les risques thromboemboliques veineux, cardiovasculaires et néoplasiques, bien que plus graves, étaient moins retrouvées. La sensation de fardeau du traitement était présente (prise quotidienne et risque d'oubli).

Conclusion. Les appréhensions des femmes se recoupent avec les données scientifiques. Les professionnels de santé, pour mieux tenir compte de ces craintes authentiques, doivent continuer de fournir une information complète pour un choix contraceptif éclairé dans le cadre d'une décision partagée.

→ **Mots-clés :** contraceptif oral hormonal ; idées reçues ; effets indésirables.

Summary

Introduction: Oral contraceptives is the most used contraception method in France. However, there's a recent decline of pill's use, mainly among young women.

Objectives: This work aims to compare women's beliefs about oral contraception to adverse effects described in the literature.

Methods: A review was conducted on literature published from January 2013 to April 2018 on Medline, Cochrane Library, HAL, Prescrire and Exercer with the keywords "contraception and refusal" and "contraceptives and oral", in the same time as, netnography on 5 blogs with the keywords "blog stop pill".

Results: bloggers' main fears were acne, dysmenorrhea, amenorrhea, weight gain, decreased libido, psychological and environmental effects. In comparison to literature, fears about thromboembolic, cardiovascular and neoplastic risk, although more serious, were fewer found. The feeling of treatment's burden was present (daily intake and risk of forgetting).

Conclusion: Women's fears overlap with scientific data. Healthcare professionals must continue to provide complete information in order to address these genuine fears and support informed and shared decision.

→ **Keywords:** oral hormonal contraceptives; received idea; adverse effects.

Références

1. République française. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique.
2. République française. Loi n° 73-639 du 11 juillet 1973 portant sur la création d'un conseil supérieur de l'information sexuelle de la régulation des naissances et de l'éducation familiale.
3. United Nations. World contraceptive patterns 2013. New York : United Nations, 2013.
4. Prost T, Rey S. L'état de santé de la population en France. Paris : DREES, 2015.
5. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre Santé 2016. Contraception : quatre ans après la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Denis : Santé publique France, 2016.
6. Rostan C. La vasectomie : une contraception occultée. Université Lille-2 : École des sages-femmes, 2016.
7. Haute Autorité de santé. Efficacité contraceptive et taux d'abandon de la méthode après un an aux États-Unis et en France. Saint-Denis : HAS, 2013.
8. Bernard Y. La netnographie : une nouvelle méthode d'enquête qualitative basée sur les communautés virtuelles de consommation. Décisions marketing 2004;36:49-62.
9. Ducoeurjoly P. Le non-choix de la contraception. Les filles électriques, 2016. Disponible sur : <https://www.lesfilleselectriques.com/2016/05/le-non-choix-de-la-contraception/> [consulté le 29 avril 2019].
10. Ninon. J'ai décidé d'arrêter la pilule. Dis oui Ninon, 2017. Disponible sur : <https://disouinon.com/jai-decide-darreter-la-pilule/> [consulté le 29 avril 2019].
11. Claire. Pourquoi est-ce que j'arrête la pilule contraceptive ? Simplement Claire, 2017. Disponible sur : <http://simplementclaire.fr/arreter-la-pilule-contraceptive/> [consulté le 29 avril 2019].
12. Pilorget-Rezzouk C. J'ai arrêté la pilule pour voir à quoi ressemblerait mon corps sans. 2017. Disponible sur : <https://www.nouvelobs.com/rue89/nos-vies-intimes/20170908.OBS4420/j-ai-arrete-la-pilule-pour-voir-a-quoi-ressemblerait-mon-corps-sans.html> [consulté le 29 avril 2019].
13. Noholita. Mon arrêt de la pilule. Noholita, 2017. Disponible sur : <http://www.noholita.fr/arret-de-pilule/> [consulté le 29 avril 2019].
14. Higgins J, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. London : Cochrane collaboration, 2011.
15. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ 2009;339:b2535.
16. Haute Autorité de santé. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Saint-Denis : HAS, 2000.
17. Prescrire rédaction. Contraceptif hormonal + inducteur enzymatique : grossesses non désirées. La revue Prescrire 2016;36:826-7.
18. Prescrire rédaction. Contraception - l'essentiel sur les soins de premier choix. La revue Prescrire 2017;37:762-70.
19. Prescrire rédaction. Acnés et éruptions acnéiformes médicamenteuses. La revue Prescrire 2019;Suppl. Interactions médicamenteuses:245.
20. Prescrire rédaction. Patients ayant une acné. La revue Prescrire 2019;Suppl. Interactions médicamenteuses:63.
21. Kettani K, Letrilliart L. Bénéfices et risques des différentes méthodes contraceptives, une revue de la littérature. exercer 2017;135:310-8.
22. Base de données publiques des médicaments. Diane 35 microgrammes, comprimé enrobé. Paris : MSS, 2018. Disponible sur : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=64066269> [consulté le 29 avril 2019].
23. Abdel-Aleem H, d'Arcangues C, Vogelsong K, Gülmezoglu AM. Treatment of vaginal bleeding irregularities induced by progestin only contraceptives. Cochrane Database Syst Rev 2013;10:CD003449.
24. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Carayon F, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. Cochrane Database Syst Rev 2014;1:CD003987.
25. Lopez LM, Ramesh S, Chen M, et al. Progestin-only contraceptives: effects on weight. Cochrane Database Syst Rev 2016;8:CD008815.
26. Prescrire rédaction. Substance(s) : progestatifs. La revue Prescrire 2019; Guide interactions médicamenteuses:655-9.
27. Prescrire rédaction. Contraception hormonale : pertes totales de la libido. La revue Prescrire 2018;38:186.
28. Shakerinejad G, Hidarnia A, Motlagh ME, Karami K, Niknami S, Montazeri A. Factors predicting mood changes in oral contraceptive pill users. Reprod Health 2013;10:45.

29. **Prescrire rédaction.** Médicaments dans l'eau : élimination incomplète par les stations d'épuration. *La revue Prescrire* 2012;32:936-8.
30. **Chabbert-Buffet N, Jamin C, Lete I, et al.** Missed pills : frequency, reasons, consequences and solutions. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2017;22:165-9.
31. **Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, et al.** La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Populations et sociétés* 2014;511:1-4.
32. **Prescrire rédaction.** Contraception estroprogestative orale, alias « la pilule ». *La revue Prescrire* 2011;31:635-7.
33. **Sacco S, Merki-Feld GS, Aegidius KL, et al.** Hormonal contraceptives and risk of ischemic stroke in women with migraine: a consensus statement from the European Headache Federation (EHF) and the European Society of Contraception and Reproductive Health (ESC). *J Headache Pain* 2017;18:108.
34. **Lima ACS, Martins LCG, Lopes MVO, et al.** Influence of hormonal contraceptives and the occurrence of stroke: integrative review. *Rev Bras Enferm* 2017;70:647-55.
35. **Calhoun AH, Batur P.** Combined hormonal contraceptives and migraine: an update on the evidence. *Cleve Clin J Med* 2017;84:631-8.
36. **Prescrire rédaction.** Migraine : prévention des crises – L'essentiel sur les soins de premier choix. *La revue Prescrire* 2017;37:688.
37. **Roach R, Helmerhorst F, Lijfering WM, Stijnen T, Algra A, Dekkers OM.** Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;8:CD011054.
38. **Prescrire rédaction.** Moins d'embolies pulmonaires et d'accidents cardiovasculaires avec les contraceptifs dosés à 20 microgrammes d'éthinylestradiol. *La revue Prescrire* 2017;37:432-3.
39. **Prescrire rédaction.** Contraception : permettre un choix optimal. *La revue Prescrire* 2015;35:783.
40. **Haute Autorité de santé.** Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire - Fiche mémo. Saint-Denis : HAS, 2013.
41. **Haute Autorité de santé.** Contraception chez l'adolescente – Fiche mémo. Saint-Denis : HAS, 2018.
42. **de Bastos M, Stegeman B, Rosendaal FR, et al.** Combined oral contraceptives: venous thrombosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;3:CD010813.
43. **Prescrire rédaction.** Estroprogestatifs à dose contraceptive. *La revue Prescrire* 2019; Suppl. Interactions médicamenteuses:514-8.
44. **Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.** Analyse des cas d'effets thromboemboliques veineux notifiés dans la base nationale de pharmacovigilance en France depuis 1985. Saint-Denis : Ansm, 2013.
45. **Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.** Impact de la modification récente des méthodes de contraception en France sur la survenue d'embolies pulmonaires chez les femmes de 15 à 49 ans. Saint-Denis : Ansm, 2014.
46. **Lecarpentier J.** Étude des facteurs modificateurs du risque de cancer du sein des femmes à risque génétique élevé. Thèse de doctorat en santé publique : Université Paris-Sud XI, 2012.
47. **Prescrire rédaction.** Contraception hormonale : cancers du sein. *La revue Prescrire* 2018;38:426.
48. **Collaborative group on epidemiological studies on endometrial cancer.** Endometrial cancer and oral contraceptives: an individual participant meta-analysis of 27 276 women with endometrial cancer from 36 epidemiological studies. *Lancet Oncol* 2015;16:1061-70.
49. **Jordan SJ, Wilson LF, Nagle CM, et al.** Cancers in Australia in 2010 attributable to and prevented by the use of combined oral contraceptives. *Aust N Z J Public Health* 2015;39:441-5.
50. **Leux C.** Rôle des facteurs de risque familiaux, individuels et environnementaux dans les cancers de la thyroïde. Analyse d'études cas-témoins. Thèse de doctorat en santé publique : Université Paris XI, 2012.
51. **Liu H, Wang X-C, Hu GH, Huang TB, Xu YF.** Oral contraceptive use and kidney cancer risk among women: evidence from a meta-analysis. *Int J Clin Exp Med* 2014;7:3954-63.
52. **Fayolle E, Vallée J.** Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. *exercer* 2013;107:114-20.
53. **Perrot JM.** Un outil « communicationnel » peut-il aider les médecins généralistes à mieux communiquer avec les adolescents sur la sexualité ? *exercer* 2013;110:96.
54. **Chavkin W, Leitman L, Polin K.** Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare : a white paper examining prevalence, health consequences, and policy responses. *Int J Gynaecol Obstet* 2013;123 Suppl 3:S41-56.
55. **Savulescu J, Schuklenk U.** Doctors Have no Right to Refuse Medical Assistance in Dying, Abortion or Contraception. *Bioethics* 2017;31:162-70.
56. **Dahan D, Frappé P.** Traditions et cultures religieuses en médecine générale. Paris : GMS, 2018.
57. **Favret-Saada J.** Comme si Dieu existait. *Vacarme* 2006;35:106-8.
58. **Prescrire rédaction.** Choix de contraception en France : des disparités in-fondées. *La revue Prescrire* 2013;33:543.
59. **Prescrire rédaction.** État de santé alarmant des Roms migrants en France. *La revue Prescrire* 2017;37:68.
60. **Bajos N, Moreau C, Bohet A, et al.** La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Populations et sociétés* 2012;492:1-4.
61. **Caillot O, Aubry M, Duros S, et al.** Impact of the French 3rd and 4th generation pill scare in women seeking termination of pregnancy. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2017;46:69-76.
62. **Owoundi JP.** Influence of male decision-making and sociocultural factors in the use of contraceptive methods by women in Niger. Lisbon : European Society of Contraception and Reproductive Health, 2014. Disponible sur : <https://hal.inria.fr/hal-01281881/> [consulté le 29 avril 2019].
63. **Lambourg A, Morlon F.** Connaissances et représentations des jeunes hommes (18-20 ans) en matière de contraception. *exercer* 2015;120:156-61.
64. **Smet L, Vallée J.** L'implication des hommes de 18 à 50 ans dans la contraception. Étude qualitative en Rhône-Alpes. *exercer* 2012;104:210-1.
65. **Mounier M-C, Vallée J.** Première demande de contraception : vision des mères qui accompagnent leur fille. *exercer* 2014;116:267-74.
66. **Yiu KW, Chan SS, Chung TK.** Mothers' attitude to the use of a combined oral contraceptive pill by their daughters for menstrual disorders or contraception. *Hong Kong Med J* 2017;23:150-7.
67. **Vallée JP, Gallois P, Le Noc Y.** Risques vasculaires de la contraception estroprogestative. *Médecine* 2013;3:121-7.
68. **Tran VT, Buffel de Vaure C, Cherif D, et al.** Fardeau du traitement : être un patient est un travail. *exercer* 2016;126:167-70.
69. **Déat J, Moulin M.** Croyances à propos des médicaments et observance chez les patients atteints de maladie chronique. *exercer* 2017;138:436-43.
70. **Marie P, Champollion S, Ourabah R.** Que font les patientes lorsqu'elles oublient leur pilule ? *exercer* 2008;80:13-6.
71. **Vilain A.** Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. *Études & résultats* 2016;968:1-6.
72. **Cussac A.** Implication des hommes dans la contraception vue par des femmes : Etude qualitative en Rhône-Alpes. Thèse de médecine : Université de Saint-Etienne, 2013.
73. **Chambost J, Raboteau A, Vallée J.** Vasectomie : regards croisés des hommes et des médecins généralistes. *exercer* 2017;132:162-9.
74. **Bajos N, Caroline Moreau, Leridon H, et al.** Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? *Populations et sociétés* 2004;407:1-4.
75. **Marchal A.** L'IVG : Conséquence d'un échec ou d'une absence de contraception ? Thèse de médecine : Université Lyon 1, 2014.
76. **Vallée J, Trombert-Paviot B.** Information des patients sur les effets indésirables des médicaments. *Médecine* 2015;1:39-44.
77. **Prescrire rédaction.** Ouvertures : choisir sa contraception. *La revue Prescrire* 2014;34:548.
78. **Prescrire rédaction.** Accès facilité à la contraception des mineures. *La revue Prescrire* 2017;37:537-8.
79. **Tekfa A-A, Vallée J.** Vecteurs d'information et information sur la contraception - Perceptions d'adolescentes consultant en centre d'orthogénie. *Médecine* 2016;10:465-70.
80. **Hami Z.** Les adolescents et la contraception : place du médecin généraliste dans l'information et la prévention. Thèse de médecine : Université Paris XIII, 2013.