



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Amélioration des connaissances en contraception de la population
consultant chez des médecins généralistes via une vidéo
accessible en salle d'attente par un QR code**

Présentée et soutenue publiquement le 23 Juin 2021 à 16h
au Pôle Formation
par **Orianne MOULINIER**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs :

Madame le Docteur Audrey LOMBART

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Guillaume SERRON

Avertissement

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

Table des matières

Liste des abréviations	5
1. Introduction	6
1.1. Grossesses imprévues et contraception	6
1.2. Littérature existante.....	8
1.3. Informations et connaissances de la contraception	8
1.4. La contraception masculine	9
Description des méthodes hormonale et thermique.....	9
Historique	10
Connaissances.....	11
1.5. Pourquoi cette thèse ?.....	12
2. Méthode	13
2.1. Modalités de réalisation de la vidéo.....	13
Choix de l'ordre de présentation.....	13
Les témoignages.....	13
Montage vidéo.....	14
2.2. Questionnaires	14
2.3. Mode de diffusion	15
2.4. Aspect éthique et réglementaire	15
2.5. Analyse statistique	16
2.6. Financement et déclaration des conflits d'intérêt.....	17
3. Résultats et analyses	18
3.1. Analyse descriptive de la population.....	18
Caractéristiques de l'échantillon.....	18
Obtention du lien du questionnaire.....	19

Source d'information perçue comme fiable	19
3.2. Evaluation de la vidéo	20
Les connaissances en contraception	20
Les scores de connaissance	22
Perception par les participants	26
3.3. Impact de la vidéo.....	27
4. Discussion	28
4.1. Biais et insuffisances	28
Biais de recrutement.....	28
Faible nombre de participants.....	29
Durée de la vidéo	29
4.2. Lignes de force	30
Diffusion de l'information par vidéo	30
Qualité de la vidéo	30
Amélioration significative des connaissances en contraception	30
Méthode de diffusion	31
4.3. Comparaison aux données existantes	31
Population de l'étude	31
Sources d'information au sujet de la contraception	32
Connaissances des méthodes contraceptives	33
Impact de la vidéo	33
La contraception masculine	34
5. Conclusion.....	36
6. Bibliographie	38
7. Annexes.....	44

Liste des abréviations

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ARDECOM	Association pour la Recherche et de Développement de la COnttraception Masculine
DIU	Dispositif intra utérin
GARCON	Groupe d'Action et de Recherche sur la CONtraception
GEP	Groupe d'Echange de Pratiques
HAS	Haute Autorité de Santé
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IPSOS	Institut de Publique Sondage d'Opinion Secteur
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MSU	Maître de Stage des Universités
QR code	Quick Response Code
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

1. Introduction

1.1. Grossesses imprévues et contraception

En 2019, 232 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France, soit un taux de 16,1 pour 1000 femmes. Le taux global de recours à l'IVG continue sa tendance à la hausse depuis 1995(1).

En France, la couverture contraceptive est excellente. En 2017, 92% des femmes déclaraient utiliser un moyen de contraception. 72% d'entre elles avaient recours à une contraception médicalisée(2).

En 2003, l'étude du groupe COCOON (3) montrait que seuls 2,7% des femmes sexuellement actives et sans désir de grossesse n'utilisaient pas de méthode de contraception et que 72% des femmes ayant recours à une IVG étaient sous contraception : pilule (23,1%), préservatif (19,3%) et méthodes dites naturelles (19,1%, suivi de cycle et/ou retrait).

Ceci est le paradoxe français : stabilité voire hausse du nombre d'IVG et excellente couverture contraceptive.

Ce paradoxe s'explique par plusieurs facteurs(4) comme: les échecs contraceptifs qui restent fréquents notamment avec la pilule, le préservatif et les méthodes dites naturelles, le manque d'explication lors de la prescription d'une contraception(5) ou l'inadéquation entre la contraception prescrite et le mode de vie.

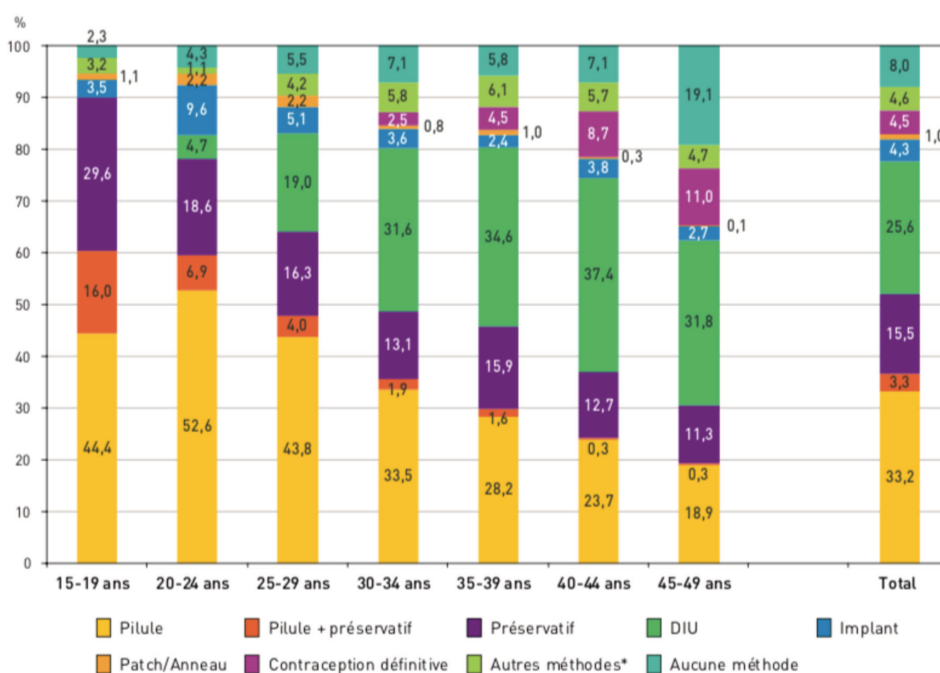
En comparaison, au Royaume Uni, le nombre d'avortement diminue avec un taux autour de 10,4 pour 1000 femmes en âge de procréer en 2016(6). Les autorités sanitaires préconisent une standardisation des pratiques pour les recommandations contraceptives(7) : tous les praticiens appuient leur conseil sur un support documentaire classant les contraceptions disponibles en « méthodes avec erreur d'utilisation » et « méthodes sans erreur d'utilisation ». Ce protocole laisse peu de

place aux représentations individuelles des praticiens. Au Royaume Uni, 21% des couples utilisent la vasectomie, une contraception définitive efficace, contre 0,8% en France(8).

Un des facteurs de risque de grossesse imprévue chez les 14-25 ans est l'insatisfaction de leur contraception(9).

Le baromètre santé de 2016 montre que le modèle de contraception préservatif-pilule-DIU (dispositif intra utérin) dit « norme contraceptive » reste ancré dans les pratiques(10) :

FIGURE 1 | Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.
 * Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.
 Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

1.2. Littérature existante

Lors de la revue de la littérature, en l'absence d'autres publications disponibles, le travail a été complété par des mémoires et des thèses. Ce travail s'inscrit donc dans la même lignée de ces travaux préliminaires.

1.3. Informations et connaissances de la contraception

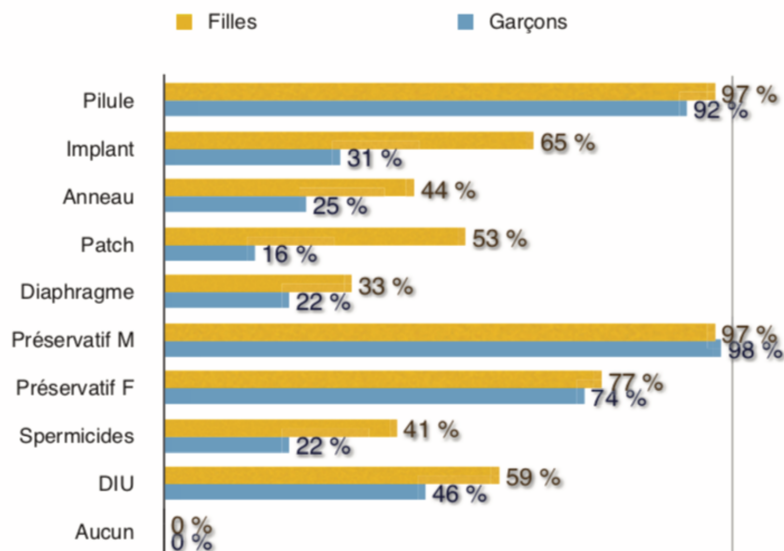
Le manque d'informations objectives est un des principaux freins au choix d'une contraception adaptée d'après l'état des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée réalisé en Avril 2013 par la Haute Autorité de Santé (HAS)(11) et un rapport de la Direction Générale de la Santé(12). Une meilleure information des avantages et des inconvénients des différentes méthodes contraceptives a été un levier d'action identifié par ces rapports(11)(12).

Une étude analysant la délivrance de l'information sur les contraceptions disponibles aux patientes en âge de procréer(5) a montré que les sujets ont été renseignés sur 3,75 contraceptions en moyenne (pilule, DIU, préservatif masculin et implant). La sélection restreinte des contraceptions présentées par les professionnels de santé peut expliquer entre autres, le manque de connaissances sur ce sujet de la population générale.

Une étude menée sur 260 personnes âgées entre 15 et 25 ans(13) montre que 37% d'entre elles sont informées par leur médecin et que 14% d'entre elles n'ont jamais reçu d'information en matière de contraception. D'après cette étude, la pilule et le

préservatif masculin sont les moyens de contraception les plus connus. L'implant, l'anneau, le patch et les spermicides sont mieux connus des filles.

Figure 11 : Connaissances de l'utilisation des différents moyens de contraception selon le sexe



22% des femmes de 20 à 35 ans affirment ne pas connaître d'alternative à leur contraception actuelle(14).

1.4. La contraception masculine

Il en existe 5 types : retrait, préservatif masculin, vasectomie, méthode hormonale et méthode thermique.

Description des méthodes hormonale et thermique

La contraception hormonale masculine est une injection intramusculaire d'énanthate de testostérone hebdomadaire qui permet de bloquer la spermatogénèse. Ce traitement n'a pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en tant que contraception.

La contraception masculine thermique consiste à porter un slip serré dit « boulocho » pendant au moins 15h par jour pour augmenter la température des testicules de 1 à 2°C. Cette augmentation de la température permet de bloquer la spermatogénèse.

Historique

Le préservatif est une méthode de contraception masculine et de protection contre les maladies sexuellement transmissibles. Au fil des siècles et selon les régions du monde, ils ont été réalisés en vessie de chèvre, papier de soie huilé, écailles de tortue, cuir, boyaux, tissu, caecum de mouton, en lin, intestins d'animaux ou caoutchouc. Actuellement ils sont fabriqués en latex ou polyuréthane(15,16).

Son utilisation diminue avec l'arrivée de la pilule contraceptive et sa légalisation par la loi Neuwirth 1967(17) avant d'augmenter à nouveau avec l'épidémie du VIH.

C'est en 1950 qu'est découverte, de manière fortuite, la possibilité d'inhiber la spermatogénèse. Des chercheurs souhaitant stimuler la spermatogénèse ont injecté du propionate de testostérone et ont observé l'inverse : une azoospermie(18).

Dans les années 70, avec les mouvements féministes, des groupes de paroles d'hommes se sont constitués en France : ils voulaient aborder différents types de sujets dont la sexualité et la contraception.

La rencontre d'un de ses groupes avec le Dr Jean Claude SOUFIR, endocrinologue, a mené à la création de l'Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine (ARDECOM) en 1979(19). Ensemble, ils ont débuté une expérimentation sur la contraception hormonale masculine.

Dans la même période, Dr Roger MIEUSSET, urologue, a étudié la contraception masculine thermique.

En 2012, les docteurs SOUFIR et MIEUSSET publient *La contraception masculine*, un livre portant sur les différentes méthodes de contraception masculine. Ils y répertorient leurs propres expérimentations et les expérimentations mondiales. Ils y abordent également le sujet d'un point de vue psychologique et sociologique. Selon eux, les contraceptions thermique et hormonale ont des effets inhibiteurs réversibles de la spermatogénèse et les données disponibles sont suffisantes pour les proposer à la population générale(20). A titre individuel, la réalisation d'un spermogramme permet de s'assurer de l'efficacité contraceptive.

La publication de ce livre redonne vie à l'association ARDECOM qui commence à proposer des formations aux soignants, à intervenir dans différents lieux dont le planning familial.

La vasectomie, longtemps interdite au motif qu'elle représentait une atteinte à l'intégrité physique du patient, est autorisée par la loi en France en 2001(21).

Connaissances

La connaissance du grand public des contraceptions masculines réversibles reste mal évaluée en France, en dehors de celle du préservatif masculin.

Dans le milieu médical, seules 3 méthodes de contraceptions masculines sont abordées dans les manuels d'étude du 2^{ème} cycle (22) : le préservatif, le retrait et la vasectomie. La méthode thermique n'est pas citée et la méthode hormonale est évoquée comme une méthode inutilisable.

1.5. Pourquoi cette thèse ?

J'ai voulu améliorer les connaissances de la population générale au sujet de la contraception et en particulier de la contraception masculine.

La vidéo est un moyen de communication prouvé efficace pour améliorer les connaissances(23). Ce moyen de communication reste assez peu utilisé en médecine.

De nombreuses vidéos sur la contraception sont accessibles en ligne(24)(25). Elles portent pour la grande majorité sur le partage d'expérience(26–28) et sur l'arrêt de la pilule(29)(30). Peu d'entre elles sont réalisées par des professionnels de santé et celles réalisées par des professionnels sont peu attractives(31).

J'ai réalisé une vidéo conforme aux données acquises par la science portant sur l'ensemble des contraceptions disponibles en France. J'ai cherché à en évaluer l'efficacité pédagogique auprès des patients et patientes consultant en médecine générale.

L'objectif est de proposer aux médecins un outil scientifiquement validé afin de les aider pour les consultations de contraception qui peuvent être longues.

2. Méthode

2.1. Modalités de réalisation de la vidéo

Choix de l'ordre de présentation

La fiabilité est, si ce n'est le critère déterminant, primordiale dans le choix d'une contraception. C'est pour cela que j'ai choisi de les présenter par ordre d'efficacité, basée sur l'indice de Pearls pratique (32).

L'efficacité et les principales caractéristiques des contraceptions présentées dans la vidéo sont regroupées dans l'annexe 1.

Les témoignages

Le recrutement des personnes livrant leurs témoignages s'est fait par différents moyens. La diffusion d'un message via l'association *Chez Violette* par le réseau social Facebook m'a permis de recruter 6 témoins. Un médecin généraliste m'a permis d'en recruter 2 autres. 5 témoins sont des connaissances des participants et 2 autres de mon entourage. Pour réunir les témoignages sur la contraception masculine, je suis passée par une association nommée GARCON 59 qui promeut la contraception thermique dans le Nord. Les 2 créateurs de cette association ont accepté de témoigner. Par leur réseau de contraception masculine, ils m'ont permis de recruter un témoin qui utilise la contraception masculine hormonale.

Je n'ai trouvé personne pour témoigner au sujet de la cape cervicale, du retrait, des patchs hormonaux, du préservatif féminin, des injections de progestatifs ou des spermicides. Je me suis basée sur des articles de partage d'expérience retrouvés sur Internet(33–35).

Dans le contexte de COVID19, pour des raisons sanitaires, les témoignages ont tous été réalisés à distance à l'aide du logiciel Zoom ou du logiciel Skype.

Montage vidéo

J'ai sollicité le service ICARE de l'Université de Lille pour m'aider dans ce projet. Vincent DEFFAUX, technicien audiovisuel, m'a accueillie pour tourner l'introduction, la conclusion, les intermèdes et les voix off. Il a réalisé le montage en ajoutant les animations et images que je souhaitais seconde par seconde.

2.2. Questionnaires

Les questionnaires (annexe 3) étaient proposés avant et après le visionnage de la vidéo.

Le questionnaire proposé avant la vidéo portait sur les connaissances des différentes contraceptions, leur utilisation éventuelle et la satisfaction de celle-ci. Une question portait spécifiquement sur le moyen de l'obtention du lien de l'étude.

Le questionnaire situé après la vidéo cherchait à évaluer les contraceptifs découverts et l'impact sur le choix d'une contraception. Deux questions portaient spécifiquement sur l'évaluation de la qualité de la vidéo (compréhension des informations scientifiques vulgarisées, attractivité des images et utilité des informations délivrées).

Les questions garantissaient l'anonymat. Il y avait un champ libre pour les remarques et commentaires à la fin des questionnaires.

Le recueil de données a été réalisé à l'aide du logiciel Limesurvey.

2.3. Mode de diffusion

La diffusion s'est limitée aux patients et patientes consultant dans un cabinet de médecine générale.

L'accès à l'étude s'est fait par un QR code placé sur une affiche en salle d'attente (Annexe 5) et sur des tickets individuels (Annexe 6) distribués aux patients et patientes par les médecins généralistes qui le souhaitaient.

La diffusion de l'affiche contenant le QR code aux médecins généralistes s'est faite par plusieurs moyens:

- par e-mail : Maîtres de Stage Universitaires (MSU) de Lille, adresses e-mail trouvées sur le site du Conseil de l'Ordre du Nord, médecins généralistes de mon entourage, contacts des départements de médecine générale de France

- par les réseaux sociaux : ancien Groupe d'Echange Pratique (GEP) et groupe de promotion

- par la méthode du porte à porte : distribution à une cinquantaine de médecins généralistes de la métropole lilloise de l'affiche imprimée avec des explications du projet et des tickets QR codes individuels.

Le lien pour l'enquête avec l'accès à la vidéo a également été partagé par e-mail aux personnes ayant témoigné.

La diffusion a eu lieu du 13/03/2021 au 05/05/2021 inclus, soit un délai de 54 jours.

2.4. Aspect éthique et réglementaire

Une déclaration au registre du Délégué de la Protection de Données (DPO) de l'Université de Lille a été enregistrée sous le numéro 2021-86.

La déclaration au Comité d'éthique ou au Comité de protection des personnes n'a pas été nécessaire.

2.5. Analyse statistique

L'analyse statistique a uniquement été basée sur les questionnaires complets. 2 participants ont levé l'anonymat de leurs questionnaires en écrivant à l'autrice.

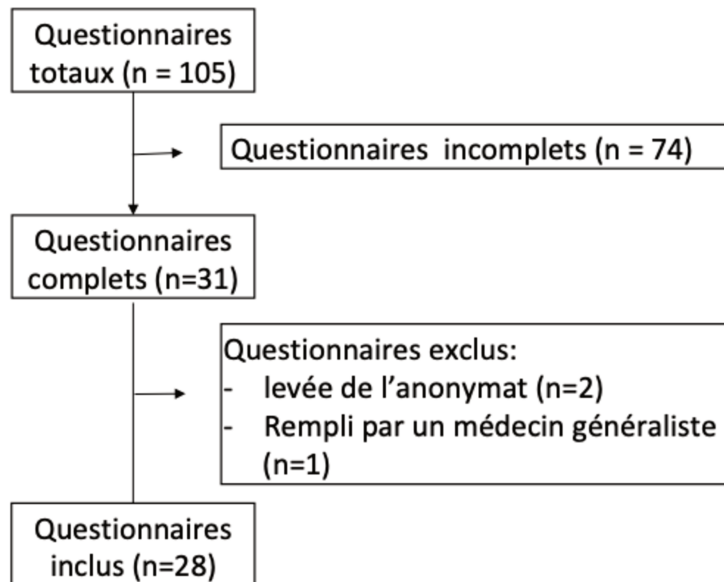


Figure 1 - Flowchart

J'ai créé un score de connaissance des différentes contraceptions. 1 point a été attribué pour chaque contraception cochée dans le questionnaire. Le score était la somme de toutes les contraceptions cochées. Chaque participant avait donc un score de connaissance maximal de 18.

Avant la vidéo, chaque participant s'est vu administrer 2 scores de connaissance des contraceptions :

- un score de contraceptions connues pour les contraceptions sélectionnées à la question « De quelle(s) méthode(s) de contraception avez-vous déjà entendu parler ? »

- un score de contraceptions bien connues pour les contraceptions sélectionnées à la question « Parmi ces méthodes de contraception lesquelles pensez-vous bien connaître ? »

Après la vidéo, 1 point a été attribué pour chaque contraception cochée à la question « Quelle(s) méthode(s) de contraception avez-vous découverte au travers de cette vidéo ? ». Chaque participant avait donc un score de découverte maximal de 18.

Certains participants ont coché les mêmes contraceptions dans différentes questions (connues, bien connues et/ou découvertes). Dans ce cas, nous avons considéré que le participant a découvert (complètement ou partiellement) des informations sur les contraceptions sélectionnées.

Nous avons utilisé le test T de Student pour comparer la variation du score de connaissance des contraceptions découvertes avec zéro (aucune contraception découverte).

2.6. Financement et déclaration des conflits d'intérêt

Ce travail n'a bénéficié d'aucun financement.

Les services mis à disposition par l'Université de Lille ont été utilisés : Icare, Limesurvey, Pod (hébergement vidéo).

L'autrice et le directeur de thèse n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

3. Résultats et analyses

3.1. Analyse descriptive de la population

Caractéristiques de l'échantillon

		Age (années)						Total
		≤ 16	17-21	22-25	26-30	31-35	≥ 36	
Sexe	Femme	0 (0%)	3 (11%)	4 (14%)	6 (21%)	2 (7%)	7 (25%)	22 (79%)
	Homme	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (7%)	1 (3%)	3 (11%)	6 (21%)
	Total	0 (0%)	3 (11%)	4 (14%)	8 (26%)	3 (11%)	10 (36%)	28 (100%)

Une seule participante avait un antécédent d'IVG.

19 participants n'avaient pas d'enfant.

La Figure 2 représente les contraceptions à l'inclusion dans l'étude des participants.

12 participants n'avaient pas de contraception.

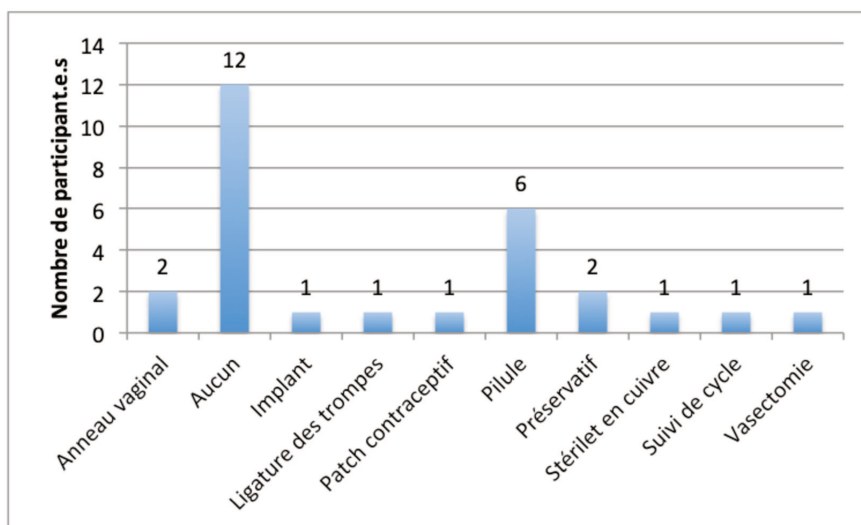


Figure 2 - Contraception à l'inclusion des participants

La Figure 3 présente la satisfaction de la situation contraceptive lors de l'étude. Seuls 13 participants (46%) en étaient satisfaits. Parmi les réponses « autres », 1 était ménopausée, 1 sans rapports sexuels, 1 était satisfait pour l'efficacité mais pas pour les effets secondaires et 1 jugeait cette question pas pertinente.

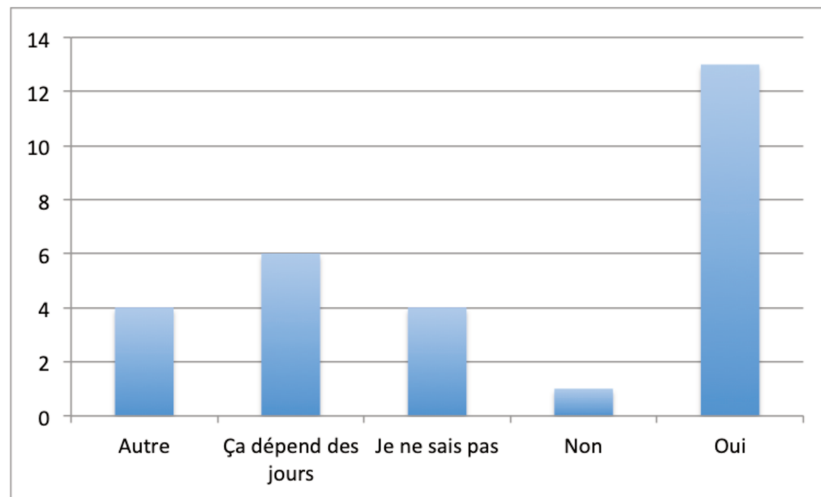


Figure 3 - Satisfaction de la situation contraceptive

Parmi les 12 personnes sans contraception, 5 en étaient satisfaites.

Obtention du lien du questionnaire

Le lien pour le questionnaire a été obtenu par 16 participants chez un médecin généraliste, 5 par des proches, 3 par un autre professionnel de santé, 2 par les réseaux sociaux et 2 participants ont été informés par e-mail.

Source d'information perçue comme fiable

La source d'information en matière de contraception jugée la plus fiable pour les participants était le gynécologue.

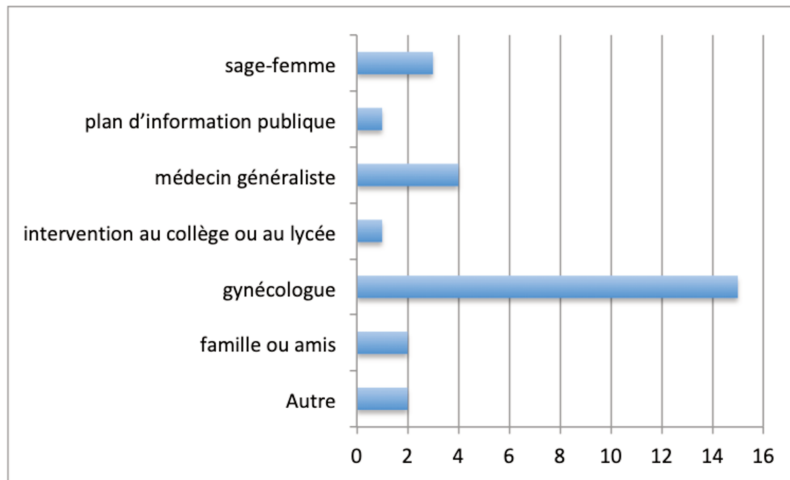


Figure 4 - Source d'information fiable selon les participants

3.2. Evaluation de la vidéo

Les connaissances en contraception

Avant la vidéo

La Figure 5 représente les contraceptions dont les participants ont déjà entendu parler. Les contraceptions les plus méconnues étaient la cape cervicale, la contraception masculine thermique, la contraception hormonale masculine et les injections de progestatifs. Tous les participants connaissaient au moins une contraception.

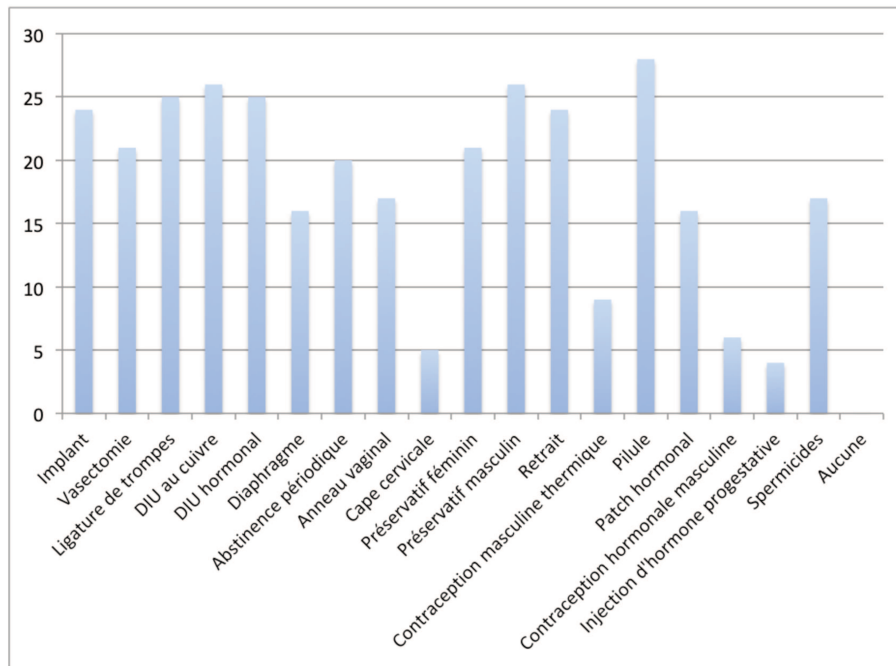


Figure 5 - Contraceptions connues par les participants

La Figure 6 représente les contraceptions bien connues par les participants. Le préservatif masculin et la pilule étaient les 2 contraceptions les mieux connues. Le diaphragme, le patch hormonal et les spermicides étaient les contraceptions les moins bien connues.

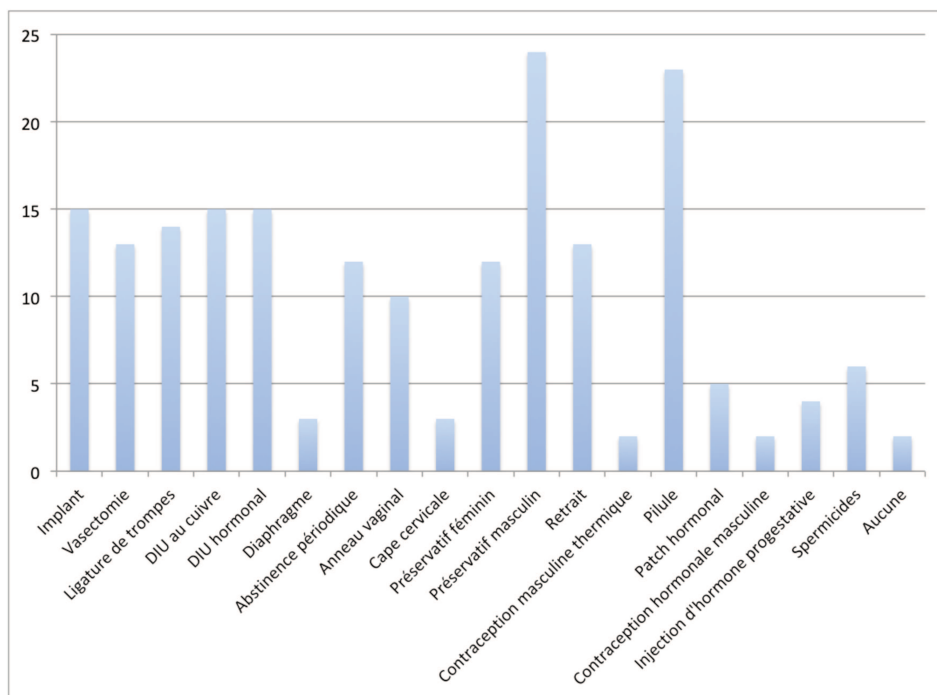


Figure 6 - Contraceptions bien connues par les participants

Après la vidéo

La Figure 7 représente les contraceptions découvertes par la vidéo. Celles-ci étaient : le diaphragme, la cape cervicale, les contraceptions masculines thermique et hormonale et les injections de progestatifs.

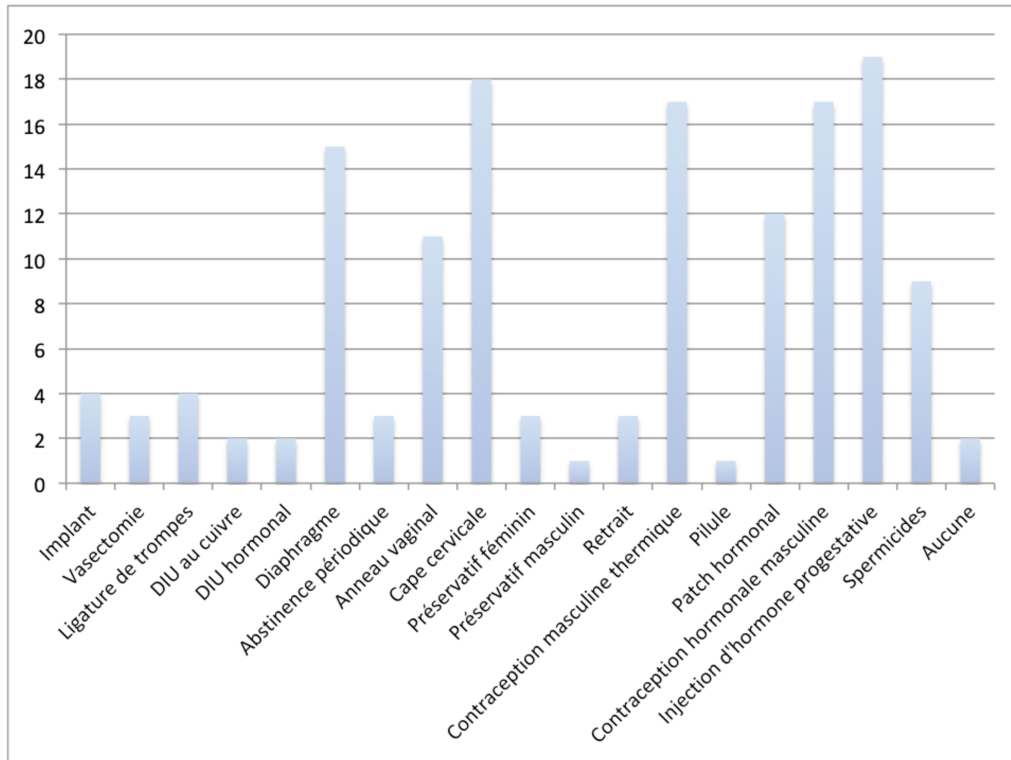


Figure 7 - Contraceptions découvertes par la vidéo

Les scores de connaissance

Score de connaissance des contraceptions connues

Le score des contraceptions connues médian est de 12. L'écart type est de 3,87.

Le score moyen est de 11,78 [IC : 10,28 – 13 ;28].

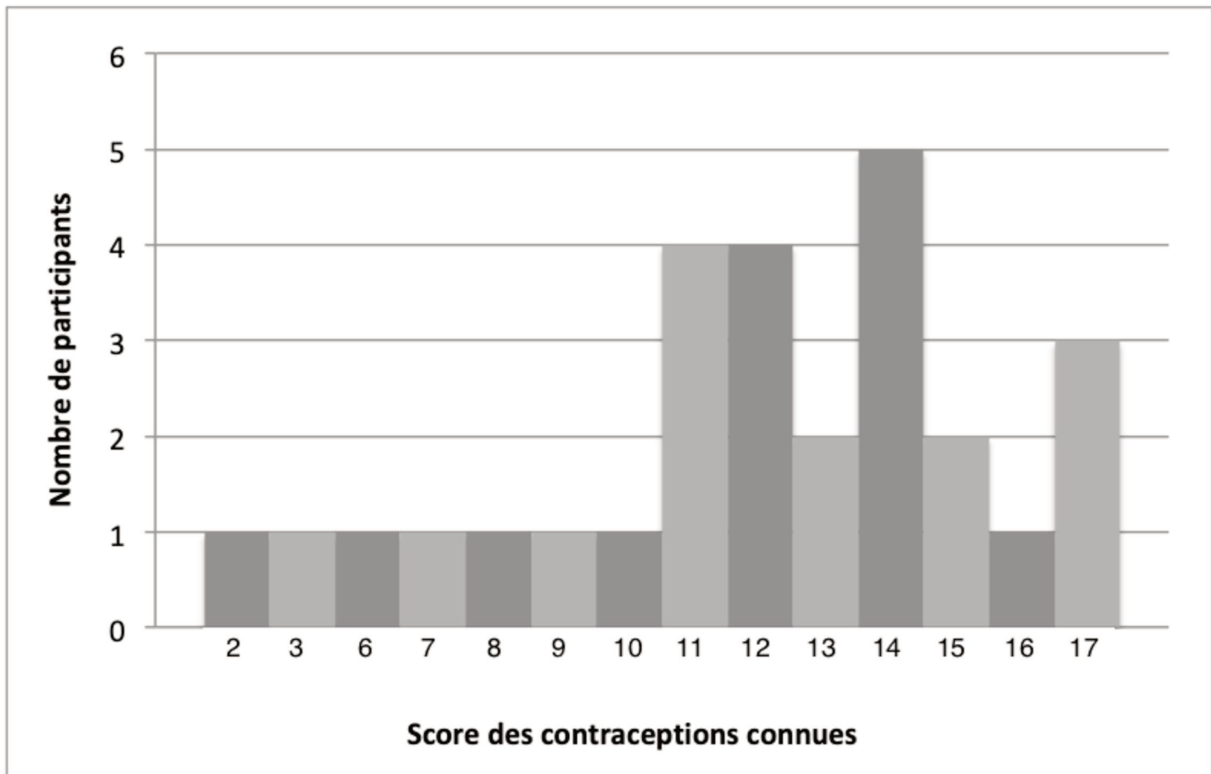


Figure 8 - Score des contraceptions connues

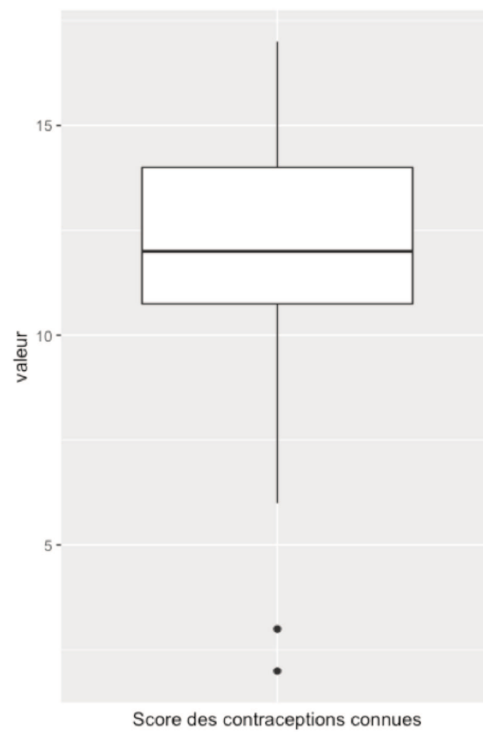


Figure 9 - Distribution du score des contraceptions connues

Score de connaissance des contraceptions bien connues

Le score des contraceptions bien connues médian est de 6. L'écart type est de 4,83.

Le score moyen est de 6,82 [IC : 4,94 – 8,69].

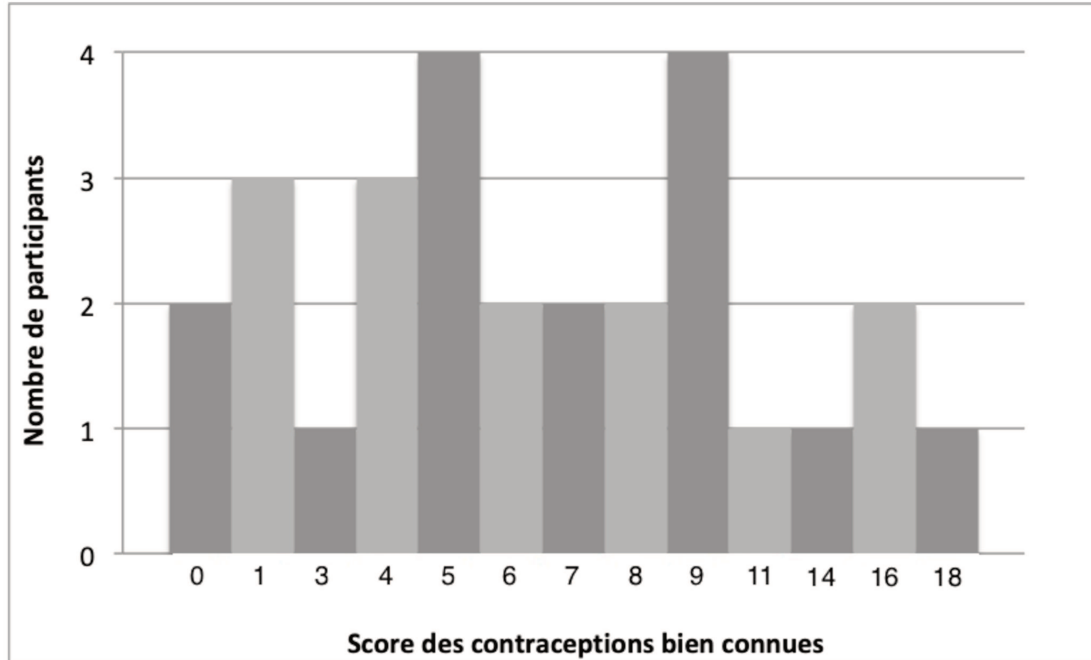


Figure 10 - Score des contraceptions bien connues

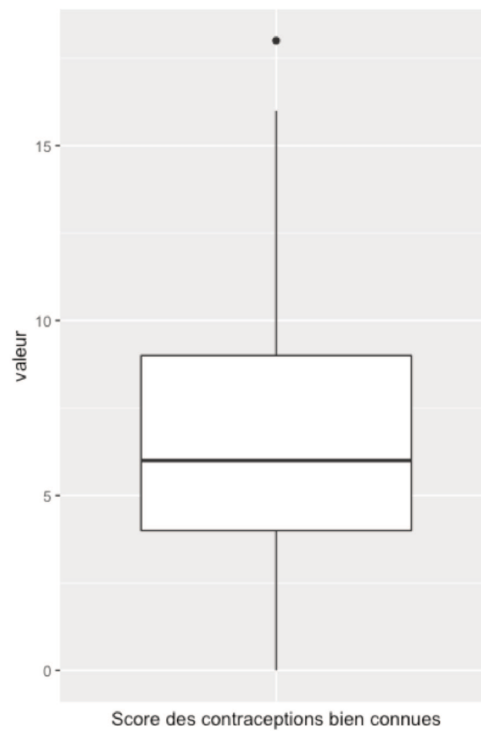


Figure 11 - Distribution du score des contraceptions bien connues

Score de découverte des contraceptions

Le score de découverte médian est de 5. L'écart type est de 3,72.

Le score moyen est de 5,14 [IC : 3,69 – 6,58].

Le test de Student entre score attendu de 0 et score de découverte retrouve $p < 0.001$.

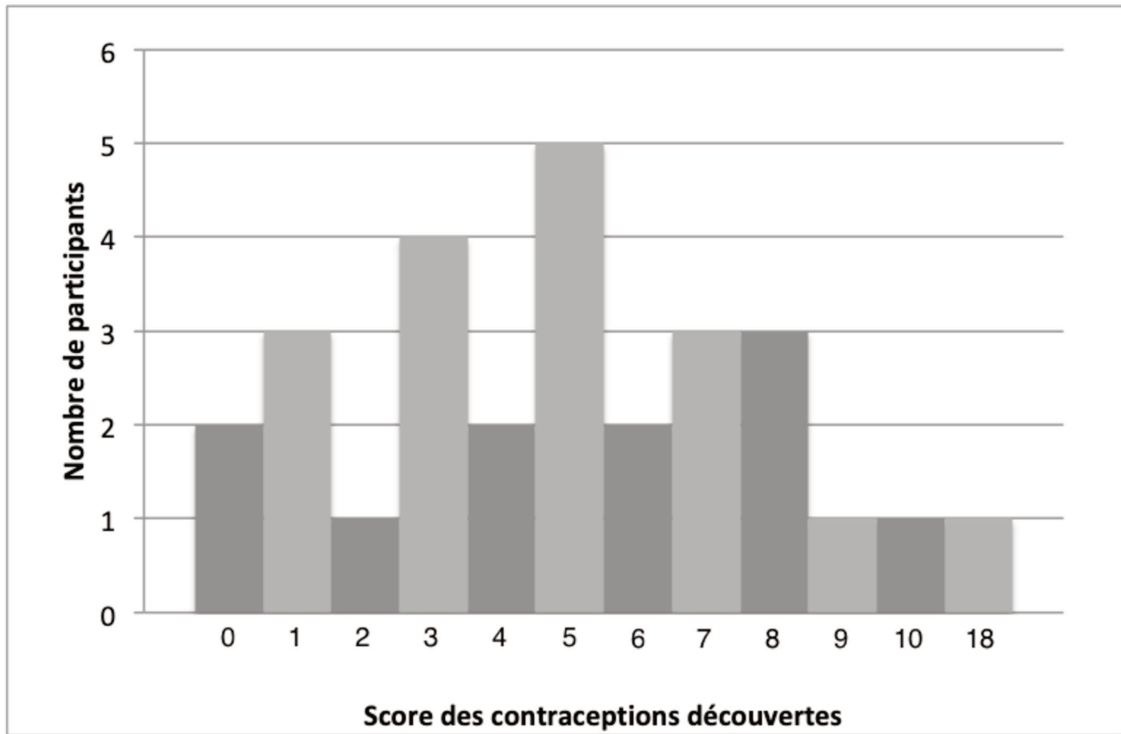


Figure 12 - Score des contraceptions découvertes

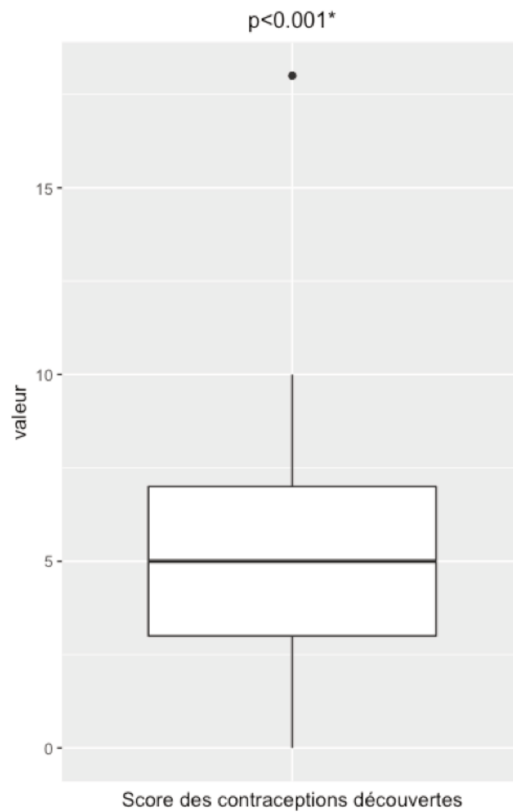


Figure 13 - Distribution du score des contraceptions découvertes

* Test de Student comparant la moyenne du score des contraceptions découvertes à une moyenne attendue de 0.

Perception par les participants

En complément des consultations médicales centrées sur la contraception, 18 participants (64%) jugeaient cette vidéo très utile. Aucun participant ne la jugeait peu ou pas utile.

24 participants (85%) jugeaient la vidéo tout à fait compréhensible. Aucun ne la jugeait pas compréhensible.

La Figure 14 montre l'attractivité de la vidéo d'après les participants.



Figure 14 - Attractivité de la présentation de la vidéo

3.3. Impact de la vidéo

13 participants (46%) prévoyaient de discuter de contraceptions avec leurs conjoints et 7 (25%) prévoyaient de n'en parler avec personne.

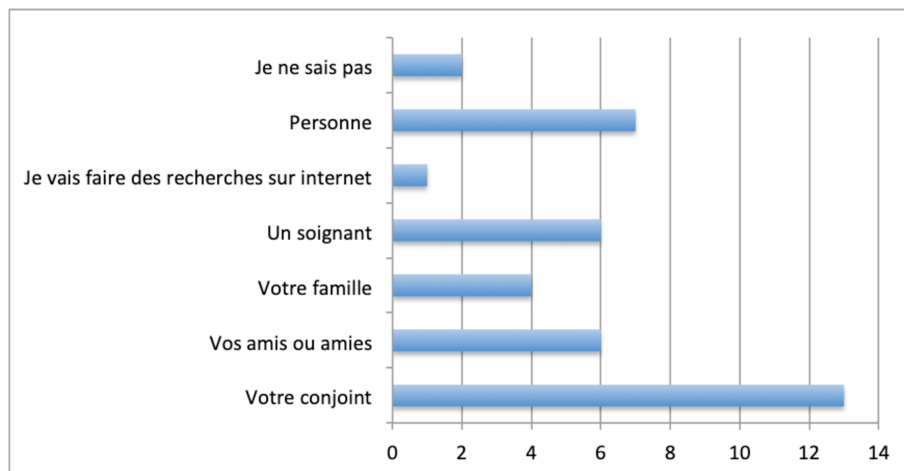


Figure 15 - Discussion autour de la contraception

Après visionnage de la vidéo, les contraceptions les plus adaptées aux participants de l'étude étaient le préservatif masculin et la pilule, suivies du DIU au cuivre et de la vasectomie. 2 personnes ne souhaitaient aucune contraception (dont une participante ménopausée).

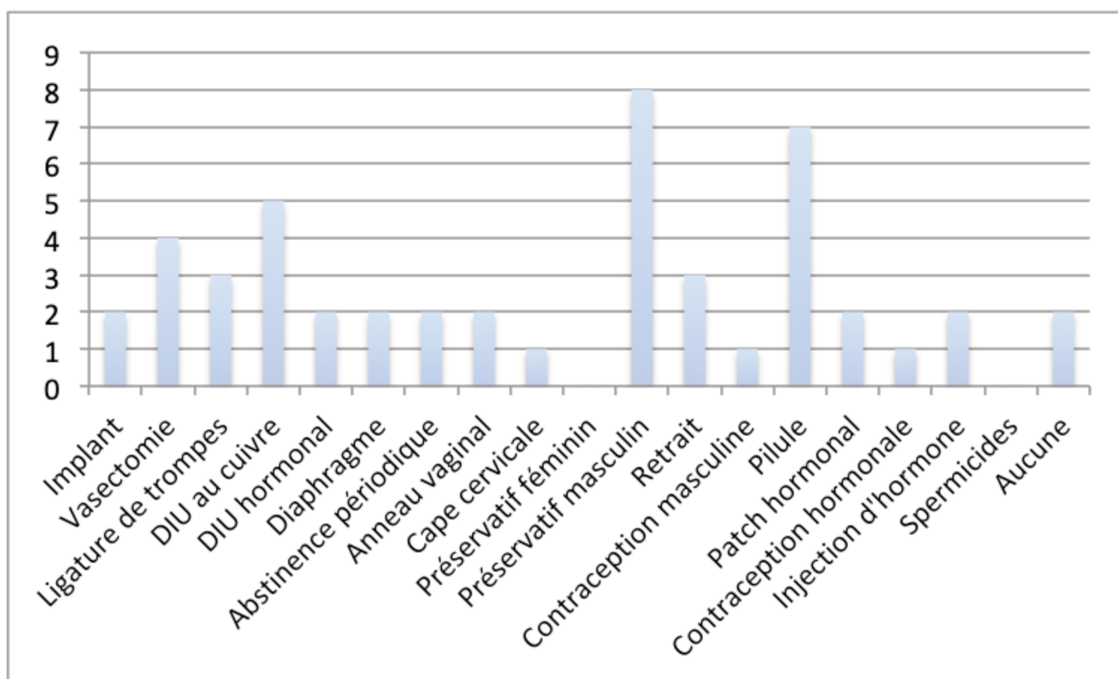


Figure 16 - Contraception la plus adaptée pour chaque participant et participante

Après visionnage de la vidéo, 19 participants (67%) ne souhaitent pas changer de contraception, 5 ne savaient pas et 2 voulaient en changer. Parmi les réponses « autres », 1 participante a dit qu'elle souhaitait une contraception sans hormone mais qu'elle n'était pas à l'aise avec son corps.

Parmi les 12 participants n'ayant pas de contraception, 8 n'en souhaitaient toujours pas, 3 ne savaient pas et 1 participante expliquait que c'était le but pour elle de changer de contraception en s'informant avec cette vidéo.

4. Discussion

4.1. Biais et insuffisances

Biais de recrutement

Les personnes ayant témoigné ont pu transmettre le lien de participation à l'étude directement à leurs proches.

Faible nombre de participants

Le faible nombre de participants est le principal point faible de l'étude.

Celui-ci peut être expliqué par plusieurs facteurs :

- la diffusion était limitée par la salle d'attente des médecins généralistes.
- les médecins généralistes manquent de temps pour regarder la vidéo avant d'accepter de mettre l'affiche avec le QR code dans leur salle d'attente.
- la longueur de la vidéo: 105 personnes ont eu accès au lien de l'étude, seules 31 personnes (29%) ont visionné la vidéo et répondu aux questionnaires.
- l'utilisation d'un QR code est difficile en l'absence de smartphone ou nécessite parfois de télécharger une application spécifique.
- le contexte sanitaire de pandémie COVID19 incite les médecins à limiter l'attente avant les consultations et à recevoir les patients en téléconsultations(36).
- période de recueil des données trop brève.

Il serait intéressant de diffuser plus largement cette vidéo (via les réseaux sociaux, les autres professionnels de santé, le planning familial..) afin d'évaluer si le faible nombre de participants est dû à un manque d'intérêt sur le sujet ou à son mode de diffusion.

Durée de la vidéo

La vidéo dure plus de 26 minutes. Cette durée a pu décourager un certain nombre de participants notamment ceux qui ont ouvert le QR code par curiosité et qui n'avaient pas de questions particulières en matière de contraception.

4.2. Lignes de force

Diffusion de l'information par vidéo

La vidéo sur smartphone est un moyen de communication ancré dans nos usages.

La vidéo permet une amélioration de l'apprentissage comparée à des posters, brochures, documents papier (23,37) actuellement le plus souvent utilisés pour diffuser une information en médecine générale.

Qualité de la vidéo

La qualité de la vidéo est un point fort de l'étude, 96% des participants l'ont jugée plutôt attractive ou très attractive. 100% des participants l'ont jugée utile ou très utile en complément d'une consultation centrée sur la contraception.

Elle présente de manière positive toutes les contraceptions disponibles en France et son contenu est validé scientifiquement. Les témoignages sont un point fort car ils permettent au public de s'identifier et également un partage de connaissances et d'expérience des patients.

Notre vidéo suscite un réel intérêt car presque 1/3 des personnes ayant ouvert le QR code sont allées au bout de la vidéo et des questionnaires. Cela reste insuffisant.

Une réduction de la durée de la vidéo pourrait être envisagée pour augmenter le nombre de personnes la visionnant entièrement.

Amélioration significative des connaissances en contraception

La vidéo a permis une amélioration significative des connaissances en contraception avec une découverte en moyenne de 5 contraceptions par participant, notamment

des contraceptions masculines hormonale et thermique, de la cape cervicale, du diaphragme et de l'injection de progestatifs.

Notre étude confirme que la vidéo est un bon moyen d'apprentissage en santé (23).

Méthode de diffusion

La méthode de diffusion par un QR code en salle d'attente est innovante et représente un atout en cas de retard du médecin. Aucune étude concernant ce moyen de diffusion n'a été retrouvée dans la littérature.

La diffusion de messages de santé vidéo par QR code combine les avantages pédagogiques de la vidéo et les facilités d'accessibilité d'un moyen de communication largement répandu.

4.3. Comparaison aux données existantes

Population de l'étude

Notre échantillon de population n'est pas comparable à celui du baromètre santé de 2016(10) : 42% participants n'ont aucune contraception contre 8% dans l'échantillon du baromètre.

Dans le sondage Ipsos de 2015(14): 3 femmes sur 4 se disaient satisfaites de leur contraception. Ce résultat est à nuancer chez les 20-35 ans : 46% des femmes déclaraient que leur contraception n'était pas parfaite mais qu'elles s'en accommodaient. Notre étude se rapproche de cette tendance avec 46% des participants satisfaits de leur contraception.

Ceci peut être le reflet d'un biais de sélection : les personnes insatisfaites par leur contraception peuvent être davantage intéressées par une vidéo informative sur la contraception et donc être surreprésentées dans notre échantillon de population.

Sources d'information au sujet de la contraception

Il n'existe pas de différence significative sur les informations données aux patientes par un médecin généraliste ou par un gynécologue d'après cette thèse sur les « stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme »(38).

Pour autant, dans notre étude, la source d'information en matière de contraception jugée la plus fiable par les participants est la consultation gynécologique (53%), suivie de 10% pour le médecin généraliste à égalité avec les sage-femmes.

Le sondage IPSOS(14) montre que pour leur choix contraceptif, 61% des participantes ont été influencées par leur gynécologue, 35% par leur médecin généraliste. L'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées(39) explique que l'accès à la contraception se fait le plus souvent par un gynécologue. Plus de 60% des prescriptions passent par un gynécologue contre 39% par un médecin généraliste.

Nos résultats sont concordants avec ces données existantes.

89% des hommes ont déclaré ne jamais avoir parlé de contraception avec leur médecin généraliste(40). Les hommes n'ont pas de suivi spécifique et régulier avec leur médecin traitant ou un urologue à l'image des femmes avec leur médecin traitant ou gynécologue.

C'est au médecin généraliste d'ouvrir la consultation de contraception aux hommes.

Connaissances des méthodes contraceptives

Dans notre étude, les 2 contraceptions les mieux connues étaient le préservatif masculin (92%) et la pilule (100%), suivi de près des DIU (90%). Ces chiffres sont comparables à ceux du rapport de l'INPES(41). L'implant était mieux connu par la population de notre étude (85%) que dans ce rapport. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'utilisation de l'implant a augmenté après la crise de la pilule de 2012(10).

Dans notre étude, les contraceptions les plus méconnues étaient la cape cervicale, la contraception masculine thermique, la contraception hormonale masculine et les injections de progestatifs. Les contraceptions les moins bien connues étaient le diaphragme, le patch hormonal et les spermicides.

Dans le rapport de l'INPES, le patch hormonal et les spermicides étaient peu connus également. Par contre, le diaphragme était connu par 75% des personnes du rapport contre seulement 57% dans notre étude.

Nos résultats sont comparables à ceux du rapport de l'INPES sauf pour le diaphragme.

Aucune étude concernant les connaissances en contraceptions masculines thermique et hormonale dans la population générale n'a été trouvée dans la littérature.

Impact de la vidéo

Tous les participants ont jugé cette vidéo utile ou très utile en complément d'une consultation médicale centrée sur la contraception.

Avant la vidéo, 12 participants n'ont pas de moyen de contraception. Au décours du visionnage de la vidéo, 2 participantes (dont une participante ménopausée) ne souhaitent pas de contraception.

La pilule et le préservatif sont les 2 contraceptions rapportées comme les mieux adaptées au sein de notre échantillon. Ce sont également les 2 contraceptions les plus connues de notre échantillon.

Le sondage IPSOS(14) montre que 42% des 20-35 ans ont peur de changer de contraception, mais 3 jeunes femmes sur 4 se déclarent ouvertes au changement. La consultation médicale doit induire un changement si nécessaire, pour que chacun et chacune ait le sentiment du meilleur choix possible en matière de contraception. Notre vidéo peut participer à cette démarche.

La contraception masculine

Les contraceptions hormonale et thermique

L'abord de la contraception masculine réversible, autre que le préservatif, est précurseur. Le monde médical et le grand public sont mal informés notamment sur les contraceptions masculines hormonale et thermique. D'après l'association GARCON, seules quelques centaines d'hommes utilisent ces contraceptions en France. Les docteurs MIEUSSET et SOUFIR, auteurs d'un guide pratique des méthodes hormonale et thermique(20), estiment que « tout médecin informé peut les prescrire »(19).

D'après le sondage IPSOS(14), 90% des hommes de 20 à 35 ans déclarent que les hommes devraient s'intéresser au choix de contraception de leur conjointe. La contraception masculine n'y est pas abordée. Ils n'ont pas été interrogés à ce sujet.

Les chiffres de notre étude montrent que les contraceptions masculines hormonale et thermique sont méconnues de notre échantillon de population.

Les principaux freins au développement de la contraception masculine identifiés sont(18,42) :

- un frein financier : leur développement n'est pas avantageux pour les laboratoires pharmaceutiques, les demandes de financement d'essais clinique ont été refusé par le ministère de la santé.
- les représentations sociales : les contraceptions masculines réversibles menaceraient le statut social de l'homme au sein du couple et son identité masculine par la perte de leur capacité reproductrice.
- les effets secondaires et les contraintes: le slip thermique dit « boulocho » entraîne des démangeaisons, les injections hormonales sont désagréables.
- les femmes ont des difficultés pour faire confiance aux hommes sur ce sujet. En cas d'échec, c'est le corps de la femme qui est impacté.
- les hommes ont des craintes infondées autour de la capacité d'éjaculation et d'érection sous contraception. Ils ont également une crainte de « féminisation » de leur corps avec une remise en cause de leur virilité.

Les motivations au développement de ces méthodes retrouvées sont(18,42):

- une meilleure maîtrise de la parentalité pour les hommes.
- une nouvelle solution en cas de difficulté de choix d'une contraception adaptée féminine ou d'un échec contraceptif conduisant à une IVG.
- un désir pour certains hommes de décharger la femme de la charge contraceptive.
- une efficacité contraceptive qui peut être vérifiée par un spermogramme.

En 2005, dans une étude sur la volonté d'envisager l'utilisation d'une nouvelle contraception masculine, 47% des français interrogés se disaient favorables(43).

En l'état actuel des connaissances, des essais cliniques sont nécessaires pour rassurer le monde médical de l'efficacité de la contraception masculine réversible et mieux identifier les éventuels effets secondaires, notamment sur le long terme, afin de mieux informer les hommes qui opteraient pour ces méthodes contraceptives.

La vasectomie

Entre 2010 et 2018, le nombre d'hommes ayant eu une vasectomie en France a été multiplié par 5, soit 9240 hommes en 2018(44).

D'après le baromètre santé de 2016(10), les contraceptions définitives (ligature de trompes + vasectomie) concerne 4,5% des contraceptions utilisées par les femmes entre 15 et 49 ans. Selon l'ONU(8), la vasectomie est utilisée par 0,8% des couples français, contre 21% au Royaume Uni.

Son utilisation reste toujours marginale en France.

5. Conclusion

En complément d'une consultation, notre vidéo est utile et appréciée des patients pour améliorer les connaissances en contraception. Pour mieux en évaluer son impact, une nouvelle étude avec une diffusion plus large devrait être réalisée. L'accès direct par les réseaux sociaux serait un moyen de diffusion efficace.

Bien que restreinte dans notre étude, la diffusion de l'information par un QR code, innovante en médecine, correspond bien aux usages actuellement plébiscités. Une nouvelle étude spécifiquement centrée sur cette question permettrait de la valider pleinement.

Les méthodes contraceptives masculines réversibles sont encore mal connues du grand public et du corps médical. La diffusion de l'information au sein de la population générale et l'abord de ces méthodes par le médecin en consultation sont nécessaires pour que chacun, chacune, chaque couple puisse choisir le mode de contraception qui lui convient sans scotome.

6. Bibliographie

1. Fiddian-Green RG, Silen W. Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. *Am J Physiol.* 1975 Dec;229(6):1641–8.
2. DGS_Anne.M, DGS_Anne.M. Santé reproductive [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cited 2019 Nov 18]. Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-reproductive>
3. Bajos N. Contraception: from accessibility to efficiency. *Human Reproduction.* 2003 May 1;18(5):994–9.
4. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence [Internet]. [cited 2019 Dec 9]. Available from: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000049.pdf>
5. Sgorlon L. La délivrance de l'information par le professionnel de santé à la patiente à propos de contraception: une étude descriptive transversale. 2019;76.
6. L'avortement en Europe : derniers chiffres et évolutions [Internet]. [cited 2019 Nov 18]. Available from: <https://www.ieb-eib.org/docs/pdf/2019-11/doc-1573674245-899.pdf>
7. Ventola C. Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre. *Cahiers du Genre.* 2016 Apr 4;n° 60(1):101–22.
8. La contraception masculine : méthodes validées et perspectives thérapeutiques [Internet]. [cited 2021 May 12]. Available from: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2639/1/2019TOU31044-1045.pdf>
9. Dépistage en médecine générale de facteurs de risque de grossesse imprévue chez les 14-25 ans.pdf.

10. Baromètre santé 2016 - Contraception. 2016;8.
11. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. [cited 2019 Nov 18]. Available from: https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
12. Strategie_d_actions_en_matiere_de_contraception.pdf [Internet]. [cited 2019 Dec 12]. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Strategie_d_actions_en_matiere_de_contraception.pdf
13. Gros C. Connaissances des jeunes sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles. :82.
14. Les jeunes femmes sont-elles ouvertes au changement ? [Internet]. Ipsos. [cited 2021 Jan 18]. Available from: <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-jeunes-femmes-sont-elles-ouvertes-au-changement>
15. QUE PENSENT LES LYCÉENS DES PRÉSERVATIFS ? [Internet]. [cited 2021 Jun 2]. Available from: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20106686/2015MCEM3483/fichier/3483F.pdf>
16. La longue et très belle histoire du préservatif [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cited 2021 Jun 2]. Available from: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2009/revue-medicale-suisse-218/la-longue-et-tres-belle-histoire-du-preservatif>
17. Assemblée nationale - 1967 : La légalisation de la pilule [Internet]. [cited 2021 May 11]. Available from: https://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967_legalisation_pilule/
18. Desjeux C. Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine. Autrepart. 2009 Dec 28;n° 52(4):49–63.
19. <http://www.contraceptionmasculine.fr/> [Internet]. [cited 2021 Apr 13]. Available

from: <http://www.contraceptionmasculine.fr/>

20. Soufir J-C, Mieusset R. Guide pratique d'une contraception masculine hormonale ou thermique. *Basic and Clinical Andrology*. 2012 Sep;22(3):211–5.

21. livret_sterilisation_a_visee_contraceptive.pdf [Internet]. [cited 2021 May 11]. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/livret_sterilisation_a_visee_contraceptive.pdf

22. Chapitre 01 - Contraception masculine [Internet]. 2016 [cited 2021 Apr 13]. Available from: <https://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/contraception-masculine.html>

23. Dupuis A-C, Mouterde-Lefebvre H. Création et évaluation d'une nouvelle modalité éducative en soins primaires: la campagne éducative monothématique multi-vectorielle en salle d'attente (association affiche/ brochures/ diaporama vidéo). Comment les médecins de soins primaires peuvent-ils mettre en place une telle campagne éducative (bases théoriques et aspects pratiques)? Quelle est l'efficacité de cette nouvelle modalité éducative en fonction des vecteurs de communication utilisés? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2010.

24. Léa Choue. LE DO-CUL : Contraception et Sexualité Positive (w/ Sebastien Folin) [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 16]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=DownFH1z86M&t=278s>

25. Natoo. LA CONTRACEPTION - NATOO [Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 16]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=yd8LbDE4FgU>

26. La Plume. De la pilule au stérilet : mon expérience ! [Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 16]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=lxCdcC_s05o&t=489s

27. La Carologie. EXPÉRIENCE STÉRILET : La suite.. [Internet]. 2019 [cited 2021

- Feb 16]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=hk7cYaRVK6M&t=383s>
28. Léa Choue. STÉRILET, PILULE, IMPLANT : MON EXPÉRIENCE [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 16]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=AFARm5upF3w&t=252s>
29. Sophie Riche. J'arrête la PILULE #3 — Le bilan 1 an après [Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 16]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=t7rGNMafw9M>
30. Théa And Co. Arrêt de ma pilule // Bilan à 5 mois, pourquoi, bienfaits, inconvénients, ... [Internet]. 2016 [cited 2021 Feb 16]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=KUrg2LhLC4M&t=254s>
31. Pôle Santé Saint Jean. Les différentes méthodes contraceptives [Internet]. 2014 [cited 2021 Feb 16]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=H3TBB6k3fdw>
32. ChoisirSaContraception [Internet]. [cited 2021 Feb 16]. Available from: https://www.choisirsacontraception.fr/contraception_tableau_comparatif.htm
33. Diaphragme & Cape cervicale [Internet]. on SEXplique ça. 2016 [cited 2020 Dec 17]. Available from: <https://onsexpliqueca.com/le-diaphragme-et-la-cape-cervicale/>
34. J'ai testé pour vous : le préservatif féminin [Internet]. Femme Actuelle. [cited 2020 Dec 17]. Available from: <https://www.femmeactuelle.fr/amour/sexo/preservatif-feminin-test-36670>
35. Préservatif féminin : mode d'emploi, efficacité, prix... [Internet]. [cited 2020 Dec 17]. Available from: <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-sexo-gyneco/2248632-preservatif-feminin-definition-prix-efficacite/>
36. 2020-07_rapport-propositions-pour-2021_assurance-maladie.pdf [Internet].

[cited 2021 May 11]. Available from: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020-07_rapport-propositions-pour-2021_assurance-maladie.pdf

37. Evaluation de l'attention portée aux supports de prévention et à leur message sanitaire dans les salles d'attente de cabinets de groupe de médecine générale dans les départements du Puy-de-Dôme et du Cantal [Internet]. [cited 2021 Apr 12]. Available from: https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/10/THESE_NEVEU_LANDRIEAU.pdf

38. Evaluation de l'application des recommandations de l'HAS de 2004 sur les « stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » par les prescripteurs. Etude rétrospective sur une population de patientes consultant au centre d'orthogénie de l'hôpital Robert Ballanger pour une demande d'IVG. [Internet]. [cited 2020 Jan 6]. Available from: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/macchi_these_contraception.pdf

39. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 [Internet]. [cited 2019 Nov 18]. Available from: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000047.pdf>

40. CONNAISSANCE DES HOMMES SUR LA CONTRACEPTION MASCULINE ETUDE DESCRIPTIVE TRANSVERSALE AUPRES DE 145 HOMMES. :101.

41.

LA_MEILLEURE_CONTRACEPTION_C_EST_CELLE_QUE_L_ON_CHOISIT .pdf [Internet]. [cited 2019 Nov 18]. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/LA_MEILLEURE_CONTRACEPTION_C_EST_CELLE_QUE_L_ON_CHOISIT.pdf

42. Constans A. Enquête d'opinion sur la contraception masculine: acceptabilité de nouveaux types de contraception. :91.
43. Heinemann K, Saad F, Wiesemes M, White S, Heinemann L. Attitudes toward male fertility control: results of a multinational survey on four continents. *Human Reproduction*. 2005 Feb 1;20(2):549–56.
44. Deborde J. Vasectomie : une pratique de plus en plus féconde [Internet]. *Libération*. [cited 2021 May 18]. Available from: https://www.liberation.fr/france/2019/09/26/vasectomie-une-pratique-de-plus-en-plus-feconde_1753518/
45. Shafik A. Contraceptive efficacy of polyester-induced azoospermia in normal men. *Contraception*. 1992 May;45(5):439–51.
46. Shafik A. Testicular suspension as a method of male contraception: technique and results. *Adv Contracept Deliv Syst*. 1991;7(3–4):269–79.
47. Soufir J-C. Hormonal, chemical and thermal inhibition of spermatogenesis: contribution of French teams to international data with the aim of developing male contraception in France. *Basic Clin Androl* [Internet]. 2017 Jan 13 [cited 2020 Dec 7];27. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5237323/>
48. Soufir J-C, Meduri G, Ziyat A. Spermatogenetic inhibition in men taking a combination of oral medroxyprogesterone acetate and percutaneous testosterone as a male contraceptive method. *Human Reproduction*. 2011 Jul 1;26(7):1708–14.

7. Annexes

7.1. Annexe 1 - Caractéristiques des contraceptions présentées dans la vidéo

Contraception	Genre	Type	Description	Efficacité pratique
Spermicide	Féminin	Barrière	Substance à placer au fond du vagin avant la pénétration qui bloque ou tue les spermatozoïdes	71%
Abstinence périodique ou Suivi de cycle	Couple	Dit « naturel »	Estimation en suivant le cycle du moment de l'ovulation et éviction des rapports 2 jours avant et après ce jour la	75%
Retrait	Masculin	Dit « naturel »	Ejaculation en dehors du vagin	78%
Préservatif féminin	Féminin	Barrière	Protection par une gaine mise en place à l'intérieur du vagin	79%
Cape cervicale	Féminin	Barrière	Dispositif en forme de dôme à mettre en place avant les rapports autour du col de l'utérus et qui obstrue le col	84%
Préservatif masculin	Masculin	Barrière	Gaine à mettre sur le pénis et qui recueille le sperme lors de l'éjaculation	85%

Diaphragme	Féminin	Barrière	Dispositif ovale légèrement creux qui vient se placer au niveau du col de l'utérus avant les rapports pour bloquer le passage des spermatozoïdes via le col de l'utérus	88%
Pilule	Féminin	Hormonal	Médicaments à base d'œstrogène + progestatif ou progestatif seul à prendre quotidiennement pour +/- bloquer l'ovulation +/- épaisir la glaire cervicale +/- amincir l'endomètre	91%
Patch	Féminin	Hormonal	Patch transdermique à mettre une fois par semaine et qui diffuse les œstrogènes + progestatif afin de bloquer l'ovulation	91%
Anneau vaginal	Féminin	Hormonal	Anneau mou à insérer dans le vagin une fois par mois et qui diffuse les œstrogènes + progestatif afin de bloquer l'ovulation	92%
Contraceptif injectable	Féminin	Hormonal	Injection trimestrielle de progestérone pour bloquer	94%

			l'ovulation +/-épaissir la glaire cervicale +/- amincir l'endomètre	
DIU cuivre	Féminin		Dispositif en forme de T en cuivre à placer dans l'utérus, effet spermicide + empêche la nidation	99%
DIU hormonale	Féminin	Hormonal	Dispositif en forme de T à placer dans l'utérus qui diffuse en permanence des progestatifs : empêche la nidation et épaisit la glaire cervicale	99%
Implant	Féminin	Hormonal	Bâtonnet fin mis sous la peau qui diffuse des progestatifs en continu : bloquer l'ovulation +/- épaissir la glaire cervicale +/- amincir l'endomètre	99%
Contraception thermique	Masculin		Augmentation de la température au niveau des testicules pour bloquer la spermatogénèse via un dispositif remontant les testicules plus près du corps.	? *
Contraception	Masculin	Hormonal	Injection intramusculaire	? **

hormonale masculine			d'énanthate de testostérone hebdomadaire : bloque la spermatogénèse. Pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM).	
Ligature de trompes	Féminin	Définitif	Obstruction chirurgicale des trompes par clip ou par section pour bloquer définitivement le passage des ovules	99%
Vasectomie	Masculin	Définitif	Section chirurgicale des canaux déférents pour bloquer le passage des spermatozoïdes	99%

* Chute du nombre de spermatozoïdes au spermogramme. 2 études(45)(46) sur 42 couples au total pendant 12 mois : pas de grossesse. Etude du Dr Miousset(47) : 1 grossesse due à une mauvaise utilisation du dispositif sur 9 couples pendant 159 cycles d'exposition

** Chute du nombre de spermatozoïdes au spermogramme. Suivi de 25 couples pendant 12 mois(48) : 1 grossesse avec un homme qui n'avait pas pris son traitement pendant 2 mois.

7.2. Annexe 2 - Autorisation de diffusion vierge pour les témoignages



Direction
Innovation
pédagogique



AUTORISATION RELATIVE AU DROIT A L'IMAGE

Je soussigné, Mme, M

exerçant la fonction de

auprès de

Ci-après dénommé « l'Intervenant »

Déclare expressément accepter que mon image et ma voix soient captées et enregistrées par l'Université de Lille lors de l'évènement décrit ci-dessous :

• Titre de l'Évènement :

• Date et Lieu de l'Évènement :

Ou **Déclare expressément accepter** que mon image et ma voix soient captées et enregistrées par l'Université de Lille pour la réalisation de la vidéo

Autorise la diffusion par l'Université de Lille en tous formats et par tous procédés techniques actuels ou à venir des vidéos et/ou des photographies ainsi produites, montées et indexées sur :

- les sites web de l'Université
- la Web TV de l'Université
- les serveurs de Podcast de l'Université
- autre support :

Autorise la diffusion de la ressource à titre gracieux pour le monde entier et pour une durée de 10 ans à compter de la date de signature de cette autorisation.

En contrepartie, l'Université de Lille s'engage :

- à ce que mes propos soient préservés,
- à ne faire aucune exploitation commerciale de la ressource ainsi produite,
- à faire respecter le droit moral de l'Intervenant.

Conformément à la loi informatique et libertés, ce traitement a fait l'objet d'une déclaration au registre du CIL n° 2013-12 L'intervenant bénéficie, d'un droit d'accès, de modification et de suppression des données le concernant. Pour exercer ce droit, il doit s'adresser par mail à cil@univ-lille.fr

Fait à en deux exemplaires originaux, le

L'Intervenant,

7.3. Annexe 3 - Questionnaire de l'étude

AVANT VIDEO

Bonjour,

je suis Oriane Moulinier, étudiante en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un **questionnaire sur les connaissances en contraception**. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier **l'intérêt d'une vidéo pour améliorer les connaissances en contraception**. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 5 minutes seulement ! La vidéo faisant 25 minutes, **il faut prévoir 30 minutes environ**.

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification.

Aussi pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire/thèse.

Ce questionnaire fait l'objet d'une déclaration portant le n°2021-86 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr .

Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous et bon visionnage!

Quel est votre genre ?

- féminin
- masculin
- autre

Quel âge avez-vous ?

- moins de 16 ans
- entre 17 et 21 ans
- entre 22 et 25 ans
- entre 26 et 30 ans
- entre 31 et 35 ans
- 36 ans ou plus

Où avez vous obtenu le lien pour cette vidéo ?

- chez mon médecin généraliste
- par un autre professionnel de santé
- un de mes proches m'en a parlé
- sur les réseaux sociaux

Avez-vous des enfants ?

- oui
- non

Avez vous déjà eu une (ou plusieurs) interruption volontaire de grossesse (IVG) ?

- Oui
- Non
- Non concerné

Quel est votre moyen de contraception actuel ?

champs libre

En êtes-vous satisfait(e) ?

A quelle source d'information accordez-vous le plus de crédit en matière de contraception ?

- intervention au collège ou au lycée
- plan d'information publique
- médecin généraliste

- gynécologue
- sage-femme
- famille ou ami(e)s
- internet
- presse
- autre : champs libres

De quelle(s) méthode(s) de contraception avez-vous déjà entendu parler ?

- implant
- vasectomie
- ligature de trompe
- stérilet (ou dispositif intra utérin DIU) au cuivre
- stérilet (ou dispositif intra utérin DIU) hormonal
- diaphragme
- abstinence périodique ou suivi de cycle
- anneau vaginal
- cape cervicale
- préservatif féminin
- préservatif masculin
- retrait
- contraception masculine thermique
- pilule
- patch hormonal
- contraception hormonale masculine
- injection d'hormone progestative
- spermicides

Parmi ces méthodes de contraception lesquelles pensez-vous bien connaître ?

- implant
- vasectomie
- ligature de trompe
- stérilet (ou dispositif intra utérin DIU) au cuivre
- stérilet (ou dispositif intra utérin DIU) hormonal
- diaphragme
- abstinence périodique ou suivi de cycle
- anneau vaginal
- cape cervicale
- préservatif féminin
- préservatif masculin
- retrait
- contraception masculine thermique

- pilule
- patch hormonal
- contraception hormonale masculine
- injection d'hormone progestative
- spermicides

APRES VIDEO

Avez-vous trouvé l'information de cette vidéo ?

- pas du tout compréhensible
- plutôt pas compréhensible
- plutôt compréhensible
- tout à fait compréhensible

Avez-vous trouvé la présentation de cette vidéo ?

- pas du tout attractive
- plutôt pas attractive
- plutôt attractive
- très attractive

Quelle(s) méthode(s) de contraception avez-vous découvert au travers de cette vidéo ?

- implant
- vasectomie
- ligature de trompe
- stérilet (ou dispositif intra utérin DIU) au cuivre
- stérilet (ou dispositif intra utérin DIU) hormonal
- diaphragme
- abstinence périodique ou suivi de cycle
- anneau vaginal
- cape cervicale
- préservatif féminin
- préservatif masculin
- retrait
- contraception masculine thermique
- pilule
- patch hormonal
- contraception hormonale masculine

- injection d'hormone progestative
- spermicides

Suite au visionnage de cette vidéo, quelle(s) méthode(s) de contraception vous semble la mieux adaptée à votre situation ?

- implant
- vasectomie
- ligature de trompe
- stérilet (ou dispositif intra utérin DIU) au cuivre
- stérilet (ou dispositif intra utérin DIU) hormonal
- diaphragme
- abstinence périodique ou suivi de cycle
- anneau vaginal
- cape cervicale
- préservatif féminin
- préservatif masculin
- retrait
- contraception masculine thermique
- pilule
- patch hormonal
- contraception hormonale masculine
- injection d'hormone progestative
- spermicides

A la suite de cette vidéo, envisagez-vous un changement de méthode de contraception ?

- oui
- non
- je ne sais pas

Suite au visionnage de cette vidéo, avec qui allez vous rediscuter de votre contraception ?

- votre conjoint
- vos ami(e)s
- votre famille
- médecin ou sage femme
- personne

- je vais faire des recherches sur internet
- je ne sais pas

En complément des consultations médicales centrées sur la contraception, trouvez-vous cette vidéo ?

- pas du tout utile
- plutôt pas utile
- plutôt utile
- très utile

Avez-vous des remarques ou des commentaires ? Champ libre

Un grand MERCI pour votre participation et votre temps.

Si vous avez des questions, des remarques ou si vous souhaitez recevoir les résultats de ma thèse, n'hésitez pas à m'écrire à orienne.moulinier@gmail.com.

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse: orienne.moulinier.etu@univ-lille.fr

Bonne continuation !

Pour plus d'informations:

- sur la contraception générale: <http://choisirsacontraception.fr/>

- sur la contraception masculine : <https://garcon.link>.

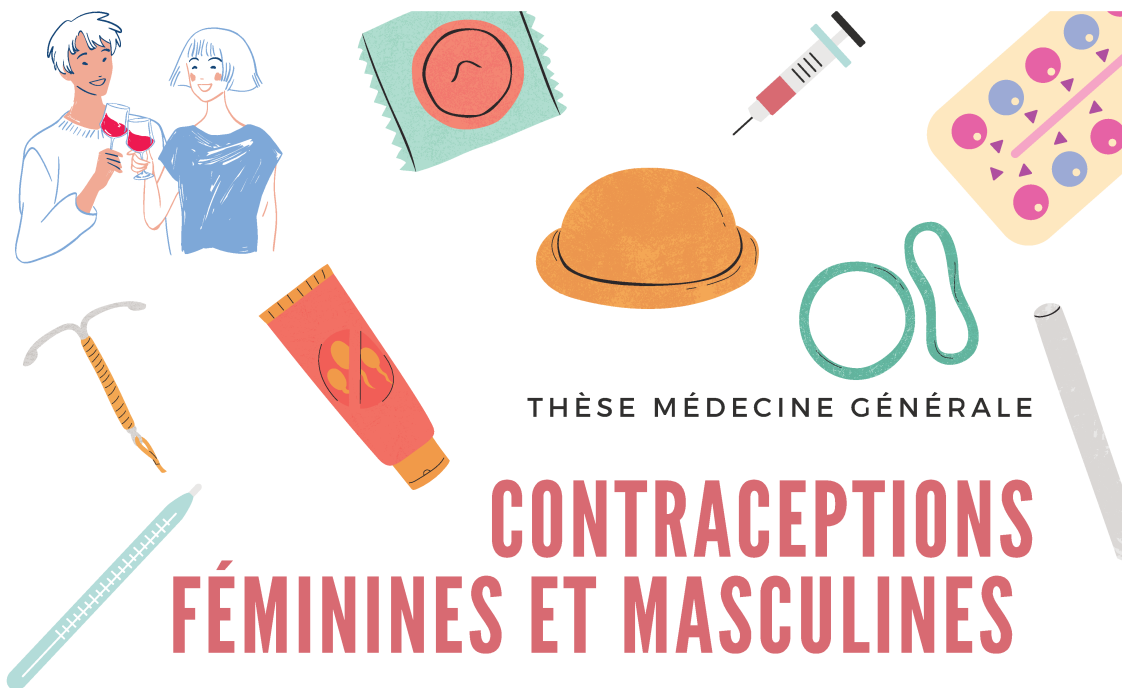
<http://www.contraceptionmasculine.fr>

- le site où vous pouvez trouver des soignants près de chez vous: <http://gynandco.wordpress.com/>

7.4. Annexe 4 - Lien pour la vidéo

<https://pod.univ-lille.fr/video/18361-presentation-methodes-contraceptives-feminines-et-masculines-disponibles-en-france/>

7.5. Annexe 5 - Affiche pour la diffusion chez les médecins généralistes



LES 18 MÉTHODES DE CONTRACEPTION
DISPONIBLES EN FRANCE EN VIDÉO À
PARTIR DE TÉMOIGNAGES DE PATIENT.E.S.



RÉALISÉE DANS LE CADRE D'UNE THÈSE: TRÈS COURT
QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION AVANT ET APRÈS LA VIDÉO

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION ET BON VISIONNAGE!

[HTTPS://ENQUETES.UNIV-LILLE.FR/INDEX.PHP/635455?LANG=FR](https://enquetes.univ-lille.fr/index.php/635455?lang=fr)

ORIANNE MOULINIER

7.6. Annexe 6 - Tickets individuels de QR code

Les 18 méthodes de contraceptions
féminines et masculines en vidéo



Les 18 méthodes de contraceptions
féminines et masculines en vidéo



Les 18 méthodes de contraceptions
féminines et masculines en vidéo



Les 18 méthodes de contraceptions
féminines et masculines en vidéo



Les 18 méthodes de contraceptions
féminines et masculines en vidéo



Les 18 méthodes de contraceptions
féminines et masculines en vidéo



AUTEUR : Nom: MOULINIER

Prénom : Orianne

Date de soutenance : 23/06/2021

Titre de la thèse : Amélioration des connaissances en contraception de la population consultant chez des médecins généralistes via une vidéo accessible en salle d'attente par un QR code

Thèse - Médecine Générale - Lille 2021

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : contraception féminine, contraception masculine, vidéo, QR code

Résumé :

Introduction : Malgré une excellente couverture contraceptive, le taux d'IVG en France ne diminue pas.

Objectif : Améliorer les connaissances des contraceptions féminines et masculines dans la population générale consultant chez un médecin généraliste via une affiche en salle d'attente avec un QR code.

Résultats : 28 participants inclus. Découverte de 5 contraceptions en moyenne après visualisation de la vidéo. Les contraceptions les plus connues sont le préservatif et la pilule, suivi du DIU. Les contraceptions les moins connues sont la cape cervicale, les contraceptions masculines thermique et hormonale et l'injection de progestérone.

Conclusion : Diffusion à plus large échelle pour mieux évaluer l'impact de cette vidéo utile pour améliorer les connaissances en contraception. Nécessité de réaliser de nouvelles études concernant la diffusion par un QR code et les contraceptions masculines réversibles.

Composition du Jury :

Président : Pr Christophe BERKHOUT

Assesseurs : Dr Audrey LOMBART

Directeur de thèse : Dr Guillaume SERRON