



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Les attentes des femmes de 15 à 49 ans en matière de
contraception en 2021**

Présentée et soutenue publiquement le 24 mars 2022 à 18h
Au Pôle Formation
Par Charlotte PALLADE

JURY

Présidente :

Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseur :

Madame le Docteur Judith OLLIVON

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Stéphane PEREZ

Avertissement

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

Liste des abréviations

AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
CMT	Contraception masculine thermique
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPP	Comité de protection des personnes
CSA	Consumer science & analytics (institut de sondage français)
DIU	Dispositif intra-utérin
EICCF	Etablissements d'information, de consultation et de conseils conjugaux
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
ICSI	Intracytoplasmic sperm injection Injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
IVG	Interruption volontaire de grossesse
HAS	Haute autorité de santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
RISUG	Reversible Inhibition of Sperm Under Guidance Inhibition réversible contrôlée du sperme
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé

Contexte : Plus de 90% des Françaises de 15 à 49 ans utilisent une contraception, soit l'un des taux les plus élevés au monde. Pourtant, le taux d'IVG en France continue d'augmenter depuis les années 1990 malgré une contraception utilisée par plus de la moitié des femmes réalisant une IVG. Les études se sont penchées jusqu'à présent sur l'évaluation de l'observance contraceptive, sans prendre en compte ni la satisfaction des femmes, ni leurs attentes vis-à-vis de la contraception. L'objectif principal de notre étude est de déterminer ces attentes chez les Françaises de 15 à 49 ans en 2021.

Méthode : Réalisation d'une étude épidémiologique descriptive transversale multicentrique à l'aide d'un auto-questionnaire distribué de décembre 2020 à février 2021 dans plusieurs cabinets médicaux des Hauts-de-France, au planning familial de Lille et sur Internet.

Résultats : 1147 questionnaires ont été analysés. Il en ressort une satisfaction contraceptive loin d'être optimale, avec 17,5% de femmes insatisfaites et 1/3 souhaitant changer de contraception, en particulier celles sous pilule. On observe un manque de connaissance des différentes méthodes, notamment des DIU, qui obtiennent pourtant la meilleure satisfaction (6,5/10) et attirent 40% des femmes souhaitant changer de contraception. Les femmes souhaitent une contraception connue, facile à utiliser et si possible sans hormone. Pourtant, la pilule reste la contraception la plus prescrite en France. L'adéquation de la contraception avec le corps, le couple, la sexualité et le mode de vie est également essentielle, tout comme son remboursement. A l'inverse, les troubles de la libido et de l'humeur ainsi que la prise de poids sont jugés comme inacceptables. L'ensemble de ces paramètres devraient être pris en considération sans frein ni jugement lors de la prescription. Enfin, 41% des femmes seraient prêtes à laisser la responsabilité contraceptive à leur partenaire.

Conclusion : L'absence de contraception stable depuis 2016 (8%) et l'insatisfaction globale démontrent une inadéquation entre l'offre contraceptive actuelle et les attentes des femmes en 2021. La lente évolution de la contraception masculine y participe également. Cette étude permet de prendre conscience des attentes des femmes sur la contraception afin d'améliorer leur satisfaction ainsi que la couverture contraceptive. Un approfondissement des connaissances ainsi qu'une modification des pratiques contraceptives des professionnels de santé, notamment concernant les DIU chez les nullipares, serait essentiel pour une prise en charge optimale de la contraception en France.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
1. Introduction	1
2. L'histoire de la contraception en France	2
La pilule, première méthode contraceptive en France	2
Le désintérêt de la pilule par les Françaises	3
3. La contraception aujourd'hui en France	6
L'échec contraceptif	6
La norme contraceptive en France	8
4. Les freins à l'évolution contraceptive en France	9
Les freins du côté des femmes	9
Les freins du côté des hommes	11
Les freins du côté des médecins	15
5. Vers une contraception personnalisée ? Les objectifs et avancées	18
MATERIEL ET METHODE	22
1. Choix du sujet	22
2. Objectif principal	22
3. Objectifs secondaires	22
4. Type d'étude	23
5. Population cible	23
6. Elaboration du questionnaire	23
7. Diffusion du questionnaire	24
8. Outils	24
RESULTATS	25
1. Descriptions des femmes ayant participé à l'étude	25
Tranche d'âge et département d'habitation	25
Niveau d'étude	27
Catégorie socio-professionnelle	27
Situation maritale et durée du couple	28
Fréquence des rapports sexuels	29
Parité	29
Interruptions volontaires de grossesse et grossesses non désirées	29
2. Contraception : choix et satisfaction	30
Présence ou non d'une contraception	30
Influence des caractéristiques médico-socio-démographiques sur la contraception	30

Répartition des différentes méthodes contraceptives _____	33
Durée d'utilisation de la méthode contraceptive choisie _____	37
Méthode de choix de la contraception _____	38
Satisfaction de la méthode contraceptive choisie _____	38
Satisfaction envers les différentes méthodes contraceptives essayées _____	40
Frein à la prescription de la contraception par le médecin _____	41
3. Attentes des femmes envers la contraception _____	43
Effets indésirables de la contraception _____	43
Souhait d'un changement de contraception _____	44
Choix et attentes sur la contraception actuelle ou celle envisagée _____	46
4. La place du/ de la partenaire dans la contraception _____	49
Intégration du/ de la partenaire dans la contraception _____	49
Connaissance de la contraception masculine _____	51
<i>DISCUSSION</i> _____	53
1. Les forces et faiblesses de l'étude _____	53
Les forces de l'étude _____	53
Les faiblesses de l'étude _____	54
2. La contraception : choix et satisfaction _____	57
Une grande majorité des femmes sous contraception _____	57
Un manque d'information sur les différentes méthodes contraceptives ? _____	59
Un choix pas toujours éclairé _____	61
Une norme contraceptive française en évolution _____	62
La couverture contraceptive _____	65
La satisfaction contraceptive _____	66
Le frein à la prescription : un facteur d'insatisfaction _____	68
3. Les attentes envers la contraception _____	69
Certains effets secondaires inacceptables _____	70
Le souhait d'un changement contraceptif _____	72
Les critères de choix de la contraception _____	72
4. La contraception masculine _____	75
Le partage de la contraception _____	75
La connaissance de la contraception masculine par les femmes _____	76
<i>CONCLUSION</i> _____	78
<i>BIBLIOGRAPHIE</i> _____	81
<i>ANNEXE</i> _____	86

INTRODUCTION

1. Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé sexuelle comme étant « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité » (1). La santé reproductive, définie également par l'OMS, y est étroitement liée, et « implique que les personnes puissent avoir une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité avec la capacité et la liberté de décider ou non de concevoir des enfants, si elles le souhaitent et quand elles le désirent ». La contraception, correspondant à l'ensemble des méthodes (naturelles ou non) visant à empêcher une grossesse non désirée, est donc un des éléments clef de l'épanouissement de la femme en santé sexuelle et reproductive.

Si l'on considère les femmes françaises de 15 à 49 ans concernées par la contraception¹, **plus de 90% déclarent utiliser une méthode contraceptive**, ce qui représente un des taux les plus élevés de recours à la contraception au monde (2). Autant de femmes que de conditions de vie sociale, affective et sexuelle différentes, conditions qui détermineront en grande partie leurs attentes envers la contraception. Cette complexité fait qu'il est important pour chaque professionnel de santé de connaître les différentes méthodes contraceptives existantes, pour pouvoir proposer un schéma contraceptif adapté et personnalisé à chacune de leurs patientes.

Pourtant, malgré cette couverture contraceptive exemplaire en France, on observe une **augmentation du taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) et de grossesses non désirées** (3). Ce véritable paradoxe français nous amène à revoir notre prise en charge contraceptive, pour comprendre pourquoi elle n'est pas optimale et en quoi nous pourrions l'améliorer.

¹ non enceintes, non stériles, non ménopausées, ne souhaitant pas de contraception ni d'enfant prochainement, et dont l'absence de contraception n'est pas uniquement due à l'absence de rapport hétérosexuel

2. L'histoire de la contraception en France

La pilule, première méthode contraceptive en France

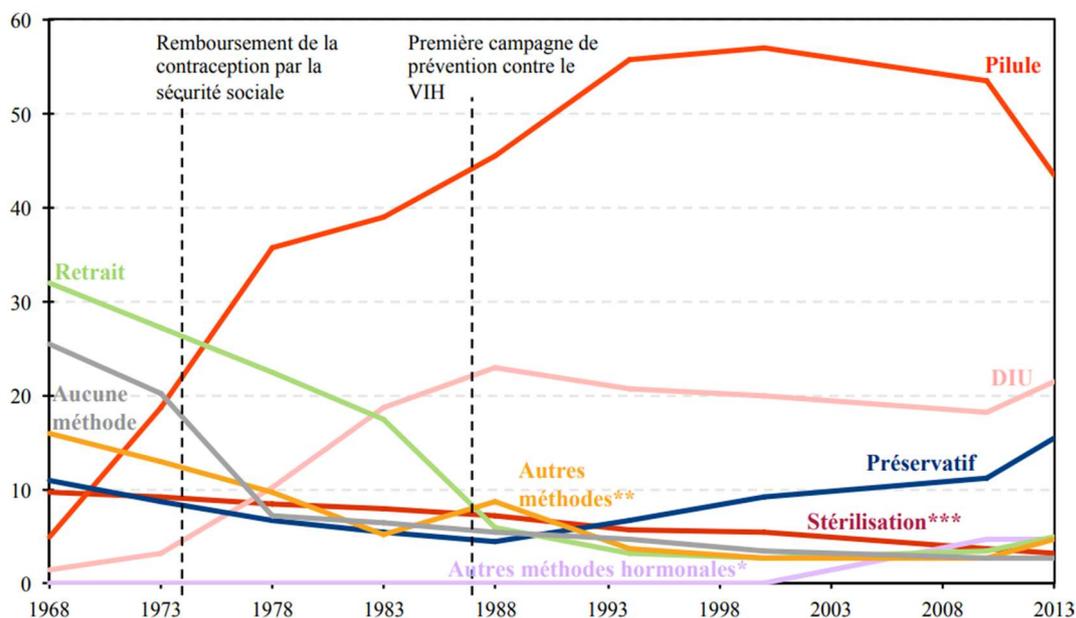
La régulation des naissances a toujours existé, et cela depuis l'**antiquité** : avortement à l'aide d'instruments ou de potions parfois dangereuses, observation des cycles couplée à l'abstinence ou au retrait, douches et autres mixtures vaginales (excrément, huiles, plantes médicinales...), mais également l'ancêtre du préservatif masculin et féminin fabriqué à l'aide de différents matériaux (4). Ces méthodes sont utilisées dans le but de maîtriser la fécondité, et cela souvent à l'encontre de la loi. La période nataliste de l'après-guerre voit apparaître le **premier stérilet en argent** inventé en **1928** par un sexologue allemand Ernst Gräfenberg, méthode pourtant utilisée depuis l'antiquité avec notamment des stérilets retrouvés dans les momies égyptiennes. Le **premier préservatif en latex** arrive à son tour en **1930**, remplaçant le caoutchouc utilisé jusqu'alors. Puis en **1954**, Gregory Pincus met au point la **première pilule hormonale** aux Etats-Unis, grâce à l'aide financière de Margaret Sanger, fondatrice de l'*American Birth Control League*, ancêtre du planning familial américain. En France, l'interdiction des méthodes contraceptives crée de plus en plus de tension, avec notamment la mise en place du *Mouvement Français pour le Planning Familial* (MFPF) en 1960. C'est en décembre **1967**, après plus de dix années de débats houleux où s'affrontent Politique, Science et Religion, que le député Lucien Neuwirth fait adopter par l'Assemblée nationale une **loi autorisant la vente et l'usage des méthodes anticonceptionnelles en France**. Il faudra ensuite attendre **1974** pour que la pilule soit véritablement libéralisée avec le **remboursement** par la Sécurité sociale, ainsi que l'accès anonyme et gratuit pour les mineures au planning familial (5).

La pilule devient alors progressivement la méthode de contraception la plus utilisée en France. À son apogée, au début des années **2000**, **56,9 % des femmes Françaises âgées de 15 à 49 ans ont recours à la contraception orale** (6). Des recommandations de prescriptions sont alors publiées dans le but de diversifier l'offre contraceptive, en facilitant ainsi le recours au stérilet ou dispositif intra utérin (DIU), notamment pour les nullipares, ainsi qu'à l'implant, à l'anneau

ou au patch (2). La **contraception définitive** ou stérilisation est également autorisée avec la loi du 4 juillet **2001**. Dans le même temps, un meilleur accès à la contraception et à l'avortement pour les mineures est mis en place (plus d'autorisation parentale nécessaire pour la contraception comme pour l'IVG, nécessité de la présence d'un adulte de son choix pour l'accompagnement à l'IVG, accès à l'IVG en ville...) (5). Un allongement du délai légal de l'IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhées est également voté en 2000, et sera définitivement prolongé jusqu'à 16 semaines d'aménorrhées fin février 2022 (7). Enfin, le remboursement à 100% d'autres méthodes contraceptives que la pilule telles que le stérilet ou l'implant, ainsi que des consultations (1/an) et bilans sanguins liés, est adopté en 2013 chez les 15-17 ans, puis étendu au moins de 15 ans en 2016, et à toutes les femmes jusqu'à 25 ans depuis 2022 (8).

Le désintérêt de la pilule par les Françaises

Figure 1: Evolution des méthodes contraceptives en France de 1968 à 2013 (9)



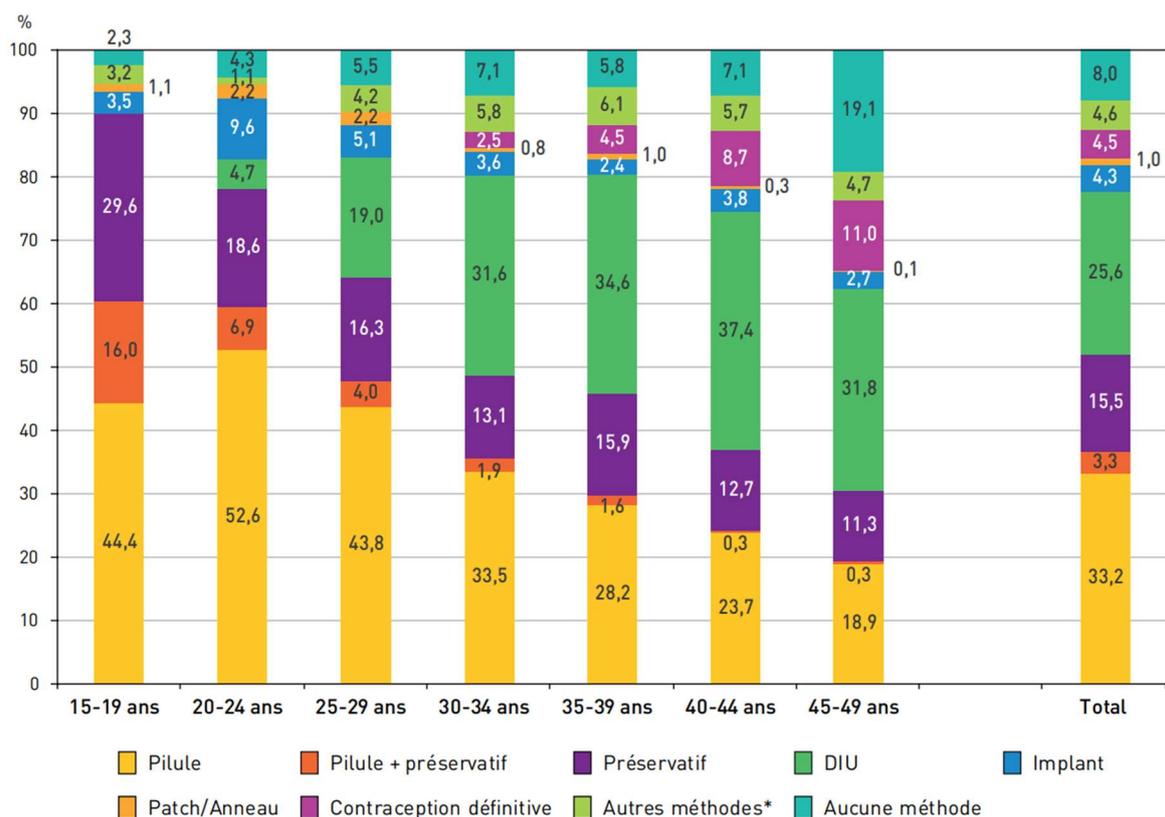
M. Le Guen *et al.*, *Population et Sociétés* n° 549, Ined, novembre 2017
 Champ : France métropolitaine. Femmes de 18 à 44 ans utilisant une méthode contraceptive ou n'en utilisant pas et n'étant ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne cherchant pas à concevoir.
 Sources : estimations à partir de résultats de Leridon et Toulemon (1991) et de l'Enquête Mondiale de Fécondité-1978, l'Enquête Régulation des naissances-1988, l'Enquête Situation Familiale et Emploi-1994, l'Enquête CoCon-2000 et les enquête Fecond-2010 et 2013.

* implant, patch, anneau vaginal
 ** abstinence périodique, méthodes locales, autre, NSP
 *** l'enquêtée ou son partenaire

En **2012**, suite à la médiatisation du dépôt de plainte de Marion Larat, victime d'un accident vasculaire cérébral qu'elle impute à sa contraception orale de 3e génération, la pilule connaît une véritable **crise**, notamment avec le **déremboursement des pilules de 3e et 4e génération** en mars **2013** (10).

Alors qu'elles étaient **45 %** à utiliser la pilule contraceptive en **2010**, les Françaises n'étaient plus que **40,5 %** en **2013**, soit une baisse de quasiment 5% en 3 ans (2). Cette tendance semble perdurer entre 2013 et **2016**, avec un taux chutant à **36,5 %** selon le baromètre santé, soit 20% de moins qu'en 2000. La pilule, objet d'émancipation, fierté de nos mères et grands-mères, ne semble plus séduire autant.

Figure 2 : Méthodes contraceptives utilisées en France en 2016 selon leur âge (2)



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

Cette crise sanitaire et sociale a ainsi permis aux femmes peu satisfaites de leur contraception de s'exprimer. De plus, la désaffection de la pilule a profité à d'autres moyens de contraception, notamment au **DIU avec +6,9 %** de 2010 à 2016, au **préservatif +4,7 %** et à **l'implant +1,9 %** (2). Ce détournement progressif des Françaises ne s'observe pas dans toutes les tranches d'âges: ainsi pour les jeunes femmes de 15 à 19 ans comme pour les plus âgées de 45 à 49 ans, on n'observe pas de variations significatives dans leur choix contraceptif. **La pilule atteint d'ailleurs son taux maximal à 60% d'utilisatrices chez les 15 à 24 ans.** Mais les femmes de 20 à 45 ans se sont, elles, préférentiellement tournées vers ces autres méthodes. **En 2016, le DIU est d'ailleurs le premier contraceptif utilisé à partir de 35 ans** (31.6% de 30 à 34 ans et 37.4% de 40 à 44 ans). Et même s'il reste encore très peu prescrit chez les nullipares, on observe malgré tout une progression entre 2010 et 2016 chez les femmes de 25 à 29 ans sans enfants, passant de 0,4 à 7,6% (2,10).

L'**implant** séduit également, avec 4,3% des femmes, et plus particulièrement les **20-24 ans** (9,6 %) (2). Quant au **préservatif**, ils gardent une place importante dans le paysage contraceptif, qu'il soit associé ou non à la pilule, avec un taux avoisinant les 19%. Il est surtout utilisé en début de vie sexuelle avec un taux de 45,6% chez les **15-19 ans** (associé avec la pilule dans 16,0% des cas). Les **méthodes naturelles**, comme le retrait ou la méthode des températures, concernent 4,6% des femmes. La **contraception définitive**, elle, n'a que peu de succès en France contrairement à d'autres pays, avec un taux de 4,5% en 2016, dont environ 0,8% concernant les hommes (11).

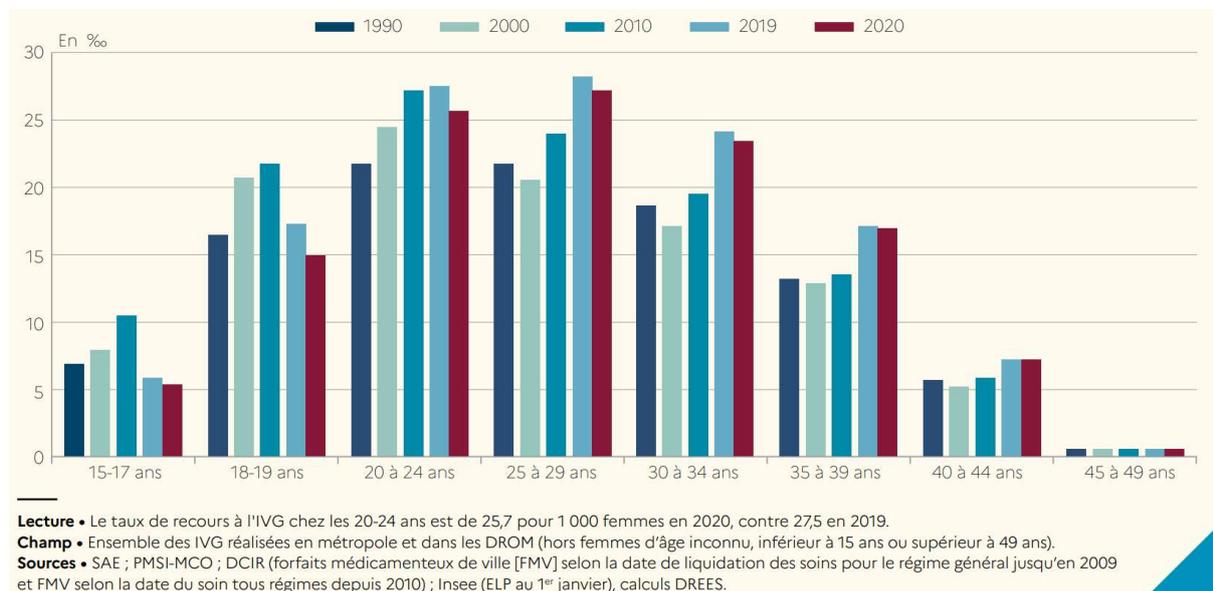
Enfin, un chiffre reste préoccupant : **en 2016, 8% des femmes en âge de procréer n'ayant pas de projet de grossesse et ayant des rapports sexuels n'utilisent pas de contraception** (2). Cette absence de contraception concerne en particulier les femmes entre **45 et 49 ans** avec un taux à 19,1%, contre 2,3 % parmi les moins de 20 ans. Cela est probablement expliqué en partie par la stabilité de la vie sexuelle des femmes de 45-49 ans ainsi que par l'entrée dans la ménopause pour certaines, même si elles se doivent de rester prudentes durant la péri-ménopause. On observe malgré tout une diminution de ce taux qui atteignait 13,6% en 2010, ce qui est plutôt encourageant concernant la qualité de l'offre contraceptive en France.

3. La contraception aujourd'hui en France

L'échec contraceptif

Grâce à l'enquête de « Cohorte sur la Contraception » (COCON) réalisée entre 2000 et 2004, le recours à l'IVG a pu être étudié d'un point de vue épidémiologique et social en France (12). La conclusion a montré les limites du système contraceptif français : **une grossesse sur trois n'est pas programmée, et deux tiers de ces grossesses surviennent malgré la prise d'une contraception**. Ce dernier résultat s'explique en grande partie par l'écart qui existe entre l'efficacité théorique d'une méthode contraceptive et son efficacité pratique dans les conditions réelles. De plus, la modification des attentes et du mode de vie des femmes aujourd'hui, ainsi que l'évolution des relations de couple avec une stabilité et longévité moindres que celles des générations précédentes, ne sont pas suffisamment prises en compte dans les prescriptions contraceptives (13).

Figure 3 : Evolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge, de 1990 à 2020 (14)



Le taux d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) en France est également problématique par le fait qu'il reste stable voire en augmentation depuis les années 1990, avec 206 000 cas en 1991 (3) contre 222 000 en 2020, atteignant un pic à 232 200 en 2019 (14). On estime **qu'une femme sur trois effectuera au moins une IVG dans sa vie** avec une probabilité de 40% de recourir à une seconde IVG, soit en moyenne 1,5 IVG pour ces femmes (3,14). Et cela en dépit

des mesures prises pour enrayer ce problème de santé publique. Des études ont d'ailleurs montré que plus de **la moitié des IVG concernaient des femmes sous couverture contraceptive** (23,1% la pilule, 19,3% le préservatif, 7% le DIU, 3,4% autre méthode) (15).

Cette problématique peut s'expliquer par plusieurs facteurs, le premier étant l'**échec de la politique contraceptive** en France, avec une contraception mal utilisée et non adaptée aux attentes de la patiente. L'**accès facilité à l'IVG** ainsi que la **libération des mœurs** et la diminution de la pression religieuse y participent également. En effet, alors que 41% des grossesses non prévues se terminaient par une IVG en 1975, c'est le cas de 62 % d'entre elles en 2004 (15). Cette modification de l'usage de l'IVG s'inscrit dans un contexte d'évolution du statut des femmes, qui ont aujourd'hui le choix et non plus le devoir de la maternité.

Enfin, **l'utilisation croissante depuis les années 2000 de la contraception d'urgence** (ou pilule du lendemain), avec un taux passant de 8,8% à 23,9% en 2010, confirme la persistance d'un problème de santé publique en matière de contraception (16). Cette augmentation est liée en partie à sa mise à disposition **sans ordonnance**, en pharmacie depuis 1999, puis en centre médical scolaire (2000), universitaire (2002) et au planning familial, ainsi qu'à son accès de façon **anonyme et gratuite pour les mineures** depuis 2001 (et remboursée à 65% pour les majeures) (17). Les pharmaciens, infirmières scolaires, médecins universitaires ainsi que le planning familial ont donc un rôle essentiel dans la transmission des informations contraceptives d'urgence, même si cela n'est pas toujours fait de façon optimale.

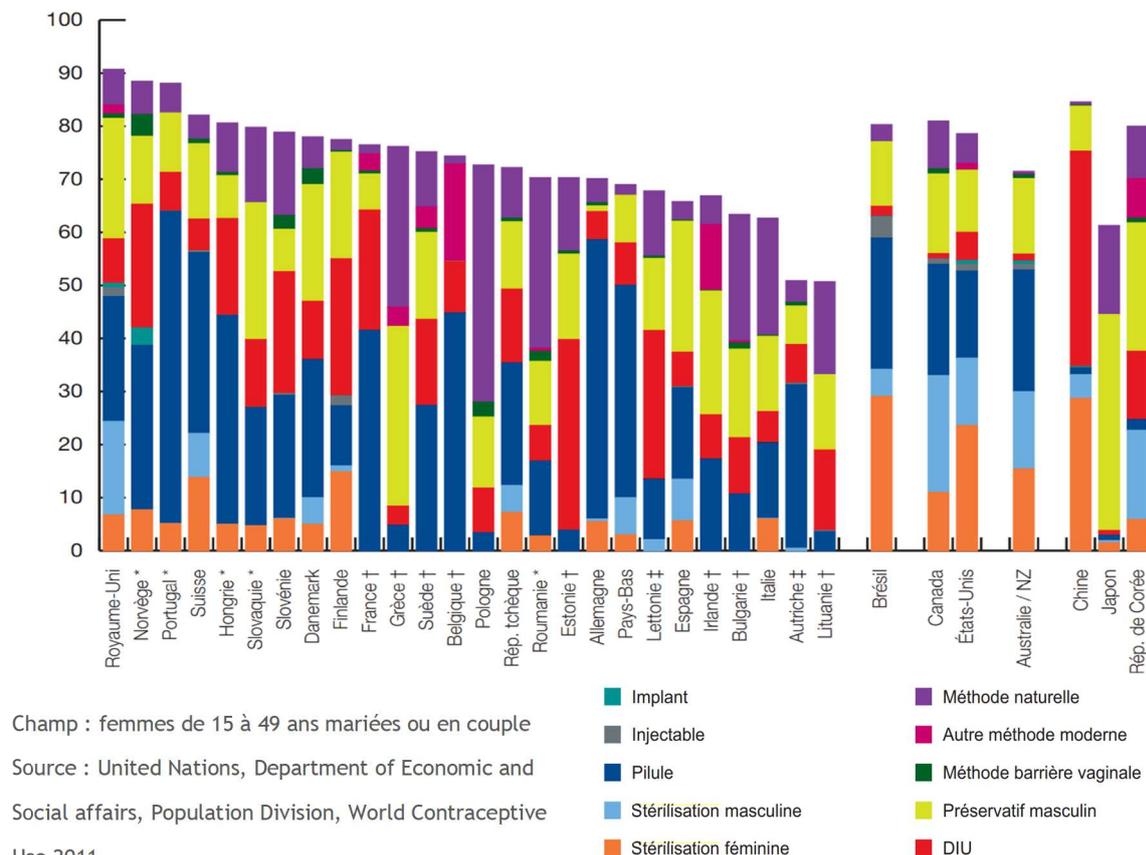
Cependant, cette utilisation croissante n'est pas toujours faite dans de bonnes conditions. En effet, même si 95% des moins de 30 ans déclaraient connaître la pilule d'urgence en 2016, **seulement 1% connaissait son délai maximal de 120 heures** (18). C'est le délai de 24h qui était le plus souvent évoqué (39,2%), alors que 14% déclaraient que la contraception d'urgence devait être prise moins de 24h après le rapport sexuel à risque, et 3,2% plus de 120h après. Un sondage réalisé en 2016 par OpinionWay pour le Laboratoire CCD a également observé qu'un tiers des femmes pensent qu'une pilule du lendemain peut interrompre une grossesse en cours (19). Enfin, l'enquête *Fecond* révélait en 2010 que seule une femme sur quatre ayant eu un

problème de préservatif dans le mois précédent indiquait avoir pris la contraception d'urgence (20).

La norme contraceptive en France

Malgré les nombreuses avancées de ces dernières années en matière de contraception, le schéma contraceptif français reste figé dans une «**norme contraceptive**». Cette notion caractérise d'après les experts sociaux les pratiques contraceptives socialement valorisées aux différentes phases de la vie sexuelle et reproductive (21). En France, cette norme se traduit par l'utilisation préférentielle du préservatif en début de vie sexuelle, puis un passage à la pilule alors que la vie sexuelle se régularise, et au DIU à partir de 30 à 35 ans, souvent après le premier enfant. Cette norme, imposée aux femmes selon leur âge et leur situation relationnelle et familiale, limite la possibilité de choisir une méthode contraceptive adaptée à leurs attentes. Elle va même plus loin en faisant de la responsabilité contraceptive une responsabilité quasiment exclusivement féminine.

Figure 4 : Prévalence contraceptive par type de méthode selon le pays (11,21)



Pourtant, ce schéma est loin de concerner tous les pays. En effet, **la méthode la plus utilisée dans le monde est la contraception définitive** avec un peu plus de 20% des couples concernés en 2011, dont une grande majorité de stérilisations féminines (18,9%) (11). Parmi les femmes en âge de procréer et en couple, on la retrouve surtout dans les pays en développement, comme en Amérique latine (54% des femmes au Mexique, 35% en Colombie), aux Caraïbes (22,7%), mais également dans d'autres pays développés, comme la Chine (36%), les Etats-Unis (22%), la Finlande (15%), ou encore le Royaume-Uni (8%), loin devant la France (3,8%). **Le stérilet rafle la deuxième place du podium mondial** avec un taux atteignant quasiment 14% des femmes dans le monde en 2011, en particulier en Chine (50%), mais aussi en France et en Finlande où il séduit de plus en plus (26%). La pilule, elle, n'arrive qu'à la troisième place dans le monde, avec seulement 9% des femmes (contre 36,5% en France en 2016).

4. Les freins à l'évolution contraceptive en France

Les freins du côté des femmes

La norme contraceptive

La norme contraceptive plaçant le **préservatif en début de vie sexuelle** est liée à l'instabilité fréquente des relations sexuelles chez les jeunes femmes, nécessitant une protection contre les principales IST (Infections sexuellement transmissibles) (21). On ne peut donc pas vraiment appeler cela un frein, mais plutôt une nécessité qu'il est important de promouvoir. Mais qui dit préservatif ne dit pas contraception unique et exclusive, d'autres méthodes contraceptives peuvent également être proposées en complément aux jeunes filles, leur assurant une meilleure couverture contraceptive en plus de la protection contre les IST. Rappelons que le taux de grossesses non désirées par an sur 100 femmes (indice de Pearl) lors de l'utilisation courante du préservatif masculin atteint 13% (21% pour le préservatif féminin), ce qui est bien plus élevé que l'implant (0,1%), le DIU (0,7-0,8%) ou même la pilule, le patch ou l'anneau (7%) (22). **La pilule puis le DIU apparaissent ensuite avec l'évolution de l'âge**, inscrits dans la norme française sans pourtant avoir de motifs médicaux justifiant leur prescription plutôt qu'une autre méthode (21).

Le manque de connaissance sur la contraception par les Français

Le **manque d'éducation sexuelle à l'école** et de transmission du savoir médical par les professionnels de santé sont en grande partie à l'origine de cette méconnaissance. L'étude INPES « Contraception : que savent les Français ? » estimait que 97% des Français connaissaient la pilule et le préservatif masculin en 2007, 93% le stérilet, et quasiment 75% le préservatif féminin et le diaphragme, mais les taux baissent ensuite à 48% pour le patch et 44% pour l'implant et l'anneau vaginal, sans parler de la contraception définitive (23).

De plus, des **représentations erronées de la contraception et du corps féminin persistent**, véhiculées par l'entourage des femmes, mais aussi par internet et les médias. A titre d'exemples, l'étude INPES citée plus haut estime que 53 % des Français croient « qu'une femme ne peut pas tomber enceinte si un rapport sexuel a eu lieu pendant ses règles », 64 % « qu'il existe des jours sans aucun risque de grossesse simplement identifiables en surveillant son cycle », et 22% pensent « que la pilule peut rendre stérile » (23). Chez les jeunes de 15 à 20 ans, on retrouve encore 10% ne sachant pas que la pilule ne protège pas des infections sexuellement transmissibles telles que le VIH, et environ la moitié ne connaît pas la contre-indication relative du tabac avec la pilule. Enfin, concernant le stérilet, 54% des femmes interrogées en 2010 considéraient que le DIU n'était pas indiqué chez les nullipares (20).

Pourtant, on sait qu'une meilleure connaissance des différents moyens de contraception, du corps féminin et des attentes des femmes est essentielle pour permettre un choix éclairé et adapté en matière de contraception (24).

Des tabous autour de la sexualité et de la contraception encore très présents

On observe une réticence chez certaines patientes à demander une consultation dédiée à la contraception, par crainte d'aborder des sujets trop personnels, ou d'aller à l'encontre de principes socioculturels, religieux, ou encore par peur de l'examen gynécologique (8). **La contraception est encore trop souvent un sujet tabou, parfois honteux**, qu'on cherche à dissimuler plutôt qu'à partager.

Un coût contraceptif parfois trop élevé

Le dernier point à aborder est le frein économique. On a observé ces dernières années plusieurs avancées sociales dans le paysage contraceptif français, tel que le remboursement de certaines contraceptions, l'accès anonyme et gratuit à la contraception au long cours et d'urgence pour les mineures, notamment au planning familial (20). Mais la contraception est encore dépendante de la prescription médicale, contrairement à la contraception d'urgence. Or on observe des écarts sociaux importants entre les femmes d'un milieu modeste et celles d'un milieu favorisé, davantage suivies par un gynécologue. Cela crée en effet une **inégalité sociale dans l'accès à certaines contraceptions telles que le DIU et l'implant**, nécessitant des gestes techniques peu maîtrisés par les médecins généralistes et bien plus prescrits par les gynécologues. Des études montrent également que les femmes confrontées à une situation financière difficile, peu ou pas diplômées, ou vivant en milieu rural, sont plus nombreuses à ne pas avoir de contraception.

Les freins du côté des hommes

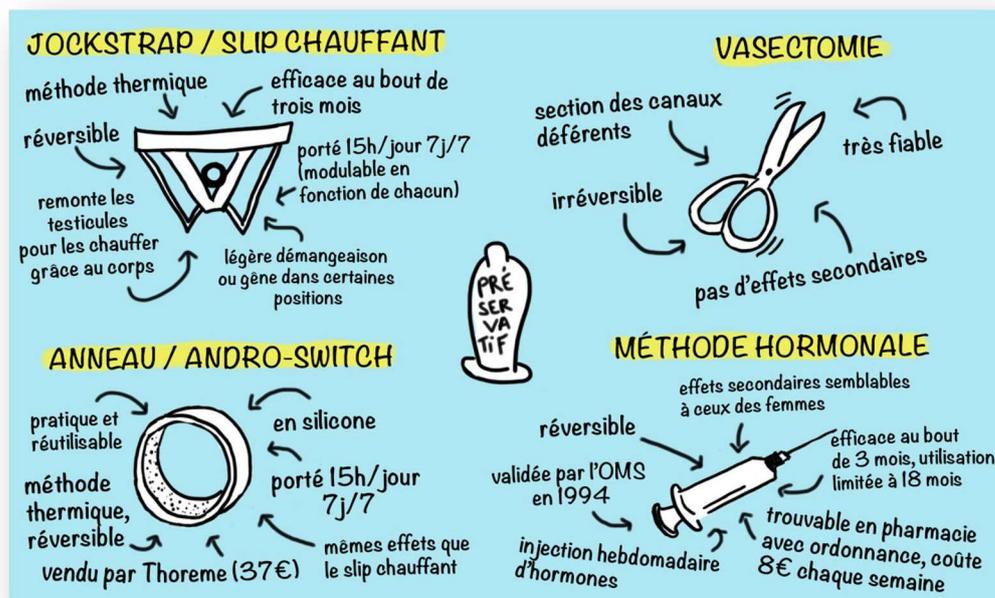
Une inégalité de sexe dans la charge contraceptive

La crise de la pilule en 2012 a été un premier pas dans l'émancipation de la norme contraceptive française (10). Elle a permis une libération de la parole amenant à débattre le partage des responsabilités contraceptives. En effet, **cette responsabilité contraceptive exclusivement féminine est de plus en plus critiquée**, et quelques médecins se sont même intéressés de plus près aux contraceptifs masculins. Pourtant historiquement, la contraception n'a pas toujours été gérée par les femmes, c'était plutôt une affaire d'homme avec la méthode du retrait ou encore l'ancêtre du préservatif (25).

Le sondage OpinionWay pour le laboratoire CDD relate que 78% des femmes trouvent la contraception fédératrice d'égalité entre hommes et femmes (19). D'ailleurs, même si 64% d'entre elles déclarent que la contraception est une affaire personnelle qui ne regarde qu'elles, 95% estiment toutefois qu'il s'agit d'un sujet important dont il faut discuter en couple.

Pourtant côté contraception, **les hommes ne sont que très peu présents**. En France, ils sont entre 5000 et 10 000 à recourir à la contraception thermique selon l'association GARCON, et très peu à utiliser l'injection hormonale hebdomadaire (25). A cela s'ajoutent les 0,8 % d'hommes ayant eu recours à la vasectomie (26).

Une contraception masculine marginale



La lente évolution de la contraception masculine s'explique par plusieurs raisons. La contraception hormonale masculine n'est pas sous forme de pilule mais disponible **uniquement par injections hebdomadaires** à ce jour (27). Elle présente plus ou moins **les mêmes effets indésirables que la contraception féminine** (acné, prise de poids, trouble de l'humeur...), ce qui rebute une grande partie des hommes, alors même que leur compagne les supporte parfois quotidiennement. L'effet contraceptif est atteint en un à trois mois avec la nécessité de réaliser des spermogrammes régulièrement pour contrôler cette efficacité, et seulement 4 hommes sur 5 y sont réceptifs. De plus, il est recommandé de **ne pas dépasser 18 mois de traitement**, ce qui réduit grandement les possibilités. Enfin, l'**absence d'AMM** (Autorisation de Mise sur le Marché) est à l'origine d'une grande réticence de prescription de la part des médecins généralistes comme des patients. Face à ces problématiques, les laboratoires ne sont que peu enclins à promouvoir la fabrication d'une nouvelle contraception masculine, d'autant plus que les méthodes féminines représentent une part non négligeable de leurs bénéfices.

Mais certains scientifiques s'accrochent à l'idée d'une pilule masculine. En mars 2019, une équipe de chercheurs de la *University of Washington School of Medicine* et du *Los Angeles Biomed Research Institute* a publié des **résultats plutôt encourageant concernant une pilule contraceptive masculine**, la 11-béta-méthyl-19-nortestostérone dodécylcarbonate, ou 11-béta-MNTDC. Elle a montré son efficacité tout en ayant peu d'effets indésirables (fatigue, maux de tête, acné, légère baisse de libido ou trouble de l'érection), contrairement aux méthodes précédemment étudiées (27). La Professeur Christina Wang, qui dirige cette recherche, espère une pilule efficace et réversible pour 2030.

Un autre procédé est également en cours d'étude depuis plusieurs années : **le gel contraceptif** (28). Constitués de polymères de haut poids moléculaire, deux prototypes sont à l'essai: le **RISUG** (Reversible Inhibition of Sperm Under Guidance) en Inde et le **Vasalgel** aux Etats-Unis. Inventé en 1979 par le Professeur S.K. Guha de l'Institut technologique indien de Kharagpur, le RISUG consiste à injecter un gel dans les canaux déférents, inhibant ainsi le passage et les capacités fonctionnelles des spermatozoïdes 72h après l'opération, durant une dizaine d'années. Tout cela sous anesthésie locale et en moins de 15 minutes. Cette méthode est bien entendue réversible grâce à l'injection d'un autre produit venant dissoudre le premier.

Des tests cliniques publiés en septembre 2018 ont été menés dans trois hôpitaux indiens entre 2000 et 2002 sur 133 jeunes hommes hétérosexuels vivant en couple (29). 83 % des hommes ont été considérés comme infertiles moins de deux mois après l'injection, et 17 % trois à six mois après. Aucune grossesse n'a eu lieu chez les compagnes des hommes testés. Même si aucun effet indésirable grave n'a été noté dans cette étude, certains chercheurs critiquent le **faible échantillon testé**, ainsi que **l'absence d'étude démontrant la réversibilité chez l'homme ou les effets à long terme** sur les patients et leur descendance (28). Selon le Professeur S. K. Guha interviewé par un journaliste du site d'information indien The Wire : «Le principal opposant au RISUG n'est pas le gouvernement mais le **lobby pharmaceutique international**». En effet, la majorité des recherches sur le RISUG ont été financées par le gouvernement indien. Pour lui, les instances de santé américaines préféreraient « promouvoir

un nouveau médicament qui implique une ingestion régulière» et donc plus de profits à long terme.

Du côté des américains, la fondation Parsemus (organisation à but non lucratif) a racheté le brevet du RISUG en 2010 pour créer son propre contraceptif : le Vasalgel (28). Ce contraceptif masculin a également fait ses preuves sur les animaux en 2016 et 2017. Il consiste en un gel qui bloquerait simplement les spermatozoïdes dans les canaux déférents tout en laissant passer les fluides, et cela sans utiliser les propriétés chimiques du RISUG détruisant les spermatozoïdes. Celui-ci devrait être testé d'ici peu sur les humains afin d'espérer pouvoir être commercialisé aux États-Unis puis très certainement en Europe.

D'autres pistes contraceptives sont également en cours d'étude, comme **l'immuno-contraception**. Son principe réside dans l'immunisation réversible de l'organisme contre des antigènes impliqués dans les différentes étapes de la reproduction, en particulier ceux présents à la surface des spermatozoïdes : EPPIN (Epididymal Peptidase Inhibitor) (30).

En attendant, d'autres méthodes non hormonales se développent en France, comme **le slip chauffant ou Andro Switch** (anneau contraceptif), appelé également **CMT** (Contraception Masculine Thermique), existante depuis les années 1980 et développée par le Dr Mieusset à Toulouse (27). Elle permet de remonter les testicules à la base de la verge à l'aide d'un caleçon ou d'un anneau en silicone, augmentant la température de 2° C et diminuant ainsi la production de spermatozoïdes. Son seul inconvénient est la nécessité de porter ce dispositif 15h par jour, et cela durant les heures d'éveil. Cette méthode prometteuse du fait de son **absence d'effet indésirable** et de son **faible coût**, est de plus en plus plébiscitée par les associations d'hommes luttant pour l'égalité des sexes, organisant des ateliers de couture pour créer leur propre contraception. Malgré cet engouement, cette méthode ne possède toujours **pas d'AMM**, par manque d'étude concernant son efficacité et son innocuité.

La **vasectomie**, consistant à sectionner les canaux déférents, est également disponible en France et autorisée légalement depuis 2001(27). Pourtant, elle ne séduit que peu de Français (environ

0,8% des Français en âge de procréer), contrairement au **Canada ou au Royaume-Unis où un homme sexuellement actif sur cinq y a recours** (11). Cette réticence est en grande partie liée au caractère définitif que lui octroient de nombreux Français. Pourtant, cette méthode ne l'est pas totalement, notamment grâce à la conservation du sperme en pré-opératoire, mais également avec la vasovastomie (reperméation chirurgicale), ou encore à la biopsie testiculaire associée à l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde (ICSI) (31). Ces deux dernières méthodes offrent entre 30 et 50% de chance de grossesse. De plus, les sondages réalisés dans les pays concernés retrouvent un **très faible taux de remords** chez les patients ayant réalisé une vasectomie, de l'ordre de 5% environ. La réticence est également liée aux **idées reçues des Français**, notamment concernant son effet sur la libido et sur l'acte sexuel, ou encore sur l'atteinte de la virilité, peur très présente dans la culture latine. Malgré sa grande efficacité (plus de 99%), son absence d'effet indésirable (très peu de complications post opératoires et en grande majorité bénignes) et sa rapidité de réalisation (10 à 20 minutes sous anesthésie locale), elle reste malgré tout **marginale et peu remboursée** (56,89 à 59,77 euros pris en charge).

Les freins du côté des médecins

Une surprescription de la pilule et une méconnaissance des autres méthodes

Du côté des médecins généralistes, on observe une prescription presque «systématique», «habituelle», de la pilule comme première contraception par la majorité d'entre eux, en particulier chez les jeunes femmes ; et cela malgré les recommandations d'autres méthodes contraceptives par l'HAS (21). Leur **méconnaissance des différents contraceptifs** y participe grandement. Une thèse de médecine générale a évalué l'évolution des pratiques de prescription de la contraception par les médecins généralistes français en 2013 suite aux nouvelles recommandations de la HAS en 2004 (32). Sur 147 médecins provenant de toute la France, il en ressort des **difficultés à la prescription d'autres contraceptions que la pilule**, avec encore 30% des généralistes qui ne proposent que cette méthode à une jeune femme souhaitant démarrer une contraception. **Concernant l'implant et le DIU, respectivement 66 % et 77,6 % des médecins généralistes ne savent pas les poser.** Un Rapport de la HAS en 2013 montre

d'ailleurs que moins de 10% des DIU sont prescrits par des médecins généralistes, ce qui va à l'encontre des recommandations de l'ANAES en 2004 le plaçant en première intention, y compris chez la nullipare (21,33).

De même, l'implant, l'anneau, le patch, les injections hormonales mais aussi le préservatif, les méthodes naturelles ou encore la contraception définitive sont également rarement prescrits par les médecins généralistes, freinant ainsi l'évolution du paysage contraceptif, alors même que leur rôle est de le faire avancer (21). Cette méconnaissance est essentielle à prendre en compte car de nombreuses patientes **ne font confiance qu'à leur médecin de famille** et préfèrent abandonner leur choix plutôt que de se tourner vers un autre professionnel de santé (10,24). De plus, la **difficulté d'accès aux spécialistes**, avec des délais de plus en plus importants, décourage également beaucoup de patientes.

La persistance des idées reçues et des tabous

Comme chez les patientes, des **idées reçues persistent chez les médecins généralistes**, telles que le risque d'infection utérine et de stérilité avec les DIU, le risque de migration de l'implant contraceptif, le risque de pose du DIU chez les nullipares, etc...(24,32) Si nous avons vu précédemment que 54 % des femmes en 2010 considéraient le DIU comme non indiqué pour une femme n'ayant pas eu d'enfant, il est encore plus surprenant de voir que 69% des gynécologues et 84% des médecins généralistes soutiennent cette position (20).

La contraception masculine n'est que très peu proposée par les médecins généralistes, **considérant encore la contraception comme une affaire de femme**. D'après une étude réalisée en 2016 par la docteur en santé publique Cécile Ventola, beaucoup d'hommes médecins ne souhaiteraient pas la contraception masculine pour eux-même, et donc ne la prescrivent pas (34). Certains doutent également de l'efficacité et de l'acceptation du préservatif auprès de la population masculine. Les femmes médecins elles, auraient des difficultés à faire confiance aux hommes concernant la contraception. Enfin, beaucoup des médecins interrogés dans cette thèse ont été formés avant 2001, alors que le cadre légal de la vasectomie n'était pas encore défini.

Ils restent donc réticents, certains pensant encore que la vasectomie n'est pas autorisée en France.

Cécile Ventola souligne ainsi le retard de la France sur la question de la contraception masculine, notamment par rapport à l'Angleterre. Historiquement, celle-ci ne présentait pas une politique aussi nataliste qu'en France, du fait d'une culture moins marquée par le catholicisme. D'ailleurs, lorsqu'on interroge les hommes sur la vasectomie, comme l'a fait l'enquête CSA en 2021, on ne retrouve pas un grand intérêt avec **seulement 20% d'entre eux séduits, contre 40% des femmes envers la ligature des trompes** (35). On voit donc qu'il existe encore une réticence face à des moyens contraceptifs pourtant en plein essor, avec une observance bien meilleure et un risque de grossesse non désirée bien moindre.

La sexualité difficilement abordée

L'abord de la question de la contraception et de la sexualité reste difficile pour beaucoup de médecins, comme l'a montré une étude française en 2009 qui concluait que **les médecins généralistes ne se sentaient que peu concernés par la prévention en santé sexuelle de leurs patientes** (36). Les sujets de la sexualité et de la place du partenaire dans la contraception sont en effet peu abordés par les médecins généralistes (seulement 36%) lors de la consultation de contraception (32). De plus, des **représentations socio-culturelles** peuvent également entraver la bonne prise en charge contraceptive, comme la non reconnaissance de l'existence d'une sexualité chez les adolescentes, les femmes obèses, atteintes de pathologies chroniques ou de handicap, ou encore lors du post partum, post IVG ou de la préménopause (21). Toutes ces représentations propres à chaque individu, et fonction de son éducation, de ses croyances, sont à mettre de côté lors de la pratique médicale, au risque de créer une inégalité de prise en charge et une non-assistance à certaines patientes ayant pourtant un réel besoin contraceptif.

La complexité de la consultation contraceptive non prise en compte

Une consultation dédiée à la contraception n'est encore qu'insuffisamment proposée d'après la thèse de Corinne Chapuis-Sicard (32). En effet, 68% des médecins acceptent d'initier

une contraception à la fin d'une consultation réalisée pour un autre motif. Pourtant, l'observance contraceptive dépend de beaucoup de facteurs qui ne peuvent être recueillis en quelques minutes. Le médecin doit en effet s'assurer de la connaissance de la méthode, de sa bonne utilisation, de son acceptation par la patiente ainsi que par son partenaire, et de son adaptation à leur mode de vie et à leurs attentes. La difficulté d'observance est souvent rencontrée par les utilisatrices de la contraception orale, qui prendront, si l'on suppose qu'elles gardent la pilule tout au long de leur vie sexuelle, entre 6 000 et 7 000 comprimés, et cela sans aucun oubli. L'étude de l'INPES en 2007 a d'ailleurs montré que **plus d'une femme sur cinq utilisant la pilule (21 %) déclarent l'oublier au moins une fois par mois (23)**. D'autres paramètres entrent également en jeu, les interactions médicamenteuses, une sous-estimation du risque de grossesse en particulier chez les adolescentes et les femmes en pré-ménopause, ainsi que les périodes particulièrement à risque comme le changement de contraceptif, le post partum ou le post IVG (21,24).

Pourtant, un bon nombre de ces facteurs sont souvent négligés par les médecins, amenant à une méthode non adaptée et/ou mal utilisée, et de ce fait à un risque de grossesse non désirée. En effet, **36% des médecins pensent ne pas aborder tous les sujets**, 53% par manque de temps, 24,5% car ils n'y pensent pas (32). La recherche des contre-indications et la conduite à tenir en cas d'oubli sont les 2 sujets principaux abordés par les médecins, contrairement aux effets secondaires et au remboursement, pouvant pourtant être à l'origine d'une mauvaise observance.

5. Vers une contraception personnalisée ? Les objectifs et avancées

La plupart des professionnels de santé sont d'accord pour dire que connaître le mode de vie et les attentes de leur patiente permet de proposer une méthode plus adaptée, à laquelle elle adhèrera plus facilement et avec moins de risques d'inobservance (24). On voit d'ailleurs apparaître dans des publications récentes des conseils concernant l'accompagnement des femmes dans ce choix.

- Le site internet *www.filsantéjeunes.com*, créé et financé par **Santé Publique France** en 2001, fait suite à la ligne téléphonique du même nom apparue en 1995 (37). Ce dispositif, véritable pionnier dans ce domaine en France, répond aux jeunes sur leurs questions santé et notamment contraceptives, grâce à un forum, un chat et un numéro vert 0 800 235 236 disponibles de 9h à 23h 7 jours/7 et gérés par des médecins, psychologues, éducateurs, conseillers conjugaux et familiaux.
- Le rapport de l'ANAES en 2004 mentionnait pour la première fois le **modèle BERCER** de l'OMS, acronyme illustrant les six étapes clés d'une consultation de contraception : Bienvenue – Entretien – Renseignement – Choix – Explication – Retour (33).
- Le site internet *www.choisirsacontraception.fr* mis en place par l'INPES en 2009 permet un accès facile aux informations sur les différentes méthodes contraceptives, leur méthode d'utilisation, leurs avantages et inconvénients, ainsi que les méthodes de rattrapage en cas d'erreur d'utilisation (38). On y retrouve des contacts utiles comme ceux des plannings familiaux, des établissements d'information, de consultation et de conseils conjugaux (EICCF) ou le numéro vert du ministère de la santé « Contraception, Sexualité, IVG » : 0800 08 11 11. Le site propose un questionnaire permettant aux femmes de trouver, en quelques questions simples, les contraceptions semblant les plus adaptées à leurs attentes. Enfin, une partie dédiée aux professionnels de santé délivre des conseils et informations sur la contraception et l'accompagnement des patientes, ainsi que des brochures qu'ils peuvent mettre à disposition pour leur patientes dans le but de mieux les encadrer au cabinet comme à domicile.
- En 2013, l'HAS a publié ses recommandations officielles, suite à la demande de la ministre des affaires sociales et de de la santé qui faisait état de l'échec contraceptif et du nombre toujours aussi important d'IVG (21). Ces recommandations portaient sur plusieurs sujets essentiels, comme la présentation détaillée des méthodes contraceptives jugées comme très efficaces par l'OMS (indice de Pearl <1%), mais aussi des fiches

mémo décrivant la stratégie contraceptive selon la situation clinique, et enfin un état des lieux des pratiques médicales et des freins à l'accès à la contraception pour toutes.

- La **Revue du Praticien** a publié en janvier 2019 un questionnaire permettant aux professionnels de santé d'évaluer la prise en charge contraceptive avec leurs patientes (24).

Toutes ces publications et recommandations médicales apportent une grande aide aux professionnels de santé pour améliorer leur prise en charge en santé sexuelle, mais également aux femmes dans leur connaissance de la contraception, leur permettant un choix éclairé et donc plus satisfaisant.

On pourrait se demander ce qu'est **une contraception « satisfaisante »**? Du point de vue médical, cela correspond à une contraception efficace, avec peu d'effets indésirables, et une observance optimale permettant ainsi d'éviter le risque de grossesse non désirée et d'IVG. **Mais s'est-on déjà réellement penché sur le point de vue des principales concernées : les femmes?**

Peu d'études sont disponibles concernant le sujet, elles sont pour la plupart anciennes (39,40), de faible échantillon (41), centrées uniquement sur une ou deux méthodes contraceptives, ou encore centrées sur une population particulière comme les femmes obèses (42) ou les jeunes femmes de 14 à 20 ans (43). Malgré le manque d'étude scientifique, on retrouve quand même des sondages très évocateurs sur le sujet. Le sondage réalisé par OpinionWay pour le laboratoire CDD montre ainsi que 97% des Françaises estiment que les femmes ont aujourd'hui plus de choix en matière de contraception que par le passé ; 94% d'entre elles sont d'accord avec l'idée que la contraception permet aux femmes de disposer plus librement de leurs corps, 91% qu'elle permet de s'épanouir dans sa vie de femme, et 45% soulignent l'importance de l'adaptation de la contraception au mode de vie (19).

Cette vision de la femme, fruit de leur histoire personnelle, de leur éducation et croyance, de leur situation affective, professionnelle et médicale, mais aussi de l'influence de leur entourage et des médias, est indispensable à connaître pour proposer une prise en charge personnalisée et satisfaisante en matière de contraception. Devant une mentalité féminine qui ne cesse d'évoluer, avec un besoin d'expression et d'émancipation grandissant, et une nécessité d'imposer leur vision, n'est-il pas important pour nous, professionnels de santé, de leur laisser la parole ?

Notre étude a pour but d'étudier la vision des femmes concernant leur méthode contraceptive. Cela nous permettrait de mieux comprendre leurs attentes et de répondre à l'objectif final qui est de trouver une contraception satisfaisante et adaptée.

MATERIEL ET METHODE

1. Choix du sujet

La contraception est un sujet qui m'a toujours tenu à cœur et c'est en parlant avec les femmes m'entourant, qu'elles soient amies, collègues ou patientes, qu'est apparu cette problématique autour de la contraception. En 2019, j'ai eu l'occasion de participer au Diplôme Inter-Universitaire de gynécologie de Lille, qui m'a permis d'approfondir mes connaissances gynécologiques et de développer mon intérêt pour la contraception. Mon mémoire de Diplôme Inter-Universitaire s'intitulait « Génération no hormone ? » et consistait en une recherche bibliographique concernant le souhait des femmes en matière de contraception aujourd'hui. Il fut ainsi une première approche du vaste sujet qu'est la contraception et de l'évolution de sa perception par les Françaises aujourd'hui. Ce diplôme inter-universitaire m'a également permis de rencontrer le Dr PEREZ, qui a accepté de réfléchir avec moi autour de cette thématique.

2. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est de connaître les attentes des Françaises de 15 à 49 ans sur la contraception en 2021, en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques, de leur vie sexuelle et affective et de leur passé contraceptif.

3. Objectifs secondaires

Cette étude permet également de répondre à des objectifs secondaires, à savoir :

- faire l'état des lieux des contraceptions utilisées par les femmes de 15 à 49 ans en France ;
- évaluer leur satisfaction envers celles-ci ainsi qu'envers la prise en charge contraceptive réalisée par les professionnels de santé ;
- connaître leur avis sur la contraception masculine.

4. Type d'étude

Pour répondre à notre problématique, nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive transversale multicentrique. Ce travail a été réalisé grâce à l'élaboration et la diffusion d'un auto-questionnaire.

5. Population cible

Ce questionnaire s'adressait aux femmes de 15 à 49 ans vivant en France. Les critères d'inclusion étaient le sexe, l'âge et le lieu d'habitation. Ont été exclus les hommes, ainsi que les femmes n'habitant pas en France et ayant moins de 15 ans ou plus de 49 ans. Nous avons choisi cette tranche d'âge car elle correspond à l'essentiel des femmes en âge de procréer, excluant ainsi les jeunes filles de moins de 15 ans dont peu sont déjà concernées par la contraception et qui n'ont que peu de recul face à ce sujet, et les femmes de plus de 49 ans approchant la ménopause, pouvant ainsi créer des biais dans leurs réponses. De plus, cet intervalle d'âge est retrouvé dans la plupart des études sur la contraception, ce qui nous permet ainsi une comparaison avec leurs résultats.

6. Elaboration du questionnaire

La réalisation du questionnaire a fait l'objet de nombreuses discussions et modifications avec pour objectif de le rendre accessible et compréhensible pour toutes. Une évaluation des questionnaires existants déjà sur le sujet de la contraception a été faite, mais très peu de questionnaires traitaient des attentes des femmes. Nous souhaitons un questionnaire anonyme et tenant sur une page recto verso pour ne pas décourager les femmes à le remplir.

Nous avons distribué un premier questionnaire « test » à quelques femmes en novembre 2020 afin de nous assurer que celui-ci était clair et accessible à toutes, ce qui nous a permis d'y apporter quelques améliorations grâce à leurs remarques. Nous avons alors élaboré 27 questions, portant sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes interrogées, leur vie sexuelle et reproductive, leurs pratiques contraceptives actuelles et passées, les modalités du choix de leur contraception, leur satisfaction puis sur leurs attentes envers la contraception,

et enfin leur point de vue sur la contraception masculine et le partage de la responsabilité contraceptive.

L'avis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été sollicité et le questionnaire a été validé et déclaré au registre des traitements de l'Université de Lille sous le numéro 2020-210. L'étude n'étant pas interventionnelle et ne dépendant pas de la loi Jardé, l'avis du Comité de protection des personnes (CPP) n'était pas nécessaire à sa réalisation.

7. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été en grande partie diffusé en ligne grâce au logiciel de Google Forms® par le biais des réseaux sociaux, du site internet du planning familial de Lille, de la plateforme de prise de rendez-vous Doctolib® de gynécologues et médecins généralistes des Hauts de France, ainsi que par l'affichage du QR code et du lien internet dans des cabinets de médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes des Hauts de France. Il a également été distribué par papier dans ces cabinets ainsi qu'au planning familial de Lille. Sa diffusion a été réalisée durant 3 mois, du 1^{er} décembre 2020 au 28 février 2021. Le questionnaire était précédé d'une explication sur les motivations de la thèse, ainsi que sur le volontariat, l'anonymat et la protection des données personnelles encadrées par la CNIL. Mon mail universitaire a également été communiqué pour permettre aux femmes de transmettre leurs questions et remarques, ainsi que leur communiquer les résultats de la thèse pour celles qui le souhaitent.

8. Outils

Excel® pour Windows a été utilisé pour la mise en forme des données extraites du logiciel Google Forms®. Les données ont été nettoyées pour l'analyse statistique et les doublons ont été supprimés. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type ou par la médiane et l'intervalle interquartile. Les variables qualitatives ont été décrites par la fréquence et le pourcentage. Si les effectifs étaient suffisants, les variables qualitatives ont été comparées grâce au test du Khi-Deux. Il s'agit d'un test d'indépendance entre deux variables. Les références bibliographiques ont été gérées par le logiciel Zotero®.

RESULTATS

Au total, 52 questionnaires ont été recueillis par papier, et 1095 en ligne, soit **1147** au total. Tous les questionnaires ont pu être analysés sans exclusion.

Les réponses aux questions n'étaient pas toutes obligatoires, certaines dépendant de la situation contraceptive, sexuelle ou maritale. 27 femmes ont manifesté par mail leur intérêt envers les résultats de cette thèse, ceux-ci leur seront transmis après analyse des résultats.

1. Descriptions des femmes ayant participé à l'étude

Tranche d'âge et département d'habitation

Les femmes ayant répondu au questionnaire proviennent essentiellement du département du Nord avec 787 femmes (69%), et plus minoritairement du Pas-de-Calais avec 105 femmes (9%). Seules les femmes vivant en France métropolitaine et d'outre-mer étaient invitées à répondre au questionnaire, quelle que soit leur nationalité. Elles avaient entre 15 et 49 ans, avec une **majorité entre 18 et 29 ans**, soit 689 femmes (60%).

Figure 5 : De quelle tranche d'âge faites-vous partie ?

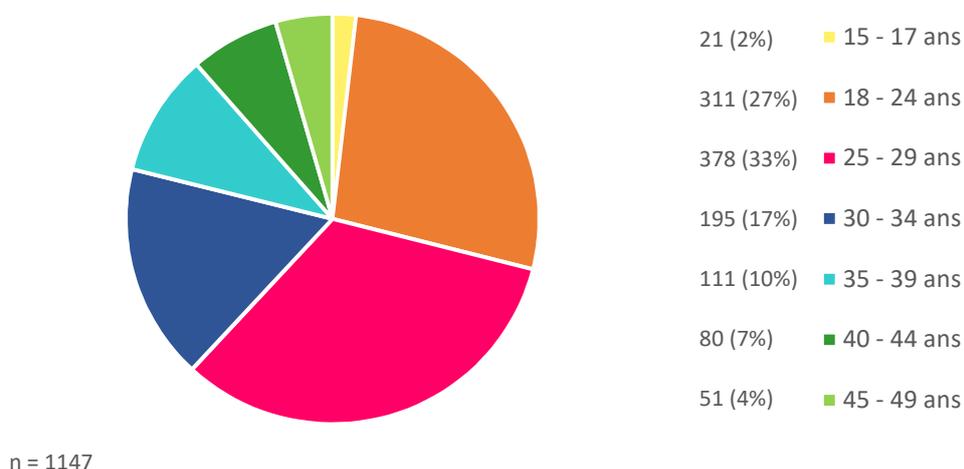
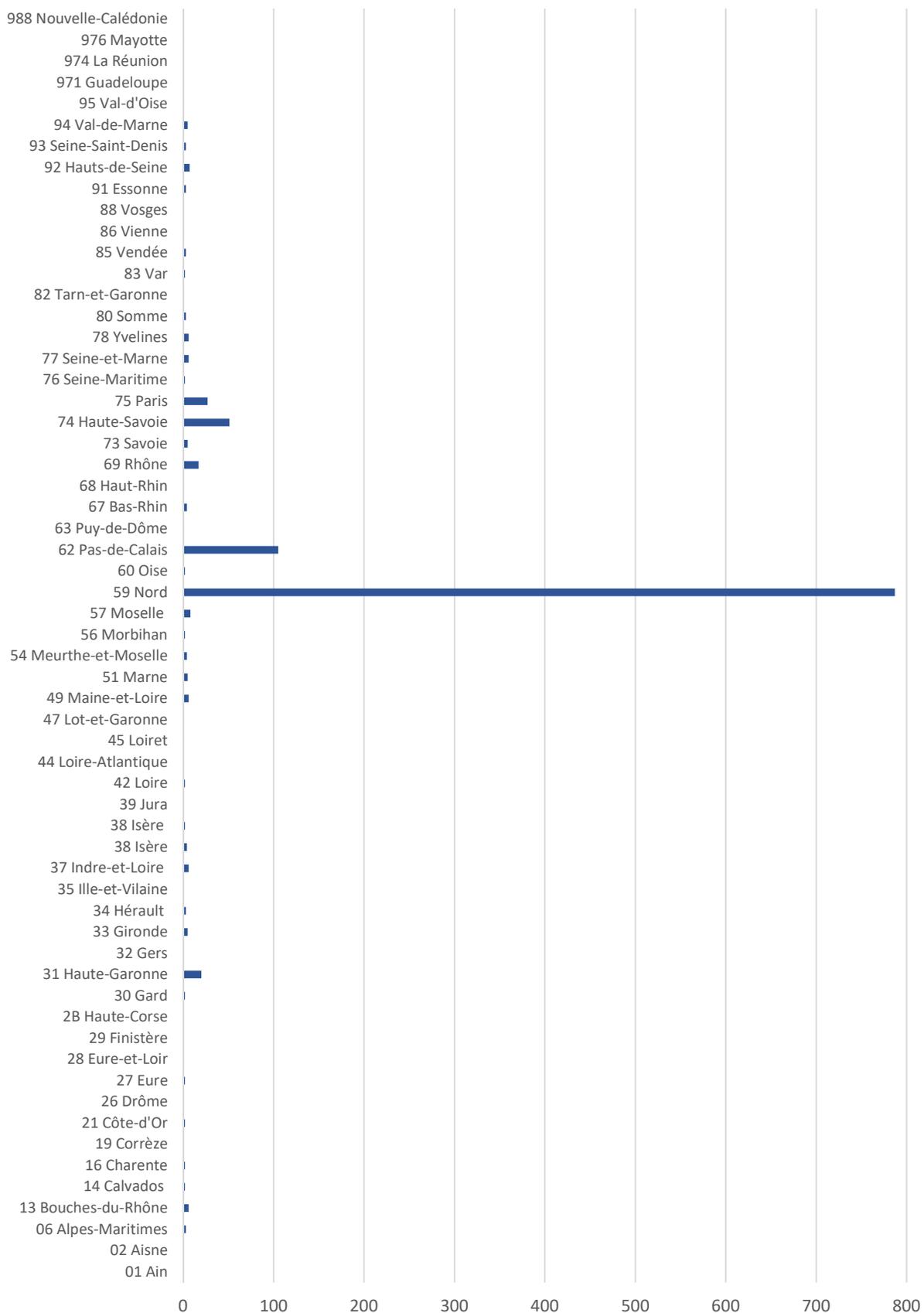


Figure 6 : Dans quel département habitez-vous ?

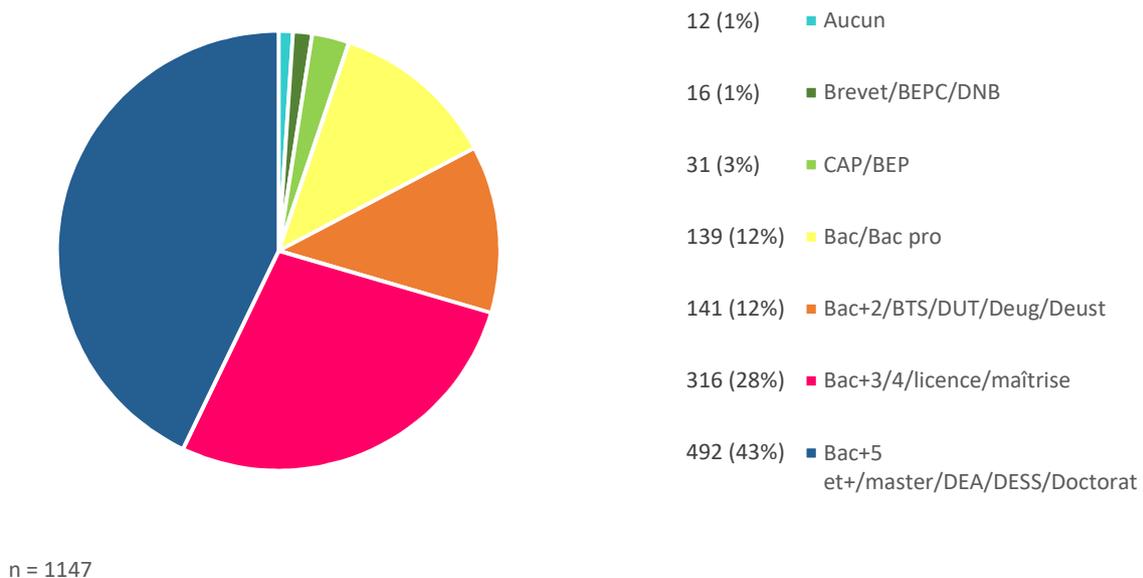


On retrouve une surreprésentation du Nord-Pas-de-Calais, avec 787 femmes (69%) habitant le département du Nord, et 105 (9%) le Pas-de-Calais.

Niveau d'étude

Concernant le niveau d'étude de notre population, on retrouve un niveau globalement haut avec 808 femmes (71%) ayant un niveau supérieur ou égal au bac+3.

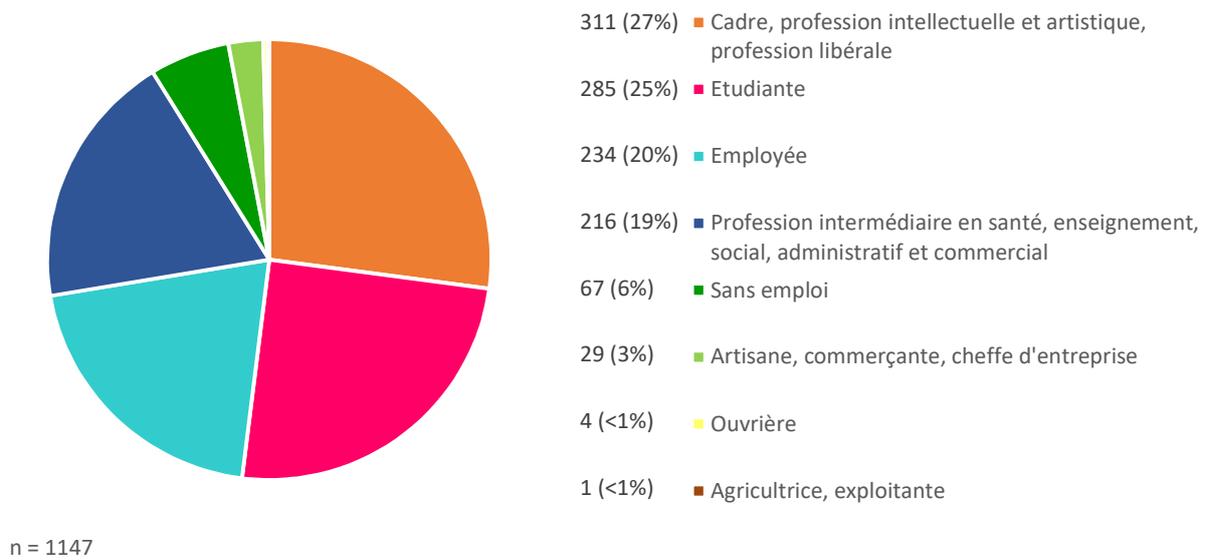
Figure 7 : Quelle est votre niveau d'étude ?



Catégorie socio-professionnelle

Concernant la catégorie socio-professionnelle, on retrouve une majorité de cadres, professions intellectuelles et artistiques, professions libérales (27%), d'étudiantes (25%), d'employées (20%) et de professions intermédiaires en santé, enseignement, social, administratif et commercial (19%).

Figure 8 : De quelle catégorie socio-professionnelle faites-vous partie ?



Situation maritale et durée du couple

Les femmes de cette étude sont pour la majorité **pacsées / en concubinage (45%)** ou **célibataires (36%)**, seulement 16% sont mariées. Parmi celles en couple, 30% le sont depuis 1 à 5 ans, 20% entre 5 et 10 ans et 19% depuis plus de 10 ans. L'étude touche donc quasiment **70% de femmes en couple depuis au moins 1 an.**

Figure 9 : Quelle est votre situation maritale ?

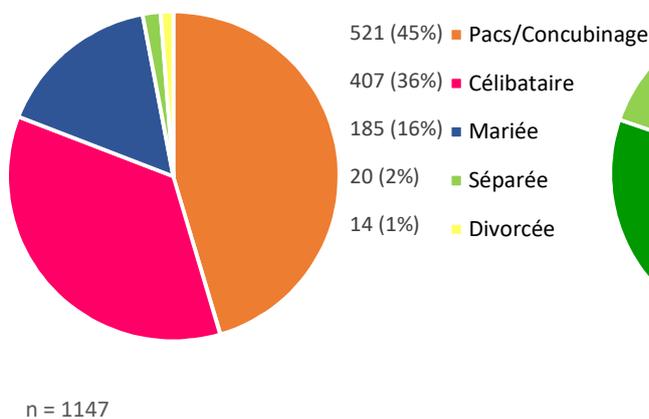
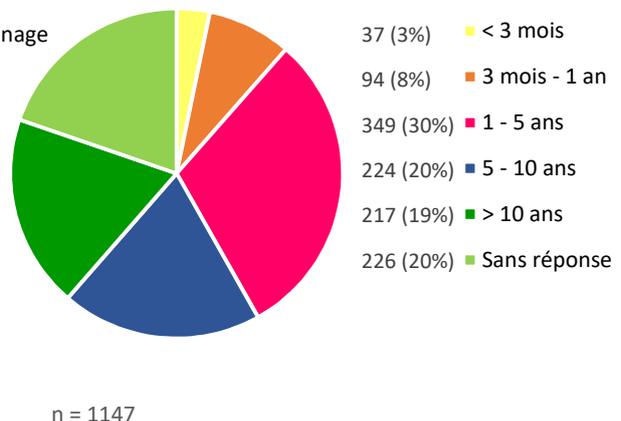
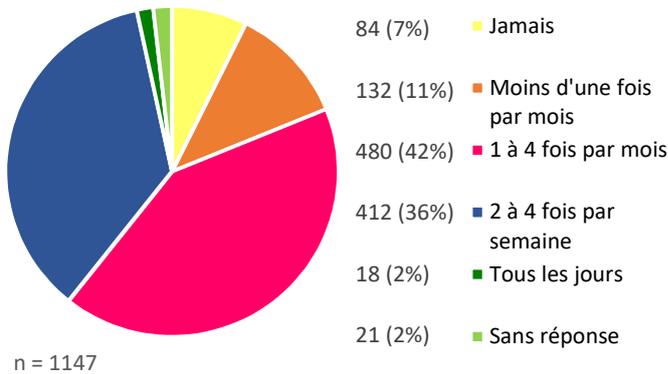


Figure 10 : Depuis combien de temps êtes-vous en couple ?



Fréquence des rapports sexuels

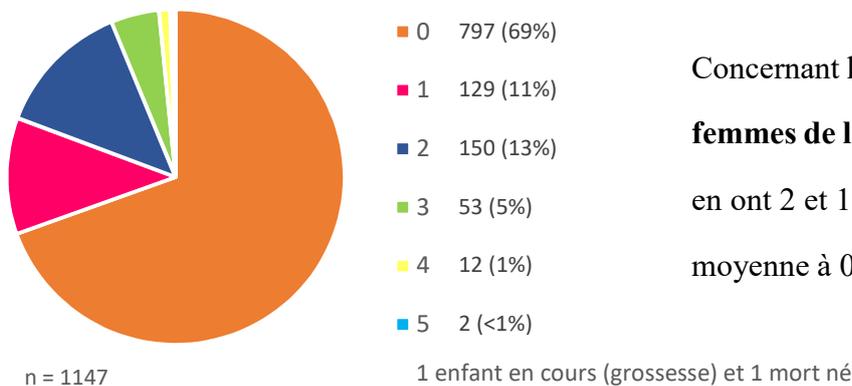
Figure 11 : Quelle est en moyenne la fréquence des rapports sexuels sur les 6 derniers mois ?



Concernant la fréquence des rapports sexuels sur les 6 derniers mois, la majorité des femmes de l'étude se situent entre **1 à 4 fois par mois** (42%), et **2 à 4 fois par semaine** (36%).

Parité

Figure 12 : Combien d'enfants avez-vous ?

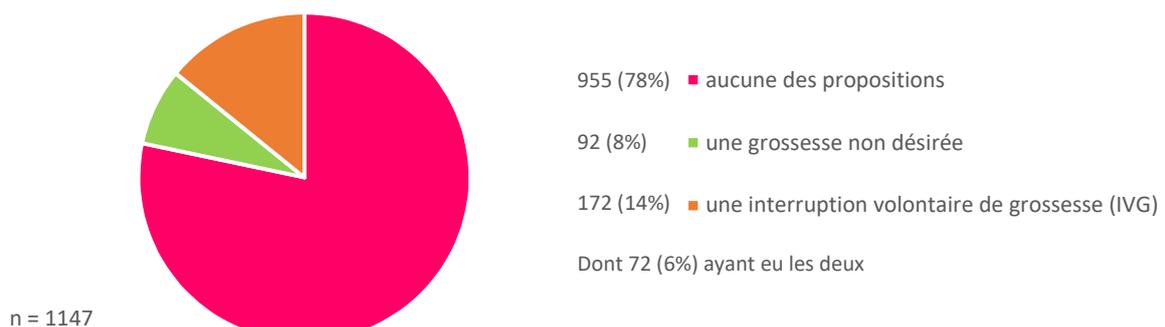


Concernant le nombre d'enfant, **69% des femmes de l'étude sont nullipares**, 13% en ont 2 et 11% en ont 1, avec une parité moyenne à 0,6.

Interruptions volontaires de grossesse et grossesses non désirées

Enfin, pour compléter l'histoire gynécologique des femmes de l'étude, nous nous sommes intéressés au nombre de grossesses non désirées et d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) : 172 (14%) femmes ont déjà eu un **IVG**, et 92 (8%) une **grossesse non désirée**.

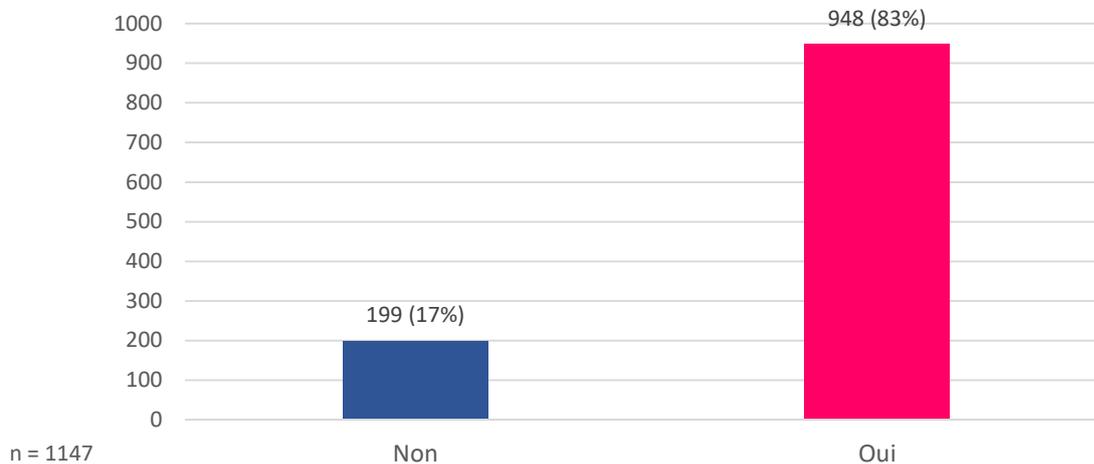
Figure 13 : Avez-vous déjà eu :



2. Contraception : choix et satisfaction

Présence ou non d'une contraception

Figure 14 a : Avez-vous une contraception actuellement ?



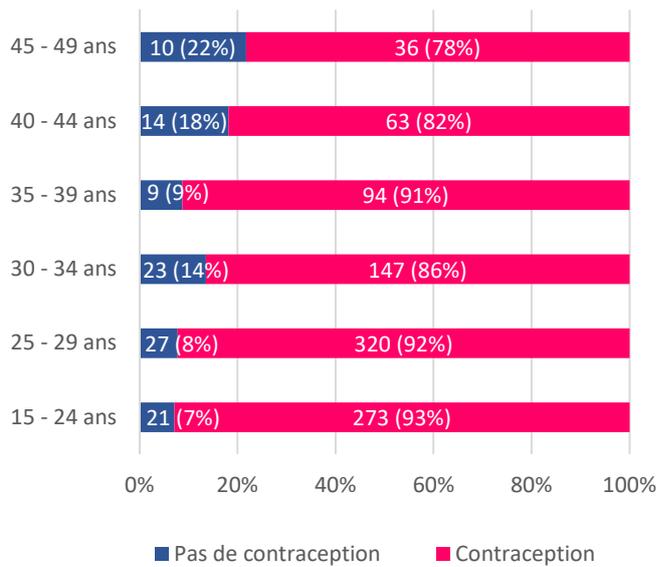
83% des femmes de notre étude ont une contraception. Sur les 199 (17%) réponses négatives, 33 (3%) ont malgré tout indiqué une méthode de contraception à la question suivante (15 ont déclaré utiliser le retrait, 14 le préservatif, 5 les méthodes naturelles, 4 la pilule du lendemain/d'urgence et 2 la pilule). Si l'on exclut les femmes non concernées par la contraception¹, on retrouve alors **89% de femmes sous contraception**.

Les causes d'absence contraceptive sont détaillées en *Annexe 1*. Les deux principales raisons retrouvées sont **les effets indésirables trop nombreux (21%)** et la **peur des hormones (15%)**.

Influence des caractéristiques médico-socio-démographiques sur la contraception

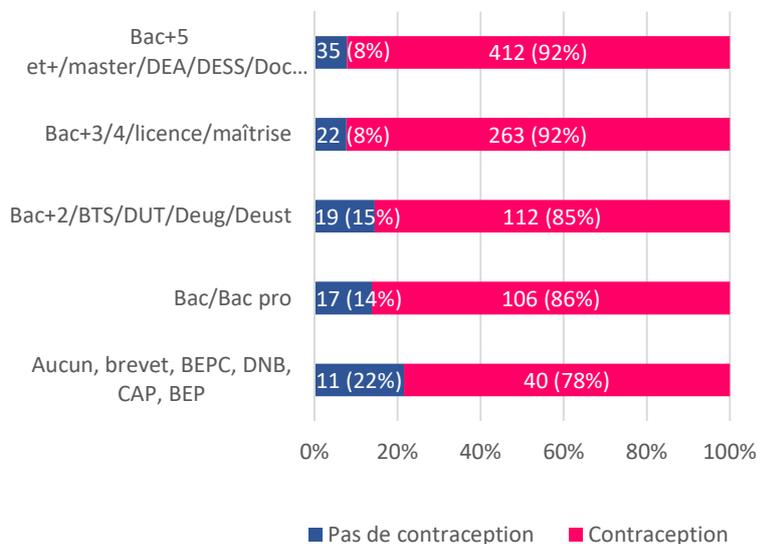
Nous avons ensuite étudié l'influence de l'âge, du niveau d'étude, de la catégorie professionnelle, de la situation maritale, de la fréquence des rapports sexuels, du nombre d'enfants, ainsi que d'un antécédent d'IVG ou de grossesse non désirée, sur la contraception, en excluant les femmes non concernées^{Erreur ! Signet non défini.} par la contraception.

¹ Enceintes, désirant un enfant, stériles, ménopausées, souhaitant une contraception prochainement, et dont l'absence de contraception est uniquement due à l'absence de rapport hétérosexuel.

Figure 14 b : Contraception en fonction de l'âge

n = 1038

On retrouve une différence significative à 5% ($p=0,001$) concernant la présence d'une contraception dans les différentes tranches d'âges, avec une absence de contraception plus importante chez les 40-49 ans, proches de la ménopause, et les 30-34 ans qui correspond à l'âge moyen de procréation.

Figure 14 c : Contraception en fonction du niveau d'étude

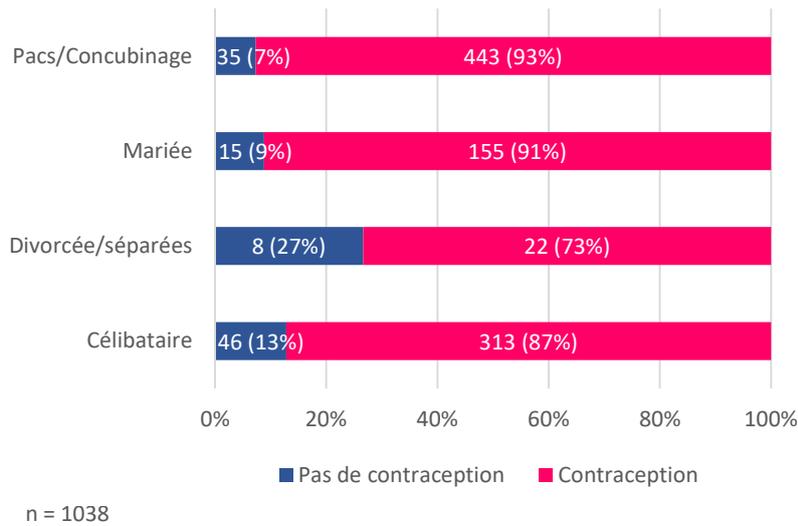
n = 1038

On retrouve une différence significative à 5% ($p=0,002$) concernant la présence d'une contraception dans les différents niveaux d'études, l'absence de contraception étant plus importante chez les femmes de faible niveau d'étude, notamment pour celles n'ayant pas de diplôme, le niveau brevet, CAP ou BEP.

Contraception en fonction de la catégorie professionnelle

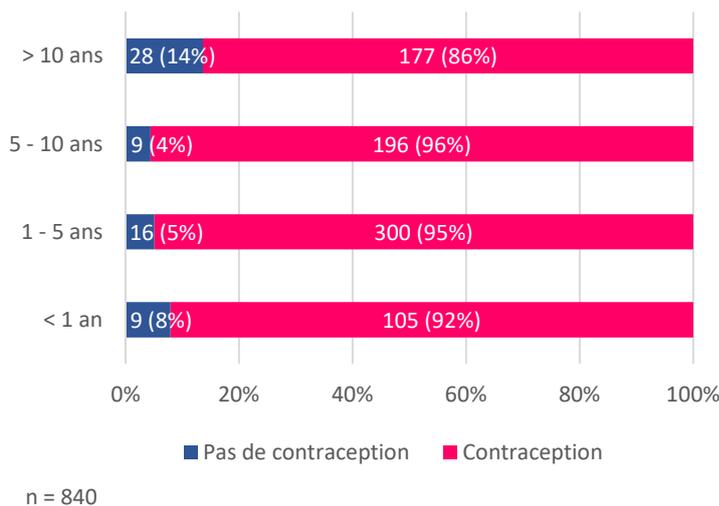
On ne retrouve pas d'influence significative de la catégorie professionnelle sur le fait d'avoir une contraception ou pas.

Figure 14 d : Contraception en fonction du statut marital



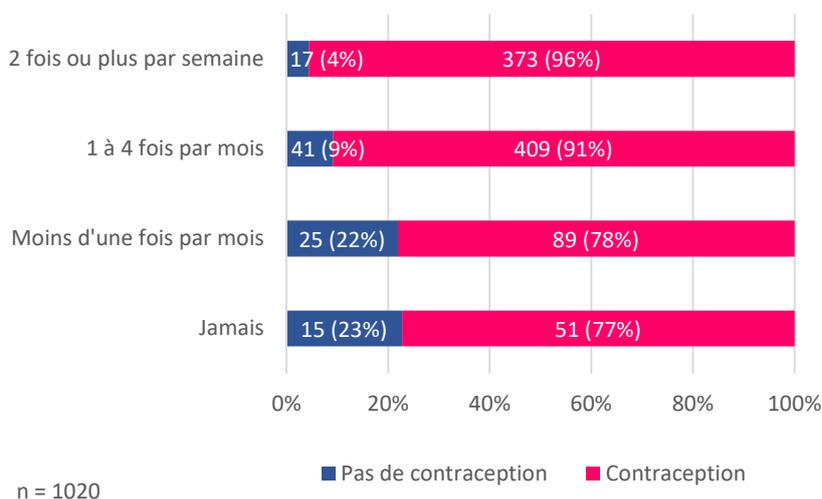
On retrouve une différence significative à 5% ($p=0,0009$), avec une absence de contraception plus importante chez les femmes divorcées/séparées et les célibataires.

Figure 14 e : Contraception en fonction de la durée du couple



On retrouve une différence significative à 5% ($p=0,0007$), avec une absence de contraception plus importante chez les couples récents de moins de 1 an et également chez les couples de longue date de plus de 10 ans.

Figure 14 f : Contraception en fonction de la fréquence des rapports sexuels



On retrouve une différence significative à 5% ($p=7,2 \times 10^{-10}$), avec une contraception plus présente chez les femmes ayant des rapports sexuels plus fréquemment.

Contraception en fonction du nombre d'enfants

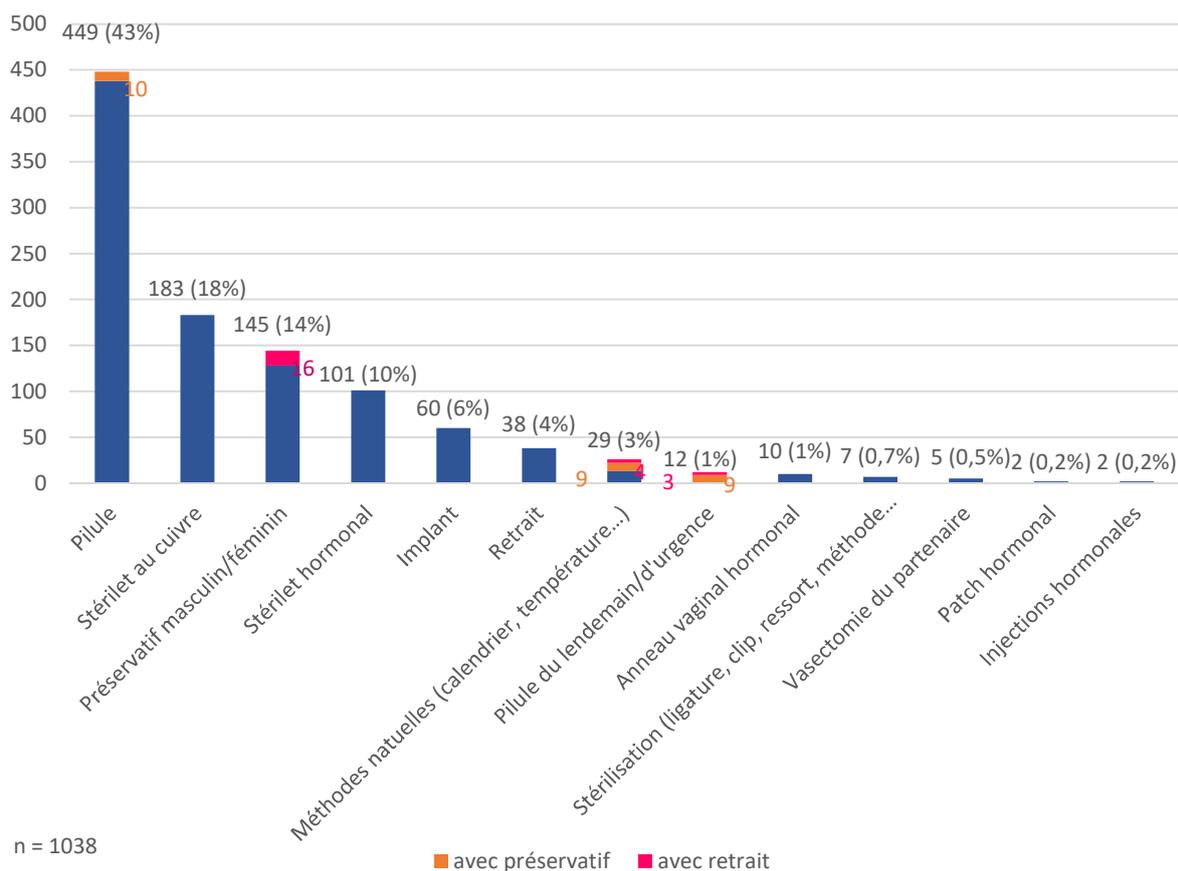
On ne retrouve pas de différence significative concernant la présence d'une contraception en fonction du nombre d'enfant ($p=0,276$).

Contraception en fonction des antécédents d'interruption volontaire (IVG) de grossesse ou de grossesse non désirée

L'antécédent d'IVG ou de grossesse non désirée n'influe pas significativement sur la présence d'une contraception ($p=0,061$).

Répartition des différentes méthodes contraceptives

Figure 15 a : Quelle est votre contraception ?

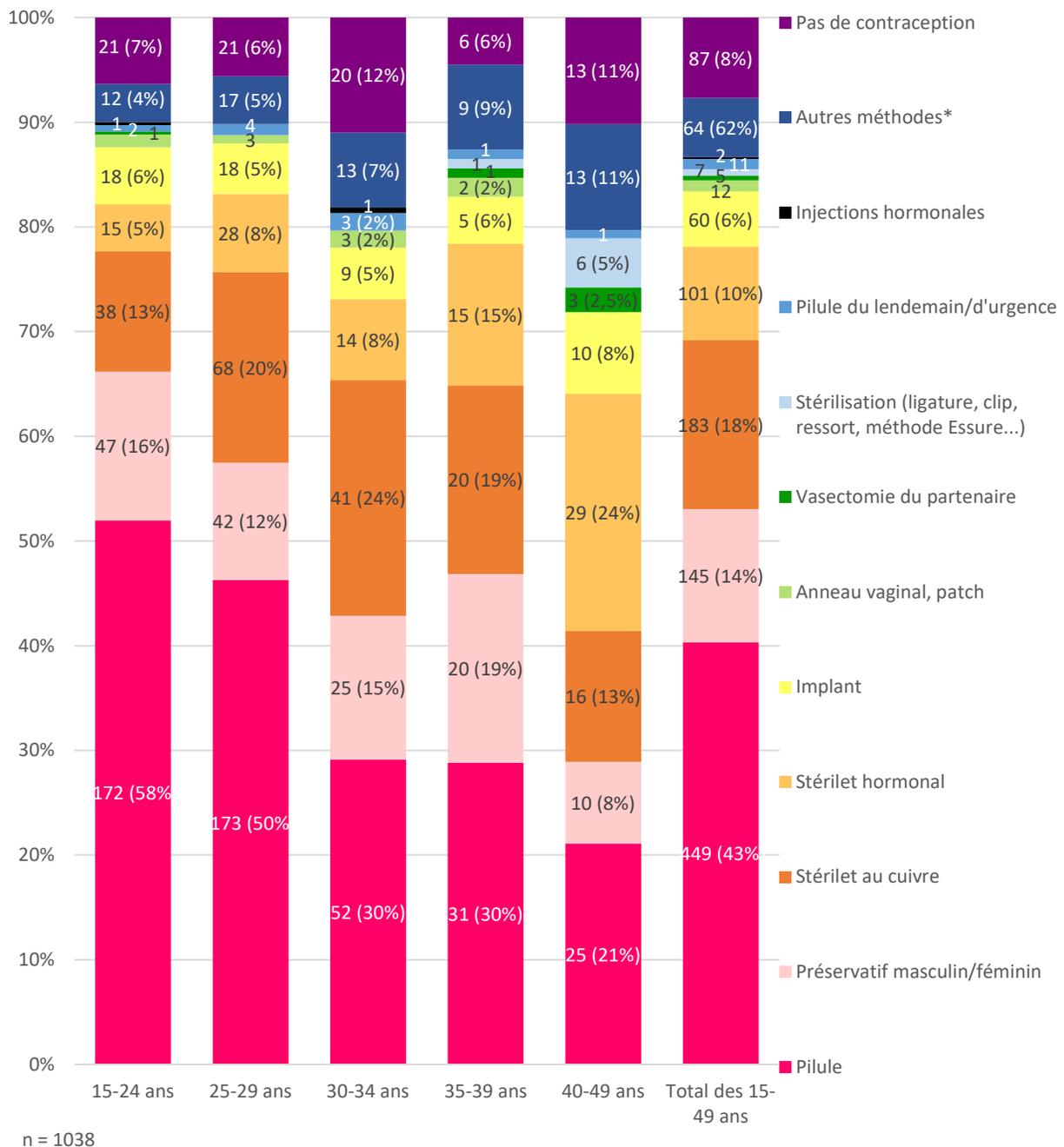


Nous avons étudié les différentes méthodes des femmes concernées par la contraception¹. La contraception la plus utilisée est la **pilule qui concerne 43% des femmes** (dont 1% l'associent

¹ Exclusion des femmes enceintes, désirant un enfant, stériles, ménopausées, souhaitant une contraception prochainement, et dont l'absence de contraception est uniquement due à l'absence de rapport hétérosexuel.

au préservatif). La deuxième contraception la plus utilisée est le **stérilet au cuivre avec 18%**. En troisième position, on retrouve le **préservatif qui représente 14% des méthodes**, dont 1,5% l'associe avec le retrait. Vient ensuite le stérilet hormonal (10%), l'implant (6%), le retrait (4%), et les méthodes naturelles (3%) dont seulement la moitié les utilise seules non couplées à une autre méthode.

Figure 15 b : La contraception en fonction de l'âge



Le total des pourcentages est supérieur à 100% du fait des réponses multiples de certaines femmes ayant plusieurs contraceptions.

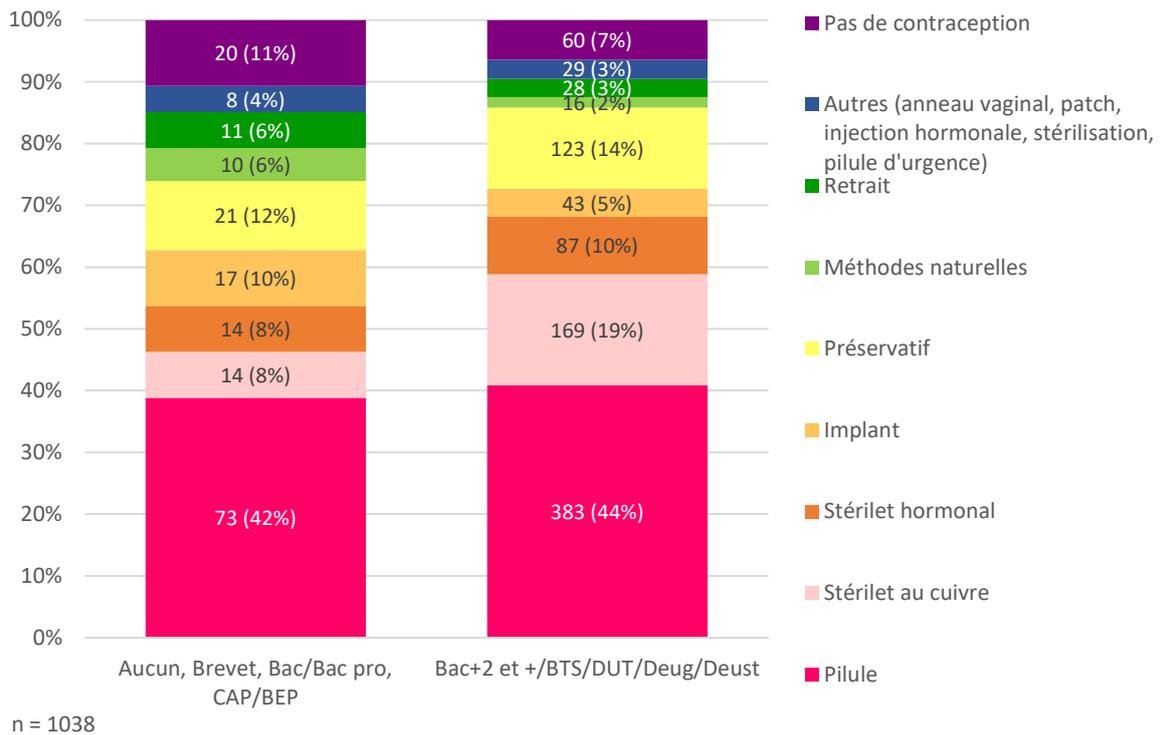
Nous avons ensuite analysé la répartition des principales contraceptions utilisées dans cette étude en fonction de l'âge des femmes. Pour réaliser l'analyse statistique, nous avons dû regrouper les minorités pour permettre la validité des tests (tableau retrouvé en *Annexe 2*). Nous avons ainsi pu conclure que **l'âge influe de manière significative sur le type de contraception** ($p=1,13.10^{-13}$).

La **pilule** est majoritairement utilisée par les **15-29 ans** (en particulier les 15-24 ans avec 58% de ce groupe d'âge), à l'inverse du **stérilet au cuivre** qui concerne surtout les **25-39ans** (en particulier les 30-34 ans avec 24%) et du **stérilet hormonal** surtout présent chez les **35-49 ans** (24% chez les 40-49 ans en péri-ménopause). Le **préservatif** se retrouve chez toutes les catégories d'âges, un peu plus chez les **15-24 ans** au début de la vie sexuelle (16%), et chez les **30-39 ans** particulièrement concernées par le post-partum (19% chez les 35-39). L'**implant** enfin, varie peu selon l'âge, correspondant à environ 5% de chaque groupe d'âge sauf chez les **40-49 ans** où il atteint 8%. Les **autres méthodes** concernent principalement les **40-49 ans** avec 19%, principalement les méthodes naturelles, le retrait et la contraception définitive.

Nous avons également regardé **la présence du DIU en fonction de la parité**, avec 25% (169) des nullipares ayant un stérilet, contre 39% (115) des femmes ayant au moins un enfant.

La contraception en fonction du niveau d'étude

Nous avons également étudié la répartition des différentes contraceptions selon le niveau d'étude ($p=4,15.10^{-5}$). On retrouve en effet **plus de DIU notamment au cuivre dans les niveaux d'études élevés (\geq bac+2)** avec 19% de stérilet au cuivre contre 8% dans les niveaux plus bas, et 10% de stérilet hormonal contre 8%. Concernant les niveaux d'études inférieurs ou égaux au bac, l'implant (10% contre 5%), les méthodes naturelles (6% contre 2%) et le retrait (6% contre 3%) sont plus présents que dans les niveaux d'études plus élevés. La pilule d'urgence est par contre inutilisée dans les niveaux d'étude bas (0 femmes contre 11 de niveau bac+2 et plus, la couplant systématiquement à une autre contraception). La pilule quant à elle, concerne pas loin de la moitié des femmes, que ce soit dans les niveaux d'études élevés (44%) ou plus bas (42%).

Figure 15 c : La contraception en fonction du niveau d'étude

La contraception en fonction de la durée du couple

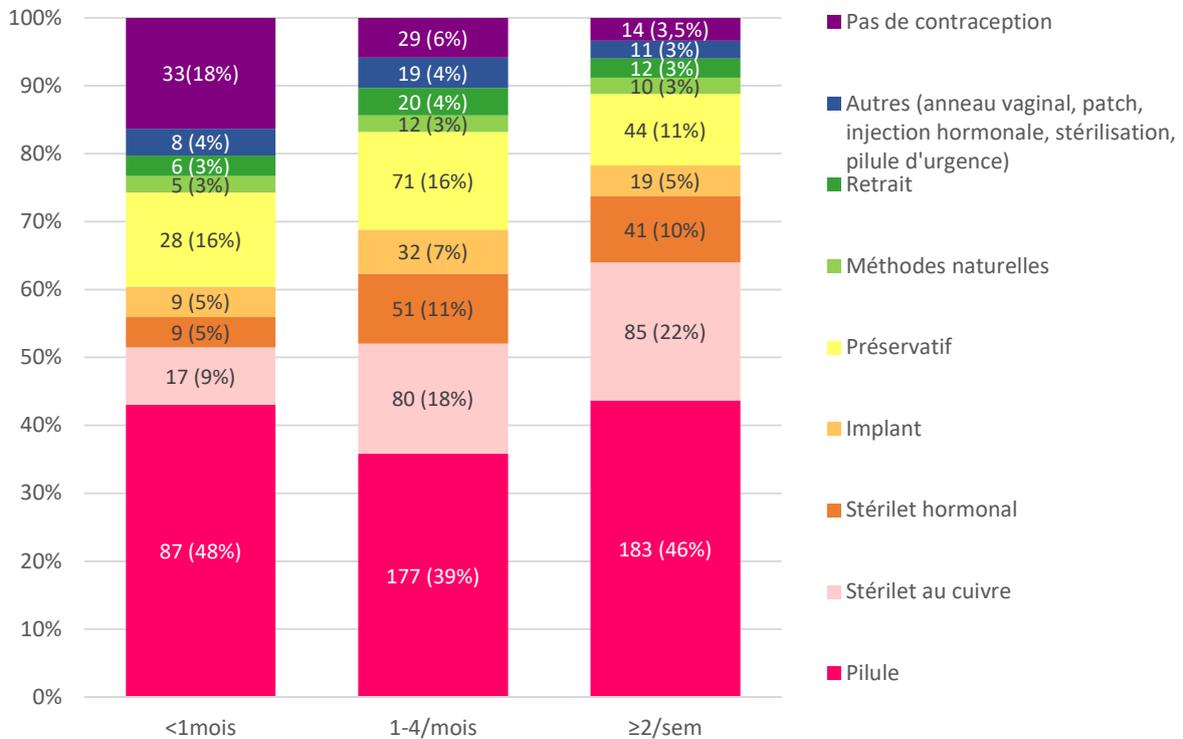
Nous avons étudié l'impact de la durée du couple sur la méthode contraceptive ($p=0,015$). On retrouve **peu de différence**, hormis pour les couples de longue date (>10 ans) où le stérilet hormonal est plus fréquent (16% contre 6 à 9% < 10 ans), et la pilule beaucoup moins (25% contre 40% < 10 ans). L'absence de contraception se retrouve surtout parmi les couples de longue date, mais également les couples de moins d'un an (12% contre 9 à 10%).

La contraception en fonction de la fréquence des rapports sexuels

Enfin, nous avons étudié l'influence de la fréquence des rapports sexuels sur le type de contraception ($p=1,5.10^{-7}$). On remarque que les méthodes de contraception de longue durée comme les **DIU** sont plutôt choisis par les femmes ayant des **rapports sexuels fréquents**, avec pour le stérilet au cuivre 18 à 22% contre 9% pour celles ayant moins d'un rapport sexuel par mois, et 10 à 11% contre 5% pour le stérilet hormonal. Le **préservatif** concerne plus souvent les femmes ayant des **rapports sexuels peu ou moyennement fréquents** avec 16% contre 11% pour les femmes ayant des rapports sexuels deux fois ou plus par semaine. Enfin, on remarque une **absence de contraception bien plus importante chez les femmes ayant moins d'un**

rapport sexuel par mois (18% contre 3,5 à 6% pour les autres), alors qu'elles restent pourtant à risque de grossesse non désirée.

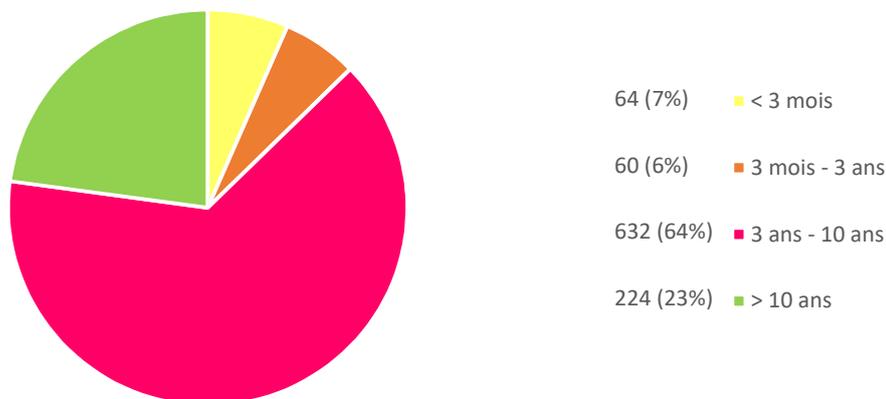
Figure 15 d : La contraception en fonction de la fréquence des rapports sexuels



n = 1038

Durée d'utilisation de la méthode contraceptive choisie

Figure 16 : Depuis combien de temps utilisez-vous cette méthode ?

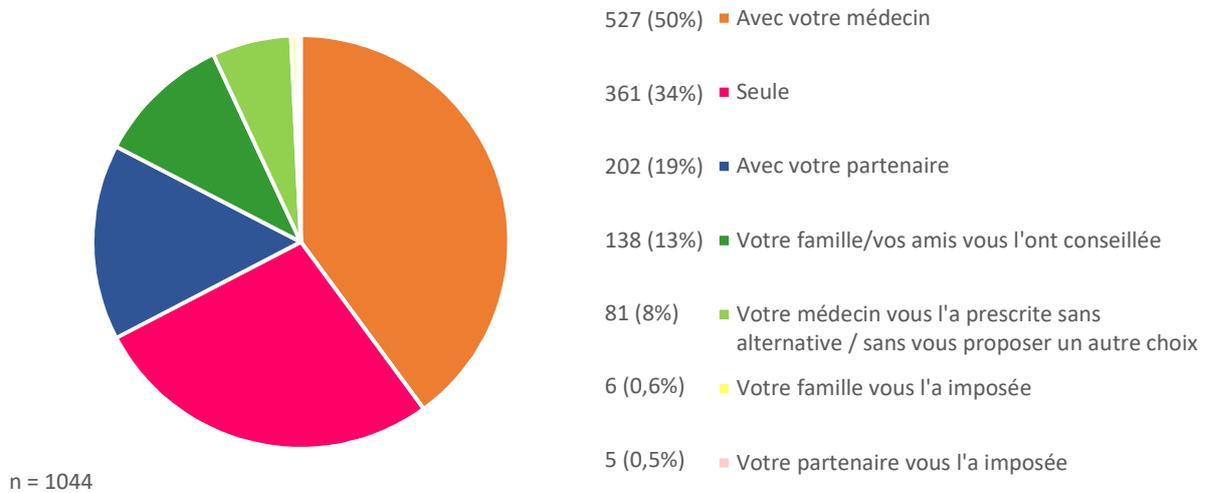


n = 980

Si l'on considère les femmes ayant une méthode contraceptive dans cette étude, la majorité (87%) ont leur méthode contraceptive depuis plusieurs années, ce qui leur donne un recul important sur leur contraception.

Méthode de choix de la contraception

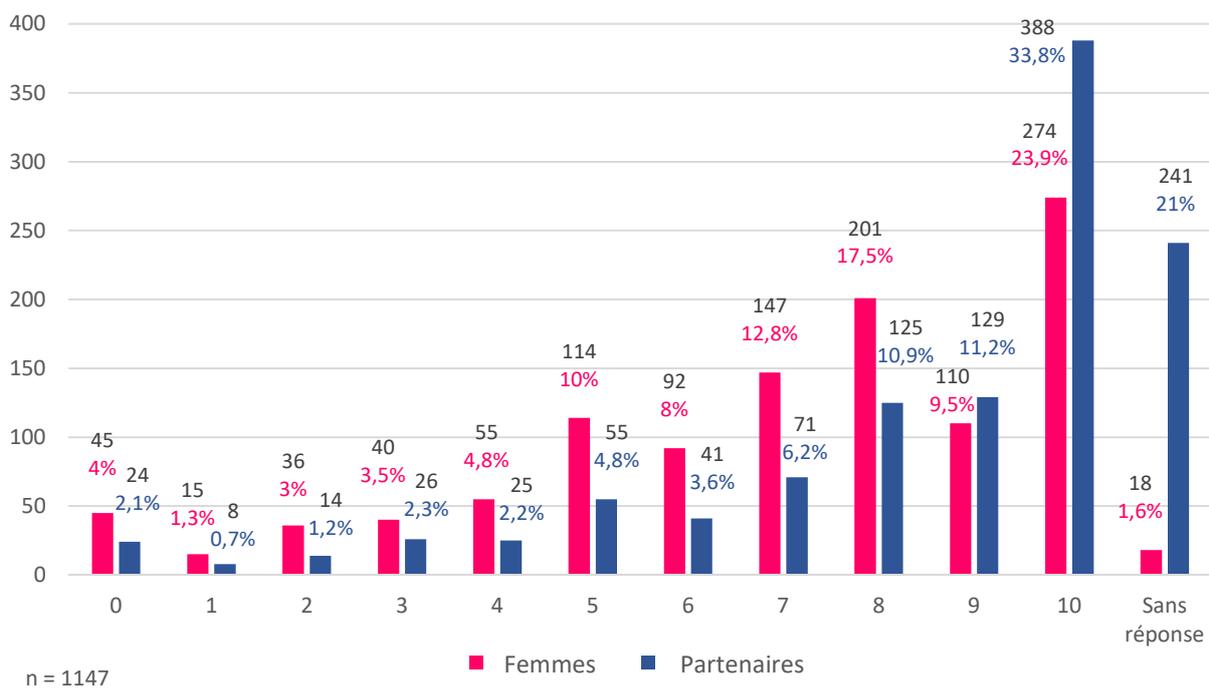
Figure 17 : Vous avez choisi votre contraception :



Pour la majorité des femmes ayant une méthode contraceptive, celles-ci l'ont choisie avec leur médecin (50%) et/ou seule (34%). La place du partenaire et de la famille est également importante dans ce choix pour 32% des femmes. On voit également que **9% des femmes se sont vu imposer leur méthode contraceptive par leur médecin, leur famille ou partenaire.**

Satisfaction de la méthode contraceptive choisie

Figure 18 : Êtes-vous satisfaite de votre méthode de contraception actuelle ? Si vous avez un/une partenaire, pensez-vous qu'il/elle soit satisfait de votre méthode de contraception ?



Nous avons évalué la satisfaction des femmes concernant leur méthode contraceptive actuelle avec une note de 0 à 10. La **satisfaction moyenne des femmes est de 7** [4,3 ; 9,7]. 73% d'entre elles sont globalement satisfaites (note > 5) et 17,5% insatisfaites (note < 5).

On leur a également demandé d'évaluer selon elles la satisfaction de leur partenaire. 21% d'entre elles n'ont pas répondu, par choix ou par absence de partenaire. La **satisfaction du/de la partenaire évaluée par les femmes semble plus élevée** avec une **moyenne égale à 8** [5,5 ; 10,6]. 83% des femmes les jugent satisfait(e)s (note > 5) et 11% insatisfait(e)s (note < 5).

Le détail des notes se trouve en *Annexe 3*.

Partenaires Femmes	Très satisfait(e)s 8 - 10	Satisfait(e)s > 5	Insatisfait(e)s < 5	Très insatisfait(e)s 0 - 2	Total Femmes
Très satisfaites 8 - 10	451 (76%)	477	3	1 (<1%)	594 (52%)
Satisfaites > 5	569	651	14	3	832 (73%)
Insatisfaites < 5	39	58	71	47	199 (17,5%)
Très insatisfaites 0 - 2	8 (8%)	14	13	41 (39%)	104 (9%)
Total Partenaires	650 (71%)	762 (83%)	105 (11%)	54 (6%)	1137 914

Si l'on s'intéresse à la **concordance des réponses femmes/partenaires**, on observe que parmi les femmes très insatisfaites (note ≤ 2), 39% semblent en accord avec leur partenaire et 8% en désaccord (donnant une note ≥ 8 à leur partenaire). Considérons maintenant les femmes très satisfaites (note ≥ 8) : 77% sont en accord avec leur partenaire, leur donnant une note ≥ 8 , contre moins d'1% donnant une note ≤ 2 .

Enfin, 44% des femmes ont attribué à leur partenaire une note supérieure à la leur et 43% une note équivalente. **La majorité des femmes de notre étude jugent donc la satisfaction de leur partenaire envers leur méthode contraceptive équivalente ou supérieure à la leur.**

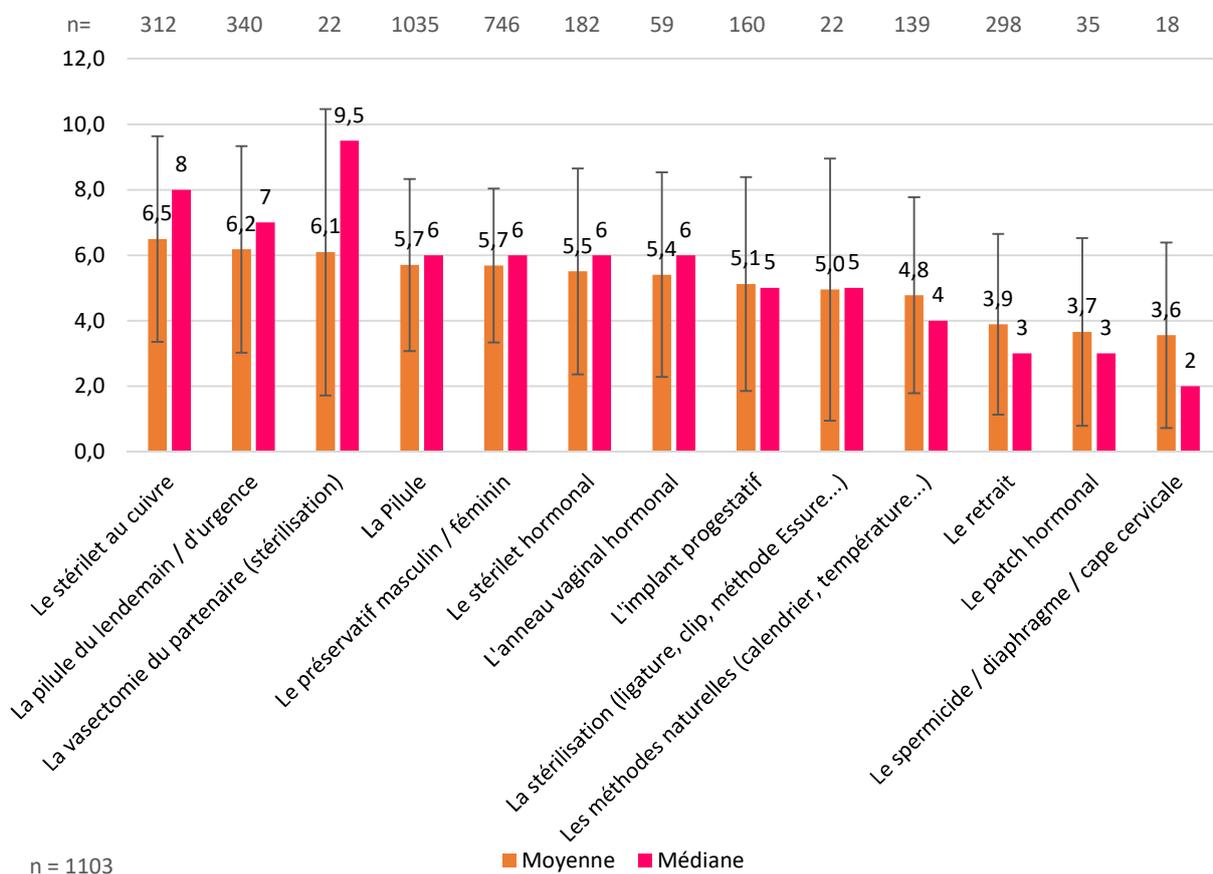
Satisfaction en fonction du choix de la méthode contraceptive

Si l'on regarde maintenant l'influence du choix de la méthode contraceptive sur la satisfaction, on remarque une **satisfaction significativement ($p=0,0002$) plus élevée chez les femmes ayant choisi leur contraception avec leur médecin, leur famille ou leur compagnon**, avec une moyenne à **7,2** [4,7 ; 9,7], ainsi que celles ayant choisi **seule** (moyenne également à **7,3** [4,6 ; 10]), contrairement à celles ayant eu une méthode contraceptive imposée par leur médecin, leur partenaire ou leur famille avec une moyenne à **5,6** [2,9 ; 8,3].

Satisfaction envers les différentes méthodes contraceptives essayées

Nous nous sommes ensuite intéressés à la satisfaction concernant chaque contraception, en calculant la moyenne et l'écart type ainsi que la médiane et l'interquartile pour chacune d'entre elles. Nous avons choisi d'utiliser la moyenne pour comparer les différentes méthodes, celle-ci étant plus représentative notamment lorsqu'on avait peu de valeurs.

Figure 19 : Concernant la/les contraception(s) que vous avez déjà essayée(s), donnez une note de satisfaction de 1 à 10



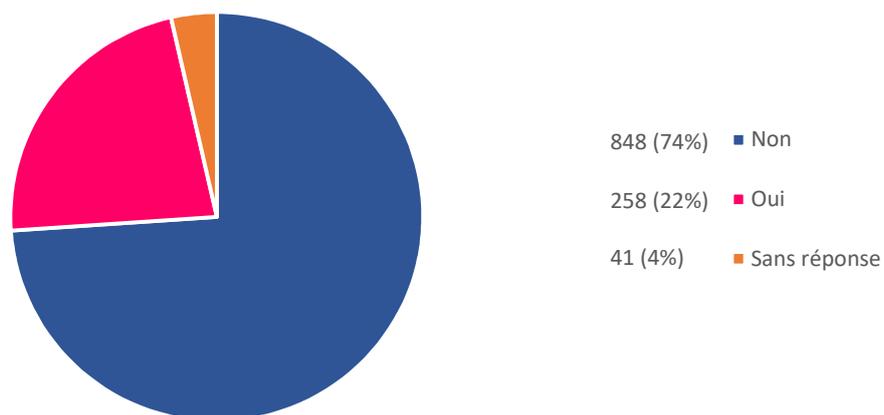
La satisfaction moyenne la plus haute est attribuée par les femmes de l'étude au **stérilet au cuivre avec une moyenne à 6,5**. Suivent ensuite la contraception d'urgence (pilule du lendemain) avec 6,2 et la vasectomie du partenaire avec 6,1*. On retrouve enfin la pilule et le préservatif à 5,7 et le stérilet hormonal à 5,5. Les méthodes donnant au contraire le moins de satisfaction sont le retrait (3,9), le patch hormonal (3,7)* et le spermicide/diaphragme/cape cervicale (3,6)*.

* moyennes à pondérer du fait du faible nombre de réponse concernant la satisfaction de méthode contraceptive

Frein à la prescription de la contraception par le médecin

Nous nous sommes intéressés dans cette étude au frein éventuellement rencontré par les femmes dans la prescription de leur contraception par un médecin. Sur les 1147 femmes, 848 femmes (74%) ont répondu ne pas avoir rencontré de frein, 258 (22%) en ont rencontré au moins un, et 41 (4%) n'ont pas répondu.

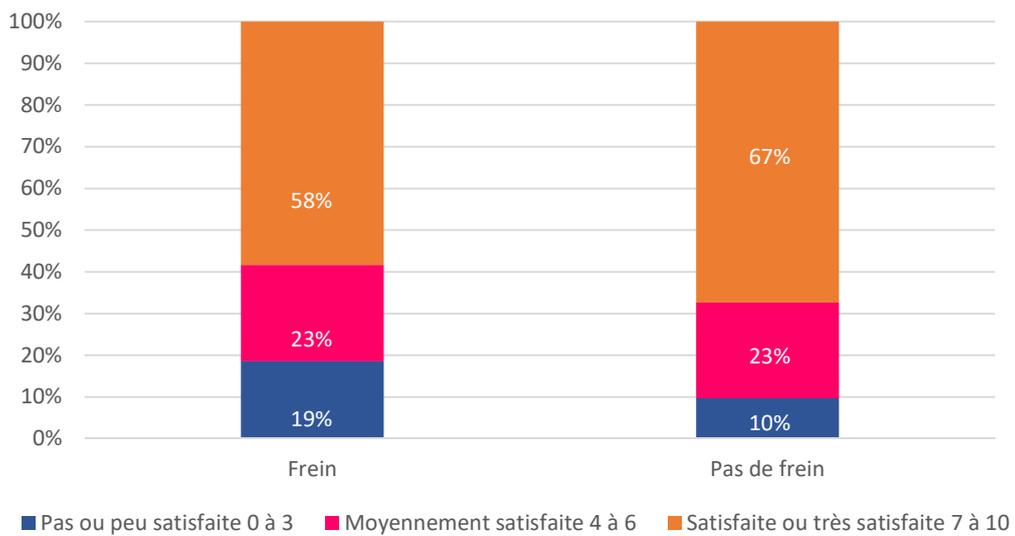
Figure 21 a : Avez-vous déjà ressenti chez votre médecin un frein à la prescription de la contraception que vous souhaitiez ?



n = 1147

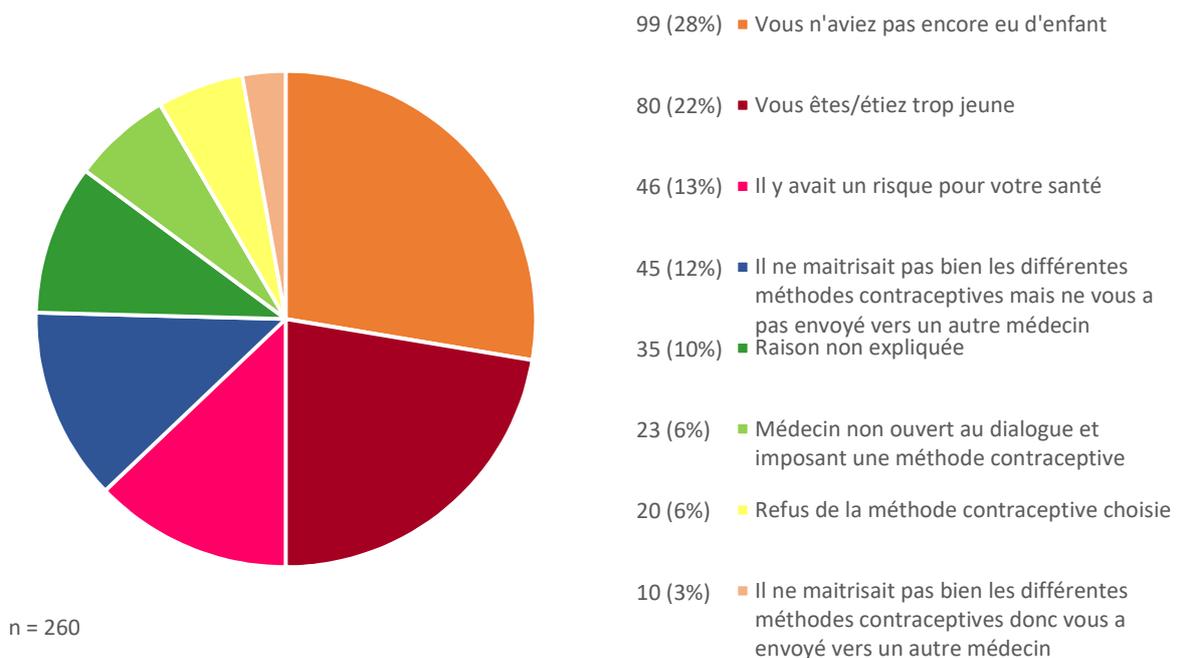
En croisant les données avec la satisfaction des femmes envers leur méthode contraceptive, on remarque une différence significative ($p=2,10.10^{-25}$) entre **celles qui ont rencontré un frein à la prescription qui affichent une satisfaction moyenne plus basse (6,5) que celles qui n'en ont pas rencontré (7,2)**.

Figure 21 b : Influence du frein à la prescription de la contraception sur la satisfaction



n = 1098

Figure 21 c : Si vous avez ressenti un frein, quelle(s) étai(en)t la/les raison(s) ?



n = 260

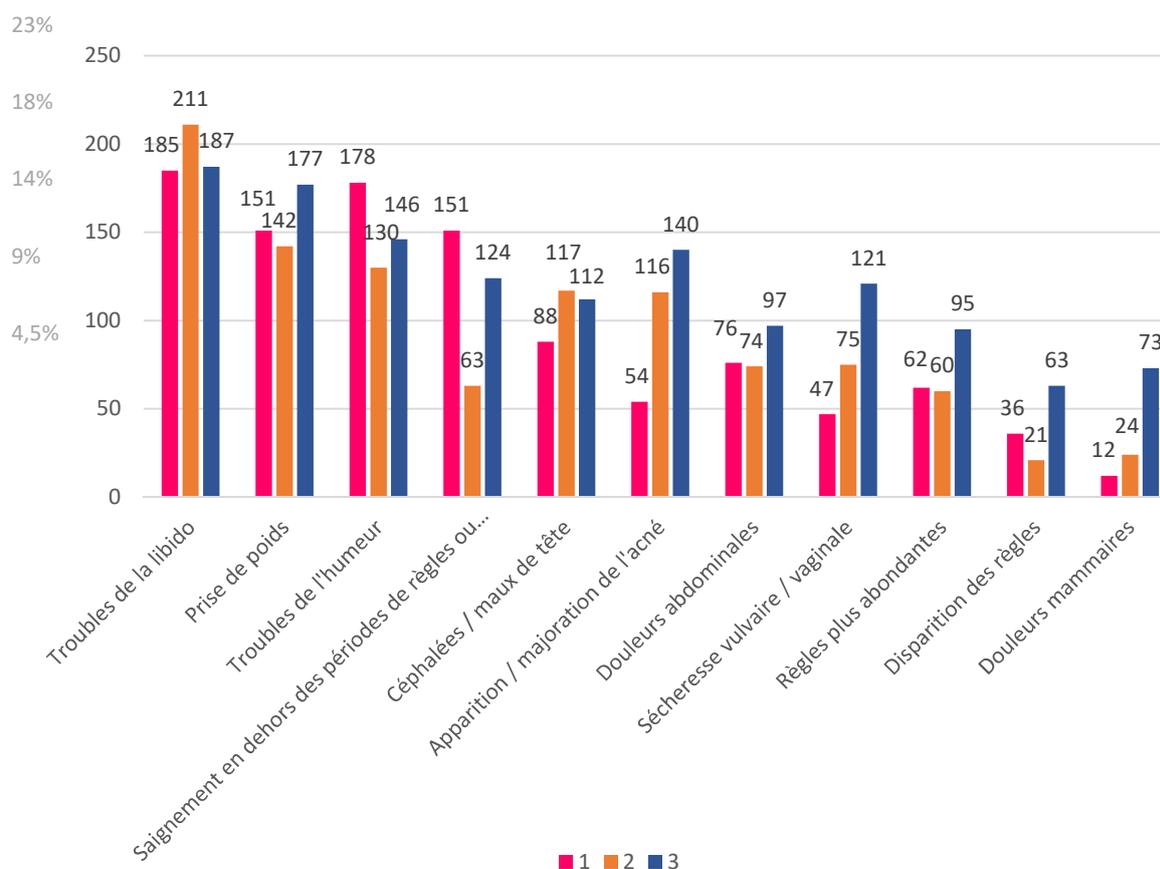
Les principaux freins rencontrés par les femmes de l'étude lors de la prescription de leur contraception concernaient le fait qu'elles n'aient **pas encore d'enfant** pour 28%, et leur **jeune âge** pour 22%. Lorsque l'on regarde la méthode contraceptive de ces femmes, on remarque que pratiquement la moitié (42%) est sous **DIU** (contre 28% en moyenne dans notre étude). On voit ainsi que les femmes souhaitant un DIU rencontrent plus souvent un frein lié à leur âge ou à leur nulliparité que celles ayant une autre méthode contraceptive. Le risque pour

leur santé n'apparaît qu'en 3^e position avec 13%. Le détail des réponses « autre » se trouve dans l'*Annexe 4* de cette étude.

3. Attentes des femmes envers la contraception

Effets indésirables de la contraception

Figure 22 a : Quels sont pour vous les 3 effets indésirables les plus inacceptables ?



n = 1091

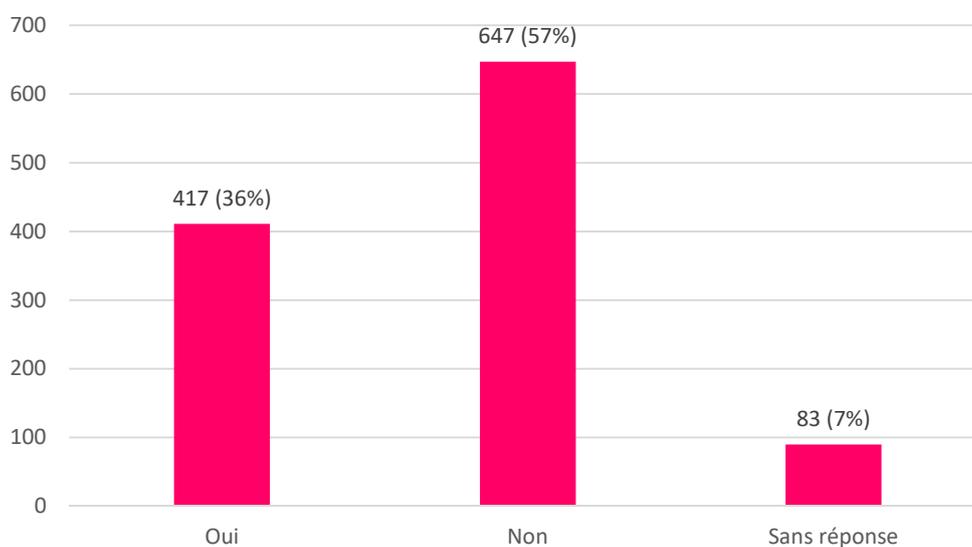
Parmi les effets indésirables considérés comme les plus inacceptables par les femmes de cette étude, on retrouve principalement les **troubles de la libido** (53% la cite en 1, 2 ou 3), la **prise de poids** (43%) et les **troubles de l'humeur** (42%), puis les saignements en dehors des périodes de règles (31%), les céphalées (29%) et enfin l'acné (28%). Les réponses « autre », représentant un peu moins de 2% du total des réponses, ont été détaillées dans l'*Annexe 5*.

On s'est ensuite intéressés à l'**influence significative à 5% ($p=3,78.10^{-5}$) des hormones contraceptives** sur les troubles de la libido et de l'humeur. En effet, les femmes ayant une contraception hormonale citent plus souvent les troubles de la libido comme l'effet le plus inacceptable que celles n'ayant pas d'hormone, à l'inverse des troubles de l'humeur qui sont plus souvent citées par les femmes n'ayant pas d'hormone.

	Trouble de la libido	Trouble de l'humeur	La prise de poids
Femmes ayant une contraception hormonale	113 (18 %)	85 (14 %)	81 (13 %)
Femme n'ayant pas de contraception hormonale	46 (13 %)	69 (20 %)	44 (12 %)

Souhait d'un changement de contraception

Figure 23 a : Envisagez-vous de changer de contraception ?



n = 1147

Lorsque l'on a demandé aux femmes de l'étude si elles souhaitaient changer leur contraception, 417 soit **36% d'entre elles ont répondu affirmativement** (43% parmi les femmes sous contraception hormonale et 48% sous pilule). Sur ces 36%, une très grande majorité, soit **30%** des femmes de l'étude, souhaite changer du fait d'une **insatisfaction** (trop d'effets indésirables, ne correspond pas à leur corps, à leur emploi du temps, la peur des hormones ou de devenir stérile, ou encore l'échec de leur contraception aboutissant à une grossesse).

Figure 23 b : Pour quelle(s) raison(s) souhaitez-vous changer de contraception ?

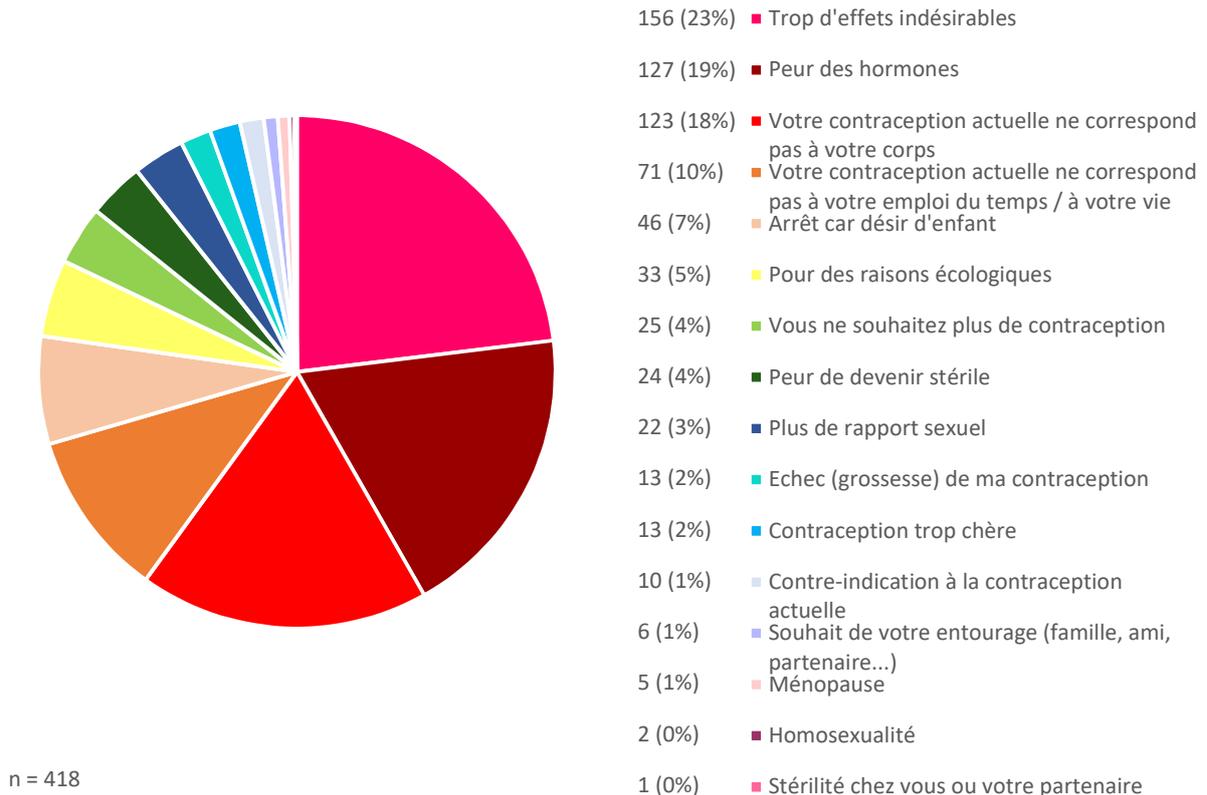
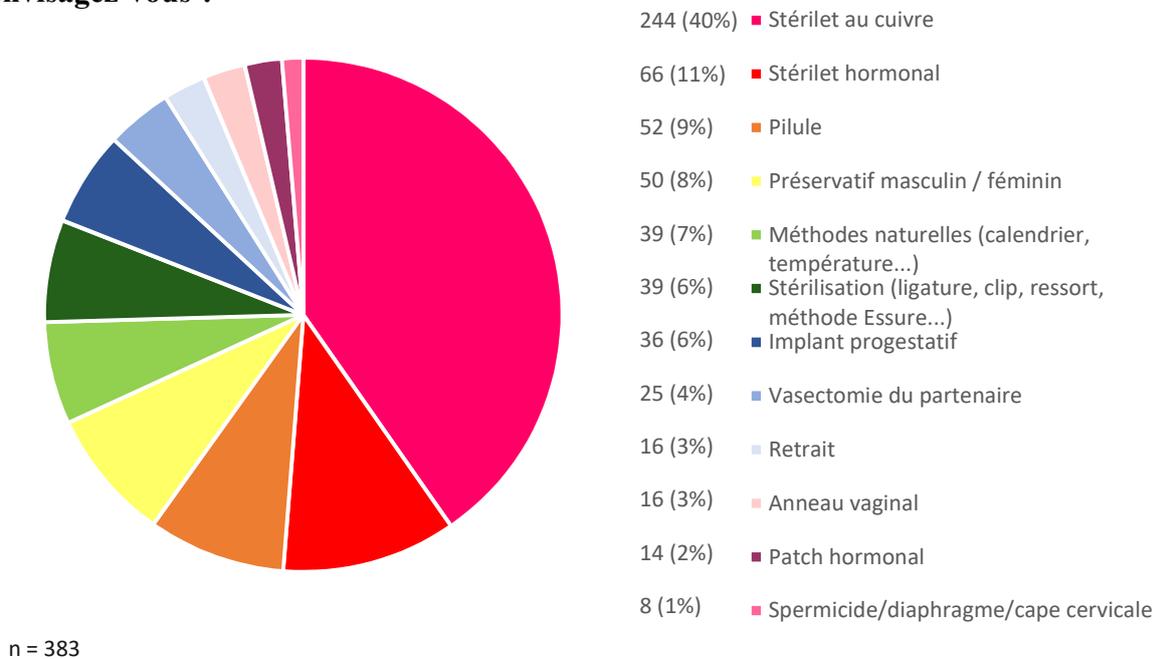


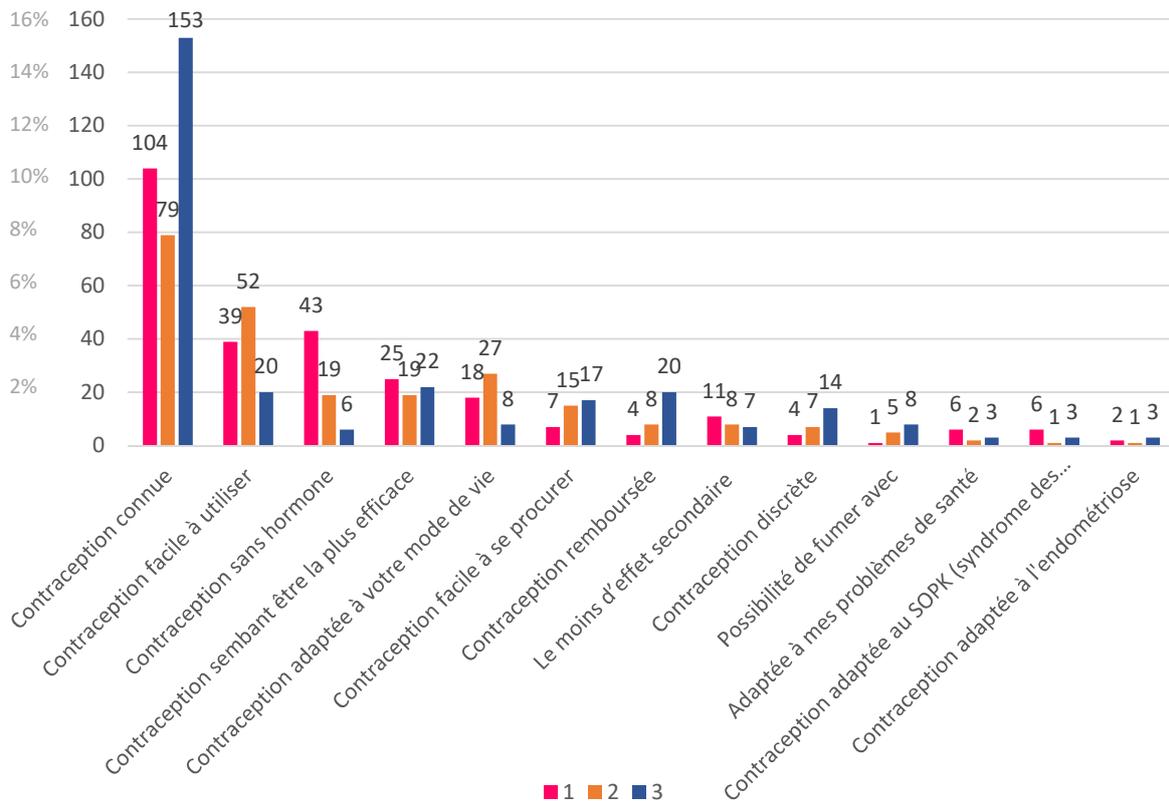
Figure 23 c : Si vous souhaitez changer de contraception, quelle(s) contraception(s) envisagez-vous ?



Les femmes souhaitant changer de contraception se tournent très majoritairement (40%) vers le **stérilet au cuivre**, ce qui représente **23% des femmes concernées par la contraception dans notre étude**. On retrouve loin derrière, le stérilet hormonal (11%), la pilule (9%), le préservatif (8%), les méthodes naturelles (7%), la stérilisation féminine (6%) et l'implant (6%).

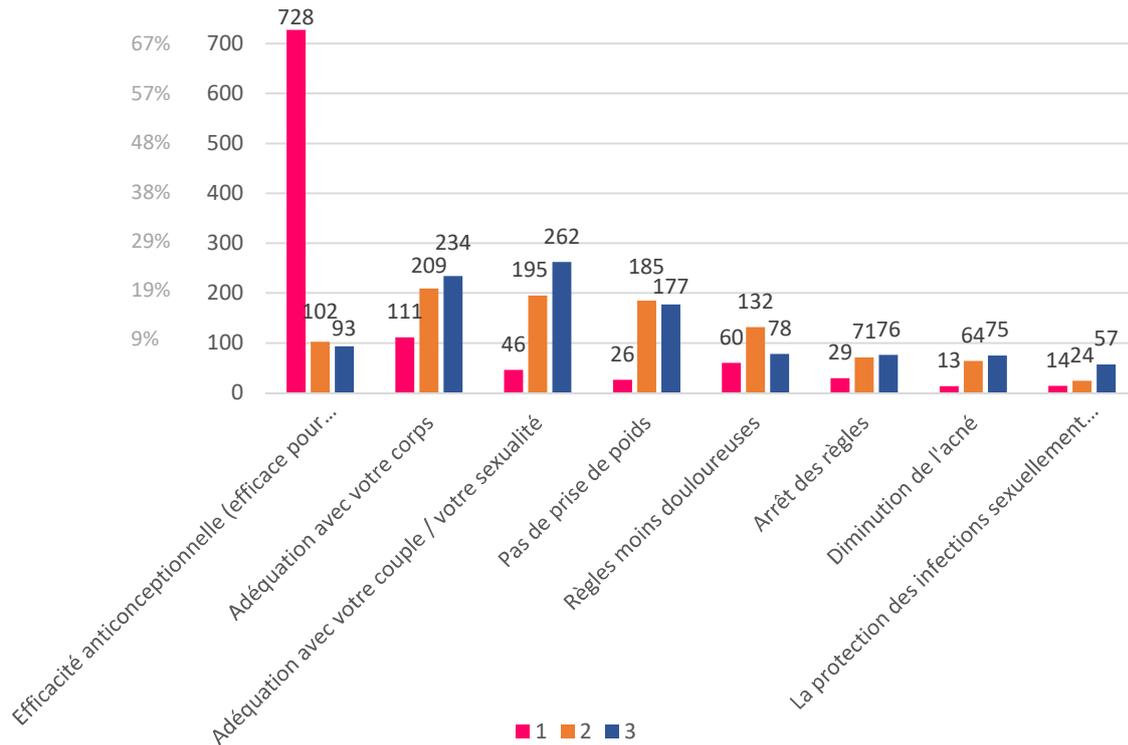
Choix et attentes sur la contraception actuelle ou celle envisagée

Figure 24 : Quelles sont les 3 raisons principales du choix de votre contraception ?



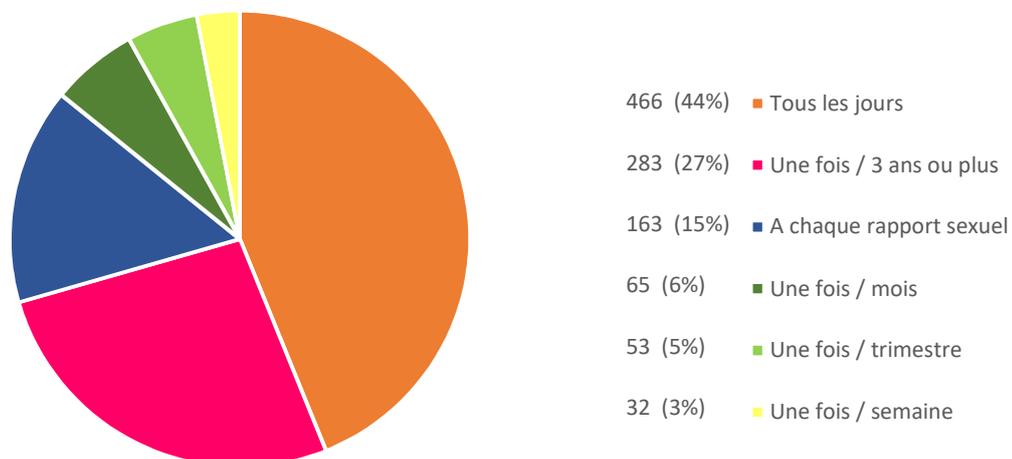
n = 1004

Les 3 raisons principales du choix de leur contraception sont le fait que la contraception soit **connue** (33% la cite en 1, 2 ou 3), **facile à utiliser** (11%) et **sans hormone** (7%). L'efficacité (6,5%) et son adaptation au mode de vie (5%) sont également fréquemment citées. Deux motifs ajoutés par les femmes de l'étude dans la rubrique « autre » ont été retrouvés à plusieurs reprises et intégrés au graphique : « *le moins d'effets secondaires* » (qui n'a pas été proposé dans le questionnaire car évoqué dans la question suivante sur les attentes) et « *adaptée à mes problèmes de santé* ». Les autres motifs sont détaillés dans l'Annexe 6.

Figure 25 : Qu'attendez-vous préférentiellement de votre contraception ?

n = 1044

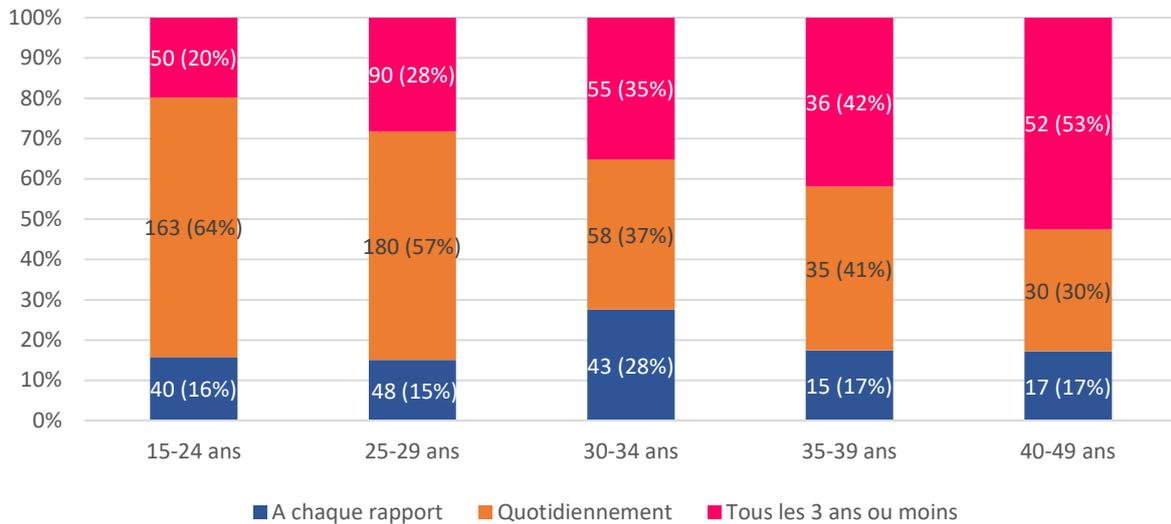
Les principales attentes envers la contraception sont l'**efficacité anticonceptionnelle** qui est en effet le but premier de la contraception (88% la cite en 1, 2 ou 3), mais également l'**adéquation avec le corps** (53%), **le couple et la sexualité** (48%), ainsi qu'une **absence de prise de poids** (37%) et **des règles moins douloureuses** (26%). Les réponses ajoutées dans la rubrique « autre » sont consultables dans l'*Annexe 7* de l'étude.

Figure 26 a : Vous êtes prête à gérer votre contraception :

n = 1062

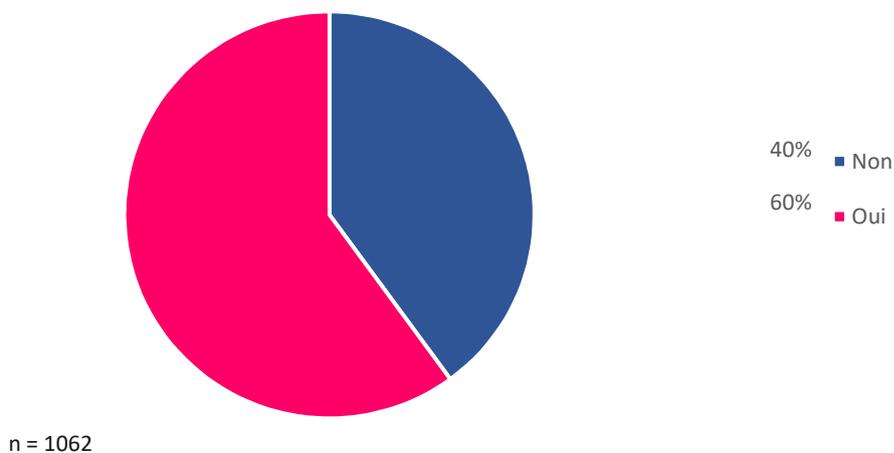
On voit dans cette étude que **44% des femmes**, soit la majorité, sont prêtes à penser à leur contraception **tous les jours**, malgré la charge mentale associée. A l’opposé, **27%** ne souhaitent s’occuper de leur contraception qu’**une fois tous les 3 ans ou plus**.

Figure 26 b : Fréquence d'utilisation de la contraception en fonction de l'âge



On remarque également une différence significative à 5% selon l’âge des femmes ($p=1,93.10^{-11}$), avec un souhait de gérer sa contraception le plus rarement possible (une fois tous les 3 ans ou plus) augmentant avec l’âge.

Figure 27 : Le remboursement de votre contraception est-il indispensable ?

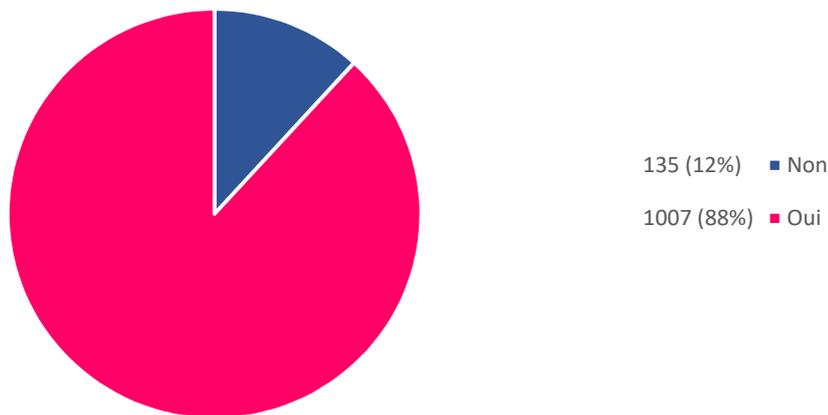


Cette dernière question sur les attentes des femmes envers leur contraception nous montre que **le remboursement reste un critère indispensable pour 60%** d’entre elles.

4. La place du/ de la partenaire dans la contraception

Intégration du/ de la partenaire dans la contraception

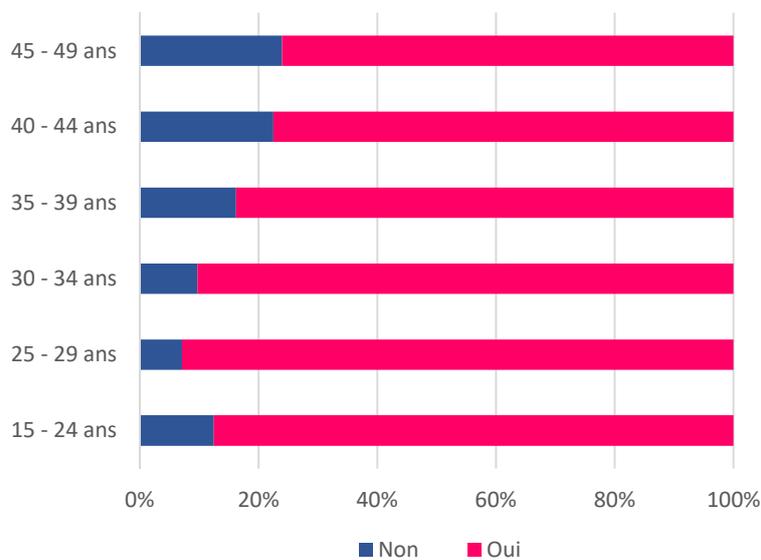
Figure 28 a : Pensez-vous que le/la partenaire doit-être impliqué(e) dans la contraception ?



n = 1142

Pour terminer cette étude, on s'est intéressés à l'intégration du partenaire dans la contraception. Ce désir d'intégration est très fort avec 88% des femmes qui le souhaitent.

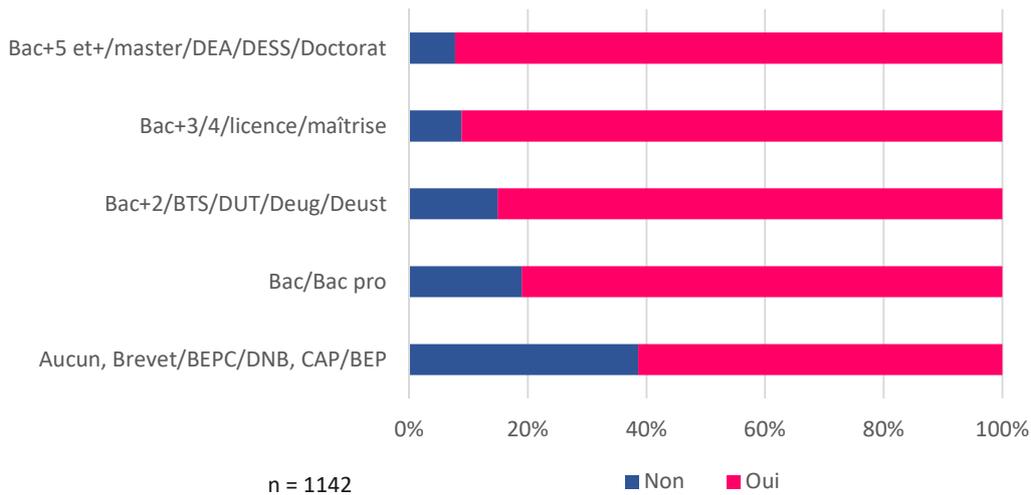
Figure 28 b : Désir d'intégration du/ de la partenaire dans la contraception en fonction de l'âge



n = 1142

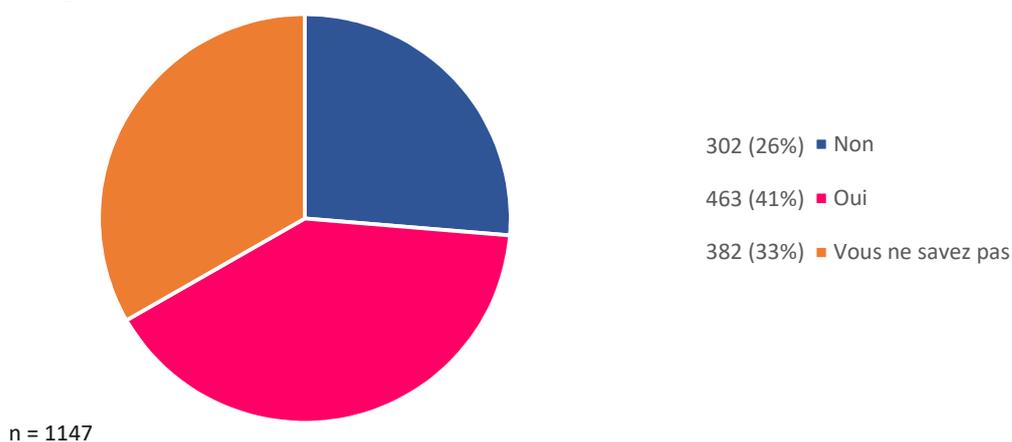
En intégrant le facteur de l'âge, on retrouve une différence significative à 5% ($p=6,20.10^{-5}$), avec un désir d'intégration concernant surtout les tranches d'âge plus jeunes, notamment les 25-29 ans (93%) et les 30-34 ans (90%). Les 40-49 ans sont plus réticentes au partage de la contraception (76-77%).

Figure 28 c : Désir d'intégration du/ de la partenaire dans la contraception en fonction du niveau d'étude



On retrouve également une différence significative à 5% ($p=8,75.10^{-12}$) en fonction du niveau d'étude, avec un souhait d'intégration plus important dans les niveaux d'études plus élevés, notamment chez les Bac+3 équivalents et plus (91-92%). Les femmes sans diplôme ou avec un niveau Brevet/BEPC/BNB et CAP/BEP sont moins nombreuses à vouloir l'intégration du/ de la partenaire (61%).

Figure 29 : Feriez-vous confiance à votre partenaire s'il/elle devait gérer la contraception ?



Malgré le fait que 88% des femmes souhaiteraient intégrer leur partenaire dans la contraception, elles restent plus réticentes à laisser leur partenaire gérer celle-ci, avec 41% pour, 26% contre et 33% d'indécises.

Connaissance de la contraception masculine

Figure 30 : Avez-vous déjà entendu parler de la contraception pour les hommes ?

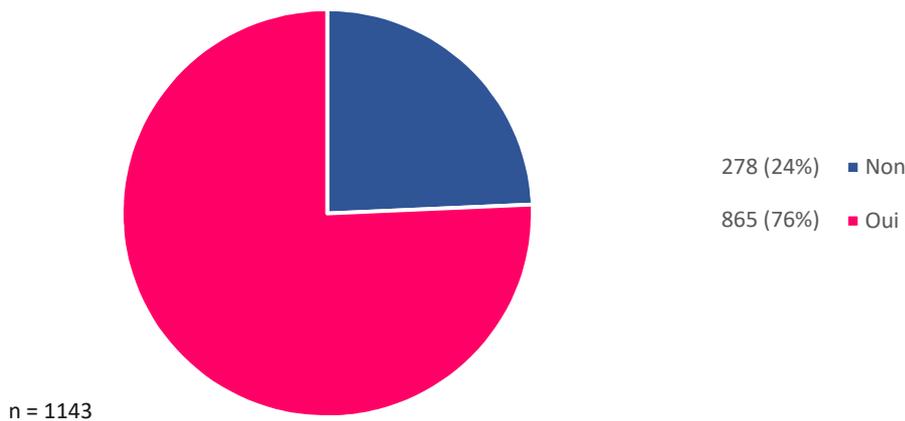
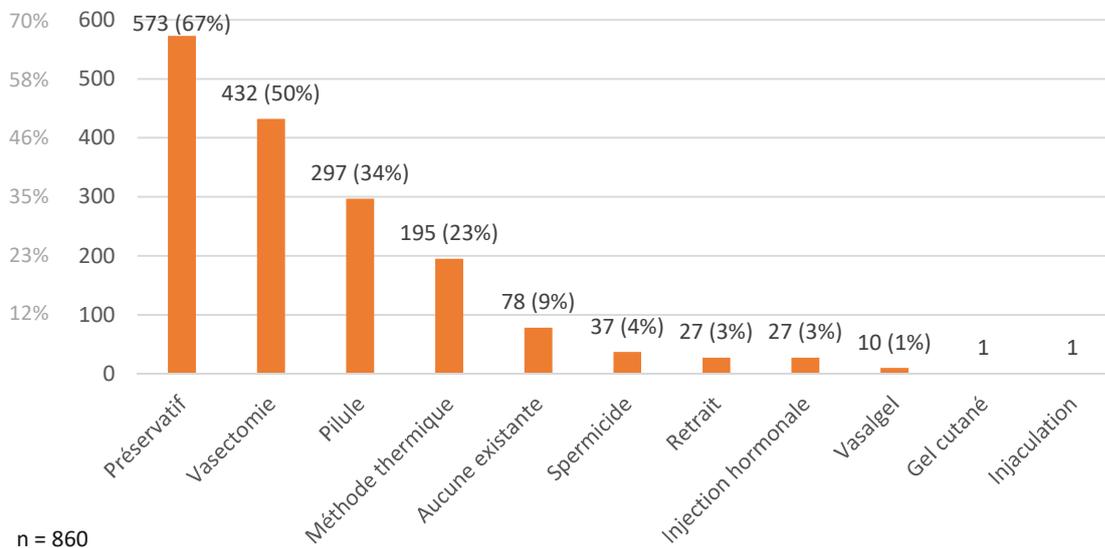


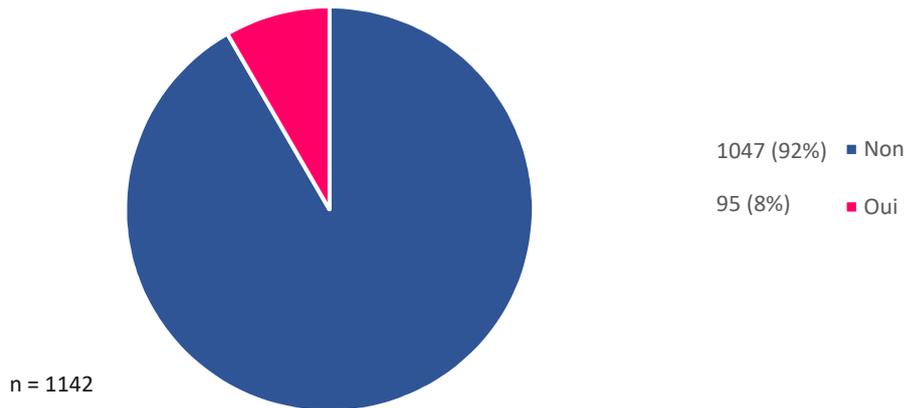
Figure 31 : Quelle(s) contraception(s) masculine(s) connaissez-vous ?



On s'est intéressés à la contraception masculine et aux connaissances des femmes sur celle-ci. La majorité d'entre elles ont déjà entendu parler de la contraception masculine (76%). Les contraceptions masculines citées le plus souvent sont le **préservatif** (67%) et la **vasectomie** (50%). Elles citent également la pilule masculine (34%) et les méthodes thermiques (23%).

Plusieurs femmes ont souhaité évoquer leur déception concernant l'évolution très lente de la contraception masculine, notamment de la pilule masculine toujours en étude ainsi que des méthodes thermiques. On peut retrouver leurs remarques dans l'*Annexe 8* de l'étude.

Figure 32 : Connaissez-vous un homme qui utilise / a déjà utilisé une contraception autre que le préservatif ?



Pour terminer, le nombre de femmes connaissant un homme utilisant ou ayant utilisé une contraception autre que le préservatif reste faible, avec seulement 8% d'entre elles.

DISCUSSION

La contraception, pour laquelle nos mères et grands-mères se sont battues et qui représente une avancée considérable dans l'émancipation des femmes en France, est appréhendée de manière différente par les femmes d'aujourd'hui.

L'objectif principal de notre étude était de connaître les **attentes des Françaises de 15 à 49 ans envers la contraception**, en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques, de leurs convictions, de leur vie sexuelle et affective et de leur passé contraceptif. Nous avons recueilli les informations de **1147 femmes** provenant de la France entière, majoritairement du département du Nord.

1. Les forces et faiblesses de l'étude

Les forces de l'étude

- *Un questionnaire évalué et anonyme*

L'élaboration de notre questionnaire a nécessité une recherche bibliographique sur les questionnaires existants sur les attentes envers la contraception, même si la littérature était pauvre à ce sujet. Nous avons porté une attention particulière à l'anonymat et à l'accessibilité des questions, avec beaucoup de réponses à choix uniques ou multiples, tout en laissant une possibilité d'expression dans la case « autre » pour certaines questions. Un premier questionnaire a ensuite été distribué à une dizaine de femmes de différents niveaux d'éducation et n'appartenant pas au milieu médical, afin de nous assurer que celui-ci était clair et accessible à toutes. Suite à leurs remarques, nous avons élaboré un questionnaire final qui a été soumis à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et déclaré au registre des traitements de l'Université de Lille sous le numéro 2020-210 ;

- *La taille de l'échantillon*

Grâce à l'aide d'internes en médecine et du réseau social, de la plateforme Doctolib de plusieurs médecins, du site internet du planning familial de Lille, ainsi qu'à l'aide d'un QR code affiché dans plusieurs cabinets médicaux, nous avons pu enregistrer 1095 réponses sur internet. Des médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues des Hauts-de-France ainsi que le planning familial de Lille ont également contribué à la distribution du questionnaire dans leurs cabinets de ville, avec 52 réponses papier ;

- *Une population concernée par la contraception*

Les femmes de notre étude sont en effet 83% à avoir une contraception, et 87% d'entre elles l'utilisent depuis plus de 3 ans. Elles ont donc une expérience non négligeable de leur méthode contraceptive, ce qui donne une force à leurs réponses, avec des attentes muries et réfléchies.

Les faiblesses de l'étude

- *La présentation du questionnaire*

Le sujet de la contraception est vaste et la population concernée également, il était donc difficile de réaliser un questionnaire court. Nous avons malgré tout essayé de présenter ces 27 questions en une page recto verso pour ne pas décourager les femmes interrogées. De plus, toutes les questions n'attendaient pas systématiquement une réponse.

Les questions ont été formulées de façon fermée avec choix uniques ou multiples pour faciliter les réponses et permettre une analyse plus précise. Mais cette formulation a pu orienter les réponses et limiter l'expression de certaines femmes. Nous avons donc intégré des réponses ouvertes « autre » pour limiter cette influence. Une thèse qualitative avec des entretiens individuels aurait pu être intéressante, mais l'intérêt ici était d'avoir un grand nombre de réponses pour permettre de ressortir les problématiques et attentes les plus fréquentes parmi ce vaste sujet qu'est la contraception.

- *Biais de volontariat*, la participation des professionnels de santé dans la distribution du questionnaire ainsi que la participation des femmes au questionnaire reposaient sur le volontariat ;
- *Biais de recrutement*, lié en partie au questionnaire diffusé en ligne qui ciblait une population ayant accès à internet et/ou aux réseaux sociaux, soit une population plus aisée. De plus, le questionnaire a été relayé en partie par des internes de médecine, soit appartenant à une population **plus jeune avec un niveau d'étude élevé**. La représentativité de notre population d'étude est donc impactée par ce biais de recrutement, avec une population plus jeune (33% de 25-29 ans contre 4% de 45-49 ans), et de niveau d'éducation plus élevée (70,5% de bac \geq 2) que la population référencée par l'INSEE entre 2019 et 2021.

Tableau 1 : Comparaison de l'âge de notre population avec la population française féminine en 2021 chez les 15-49 ans (source INSEE)*

Tranche d'âge	Population française féminine en 2021 (%)	Echantillon de l'étude (%)
15-24 ans	27 %	29 %
25-29 ans	13 %	33 %
30-34 ans	14,5 %	17 %
35-39 ans	15 %	10 %
40-44 ans	15 %	7 %
45-49 ans	15,5 %	4 %

* On retrouve une différence significative à 5% (p=0,001).

Tableau 2 : Comparaison du niveau d'étude de notre population avec la population française féminine en 2019 chez les 25-44 ans (source INSEE)*

Niveau d'étude	Population française féminine en 2019 (%)	Echantillon de l'étude (%)
Aucun diplôme, certificat d'études primaires ou brevet des collèges	12,4 %	2,4 %
CAP, BEP ou équivalent	16,3 %	2,7 %
Baccalauréat, brevet professionnel ou équivalent	20,3 %	12,1 %
Diplôme du supérieur court (niveau bac + 2)	17,3 %	12,3 %
Diplôme du supérieur long (supérieur à bac + 2)	33,7 %	70,5 %
	71,3%	94,9 %

* On retrouve une différence significative à 5% ($p=1,35.10^{-53}$). Les sources de l'INSEE ne traitant pas les femmes de moins de 25 ans et réalisant des tranches tous les 10 ans, nous n'avons comparé que les femmes de 25 à 44 ans.

Concernant la **catégorie socio-professionnelle**, notre population est jeune et active, avec seulement 6% de femmes sans emploi, et 25% d'étudiantes. La comparaison avec la population française décrite par l'INSEE n'a pas été possible car les données ne concernaient pas les mêmes tranches d'âges.

Du fait du jeune âge de notre population, la **parité** moyenne à 0,56 diffère de celle de la population française en 2019 qui était de 1,87 enfant par femme.

Pour amoindrir ce biais de recrutement, nous avons distribué le questionnaire papier en cabinet médical (visant toutes les tranches d'âge) ainsi qu'au planning familial (visant tous les niveaux d'étude). Nous aurions souhaité avoir plus de participation papier pour diminuer ce biais (52 papiers contre 1095 en ligne), mais malheureusement la période épidémique de 2020-2021 n'était pas favorable sur le plan sanitaire à cette forme de distribution. De plus, nous avons visé des structures à la fois urbaines (Lille Centre - Fives - Saint-Maurice, La madeleine, Sequedin, Croix) et rurales (Rouvroy, Cambrin, Meurchin) pour limiter le biais.

Enfin, le questionnaire a été ouvert à toutes les Françaises, mais sa distribution dans les structures de soin n'a été réalisée que dans les Hauts de France, ce qui donne une surreprésentation notamment du département du Nord (69%) dans la population de l'étude.

- *Biais de confusion*, avec des réponses au questionnaire influencées par certains facteurs démographiques comme l'âge et le niveau d'étude, qui n'étaient pas représentatif de la population française féminine de 15 à 49 ans. Pour amoindrir ce biais, nous avons réalisé pour certaines questions un ajustement sur ces 2 facteurs, ainsi que sur d'autres facteurs tels que la catégorie professionnelle, le statut marital, la durée du couple, la fréquence des rapports sexuels, la parité, et les antécédents d'IVG ou de grossesses non désirées. L'utilisation de l'analyse bivariée à l'aide du test statistique du Khi^2 a permis la réduction de ce biais.

Pour élargir nos résultats à toutes les Françaises, il serait donc essentiel de réaliser des études complémentaires sur un échantillon représentatif de la population générale, en calant sur les marges des variables sociodémographiques suivantes : le sexe croisé par l'âge, la région, la taille d'agglomération, le niveau de diplôme et le fait de vivre seul, comme réalisé dans le baromètre santé. **Il nous faudrait privilégier la distribution papier** (supprimant la nécessité d'accès à internet) dans les cabinets médicaux, les plannings familiaux et pourquoi pas dans les écoles et autres lieux n'appartenant pas au milieu médical, **ou utiliser la méthode de sondage aléatoire téléphonique du baromètre santé**, et cela **sur toute la France**.

2. La contraception : choix et satisfaction

Une grande majorité des femmes sous contraception

Dans notre étude, **83% des femmes ont une contraception**. Si on exclut maintenant les femmes non concernées par la contraception¹ (conditions retrouvées dans le Baromètre santé

¹ Enceintes, désirant un enfant, stériles, ménopausées, souhaitant une contraception prochainement, et dont l'absence de contraception est uniquement due à l'absence de rapport hétérosexuel.

2016), la **contraception concerne alors 92% des femmes** (2). En comparant avec les données statistiques de la population générale en 2016, les résultats de notre étude retrouvent une couverture contraceptive similaire.

Pour permettre la comparaison de nos résultats avec ceux du Baromètre santé 2016, nous avons donc exclu les femmes non concernées^{Erreur ! Signet non défini.} *par la contraception dans la discussion.*

La présence d'une méthode contraceptive dépend de plusieurs facteurs médico-socio-démographiques qu'il nous faut prendre en compte :

- l'âge avec une contraception **moins présente chez les 30-34 ans** (14%), et les **40-49 ans** (18 à 22%). On retrouve des similarités dans le Baromètre santé 2016 concernant les tranches d'âges où l'absence contraceptive est la plus importante, notamment chez les 45-49 ans avec 19,1% d'absence, mais également les 30-34 ans et 40-45 ans avec 7,1% (2). Les professionnels de santé doivent donc accorder une attention particulière à ces tranches d'âges, correspondant à des périodes de vie à risque de grossesses non désirées (début d'activité sexuelle, post-partum, péri-ménopause...).
- le niveau d'étude, avec une contraception moins présente dans les niveaux d'études les plus bas : **11% d'absence contraceptive pour les femmes sans diplôme ou avec un niveau ne dépassant pas le Bac, contre 7% pour les Bac+2 et plus**. L'enquête Fécond de 2013 confirme cette absence contraceptive plus marquée chez les femmes peu ou pas diplômées ou confrontées à une situation financière difficile (20). La catégorie professionnelle quant à elle, n'influence pas la présence d'une contraception dans notre étude.
- le statut marital influence lui aussi la contraception avec une **absence contraceptive plus importante chez les femmes divorcées/séparées (27%) et chez les célibataires (13%)**, par rapport aux femmes en concubinage, pacsées ou mariées (8%). L'influence du statut marital sur la contraception **n'a encore jamais été décrite dans la littérature**.

Cette nouvelle interaction mise en évidence grâce à notre étude pourrait s'expliquer par une fréquence de rapport sexuel moins élevée chez les femmes célibataires/séparées, avec probablement une utilisation de méthode contraceptive ponctuelle plus fréquente.

- la durée du couple, avec **une absence de contraception plus élevée chez les femmes en couple depuis moins d'un an (8%) ou depuis plus de 10 ans (14%)**, contre environ 5% pour les couples de 1 à 10 ans. Pourtant le risque de grossesses non désirées est tout aussi important pour les couples de longue date comme pour les jeunes couples. Concernant les couples de longue date, l'explication de cette absence contraceptive n'est pas uniquement liée au désir d'enfant ou à la ménopause, car ces femmes ont été exclues. Ce facteur influençant la contraception n'a lui non plus **jamais été décrit dans la littérature**.
- la fréquence des rapports sexuels est également à prendre en compte : en effet **les femmes ayant peu de rapports sexuels ont moins de contraception**, avec environ 22% des femmes sans rapport ou ayant moins d'un rapport sexuel par mois, contre 9% entre 1 et 4 fois par mois et 4% si au moins deux rapports sexuels par semaine. Ce facteur est le 3^e facteur influençant la contraception **nouvellement décrit** par cette étude.
- le nombre d'enfant et l'antécédent de grossesse non désirée ou d'interruption volontaire de grossesse n'influent pas sur la présence ou non d'une contraception.

Les professionnels de santé devraient donc rechercher et prendre en compte ces différents facteurs pour comprendre les enjeux contraceptifs de chaque patiente, et cibler les populations les plus touchées par l'absence de contraception.

Un manque d'information sur les différentes méthodes contraceptives ?

On a vu dans cette étude que **certaines femmes ne considérant pas le préservatif, le retrait ou les méthodes naturelles comme une contraception**. Ce manque d'information ne concerne

dans cette étude qu'une minorité des femmes, mais il aurait été intéressant de leur demander si elles avaient connaissance de toutes les méthodes contraceptives avant de faire leur choix contraceptif.

Cette problématique est peu évoquée dans les études sur la contraception. La majorité des études portent en effet sur les connaissances du cycle hormonal et de la bonne utilisation de la contraception (visant essentiellement la pilule), dans le but d'éviter une grossesse non désirée.

Dans la thèse de médecine générale de Charlotte Drye réalisée en 2018, seulement 37,3% des femmes interrogées estiment qu'on leur a parlé des différents moyens de contraception (44). De cette méconnaissance découle possiblement la problématique du nombre d'IVG en augmentation depuis les années 1990 en France, ne dépendant pas uniquement de la mauvaise utilisation de la contraception mais aussi d'une contraception inadaptée et non acceptée par les femmes (14). L'inspection générale des affaires sociales affirmait en 2009 que **la prévention des grossesses non désirées dépendait « pour une large part de l'attention portée aux besoins des utilisatrices/eurs, de la qualité du contact noué, du temps passé à déterminer les éléments d'un choix éclairé, du soin pris pour expliquer le mode de fonctionnement et d'utilisation, à informer sur les accidents de parcours éventuels et les mesures à prendre en ce cas »** (13). S'ensuit en novembre 2017 la revalorisation de la première consultation de contraception CCP (Consultation de Contraception et Prévention, prix 46 euros) dans le but d'améliorer l'encadrement de ce choix contraceptif par les professionnels de santé, ainsi que la prévention des maladies sexuellement transmissibles chez les jeunes filles de 15 à 18 ans, prolongée jusque 25 ans depuis 2022 (8,45). Mais une seule consultation dédiée à ce sujet ne suffit pas, la réévaluation de la tolérance et de la satisfaction de la contraception est essentielle à mettre en place par la suite, et cela à tout âge.

Les professionnels de santé ont donc un rôle crucial dans l'information des patientes et l'accompagnement dans le choix de leur contraception. Mais ils ne sont pas les seuls à avoir ce rôle d'éducation et d'accompagnement, l'éducation nationale étant l'un des premiers intervenants dans l'éducation sexuelle et contraceptive des jeunes.

Depuis 2001, l'article L312-16 du code de l'éducation prévoit qu'une « *information et une éducation à la sexualité [soient] dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles* » (46). Une circulaire parue en 2003 a entériné cette loi devant l'absence de modification des pratiques. Plus récemment en août 2021, la notion de prévention des violences sexuelles et sexistes a été ajoutée à ce programme. Malgré cela, l'obligation légale est peu respectée. D'après une enquête réalisée par le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCE) en 2016, 25 % des écoles élémentaires, 11 % des lycées et 4 % des collèges déclarent n'avoir mis en place aucune action ou séance d'éducation sexuelle (47). Il serait donc essentiel de **mettre l'accent sur l'éducation sexuelle et contraceptive dès le plus jeune âge**, que cela soit par l'intermédiaire des cours d'éducation sexuelle, des plannings familiaux, des professionnels de santé ou tout professionnel en contact avec des jeunes (missions locales, association, foyers d'accueil...).

Un choix pas toujours éclairé

Malgré ce manque d'informations sur la contraception, **la moitié des femmes de notre étude déclarent avoir choisi leur contraception avec leur médecin. 34% par contre l'on choisit seule**, sans l'aide d'une tierce personne. C'est dans cette situation que le rôle des professionnels de santé, ainsi que de tous les dispositifs d'informations à la contraception mis en place à l'école, sur internet ou par l'intermédiaire des numéros verts, seraient essentiels. **La place du partenaire et de la famille a également de l'importance dans ce choix**, avec respectivement 19% et 13% des femmes de l'étude l'ayant choisi avec leur aide. Il pourrait donc être utile de proposer à la patiente un rendez-vous avec son partenaire s'ils le souhaitent tous les deux, dans le but de le sensibiliser, de l'intégrer, et de le responsabiliser envers la contraception.

Enfin, **8% déclarent que leur médecin leur a imposé une contraception sans autre alternative**, et 1% que leur compagnon ou famille leur a imposé. Ces 89 femmes (9%) représentent une part encore bien trop élevée de la population féminine française, avec un **taux de satisfaction de leur méthode contraceptive peu élevé (5,6/10) par rapport aux femmes ayant choisi leur méthode accompagnée ou seule (7,2 et 7,3/10)**. Ces résultats soulignent

l'importance de rester à l'écoute des attentes des femmes envers leur contraception, avec pour objectif non pas de leur imposer une méthode mais de les **accompagner** dans leur choix.

Une norme contraceptive française en évolution

La pilule

Dans notre étude, la **pilule occupe encore la première place** loin devant les autres méthodes contraceptives, avec **43%** des femmes concernées par la contraception, soit beaucoup plus que les 36,5% du Baromètre santé 2016 (2). Cela peut être en partie expliqué par une différence de population, plus jeune et plus diplômée dans notre étude. Si l'on ajuste maintenant les résultats selon l'âge, la pilule concerne toujours une majorité de femmes jeunes, mais l'on observe un **recul chez les 15-24 ans** (58% dans notre étude contre 60% dans le baromètre santé 2016) **ainsi que chez les 30-34 ans** (30% contre 35,4%). On observe par contre une augmentation chez les 25-29 ans (50% contre 47,8% en 2016). La pilule reste stable chez les plus de 35 ans, en diminuant progressivement jusque 49 ans, passant de 31% à 21% (29,8% à 19,2% en 2016). **La norme contraceptive française semble donc légèrement évoluer par rapport à 2016, avec une contraception moins centrée sur la pilule chez les jeunes.**

Le préservatif

Concernant le **préservatif, son utilisation dans notre étude concerne toutes les tranches d'âges de façon quasiment équivalente entre 12 et 19%, sauf chez les 40-49 ans où il ne concerne que 8% des femmes.** De façon surprenante, les femmes les plus concernées sont les 35-39 ans avec 19% (17,5% en 2016), ce qui va à l'encontre de la norme contraceptive française où le préservatif concerne surtout les jeunes femmes en début de vie sexuelle (2). Il est par contre **moins souvent utilisé chez les femmes ayant des rapports sexuels fréquents** (11% contre 16% chez les femmes ayant un rapport sexuel par semaine ou moins), probablement du fait des risques d'échec plus élevés (indice de Pearl en pratique à 13) (22). On remarque également une **baisse importante du préservatif chez les femmes de 15-24 ans depuis 2016,**

(passant de 35,5% à 16%) **ainsi que chez les 25-29 ans** (20,3% à 12%). Cette différence peut en partie s'expliquer par un niveau d'éducation plus élevé dans notre étude par rapport à la population féminine française, avec un accès facilité aux autres méthodes contraceptives. Mais il est également le reflet d'un changement d'habitude pour ces jeunes femmes qui se tournent vers d'autres contraceptions, comme les DIU. Les professionnels de santé doivent donc être particulièrement vigilants envers ces populations, notamment chez les jeunes femmes pourtant plus à risque de MST, le préservatif étant la seule protection existante contre ces maladies.

Les dispositifs intra-utérins

Même si les **DIU restent majoritairement utilisés par les femmes plus âgées, avec une utilisation croissante depuis le premier enfant jusqu'à la ménopause** (32% à 37% entre 30 et 49 ans contre 31,6% à 34,6% en 2016), on remarque que **cette tendance gagne également les femmes jeunes dans notre étude** (2). En effet, 18% des femmes de 15 à 24 ans portent un stérilet (13% hormonal et 5% cuivre), contre seulement 4,7% chez les 20-24 ans et 0% chez les 15-19 ans en 2016. Les DIU progressent également chez les 25-29 ans, avec 28% (20% hormonal et 8% cuivre) contre 19% en 2016. Cette tendance s'observe depuis 2013 et « la crise des pilules » où le désintérêt de la contraception orale se fait au profit des DIU (10). Si l'on considère tous les âges, **28% des femmes concernées par la contraception ont un DIU dans notre étude, soit une progression d'1,5% depuis 2016**, et cela sans compter les différences de population qui sous-estiment ce taux (population plus jeune dans notre étude, avec presque 70% de nullipares). Contrairement à 2016, le stérilet ne touche plus uniquement les femmes de plus de 25 ans ayant déjà un ou plusieurs enfants. **Les pratiques et mentalités évoluent, avec notamment une diminution des idées reçues concernant le stérilet chez la nullipare.**

L'intérêt grandissant envers les DIU est également lié au désir de plus en plus important de **diminuer la charge mentale contraceptive, évitant ainsi les oublis et le risque d'IVG**. A cela s'ajoute le souhait grandissant d'une **démédicalisation de la contraception** ainsi que la **peur des hormones** qui se développe, notamment par l'intermédiaire des médias et réseaux sociaux.

Le **niveau d'éducation** joue également un rôle dans la promotion du DIU, avec 29% de DIU chez les femmes ayant un niveau d'étude élevé, contre seulement 16% pour celles avec un niveau plus faible. Cette **inégalité sociale dans l'accès aux DIU** est présente depuis longtemps. L'enquête Fecond la soulignait déjà en 2013 : les femmes moins diplômées se tournaient préférentiellement vers les méthodes naturelles ou le retrait, tout comme dans notre étude (6% pour ces deux méthodes chez les moins diplômées, contre respectivement 2 et 3% pour les plus diplômées) (10). Cette différence s'explique en partie par le fait que, comme on l'a vu précédemment, les femmes peu diplômées consultent préférentiellement le médecin généraliste au gynécologue, pourtant principal prescripteur des DIU (21,24). Or la mauvaise formation des médecins généralistes sur ce sujet ainsi que leurs a priori, notamment en termes de parité, ne fait qu'amplifier ce déséquilibre social (32).

Enfin, **la fréquence des rapports sexuels augmentent elle aussi l'intérêt des femmes pour le DIU**, avec 29 à 32% de DIU chez les femmes ayant plus d'un rapport sexuel par mois, contre seulement 14% chez les femmes ayant moins d'un rapport sexuel par mois. Il est donc important de prendre en considération le mode de vie de chaque femme pour lui proposer la contraception la plus adaptée à son quotidien.

L'implant

L'implant est en très légère augmentation dans la majorité des tranches d'âges (5 à 8% contre 4% en 2016), sauf pour les 20-24 ans où il séduit moins (6% contre 9,6% en 2016). L'intérêt grandissant pour cette méthode résulte encore une fois du souhait d'**allègement de la charge mentale**, avec une méthode instaurée pour 3 ans sans risque d'oubli et très fiable (indice de Pearl à 0,1%) (22). Elle reste malgré tout peu répandue, probablement du fait de son caractère invasif (corps étranger sous cutané), et de sa composition hormonale avec notamment un risque de saignement inopiné (spotting) plus important ou d'aménorrhée complète, qui peut déranger certaines femmes.

La contraception définitive reste très peu présente dans notre étude, ce qui rend la comparaison difficile avec le baromètre santé 2016 du fait du faible échantillon. On peut malgré

tout en déduire une probable absence de progression dans son utilisation en France, faisant suite au contexte nataliste longtemps présent en France (9).

Enfin, l'**absence de contraception** chez les Françaises concernées par la contraception a **progressé chez les 15 -24 ans** (7% contre seulement 3,3% en 2016), **ainsi que les 30-34 ans** (12% contre 7,1%). L'âge n'est pas le seul facteur influençant, on remarque ainsi que les femmes avec un **niveau d'étude plus bas ont une absence contraceptive plus importante** (11%) que celles avec un niveau plus élevé (7%). De même pour **la fréquence des rapports sexuels, qui poussent les femmes à utiliser une contraception** (18% d'absence chez les femmes ayant moins d'un rapport sexuel par mois contre 3,5 à 6% avec plus d'un rapport par mois). En résumé, **la couverture contraceptive reste stable depuis 2016 avec ces 8% de femmes sans contraception**, et ce malgré les tentatives du gouvernement à rendre la contraception accessible à toutes. Mais l'accessibilité n'est pas le seul déterminant à prendre en compte, la satisfaction et l'acceptabilité des femmes envers leur contraception est également essentielle à la bonne couverture contraceptive.

La couverture contraceptive

Quand on regarde les principales raisons données par les femmes de l'étude pour expliquer l'absence de contraception, **les effets indésirables et la peur des hormones représentent plus de 40% des motifs de refus de contraception**. Ajoutons à cela **18% de femmes déclarant n'avoir trouvé aucune contraception leur correspondant et 15% n'en souhaitant simplement pas**. L'absence de contraception chez ses femmes à risque de grossesse non désirée ne découle donc pas en majorité d'un choix, mais plutôt d'une absence de solution contraceptive adaptée à leur corps et/ou leur mode de vie. La vigilance des professionnels de santé concernant la tolérance et la satisfaction de la contraception doit donc être renforcée pour éviter cet abandon contraceptif.

L'évolution observée concernant la couverture contraceptive française reste donc insuffisante. Elle est pourtant indispensable aux vus des changements observés tant dans le modèle familial

que dans les relations sexuelles et affectives au cours de ces dernières décennies. En effet, les situations dans lesquelles les femmes sont confrontées au risque de grossesse non souhaitée augmentent : début de la vie sexuelle plus jeune, nombre de partenaires sexuels plus élevé, mise en couple plus tardivement, recul de l'âge moyen à la maternité, norme croissante de l'enfant « programmé » (15)... Les professionnels de santé doivent donc s'adapter à ces changements pour proposer la meilleure offre contraceptive à leurs patientes.

La satisfaction contraceptive

Heureusement, la satisfaction des femmes de l'étude envers leur méthode de contraception reste majoritairement bonne avec **73% d'entre elles globalement satisfaites** (donnant une note supérieure à 5) et **52% très satisfaites** (note entre 8 et 10). On obtient une satisfaction moyenne à 7. Mais cette satisfaction est bien en dessous de celle mesurée par le sondage IFOP réalisé en 2018 auprès de 1098 femmes de 15 à 49 ans, avec 90% de satisfaction (48). Cette différence peut être liée en partie à la différence de questionnaire, avec un système de note plus précis dans notre étude contre seulement 4 catégories dans le sondage IFOP (pas du tout satisfaite, plutôt insatisfaite, plutôt satisfaite, tout à fait satisfaite). Elle est également expliquée par le fait que la satisfaction soit plus élevée chez les femmes de 40-49 ans dans l'étude IFOP, catégorie présente en plus faible pourcentage dans notre étude. Enfin, l'évolution dans la liberté de parole des femmes et dans l'affirmation de leurs revendications en 2021 les amènent à s'exprimer plus librement. De plus en plus de femmes politiques, artistes, journalistes prennent d'ailleurs la parole sur ce sujet et permettent ainsi aux femmes de s'exprimer sans avoir peur d'être jugées.

Dans notre étude, **9% des femmes sont malgré tout très insatisfaites** avec une note entre 0 et 2 (17,5% inférieure à 5); ce sont ces femmes que nous devons repérer et accompagner pour trouver le meilleur compromis contraceptif.

La satisfaction dépend de la méthode choisie mais surtout de la femme qui l'utilisera, avec un fonctionnement physiologique et psychologique propre à chacune. Pourtant, certaines méthodes se détachent avec une satisfaction moyenne plus élevée que les autres : **le stérilet au cuivre se**

place en premier avec une note de 6,5/10. Ce résultat vient corroborer les chiffres précédents sur l'intérêt porté aux DIU en 2021, notamment chez les jeunes femmes. Cette satisfaction peut être expliquée par la **praticité de son utilisation** (changement qu'une fois tous les 3 à 10 ans, pas de risque d'oubli, discret...), par **son efficacité** (indice de Pearl à 0,8 en pratique contre 8 pour la pilule du fait des risques d'oubli) (22), par le fait qu'il soit **choisi** par la femme (la réflexion avant la pose d'un stérilet est plus importante que pour une prescription de pilule) et par **l'absence d'hormones** recherchée par de plus en plus de femmes.

Les autres méthodes au long cours n'ont pas la même satisfaction, avec une satisfaction à 5,5 pour le stérilet hormonal et 5,1 pour l'implant. Le sondage IFOP retrouve une satisfaction de 94% pour l'implant et les DIU contre seulement 43% pour l'implant et 60% pour les DIU dans notre étude (48).

La pilule d'urgence / du lendemain obtient une moyenne de 6,2/10. Il aurait été intéressant de faire préciser aux femmes si leur satisfaction concernait son utilisation ponctuelle ou au long cours non couplée à une autre méthode (seulement 2 femmes de l'étude déclarent utiliser cette méthode seule, non couplée à une autre méthode).

La vasectomie obtient quant à elle une moyenne de 6,1/10, mais ne concerne que 30 femmes de l'étude, soit un effectif trop faible pour la prendre en compte.

La pilule et le préservatif masculin se placent derrière le DIU et la vasectomie avec une satisfaction légèrement au-dessus de la moyenne à 5,7/10. Sur les 1034 femmes ayant jugé la pilule (soit 90% des femmes de notre étude), 55% donnent une note supérieure à 5 contre 91% dans le sondage IFOP (48). De même pour le préservatif, 51% donnent une note supérieure à 5 contre 84% dans l'étude IFOP. La satisfaction de ces deux méthodes dans notre étude est donc bien inférieure à celle retrouvée en 2018 par l'IFOP.

La satisfaction contraceptive, facteur essentiel à la bonne prise en charge contraceptive, n'est que très peu évoquée dans les études. L'étude IFOP de 2018 est une des rares à s'y être intéressée du point de vue scientifique, avec malgré tout une étude centrée sur la pilule et son

délaissement (48). On peut également évoquer le sondage réalisé sur ce sujet par la journaliste **Sabrina Debusquat**, sondage comportant de nombreux biais du fait de l'opinion très critique de cette journaliste envers la pilule (49). Elle a d'ailleurs publié en 2017 un livre intitulé « J'arrête la pilule » retraçant une enquête d'un an sur les effets secondaires de la contraception orale chez 3 616 femmes de 13 à plus de 50 ans, ainsi qu'un manifeste féministe « Marre de souffrir pour ma contraception » en 2019. Ces ouvrages ont eu pour effet de vulgariser et mettre en lumière les effets secondaires que peuvent parfois engendrer les hormones, même si certaines notions abordées restent encore très incertaines devant l'absence d'études significatives. Le problème soulevé par cette vulgarisation n'est pas l'accès à la connaissance, qui bien au contraire devrait être encouragé, mais la mauvaise interprétation de ces notions complexes par certain(e)s lecteurs/trices ainsi que le manque de preuves scientifiques.

Encore une fois, **la délivrance des informations sur la contraception de façon objective et encadrée par les professionnels de santé et de l'enseignement est primordiale.**

La satisfaction contraceptive dépend de beaucoup de facteurs intrinsèques à chaque femme, mais également de facteurs extrinsèques dépendants des professionnels de santé, comme la connaissance des différentes méthodes contraceptives disponibles et leurs effets secondaires potentiels, ainsi qu'un accompagnement dans le choix contraceptif sans frein à la prescription.

Le frein à la prescription : un facteur d'insatisfaction

En questionnant les femmes de notre étude, nous nous sommes rendu compte qu'il existait encore beaucoup d'obstacles à la prescription contraceptive, avec **22% des femmes ayant rencontré au moins une fois un frein à la prescription**. Le principal frein concerne les DIU chez les femmes jeunes et/ou nullipares, reflétant un manque de connaissance et la persistance d'idées reçues parmi le corps médical. Pourtant, les recommandations ANAES et HAS placent les DIU en première intention depuis 2004 (21,33).

Ce **manque de connaissance** est ressenti par les patientes avec 12% des femmes déclarant que leur médecin ne maîtrisait pas bien les différentes méthodes contraceptives et ne les a pas

dirigées vers un confrère. Les femmes relatent également un **manque de dialogue** avec 10% n'ayant pas eu de raisons données par le médecin concernant le frein à la prescription, 6% ayant eu une contraception imposée sans pouvoir en discuter, et 6% se sont vues refuser leur contraception. On retrouve des témoignages parfois révoltants (*Annexe 4*), soulignant une **attitude encore très paternaliste** chez certains professionnels de santé, avec 230 femmes relatant des freins non acceptables dans la pratique médicale aujourd'hui.

Dans 13% ces cas, les freins évoqués concernent les contraceptions à **risque pour la santé de la patiente**, seul frein qui ne peut malheureusement pas être supprimé. Dans ce cas, l'accompagnement et les explications données sur les risques encourus sont essentiels pour une meilleure adhésion de la patiente à sa contraception, qui ne peut toujours être choisie librement.

On remarque que ces freins jouent de façon non négligeable sur la satisfaction contraceptive, et donc probablement sur l'observance, avec **19% de femmes non satisfaites ayant rencontré un frein à la prescription** contre seulement 10% chez celles n'ayant pas rencontré de frein.

3. Les attentes envers la contraception

Nos résultats nous ont permis de mettre en lumière plusieurs points à améliorer concernant l'accompagnement des femmes dans leur choix contraceptif. Le manque de connaissance sur les différentes méthodes contraceptives, chez les femmes comme chez les professionnels de santé, ainsi que la persistance d'idées reçues responsables de freins à la prescription ne permet pas un choix contraceptif satisfaisant ni une bonne observance. Mais les attentes des Françaises ne se limitent pas à la bonne connaissance et prescription des contraceptifs. La deuxième partie des résultats s'intéresse aux attentes des femmes sur la contraception en elle-même. Et même si celles-ci sont dépendantes de chaque femme, on observe cependant des attentes communes à de nombreuses Françaises, attentes essentielles à connaître par tous et en particulier par les professionnels de santé.

Certains effets secondaires inacceptables

Nous ne nous sommes pas intéressés aux effets indésirables ressentis par les femmes au moment de l'étude, fonction de nombreux facteurs propres à chacune, mais plutôt aux 3 effets indésirables les plus inacceptables parmi ceux généralement attribués à la contraception. Étonnamment, l'effet indésirable le plus cité concerne les **troubles de la libido**. Cet effet secondaire, dissimulé par les femmes honteuses de ne plus ressentir autant de désir qu'avant, a longtemps été ignoré, y compris par les professionnels de santé. Dans une société chargée de principes et de tabous, dont nombreux découlent du catholicisme et de ses fondements natalistes, parler de l'absence de désir sexuel pour une femme est impensable. A cela s'ajoute le poids du passé où tant de femmes se sont battues pour cette contraception, qu'il ne faut surtout pas remettre en cause, même lorsque la libido est en jeu.

Mais depuis quelques années, la parole des femmes se libère et de nombreuses publications évoquent ces troubles de la libido, possiblement liés à la contraception hormonale. En 2015 déjà, une étude suédoise menée par le Pr Malmberg et son équipe sur 1870 femmes montrait que 27 % des utilisatrices de contraception hormonale (orale, patch, anneau) rapportaient un déclin de leur désir sexuel qu'elles attribuaient à leur contraceptif, contre seulement 12 % des femmes utilisant une contraception non hormonale (stérilet en cuivre, préservatif ou autre barrière) (50). Mais un autre facteur entrainait également en jeu dans cette étude: être en couple. En effet, les troubles de la libido étaient également doublés avec la présence d'un partenaire de longue durée par rapport aux femmes célibataires. Une revue de la littérature publiée en février 2013 dans *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* a étudié 36 articles de 1978 à 2011 sur ce sujet (51). Aucun lien significatif n'a été retrouvé entre la contraception orale et les troubles de la libido, avec 21,5% des femmes observant une amélioration de leur désir sexuel, 63,5% aucun changement et 15% une diminution du désir. Cette baisse de libido serait associée principalement aux contraceptions les moins dosées en ethinylestradiol (15µg). Une autre revue de la littérature espagnole publiée en juin 2019 dans *Novel Research in Sexuality and Mental Health* fait état d'un manque d'études permettant de prouver un effet significatif des hormones contraceptives sur la baisse de libido (52).

Dans notre étude, on remarque que **les troubles de la libido sont cités en position 1 chez 18% des femmes sous contraception hormonale, contre 11% pour celles n'ayant pas d'hormones**. On ne peut pas conclure sur le fait que les femmes sous hormones présentent plus de trouble de la libido dans notre étude mais elles sont en tout cas plus sensibles à cet effet indésirable qu'elles placent parmi le plus inacceptable pour elles. Il est donc difficile de statuer sur le lien de cause à effet entre les hormones et les troubles de la libido au stade actuel des études. **Les troubles de la libido sont souvent plurifactoriels** et nécessitent une écoute et une prise en charge globale de la femme, avec une proposition de contraception alternative dans ce cas.

Le deuxième effet secondaire inacceptable selon les femmes de l'étude est partagé entre **la prise de poids et les troubles de l'humeur**. La prise de poids, fréquemment évoquée par les femmes, reste controversée du fait d'une origine multifactorielle. Le début de la contraception coïncide souvent avec la fin de la croissance staturale pour les femmes, âge où la prise de poids est plus fréquente. Différentes études se sont penchées sur la relation entre la contraception hormonale et la prise de poids : deux revues de la littérature publiées en 2014 et 2016 ont conclu à une absence de corrélation devant la faiblesse des études, que ce soit sur les contraceptions progestatives ou œstroprogestatives (53,54). Dans notre étude, 13% des femmes sous contraception hormonale la classent comme effet le plus inacceptable, contre 12% chez les femmes n'ayant pas d'hormones, soit très peu de différence.

Les troubles de l'humeur sont, tout comme les troubles de la libido, moins évoqués du fait des tabous, de l'incompréhension et du jugement fréquent de l'entourage, de la société, voire même des professionnels de santé. Dans notre étude, 20% des femmes ayant une contraception non hormonale les classent comme l'effet le plus inacceptable, contre seulement 14% des femmes sous hormones. Les troubles de l'humeur étant connus pour être liés au syndrome prémenstruel, cela pourrait être expliqué par l'amélioration de ce syndrome sous contraception hormonale (55).

Le souhait d'un changement contraceptif

Plus d'un tiers des femmes de notre étude souhaiteraient changer de contraception, et pour la grande majorité suite à une insatisfaction. Ce changement permettrait de répondre à leurs attentes concernant des effets indésirables trop nombreux (23%), la présence d'hormones (19%), mais également une contraception qui ne correspond pas à leur corps (18%) ou à leur emploi du temps (10%).

Si l'on s'intéresse aux femmes sous contraception orale, presque la moitié (48%) souhaiteraient changer de contraception, contre 30% dans l'étude IFOP en 2018 (48). Les raisons exposées s'apparentaient à celles retrouvées dans notre étude (42% à cause des effets indésirables, 39% la jugeaient contraignante et 38% avaient peur pour leur santé du fait des hormones).

L'attrait pour le stérilet au cuivre est encore plus flagrant lorsque l'on demande à ces femmes vers quelle contraception elles se tourneraient : **40% souhaiteraient un stérilet au cuivre, soit un quart des femmes concernées par la contraception dans notre étude.** Les contraceptions au long cours ont la côte avec le **stérilet hormonal souhaité par 11%** d'entre elles. Dans l'étude IFOP, les DIU et le préservatif sont cités comme les meilleures alternatives à la pilule, avec 23% pour le préservatif et 21% pour les DIU (48).

Les critères de choix de la contraception

Critères entrant dans le choix contraceptif

Le choix de la contraception est souvent influencé par de nombreux facteurs extérieurs, comme l'entourage ou la prescription du médecin. Parmi les facteurs principaux intervenant dans ce choix, un facteur ressort particulièrement dans notre étude : **le fait que la contraception soit connue (33%).** On voit là l'importance de l'image de la contraception, de la connaissance de son efficacité et de ses effets secondaires, positifs comme négatifs. La pilule profite encore

grandement de cet avantage, étant une des premières contraceptions apparues en France, et largement répandue du fait du caractère révolutionnaire par rapport au préservatif, mais également grâce à son remboursement en 1974. Les deux autres facteurs entrant principalement dans le choix de la contraception sont la **facilité d'utilisation** (11%) et l'**absence d'hormone** (7%). Ces deux critères expliquent l'intérêt de nombreuses femmes pour le stérilet au cuivre.

Les femmes choisissent également la **contraception semblant être la plus efficace**, même si ce n'est pas le facteur prioritaire dans leur choix contraceptif. L'efficacité passe ainsi au second plan par rapport à la qualité de vie et à la santé, chose que les femmes n'osaient pas exprimer il y a encore quelques années. Le dernier facteur important à citer est l'**adaptation de la contraception au mode de vie**, insistant sur le désir des femmes de se libérer de la charge mentale contraceptive, et des contraintes que celle-ci peut apporter dans leur vie quotidienne, notamment chez des femmes bien plus actives professionnellement qu'il y a 40 ans.

Choix contraceptif répondant à des attentes

En choisissant une méthode contraceptive, chaque femme possède des attentes plus ou moins définies envers celle-ci. Le rôle du médecin prescripteur est justement de rechercher ces attentes en aidant la femme à en prendre conscience, dans le but d'y répondre au mieux. Dans notre étude, l'**efficacité anticonceptionnelle** est de loin l'attente principale des femmes (88%). Elle ne fait pas partie des facteurs de choix, mais elle est par contre attendue par toutes une fois la méthode choisie. Cela reste en effet l'objectif initial de la contraception, même si certains effets secondaires positifs sont parfois recherchés avant l'efficacité contraceptive. Les deux attentes suivantes concernent l'**adéquation de la méthode avec le corps** (53%) puis **avec le couple et sa sexualité** (48%). Le désir de ne pas modifier l'équilibre fragile du corps et du couple est essentiel à prendre en compte. L'**absence de prise de poids** (37%) est également une attente importante, faisant partie des effets les plus inacceptables de la contraception.

A l'inverse, les effets positifs tels que des règles moins douloureuses voire absentes, ou la diminution de l'acné ne font pas partie des attentes principales. Elles sont en effet prêtes à

accepter les effets indésirables naturels de leur cycle hormonal plutôt que de le modifier à l'aide d'hormones de synthèse.

La contraception au quotidien

La facilité d'utilisation de la contraception au quotidien fait également partie des attentes des femmes aujourd'hui. En effet, avec des emplois du temps de plus en plus chargés, il est parfois difficile de se rappeler de tout, et l'oubli de la contraception peut avoir des conséquences bien lourdes. L'INPES révélait en 2007 que plus d'une femme sur cinq (21%) déclaraient oublier sa contraception au moins une fois par mois (23). Il est donc important de demander aux femmes comment elles souhaitent gérer leur contraception et si elles s'en sentent capable. Dans notre étude, **44% des femmes se disent prêtes à gérer leur contraception quotidiennement** si elle répond à leurs attentes, et 15% à chaque rapport sexuel. Au contraire, **27%** ont elles des attentes différentes avec **une contraception à laquelle il ne faudrait penser que tous les 3 ans ou plus**, comme les DIU ou l'implant. **Et ce souhait augmente avec l'âge des femmes**. Cela permet ainsi d'alléger leur charge mentale quotidienne et de se prémunir des oublis.

La charge économique de la contraception

Enfin, le dernier critère de choix de la contraception concerne son remboursement. **60% des femmes de notre étude considèrent que le remboursement de leur contraception est indispensable** pour elles. Le gouvernement tente d'ailleurs de pallier à ce problème, à l'origine d'un recul de la contraception chez les jeunes femmes, en prenant en charge à 100% une consultation contraceptive par an, les bilans biologiques liés à la contraception et certaines méthodes contraceptives (l'implant, certaines pilules, les DIU et le diaphragme), et ce jusque 25 ans à partir de janvier 2022 (jusque l'âge de 18 ans depuis 2017) (8).

4. La contraception masculine

Le partage de la contraception

Contrairement à de nombreux pays comme le Canada, l'Angleterre, la Nouvelle Zélande, ou encore la Corée du Sud, la contraception en France reste bien trop souvent une affaire de femmes (11). Pourtant, **88% des femmes de notre étude pensent que le partenaire doit être impliqué dans la contraception**. Il y a donc un véritable souhait de partager cette responsabilité dans le couple.

La nouvelle génération est particulièrement touchée par ce sujet, beaucoup plus concernée par la lutte pour l'égalité femme-homme, avec plus de 90% des 25-34 ans souhaitant ce partage contraceptif, contre 76% des 40-49 ans, plus réticentes à l'intégration de leur partenaire. On retrouve également une influence du niveau d'éducation, avec un **désir de partage plus important chez les femmes ayant fait de plus longues études**, notamment les Bac+3 avec près de 92%, contre seulement 61% chez les femmes sans diplôme ou de niveau Brevet, CAP, BEP. Le partage des tâches entre hommes et femmes est moins revendiqué par les femmes des milieux populaires comme il est décrit dans un article de la revue *Travail, genre et sociétés* (56), mais également d'après notre étude par les femmes de niveaux d'éducation moins élevés. En effet cette revendication du partage des tâches va à l'encontre des traditions et de l'attachement au modèle familial que l'on retrouve dans les classes populaires. Elle dépend aussi de l'accès à l'éducation, permettant une critique de ce modèle et des rôles prédéfinis selon le sexe. De plus, les études supérieures amènent parfois la femme à travailler de nombreuses heures par semaine, lui laissant donc moins de temps pour gérer toutes les tâches qui lui étaient attribuées jusqu'alors.

Lorsqu'on leur demande par la suite si elles feraient confiance à leur partenaire pour gérer la contraception du couple, la réticence reprend le dessus, avec **seulement 41% de femmes prêtes à accorder leur confiance, 26% n'accordant pas leur confiance et 33% d'indécises**. On voit donc que même si les pensées évoluent, les Françaises ont encore du mal à laisser la

responsabilité contraceptive à leur partenaire. Et cela principalement du fait des lourdes conséquences que peut avoir une erreur contraceptive, notamment une grossesse non désirée ou un avortement. Le souhait de garder le contrôle sur leur fécondité, avec la liberté de choisir leur avenir familial et professionnel participe également à cette réticence. Enfin, la modification structurelle du couple, où le mariage et les enfants ne sont plus un prérequis, et de la famille (plus de divorces, de familles monoparentales ou recomposées) rend plus difficile le partage de ces responsabilités (57).

Il serait intéressant de connaître les causes de la réticence des femmes au partage de la charge contraceptive, par l'intermédiaire d'un questionnaire ou d'entretiens individuels.

Du côté des hommes, un sondage de l'institut CSA réalisé en 2012 sur 988 Français a montré que 91% d'entre eux étaient pour le partage des responsabilités concernant la contraception et que 61% seraient prêts à prendre une contraception orale si elle existait (35). Du côté des femmes, 61% seraient également prêtes à déléguer la contraception à leur partenaire, soit plus que dans notre étude.

La connaissance de la contraception masculine par les femmes

La contraception masculine est plutôt bien connue des femmes de l'étude, avec 76% déclarant la connaître. Lorsque l'on demande à ces femmes de citer les méthodes masculines connues, la majorité (66%) mentionne le préservatif. La connaissance de cette méthode est probablement plus répandue mais pas toujours évoquée comme contraception masculine par les femmes. La deuxième contraception masculine la plus connue est la vasectomie citée par 50% des femmes de l'étude, méthode qui est également la deuxième plus utilisée en France même si elle ne concerne que 0,8% des hommes. 34,5% des femmes citent la pilule masculine, n'étant pas encore commercialisée, alors que 3% seulement connaissent l'injection hormonale, unique contraception hormonale masculine disponible sur le marché. Les méthodes thermiques, n'ayant pas l'AMM mais utilisées par 5000 à 10 000 hommes en France, sont connues de 23% des femmes. Enfin, 9% déclarent qu'aucune méthode contraceptive masculine n'est

commercialisée à ce jour, même si les recherches sont en cours. Les femmes ne connaissant pas la contraception masculine représentent donc 31% des femmes de notre étude, un chiffre bien trop élevé, qui peut nous questionner quant à un manque d'éducation sexuelle et contraceptive de la part des professionnels de santé et de l'enseignement.

Du côté des hommes, un sondage récent réalisé par OpinionWay en octobre 2021 a montré une méconnaissance de la contraception masculine encore plus importante avec seulement 44% des hommes de 18 à 30 ans déclarant la connaître, contre 74% pour la contraception féminine (58). Ils sont également 90% à parler facilement de la contraception avec leur partenaire. On observe un progrès dans l'intérêt porté à la contraception chez la gente masculine, avec une prise de conscience de la responsabilité des femmes et des effets indésirables causés par celle-ci.

Pour conclure cette étude, nous nous sommes intéressés au nombre de femmes **connaissant un homme ayant déjà utilisé ou utilisant une contraception autre que le préservatif. 8%** des femmes de l'étude ont déclaré en connaître un, un pourcentage plutôt élevé par rapport au peu d'hommes sous contraception autre que le préservatif recensés en France. Cela peut être le reflet d'un intérêt grandissant pour les méthodes contraceptives masculines, avec une augmentation de l'utilisation chez les Français, notamment chez les jeunes. En effet, le récent sondage d'OpinionWay retrouve 37 % des hommes de 18-30 ans prêts à recourir à une pilule contraceptive masculine remboursée, même avec des effets secondaires équivalents à la pilule hormonale féminine (58). 22 % seraient d'accord pour réaliser une vasectomie, et 12 % à tester le slip chauffant. Selon l'assurance maladie, le nombre de vasectomies a augmenté de 491% entre 2010 et 2018, avec 9 240 hommes en 2018 contre 1 880 en 2010, et continue d'augmenter aujourd'hui avec plus de 13 000 cas en 2019 (59,60). Même s'ils restent encore peu nombreux à passer le cap, les mentalités évoluent et on peut espérer la poursuite de ce changement dans les années à venir, notamment grâce à certains journalistes, comme Guillaume Daudin et Stéphane Jourdain, ayant publié en octobre 2021 une bande dessinée intitulée « *Les contraceptés* », fruit d'une enquête de 3 ans sur la place de l'homme dans la contraception (58). L'un d'entre eux a d'ailleurs franchit le pas et porte aujourd'hui le slip chauffant.

CONCLUSION

La prise en charge de la contraception fait partie intégrante de la médecine générale. Elle est d'ailleurs placée en 15^{ème} position dans le classement des consultations les plus fréquentes par l'observatoire de la médecine générale en 2009 (61). Pourtant, de nombreuses lacunes persistent chez les professionnels de santé (32). A cela s'ajoute le poids de l'histoire nataliste en France, ainsi que les idées reçues et tabous persistants, s'opposant à l'évolution de la contraception (20,24,34).

Aujourd'hui, même si les femmes ont le pouvoir de choisir leur contraception, grâce au panel contraceptif disponible en France, elles n'ont par contre pas le choix de s'en libérer, au risque d'une grossesse non désirée. L'enjeu pour les professionnels de santé accompagnant ces femmes est donc de leur rendre cette nécessité la moins contraignante possible, et de leur permettre un choix éclairé et partagé avec le partenaire, sans rencontrer de frein à la prescription de la méthode contraceptive désirée.

De nombreux progrès restent encore à faire pour aboutir à cet objectif, notamment lorsque l'on observe 17,5% de femmes insatisfaites de leur contraception dans cette étude. Un tiers des femmes souhaitent d'ailleurs changer leur contraception, en particulier celles sous pilule avec pratiquement une femme sur deux, et cela en grande partie du fait d'une insatisfaction de leur méthode. De même, le pourcentage de femmes à risque de grossesse non désirée n'ayant pas de contraception ne diminue pas depuis 2016 (8%), et cela principalement à cause des effets indésirables, de la peur des hormones et d'une absence de contraception adaptée.

En premier lieu, il nous faut se concentrer sur l'amélioration des connaissances sur les différentes méthodes contraceptives par les professionnels de santé et intervenants éducatifs ainsi que leur transmission. Devant la satisfaction concernant le DIU au cuivre dans notre étude (note moyenne la plus haute de toutes les méthodes à 6,5/10) ainsi que l'intérêt grandissant envers celui-ci (27% des femmes en ont un, et 40% de celles souhaitant changer de contraception se tournent vers le DIU au cuivre, soit 1/4 des femmes concernées par la

contraception), une remise à niveau des connaissances et des techniques de pose serait indispensable pour permettre une offre contraceptive optimale. Cela permettrait également de réduire les freins à la prescription du fait du jeune âge et de la nulliparité des patientes, freins concernant essentiellement les DIU.

On a pu remarquer dans cette étude que certaines populations sont plus à risque d'absence contraceptive et donc d'une grossesse non désirée, comme les femmes de 30 à 34 ans avec notamment la période à risque du post-partum, de 40 à 49 ans avec la péri-ménopause, mais aussi les femmes avec un niveau d'étude plus bas (en particulier sans diplôme ou niveau brevet), ainsi que les femmes ayant moins d'un rapport sexuel par mois, divorcées/séparées ou encore les femmes en couple depuis moins d'un an ou depuis plus de 10 ans. Les professionnels de santé doivent donc porter une attention particulière à ces femmes à risque de grossesse non désirée et d'IVG.

Notre étude a également permis de mettre en lumière les attentes des femmes envers leur contraception, trop peu évoquées dans les études existantes sur le sujet en France. Les Françaises souhaitent une contraception connue, facile à utiliser et pour 7% d'entre elles sans hormone. L'efficacité contraceptive n'est pas la seule attente que les professionnels de santé doivent prendre en compte, l'adéquation au corps, au couple et à la sexualité, ainsi qu'au mode de vie est également un critère à prioriser lors des consultations contraceptives. Si presque la moitié des femmes se disent prêtes à gérer leur contraception quotidiennement, un quart d'entre elles souhaiteraient ne devoir y penser que tous les 3 ans ou plus, permettant ainsi d'alléger leur charge mentale. Ce dernier facteur doit donc être systématiquement recherché pour proposer ainsi la méthode contraceptive la plus adaptée à la patiente, évitant ainsi l'échec contraceptif du fait d'un oubli.

Le remboursement est essentiel pour 60% d'entre elles, avec certaines méthodes contraceptives qui restent actuellement non remboursées (patch, anneau, certaines pilules...), réduisant les possibilités d'adaptation. Les efforts doivent être poursuivis du côté de la sécurité sociale, à l'image du remboursement du premier préservatif *Eden* en décembre 2018 (62).

Enfin, cette étude nous a permis de connaître les effets secondaires inacceptables par les femmes, notamment les troubles de la libido et de l'humeur ainsi que la prise de poids, que les professionnels de santé doivent systématiquement rechercher après instauration d'une méthode, et cela même si la relation de cause à effet n'a pas pu être prouvée par les études. En effet, l'important est le ressenti de la patiente, responsable de sa satisfaction contraceptive, de son bien-être, et donc d'une couverture contraceptive efficace.

La contraception féminine est, aujourd'hui encore, considérée comme le seul moyen pour un couple de jouir d'une sexualité libre des contraintes reproductives. La place des hommes est encore trop faible, malgré le désir pour une très grande majorité de femmes de partager cette tâche (88%). Elles ne sont d'ailleurs pas les seules, comme le montrent plusieurs études réalisées auprès des hommes ces dernières années (35,58). Mais de nombreux freins persistent, comme la difficulté à accorder sa confiance aux hommes en matière de contraception (26% ne feraient pas confiance à leur partenaire et 33% restent indécises), la peur des effets indésirables chez les hommes, la méconnaissance des professionnels de santé qui n'abordent que rarement le sujet, ou encore le manque d'études attestant la fiabilité des méthodes masculines existantes ou en cours de développement... (31,34) La communication sur la contraception masculine ainsi que la multiplication d'études comme celle-ci sur l'acceptation du partage des responsabilités, chez les femmes comme chez les hommes, permettrait ainsi d'ouvrir le débat et d'encourager l'élaboration de nouvelles contraceptions masculines.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Site officiel de l'Organisation mondiale de la Santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr>
2. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre Sante 2016 : Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. 2016;8p.
3. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. *Population*. 2014;69(3):365.
4. Chosson M. La contraception au fil du temps [Internet]. Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception. 2013 [cité 12 déc 2021]. Disponible sur: <http://www.avortementancic.net/spip.php?article36>
5. Bajos N, Ferrand M. De l'interdiction au contrôle : les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement. *Rev Française Aff Soc*. 22 juin 2011;(1):42-60.
6. INED. Contraception [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. 2018. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/principale-methode-contraceptive/>
7. Agence Régionale de Santé. IVG : allongement des délais, expérimentation de l'exercice par les sages-femmes, ce qu'il faut savoir [Internet]. ARS Ile-de-France. 2022 [cité 4 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/ivg-allongement-des-delaix-experimentation-de-lexercice-par-les-sages-femmes-ce-quil-faut-savoir>
8. Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports. Contraception féminine gratuite pour les moins de 25 ans [Internet]. 2021 [cité 15 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.jeunes.gouv.fr/Contraception-feminine-gratuite>
9. Guen ML, Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. 2017;4.
10. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Popul Société*. mai 2014;(511):4 pages.
11. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World contraceptive patterns 2013*. 2013.
12. Bajos N, Leridon H, Job-Spira N. *Population - Introduction au dossier*. *Population*. 2004;Vol. 59(3):409-18.
13. Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L, Membres de l'Inspection générale des affaires sociales. 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 - Rapport de synthèse [Internet]. 2009 oct [cité 9 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/27081-politiques-de-prevention-des-grossesses-non-desirees-prise-en-charge-ivg>
14. Vilain A, DREES. Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet].

- 2021 sept. (Etudes et résultats). Report No.: 1207. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-une-legere-baisse-du-taux>
15. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Popul Société. déc 2004;(407):4.
 16. Haute Autorité de santé. Recommandations en Santé Publique. Contraception d'urgence. Prescription et délivrance à l'avance. [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_argumentaire_2013-04-30_14-24-25_321.pdf
 17. Rahib D, Lydié N, Le groupe Baromètre Santé 2016. L'utilisation de la contraception d'urgence en France métropolitaine en 2016 : niveau et déterminants. Sante Publique Fr. sept 2018;6.
 18. Rahib D, Lydié N. La contraception d'urgence : des délais de prise toujours sous-estimés - Baromètre Santé 2016. Santé Publique Fr. 2017;5.
 19. Vieillefosse L, OpinionWay. Les françaises et la contraception [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.opinion-way.com/fr/sondage-d-opinion/sondages-publies/opinionway-pour-ccd-laboratoire-les-francaises-et-la-contraception-septembre-2019/viewdocument/2141.html>
 20. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, l'équipe Fécond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Popul Société. sept 2012;(492):4 pages.
 21. Haute Autorité de Santé. Document de synthèse. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee
 22. OMS. Planification familiale/Contraception. 2018 févr.
 23. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Dossier de Presse. Contraception: que savent les français? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : états des lieux. juin 2007;10 pages.
 24. Rédaction Prescrire. Questionner sa pratique pour aider une femme à choisir sa contraception. janv 2019;39(423):62-6.
 25. France Inter. Contraception masculine : où en sommes-nous ? [Internet]. Société. 2020 [cité 17 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/societe/contraception-masculine-ou-en-sommes-nous>
 26. Lebourg G. On a rencontré des hommes utilisant la contraception masculine. Les Inrockuptibles [Internet]. 27 juin 2019; Disponible sur: <https://www.lesinrocks.com/2019/06/27/actualite/societe/on-a-rencontre-des-hommes-utilisant-la-contraception-masculine/>
 27. Ropert P. De l'injection hormonale à la vasectomie : où en est-on de la contraception masculine ? [Internet]. Sciences. France Culture; 2020. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/sciences/de-linjection-hormonale-a-la-vasectomie-ou-en-est-de-la-contraception-masculine>

28. Debusquat S. RISUG : bientôt une nouvelle contraception masculine ? Alternative santé [Internet]. déc 2019; Disponible sur: <https://www.alternativesante.fr/contraception/risug-bientot-une-nouvelle-contraception-masculine>
29. Sharma RS, Mathur AK, Singh R, Das HC, Singh GJ, Toor DPS, et al. Safety & efficacy of an intravasal, one-time injectable & non-hormonal male contraceptive (RISUG): A clinical experience. Indian J Med Res. 1 janv 2019;150(1):81.
30. Tcherdukian J, Mieusset R, Soufir J-C, Huygues E, Martin T, Karsenty G, et al. Contraception masculine : quelles (r)évolutions ? Prog En Urol. déc 2020;30:F105-11.
31. Hupertan V. Vasectomie, l'opération méconnue - Urofrance [Internet]. Urofrance. 2018. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/2018/06/17/vasectomie-loperation-meconnue/>
32. Chapuis-Sicard C. Evaluation des pratiques de prescription de la contraception par les médecins généralistes depuis les dernières recommandations HAS de 2004 [Internet] [Thèse de médecine générale]. Université Paris Diderot - Paris 7; 2013. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3840_CHAQUIS_these.pdf
33. ANAES, AFSSPAS, INPES. Recommandations pour la pratique clinique. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Service des recommandations professionnelles de l'Anaes; 2004.
34. Ventola C. Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre. Cah Genre. 4 avr 2016;60(1):101-22.
35. Institut CSA. Les Français et la contraception [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://docplayer.fr/24718757-Les-francais-et-la-contraception.html>
36. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
37. Fil Santé Jeunes accueil le lien qui te libère [Internet]. Disponible sur: <https://www.filsantejeunes.com/>
38. Santé publique France, Ministère des Solidarités et de la Santé. ChoisirSaContraception [Internet]. [cité 4 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.choisirsacontraception.fr/>
39. Tohic AL, Reynal P, Grosdemouge I, Fuchs F, Madelenat P, Panel P. Les femmes sont-elles satisfaites de leur contraception ? Enquête auprès de 263 patientes. Lett Gynécologue. sept 2006;(314):6.
40. Leridon H. Advantages and disadvantages of each contraceptive method. Contracept Fertil Sex (Paris). nov 1986;14(11):1007-11.
41. Medeiros Maia / Roux M, Vincent C. Choisir sa contraception : le point de vue des femmes des Hautes Pyrénées [Internet] [Thèse de médecine générale]. Université Toulouse III Paul Sabatier; 2019. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2964/1/2019TOU31162-1163.pdf>
42. Fiasella C. Pratiques, connaissances, freins et attentes en matière de contraception chez les femmes obèses, à propos d'une étude pilote menée à la clinique Bondigoux [Internet] [Thèse de médecine générale]. Université Toulouse III Paul Sabatier; 2019. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2811/1/2019TOU31112.pdf>

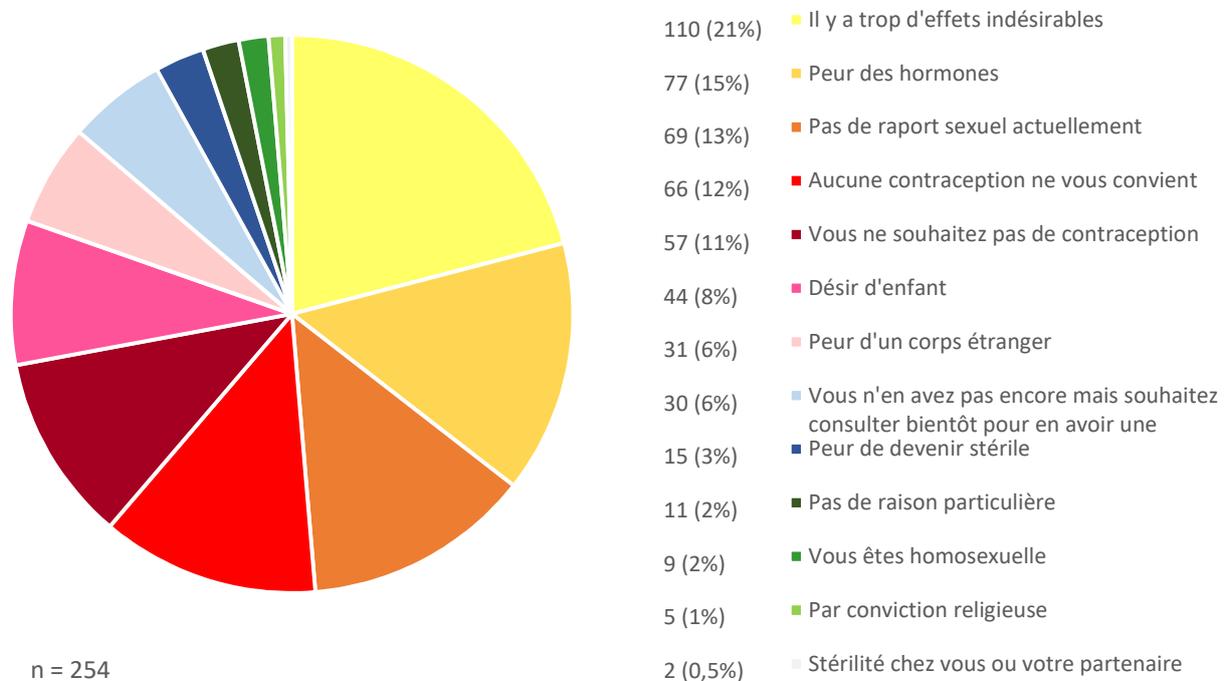
43. Lefebvre-Dubois C. Attentes et connaissances des femmes au moment de la première consultation pour demande de contraception [Internet] [Thèse de médecine générale]. Faculté de médecine d'Amiens; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02108237>
44. Drye C. État des lieux des connaissances sur la contraception des femmes de 20 à 34 ans et sources d'information reçues [Internet]. Université Paris Descartes; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02279153/document>
45. La consultation de 1ère contraception-prévention - NomenclatureMG [Internet]. La nomenclature du médecin généraliste. 2017 [cité 9 nov 2021]. Disponible sur: <http://nomenclature-medecin-generaliste.fr/2017/11/01/la-consultation-de-1ere-contraception-prevention/>
46. Code de l'éducation. Section 9 : L'éducation à la santé et à la sexualité (Articles L312-16 à L312-17-2) [Internet]. Légifrance. 2021 [cité 2 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006182408/>
47. Bousquet D. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité [Internet]. Haut Conseil à l'Égalité entre les hommes et les femmes; 2016 juin. Report No.: 2016-06-13-SAN-021. Disponible sur: https://haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_education_a_la_sexualite_2016_06_15_vf.pdf
48. IFOP. Contraception : pourquoi les femmes délaissent la pilule ? Illicomed. sept 2018;
49. Debusquat S. Les femmes et la pilule: effets secondaires, arrêt et sevrage. 2017.
50. Malmborg A, Persson E, Brynhildsen J, Hammar M. Hormonal contraception and sexual desire: A questionnaire-based study of young Swedish women. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. 2016;21(2):158-67.
51. Pastor Z, Holla K, Chmel R. The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. févr 2013;18(1):27-43.
52. Casado-Espada NM, de Alarcón R, de la Iglesia-Larrad JI, Bote-Bonaecha B, Montejo ÁL. Hormonal Contraceptives, Female Sexual Dysfunction, and Managing Strategies: A Review. *J Clin Med*. 25 juin 2019;8(6):E908.
53. Lopez LM, Ramesh S, Chen M, Edelman A, Otterness C, Trussell J, et al. Progestin-only contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. août 2016;(8). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008815.pub4/full/fr>
54. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Carayon F, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. janv 2014;(1). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003987.pub5/full/fr>
55. Lopez L, Kaptein A, Helmerhorst F. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 [Internet]. févr 2012;(CD006586). Disponible sur: https://www.cochrane.org/fr/CD006586/MENSTR_pilules-contraceptives-base-de-drospirenone-pour-le-traitement-du-syndrome-premenstruel
56. Cartier M, Letrait M, Sorin M. Travail domestique : des classes populaires conservatrices ? *Trav Genre Soc*. 10 avr 2018;39(1):63-81.

57. Union départementale des associations familiales de la Creuse. Le couple : représentations et évolutions sociales [Internet]. 2008. (Les enquêtes de l'observatoire). Report No.: 5. Disponible sur: https://www.unaf.fr/IMG/pdf/Conjugalite_Synthese_UDAF23.pdf
58. Oihana G. Contraception : Vasectomie, slip chauffant, hormones... Et si les hommes prenaient leur part ? [Internet]. 2021 [cité 17 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/sante/3148447-20211017-contraception-vasectomie-slip-chauffant-hormones-si-hommes-prenaient-part>
59. Rouillier H. Comme Pierre, 13 000 Français ont recours à la vasectomie chaque année. Qu'est-ce qui freine les autres ? [Internet]. L'Obs. 2021 [cité 12 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.nouvelobs.com/rue89/20211017.OBS49946/comme-pierre-13-000-francais-ont-recours-a-la-vasectomie-chaque-annee-qu-est-ce-qui-freine-les-autres.html>
60. Duran M. Vasectomie : en quoi consiste cette opération à visée contraceptive ? [Internet]. Santé Magazine. 2021 [cité 12 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.santemagazine.fr/traitement/contraception/la-vasectomie-une-methode-de-contraception-masculine-meconnue-175374>
61. Observatoire de la médecine générale. Top 50 des RC [Internet]. Société de médecine générale. [cité 17 déc 2021]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php?sid=7eaa7f163e3456a42f32717f15>
62. Hakimi-Prévot H. EDEN : premier préservatif remboursé par la Sécurité sociale [Internet]. Le Quotidien du Médecin. 2018 [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/assurance-maladie/eden-premier-preservatif-rembourse-par-la-securite-sociale>

ANNEXE

Annexe 1 :

Si vous n'avez pas de contraception, quelle(s) en est/sont la/les raison(s)? (Figure 14 a)



Parmi les principales raisons de l'absence de contraception, 21% des femmes citent les **effets indésirables** trop nombreux, 15% la **peur des hormones**, 12% **l'absence de contraception adaptée**, et 11% car **elles n'en souhaitent pas**. 13% n'ont pas besoin de contraception car elles n'ont pas de rapport sexuel actuellement et 8% car elles souhaitent un enfant.

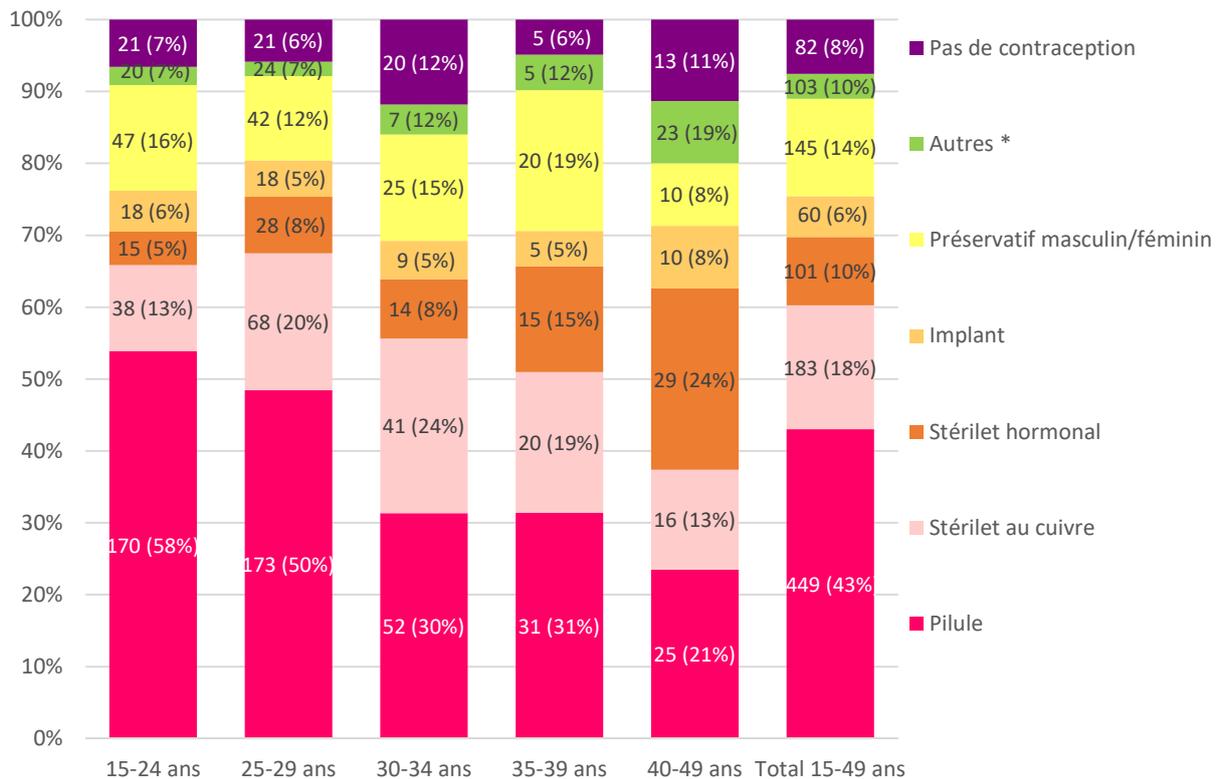
Réponses « Autre » :

- Enceinte x5
- Souhait de laisser la charge contraceptive à l'homme x2
- Grossesse non désirée sous stérilet au cuivre x2
- Besoin d'un sevrage hormonal après 12ans sous pilule, recherche d'une nouvelle contraception
- Contraception prise trop longtemps
- Pilule: baisse de libido, Anneau: trop onéreux, Stérilet: refus de pose ou déconseillé par les gynécologues suite à une trompe abîmée par un IVG
- Souhait de liberté
- Post-partum

- Souhait d'une stérilisation
- Réflexion pour la pose d'un stérilet
- Tabagisme
- Cancer du sein
- Stérilet s'est déplacé
- Peur d'une prise de poids
- Soucis de santé sous contraceptif hormonal et urticaire sous stérilet au cuivre
- Trop vieille
- Ayant arrêté ma pilule durant un déménagement, je me suis rendu compte que je me sens mieux sans
- Je ne trouve pas de solution qui nous satisferait totalement : sans hormone, sans corps étranger, confortable et sans fécondation

Annexe 2 :

La contraception en fonction de l'âge : analyse statistique (Figure 15 b)



n = 1038

Sont exclues de cette analyse les Françaises de 15 à 49 ans enceintes, stériles, ménopausées, souhaitant une contraception ou un enfant prochainement et/ou dont l'absence de contraception est uniquement due à l'absence de rapport hétérosexuel.

* La catégorie « Autres » comprend l'anneau, le patch, les méthodes naturelles, le retrait, la pilule du lendemain et la contraception définitive masculine et féminine.

Annexe 3 :

Concernant la/les contraception(s) que vous avez déjà essayée(s), donnez une note de satisfaction de 1 à 10 (Figure 18)

- La pilule : satisfaction moyenne à 5,7 [3,1 ; 8,3] pour une médiane à 6 [4 ; 10] sur 1035 réponses.
- Le stérilet au cuivre : satisfaction moyenne à 6,5 [3,4 ; 9,6] pour une médiane à 8 [4 ; 10] sur 313 réponses.
- Le stérilet hormonal : satisfaction moyenne à 5,5 [2,4 ; 8,7] pour une médiane à 6 [3 ; 10] sur 183 réponses.
- Le préservatif masculin / féminin : satisfaction moyenne à 5,7 [3,3 ; 8] pour une médiane à 6 [4 ; 10] sur 747 réponses.
- L'implant progestatif : satisfaction moyenne à 5,1 [1,9 ; 8,4] pour une médiane à 5 [2 ; 10] sur 161 réponses.
- L'anneau vaginal hormonal : satisfaction moyenne à 5,4 [2,3 ; 8,5] pour une médiane à 6 [2,5 ; 10] sur 60 réponses.
- Le patch hormonal : satisfaction moyenne à 3,7 [0,8 ; 6,5] pour une médiane à 3 [1 ; 10] sur 36 réponses.
- Le spermicide / diaphragme / cape cervicale : satisfaction moyenne à 3,6 [0,7 ; 6,4] pour une médiane à 2 [1 ; 9] sur 19 réponses.
- Le retrait : satisfaction moyenne à 3,9 [1,1 ; 6,6] pour une médiane à 3 [1 ; 10] sur 299 réponses.
- Les méthodes naturelles (calendrier, température...) : satisfaction moyenne à 4,8 [1,8 ; 7,8] pour une médiane à 4 [2 ; 10] sur 140 réponses.
- La vasectomie du partenaire (stérilisation) : satisfaction moyenne à 6,1 [1,7 ; 10,5] pour une médiane à 9,5 [1 ; 10] sur 30 réponses.
- La stérilisation (ligature, clip, méthode Essure...) : satisfaction moyenne à 5 [0,9 ; 9] pour une médiane à 5 [1 ; 10] sur 21 réponses.
- La pilule du lendemain / d'urgence : satisfaction moyenne à 6,2 [3 ; 9,3] pour une médiane à 7 [3 ; 10] sur 340 réponses.

Annexe 4 :

Avez-vous déjà ressenti chez votre médecin un frein à la prescription de la contraception que vous souhaitiez ? (Figure 21 c)

Réponses « Autre » :

Refus de la méthode contraceptive choisie :

- **Refus des méthodes naturelles**

- Méthode naturelle jugée non fiable
- Méthode jugée "non valide"
- Jugement car méthode non conventionnelle
- Réticence / méconnaissance des médecins sur les méthodes naturelles, Pas d'explication du fonctionnement du stérilet au cuivre
- Médecin qui n'est pas ouvert à ma volonté du naturel, ne comprenant pas que les hormones ne me correspondent pas (effets dévastateurs sur mon corps)

- **Refus du stérilet**

- Gynécologue en fin de carrière réfractaire à la pose d'un DIU chez une nullipare
- M'a expliqué qu'on ne prescrivait pas de stérilet aux primipares
- Préjugés sur le fait de porter un stérilet en étant nullipare
- Risque de salpingite sous stérilet (alors que je me protégeais correctement par préservatif...)
- A jugé seul que je ne devais pas arrêter la pilule pour le stérilet hormonal (qui a été prescrit pour diminuer les douleurs d'endométriose)
- Demande d'un stérilet au cuivre pour quelques mois seulement, mais j'ai insisté et il a vite accepté
- Stérilet que si la relation était stable

- **Refus de l'implant**

- Médecin qui ne souhaitait plus poser d'implant devant le risque de migration
- Gynécologue qui a refusé de me poser un implant car été contre
- A priori sur l'implant donc m'a dissuadé de le poser

- **Refus de la stérilisation**

- Le gynécologue voulait encore attendre avant la ligature des trompes
- Médecin très patriarcal qui ne conçoit pas la ligature des trompes

Médecin non ouvert au dialogue et imposant une méthode contraceptive :

- Je voulais une pilule moins dosée et de 1ère génération (j'utilisais diane 35 avant) la gynécologue a refusé et m'en a prescrit une autre
- Médecin qui voulait me prescrire un stérilet d'office sans même me demander mon avis. Il avait décidé pour moi que je n'aurai plus d'enfants
- Elle voulait que je prenne la pilule
- La gynécologue m'a laissée entendre que mon désir d'arrêter la pilule ne la concernait pas alors que j'aurais aimé en parler avec elle, même si je n'avais pas de désir d'enfant
- Elle ne voyait pas l'intérêt d'utiliser autre chose que la pilule
- Souhaitait que j'utilise plusieurs pilules différentes avant de passer au stérilet alors que je savais que la pilule ne me correspondait pas
- Médecin de famille qui m'avait imposé la pilule à mes 17 ans sans aucune discussion. Par la suite j'ai consulté une sage-femme sur le conseil d'amies, ça s'est bien mieux passé.
- Je voulais changer de pilule à cause d'idées noires (quand je l'ai arrêté tout allait mieux). La gynécologue m'a dit qu'elle n'avait jamais vu ça de sa carrière. Ma sœur a également eu un refus de pose de stérilet avec elle. J'ai changé de gynécologue depuis.
- Je suis allée au planning familial quand j'étais mineure, la pilule était le plus simple apparemment, on ne m'a rien proposé d'autre
- Pression pour le choix de la pilule. Peu d'intérêt pour la question.
- Il ne comprenait pas pourquoi je ne voulais pas prendre la pilule
- A l'époque ma gynécologue ne souhaitait pas que j'arrête la pilule qui m'avait été prescrite pour des problèmes de peau
- Jugement de la part du médecin
- Il ne comprenait pas mon choix de préférer une pilule non remboursée par la sécurité sociale
- Idéologie + sexisme : a tenté de m'imposer la pilule malgré un refus, au motif que "votre partenaire n'aime pas le préservatif", affirmation assenée sans avoir eu le moindre contact avec le partenaire
- Prescription d'une pilule alors que je ne souhaitais plus la prendre et doutes sur l'efficacité d'utilisation contraceptive du préservatif masculin (une gynécologue et une sage-femme en libéral)
- Médecin peu progressiste
- Mon gynécologue ne voulait pas changer ma pilule

- Elle m'avait imposée le stérilet après ma 1ère grossesse, d'où changement de médecin quelque temps après...
- Il ne voulait pas me donner l'implant avant d'avoir pris la pilule mais il a fini par accepter comme c'est ce que je voulais. Pareil pour la pilule, à chaque fois les médecins veulent absolument me faire prendre la pilule et me juge quand je dis que je ne prends pas de contraception
- A 19 ans je prenais la pilule. Je voulais changer pour un implant ou un stérilet. La gynécologue m'a fait la leçon en me disant qu'à mon âge il n'y avait que la pilule. Je savais que c'était faux mais je n'ai rien osé dire. Heureusement depuis j'ai changé de médecin
- Paternaliste
- Gynécologue désagréable
- Le retrait ne plaisait pas beaucoup à mon médecin car risqué et sans défense contre les IST. C'est vrai que c'est inconscient de ma part. Je ne sais pas pourquoi je prends de tels risques en toute honnêteté...

Il y avait un risque pour votre santé :

- C'était la seule gynécologue à trouver un risque pour ma santé avec cette contraception alors que pour les autres non
- Peur du risque de complication avec la pose d'un stérilet avant les vacances d'été
- Risque des hormones pour ma santé (maladie auto immune) et expulsion 2 fois du stérilet cuivre
- Risque envers les IST avec un stérilet chez la femme jeune
- Prise de médicaments non compatibles

Annexe 5 :

Quels sont pour vous les 3 effets indésirables les plus inacceptables ? (Figure 22 a)

De nombreuses femmes ont indiqué plus de 3 effets indésirables inacceptables, avec plusieurs classés en 3e, mais il a été vérifié que chacune d'entre elles ne mette qu'une seule réponse en 1 et 2 pour ne pas fausser les analyses. 2 femmes ont d'ailleurs signalé que tous ces symptômes étaient inacceptables pour elles et donc impossible d'en déterminer 3 principaux. 56 n'ont au contraire signalé aucun effet indésirable inacceptable.

Réponses « Autre » :

- prise de poids atteignant parfois 15kg, et cela sur des périodes courtes (un an environ) x 6
- mycoses à répétition x5
- odeur de transpiration x3
- augmentation des pertes blanches x2
- vertiges x2
- fatigue
- œdèmes
- apparition de tâches sur le visage
- sécheresse cutanée généralisée
- problèmes intestinaux
- cystites à chaque cycle, pyélonéphrite interstitielle tous les 2 à 3 mois
- endométriose
- dysthyroïdie
- perte de poids et de cheveux
- kystes mammaires
- syndrome menstruel présent même sans saignement
- concernant le préservatif : « rapport au corps de l'autre (barrière du préservatif) », « la contrainte d'utiliser un préservatif à chaque rapport »
- concernant le stérilet : « fils piquants du stérilet », « insomnies » sous stérilet hormonal, « risque d'infection utérine »
- concernant la pilule : difficulté d'« observance », « oublis fréquents sous pilule », « manque de confiance envers la pilule car pas assez informée »
- peur de devenir « stérile » x2, « augmentation des difficultés à la conception »
- besoin d'une contraception adaptée à son corps « Ma priorité aujourd'hui est qu'elle corresponde à mon corps, qu'elle ne soit pas trop intrusive » et leur peur de « Se sentir déconnectée de notre corps »
- échec de la contraception x4, dont une suite à un « préservatif qui a craqué et malgré la pilule du lendemain »
- présence d'hormone non naturelle dans de nombreuses contraceptions x12 : « hormones artificielles qui agissent en permanence sur différents organes », « la prise d'hormones pendant de si nombreuses années n'est peut-être pas bon pour la santé et le corps », « peur des effets à long terme » x2, « hormones non naturelles », « contraception le plus souvent non naturelle avec la prise d'hormone », « peu de contraception non

hormonale », « contraception hormonale pour la plupart », « impact sur le corps de la femme et sur la planète », « impact sur l'équilibre hormonal », « dérèglement des périodes de cycle », « absence du ressenti cyclique hormonal ».

- « risque cardiovasculaire lié aux hormones » x2
- risque de « cancer lié aux hormones » x4
- pilule qualifiée de « poison pour le corps »
- « danger pour la santé » x4
- « en fait, tout est inacceptable. Avoir mal, prendre du poids sans raisons, être irritable sans raison etc... Impossible de n'en déterminer que 3 pour moi »
- « difficile de choisir, pour moi tout effet secondaire de la contraception est inacceptable...»

Annexe 6 :

Quelles sont les 3 raisons principales du choix de votre contraception ? (Figure 24)

Autres raisons principales citées par les patientes :

Liberté d'arrêter la contraception quand on le souhaite :

- Non invasive x2
- Pouvoir l'arrêter facilement si cela ne me convenait pas
- Plus de liberté

Le moins d'effet secondaire :

- Le moins d'effets secondaires x9
- Pas de modification de mes humeurs x2
- Recherche du moins d'effets secondaires possible mais d'un niveau de confiance en l'efficacité élevé (principal)
- Pas de conséquence sur la libido x3
- Pas de sécheresse vaginale
- Marre de prendre des hormones et de ne plus avoir de libido mais rien d'autre ne me correspond
- La moins pire
- Diminuer les règles et leurs douleurs x3
- Règles conservées
- Eviter les pertes blanches importantes
- Plus de maux de tête
- Sans œstrogènes car migraines

- Dernière option avant la vasectomie qui sera la seule solution si l'anneau ne convient pas

Suite à un échec du stérilet :

- Peur des douleurs et d'un rejet avec le stérilet
- Meilleure tolérance que le stérilet
- Echec du stérilet
- Adaptée au SAPL et autre que stérilet au cuivre que mon corps a rejeté

Adaptée à mes problèmes de santé :

- Compatible avec mes antécédents médicaux x2
- Contraception obligatoire et interchangeable en raison d'une maladie auto-immune
- Pour enrayer l'adénomyose et ses douleurs, il me fallait une contraception qui coupe les règles
- Adaptée à mon obésité
- Adaptée au diabète
- Adapté à mes problèmes médicaux (anémies et douleurs pendant les règles)
- Adaptée à mes problèmes de santé (j'avais des cystites à répétition sous pilule)
- Adaptée à mes antécédents d'AVC
- Adaptée à mes antécédents de lésions hépatiques
- Pas d'autre raison que le SOPK, car sinon je choisirais une autre contraception par conviction écologique et à cause de la contrainte quotidienne

Réflexion sur la contraception définitive :

- Seule contraception fiable et compatible avec l'allaitement : vasectomie
- Solution définitive

Choix partagé avec le partenaire :

- Partage des responsabilités contraceptives avec mon partenaire
- Projet de couple, Meilleure connaissance de son corps
- Acceptée par le partenaire x2

Pas de risque d'oubli x7

Plus écologique :

- Pas d'hormone et donc pas d'effet sur l'environnement
- Moins de déchets et donc respect de l'environnement avec le stérilet plutôt que la pilule

Sans hormone :

- Dose hormonale sanguine plus faible qu'avec la pilule x2

Protection des MST x2

Naturel, sans effet secondaire, presque gratuit (15.90 un thermomètre qui va me durer des années), moral plus équilibré, redécouverte de mon corps, de son fonctionnement et du plaisir! Je suis redevenue une femme!! Avec mon cycle naturel!

Annexe 7 :

Qu'attendez-vous préférentiellement de votre contraception ? (Figure 25)

Contraception facile sans risque d'oubli :

- Pas peur de l'oublier
- Plus besoin d'y penser
- Être tranquille
- Pas de charge mentale
- Simplicité
- Une contraception facile x2

Adaptée à mes problèmes de santé :

- 1 Stopper l'endométriose
- 2 Bonne pour ma santé (obésité)
- 2 Adaptée au SOPK x3
- 1 Adaptée à mon traitement pour l'épilepsie
- 2 Hirsutisme

Améliorer les cycles et leurs symptômes :

- 1 Réduire le syndrome pré menstruel
- 2 Régularité du cycle x3

Peu d'effet indésirable :

- 3 Pas d'effet secondaire x4
- 2 Pas de troubles de l'humeur, 3 Pas de perte de libido
- 1 Pas d'effet sur la santé

Pas d'hormone :

- 2 Pas d'hormone x2
- 3 L'absence de danger pour mon corps sans les hormones
- 3 Je ne souhaite pas d'hormones et ne souhaite pas remettre de stérilet au cuivre que j'avais avant ma première grossesse car j'envisage une nouvelle grossesse dans les 3 prochaines années à venir
- 1 Méthode naturelle
- 3 Sans hormones qui m'occasionnaient une baisse de libido (mais la pilule était bien mieux que le stérilet au cuivre pour tout le reste (règles moins douloureuses, moins d'acné...). Rien n'est parfait...

Qu'elle implique mon partenaire aussi pour ne pas endosser seule les effets indésirables de notre contraception

Je ne suis pas pour un corps étranger dans mon utérus ou dans mon corps

En accord avec mes valeurs écologiques et mentales

Me sentir Femme!

Par habitude

Annexe 8 :

Quelle(s) contraception(s) masculine(s) connaissez-vous ? (Figure 31)

Remarques de certaines femmes concernant la contraception masculine :

« dans un monde idéal, une pilule pour les hommes devrait être aussi courante que celle pour les femmes ; la contraception n'est pas qu'une affaire de femme »

« mettre en place une pilule était un projet me semble-t-il, mais qui a été abandonné car trop d'effets secondaires (insupportable à entendre) »

« contraception thermique (caleçon et anneau à positionner 15h par jour), mon conjoint s'est renseigné mais sur Lille on ne propose que la vasectomie »

« la pilule (qui ne verra probablement jamais le jour) »

« la pilule qui doit arriver depuis mille ans mais qui n'arrive pas »

« pilule (projet abandonné ?) »

« pilules en test mais jamais mises sur le marché... »

Annexe 9 : Questionnaire de l'étudeThèse de médecine générale

Quelles sont les attentes des femmes de 15 à 49 ans en matière de CONTRACEPTION ?

Mademoiselle, Madame,

Actuellement interne de médecine générale en neuvième année, je réalise une thèse ayant pour but d'étudier les attentes des femmes de 15 à 49 ans en matière de contraception, à laquelle, si vous le souhaitez, vous pouvez participer.

Ce questionnaire est facultatif, anonyme et ne vous prendra que 5 minutes. N'étant pas possible de vous identifier par le biais de ce questionnaire, il ne sera pas possible d'exercer vos droits d'accès aux données, de retrait ou de modification. Pour assurer une sécurité optimale, vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.

Ce questionnaire fait l'objet d'une déclaration n° 2020-210 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 ou la CNIL.

Un grand merci pour votre aide dans cette étude. Si vous souhaitez accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter par mail à l'adresse suivante : charlotte.pallade.etu@univ-lille.fr

1 Dans quel département habitez-vous ?

.....

2 De quelle tranche d'âge faites-vous partie ?

- 15 – 17 ans 18 - 24 ans
 25 - 29 ans 30 - 34 ans
 35 - 39 ans 40 - 44 ans
 45 - 49 ans

3 Quel est votre niveau d'étude ?

- Aucun
 CEP (certificat d'études primaires)
 Brevet/BEPC/DNB
 CAP/BEP
 Bac/Bac pro
 Bac+2/BTS/DUT/Deug/Deust
 Bac+3/4/licence/maîtrise
 Bac+5 et+/master/DEA/DESS

4 Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

- Agricultrice, exploitante
 Artisane, commerçante, cheffe d'entreprise
 Cadres, profession intellectuelle et artistique, profession libérale
 Profession intermédiaire en santé, enseignement, social, administratif et commercial
 Employée
 Ouvrière
 Etudiante
 Sans emploi

5 Quelle est votre situation maritale ?

- Célibataire Séparée
 Mariée Divorcée
 Pacs/concubinage Veuve

6 Depuis combien de temps êtes-vous en couple ?

- < 3 mois 5 - 10 ans
 3 mois - 1 an > 10 ans
 1 - 5 ans

7 Quelle est la fréquence de vos rapports sexuels sur les 6 derniers mois ?

- Jamais
 Moins d'1 fois par mois
 1 à 4 fois par mois
 2 à 4 fois par semaine
 Tous les jours

8 Combien d'enfant avez-vous ?

.....

9 Avez-vous déjà eu :

- Une grossesse non désirée
 Une interruption volontaire de grossesse (IVG)

10 Avez-vous une contraception actuellement ?

- Oui Non

Si oui, la(les)quelle(s) ?

- Pilule:
 Stérilet au cuivre
 Stérilet hormonal:
 Préservatif masculin/féminin
 Implant progestatif
 Anneau vaginal hormonal
 Patch hormonal
 Spermicide/diaphragme/cape cervicale
 Retrait
 Méthodes naturelles (calendrier, température...)
 Vasectomie du partenaire

- Stérilisation (ligature, clip, ressort, méthode Essure...)

- Pilule du lendemain/d'urgence

11 Depuis combien de temps utilisez-vous cette méthode :

.....

12 Vous avez choisi votre contraception :

(plusieurs réponses possibles)

- Seule
 Avec votre médecin
 Avec votre partenaire
 Votre famille/vos amis vous l'ont conseillée
 Votre famille vous l'a imposée
 Votre partenaire vous l'a imposée
 Votre médecin vous l'a prescrite sans alternative

13 Êtes-vous satisfaite de votre contraception actuelle ?

(entourez la case correspondante)



Non, pas du tout

Oui, tout à fait

14 Si vous avez un partenaire, pensez-vous qu'il soit satisfait de votre contraception ?

(entourez la case correspondante)



Non, pas du tout

Oui, tout à fait

- Je ne sais pas

15 Concernant la/les contraception(s) que vous avez déjà essayée(s), donnez une note de satisfaction de 1 à 10 :

.... Pilule:

.... Stérilet hormonal:

- Stérilet au cuivre
- Préservatif masculin/féminin
- Implant progestatif
- Anneau vaginal hormonal
- Patch hormonal
- Spermicide/diaphragme/cape cervicale
- Retrait
- Méthodes naturelles
- Vasectomie du partenaire
- Stérilisation (ligature, clip...)
- Pilule du lendemain/d'urgence

16 Si vous n'avez pas de contraception, quelle(s) en est/sont la/les raison(s)?

- Pas de rapport sexuel
- Désir d'enfant
- Stérilité chez vous ou votre partenaire
- Homosexualité
- Vous ne souhaitez pas de contraception
- Aucune ne convient
- Trop d'effets indésirables
- Peur d'un corps étranger
- Peur des hormones
- Peur de devenir stérile
- Par conviction religieuse
- Vous consultez ce jour pour en avoir une, à savoir:
- Pas de raison particulière
- Autre :

17 Avez-vous déjà ressenti chez votre médecin un frein à la prescription de la contraception que vous souhaitiez?

- Oui Non

Si oui pour quelle(s) raison(s)?

- Risque pour votre santé
- Vous êtes/étiez trop jeune
- Pas encore d'enfants
- Il ne maîtrisait pas bien la contraception donc vous a envoyé vers un autre médecin
- Il ne maîtrisait pas bien la contraception et ne vous a pas envoyé vers un autre médecin
- Raison non expliquée
- Autre :

18 Quels sont pour vous les 3 effets indésirables les plus inacceptables?

- 1:plus importante à 3:moins importante**
- Saignements en dehors des périodes de règles ou spotting

- Règles plus abondantes
- Disparition des règles
- Troubles de l'humeur
- Troubles de la libido
- Céphalées/maux de tête
- Prise de poids ≤5kg
- Apparition/majoration d'acné
- Douleurs abdominales
- Douleurs mammaires
- Sécheresse vulvaire/vaginale
- Autre :

19 Envisagez-vous de changer de contraception?

- Oui Non

Si oui pour quelle(s) raison(s)?

- Arrêt car désir d'enfant
- Echec de ma contraception
- Plus de rapport sexuel
- Ménopause
- Homosexualité
- Trop d'effets indésirables
- Vous n'en souhaitez plus
- Ne convient pas à votre corps
- Ne convient pas à votre emploi du temps/à votre vie
- Peur des hormones
- Peur de devenir stérile
- Contre-indication à la contraception actuelle
- Stérilité chez vous / partenaire
- Souhait de votre entourage
- Contraception trop chère
- Par conviction religieuse
- Pour des raisons écologiques
- Autre :

Si oui, quelle(s) contraception(s) envisagez-vous?

.....

20 Concernant votre contraception actuelle ou celle que vous envisagez :

a) Quelles sont les 3 raisons principales du choix de votre contraception?

1:plus importante à 3:moins importante

- Contraception connue
- Contraception semblant être la plus efficace
- Facilité d'utilisation
- Facile à se procurer
- Contraception remboursée
- Contraception discrète
- Pas d'hormone

- Possibilité de fumer avec
- Adaptée à votre mode de vie
- Adaptée à l'endométriose
- Adaptée au SOPK
- Autre :

b) Qu'attendez-vous préférentiellement de votre contraception? (3 réponses)

1:plus importante à 3:moins importante

- Efficacité anticonceptionnelle
- Règles moins douloureuses
- Diminution de l'acné
- Pas de prise de poids
- Arrêt des règles
- Adéquation avec votre couple/votre sexualité
- Adéquation avec votre corps
- La protection des infections sexuellement transmissibles(IST)
- Autre :

21 Vous êtes prête à gérer votre contraception :

- A chaque rapport sexuel
- Tous les jours
- 1 fois/semaine
- 1 fois/mois
- 1 fois/trimestre
- 1 fois/3 ans ou plus

22 Le remboursement de votre contraception est-il indispensable?

- Oui Non

23 Pensez-vous que le partenaire doit être impliqué dans la contraception?

- Oui Non

24 Feriez-vous confiance à votre partenaire s'il devait gérer la contraception?

- Oui Non
- Ne sait pas

25 Avez-vous déjà entendu parler de la contraception pour les hommes?

- Oui Non

26 Quelle(s) contraception(s) masculine(s) connaissez-vous ?

.....

27 Connaissez-vous un homme qui utilise / a déjà utilisé une contraception ≠ du préservatif?

- Oui Non

AUTEURE : Nom : PALLADE **Prénom : Charlotte**
Date de soutenance : 24 mars 2022
Titre de la thèse : Les attentes des femmes de 15 à 49 ans en matière de contraception en 2021
Thèse - Médecine - Lille 2022
Cadre de classement : Médecine
DES + FST/option : Médecine générale
Mots-clés : Contraception; Comportement contraceptif; Satisfaction des patients; Préférence des patients; Médecine générale

Résumé :

CONTEXTE Plus de 90% des Françaises de 15 à 49 ans utilisent une contraception, soit l'un des taux les plus élevés au monde. Pourtant, le taux d'IVG en France continue d'augmenter depuis les années 1990 malgré une contraception utilisée par plus de la moitié des femmes réalisant une IVG. Les études se sont penchées jusqu'à présent sur l'évaluation de l'observance contraceptive, sans prendre en compte ni la satisfaction des femmes, ni leurs attentes vis-à-vis de la contraception. L'objectif principal de notre étude est de déterminer ces attentes chez les Françaises de 15 à 49 ans en 2021.

METHODE Réalisation d'une étude épidémiologique descriptive transversale multicentrique à l'aide d'un auto-questionnaire distribué de décembre 2020 à février 2021 dans plusieurs cabinets médicaux des Hauts-de-France, au planning familial de Lille et sur Internet.

RESULTATS 1147 questionnaires ont été analysés. Il en ressort une satisfaction contraceptive loin d'être optimale, avec 17,5% de femmes insatisfaites et 1/3 souhaitant changer de contraception, en particulier celles sous pilule. On observe un manque de connaissance des différentes méthodes, notamment des DIU, qui obtiennent pourtant la meilleure satisfaction (6,5/10) et attirent 40% des femmes souhaitant changer de contraception. Les femmes souhaitent une contraception connue, facile à utiliser et si possible sans hormone. Pourtant, la pilule reste la contraception la plus prescrite en France. L'adéquation de la contraception avec le corps, le couple, la sexualité et le mode de vie est également essentielle, tout comme son remboursement. A l'inverse, les troubles de la libido et de l'humeur ainsi que la prise de poids sont jugés comme inacceptables. L'ensemble de ces paramètres devraient être pris en considération sans frein ni jugement lors de la prescription. Enfin, 41% des femmes seraient prêtes à laisser la responsabilité contraceptive à leur partenaire.

CONCLUSION L'absence de contraception stable depuis 2016 (8%) et l'insatisfaction globale démontrent une inadéquation entre l'offre contraceptive actuelle et les attentes des femmes en 2021. La lente évolution de la contraception masculine y participe également. Cette étude permet de prendre conscience des attentes des femmes sur la contraception afin d'améliorer leur satisfaction ainsi que la couverture contraceptive. Un approfondissement des connaissances ainsi qu'une modification des pratiques contraceptives des professionnels de santé, notamment concernant les DIU chez les nullipares, serait essentiel pour une prise en charge optimale de la contraception en France.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseurs : Madame le Docteur Judith OLLIVON

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Stéphane PEREZ