



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Les modalités contraceptives des femmes consultants en
médecine générale: la pilule populaire?**

Présentée et soutenue publiquement le 28 avril 2022 à 18h
En salle n°4 du Pôle Formation
Par Nelly GUECHI

JURY

Président :

Madame le Professeur Sophie JONARD-CATTEAU

Assesseurs :

Madame le Docteur Judith OLLIVON

Madame le Docteur Aimée DJEBARA-INATI

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABRÉVIATIONS :

OMS : Organisation mondiale de la santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

DIU : Dispositif intra-utérin

DPO : Délégué à la Protection des Données

CPEF : Un centre de planification et d'éducation familiale

TABLE DES MATIERES :

INTRODUCTION	8
1. Généralités	8
2. Paysage contraceptif Français	10
3. Echec contraceptif.....	11
4. Efficacité pratique et efficacité théorique d'un contraceptif.....	13
5. Couverture contraceptive mondiale	16
6. La crise des pilules.....	18
MATÉRIEL ET MÉTHODES	20
1. Caractéristiques du questionnaire.....	20
2. Analyse statistique	21
RÉSULTATS.....	22
1. Profil de la population étudiée	22
2. Passé contraceptif de la population étudiée.....	24
3. Contraception actuelle de la population étudiée.....	26
4. Effets secondaires jugés importants et caractéristiques du contraceptif idéal de la population étudiée.....	29
DISCUSSION	31
1. Limites de l'étude	31
2. Analyses des résultats et discussion	32
CONCLUSION	37
RÉSUMÉ.....	38

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	40
ANNEXES	42
1. Récépissé de la déclaration de conformité	42
2. Questionnaire.....	43

INTRODUCTION

1). Généralités

L'OMS reconnaît la santé sexuelle et reproductive comme un droit humain.

En France ce droit n'a pas toujours été une évidence et résulte de nombreuses années de lutte.

En effet Le 31 juillet 1920, suite aux pertes humaines dues à la Grande Guerre de 1914-1918 d'où nait une peur de la « dépopulation Française », le Parlement adopte une loi interdisant la propagande et la vente des procédés anticonceptionnels (laissant toutefois en vente libre les préservatifs en raison de leur caractère prophylactique dans la lutte contre les maladies vénériennes.) (1)

Par la suite, de nombreuses méthodes autorisées à l'étranger seront illégalement importées sur le territoire français, notamment par des médecins favorables au contrôle des naissances (birth control) qui les prescrivaient alors pour réguler le cycles des femmes , ou dans le cas de grossesse pouvant mettre en danger le pronostic vital d'une femme (1) .

Le 19 décembre 1967, le député Lucien Neuwirth faisait adopter par l'Assemblée Nationale une loi autorisant sous prescription médicale la vente et l'usage des méthodes anticonceptionnelles en France (2).

La pilule devient alors pour les féministes l'outil de la libération des femmes, dissociant sexualité et procréation.

Les arrangements contraceptifs deviennent légales, et sortent du cadre privé et intime pour être discutés en cabinet médical.

Cette médicalisation de la contraception en fait alors une responsabilité progressivement devenue féminine (3)(2) .

Par la suite dans les années 1980 la pilule et le DIU deviennent les deux contraceptifs les plus utilisés en France , et plus tard , dans les années 2000, on assistera à une véritable diversification de l'offre des méthodes hormonales à destination des femmes : Patch, anneau et implant font leur apparition sur le marché contraceptif français (considérés comme des alternatives à la pilule dont la prise quotidienne peut être perçue comme contraignante, ils ne représentent cependant, en 2010, que 5 % du recours contraceptif (4) .

Depuis, la couverture contraceptive n'a eu de cesse de progresser (figure n°1).

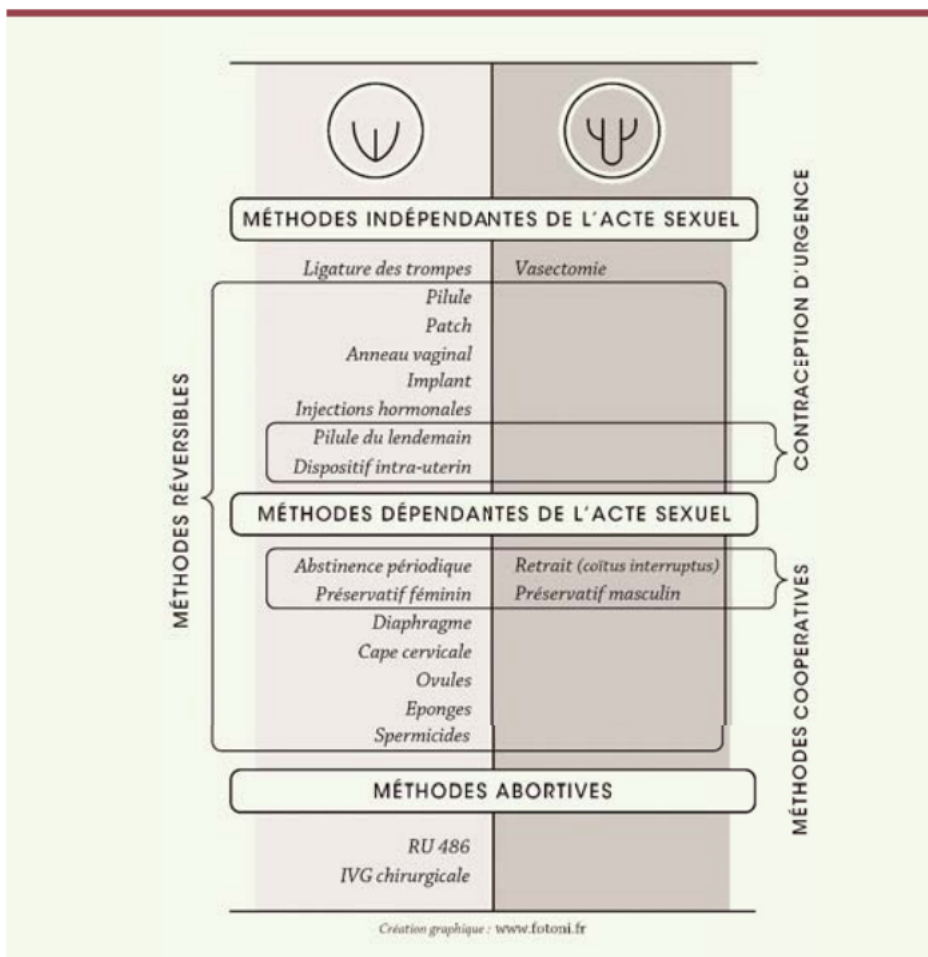


Figure 3. Méthodes de maîtrise de la fécondité, disponibles en France en 2013 (d'après [5]). © Mireille Le Guen.

Figure n°1 : Méthode de maitrise de la fécondité , disponible en France en 2013

2). Paysage contraceptif Français

Depuis la légalisation de la contraception on voit progressivement se dessiner un « paysage contraceptif français » figé qui voudrait qu'en fonction des différentes phases de la vie sexuelle et reproductive certaines pratiques contraceptives soient socialement valorisées , ainsi une « norme contraceptive» s'est mise en place en prescrivant le recours au préservatif en début de vie sexuelle, puis à la pilule lorsque la relation se stabilise et, enfin, au DIU une fois que le nombre d'enfants souhaités est atteint, or cette norme limite la possibilité pour les individus de choisir le contraceptif qui leur convient (5) .

Pourtant, du choix contraceptif dépend l'acceptabilité, de laquelle résulte l'observance, nécessaire à l'efficacité contraceptive de certains produits, notamment la pilule.

La norme contraceptive française, en limitant le choix des femmes en matière de contraception, réduit alors indirectement l'efficacité contraceptive (les échecs contraceptifs dus aux défauts d'observance étant l'une des principales causes de recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en France (6) (7) .)

3). Echec contraceptif

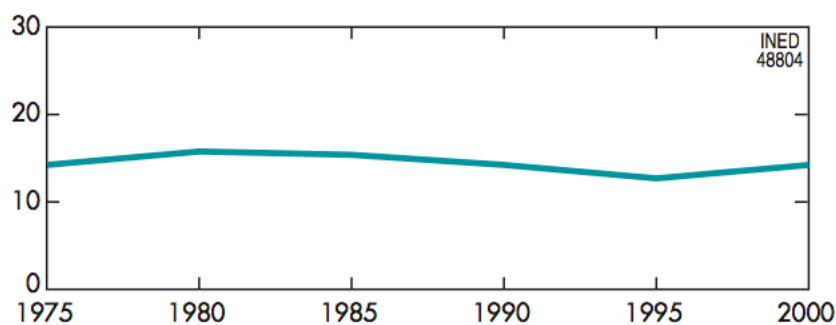
En 2013, 97 % des femmes âgées de 15 à 49 ans et soumises au risque de grossesse non prévue utilisent une méthode de contraception (principalement des méthodes médicales (3) .)

Malgré l'importance de cette couverture contraceptive le nombre de grossesses non désirées reste élevé en France puisque le taux d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) reste stable depuis

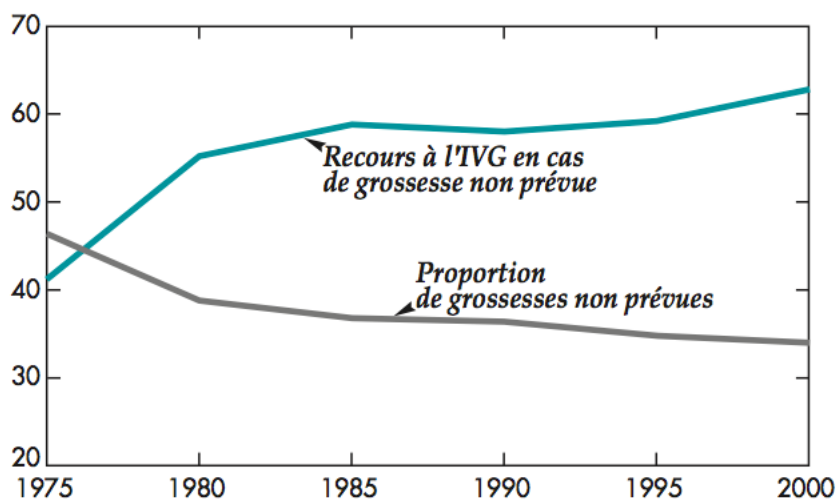
2006 avec environ 200 000 IVG par an contre 211 900 en 2016 (8) (figure n°2), c'est ce que l'on appelle « Le paradoxe contraceptif français » : deux femmes sur trois ayant recours à une IVG utilisaient une méthode contraceptive (tableau n°1). Ces chiffres révèlent un taux non négligeable d'échec des méthodes et montrent qu'un nombre important d'IVG résulte de difficultés quant à la gestion quotidienne de la pratique contraceptive par les femmes (9)

Figure - Fréquence du recours à l'IVG et des grossesses non prévues en France

a) Nombre annuel d'IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans



b) Proportion de grossesses non prévues (pour 100 grossesses) et fréquence du recours à l'IVG (pour 100 grossesses non prévues)



Sources : enquêtes et annuaires Ined, Drees.

Figure n°2 : fréquence du recours à l'IVG et des grossesses non prévues en France

Tableau 1 - Situation contraceptive des femmes au moment de la conception ayant donné lieu à une IVG (vers 1998)	
Situation contraceptive	%
Pas de contraception	28,1
Pilule	23,1
Stérilet	7,0
Préservatif	19,3
Méthode naturelle	19,1
Autre méthode	3,4
Total	100,0
<i>Source : Enquête Cocon 2000</i>	
<i>Note : l'enquête Cocon a été réalisée avec le soutien de l'Inserm, l'Ined et le laboratoire Wyeth-Lederlé.</i>	

Tableau n°1 : Situation contraceptive des femmes au moment de la conception ayant donné lieu à une IVG (vers 1998)

4). Efficacité pratique et efficacité théorique d'un contraceptif

En matière de contraception, il est important de définir la notion d'efficacité qui se décline en deux indicateurs sensiblement différents : on parle d'alors d'efficacité théorique et d'efficacité pratique d'une méthode contraceptive.

L'efficacité théorique se définit quand le contraceptif choisi est parfaitement utilisé et qu'il n'y a aucune interaction, ni avec d'autres médicaments ni avec d'autre problème d'utilisation, elle se mesure par l'indice de Pearl (indice théorique représentant le pourcentage de grossesses accidentelles survenues lors de la première année d'utilisation de la méthode, de façon optimale, chez 100 femmes) (3) , elle se distingue de l'efficacité pratique qui quant à elle se mesure en prenant en compte les erreurs d'utilisation de la méthode contraceptive au quotidien : les oublis, une

mauvaise utilisation du préservatif, etc... elle est également donnée pour 100 femmes qui utilisent le contraceptif pendant un an.

L'efficacité pratique d'une méthode contraceptive est liée au contexte de prise et à l'adéquation entre la méthode, les préférences et le mode de vie des usagères et des usagers.

Ainsi l'efficacité des contraceptifs oraux peut être compromise par plusieurs choses : les oublis, les troubles digestifs (vomissements, diarrhées) et les interactions avec certains médicaments, d'où un écart important entre son efficacité théorique et son efficacité pratique (son efficacité théorique étant définie par son indice de pearl à 0,3 pour une efficacité pratique qui quant à elle est évaluée à 8) (tableau n°2) , ainsi bien que la pilule était responsable d'un tiers des échecs contraceptifs dans les années 1990 et 2000 , cette dernière reste la méthode contraceptive la plus utilisée globalement (45% des femmes concernées par la contraception) à tous les âges sauf chez les 45-49 ans où elle est devancée par le DIU (5) (figure n°3).

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

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

Tableau n°2 : Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives

Figure : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge

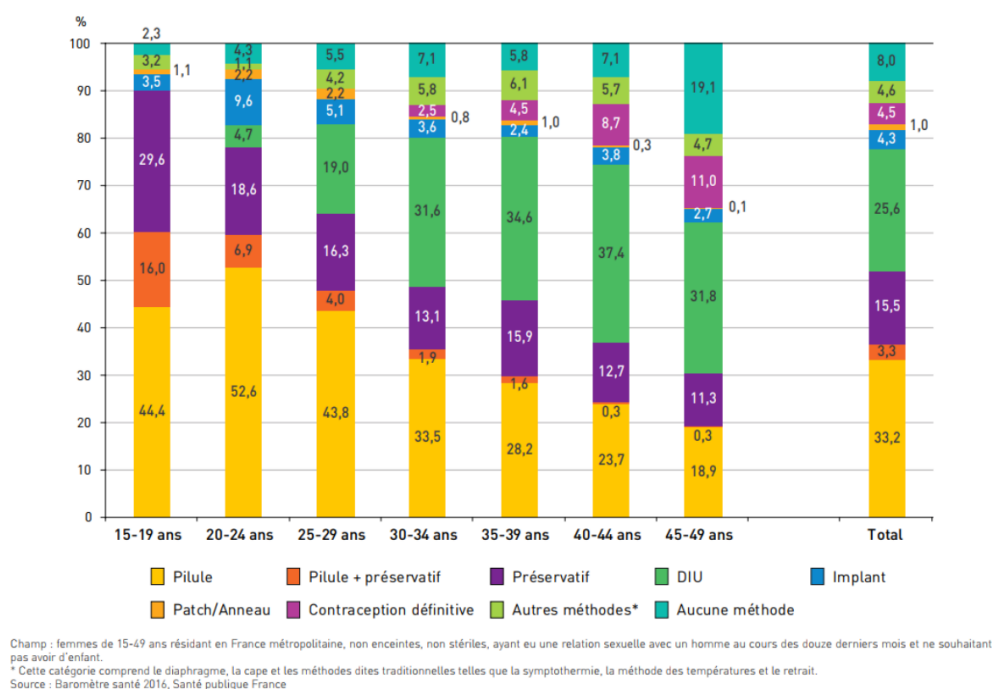


Figure n°3 : Méthode de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge

5). Couverture contraceptive mondiale

La diffusion de la contraception en France s'est faite au profit de la pilule contraceptive (figure n°3), ce qui est loin d'être le cas dans les autres pays du monde.

Avant de comparer la couverture contraceptive Française à la couverture contraceptive mondiale, il convient de préciser que cette dernière n'est pas égalitaire en fonction des différents pays du monde, et ce d'autant plus en fonction du statut industrialisé ou non des pays.

Pour exemple au Burkina Faso, en Irak ou encore au Mozambique, moins de 50% des femmes d'âge reproductif en union utilisent une méthode de contraception, contre 83 % en France.

Si l'on ne considère que les femmes qui ont recours à la contraception, on note que la méthode la plus utilisée dans le monde est la stérilisation (celle-ci étant plus souvent pratiquée sur le corps des

femmes que sur celui de leur partenaire masculin) : 43 % aux Etats-Unis, 39 % en Chine et 20 % en Espagne contre 5 % en France (ou elle est encadrée par la loi du 4 juillet 2001) (2)

La stérilisation est ensuite suivie des méthodes dites « au long cours » (c'est-à-dire ne nécessitant pas une prise ou une manipulation quotidienne : DIU, implant, injection de dépoprovera)

La pilule quant à elle est la troisième méthode contraceptive la plus utilisée dans le monde, a noté que dans certains pays comme l'Espagne ou l'Ukraine, l'usage des contraceptions de couples ou masculines (préservatifs ou méthodes traditionnelles) supplante l'utilisation de la pilule (figure n°4). Ces différences d'usages entre pays ne peut s'expliquer que par l'analyse des contextes historiques et sociaux qui ont accompagné le développement du recours à la contraception (2)

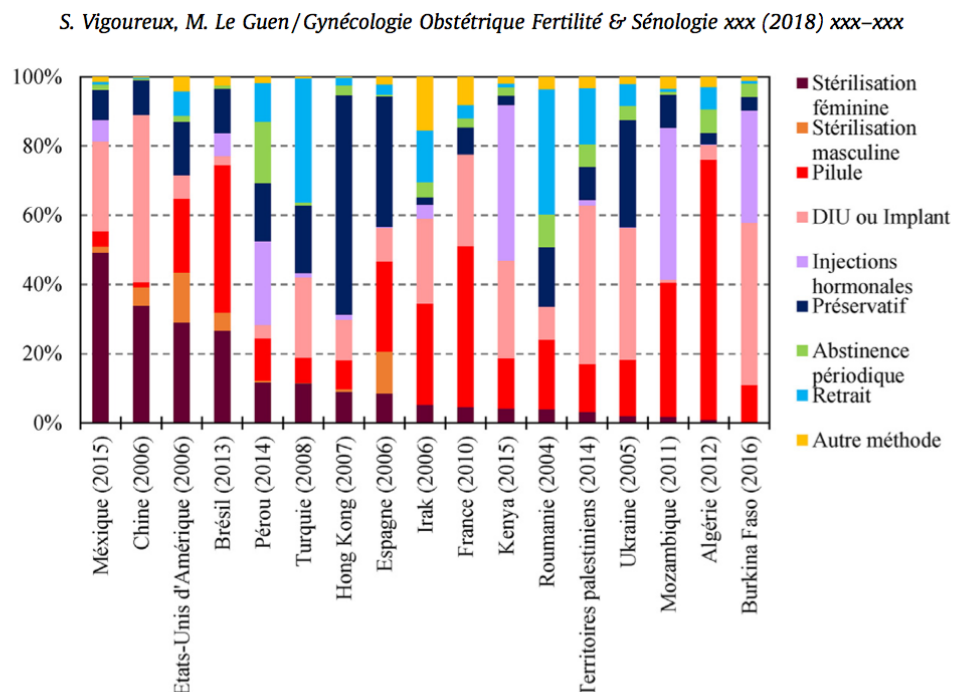


Fig. 2. Usages contraceptifs dans différents pays du monde.

Figure n°4 : Usages contraceptifs dans différents pays du monde

6). La crise des pilules

Cependant malgré ce paysage contraceptif français très « pilulo-centré », il est à noter que ce dernier a été mis à mal en 2012 par ce que l'on appelle aujourd'hui « La crise des pilules », suite à la médiatisation du dépôt de plainte d'une jeune femme victime d'un accident vasculaire cérébral qu'elle imputait à sa contraception orale de nouvelle génération (4) .

Ainsi entre 2010 et 2013, on assiste à une baisse de 18% du recours à la pilule (4) , puis à une baisse de près de 9% entre 2013 et 2016 (10) (plus précisément des pilules de troisièmes et quatrième génération qui connaissent un déclin d'utilisation spectaculaire au profit des pilules de deuxième génération ou d'autres méthodes telles que, par ordre d'importance, le DIU, le préservatif, puis les méthodes dites traditionnelles ou naturelles dont principalement le retrait).

Cette « crise » a permis de questionner le modèle contraceptif français, ce qui pourrait à la fois le faire évoluer vers une contraception mieux partagée entre femmes et hommes, mais aussi de faire émerger un nouveau rapport entre usagère et soignant, donnant une place plus importante à l'information et aux préférences des femmes (11) .

Dès lors plusieurs questions s'imposent :

- Pourquoi la pilule reste-t-elle un des moyens contraceptifs les plus utilisés alors qu'il existe de multiples nouveaux moyens de contraception permettant une meilleure observance?
- L'information donnée par les professionnels de santé est-elle suffisante et adaptée?
- Pour les femmes qui utilisent ou ont eu recours à un des moyens de contraception autre que la pilule, en sont-elles satisfaites ? Est-ce qu'elles les recommanderaient?
- Quelles sont les modalités ayant contribué au choix et à la prescription des moyens de contraception des femmes consultant en cabinet de médecine générale ?

L'objectif principal de l'étude était de mettre en évidence les raisons pour lesquelles le paysage contraceptif français reste pilulo-centré malgré l'émergence de nombreux nouveaux moyens de contraception permettant une meilleure observance.

L'objectif secondaire était d'évaluer la satisfaction des femmes de leur mode de contraception actuel.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une étude descriptive, multicentrique et transversale a été réalisée entre le 24 janvier 2022 et le 8 Mars 2022.

Un questionnaire en format papier a été laissé en libre disposition dans les salles d'attente, à destination des femmes en âge de procréer qui consultaient en cabinet de médecine générale dans la région du Nord-Pas-de-Calais : 10 questionnaires papiers ont donc été envoyés par voie postale dans 20 cabinets de médecine générale du Nord-Pas-de-Calais (20 cabinets ont été tiré au sort via l'annuaire santé Ameli).

La participation à l'étude était basée sur le volontariat et ne collectait aucune information relative à l'identité des participantes.

Cette étude a été enregistrée dans le registre des traitements par le DPO de l'université de Lille avec le numéro de déclaration 2021-233 (annexe n°1)

1.) Caractéristiques du questionnaire

La durée estimée pour répondre au questionnaire n'excédait pas 5 minutes.

Nous avons choisi l'organisation suivante du questionnaire pour mettre en premier lieu les questions mobilisant le plus l'attention des participantes et de le clore avec les questions mobilisant peu leur réflexion afin de maximiser leur concentration lors de leurs réponses.

Les réponses au questionnaire s'articulaient autour de 4 grands axes :

- 1) Une partie relative au passé contraceptif (de la question n°1 à la question n°7)
- 2) Une partie relative à la contraception actuelle (de la question n°8 à la question n°20)
- 3) Une partie relative aux caractéristiques du contraceptif idéale selon les femmes interrogées (de la question n°21 à la question n°22)
- 4) Une partie définissant les caractéristiques sociales des femmes répondant au questionnaire (âge, statut marital, catégorie socio-professionnelle) (de la question n°23 à la question n°27)

Le questionnaire comportait au total 27 questions.

Le questionnaire complet est présenté en Annexe n°2

2). Analyse statistique

Les sujets déclarant ne pas être actuellement sous contraception ont été exclus des analyses.

Parmi les sujets sous contraception, les caractéristiques de ceux actuellement sous pilule ont été comparées à celles des sujets sous autre mode contraceptif.

Les variables qualitatives ont été décrites à l'aide de l'effectif et de la proportion.

Les variables quantitatives l'ont été selon la moyenne et l'écart-type.

La comparaison des caractéristiques des sujets selon le mode de contraception a fait l'objet de tests de Student et de tests exacts de Fisher.

L'ensemble des analyses a été réalisé sous le logiciel R version 4.1.0 avec un seuil de significativité fixé à 5 %

RÉSULTATS

Parmi les 200 questionnaires distribués, 110 questionnaires ont été remplis, soit un taux de participation de 55%.

46 sujets avaient déclaré ne pas être sous contraception et ont été exclus des analyses.

Au total, les réponses de 64 sujets ont pu être analysés.

1). Profil de la population étudiée

Caractéristique	Sous autre contraceptif, N = 34 ¹	Sous pilule, N = 30 ¹	Taille d'effet ²	p-value
Age	30 (6)	29 (9)	$\mu=-1,0$ [-4,8 ; 2,7]	p=0,58
Niveau d'étude				
Sans diplôme	0 (0%)	1 (3,3%)		
BEPC (brevet des collèges)	0 (0%)	1 (3,3%)		
CAP-BEP (autres diplômes techniques)	1 (2,9%)	1 (3,3%)		
BAC (générale , professionnel , technologique)	4 (12%)	2 (6,7%)		
BAC +2 (BTS ou autre)	4 (12%)	2 (6,7%)		
BAC +3-4 (licence-maitrise)	11 (32%)	13 (43%)		
BAC+5 (Master , école d'ingénieur...)	12 (35%)	7 (23%)		
BAC + 7 ou plus (doctorat , thèse...)	2 (5,9%)	3 (10%)		
Catégorie socio-professionnelle				
Cadre et profession intellectuelle supérieure	12 (35%)	9 (30%)	OR=0,79 [0,24 ; 2,5]	p=0,79
Employée	10 (29%)	9 (30%)	OR=1,0 [0,30 ; 3,4]	p>0,99
Etudiant	6 (18%)	9 (30%)	OR=2,0 [0,53 ; 7,9]	p=0,38
Profession intermédiaire	4 (12%)	3 (10%)	OR=0,84 [0,11 ; 5,4]	p>0,99
Sans profession	2 (5,9%)	0 (0%)	OR=0,00 [0,00 ; 6,0]	p=0,49
Statut conjugal				
Célibataire	6 (18%)	6 (20%)	Référence	
En couple	28 (82%)	24 (80%)	OR=0,86 [0,20 ; 3,7]	p>0,99
Nombre d'enfants	0,55 (0,87)	0,40 (0,81)	$\mu=-0,15$ [-0,57 ; 0,28]	p=0,50
Valeurs manquantes	1	0		

¹Moyenne (ET); n (%)

²OR = Odd Ratio (rapport de cotes) ; μ = différence moyenne

Tableau n°3 : Profil de la population étudiée

L'âge médian de la population étudiée sous pilule était de 28 ans et celui de la population étudiée sous autre contraceptif était de 31 ans.

La personne la plus jeune de l'étude avait 18 ans, et la personne la plus âgée 50ans.

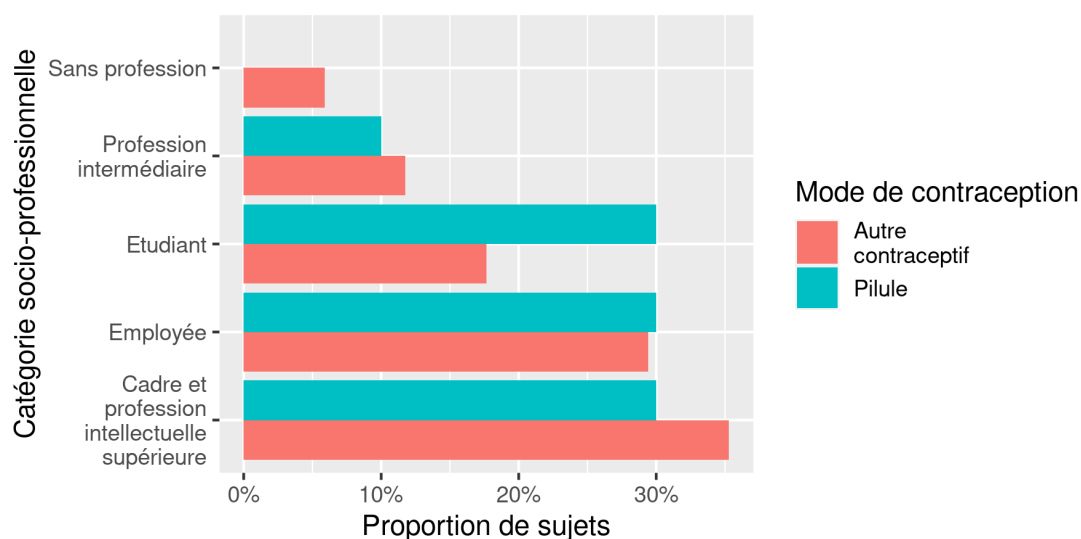


Figure n°5 : catégorie socio-professionnelle

Pour ce qui est de la catégorie socio-professionnelle, on observait que les femmes qui font des études avaient plus recours à la pilule que les femmes qui travaillent ou qui sont sans activité professionnelle.

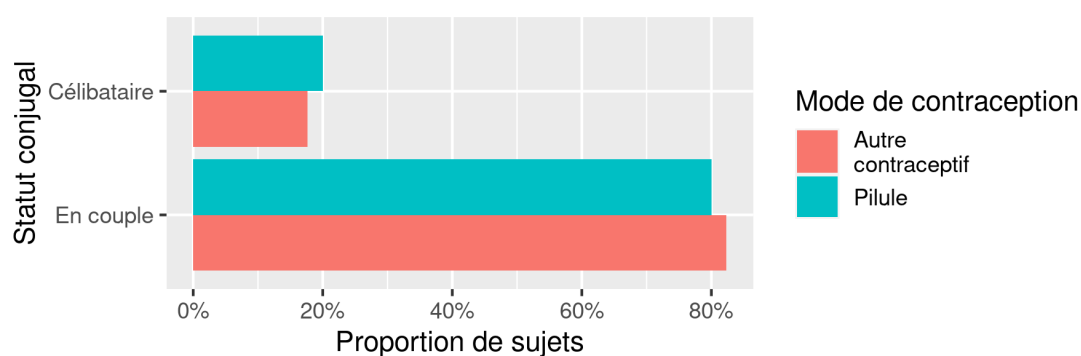


Figure n°6 : statut conjugal

En ce qui concerne le statut conjugal, la majorité des femmes interrogées étaient en couple (aussi bien celles sous pilule, que celles sous un autre contraceptif)

2). Passé contraceptif de la population étudiée

Caractéristique	Sous autre contraceptif, N = 34 ¹	Sous pilule, N = 30 ¹	Taille d'effet ²	p-value
Age lors de la 1^{re} contraception	17,18 (2,58)	17,60 (3,17)	$\mu=0,42$ [-1,0 ; 1,9]	p=0,57
Valeurs manquantes	1	0		
Age lors du 1^{er} rapport sexuel	17,00 (2,24)	18,10 (2,64)	$\mu=1,1$ [-0,14 ; 2,3]	p=0,081
Valeurs manquantes	1	0		
Contraception lors du 1^{er} rapport sexuel				
Pilule	22 (65%)	23 (77%)	OR=1,8 [0,53 ; 6,4]	p=0,41
Implant	0 (0%)	0 (0%)		
Stérilet	0 (0%)	0 (0%)		
Injection	0 (0%)	0 (0%)		
Patch	0 (0%)	0 (0%)		
Anneau	0 (0%)	0 (0%)		
Spermicide	0 (0%)	0 (0%)		
Diaphragme	0 (0%)	0 (0%)		
Préservatif	11 (32%)	15 (50%)	OR=2,1 [0,68 ; 6,5]	p=0,20
Retrait	3 (8,8%)	1 (3,3%)	OR=0,36 [0,01 ; 4,8]	p=0,62
Rapports ciblés	1 (2,9%)	0 (0%)	OR=0,00 [0,00 ; 44]	p>0,99
Pilule du lendemain	0 (0%)	0 (0%)		
Nombre de modes de contraception expérimentés	2,76 (1,18)	1,77 (0,68)	$\mu=-1,0$ [-1,5 ; -0,52]	p<0,001
Changement de contraception	30 (88%)	11 (37%)	OR=0,08 [0,02 ; 0,31]	p<0,001
Raisons de ce changement				
Non compatible avec le mode de vie	24 (80%)	8 (73%)	OR=0,67 [0,11 ; 5,1]	p=0,68
Mauvaise tolérance	10 (33%)	2 (18%)	OR=0,45 [0,04 ; 2,8]	p=0,46
Contre-indication	4 (13%)	0 (0%)	OR=0,00 [0,00 ; 4,2]	p=0,56
Contrainte financière	1 (3,3%)	0 (0%)	OR=0,00 [0,00 ; 106]	p>0,99
Echec contraception	2 (6,7%)	1 (9,1%)	OR=1,4 [0,02 ; 29]	p>0,99
Pas de changement	4	19		

¹Moyenne (ET); n (%)

²OR = Odd Ratio (rapport de cotes) ; μ = différence moyenne

Tableau n°4 : passé contraceptif de la population étudiée

Concernant l'âge lors de la première contraception et l'âge lors du premier rapport sexuel, on notait que ces derniers étaient équivalents entre les femmes sous pilule et celles sous autre contraceptif (âge moyen lors de la première contraception : 17,6 / âge moyen lors du premier rapport sexuel : 18,1) et les femmes sous autres contraceptif (âge moyen lors de la première contraception : 17,1 / âge lors du premier rapport sexuel : 17).

On observait également que quel que soit le mode de contraception actuel, celui utilisé lors du premier rapport était majoritairement la pilule (45(70%)), suivi du préservatif (26(41%)), puis du retrait (4(6,3%)), et enfin des rapports ciblés (1(1,6%))

Par ailleurs, les femmes ayant actuellement une contraception autre que la pilule étaient plus nombreuses à avoir effectué un changement de contraception au cours de leur vie (88% contre 37% pour les femmes sous pilule OR=0,08(0,02 ; 0,31) $p<0,001$), et la raison principale était une incompatibilité avec leur mode de vie.

Caractéristique	Pilule, N = 30 ¹	Stérilet, N = 15 ¹	Implant, N = 7 ¹	Préservatif, N = 2 ¹
Grossesse non désirée	6 (20%)	2 (13%)	0 (0%)	1 (50%)
Nombre de grossesses	1,17 (0,41)	2,00 (0,00)		1,00 (0,00)
Sous contraception	1 (17%)	1 (50%)		0 (0%)
Non concernées	24	13	7	1

Tableau n°5 : statut contraceptif lors des grossesses non désirées

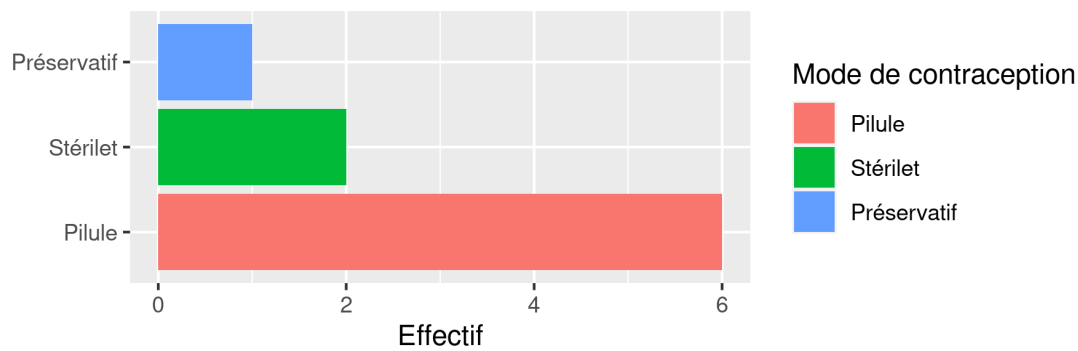


Figure n°7 : effectif des grossesses non désirées en fonction du mode de contraception

Concernant les grossesses non désirées sous contraceptif, on observait que la majorité d'entre elles avaient lieu sous pilule.

3). Contraception actuelle de la population étudiée

Caractéristique	Sous autre contraceptif, N = 34 ¹	Sous pilule, N = 30 ¹	Taille d'effet ²	p-value
Pilule				
Je connais	34 (100%)	30 (100%)		
Je recommande	3 (8,8%)	10 (33%)	OR=5,0 [1,1 ; 32]	p=0,027
J'utilise	0 (0%)	30 (100%)		
J'ai déjà utilisé	28 (82%)	0 (0%)	OR=0,00 [0,00 ; 0,04]	p<0,001
Préservatif masculin				
Je connais	34 (100%)	29 (100%)		
Je recommande	12 (35%)	8 (28%)	OR=0,70 [0,20 ; 2,3]	p=0,59
J'utilise	9 (26%)	10 (34%)	OR=1,5 [0,43 ; 5,0]	p=0,59
J'ai déjà utilisé	21 (62%)	14 (48%)	OR=0,58 [0,19 ; 1,8]	p=0,32
Valeurs manquantes	0	1		
Stérilet				
Je connais	34 (100%)	26 (100%)		
Je recommande	15 (44%)	1 (3,8%)	OR=0,05 [0,00 ; 0,40]	p<0,001
J'utilise	15 (44%)	0 (0%)	OR=0,00 [0,00 ; 0,24]	p<0,001
J'ai déjà utilisé	9 (26%)	1 (3,8%)	OR=0,11 [0,00 ; 0,93]	p=0,033
Valeurs manquantes	0	4		
Contraception d'urgence				
Je connais	34 (100%)	28 (100%)		
Je recommande	3 (10%)	4 (14%)	OR=1,5 [0,23 ; 11]	p=0,70
J'utilise	0 (0%)	1 (3,6%)	OR=Inf [0,03 ; Inf]	p=0,48
J'ai déjà utilisé	17 (57%)	16 (57%)	OR=1,0 [0,32 ; 3,3]	p>0,99
Valeurs manquantes	4	2		
Implant				
Je connais	32 (100%)	28 (100%)		
Je recommande	2 (6,2%)	0 (0%)	OR=0,00 [0,00 ; 6,1]	p=0,49
J'utilise	7 (22%)	0 (0%)	OR=0,00 [0,00 ; 0,70]	p=0,012
J'ai déjà utilisé	4 (12%)	2 (7,1%)	OR=0,54 [0,05 ; 4,2]	p=0,68
Valeurs manquantes	2	2		
Anneau				
Je connais	29 (100%)	24 (100%)		
Je recommande	0 (0%)	0 (0%)		
J'utilise	1 (3,4%)	0 (0%)	OR=0,00 [0,00 ; 47]	p>0,99
J'ai déjà utilisé	3 (10%)	0 (0%)	OR=0,00 [0,00 ; 2,9]	p=0,24
Valeurs manquantes	5	6		
Patch				
Je connais	22 (100%)	21 (100%)		
J'ai déjà utilisé	3 (12%)	2 (9,5%)	OR=0,81 [0,06 ; 7,9]	p>0,99
J'utilise	1 (3,8%)	0 (0%)	OR=0,00 [0,00 ; 48]	p>0,99
Je recommande	0 (0%)	0 (0%)		
Valeurs manquantes	8	9		
Satisfaite de votre contraception actuelle	26 (76%)	28 (93%)	OR=4,2 [0,75 ; 44]	p=0,088

Prescripteur				
Médecin du planning familial	1 (2,9%)	1 (3,3%)	OR=1,1 [0,01 ; 92]	p>0,99
Médecin généraliste	7 (21%)	13 (43%)	OR=2,9 [0,87 ; 10]	p=0,062
Sage femme	12 (35%)	5 (17%)	OR=0,37 [0,09 ; 1,4]	p=0,16
Gynécologue	14 (41%)	14 (47%)	OR=1,2 [0,41 ; 3,8]	p=0,80
Contraception non soumise à prescription	3 (8,8%)	0 (0%)	OR=0,00 [0,00 ; 2,7]	p=0,24
Importance du prix	16 (47%)	11 (37%)	OR=0,66 [0,21 ; 2,0]	p=0,45
Limite maximale pour payer				
De 1 à 5€/mois	3 (19%)	4 (36%)	Référence	
De 6 à 10€/mois	6 (38%)	2 (18%)	OR=0,28 [0,02 ; 3,3]	p=0,31
De 11 à 15€/mois	3 (19%)	4 (36%)	OR=1,0 [0,08 ; 13]	p>0,99
De 16 à 20€/mois	3 (19%)	1 (9,1%)	OR=0,28 [0,00 ; 5,9]	p=0,55
De 26 à 30€/mois	1 (6,2%)	0 (0%)	OR=0,00 [0,00 ; 39]	p>0,99
Sans importance	18	19		
Oubli de prise	7 (21%)	20 (67%)	OR=7,4 [2,2 ; 28]	p<0,001
Fréquence des oublis				
1 à 3 fois par an	3 (43%)	13 (65%)	Référence	
1 à 3 fois par mois	3 (43%)	7 (35%)	OR=0,55 [0,06 ; 5,3]	p=0,64
1 à 3 fois par semaine	1 (14%)	0 (0%)	OR=0,00 [0,00 ; 12]	p=0,24
Sans oubli	27	10		
¹ n (%)				
² OR = Odd Ratio (rapport de cotes) ; μ = différence moyenne				

Tableau n°6 : contraception actuelle, connaissance et avis des femmes en matière de contraception

Parmi l'échantillon de l'étude, 47% des femmes interrogées avaient recours à une contraception par pilule, 23% portaient un stérilet, 14% utilisaient le préservatif, 11% étaient sous implant, 1,5% sous anneaux et 1,5% sous patch

On notait que tous les moyens de contraception étaient décrits comme connus par toutes les femmes et ce quel que soit leur moyen de contraception actuel, et que les femmes actuellement sous pilule étaient plus à même de recommander ce mode de contraception (OR=5,0 [1,1 ; 32] p=0,027).

En outre toutes les femmes sous pilule déclaraient qu'il s'agissait de leur dernier mode de contraception alors que 82% des femmes actuellement sous un autre mode contraceptif déclaraient avoir testé puis abandonné la pilule comme mode contraceptif ($p < 0,001$)

Au sujet de l'aspect financier, on observait que 54% des femmes sous pilule avaient une limite budgétaire pour la contraception comprise entre 1 et 10 euros/mois, contre 57% des femmes sous autre contraceptif qui avaient une limite dans cette même tranche.

Caractéristique	N = 32 ¹
Pilule à des fins contraceptives	27 (90%)
Valeurs manquantes	2
Pilule pour d'autres raisons	11 (37%)
Valeurs manquantes	2

¹n (%)

Tableau n°7 : part de femmes interrogées ayant recours à la pilule pour des raisons autres que contraceptives

Et enfin, parmi les femmes sous pilule, 37% déclaraient avoir choisi ce mode de contraception pour des raisons autre que strictement contraceptive

4). Effets secondaires jugés importants et caractéristiques du contraceptif idéal de la population étudiée

Dans le questionnaire, les femmes devaient cocher parmi les réponses proposées (à savoir : acné, prise de poids, spotting ,aménorrhée , trouble de l'humeur, mastodynie, maux de tête, majoration du volume des règles, présence d'un corps étranger, baisse de la libido) , les 3 effets secondaires jugés les plus insupportables pour elles en matière de contraception (du plus insupportable au moins insupportable) , et faire de même pour les caractéristiques idéales d'un contraceptif (classer les 3

caractéristiques jugées comme les plus importantes par ordre décroissant parmi : fiable, le moins onéreux, sans hormones, avec le moins de risque d'oubli possible, avec peu d'effets secondaires, n'intervenant pas dans la sexualité, non visible par des tierces personnes, protégeant des IST ,facile d'accès, et de longue durée d'action).

L'effet secondaire le plus fréquemment classé comme prioritaire était la prise de poids (N=27 (42%)), alors que l'on retrouvait le plus souvent comme classé en 2e position les troubles de l'humeur (N=17 (27%)) et en 3e position la baisse de la libido (N=20 (31%))

Concernant les caractéristiques du contraceptif idéal, la plus citée en première position était la fiabilité (N=48 (75%)), en seconde position on retrouvait ex-aequo le « peu d'effets secondaires » (N=18 (28%)) et « l'absence d'hormone » (N=18 (28%)), et enfin en 3e position l'élément le plus cité était le faible cout (N=20 (31%))

DISCUSSION

1).Limites de l'étude

Concernant les limites de l'étude, l'échantillon de la population reste faible (n=64) et ne permet pas de donner le reflet de ce que pourrait être l'avis de toute la population féminine en France.

Par ailleurs le recueil de données s'est fait dans vingt cabinets de médecine générale et sur une durée de un mois seulement, ce qui explique la faible quantité de questionnaires recueillis.

De plus, l'étude s'étant déroulée uniquement dans la région du Nord-Pas-De-Calais, cela renforce le fait de ne pas permettre de représenter l'avis de la majorité de la population féminine en France.

Il faut aussi noter que le questionnaire a été distribué aux femmes dans un contexte que nous ne connaissons pas : pas assez de temps en salle d'attente pour remplir le questionnaire, femmes consultant en médecine générale et de ce fait peut-être malades et non capable de mobiliser l'attention nécessaire pour participer à l'étude ...

En outre il faut également préciser que le questionnaire comporte une forme de sélection. En effet, nous avons étudié les réponses d'une patientèle consultant uniquement en cabinet de médecine générale, et nous n'avons pas pu comparer les réponses avec celles des patientes issues de cabinet de gynécologie, de sage femme ou encore de planning familiale.

Enfin, sur l'échantillon de personnes interrogées, peu d'entre elles utilisent le patch et l'anneau vaginal, ce qui ne permet pas de généraliser l'avis des femmes utilisatrices de ces contraceptifs.

2). Analyses de résultats et discussion

Les résultats de l'étude concernant l'utilisation des différents contraceptifs montraient que la répartition des pourcentages de ces derniers correspondait à peu près à celle de la population féminine nationale : la pilule restait le moyen de contraception le plus utilisé avec 47% des femmes interrogées (venait ensuite le stérilet avec 23%, suivi du préservatif avec 14%, puis de l'implant avec 11%, et enfin à égalité patch et anneau vaginale avec 1,5%).

Malgré le risque important d'oubli et les nombreux échecs de contraception (parmi les sujets interrogés les grossesses non désirées étaient majoritairement sous pilule), la contraception orale restait la plus prescrite par les professionnels de santé.

Pour tenter d'expliquer cela plusieurs facteurs semblaient entrer en jeux, notamment le passé contraceptif des femmes.

En effet, parmi l'échantillon de l'étude on observait que lors du premier rapport sexuel le contraceptif le plus souvent utilisé était la pilule (seule ou associée au préservatif) (tableau n°4) , nous pouvons alors imaginer que certaines femmes ont gardé ce mode de contraception naturellement au fil des années sans forcément le remettre en question , peut-être par manque de connaissance sur les autres modes qui seraient susceptibles de mieux leur convenir, en particulier en ce qui concerne le patch et l'anneau vaginal (12)

La question de l'influence des professionnels de santé sur les pratiques contraceptives des femmes pouvait également se poser, car en effet la très grande majorité des sujets interrogés étaient sous une contraception nécessitant une prescription médicale par un professionnel de santé (tableau n°6), ancrant un contexte de médicalisation progressive de la contraception.

Le choix des femmes pouvait donc se retrouver restreint par plusieurs facteurs susceptible de structurer les recommandations des médecins , notamment : le niveau hétérogène de formation en terme de contraception et l'actualisation continue des connaissances, les représentations qu'ont les médecins concernant la sexualité des patients et des modes de contraceptions bien souvent en fonction de l'âge et de la parité (ex : réticence de certains médecin à poser des DIU à des nullipares bien que la Haute autorité de santé confirmait en 2004 la possibilité pour les femmes nullipares d'avoir recours au DIU).(13)

Tout cela pouvait donc limiter la possibilité des individus de choisir le contraceptif qui leur convenait, alors que dans l'idéale ce choix doit se faire dans une logique d'adéquation de la méthode avec le mode de vie de la patiente et de ses préférences, et c'est dans cette logique que parmi la population étudiée on observait que les femmes ayant déjà changé de contraception, l'avaient fait principalement pour une non compatibilité de la méthode avec leur mode de vie (tableau n°4).

Par ailleurs nous pouvons également souligner que les recommandations de l'HAS préconisent l'intérêt de consultations spécifiquement dédiées à la question de la contraception, ce qui peut ne pas être le cas lors de la prescription d'un contraceptif en particulier en cabinet de médecine générale , ou ce dernier est encore trop fréquemment renouvelé à l'issue d'une consultation initialement non dédié à ce motif (14) ,or dans le cadre d'un temps de consultation limitée la pilule peut alors constituer la méthode la plus facile à prescrire pour les médecins, puisqu'elle ne demande pas d'intervention particulière (contrairement au DIU ou à l'implant) (13)

Les résultats de l'étude montraient également que parmi les femmes sous pilule, 37% déclaraient avoir choisi ce mode de contraception pour des raisons autre que strictement contraceptives (tableau n°7) , les bénéfices (non contraceptifs) de la pilule pouvaient donc aussi constituer une des raisons pour laquelle cette dernière était plébiscitée.

En effet la contraception orale peut présenter certains avantages et ce, aux différents âges de la vie d'une femme.

Ainsi à l'adolescence, on pourra en tirer des bénéfices sur une amélioration de l'acné et de la dysménorrhée, avec des règles régulières et de faible volume propices à la programmation des activités de l'adolescente et, en péri-ménopause, on peut s'attendre à une diminution du syndrome climatérique (bouffées de chaleur mais aussi irritabilité, troubles du sommeil, fatigue, sécheresse vaginale), ainsi qu'un effet préventif contre les ménorragies et, de l'ostéopénie(15).

D'autre part on remarquait que 54 % des femmes sous pilule avaient une limite budgétaire dévolue à la contraception comprise entre 1 et 10€/mois (chiffre similaire pour les femmes sous autres contraceptif qui représentaient 57 % pour la même tranche de prix) (tableau n°6).

La question financière semblait entrer en ligne de compte dans le choix du contraceptif et, c'est dans cette optique que le 9 septembre 2021, le Ministre des solidarités et de la santé Olivier Véran avait annoncé que la contraception deviendrait, gratuite pour les femmes de 25 ans ou moins à partir de janvier 2022 (cette gratuité était accordée depuis 2013 aux jeunes filles âgées de 15 à 18 ans puis avait été étendue à partir d'août 2020 aux mineurs de moins de 15 ans) (16).

Contrairement à ce que l'on pourrait penser cette mesure ne s'applique pas à tous les contraceptifs présents sur le marché puisqu'elle exclue de son champ d'application les pilules de troisième et quatrième générations, le préservatif féminin, l'anneau vaginal, le patch, les spermicides et la contraception définitive.

Or, « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit. » scandait la campagne du ministère de la Santé en 2007, mais pour le Planning familial "ce choix n'est pas réellement possible car la méthode qui conviendrait le mieux est trop chère et non remboursée » (16).

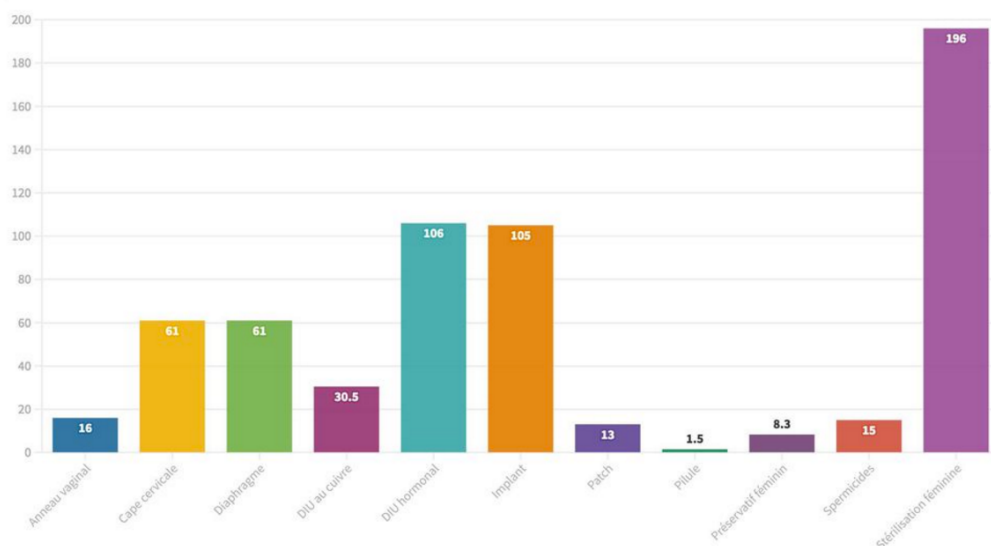
Ces prix élevés s'expliquent principalement pour deux raisons :

- 1) les prix ne sont pas régulés, ils sont libres ;

- 2) les volumes faibles de vente ne permettent pas aux industriels d'atteindre des économies d'échelle suffisantes pour amortir leur recherche et développement (figure n°8)

Ces propos méritent tout de même d'être nuancés par le fait que les CPEF (centre de planification et d'éducation familiale) et les Pass contraception régionaux donnent généralement accès de façon gratuite et anonyme à ce type de contraceptifs. Cependant, ces modes de diffusion ne permettent pas aujourd'hui de toucher la totalité des mineures, et ce d'autant moins qu'ils restent peu connus du grand public (17).

Prix moyen des contraceptifs féminins
En euros



Source: [Santé publique France](#)

Prix moyen des contraceptifs féminins © Santé Publique France

Figure n°8

En ce qui concerne la satisfaction des femmes au sujet des moyens de contraception, les résultats de notre étude montraient que la majorité d'entre elles se déclaraient satisfaites de leur méthode actuelle (tableau n°6).

La caractéristique du contraceptif idéal privilégiée par les femmes était la fiabilité.

Pour optimiser cette volonté des femmes de contrôler le moment où elles vont démarrer ou non, une grossesse, des études ont déterminé l'indice de Pearl pour chaque méthode contraceptive (il s'agit du pourcentage de grossesse sous contraceptif lorsque ce dernier est utilisé de façon idéale).

Ainsi les indices de Pearl les plus faibles sont celui de l'implant qui est de 0,05, puis celui du stérilet hormonal qui est de 0,2 , suivi du stérilet au cuivre qui est de 0,8 . (tableau n°2) (18) .

Après la fiabilité, c'était la recherche d'une méthode contraceptive avec peu d'effets secondaires et sans hormones qui était prioritaire (cela s'explique probablement par les récents scandales de la crise des pilules de 3ème et 4ème génération, ainsi que la meilleure connaissance scientifique des effets secondaires sur le corps humain), cette constatation rejoignait par ailleurs le fait que la prise de poids, les troubles de l'humeur et la baisse de la libido arrivaient aux respectivement au première, deuxième et troisième places des effets secondaires jugés importants.

Il convient également d'ajouter qu'aujourd'hui 49,38 % des effectifs de médecins en activité régulière sont des femmes (contre 30% dans les années 1990), ce qui dénote une féminisation croissante de la profession médicale (19) , cette féminisation peut favoriser une prescription « centrée sur les femmes » en permettant à ces dernières de mieux exprimer leurs besoins et leurs préférences , et dans ce contexte le recours majoritaire à la pilule comme moyen contraceptif peut-être le reflet d'un choix délibéré des femmes.

CONCLUSION

À l'issue de l'étude, nous avons constaté que malgré la diversification de l'offre des méthodes contraceptives à destination des femmes, la pilule reste le moyen le plus prescrit, bien que ce dernier soit corrélé au risque important d'oubli et à un taux d'échec stable.

Or, pour diminuer ce taux d'échec et le taux de recours à l'IVG, il faut améliorer l'observance et minorer le risque d'oubli en apportant aux patientes la possibilité d'avoir accès à une information claire et complète sur l'ensemble du panel contraceptif dans le but de leur permettre de faire un choix adapté.

Cette information passe notamment par l'information, et la limitation des facteurs susceptibles de structurer les recommandations des professionnels de santé, car ce sont les interlocuteurs principaux vers lesquelles se tournent les patientes étant donné que ce sont eux qui prescrivent la contraception.

De plus intégrer tous les contraceptifs dans une logique de remboursement partiel par la sécurité sociale pourrait permettre un choix plus adapté pour les femmes dans la mesure où aujourd'hui ce dernier n'est pas réellement possible car la méthode qui conviendrait le mieux peut être trop chère et non remboursée (notamment pour le patch et l'anneau vaginale).

Par ailleurs depuis la « crise des pilules » on note la volonté croissante des femmes d'avoir accès à un contraceptif naturel, avec le moins d'effets secondaires possibles, cela se traduit notamment dans une démarche visant à remplacer les hormones synthétiques par des hormones naturelles permettant de diminuer l'appréhension de certaines femmes dans le recours à une contraception hormonale (type Qlaira et Zoely, qui sont des pilules avec des œstrogènes naturels mais qui ne sont actuellement pas remboursées).

RÉSUMÉ

AUTEURE : Nom : GUECHI

Prénom : Nelly

Date de soutenance : 28 Avril 2022

Titre de la thèse : Les modalités contraceptives des femmes consultants en médecine générale: la pilule populaire?

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : gynécologie

DES + FST/option : DES de médecine générale

Mots-clés : contraception – pilule – observance – échec contraceptif – prescription

Résumé :

Contexte : Depuis les années 2000, on assiste en France à une véritable diversification de l'offre des méthodes contraceptives à destination des femmes leur permettant notamment une meilleure observance, cependant bien que la pilule soit corrélée au risque important d'oubli et à un taux d'échec stable cette dernière reste le moyen le plus prescrit. L'objectif est de mettre en évidence les raisons pour lesquelles le paysage contraceptif français reste pilulo-centré

Méthode : Étude descriptive, multicentrique et transversale, réalisée à l'aide de questionnaires anonymes standardisés déposés dans les salles d'attente de 20 cabinets de médecine générale du Nord-Pas-De-Calais. Les données ont été collectées du 24 janvier 2022 au 8 Mars 2022. Le critère d'exclusion était : tout sujet déclarant ne pas être actuellement sous contraception. Parmi les sujets sous contraception, les caractéristiques de ceux actuellement sous pilule ont été comparées à celles des sujets sous autre mode contraceptif. L'ensemble des analyses a été réalisé sous le logiciel R version 4.1.0 avec un seuil de significativité fixé à 5 %

Résultats : Étude ayant inclus 67 femmes. Les résultats ont montré que la prescription d'une contraception orale pouvait être favorisée par le passé contraceptif des femmes qui pour la majorité ont démarré leur vie contraceptive par la pilule (45(70%)) puis l'ont gardé par la suite sans forcément la remettre en question par manque de connaissance sur les autres modes qui seraient susceptibles de mieux leur convenir. On observait également l'influence des contraintes financières relatives au coût de certaines méthodes qui ne sont pas ou peu remboursées par la Sécurité sociale et qui peuvent constituer un obstacle pour certaines femmes, en particulier les plus jeunes, ainsi les femmes qui sont étudiantes étaient celles qui avaient le plus recours à la pilule contraceptive. Par ailleurs les bénéfices non contraceptifs de la pilule (amélioration de l'acné, de la dysménorrhée..) expliquaient également la popularité de cette dernière puisque parmi les femmes sous pilule, 37% déclaraient avoir choisi ce mode de contraception pour des raisons autres que strictement contraceptives

Conclusion : Pour minorer le taux d'échec contraceptif relatif à la pilule il est important que le recours à cette dernière soit le reflet d'un choix délibéré et adapté des femmes. Pour tendre vers cet objectif il faut optimiser la diffusion d'informations par les professionnels de santé sur l'ensemble du panel contraceptif, et limiter les contraintes financières d'accessibilité à tous les moyens de contraception disponible. Par ailleurs, le remplacement des hormones synthétiques par des hormones naturelles pourrait s'avérer positif du point de vue des femmes, en effet ces dernières sont aujourd'hui à la recherche d'un contraceptif fiable, naturel, et avec le moins d'effets secondaires possibles.

Composition du Jury :

Président : Pr Sophie JONARD-CATTEAU

Assesseurs : Dr Judith OLLIVON, Dr Aimée DJEBARA INATI

Directeur de thèse : Dr Sabine BAYEN

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Le Guen M. Évolution des usages contraceptifs: Une pratique millénaire et deux révolutions. *médecine/sciences*. juin 2021;37(6-7):641-6.
2. Le Guen M, Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C, Ventola C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. *Popul Sociétés*. 2017;N° 549(10):1.
3. Vigoureux S, Le Guen M. Contexte de la contraception en France. *RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. déc 2018;46(12):777-85.
4. 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 Sociétés*. 2014;N° 511(5):1.
5. Haute autorité de santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. HAS; 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
6. Amsellem-Mainguy Y. Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives. *Polit Soc Fam*. 2010;100(1):104-9.
7. Nathalie Bajos, Aline Bohet, Mireille Le Guen, Caroline Moreau, l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Popul Sociétés* [Internet]. sept 2012;(numéro 492). Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf
8. DRESS. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. juin 2017;(1013).
9. INPES. CONTRACEPTION : QUE SAVENT LES FRANÇAIS ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux [Internet]. INPES; 2007. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_contraception_que_savent_les_francais.pdf
10. Rahib Delphine, Le guen Mireille, Lydie Nathalie. BAROMÈTRE SANTÉ 2016 CONTRACEPTION Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2016-contraception-quatre-ans-apres-la-crise-de-la-pilule-les-evolutions-se-poursuivent>

11. Hansen LB, Saseen JJ. New contraceptive options: patient adherence and satisfaction. *Am Fam Physician*. 15 févr 2004;69(4):811-2, 815-6.
12. Juliette DECOOL. Connaissances et représentations des femmes sur la contraception par patch et anneau vaginal. 2018.
13. Alexandra Roux, Cecile Ventola, Nathalie Bajos. Des experts aux logiques profanes: les prescripteurs de contraception en France. *John Libbey Eurotext « Sci Soc Santé »*. sept 2017;Vol. 35(N°3):pages 41 à 70.
14. Bayen S, Jeanne Zaoui, Jean-Paul Delgrange, Nassir Messaadi. « Vous pouvez rajouter ma pilule, docteur ? » « Doctor, can you add my control pill? ». *exercer*. juin 2018;(144).
15. C.Quereux, R.Gabriel. Bénéfices non contraceptifs de la contraception orale. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. déc 2003;31:1047-51.
16. Nathalie Bajos, Pascale Oustry, Henri Leridon, Jean Bouyer, Nadine Job-Spira, Danielle Hassoun. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. *population*. 2004;59:479 à 502.
17. Stéphanie DUPAYS, Catherine HESSE, Bruno VINCENT. L'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineures. *Inspection générale des affaires sociales*; 2015 Avril. Report No.: N°2014-167.
18. GRAESSLIN (O.), DEDECKER (F.), GROLIER (F.), QUEREUX (C.). Patches, anneaux, implants... : les nouvelles contraceptions hormonales. *Prof SAGE-FEMME*. mai 2005;(N° 115):pages 20-28.
19. direction de la recherche , des etudes , de l'évaluation et des statistiques. *La démographie des professionnels de santé*. 2022.

ANNEXES

Annexe n°1



Direction
Données personnelles
et archives

RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille - SCALAB	SIREN: 13 00 23583 00011
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Explorer les raisons pour lesquelles la pilule reste un des moyens contraceptifs les plus utilisés encore aujourd'hui.

Référence Registre DPO : 2021-233

Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX
Interlocuteur (s) : Mme. Nelly GUECHI

Fait à Lille,

Le 21 Octobre 2021

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Annexe n°2

Interne de médecine générale au sein de la faculté de médecine de Lille, je réalise actuellement une enquête dans le cadre de ma thèse. Le but est d'évaluer les facteurs entrant en jeu dans le choix des femmes de se tourner vers une contraception orale pour adapter l'information délivrée par les professionnels de santé. Si vous souhaitez participer à l'étude, je vous invite à répondre au questionnaire qui suit. Cela ne vous prendra que quelques minutes.

Les données recueillies sont anonymes, confidentielles, et ne seront en aucun cas diffusées.

Je vous remercie par avance de votre participation

PREMIÈRE PARTIE : PASSÉ CONTRACEPTIF

1°) A quel âge avez-vous pris votre première contraception ? ____ ans

2°) A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ? ____ ans

3°) Quelle contraception aviez-vous à ce moment-là ?

- | | | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|----------------------------------|
| ☐ Pilule | ☐ Implant | ☐ Stérilet | ☐ Injection | ☐ Patch | ☐ Anneaux |
| ☐ Spermicide | ☐ Diaphragme | ☐ Préservatif | ☐ Retrait | ☐ Rapport ciblés | |
| ☐ Autre, préciser : _____ | | | | | |

4°) Combien de modes de contraception différents avez-vous eus au cours de votre vie ? ____ modes différents

5°) Avez-vous déjà changé de contraception ?

- ☐ Oui ☐ Non

6°) Si vous avez répondu oui à la question précédente, pour quelles raisons ? Plusieurs réponses possibles

- ☐ échec de contraception (grossesse non désirée) ☐ mauvaise tolérance ☐ contre-indication
☐ contraintes financières ☐ non compatible avec mon mode de vie

7°) Avez-vous déjà eu une grossesse non désirée ? Une seule réponse possible Oui ☐ Non

Si oui, combien ?

Si oui, dans quel contexte ?

- ☐ je n'étais pas sous contraceptif pour aucune de ces grossesses
☐ j'étais sous contraceptif lors de l'une de ces grossesses. Précisez quel(s) contraceptif(s) :
-

DEUXIÈME PARTIE : CONTRACEPTION ACTUELLE

8°) Pour chaque moyen de contraception suivant, dites si vous le connaissez (ou en avez déjà entendu parler), si vous l'utilisez actuellement, si vous l'avez utilisé par le passé et si vous le recommanderiez à une amie.

	Je connais	J'utilise	J'ai déjà utilisé	Je recommande	
La pilule	oui ☐ non	oui non	oui non	oui non	
Le préservatif masculin	oui ☐ non	oui non	oui non	oui non	
Le stérilet	oui ☐ non	oui non	oui non	oui non	
La contraception d'urgence	oui ☐ non	oui non	oui non	oui non	
L'implant	oui ☐ non	oui non	oui non	oui non	
L'anneau vaginal	oui non	oui non	oui non	oui non	
Le patch contraceptif	oui non	oui non	oui non	oui non	
Autre, précisez :	oui non	oui non	oui non	oui non	

9°) Prenez vous actuellement une contraception ?

☐ Oui Non

Si vous avez répondu NON à la question précédente (9), répondez à la question 10 puis allez directement à la question 21.

Si vous avez répondu OUI à la question précédente (9), ignorez la question 10 et poursuivez à partir de la question 11.

10°) Si vous ne prenez pas de contraception quelle en est la raison ? Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Infertilité Absence d'activité sexuelle Relations uniquement homosexuelles
☐ Ménopause Intolérance Désir de grossesse Convictions personnelles
☐ Pratiques religieuses Autres raisons : précisez _____

11°) Êtes vous satisfaite de votre contraception actuelle ?

- ☐ Oui - précisez pourquoi : _____
☐ Non - précisez pourquoi : _____

12°) Votre contraception actuelle : (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ est choisi par moi-même
☐ m'a été imposée par un médecin ou un professionnel de santé
☐ m'a été imposée en raison d'une contre indication à un type de contraception
☐ A été motivée par des contraintes financières
☐ m'a été conseillé par des proches prenant elles même une contraception

13°) Lors de la consultation ayant abouti à la prescription de votre contraception :

Plusieurs moyens de contraception vous ont été présenté : Oui Non

On vous a laissé exprimer vos préférences et votre avis : Oui Non

14°) Quelles sont vos sources d'informations concernant la contraception : (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Conseils médecins
- ☐ Conseils amies ou familles
- ☐ Campagnes nationales d'information
- ☐ Forum internet
- ☐ Médias (TV, internet, radio, journaux)

15°) Quel professionnel de santé vous a prescrit votre contraception actuelle ?

- ☐ Médecin du planning familial
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Sage femme
- ☐ Gynécologue
- ☐ Ma contraception n'est pas soumise à une prescription
- ☐ Autre – Précisez : _____

16°) Dans votre choix contraceptif le prix est-il important pour vous ?

- ☐ Oui Non

Si vous avez répondu NON à la question précédente (16), sautez la question (17) et passez directement à la question (18)

Si vous avez répondu OUI à la question précédente (16), poursuivez le questionnaire normalement

17°) Quelle est votre limite maximale pour payer un contraceptif ?

- ☐ De 1 à 5€ De 6 à 10€ De 11 à 15€/mois De 16 à 20€/mois De 26 à 30€/mois

18) Si un moyen de contraception vous a déjà été prescrit par un professionnel de santé : ce dernier vous a-t-il proposé une consultation de réévaluation afin de voir si la contraception vous était adaptée ou vous convenait? Oui non

Si Oui, dans un délai ? moins de 3 mois entre 3 et 6 mois entre 6 mois et 1 an

19°) Vous arrive-t-il d'oublier votre contraception ?

- ☐ Non oui

Si Oui, à quelle fréquence ? 1 à 3 fois par semaine 1 à 3 fois par mois 1 à 3 fois par an

20°) Si vous utilisez la pilule, est-ce :

A des fins contraceptive : Oui Non

Pour d'autres raisons (acné, règles douloureuses ou irrégulières, hyperandrogénie..) Oui Non

Malgré l'absence de premier rapport (virginité), j'aimerais être préparé le jour J Oui Non

TROISIÈME PARTIE : CARACTERISTIQUES DU CONTRACEPTIF IDEAL SELON LES USAGÈRES DE CONTRACEPTIF :

21°) Classez par ordre croissant les 3 effets secondaires que vous considérez les plus insupportables en terme de contraception : (Indiquez 1 dans la case pour le plus insupportable, 3 pour le moins insupportable)

- ☐ Acné
- ☐ Prise de poids
- ☐ Spotting (= saignement irréguliers)
- ☐ Aménorrhée (absence de règles)
- ☐ Trouble de l'humeur
- ☐ Mastodynie (douleur des seins)
- ☐ Maux de tête
- ☐ Majoration du volume des règles
- ☐ Présence d'un corps étranger
- ☐ Baisse de la libido

22°) Classez par ordre croissant les 3 caractéristiques que vous attribuez au contraceptif idéal : (Indiquez 1 dans la case pour le plus important, 3 pour le moins important)

- | | |
|--|--|
| ☐ Fiable | Le moins onéreux |
| ☐ Sans hormones | Avec le moins de risque d'oubli possible |
| ☐ Avec peu d'effets secondaires | N'intervenant pas dans la sexualité |
| ☐ Non visible par des tiers personnes | Protégeant des MST |
| ☐ Facile d'accès | De longue durée d'action |

QUATRIÈME PARTIE : CARACTERISTIQUES SOCIALES DES USAGÈRES DE CONTRACEPTION

23°) Quel est votre âge ?

- ☐ Moins de 25 ans ☐ Entre 26–34 ans ☐ Entre 35–44 ans ☐ Entre 45–54 ans ☐ Plus de 54 ans

24°) Quel est votre niveau d'étude ?

- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Sans diplôme | BEPC (brevet des collèges) | CAP-BEP (autres diplômes techniques) |
| ☐ BAC (générale, professionnelle, technologique) | | BAC +2 (BTS ou autre) |
| ☐ BAC +3-4 (licence-maitrise) | | BAC+5 (Master, école d'ingénieur...) |
| ☐ BAC + 7 ou plus (doctorat, thèse...) | | |

25°) Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Employée | ☐ Ouvrier | ☐ Cadre et profession intellectuelle supérieure |
| ☐ Profession intermédiaire | ☐ Agriculteur exploitant | |
| ☐ Artisan, commerçant, chef d'entreprise | ☐ Etudiant | ☐ Sans profession ☐ Retraitée |

26°) Vous êtes:

- ☐ Célibataire ☐ En couple

27°) Avez vous des enfants ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien ?
