



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Satisfaction et attentes des femmes envers le médecin généraliste
dans le cadre d'une consultation de renouvellement de
contraception par voie orale.**

Étude quantitative dans le Nord-Pas-de-Calais.

Présentée et soutenue publiquement le 07/12/2022 à 16h00

au Pôle Formation

par **Louise DARROUSEZ**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Nathalie DHALENNE

Avertissement

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

Déclaration d'intérêts : L'auteur ne déclare aucun conflit financier pour ce travail de recherche.
L'auteur ne déclare avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec ce travail de recherche.

Abréviations

AVC	Accident vasculaire cérébral
CO	Contraception orale
COC	Contraception orale combinée
CPP	Contraception progestative pure
DIU	Dispositif Intra Utérin
EI	Effet indésirable
FCU	Frottis cervico-utérin
HAS	Haute Autorité de santé
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IST	Infection sexuellement transmissible
LARC	Contraceptifs réversibles de longue durée d'action
MG	Médecin généraliste
MST	Maladie sexuellement transmissible
OMS	Organisation mondiale de la Santé
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

Sommaire

Avertissement	2
Abréviations	3
Sommaire	4
Résumé	5
Introduction	6
Place de la contraception orale en France.....	6
La consultation de renouvellement de contraception orale.....	7
La place du médecin généraliste dans la contraception.....	8
Connaissance des patientes concernant leur contraception orale.....	9
Matériel et méthodes	11
Type d'étude.....	11
Élaboration du questionnaire.....	11
Recueil des données.....	11
Analyse statistique.....	12
Éthique et CNIL.....	12
Résultats	13
Flow Chart.....	13
Analyses uni-variées.....	14
Analyses bi-variées.....	17
Remarques.....	26
Discussion	28
Principaux résultats.....	28
Validité interne.....	30
Validité externe.....	31
Perspectives / significativité clinique.....	36
Conclusion	41
Bibliographie	42
Annexes	46

Résumé

Contexte : La contraception orale (CO) est la contraception la plus utilisée en France depuis son autorisation. C'est également la contraception la plus prescrite par les médecins généralistes (MG). Pourtant, depuis l'émergence de nouvelles méthodes de contraception et la « crise de la pilule » en 2012, sa popularité décroît progressivement et les patientes se tournent de plus en plus vers un gynécologue ou une sage-femme pour leur contraception. Les objectifs de l'étude sont d'évaluer la satisfaction des patientes concernant leur renouvellement de CO chez le MG et de mieux comprendre leurs attentes.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude quantitative descriptive basée sur la réponse à un auto-questionnaire pour patiente anonymisée et consentante. Les patientes ont été interrogées dans le Nord-Pas-de-Calais de mars 2022 à août 2022. Seules les patientes majeures, sous CO et qui renouvellent habituellement leur CO chez le MG ont été incluses.

Résultats : Au total, 174 patientes ont été incluses dans notre étude. Bien que 150 patientes (86,2%) soient satisfaites de leur consultation de renouvellement de leur CO chez le MG, seulement 61 patientes (35,1%) sont très satisfaites. Cette insatisfaction relative est dû au fait que leur méthode n'est pas suffisamment réévaluée (52,5%), qu'elles ne se sentent pas suffisamment informées sur les risques (47,7%), la contraception d'urgence (43,7%), la procédure à suivre en cas d'oubli de pilule (41,4%) ou les alternatives à la CO (40,2%), que le temps de consultation est inadapté (30%) et enfin, que les patientes ne se sentent pas assez libres d'aborder certains sujets avec leur MG (40%).

Conclusion : Les MG a un rôle de prescripteur. Il se doit d'informer les patientes à chaque renouvellement d'ordonnance, en tenant compte de leur avis et des indications ou contre-indications à la CO. Il a également un rôle dans le suivi de la contraception. En effet, la réévaluation de la méthode contraceptive est trop peu présente pour les patientes or elle a un lien direct avec la satisfaction des patientes et leur liberté d'expression avec le MG.

Introduction

Place de la contraception orale en France

L'éducation sexuelle, et plus précisément la contraception, est au cœur des préoccupations des patientes et des patients. Depuis la médicalisation de la contraception, suite à son autorisation en France en 1967 avec la loi Neuwirth, puis son remboursement par la sécurité sociale en 1973, la pilule ou Contraception Orale (CO) a toujours été la contraception la plus utilisée en France [1]. Elle symbolisait le contrôle de leur fécondité par les femmes permettant ainsi une émancipation et une libération sexuelle [2]. La pilule offre la possibilité de dissocier sexualité et maternité. La CO comprend la contraception orale combinée ou oestroprogestative (COC) et la contraception progestative pure (CPP).

Pourtant, le paysage contraceptif ne cesse d'évoluer en France notamment grâce à la diversification de l'offre. Par la suite, sont apparues sur le marché de nouvelles méthodes hormonales permettant de répondre à la contrainte de la prise quotidienne de pilule, parmi elles, les contraceptifs réversibles de longue durée d'action (LARC) comprenant les dispositifs intra utérin (DIU), dont le DIU au lévonorgestrel (AMM en 1995) [3], et l'implant à l'étonogestrel (AMM en 1999) [4]. Puis, sont apparus le patch oestroprogestatif (AMM en 2002) [5] et l'anneau oestroprogestatif (AMM en 2003) [6]. En 2001, la contraception définitive est autorisée [7]. En 2004, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) a rendu accessible le dispositif intra-utérin (DIU) aux nullipares [8]. Depuis 2018, certains préservatifs sont remboursés [9].

C'est à partir de 2012 que la CO est fortement remise en question. Dès 1995, le risque de thrombose veineuse profonde associé aux COC de 3^e et 4^e génération était mis en évidence [10]. En décembre 2012, une patiente porte plainte contre un laboratoire fabriquant des COC de 3^e génération suite à un AVC. Se déclenche alors une « crise de la pilule » en France, relayée par de nombreux médias [11]. La date du déremboursement des COC de 3^e génération a été avancée au 31 mars 2013 (initialement prévu en septembre 2013), laissant moins de 6 mois aux femmes pour organiser avec leur médecin leur changement de contraception [12].

Selon les enquêtes nationales FECOND de 2010 et 2013, près d'une femme sur cinq déclare avoir changé de méthode contraceptive depuis ce débat médiatique. La diminution de l'utilisation des COC de 3^e et 4^e génération n'a pas été compensée par une augmentation des

COC de 2^e génération (23% en 2013 vs 22% en 2010). L'image de la pilule comme le moyen permettant d'avoir « une sexualité plus épanouie » a été ternie par ce débat [10].

Depuis la « crise de la pilule », le choix des femmes concernant leur contraception a évolué. Il diffère selon leur âge. Selon le Baromètre Santé de 2016, le préservatif masculin est d'avantage utilisé chez les moins de 30 ans et le DIU chez les femmes de plus de 30 ans. Le DIU devient ainsi la première méthode contraceptive utilisée chez les femmes de plus de 35 ans [13].

À ce jour, bien que la CO reste la plus répandue des méthodes contraceptives en France, sa vente est en baisse régulière depuis 10 ans d'environ 12%. La part des COC a diminué de 33%, alors que la part des CPP est croissante [1].

La consultation de renouvellement de contraception orale

Pour optimiser son utilisation, la méthode de contraception doit être adaptée aux différents moments de la vie et à l'histoire de chaque femme. Pour cela, la consultation est un moment important, non seulement au début, mais aussi tout au long de la vie contraceptive. Pourtant, bien qu'il existe de nombreuses études dans la littérature consacrées aux consultations dédiées à l'introduction d'une contraception chez l'adolescente, peu d'entre-elles traitent du renouvellement de la CO chez les femmes majeures.

La HAS a publié en 2013 des recommandations de bonne pratique, régulièrement mises à jour, concernant la contraception et le suivi médical [14] [15].

Le choix de la contraception doit se faire lors d'une consultation dédiée. Cela permet d'adapter la méthode contraceptive aux antécédents personnels et familiaux de la patiente, à ses habitudes de vie et aux éventuelles contre-indications. Après l'introduction d'une contraception, une seconde consultation doit être programmée trois mois après, puis tous les ans.

Lors de chaque prescription, le médecin doit effectuer un examen clinique comprenant poids, taille, tension artérielle et examen des seins. L'examen gynécologique n'est pas obligatoire et le frottis cervico-utérin (FCU) n'est réalisé qu'après 25 ans.

Dans le cas d'une COC, le médecin doit prescrire un bilan biologique comprenant le cholestérol total, les triglycérides, la glycémie à jeun et selon les antécédents, un bilan d'hémostase. Ce bilan biologique est par la suite réalisé tous les 5 ans. La HAS insiste sur le risque thromboembolique veineux et artériel et la nécessité de privilégier les contraceptifs de 1^e ou 2^e génération en cas de prescription d'une COC.

La consultation doit voir aborder la prévention des MST, le mécanisme d'action et le mode d'emploi de la méthode contraceptive. Dans le cas de la CO, le médecin doit également prévenir

des effets indésirables, éduquer la patiente à l'oubli de pilule et à la contraception d'urgence, qui peut-être soit hormonale soit mécanique par DIU au cuivre.

Le choix de la méthode de contraception doit être réévalué à chaque consultation.

L'implication du partenaire est à rechercher afin de favoriser l'observance et l'acceptation de la méthode.

Bien qu'il y ait de multiples sujets à aborder lors de ces consultations, de nombreuses femmes les voient comme une contrainte et la demande de renouvellement se fait en fin de consultation sans prendre le temps d'aborder les sujets précités [16].

La place du médecin généraliste dans la contraception

Sur les femmes concernées par la contraception, près de quatre sur dix prennent la pilule [13].

La loi Neuwirth, en légalisant les méthodes contraceptives, a conduit à la médicalisation et à la féminisation de la contraception [2]. Le médecin a pris de plus en plus de place et la relation patiente-médecin a remplacé en partie la discussion entre les partenaires. Un des atouts du médecin généraliste (MG) est de pouvoir recevoir plus facilement le couple comme le préconise l'HAS.

L'étude EPILULE de 2003 souligne combien il est important que ce suivi régulier soit réalisé par le médecin traitant de la patiente. En effet, les patientes qui consultent pour leur contraception un autre médecin généraliste que leur médecin traitant voient le risque d'oubli de pilule multiplié par deux [17]. Son rôle est donc primordial.

En 2016, 59% des CO étaient prescrites par le gynécologue, 35% par le MG et seulement 4% par les sages-femmes. Entre 2010 et 2016, le recours aux médecins généralistes pour la prescription d'une contraception a significativement diminué passant de 30,5% à 22,2% [18]. Le recours aux gynécologues et aux sages-femmes, profession habilitée à prescrire la contraception depuis 2009, quant à lui augmente, d'autant plus en milieu urbain. Les changements des pratiques contraceptives n'expliquent pas à eux-seuls cette évolution de recours aux différents professionnels de santé.

Si le MG a une place primordiale pour aborder la contraception, leur sollicitation quant à ce sujet diminue. Pourquoi ? Le meilleur moyen de comprendre cette diminution et de mieux connaître les attentes des patientes est de les interroger.

Connaissance des patientes concernant leur contraception orale

À l'heure où chacun peut trouver en quelques clic profusion d'informations et où le contenu médical n'est plus délivré exclusivement par les professionnels de santé, le rôle du prescripteur est d'autant plus important. Il doit rétablir une vérité, corriger les informations erronées, ou mal comprises. Même si de nouveaux sites internet officiels comme questionsexualite.fr créée par Santé publique France voient le jour afin d'informer correctement les patientes, de nombreux blog et sites profanes participent à la désinformation.

On sait que lorsque les femmes ne sont pas suffisamment informées cela augmente le risque de grossesse :

Soit le risque de grossesse augmente car les utilisatrices ont tendance à arrêter la pilule, de par la contrainte que cela représente, ou par les nombreuses croyances qui circulent et la crainte vis-à-vis des effets indésirables (EI). Parmi eux, sont pointés du doigt : l'acné, la diminution de la libido, la prise de poids, les troubles psychologiques et les dysménorrhées. Paradoxalement, le sur-risque thromboembolique veineux, migraineux, néoplasique (cancer du sein) et cardiovasculaire (infarctus du myocarde, risque d'AVC) sont moins retrouvées chez les utilisatrices [19]. Les informations délivrées sur les EI devraient prendre en compte les craintes des femmes pour adapter au mieux leur contraception et lutter contre la désinformation.

Soit le risque de grossesse augmente par inobservance. Si une femme prend la pilule toute la durée de sa vie contraceptive, cela correspond à environ huit mille comprimés à prendre sans aucun oubli, sans épisodes de diarrhée ni vomissement et sans décalage horaire [20]. Ce qui explique que plus d'une patiente sur deux oublie au moins une fois sa pilule sur les 6 derniers mois [17][21]. Or, il existe une réelle méconnaissance de la bonne utilisation de CO et de la conduite à tenir en cas d'oubli du côté des patientes et des médecins généralistes [21][22]. C'est pourquoi il y a selon l'OMS, un écart important entre l'efficacité théorique de la pilule (Indice de Pearl), qui estime le nombre de grossesse chez les femmes sous CO à 0,3% sur 1 an (méthode très efficace), et l'efficacité pratique qui l'estime à 7% sur 1 an (méthode efficace) [23].

L'éducation thérapeutique et l'information auprès des patientes sont essentielles pour garder une bonne efficacité de la contraception et éviter les rapports sexuels à risque. Cette formation passe inévitablement par le médecin prescripteur.

Une information claire et complète devrait être donnée, non seulement à chaque première prescription de contraceptif hormonal, mais à chaque renouvellement de prescription car, au fil du temps, les recommandations évoluent et sont mises à jour [21].

Dans ce contexte, l'analyse de la satisfaction des femmes et leur ressenti par rapport à l'information délivrée lors de la consultation de renouvellement de leur pilule contraceptive chez le médecin généraliste nous paraît essentielle. Nous avons décidé de mener une étude dont l'objectif principal serait d'évaluer la satisfaction des patientes concernant cette consultation. Les objectifs secondaires sont les attentes des femmes de cette consultation pour pouvoir ainsi améliorer d'avantage nos pratiques de soins.

Matériel et méthodes

Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive basée sur la réponse à un auto-questionnaire pour patiente anonymisée et consentante. Il a été distribué auprès de femmes volontaires de plus de 18 ans consultant habituellement leur MG pour un renouvellement de CO dans la région des Hauts de France.

Les critères d'inclusion sont toute patiente de plus de 18 ans, sachant lire et écrire, consultant habituellement son médecin généraliste pour une demande de renouvellement de CO.

Les critères de non-inclusion sont toute patiente de moins de 18 ans et/ou analphabète et/ou ne parlant pas français.

Les critères d'exclusion sont tout questionnaire mal rempli, illisible.

Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé sur OpenOffice. Il comportait 1 page avec 16 questions fermées et 1 question ouverte. Les questions étaient réparties en 3 parties distinctes (*Annexe 1*). La plupart des questions (soit 9 au total) suivent un modèle de réponse selon la règle de Likert avec 4 items.

Une courte note explicative de l'enquête figure au début du questionnaire.

La première partie est dédiée aux caractéristiques générales et au déroulement de la consultation de renouvellement de CO. La deuxième partie concerne le ressenti des patientes face à l'information délivrée par le MG. La troisième partie concerne principalement la satisfaction et la place du MG dans le renouvellement de pilule.

Un pré-test a été réalisé sur 5 questionnaires en début de sondage. Nous avons ajouté des précisions sur certains items, notamment sur la question concernant le suivi gynécologique, non comprise chez les patientes de moins de 25 ans car n'effectuant pas de frottis cervico-utérin.

Recueil des données

La diffusion des questionnaires a débuté le 10 mars 2022.

Afin d'optimiser le taux de réponse le questionnaire est disponible en format papier et en format informatisé. Le consentement oral des patientes est recueilli avant chaque distribution.

L'auto-questionnaire est distribué aux patientes des cabinets médicaux par le MG, le médecin remplaçant ou l'interne en SASPAS. Le questionnaire peut être distribué lors d'une consultation tout venant, il peut ne pas s'agir de la consultation dédiée au renouvellement de CO.

Concernant le questionnaire en format papier, les MG ayant accepté de participer à ce travail de thèse ont reçu une enveloppe timbrée et 15 questionnaires papiers. La patiente répondait au questionnaire en salle d'attente ou devant le médecin et le redéposait directement dans l'enveloppe prévue à cet effet, idéalement située au secrétariat ou dans un lieu choisi par le médecin (salle d'attente, couloir d'accueil...).

Des messages et appels de relance ont été effectués auprès des médecins généralistes.

Le dernier questionnaire a été recueilli le 30 août 2022.

Analyse statistique

Le nombre de sujet nécessaire était de 169, calculé selon la formule RAOSOFT.

L'informatisation des données et quelques graphiques ont été réalisés avec le logiciel Microsoft Excel® et l'analyse statistique a été réalisée par mes soins à l'aide du logiciel JAMOVI®.

Concernant l'analyse statistique, les variables qualitatives et binaires sont exprimées en effectifs et pourcentages. L'intervalle de confiance de la proportion de patientes insatisfaites à 95% (IC95%) a été calculé à l'aide d'une loi normale.

Le risque alpha est fixé à 5%. Les comparaisons entre pourcentages ont fait appel au test du Chi2 ou au test exact de Fisher, selon la taille des échantillons.

La plupart des réponses au questionnaire sont codées selon l'échelle de Likert, considérée dans notre étude comme une variable ordinale. Les degrés de satisfaction ou d'approbation, ont par la suite été regroupés en 2 catégories pour effectuer nos analyses : satisfaction / insatisfaction – accord / désaccord – informée / pas informée.

Éthique et CNIL

Une déclaration a été réalisée auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (*Annexe 2*). Dans la mesure où aucune donnée identifiante n'est collectée, le traitement bénéficie d'une exonération de déclaration et il n'a pas été nécessaire de contacter le Comité de Protection des Personnes.

Résultats

Flow Chart

A. Caractéristiques générales

Taux de réponses selon le lieu de recueil

À l'issue du recueil de données, 174 questionnaires ont été inclus dans l'analyse. En amont, 188 questionnaires ont été exclus car incomplets.

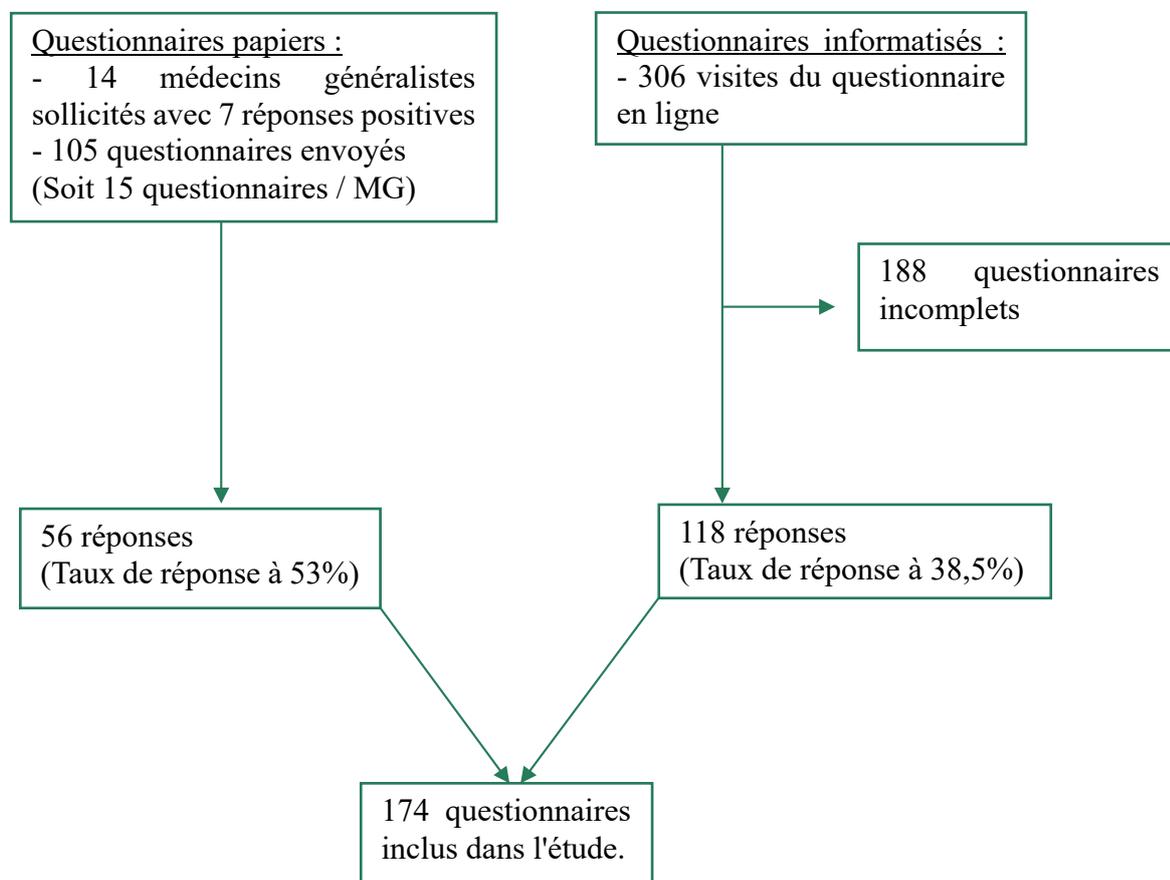


Figure 1 : Flow chart

Âge

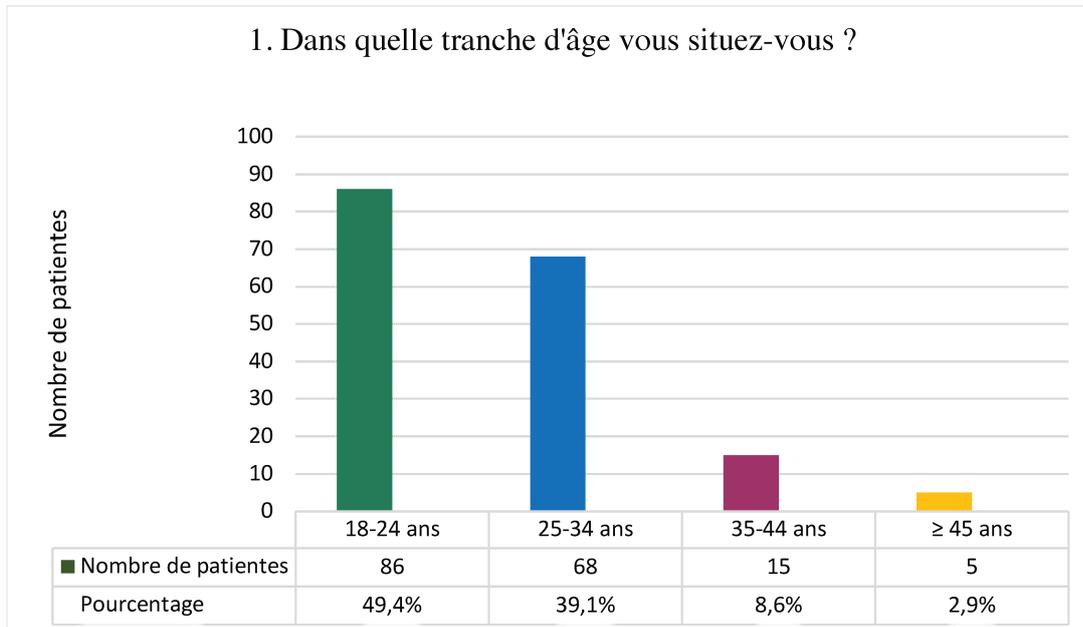


Figure 2 : Répartition des femmes selon leur catégorie d'âge

Parentalité

Dans l'échantillon, 139 femmes (79,9%) ont déjà eu au moins un enfant.

Temps de prise de la CO

Dans la catégorie « > 6ans », on retrouve toutes les femmes de « ≥ 45 ans », 11 femmes (73,0%) de la catégorie « 35-44ans », 49 femmes (72,0%) des « 25-34 ans » et seulement 10 femmes (11,6%) de la catégorie « 18-24 ans ».

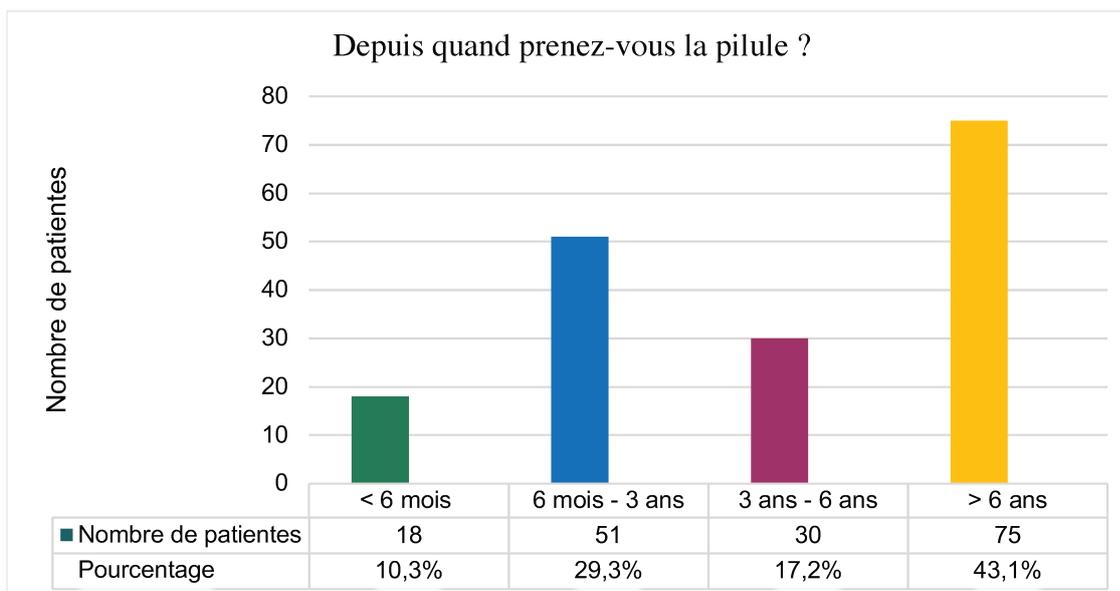


Figure 3 : Répartition des femmes selon la durée de la prise de pilule

Taux de réponse du commentaire libre

26 patientes ont rédigé un commentaire libre soit 15 % des répondeurs.

B. Déroulement de la consultation

Consultation dédiée

Dans l'échantillon, 96 femmes (55,2%) ont une consultation dédiée au renouvellement de leur CO.

Temps de consultation

Dans l'échantillon, 52 femmes (30%) trouvent le temps de consultation inadapté. Parmi elles, 32 (61,5%) le trouvent trop court et 20 (38,5%) le trouvent trop long.

Parmi les femmes estimant le temps de consultation trop court, seulement 12 (37,5%) ont une consultation dédiée au renouvellement de leur CO.

Suivi gynécologique

Dans l'échantillon, 121 femmes (69,5%) ont un suivi conjoint avec un gynécologue ou une sage-femme. Une minorité des femmes, 53 (30,5%), ne consultent que le MG pour leur suivi gynécologique.

Réévaluation de la méthode de contraception

Dans l'échantillon, plus de la moitié des femmes, 91 des femmes (52,5%), trouvent que leur méthode de contraception n'est pas réévaluée régulièrement.

Liberté d'expression avec le médecin généraliste

Dans l'échantillon, 105 femmes (60%), considèrent qu'elles peuvent aborder tous les sujets avec leur MG.

C. Satisfaction globale

Dans l'échantillon, 150 femmes, soit 86,2% des femmes, sont globalement satisfaites de leur consultation de renouvellement de CO chez le MG.

Dans la population cible, on estime que la proportion de femmes insatisfaites (comprenant les femmes plutôt insatisfaites et très insatisfaites) s'élève à 13,7% (IC95 : [8,7% ; 19%]).

Parmi les 24 femmes globalement insatisfaites, seule 4 (16,7%) sont « très insatisfaites ».

Toujours parmi les 24 femmes globalement insatisfaites, 11 femmes (45,8%) ont entre 18 et 24 ans et 12 femmes (50,0%) ont entre 25 et 35 ans. Une seule femme de la catégorie « 35-44 ans » est insatisfaite. Toutes les femmes ayant 45 ans ou plus sont globalement satisfaites.

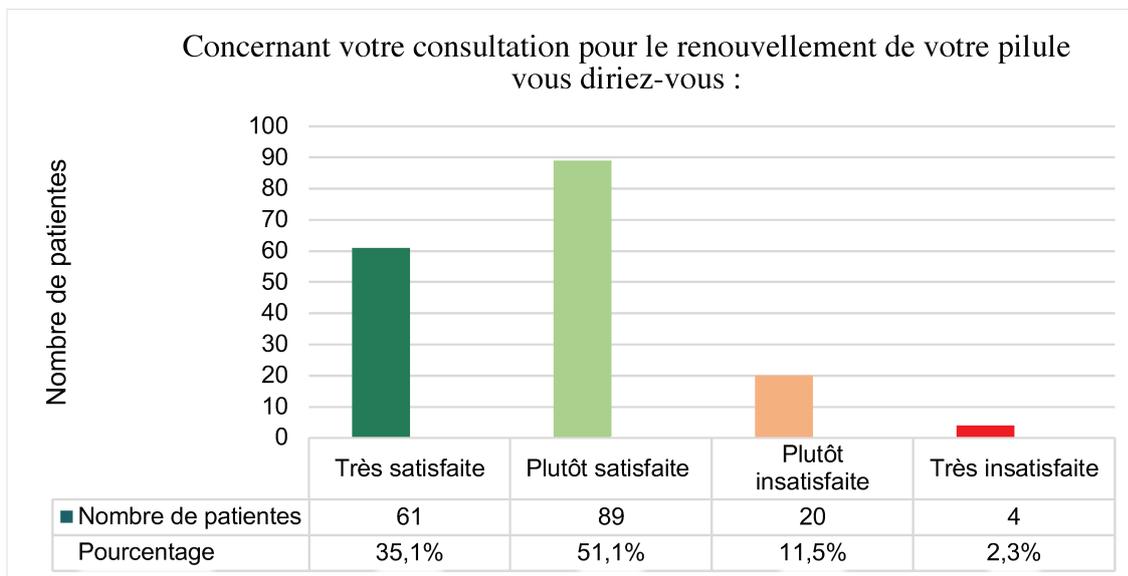


Figure 4 : Satisfaction des femmes de leur consultation de renouvellement de CO chez le MG

Consultation en lien avec les recommandations de l'HAS

Seulement 23 femmes (13,2%) ont à la fois une consultation dédiée, une réévaluation adéquate de leur méthode de contraception et se trouvent suffisamment informées à propos des différents thèmes à aborder en consultation. Sur ces 23 femmes, toutes sont globalement satisfaites de leur consultation de renouvellement de CO et 18 (75,0%) sont très satisfaites.

D. Ressenti des patientes sur le niveau d'information transmise par le MG

Plus d'un quart des patientes (50 femmes, 28,7%) se sentent globalement informées sur les sept items abordés dans le questionnaire distribué, à savoir : la connaissance sur les alternatives contraceptives à la pilule, sur la prise correcte de la pilule, sur les risques liés à son utilisation, sur les MST, sur la procédure à suivre en cas d'oubli et enfin, sur la contraception d'urgence/pilule du lendemain.

À contrario, 16 femmes, soit 9,2% des répondantes, estiment ne pas être suffisamment informées sur tous les items.

Concernant les différents thèmes à aborder lors d'une consultation de renouvellement de CO, la prise correcte de la pilule est celui pour lequel les femmes se sentent le plus informées (150 femmes, 86,2%), en seconde position vient la connaissance sur les différentes MST (116 femmes, 66,7%). Le point sur lequel les patientes se sentent le moins bien informées porte sur « les risques liés à l'utilisation de la pilule », environ une femme sur deux se déclare insuffisamment informée (83 femmes, 47,7%).

Près d'une patiente sur cinq se déclare « pas informée du tout » concernant la « procédure à suivre en cas d'oubli de pilule » ou la « contraception d'urgence ». Un tiers des patientes interrogées se déclarent insuffisamment informées sur les MST.

Concernant les alternatives contraceptives, 70 femmes (40,2%) ne se sentent pas suffisamment informées. La plupart des femmes qui ne se sentent pas informées appartiennent à la catégorie d'âge « 18-24 ans » (39 femmes, 22,4%) et à la catégorie d'âge « 25-34 ans » (27 femmes, 15,5%).

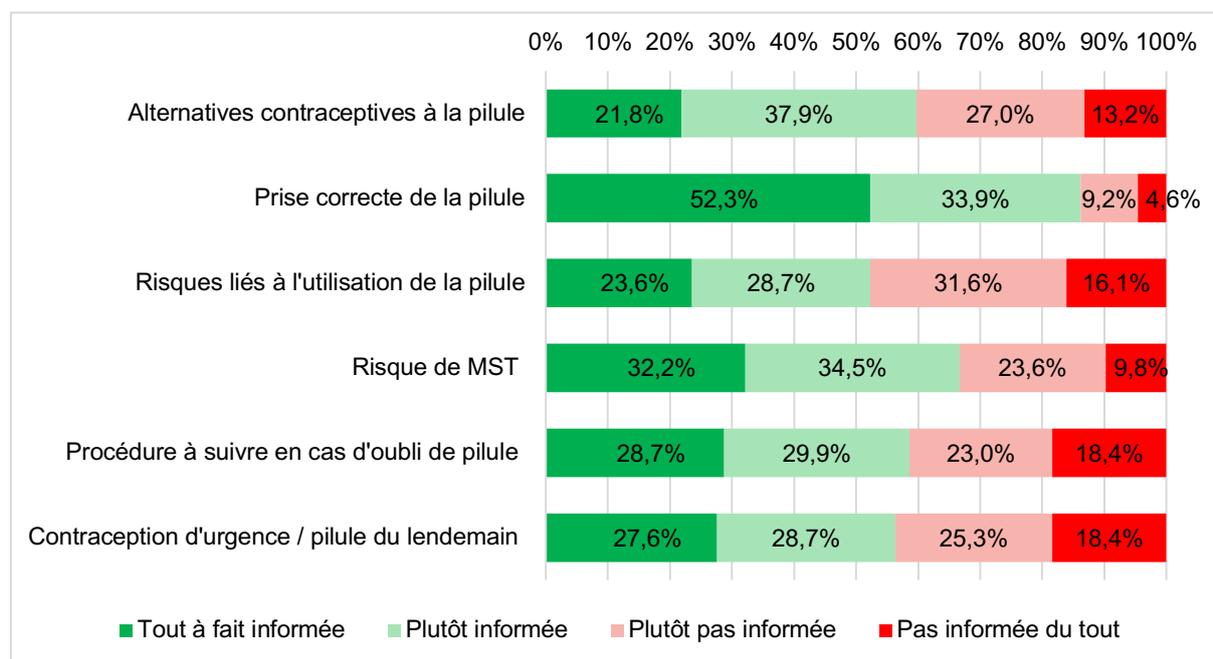


Figure 5 : Ressenti des patientes sur le niveau d'information de thèmes abordés en consultation par le MG.

Analyses bi-variées

A. Déroulement de la consultation

Lien avec le fait d'avoir une consultation dédiée ou non au renouvellement de la CO

La proportion de femmes qui consultent leur MG avec une consultation dédiée à leur renouvellement est significativement plus élevée chez les « 18-24 ans » (66,3%, $p=0,010$) alors qu'elle est significativement moins élevée dans toutes les autres classes d'âge (48,5% chez les « 25-34 ans », 33,3% chez les 35-44 ans » et 20,0% chez les « ≥ 45 ans »).

La proportion de femmes qui consultent leur MG avec une consultation multi-motif est significativement plus élevée chez les femmes qui prennent la pilule depuis « > 6 ans » (57,3%, $p=0,019$).

Il y a statistiquement, significativement plus de femmes qui trouvent le temps de consultation trop court alors qu'elles consultent pour plusieurs motifs (62,5%, $p=0,011$).

Lien avec le suivi conjoint par le gynécologue ou la sage-femme

La proportion de femmes qui consultent conjointement un gynécologue ou une sage-femme est significativement plus élevée chez les femmes ayant déjà eu un enfant (85,7% vs 65,5% chez les nullipares, $p=0,020$).

La proportion de femmes qui consultent conjointement un gynécologue ou une sage-femme est également significativement plus élevée chez les femmes qui prennent la pilule depuis « > 6 ans » (82,7%, $p=0,010$).

Il n'y a pas de lien significatif retrouvé entre l'âge et le fait d'avoir un suivi conjoint avec le gynécologue ou la sage-femme ($p=0,126$).

Lien avec la réévaluation de la méthode de contraception

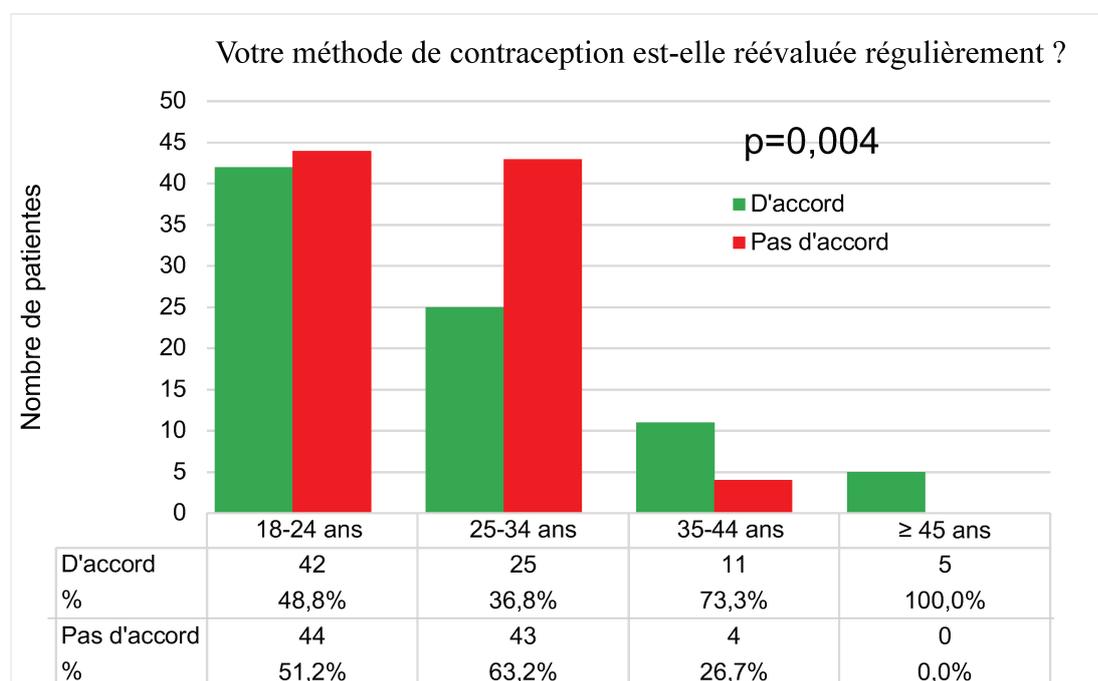


Figure 6 : Lien entre la réévaluation de la méthode de contraception par les MG et l'âge

La proportion de femmes qui déclarent que leur pilule n'est pas réévaluée régulièrement est significativement plus élevée chez les femmes qui trouvent le temps de consultation trop court (84,4% vs 41,8% chez les patientes trouvant le temps adapté, $p<0,001$).

La proportion de femmes qui déclarent que leur pilule n'est pas réévaluée régulièrement est significativement plus élevée chez les patientes qui n'osent pas aborder certains sujets avec leur MG (65,2% vs 43,8%, $p = 0,006$).

Il n'y a pas de lien significatif retrouvé entre le fait de prendre la pilule depuis longtemps et la réévaluation de la méthode de contraception.

Lien entre le fait de ne pas oser aborder certains sujets avec son MG et le ressenti du temps de consultation

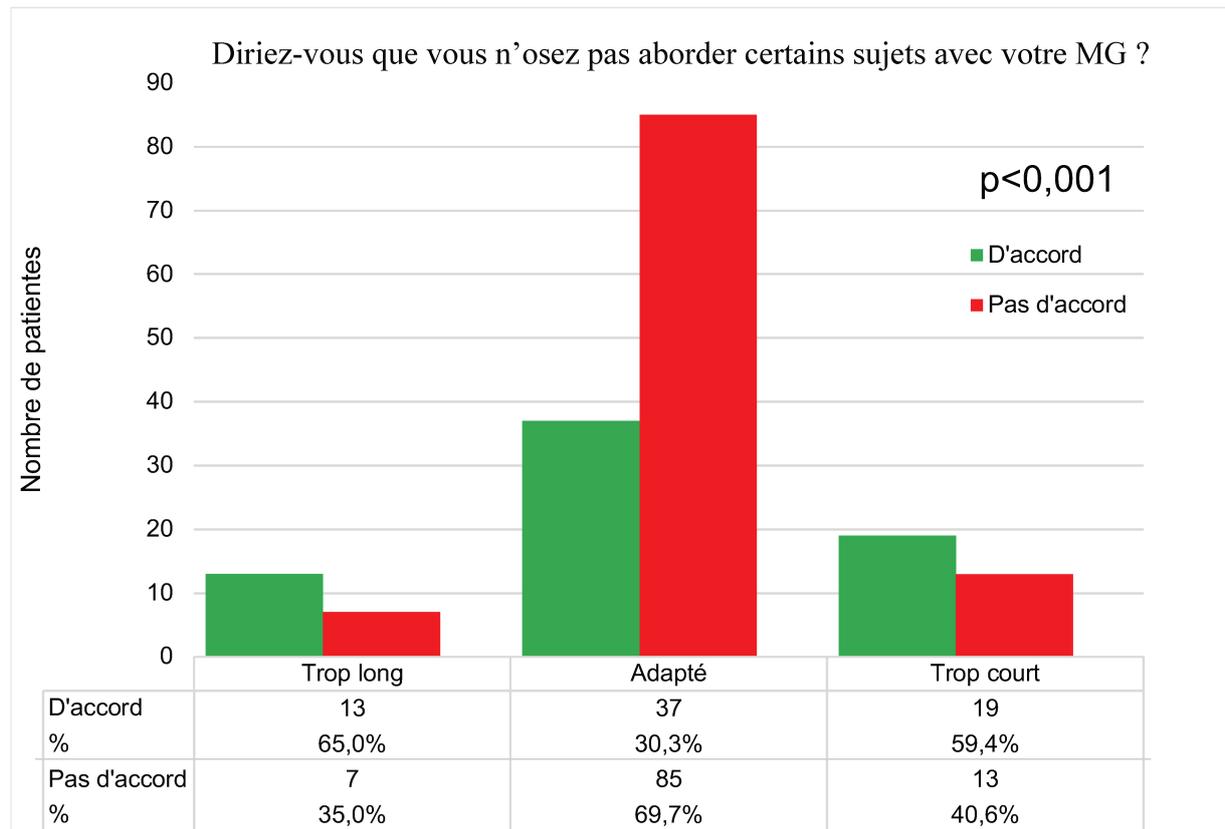


Figure 7 : Lien entre le fait de ne pas oser aborder certains sujets avec son MG et le ressenti du temps de consultation

Tableau récapitulatif des principaux résultats cités

	Consultation dédiée ou multi-motifs	Professionnel qui réalise le suivi gynécologique (MG seul / conjoint avec gynéco et sage-femme)	Réévaluation de la méthode de contraception (D. accord / Pas d. accord)	Liberté d. expression avec son MG (D. accord / Pas d. accord)
Tranche d'âge (18-24ans / 25-34ans / 35-44ans / ≥ 45ans)	P=0,010	P=0,126	P=0,004	
Enfants (Oui / Non)		P=0,020		
Temps de la prise de pilule (<6mois / 6mois-3ans / 3ans-6ans / > 6 ans)	P=0,019	P=0,010	P= 0,802	
Temps ressenti en consultation (Trop long / Adapté / Trop court)	P=0,011		P<0,001	P<0,001
Liberté d'expression avec son MG (D'accord / Pas d'accord)			P=0,006	

Tableau 1 : Récapitulatif de la partie RESULTATS – Analyses bi-variées – Déroulement de la consultation. En vert, les résultats significatifs, en rouge, ceux non significatifs.

B. Insatisfaction globale

La proportion de femmes qui se déclarent globalement insatisfaites est plus élevée chez les femmes :

- Trouvant la consultation trop longue (20,0 vs 4,9% qui la trouve adaptée, $p < 0,001$) ou trop courte (43,8 vs 4,9% qui la trouve adaptée, $p < 0,001$)
- Ne se trouvant pas suffisamment informées sur :
 - Les alternatives contraceptives à la pilule (25,7 vs 5,8%, $p < 0,001$)
 - La prise correcte de la pilule (33,3 vs 10,7%, $p = 0,007$)
 - Les risques liés à l'utilisation de la pilule (21,7 vs 6,6%, $p = 0,004$)
 - La procédure à suivre en cas d'oubli (22,2 vs 7,8%, $p = 0,007$)
 - La contraception d'urgence / pilule du lendemain (21,1 vs 8,2%, $p = 0,014$)
- Trouvant que leur contraception n'est pas régulièrement réévaluée (22,0 vs 4,8%, $p = 0,001$)
- N'osant pas aborder certains sujets avec leur MG (23,2 vs 7,6%, $p = 0,04$)

Il n'y a donc pas de lien significatif entre le niveau de satisfaction et l'âge des patientes ($p = 0,638$) (Tableau 2) ni entre le niveau de satisfaction et le temps de prise de la CO ($p = 0,250$). Il n'y a également pas de lien avec le fait d'être satisfaite et d'avoir une consultation dédiée au renouvellement de la CO ($p = 0,583$) ou le fait de consulter conjointement un gynécologue ou une sage-femme ($p = 0,270$).

Concernant le ressenti des patientes sur le niveau d'information, seule l'information sur les différentes MST n'influence pas significativement le degré de satisfaction des patientes ($p = 0,062$).

Âge		Satisfaction/Insatisfaction		
		Satisfaite	Insatisfaite	Total
18- 24 ans	Observé	75	11	86
	Attendu	74.14	11.862	86.00
	% par ligne	87.2%	12.8%	100.0%
	% par colonne	50.0%	45.8%	49.4%
25-34 ans	Observé	56	12	68
	Attendu	58.62	9.379	68.00
	% par ligne	82.4%	17.6%	100.0%
	% par colonne	37.3%	50.0%	39.1%
35-44 ans	Observé	14	1	15
	Attendu	12.93	2.069	15.00
	% par ligne	93.3%	6.7%	100.0%
	% par colonne	9.3%	4.2%	8.6%
≥ 45 ans	Observé	5	0	5
	Attendu	4.31	0.690	5.00
	% par ligne	100.0%*	0.0%	100.0%
	% par colonne	3.3%	0.0%	2.9%
Total	Observé	150	24	174
	Attendu	150.00	24.000	174.00
	% par ligne	86.2%	13.8%	100.0%
	% par colonne	100.0%	100.0%	100.0%

Tableau 2 : Table de contingence entre l'âge et la satisfaction globale. $P=0,638$.

Logiciel Jamovi

* Les femmes ≥ 45 ans sont 3/5 soit 60,0% à être « très satisfaites » et 2/5 soit 40,0% à être « plutôt satisfaites ».

Tableau récapitulatif des principaux résultats cités :

		Satisfaction / Insatisfaction
Tranche d'âge (18-24ans / 25-34ans / 35-44ans / ≥ 45ans)		P=0,638
Enfants (Oui / Non)		P=0,051
Temps de la prise de pilule (<6mois / 6mois-3ans / 3ans-6ans / > 6 ans)		P=0,250
Consultation dédiée ou multi-motifs		P=0,583
Temps ressenti en consultation (Trop long / Adapté / Trop court)		P<0,001
Professionnel qui réalise le suivi gynécologique (MG seul / conjoint avec gynéco et sage-femme)		P=0,270
<i>Vous trouvez vous suffisamment informée à propos :</i>	Des alternatives contraceptives	P<0,001
	De la prise correcte de la pilule	P=0,007
	Des risques liés à l'utilisation	P=0,004
	Des différentes MST	P=0,062
	De la procédure à suivre en cas d'oubli	P=0,007
	De la contraception d'urgence	P=0,014
Réévaluation de la méthode de contraception (D'accord / Pas d'accord)		P=0,001
Liberté d'expression avec son MG (D'accord / Pas d'accord)		P=0,004

Tableau 3 : Récapitulatif de la partie RESULTATS – Analyses bi-variées – Insatisfaction globale. En vert, les résultats significatifs, en rouge, ceux non significatifs.

C. Ressenti des patientes sur le niveau d'information transmise par le MG

Il n'y a aucun lien significatif entre l'âge et le niveau d'information des différents termes abordés.

Le fait d'avoir une consultation dédiée au renouvellement de la CO ne semble également pas agir sur le niveau d'information ressenti par les patientes (p non significatifs).

Enfin, il n'y a pas de lien statistiquement significatif retrouvé entre le fait d'avoir un suivi conjoint chez le gynécologue ou la sage-femme et le fait de se sentir informée des différents termes abordés.

Lien avec le temps de prise de la pilule

La proportion de femmes ne se sentant pas suffisamment informées concernant l'item « risques liés à la pilule » est significativement plus élevée chez les femmes qui prennent la pilule depuis « < 6 mois » (77,8%, p=0,022) alors que celles qui prennent la pilule depuis « > 6 ans » se sentent significativement plus informées par rapport à ces risques (58,7%, p=0,022).

Le fait de prendre la pilule depuis longtemps ne semble pas agir sur le niveau de connaissance des autres items (p non significatifs).

Lien avec le ressenti du temps dédié en consultation au renouvellement de la CO

La proportion de femmes trouvant le temps de consultation « trop court », se sentent significativement moins informées sur :

- Les alternatives à la pilule (30,0%, p=0,003)
- Les risques liés à l'utilisation de la pilule (25,3%, p=0,044)
- De la procédure à suivre en cas d'oubli de pilule (25,0%, p=0,017)
- De la contraception d'urgence/pilule du lendemain (22,4%, p=0,011)

Lien avec la réévaluation régulière de la méthode de contraception

Les femmes qui trouvent que leur pilule n'est pas réévaluée régulièrement se sentent significativement moins informées concernant tous les thèmes abordés (p<0,05).

Lien avec le fait d'oser aborder tous les sujets avec son MG

La proportion de femmes n'osant pas aborder certains sujets avec leur MG se sentent significativement moins informées sur tous les thèmes abordés, à l'exception du thème « les différentes MST » (seul p non significatif).

Tableau récapitulatif des principaux résultats cités

<i>Vous trouvez-vous suffisamment informée à propos :</i>	Tranche d'âge (18-24ans / 25-34ans / 35-44ans / ≥ 45ans)	Temps de la prise de pilule (<6mois / 6mois-3ans / 3ans-6ans / > 6 ans)	Consultation dédiée ou multi-motifs	Temps ressenti en consultation (Trop long / Adapté / Trop court)	Professionnel qui réalise le suivi gynécologique (MG seul / conjoint avec gynéco et sage-femme)	Réévaluation de la méthode de contraception (D. accord / Pas d. accord)	Liberté d'expression avec son MG (D. accord / Pas d. accord)
Des alternatives contraceptives	P=0,242	P=0,522	P=0,415	P=0,003	P=0,264	P<0,001	P=0,009
De la prise correcte de la pilule	P=0,928	P=0,196	P=0,737	P=0,325	P=0,882	P=0,005	P<0,001
Des risques liés à l'utilisation	P=0,073	P=0,022	P=0,058	P=0,044	P=0,452	P<0,001	P=0,028
Des différentes MST	P=0,932	P=0,454	P=1,000	P=0,591	P=0,200	P<0,001	P=0,511
De la procédure à suivre en cas d'oubli	P=0,682	P=0,468	P=0,932	P=0,017	P=0,327	P<0,001	P=0,003
De la contraception d'urgence	P=0,557	P=0,532	P=0,553	P=0,011	P=0,703	P<0,001	P=0,002

*Tableau 4 : Récapitulatif de la partie RESULTATS – Analyses bi-variées – Ressenti des patientes sur le niveau d'information transmise par le MG.
En vert, les résultats significatifs, en rouge, ceux non significatifs.*

d'écoute lorsqu'elle a souhaité changer de méthode de contraception « *Lorsque j'ai voulu me protéger, on m'a uniquement proposé la pilule. Maintenant, je souhaite changer contre une contraception non hormonale. J'en ai parlé avec mon médecin traitant qui est une femme et qui pratique les examens gynécologiques. Elle a tenté de me décourager et de me mettre la pression à avoir des enfants car j'ai 27 ans. Donc un stérilet à mon âge c'est pas conseillé selon elle... Je ne demandais pas un avis personnel sur une situation mais uniquement sur le contraceptif* ». Deux autres patientes souhaitent une consultation et une prise de décision plus personnalisées pour le choix de leur contraception « *Plus de questions au préalable : fumeuse ou non, effets négatifs, laquelle me conviendrait le mieux* », « *Réévaluation des besoins pour adapter la contraception* ».

Remarques sur l'information délivrée

Une patiente déclare que « *la contraception masculine est totalement absente des discussions avec le médecin* ». Certaines patientes aimeraient aborder plus en détail différents sujets comme le fonctionnement de la pilule en proposant la réalisation d'un dessin par exemple, les risques liés à la pilule, les alternatives et les solutions en cas d'oubli. Une patiente déclare « *Certains sujets ne sont pas abordés car je ne pose pas la question mais je suis sûre qu'elle y répondrait parfaitement* » et une autre déclare qu'elle a « *connaissances de certains sujets par soi-même* ».

Autres remarques

Deux autres suggèrent un ajout d'une question au questionnaire :

- « *Il manque la question : Avez-vous déjà demandé à votre médecin de renouveler votre ordonnance sans le voir ?* ».
- « *Il manque la question : pourquoi le renouvellement se fait chez le médecin traitant ?* »

Discussion

Principaux résultats

A. Satisfaction globale

Notre étude indique que la très grande majorité des femmes consultant leur médecin généraliste pour le renouvellement de leur pilule est globalement satisfaite. Parmi ces femmes satisfaites, la plupart se disent uniquement « plutôt satisfaite ». Environ 1 femme sur 10 est insatisfaite. Il existe donc des possibilités d'amélioration.

La proportion de femmes se déclarant globalement insatisfaites est plus élevée chez les femmes trouvant la consultation « trop longue » ou « trop courte ».

Le fait d'avoir un temps de consultation considéré comme adapté permet aux patientes de se sentir plus libre de s'exprimer et d'aborder tous les sujets avec le MG.

La réévaluation de la méthode contraceptive semble également déterminante afin que les patientes soient satisfaites. La meilleure contraception reste celle choisie de manière éclairée par la patiente. Les attentes évoluent au fur et à mesure de leur vie. La réévaluation de la méthode contraceptive est donc primordiale tout au long du suivi et notamment dans la tranche d'âge des « 25-34 ans », âges auxquels les patientes se sentent significativement moins réévaluées. Le fait de réévaluer régulièrement la méthode de contraception permet également aux femmes de se sentir plus libres de s'exprimer avec leur MG et de se sentir suffisamment informées sur tous les items à aborder au cours de la consultation selon la HAS.

Enfin, le ressenti de l'information délivrée au cours de la consultation joue également un rôle important dans la satisfaction des patientes. En effet, les patientes ne se trouvant pas suffisamment informées sur les sujets devant être abordés selon la HAS (à l'exception de l'information concernant les MST) sont plus significativement insatisfaites.

Il ne semble pas y avoir de lien entre le niveau de satisfaction et les différentes caractéristiques des patientes (âge, temps de prise de pilule, parentalité). Il ne semble également pas y avoir de lien entre le niveau de satisfaction et la consultation dédiée ou le suivi conjoint avec le gynécologue ou la sage-femme. Il serait intéressant de renouveler cette expérience plus largement pour essayer d'obtenir plus de résultats significatifs.

B. Attentes des femmes envers le MG

Attentes relatives à la consultation

Le déroulement de la consultation varie en fonction des caractéristiques des patientes.

Deux profils de patientes semblent se distinguer :

- D'un côté, les patientes ayant une consultation multi-motif pour le renouvellement de leur CO, patientes souvent de 25 ans ou plus, qui prennent la pilule depuis « > 6 ans » et qui trouvent le temps de consultation « trop court ».
- D'un autre côté, les patientes ayant une consultation dédiée, appartenant souvent à la tranche d'âge « 18-24 ans », qui prennent la pilule depuis « < 6 ans ».

Près de 70% des femmes ont un suivi conjoint avec un gynécologue ou une sage-femme indépendamment de leur âge. Il s'agit surtout de femmes multipares.

Les femmes qui ont tendance à trouver le temps de consultation « trop court » sont plus souvent celles qui consultent pour plusieurs motifs, qui déclarent que leur méthode de contraception n'est pas suffisamment réévaluée et qui n'osent pas aborder certains sujets avec leur MG.

Dans les remarques faites par les patientes, on met en évidence la volonté d'un suivi personnalisé avec un MG à l'écoute.

Attentes relatives à l'information délivrée

L'âge ne semble pas influencer sur le degré d'information ressentie par la patiente.

Bien que les patientes soient pour la majorité d'entre elles globalement satisfaites de la consultation de renouvellement de CO, beaucoup ne se sentent pas convenablement informées sur leur contraception.

Selon les recommandations de l'HAS, plusieurs sujets se doivent d'être abordés au cours de la consultation de renouvellement de la CO [14]. Pourtant, environ une femme sur deux se déclare insuffisamment informée sur les « risques liés à l'utilisation de la pilule », méconnaissance significativement plus importante chez les femmes prenant la pilule depuis « < 6 mois ». Il s'agit notamment d'un sujet qui a été abordé dans les remarques faites par les utilisatrices, qui mettait en avant leur non-connaissance sur les effets indésirables, tels que la prise de poids. Il est à noter que les effets indésirables graves, tels que les maladies thromboemboliques veineuses, n'ont pas été abordés spontanément par les patientes, ce qui est conforme avec l'article « J'arrête la pilule » publié dans la revue Exercer [19].

Un peu plus de 40% des patientes ne se sentent pas suffisamment informées à propos des « alternatives contraceptives à la pilule », de la « procédure à suivre en cas d'oubli de pilule » ou

encore de la « contraception d'urgence/pilule du lendemain ». Un tiers des patientes interrogées se déclarent insuffisamment informées sur les MST.

Validité interne

Force et biais

La période de recueil des données était relativement longue permettant d'obtenir le nombre de sujet nécessaire aux analyses statistiques. La présence de nombreux critères d'inclusions explique probablement le taux de réponse relativement bas.

Le fait que les questionnaires soient distribués par deux modes distincts (par le médecin en version papier ou en version numérique), permet d'être plus représentatif de la population source et diminue ainsi le biais d'échantillonnage (biais de sélection).

Le recrutement des patientes par la sollicitation du MG a fait que celui-ci a pu sélectionner un profil de patiente. Du côté du MG, en distribuant les questionnaires uniquement lorsqu'ils avaient le temps lors de la consultation, sous estimant les patientes demandant un renouvellement de leur CO lors de consultations multi-motifs ou celles évoquant le renouvellement de leur pilule en toute fin de consultation. Du côté des patientes, certaines ont pu ne pas oser refuser la proposition de leur MG de participer à cette étude.

Le questionnaire pouvait être distribué juste après la consultation pour le renouvellement de pilule ou à distance, lors d'une consultation tout venant. Cela pouvait entraîner un biais de mémorisation (biais de classement). En effet, les femmes qui remplissaient le questionnaire juste après le renouvellement de leur CO pouvaient être influencées par ce que le MG leur avait dit lors de la consultation. Or, ce même MG pouvait orienter sa consultation en fonction des réponses attendues dans le questionnaire relatif à la satisfaction de leur patiente en fin de consultation. Les femmes qui remplissaient le questionnaire juste après le renouvellement de leur CO ont donc complété le questionnaire avec leur niveau de connaissance immédiat et non pas avec leur niveau de connaissance globale, sous estimant leur insatisfaction et leur méconnaissance.

Enfin, il peut y avoir un biais de rappel (biais de confusion). En effet, notre étude traite du renouvellement de la CO chez le MG, la plupart des patientes prennent donc la pilule depuis longtemps. Les patientes ont donc pu oublier ce que leur médecin leur avait dit à la primo-prescription de leur CO, surestimant le nombre de patientes ne se sentant pas informées.

Questionnaire

Le questionnaire était le plus court possible, il tenait en une page et prenait seulement quelques minutes à remplir. Il pouvait être complété rapidement en fin de consultation. Néanmoins le nombre restreint de questions et la présence d'une seule question ouverte ont diminué la diversité et la précision des réponses.

Il n'y avait, volontairement, pas de proposition de réponse neutre dans le questionnaire afin d'inciter les patientes à prendre position.

Des précisions avaient été rajoutées à la suite de certaines questions pour qu'elles soient comprises par toutes.

La question numéro 14 portant sur la prescription d'une prise de sang lors de la consultation n'apparaissait pas pertinente sans avoir demandé au préalable si les patientes étaient sous CPP ou COC. Mais cela aurait allongé le questionnaire et n'était pas pertinent pour déterminer la satisfaction des patientes.

Validité externe

Population

L'intérêt de l'étude est de présenter des résultats sur la population consultant en médecine générale, et donc la population sur laquelle les MG peuvent agir.

Âge

La particularité de cette étude est qu'elle s'intéresse uniquement aux femmes majeures.

Dans la littérature, la plupart des articles concernent la contraception de l'adolescente et se concentrent souvent sur la période entre 15 à 19 ans. Ces études s'intéressent principalement à l'éducation à la sexualité afin de prévenir des IST ou une grossesse non désirée, à la première consultation pour contraception, à la vaccination contre le papillomavirus, à dépister la précarité, la maltraitance, à surveiller le poids, prévenir les troubles de l'alimentation, et, enfin, à inciter à l'activité physique régulière. Lors de la consultation pour la contraception, la confidentialité est de mise et l'accord parental n'est pas requis [24]. La HAS préconise même une prise en charge spécifique de l'adolescente [25].

Notre étude s'intéresse plus particulièrement aux âges où les plus grands changements de méthode de contraception sont observés. En effet, l'évolution dans l'utilisation des méthodes contraceptives varie beaucoup selon l'âge des femmes, sauf chez les femmes entre 15 et 19 ans et entre 45 et 49 ans. Or, 97,1% de notre population a entre 18 et 44 ans. De plus les principaux changements contraceptifs sont observés chez les 20-29 ans [13], or 154 femmes, soit 88,5% de notre population ont entre 18 et 34 ans.

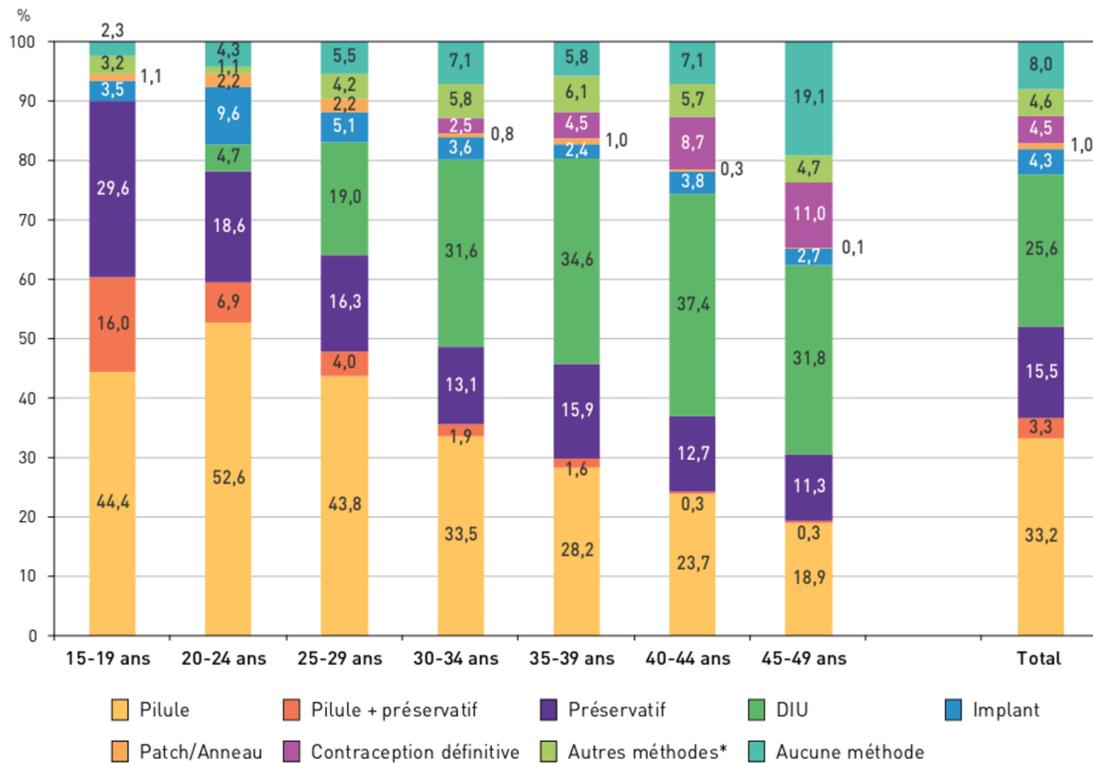
Pour ajuster les classes d'âge, nous nous sommes basés notamment sur les études Fécond 2013 [10] et Baromètre Santé 2016 [13].

La majorité des patientes de notre étude, soit 49,4% des femmes, avaient entre « 18- 24 ans », classe d'âge où, dans l'étude Fécond 2013 et Baromètre Santé 2016, plus de 50% des patientes concernées par la contraception utilisent la CO comme moyen de contraception. Cette classe d'âge correspond également à l'extension de la prise en charge à 100% de la contraception par la Sécurité Sociale. Cette mesure est prévue par la Loi de financement de la Sécurité Sociale depuis janvier 2022.

Dans la classe « 25-34 ans », la pilule reste le moyen de contraception le plus utilisé mais est inférieur à 50% dans l'étude Baromètre Santé 2016. Ce qui est cohérent également dans notre étude et est traduit par une diminution du nombre de patientes ayant répondu au questionnaire malgré un pourcentage qui reste important, soit 39,1% des femmes de notre étude.

À partir de 35 ans, la CO est détrônée par le DIU, qui devient le moyen contraceptif le plus utilisé [13]. De plus, après 35 ans, la COC est contre-indiquée chez la femme fumeuse ou avec des migraines, avec ou sans aura. La substitution par une méthode progestative seule ou par une autre contraception est recommandée [25]. Ceci est traduit par une diminution drastique du nombre de patientes interrogées dans notre étude. En effet, seulement 11,5% des femmes de notre étude ont plus de 35 ans et 8,6% d'entre elles appartiennent à la catégorie « 35-44 ans ». Enfin, dans la tranche d'âge « ≥ 45 ans », moins de 20% des femmes prennent la pilule dans l'étude Baromètre Santé 2016. Cela explique le faible nombre de femme appartenant à cette catégorie dans notre étude. En effet, seulement 5 femmes, soit 2,9% ont plus de 45 ans.

Notre étude est cohérente avec les études Fécond 2013 et Baromètre Santé 2016 car les jeunes femmes sont les plus représentées. Ce sont également celles qui sont le plus concernées par la pilule.



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

Figure 9 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge. Baromètre Santé 2016.

Parentalité

Contrairement à la CO, les femmes utilisent plus souvent le DIU ou l'implant lorsqu'elles ont déjà eu des enfants [13].

Selon l'étude Baromètre Santé 2016, 67,5% des femmes concernées par la contraception avaient déjà eu un ou des enfants [18]. Dans notre étude, 79,9% des patientes incluses ont déjà eu au moins un enfant.

Temps de prise de la CO

Nous nous sommes basés sur les recommandations relatives au suivi gynécologique d'après la HAS pour ajuster les bornes concernant la question relative à la durée de prise de la pilule [15]. Après la première prescription de CO, une consultation de suivi doit avoir lieu à 3 mois puis à 1 an. Notre étude traitant du renouvellement de la pilule, nous avons choisi une première borne « < 6 mois », permettant aux patientes d'avoir déjà bénéficié de cette première consultation de renouvellement.

Après 25 ans, deux FCU doivent être effectués à 1 an d'intervalle puis à 3 ans si les FCU étaient normaux. La deuxième borne « 6 mois- 3 ans » contient donc les 3 ans nécessaires à la réalisation d'un FCU si besoin.

Enfin, en cas de prise de COC, une prise de sang doit avoir lieu dans les 5 ans, durée comprise dans la troisième borne « 3 ans – 6 ans ».

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'études traitant du temps moyen de prise de la pilule chez ses utilisatrices. En revanche, bien que 80% des femmes ont déjà essayé de prendre une CO une fois dans leur vie, seule 36,5% l'utilisent quotidiennement, ce qui suggère que de nombreuses femmes l'ont essayé mais l'ont arrêté [26][13]. Les femmes ayant arrêté précocement la CO n'étaient pas prises en compte dans notre étude, car celle-ci traite du suivi et de la consultation de renouvellement de la CO. Il est donc logique que la majorité des femmes interrogées, soit 43,1%, prennent la pilule depuis plus de 6 ans et que la minorité d'entre elles, soit 10,3%, prennent la pilule depuis moins de 6 mois.

Suivi gynécologique

Dans l'étude Baromètre Santé 2016, il est décrit que les femmes de moins de 25 ans consultent plus volontiers un MG pour leur suivi gynécologique. Ce qui est également le cas pour les femmes de classes populaires ou résidant en zone rurale. Les femmes consultant conjointement un gynécologue ou une sage-femme, sont généralement celles ayant déjà eu un enfant [18].

Dans notre étude, 30,5% des femmes consultent uniquement leur MG pour leur suivi gynécologique. Celles consultant le gynécologue ou la sage-femme sont également celles ayant déjà eu un enfant ($p=0,020$). Par contre, nous n'avons pas mis en évidence de lien entre l'âge de la patiente et son suivi gynécologique ($p=0,126$). La classe sociale et le lieu d'habitation des patientes ne figuraient pas dans notre questionnaire afin qu'il soit le plus court possible.

Nous faisons l'hypothèse que les patientes ayant un suivi gynécologique uniquement par leur MG se sentent aussi bien informées que celles ayant un suivi gynécologique conjoint avec un gynécologue ou une sage-femme. En effet, il n'y a pas de lien significatif retrouvé dans notre étude entre le ressenti de l'information transmise et le praticien effectuant le suivi gynécologique (p compris entre 0,200 et 0,882 en fonction des différents items). Il y aurait donc un intérêt à effectuer une nouvelle étude pour confirmer cette hypothèse.

Comparaison de l'étude avec la littérature

Il ressort de notre étude un taux de satisfaction de 86,2%, ce qui semble assez élevé à première vue. Cependant, cette satisfaction est à nuancer, puisque la satisfaction complète n'est que de 35,1%. Dans la littérature, bien que certains articles abordent la satisfaction des femmes concernant leur prise de pilule, aucun article récent ne traite de leur satisfaction concernant la

consultation de renouvellement chez le MG.

En 2004, selon les données de l'enquête Cocon, 77% des femmes qui utilisent la pilule depuis moins d'un an déclarent être satisfaites de leur moyen de contraception alors que c'est le cas de 89% de celles qui utilisent la pilule depuis plus de 5 ans. Dans cette étude, il existe un lien significatif entre la durée d'utilisation de la CO et la satisfaction globale, ce qui n'était pas le cas dans notre étude ($p=0,250$) [27]. Cela peut être expliqué par l'absence de lien véritable entre ces deux variables ou par manque de puissance de notre étude car peu de patientes appartiennent à la catégorie « < 6 mois ».

D'après les résultats de l'étude Kantar Health de 2015, les notes de satisfaction de la pilule varient entre 7,7 et 8,3 sur 10 chez les utilisatrices. Cette étude met en évidence que les autres moyens de contraceptions tel que les DIU, l'anneau vaginal et le dispositif transdermique ont des notes de satisfaction plus élevés que la CO. Cela est principalement expliqué par les préoccupations et l'incertitude que la pilule occasionne en cas d'oubli ou de retard. La contrainte d'une prise quotidienne est également évoquée [22]. Dans notre étude, près de 40% des patientes ne se sentent pas informées sur la conduite à tenir en cas d'oubli ni sur la consultation d'urgence.

Dans l'étude Ipsos de 2015 concernant la satisfaction des jeunes de 20 à 35 ans de leur méthode de contraception, le taux de satisfaction est de 74% mais 75% des femmes sont ouvertes au changement. Dans cette même étude, 22% des femmes de 20 à 35 ans ne connaissent pas d'alternative à leur contraception [28]. Ce qui semble cohérent avec notre étude car dans la tranche d'âge « 18-24 ans », 22,4% des femmes ne se sentent pas suffisamment informées sur les alternatives, tandis qu'elles représentent 15,5% des femmes dans la tranche d'âge « 25-34 ans ». Lorsque l'on considère les patientes tout âge confondu, 40,2% des patientes de notre étude ne se sentent pas informées des alternatives.

Dans l'étude Ifop de 2018, la pilule n'a de satisfaction complète que chez 44% de ses utilisatrices. Ce qui la place également derrière le DIU et l'implant. Cette relative insatisfaction est expliquée dans un premier temps par la contrainte de la prise de CO, puis du risque d'effets indésirables dans un second temps. Dans notre étude, la contrainte quotidienne n'est pas évoquée dans les remarques alors que les risques liés à l'utilisation est l'item pour lequel les patientes se sentent le moins informées, soit 47,7% des femmes. Les risques et les EI sont également évoqués à plusieurs reprises dans les remarques. Dans l'étude Ifop de 2018, les femmes les plus complètement satisfaites sont les plus âgées (plus de 45 ans) et les moins satisfaites appartiennent à la catégorie « 20-29 ans » [26]. Ce constat est également compatible avec notre étude car même si aucun lien significatif n'a été mis en évidence entre l'âge et la satisfaction ($p=0,638$), 60% des femmes de « ≥ 45 ans » sont « très satisfaites » et 100% sont

« globalement satisfaites ». Tandis que les femmes de « 18-24 ans » et « 25-35 ans », correspondent respectivement à 45,8% et 50,0% du taux d'insatisfaction (Tableau 2). L'absence de lien mis en évidence est peut-être dû à un manque de puissance car l'effectif concernant la classe d'âge « ≥ 45 ans » est relativement faible.

Étant donné que ces études sont réalisées chez des femmes étant déjà sous CO, on s'attend à un taux de satisfaction élevée. On retrouve donc, sans surprise, une majorité de femmes globalement satisfaites, que ce soit pour la consultation de renouvellement ou pour le moyen de contraception en tant que tel. Nous faisons l'hypothèse que le taux de satisfaction globale légèrement plus élevé observé dans notre étude est expliqué par le fait que celle-ci traite du renouvellement avec un suivi chez le MG.

Paradoxalement, si les femmes sont généralement satisfaites de la CO, il n'en demeure pas moins que le taux de satisfaction complète reste bas, probablement en partie dû à la contrainte de la prise quotidienne (non explorée dans notre étude), mais aussi au manque d'information notamment sur les alternatives à la CO ou au sentiment d'inquiétude quant aux risques liés à l'utilisation de pilule ou lors d'un oubli de pilule.

Les échecs de la CO sont fréquents et peuvent amener la patiente à prendre une contraception d'urgence (13,9% des femmes sous CO ont eu recours à la contraception d'urgence selon Baromètre Santé 2016) ou à pratiquer une IVG. Le fait de se sentir bien informée permet une meilleure observance, or l'observance conditionne l'efficacité de la CO.

Perspectives / significativité clinique

Divergence d'avis sur l'intérêt de la consultation médicale pour le renouvellement de la CO

La consultation dite de renouvellement d'ordonnance est le motif le plus fréquent en MG. Pour 69,7% des patients cette consultation est aussi importante qu'une autre consultation. Les patients en attendent principalement une réévaluation de l'ordonnance et l'obtention d'information [29]. Or dans les remarques de notre étude, une patiente mentionnait qu'elle renouvelait sa CO sans voir le MG. On peut alors se questionner sur l'intérêt de la consultation pour le renouvellement de la CO.

La pilule est un traitement qui doit faire l'objet d'une prescription médicale. La médicalisation de la contraception a des avantages et des inconvénients.

D'un côté, cela permet au MG de vérifier les contre-indications et les différentes indications à la CO. En effet, la COC peut être indiquée pour réduire les symptômes d'hyper androgénie dans

le syndrome des ovaires polykystiques, la COC ou la CPP peuvent également être utilisées pour supprimer les règles douloureuses dans les cas d'endométriose [30], une COC à base de drospirénone et d'œstrogène semble atténuer les syndromes prémenstruel et le syndrome de trouble dysphorique prémenstruel [31]... La pilule a donc d'autres facettes que celle du contrôle des naissances. La médicalisation permet également une consultation pour informer et prévenir les effets secondaires liés à ce médicament selon les recommandations de la HAS [14]. Elle permet, enfin, le remboursement par la sécurité sociale de la CO, à hauteur de 100% pour les femmes jusqu'à 25 ans et à 65% au-delà. Le remboursement à 100% de la pilule du lendemain pour toutes les femmes et à tout âge fait partie du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2023. Cela a pour but de diminuer les disparités et de rendre la contraception accessible à toutes.

Cependant, pour de nombreux auteurs, la médicalisation de la contraception a induit une « norme contraceptive » avec le recours aux préservatifs en début de vie sexuelle, puis le passage à la pilule, et enfin, au DIU après avoir eu des enfants. Cette « norme contraceptive » entrave donc le choix d'une contraception adaptée et personnalisée [2]. Enfin, la contraception permet aux MG d'aborder la santé sexuelle, mais les médecins abordent peu la sexualité dans sa globalité et celle-ci devient parfois synonyme de sexualité à risque où ne sont abordés que la prévention des risques et le dépistage [32].

Pilule, vers une féminisation de la contraception ?

La médicalisation de la contraception et plus précisément la CO a également induit une féminisation de la contraception. La place du couple est délaissée au profit d'une responsabilité quasiment exclusivement féminine [2].

Dans notre étude, la question du couple et le partage de la responsabilité de la contraception n'ont jamais été abordés dans les remarques libres en fin de questionnaire. En revanche, le manque d'information relatives aux alternatives contraceptives masculine a été évoqué. En effet, les moyens de contraceptions masculins sont moins développés que les moyens mis à disposition des femmes. Actuellement, les préservatifs et la vasectomie sont reconnus en France. Des essais sont en cours pour que l'homme puisse partager la charge de la contraception médicalisée avec la femme bien que certaines femmes interrogées sur le sujet ont indiqué craindre un oubli de leur part et avoir peur d'une grossesse [20]. Pourtant la contraception masculine existe et peut être utilisée en alternance avec la contraception féminine pour permettre un partage des responsabilités et des risques [33]. Comme dit précédemment, la HAS recommande l'implication du partenaire au cours des consultations pour la contraception [14]. Les prescripteurs ont donc un rôle important pour inclure le partenaire afin d'appréhender une contraception de couple et aborder ainsi la sexualité autrement qu'un traitement médical [34].

Informations provenant de sources fiables

Dans l'étude Ipsos de 2015, pour choisir leur contraception les femmes étaient influencées pour 61% d'entre elles par leur gynécologue et pour 35% d'entre elle par le MG. Bien que la majorité soit donc influencée par un médecin, 31% des femmes étaient influencées par leur mère, 15% par leurs amies et 14% par les médias et internet [28]. Les sources d'informations sont donc nombreuses et pas toujours fiables.

Plusieurs campagnes de prévention ont été mises en place comme celle notamment par le Ministère des Solidarités et de la Santé et de Santé publique France avec la création de sites de référence et d'information (onsexprime.fr ou questionsexualite.fr). Des supports d'information ont été mis à disposition des MG et des patientes comme des affiches en salle d'attente pour sensibiliser aux alternatives contraceptives. Des cartes, mises à disposition par le Ministère chargé de la Santé et l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), ayant comme thématique « Que faire en cas d'oubli ? » sont disponibles en version papier ou informatique afin de faciliter au MG l'explication des démarches à suivre en cas d'oubli de CO. En plus des supports visuels tel que les sites web ou les campagnes d'information, depuis 2018, les étudiants en santé par le biais du service sanitaire informent les jeunes sur la santé et notamment la santé sexuelle [35].

L'information relative à la contraception provient donc de multiples sources dont la presse généraliste. Cela peut être source de confusion et affecter le lien de confiance entre le médecin et la patiente.

Des études ont été menées afin de savoir si le conseil intensif par rapport aux consultations habituelles de routine avait un intérêt sur l'observance et la poursuite de la CO. Une revue de littérature mondiale met en avant l'absence de niveau de preuve suffisant. Le conseil intensif et les rappels n'améliorent pas significativement l'observance de la contraception [36]. Il s'agit donc de bien informer les patientes lors de leur consultation de renouvellement.

Place du médecin généraliste avec les autres moyens de contraception

Notre étude portait sur le renouvellement de CO chez le MG. Ce qui est légitime car la CO est la contraception la plus prescrite par les MG (Figure 10). On note toutefois que les prescriptions contraceptives varient selon la spécialité des professionnels de santé consultés [18].

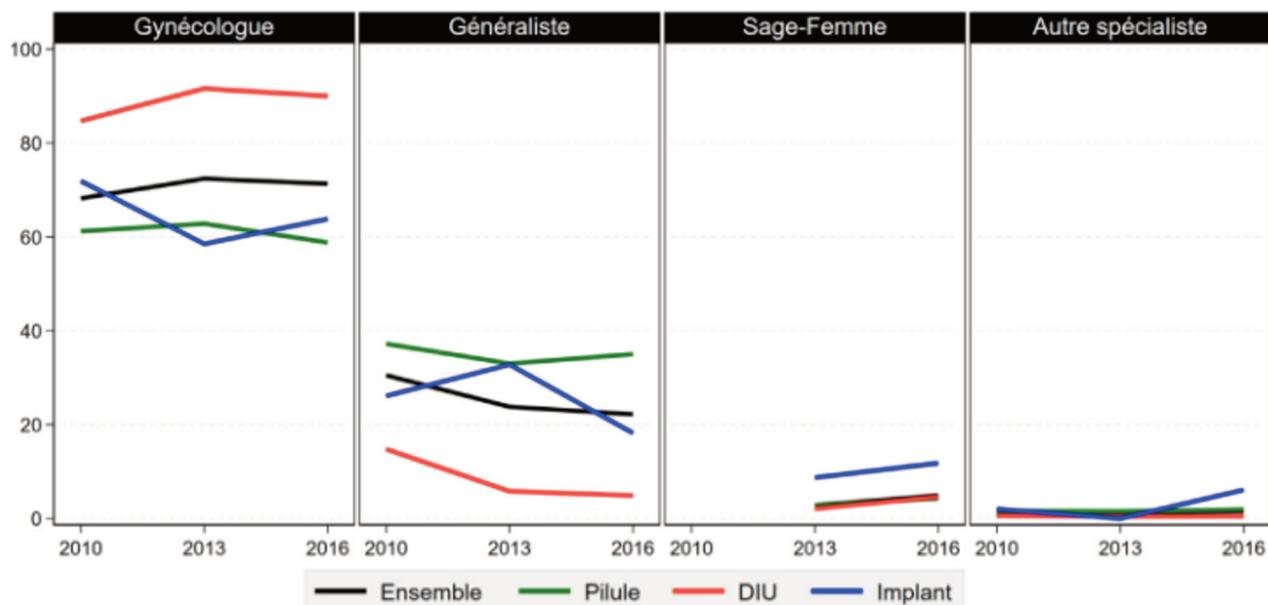


Figure 10 : Évolution de la répartition des méthodes de contraception prescrites selon la spécialité des professionnelles de santé les ayant délivrées.
 Lecture : en 2016, sur 100 femmes utilisant la pilule, 59 se l'étaient fait prescrire par un gynécologue, 35 par un généraliste, 4 par une sage-femme et 2 par un autre spécialiste.
 Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 68 (2020)

En 2019, dans le cadre de la prescription d'une contraception, les MG prescrivent une CO dans 97 % des cas. Seulement 2% des MG sont prescripteurs de LARC contre 21,2% des sages-femmes [37]. Après la « crise des pilules », le choix de certaines femmes d'utiliser un DIU les ont conduites à changer de prescripteurs [18]. Ainsi les femmes consultent de plus en plus un gynécologue ou une sage-femme. Or le nombre de gynécologue travaillant en libéral ne cesse de diminuer et de plus en plus de dépassement d'honoraire sont appliqués [38][39]. Faisant craindre des inégalités sociales et territoriales à venir.

Cela soulève plusieurs hypothèses, le MG prescrit-il plus facilement des CO par habitude et par « norme contraceptive » ou n'est-il pas à l'aise avec les autres moyens de contraception type LARC par manque d'information ou de formation ?

Aux États-Unis, l'étude CHOICE réalisée en 2010 auprès de femmes de moins de 20 ans, montre qu'après une explication claire et détaillée des alternatives contraceptives, près de deux tiers des patientes optaient pour une LARC, dont 56% un DIU [40]. En Australie, l'étude ACCORD réalisée par des MG démontre que les LARC hormonales (LARC hors DIU au cuivre), ont un meilleur taux de continuation et de satisfaction comparé à la CO. Or les LARC hormonales ont une efficacité supérieures au CO [41].

Le paysage contraceptif évolue en France depuis quelques années. Dans les autres pays, les LARC sont mises en avant et privilégiées dès l'adolescence. Ces méthodes sont peu prescrites par les MG en France, les premières études laissent à penser que les principaux freins à l'utilisation des LARC par les MG sont le manque de formation et de pratique [42].

Conclusion

Dans notre étude, les femmes renouvelant leur contraception orale chez le médecin généraliste sont globalement satisfaites de leur consultation quoique majoritairement uniquement « plutôt satisfaites ». Des pistes d'amélioration sont donc envisageables.

Bien que la pilule soit toujours indétrônable du 1^e rang de la contraception la plus utilisée en France, son utilisation tend à diminuer, notamment depuis la « crise de la pilule » de 2012. La CO était considérée à l'époque comme étant la « norme contraceptive » autant dans l'esprit des médecins que des patientes. Pourtant la pilule est un médicament et ne convient pas à toutes les femmes que ce soit par contre-indication médicale ou par préférence d'une alternative contraceptive par la patiente. La prise d'une CO est donc une décision partagée entre médecin et patiente/couple.

Le MG a donc un rôle de **prescripteur** avec nécessité de fournir une information claire et adaptée en abordant des sujets recommandés par la HAS comme notamment la prise correcte de la pilule, les risques liés à la pilule ou la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.

Le rôle du MG est également d'être **disponible** et à **l'écoute** pour le **suivi** de la patiente et du couple si nécessaire. De nombreuses patientes déclarent dans notre étude le manque d'information quant aux alternatives contraceptives et le manque de réévaluation de leur méthode contraceptive par leur MG. Le temps de la consultation doit être adapté pour que chacune puisse poser toutes les questions et se sentir libre d'aborder tous les sujets avec leur MG.

La réévaluation de la méthode de contraception, un temps de consultation adapté, se sentir libre de s'exprimer avec son MG et se sentir informée correctement, tous ces éléments conditionnent la satisfaction des femmes envers le médecin généraliste dans le cadre d'une consultation de renouvellement de contraception par voie orale.

Bibliographie

1. Santé publique France; ANSM. Contraception : où en sommes-nous ? Commun Presse [Internet]. 25 sept 2021; Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/contraception-ou-en-sommes-nous>
2. Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C, Ventola C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. *Popul Sociétés*. 2017;549(10):1-4.
3. ANSM. Répertoire des Spécialités Pharmaceutiques - MIRENA [Internet]. <http://agence-prd.ansm.sante.fr/>. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/extrait.php?specid=66349230>
4. ANSM. Répertoire des Spécialités Pharmaceutiques - NEXPLANON [Internet]. <http://agence-prd.ansm.sante.fr/>. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/extrait.php?specid=66845924>
5. ANSM. Répertoire des Spécialités Pharmaceutiques - EVRA [Internet]. <http://agence-prd.ansm.sante.fr/>. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/extrait.php?specid=69729088>
6. ANSM. Répertoire des Spécialités Pharmaceutiques - NUVARING [Internet]. <http://agence-prd.ansm.sante.fr/>. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/extrait.php?specid=62148867>
7. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
8. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), Agence de sécurité sanitaire des produits de santé, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), Institut national de prévention et d'éducation en santé (IPES). Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme - Recommandations pour la pratique clinique. 2004;p15.
9. Haute Autorité de Santé (HAS). Avis de la Commission Nationale d'Évaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé (CNEDiMTS) – EDEN. [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2886054/fr/eden
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 Sociétés Ined Ed*. 2014;511(5):1-4.

11. Sandrine Cabut, Pascale Krémer et Pascale Santi. Alerte sur la pilule de 3e et 4e génération. Le Monde.fr [Internet]. 14 déc 2012; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sante/article/2012/12/14/alerte-sur-la-pilule-de-3e-et-4e-generation_1806520_1651302.html
12. Arrêté du 28 février 2013 portant radiation de spécialités pharmaceutiques de la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale. mars 6, 2013 p. Texte n° 26.
13. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016 Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Santé Publique Fr. 2017;8 p.
14. Haute Autorité de Santé (HAS). Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
15. Haute Autorité de Santé (HAS). Contraception : consultation initiale et de suivi [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3122291/fr/contraception-consultations-initiale-et-de-suivi
16. S.Bayen , J.Zaoui , J.Delgrange , N.Messaadi. Vous pouvez rajouter ma pilule, docteur ? Exercer. juin 2018;N° 144.
17. Meniere R. De la connaissance du bon usage de la contraception: apport de l'étude nationale Epilule 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale [Reproduction de]. [France]: Université de Nancy I. Faculté de médecine; 2004.
18. Le Guen M, Agius R, Panjo H, Moreau C, groupe Baromètre Santé 2016. The French « pill scare »: Did women go to a gynecologist more often to have an easier access to the IUD? Rev Epidemiol Sante Publique. nov 2020;68(6):347-55.
19. C. Duquesne, J. Vallée. « J'arrête la pilule » : que répond la science ? Exercer. mai 2019;153:217-27.
20. Debusquat S. J'arrête la pilule. les liens qui libèrent; 2017. 241 p.
21. P Marie, S. Champollion, R. Ourabah. Que font les patientes lorsqu'elles oublient leur pilule ? Exercer. 2008;19(80):13-6.
22. André G, Descamps P, Jamin C, Loiseau MAK, Linet T, Solignac C. Histoire et vécu contraceptifs des femmes de 18 à 40 ans en 2015. avr 2016;(N° 401):41-4.
23. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Planification familiale/Contraception [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
24. Pienkowski C, Cartault A. Contraception for adolescent : CNGOF Contraception guidelines. Gynecol Obstet Fertil Senol. déc 2018;46(12):858-64.

25. Haute Autorité de Santé (HAS). Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg
26. Kraus F, Cébille P. Contraception : pourquoi les femmes délaissent la pilule ? [Internet]. IFOP. [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/contraception-pourquoi-les-femmes-delaissent-la-pilule/>
27. Bajos N, Oustry P, Leridon H, Bouyer J, Job-Spira N, Hassoun D, Cocon équipe. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. *Population*. 2004;59(3-4):479-502.
28. IPSOS. Les jeunes femmes sont-elles ouvertes au changement ? [Internet]. 2015 [cité 9 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-jeunes-femmes-sont-elles-ouvertes-au-changement>
29. Siproudhis J, Chapron A, Allory E, Fiquet L, Dauguet S, Oger E. Consultation de renouvellement d'ordonnance en médecine générale : qu'en attendent les patients ? *Thérapies*. 1 déc 2016;71(6):579-87.
30. Derouich S, Attia L, Olfia S, Bouzid A, Mathlouthi N, Ben Temime R, Makhoulouf T. Medical treatment of endometriosis. *Tunis Med*. 1 juill 2015;93:407-12.
31. Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(2):Art. No.: CD006586.
32. Koechlin A. La consultation gynécologique, une instance paradoxale dans la socialisation des jeunes femmes à la sexualité. *Terrains Trav*. 2022;40(1):21-42.
33. <https://www.contraceptionmasculine.fr/> [Internet]. [cité 10 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.contraceptionmasculine.fr/>
34. Ventola C. Prescrire un contraceptif: le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. *Genre Sex Société* [Internet]. déc 2014;(12). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/gss/3215>
35. Etudes de santé : un service sanitaire de six semaines à la rentrée 2018 [Internet]. enseignementsup-recherche.gouv.fr. [cité 9 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/etudes-de-sante-un-service-sanitaire-de-six-semaines-la-rentree-2018-49214>
36. Mack N, Crawford TJ, Guise JM, Chen M, Grey TW, Feldblum PJ, Stockton LL, Gallo MF. Strategies to improve adherence and continuation of shorter-term hormonal methods of contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;(4):Art. No.: CD004317.
37. Donval L, Oufkir N, Bondu D, Daoud E, Dumas E, Reyat F, Hamy AS. Evolution of contraceptive practices in France: An overview from 2014 to 2019. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. août 2022;50(7-8):535-41.

38. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, Legendre B, Dixte C, Barlet M. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;74.
39. Batifoulier P. Prix, marché et liberté tarifaire en médecine - ProQuest. Edition ESKA. sept 2011;204-215.
40. Mestad R, Secura G, Allsworth JE, Madden T, Zhao Q, Peipert JF. Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception*. 1 nov 2011;84(5):493-8.
41. Black KI, McGeechan K, Watson CJ, Lucke J, Taft A, McNamee K, Haas M, Peipert JF, Mazza D. Women's satisfaction with and ongoing use of hormonal long-acting methods compared to the oral contraceptive pill: Findings from an Australian general practice cluster randomised trial (ACCORD). *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. juin 2021;61(3):448-53.
42. Reynaud M. État des lieux sur la pratique (prescriptive et de pose) des médecins généralistes et des sages-femmes libéraux de Normandie concernant les moyens de contraception réversibles à longue durée d'action : étude comparative. 4 mai 2022;54.

Annexes

Annexe 1 : questionnaire patient

Satisfaction et attentes des patientes lors de la consultation de renouvellement de leur pilule contraceptive par le médecin généraliste

Bonjour, je suis Louise DARROUSEZ, étudiante en 9ème année. Dans le cadre de ma thèse, si vous le souhaitez, je vous propose de répondre à un questionnaire. Pour y répondre, vous devez être majeure et renouveler votre pilule chez votre médecin traitant. Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 5 minutes seulement ! Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification. Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse. Ce questionnaire fait l'objet d'une déclaration au registre des traitements de l'Université de Lille (N°2022-087). Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr ou formuler une réclamation auprès de la CNIL. Merci à vous!

1. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?	18- 24 ans	25 - 34 ans	35 - 44 ans	≥ 45 ans
2. Avez-vous déjà eu des enfants ?	Non		Oui	
3. Depuis quand prenez-vous la pilule ?	< 6 mois	6 mois-3 ans	3 ans-6 ans	> 6 ans
4. Lorsque vous renouvelez votre pilule, en général, il s'agit d'une consultation :	dédiée uniquement à ce renouvellement		avec d'autres motifs	
5. Concernant le temps dédié à ce motif en consultation vous le trouvez :	Trop long	Adapté	Trop court	
6. Concernant votre suivi gynécologique (examen clinique: tension artérielle, examen des seins, poids... et si nécessaire frottis > 25 ans) :	Suivi réalisé uniquement par le médecin traitant		Suivi conjoint avec gynécologue / sage femme	
Au cours des différentes consultations pour le renouvellement de votre pilule, vous trouvez-vous suffisamment informée à propos:				
7. Des alternatives contraceptives à la pilule ? (Patch, implant, stérilet, anneaux contraceptifs...)	Tout à fait informée	Plutôt informée	Plutôt pas informée	Pas informée du tout
8. De la prise correcte de la pilule ?	Tout à fait informée	Plutôt informée	Plutôt pas informée	Pas informée du tout
9. Des risques liés à l'utilisation de la pilule ? (tabac/pilule, thrombose, effets indésirables...)	Tout à fait informée	Plutôt informée	Plutôt pas informée	Pas informée du tout
10. Des différentes maladies/infections sexuellement transmissibles ?	Tout à fait informée	Plutôt informée	Plutôt pas informée	Pas informée du tout
11. De la procédure à suivre en cas d'oubli de pilule ? (quand prendre le prochain comprimé, combien de temps se protéger...)	Tout à fait informée	Plutôt informée	Plutôt pas informée	Pas informée du tout
12. De la contraception d'urgence / pilule du lendemain ?	Tout à fait informée	Plutôt informée	Plutôt pas informée	Pas informée du tout
Depuis la prescription de votre pilule par votre médecin généraliste :				
13. Votre méthode de contraception est-elle réévaluée régulièrement ?	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
14. Une prise de sang vous a-t-elle déjà été prescrite ?	Oui		Non	
15. Diriez-vous que vous n'osez pas aborder certains sujets avec votre médecin généraliste ?	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
16. Concernant votre consultation pour le renouvellement de votre pilule vous diriez-vous :	Très satisfaite	Plutôt satisfaite	Plutôt insatisfaite	Très insatisfaite
Auriez-vous d'autres attentes non abordées dans ce présent questionnaire ou d'éventuelles remarques ?				

Merci de votre précieuse collaboration pour la réalisation de cette thèse.

Louise DARROUSEZ (louise.darrousez.etu@univ-lille.fr).

Annexe 2 : déclaration CNIL



RÉCÉPISSÉ DE DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

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

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. 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	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 : Satisfaction et attentes des femmes envers leur médecin généraliste dans le cadre d'une consultation de renouvellement de contraception par voie orale.
Référence Registre DPO : 2022-087
Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : Mme. Louise DARROUSEZ

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 4 Mars 2022

Délégué à la Protection des Données

AUTEURE : Nom : DARROUSEZ

Prénom : Louise

Date de Soutenance : 07/12/2022 à 16h00

Titre de la Thèse : Satisfaction et attentes des femmes envers le médecin généraliste dans le cadre d'une consultation de renouvellement de contraception par voie orale.

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : Contraceptifs oraux, consultation médicale, ordonnance médicamenteuse, comportement contraceptif, médecins généralistes.

Résumé :

Contexte : La contraception orale (CO) est la contraception la plus utilisée en France depuis son autorisation. C'est également la contraception la plus prescrite par les médecins généralistes (MG). Pourtant, depuis l'émergence de nouvelles méthodes de contraception et la « crise de la pilule » en 2012, sa popularité décroît progressivement et les patientes se tournent de plus en plus vers un gynécologue ou une sage-femme pour leur contraception. Les objectifs de l'étude sont d'évaluer la satisfaction des patientes concernant leur renouvellement de CO chez le MG et de mieux comprendre leurs attentes.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude quantitative descriptive basée sur la réponse à un auto-questionnaire pour patiente anonymisée et consentante. Les patientes ont été interrogées dans le Nord-Pas-de-Calais de mars 2022 à août 2022. Seules les patientes majeures, sous CO et qui renouvellent habituellement leur CO chez le MG ont été incluses.

Résultats : Au total, 174 patientes ont été incluses dans notre étude. Bien que 150 patientes (86,2%) soient satisfaites de leur consultation de renouvellement de leur CO chez le MG, seulement 61 patientes (35,1%) sont très satisfaites. Cette insatisfaction relative est dû au fait que leur méthode n'est pas suffisamment réévaluée (52,5%), qu'elles ne se sentent pas suffisamment informées sur les risques (47,7%), la contraception d'urgence (43,7%), la procédure à suivre en cas d'oubli de pilule (41,4%) ou les alternatives à la CO (40,2%), que le temps de consultation est inadapté (30%) et enfin, que les patientes ne se sentent pas assez libres d'aborder certains sujets avec leur MG (40%).

Conclusion : Les MG a un rôle de prescripteur. Il se doit d'informer les patientes à chaque renouvellement d'ordonnance, en tenant compte de leur avis et des indications ou contre-indications à la CO. Il a également un rôle dans le suivi de la contraception. En effet, la réévaluation de la méthode contraceptive est trop peu présente pour les patientes or elle a un lien direct avec la satisfaction des patientes et leur liberté d'expression avec le MG.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseur : Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Nathalie DHALENNE