



HAL
open science

Répercussions de la polémique incriminant les COC de troisième et quatrième génération, chez les femmes âgées de 18 à 25 ans

Marine Dijoux

► To cite this version:

Marine Dijoux. Répercussions de la polémique incriminant les COC de troisième et quatrième génération, chez les femmes âgées de 18 à 25 ans. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01228035

HAL Id: dumas-01228035

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01228035>

Submitted on 12 Nov 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

Marine DIJOUX

En vue de l'obtention du **Diplôme d'État de sage-femme**

**Répercussions de la polémique incriminant les COC de
troisième et quatrième génération, chez les femmes
âgées de 18 à 25 ans**

Soutenu le : 2 Juillet 2015

JURY

Madame Sophie Prudhomme, Sage-femme enseignante, Département de maïeutique,
UVSQ (Directeur de mémoire)

Madame Marie Bourdillon, Sage-femme enseignante, Département de maïeutique,
UVSQ (Jury expert)

Numéro national d'étudiant : 21108476

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements à l'équipe pédagogique du département maïeutique de l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, qui m'a fourni les outils nécessaires à la réussite de mes études universitaires.

Je remercie ma directrice de mémoire, Sophie Prudhomme, pour son expérience, ses encouragements et sa disponibilité qui m'ont été d'une aide précieuse.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers ma famille ainsi qu'à Rémi Labeyrie pour leur réconfort et leur confiance tout le long de cette formation.

Enfin, je tiens à témoigner ma gratitude à Gaëlle Bettus-Gimeno pour son soutien tout le long de la réalisation de ce travail.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS.....	III
TABLE DES MATIERES.....	IV
LISTE DES TABLEAUX.....	V
LISTE DES FIGURES	VI
LISTE DES ANNEXES	VII
REPERCUSSIONS DE LA POLEMIQUE INCRIMINANT LES COC DE TROISIEME ET QUATRIEME GENERATION, CHEZ LES FEMMES AGEES DE 18 A 25 ANS	VIII
EFFECTS OF THE CONTROVERSY ABOUT COMBINED ORAL CONTRACEPTIVES (COC) OF THIRD AND FOURTH GENERATION ON WOMEN AGED 18-25.....	IX
1. INTRODUCTION	1
2. ÉTUDE ET RESULTATS.....	18
3. DISCUSSION	38
CONCLUSION.....	50
BIBLIOGRAPHIE	52



Liste des tableaux

Tableau 1 : Conduites contraceptives après la polémique	29
Tableau 2 : Contexte propice à la survenue d'une grossesse sous contraceptif	34
Tableau 3: Interrogatoire sur la vision de la contraception	34
Tableau 4 : Comparaison de la population d'étude avec la population nationale (n =240)	38
Tableau 5 : Comparaison du modèle contraceptif avant et après la polémique	44

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des participantes en fonction de leur âge	21
Figure 2 : Répartition des participantes en fonction de leur profession	22
Figure 3 : Méthodes contraceptives utilisées avant la polémique chez les femmes (tout âge confondu) n = 188	23
Figure 4 : Méthodes contraceptives utilisées avant la polémique en fonction de l'âge (n =188)	24
Figure 5 : Initiateur de l'information sur la polémique (n=240).....	25
Figure 6 : Contenu de la polémique sur les contraceptifs selon les participantes (n= 240)	26
Figure 7 : Source d'informations sur les méthodes contraceptives (n= 108, question à choix multiples).....	27
Figure 8 : Motif de l'absence de nécessité de complément d'informations sur la contraception (n=132).....	28
Figure 9 : Motif d'arrêt de toute contraception après la polémique (n=12, question à choix multiples).....	29
Figure 10 : Motif de changement de contraception après la polémique (n= 69)	30
Figure 11 : Méthodes contraceptives choisies après la polémique pour les participantes ayant voulu changer de contraception (n = 69)	31
Figure 12 : Méthodes contraceptives utilisées actuellement, tout âge confondu (n=199)	32
Figure 13 : Méthodes contraceptives utilisées au moment de l'étude, en fonction de l'âge (n=199).....	33
Figure 14 : Motif de la désaffection envers la contraception (n=93)	35
Figure 15 : Motif d'affection envers la contraception (n= 144)	36



Liste des annexes

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE	58
---------------------------------------	-----------



Répercussions de la polémique incriminant les COC de troisième et quatrième génération, chez les femmes âgées de 18 à 25 ans

Objectifs

En décembre 2012, un débat médiatique a eu lieu, à propos du risque de thrombose veineuse profonde associée aux pilules œstroprogestatives de troisième et quatrième génération. Les médias ont tous pris part à ce sujet : chacun donnant son avis, parfois favorisant la peur face à ce type de méthode contraceptive. L'objectif de la présente étude ciblant les femmes jeunes était donc d'établir un état des lieux des pratiques contraceptives deux ans après la polémique sur les pilules, et de déterminer le regard actuel de ces jeunes femmes sur la contraception.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive transversale qui a été menée de Novembre 2014 à Janvier 2015. Le questionnaire a été proposé aux jeunes femmes de 18 à 25 ans, ayant déjà pris une contraception. Un pré-test a été réalisé en Octobre 2014.

Résultats

La majorité des femmes (82,9%) déclarent avoir entendu parler de la polémique sur les contraceptifs et ont à 44,6% été mises au courant par les médias mais 59,2 % d'entre elles ont mal compris le contenu de la polémique. Après la polémique, 56,9% des femmes ont gardé leur contraception. Parmi les 36,7% des femmes qui ont changé de contraception, 69,6 % utilisaient une pilule de troisième ou quatrième génération et 7,2 % des femmes qui ont changé ont pris une pilule de troisième ou quatrième génération, par la suite. Actuellement, l'usage de la pilule reste prédominant avec des COC de première ou deuxième génération.



Mots-clés : Contraception, risque thromboembolique, débat médiatique, pilules de troisième et quatrième génération



Effects of the controversy about Combined Oral Contraceptives (COC) of third and fourth generation on women aged 18-25

Objectives

In December 2012, a mediatic outburst happened, about deep venous thrombosis risks associated with third and fourth generation oestroprogestative COCs. All medias intervened on the subject: each stating their opinion, sometimes cultivating fears towards this kind of contraceptive methods. The objective of this study targeting young women was to report on the state of contraceptive practices two years after the controversy about COCs, and to reveal the current apprehension of these young women of contraception.

Methods

It is a descriptive cross-sectional study operated from November 2014 to January 2015. The questionnaire was presented to young women aged 18 to 25, having already used contraception. A pre-test was done in October 2014.

Results and conclusion

The majority of women (82.9%) claimed to have heard about the controversy about COCs, 44.6 % of them having first heard of it through media. However, 59.2 % seem to have misunderstood the essence of the controversy. After the controversy, 56.9 % of women kept their contraceptive method. Among the 36.7 % of women who changed their methods, 69.6 % were using third or fourth generation COCs and 7.2 % before, and only 7.2 % switched to third or fourth generation COCs. Currently, the use of COCs is still predominant, mainly through first and second generation COCs.



Keywords: Contraception, venous thrombosis, controversy, Combined Oral Contraceptives

1. Introduction

La société a toujours eu un impact dans l'histoire de la contraception et son usage au fil du temps. L'emballement médiatique autour de la pilule en Décembre 2012 a conduit à une réaction sociétale importante. Les médias ont tous pris part à ce sujet : chacun donnant son avis, parfois favorisant la peur face à ce type de méthode contraceptive. Malgré les recommandations qui ont été faites par l'haute autorité de santé (HAS) [1,2,3,4,5,6,7,8] et les informations données par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)[9], de fausses croyances ont pu se répandre sur la contraception.

En France, malgré une stabilité générale du nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG), une augmentation de cette intervention est observée chez les moins de 25 ans.[10,11] Face à cette situation, il paraît légitime de se questionner sur l'impact que la polémique des contraceptifs oraux combinés (COC) a pu avoir auprès de cette tranche de population.

Nous avons donc voulu répondre à la problématique suivante : « La polémique concernant les COC de troisième et quatrième génération a-t-elle conduit les femmes de 18 à 25 ans à une méfiance face aux contraceptifs oestroprogestatifs, entraînant alors des modifications de pratique contraceptive chez ces jeunes femmes auprès de qui l'influence des médias est plus présente ? »

Ce travail est le fruit de cette réflexion. Après avoir, dans un premier temps, exposé le contexte contraceptif français, nous exposerons dans un deuxième temps, les résultats de l'étude que nous analyserons dans la dernière partie.

1.1 Description des moyens contraceptifs œstroprogestatifs

1.1.1 Rappels historiques

1.1.1.1 Les moyens contraceptifs avant la découverte de la pilule

Trouver une méthode contraceptive n'est pas un objectif nouveau. Dans le monde antique, les mésopotamiens, les égyptiens, les araméens et les grecs ont trouvés des moyens contraceptifs à la hauteur du savoir de leur société savante.

Chez les mésopotamiens, les femmes introduisaient des pierres arrondies au fond du vagin. Pour les araméennes, c'était une éponge qu'elles y introduisaient. [12]

En Égypte ancienne, plusieurs méthodes sont proposées. Le premier préservatif réalisé à base d'intestins de petits animaux y est confectionné. Il peut donc être proposé comme méthode contraceptive mais cela donne toute la responsabilité contraceptive aux hommes. L'autre proposition, faite cette fois-ci aux femmes est l'usage de recettes contraceptives à base d'excréments de crocodile, de miel et de gomme arabique. [12]

Les Grecs aussi conseillent différents recettes contraceptives mais à base d'autres éléments. Hippocrate lui recommande l'utilisation de sulfate de cuivre. Des conseils afin de contrôler les naissances sont donnés tels que pratiquer le coït interrompu, réaliser des rapports sexuels anaux plutôt que vaginaux et pour les femmes allaitantes, prolonger au maximum leur allaitement. [12]

Face à toutes ces méthodes déjà envisagées dans le monde antique, il pourrait paraître évident qu'avant l'apparition de la pilule contraceptive, la femme du XXème siècle avait un choix varié dans les méthodes contraceptives. Mais l'opinion sociétale et religieuse a plutôt freiné l'évolution de la recherche en matière de contraception par la suite.

La méthode la plus efficace est bien sûr l'abstinence sexuelle. En comparaison, la méthode la moins efficace est la pratique de douche vaginale après la pratique de rapports sexuels.

En 1838, la cape cervicale est créée et en 1842, ce sera l'apparition du diaphragme cervical. Ces méthodes ont un taux d'échec non négligeable et demandent un apprentissage préalable avant l'utilisation, ce qui est contraignant. [12,13]

Un préservatif plus élaboré est aussi disponible avant que n'apparaisse la pilule contraceptive. Le préservatif a surtout été créé afin de limiter la transmission des maladies vénériennes (maladies souvent létales) et non à des fins contraceptives. En 1855, un préservatif en caoutchouc, lavable, et réutilisable est créé. En 1920, ce sera un préservatif en latex qui sera mis à la disposition de la population. [12,14]

Une méthode dite « naturelle » est aussi proposée aux femmes : la méthode Ogino – Knaus. Cette méthode a été confirmée en 1928 par le Dr Hermann Knaus. Elle correspond à une abstinence sexuelle périodique, c'est à dire absence de rapports sexuels pendant la période de l'ovulation, qui est calculée grâce à l'étude de la durée des cycles menstruels précédents. Mais cette méthode elle aussi, a un taux d'échec important. [12,15]

La pilule contraceptive est donc une grande avancée dans le cadre de la recherche d'une contraception efficace.

1.1.1.2 L'apparition de la pilule contraceptive

L'apparition de la pilule contraceptive et les recherches préalables afin d'y arriver représentent le début de l'histoire des contraceptifs œstroprogestatifs.

Cette aventure commence en 1919, lorsque Ludwig Haberland publie ses travaux. Il y démontre que l'ovulation est dépendante d'hormones produites par le cerveau et par les ovaires, par le biais d'une expérience de transplantation d'ovaires d'une lapine enceinte sur une lapine non enceinte.

En 1923, George Corner publie ses recherches sur le cycle menstruel, qui contribueront à l'avancée des connaissances nécessaires à la conception d'une pilule contraceptive. Cependant, ses recherches sur les hormones sexuelles dans le domaine de la reproduction ont été menées initialement afin de progresser sur la compréhension de troubles tels que l'infertilité ou le dérèglement menstruel. La finalité contraceptive n'est en aucun cas l'objectif de cette étude. Durant cette époque, l'idée de vouloir créer une méthode contraceptive efficace engendre encore une grande hostilité. [12,15,16]

En 1934, deux grandes avancées ont lieu en ce qui concerne les hormones féminines. Schwenk et Hilebrand qui travaillent pour le laboratoire Schering, réussissent à développer l'estradiol synthétique. Et Adolf Butenandt, lui, parvient à isoler la progestérone grâce à des expériences sur des ovaires de cochon. Mais il n'en est pas à ses débuts dans le domaine puisqu'en 1929 soit cinq ans auparavant, il avait réussi à isoler pour la première fois une hormone sexuelle féminine, l'estrone.

En 1938, le laboratoire Schering continue à faire avancer la recherche sur la contraception avec Hans Inhoffen et Walter Hahlweg qui vont développer l'éthinylestradiol de synthèse, hormone qui est utilisée actuellement dans la composition des contraceptifs œstroprogestatifs. [12,15,16]

Pour ce qui est des progestatifs, il faut attendre 1942 pour que Russell Marker, un chimiste américain, arrive à produire de la progestérone pure en la collectant dans de l'igname. Puis en 1951, un chimiste mexicain, Carl Djerassi, réussira à synthétiser pour la première fois un progestatif oralement actif, la norethindrone.

Toutes ces recherches sont un préambule aux travaux du Dr Gregory Pincus qui mèneront à la conception de la première pilule contraceptive. Celui-ci commence à s'intéresser à la contraception à partir de 1950 suite à une conversation avec Margaret Sanger. Celle-ci, infirmière New Yorkaise, fondatrice du planning familial et Katherine McCormick, militante féministe sont deux femmes qui par leur soutien ont rendu possibles les recherches du Dr G. Pincus dans le domaine contraceptif. En effet, Katherine McCormick, riche héritière, consacra sa fortune à cette recherche pour laquelle des fonds étaient difficiles à trouver. [12,15,16]

A partir de 1951, le Dr G. Pincus va collaborer avec le Dr Min Chuh Chang. Cette collaboration conduit à la conception d'une pilule contraceptive combinée, à base d'un œstrogène de synthèse et d'une progestérone de synthèse. Cette pilule est tout d'abord testée sur des animaux. Une première étude clinique sera possible aux États-Unis grâce à 60 femmes se portant volontaires. [12,15,16]

Pour pouvoir réaliser une étude clinique à plus grande échelle et avec moins d'obstacles à surmonter, le Dr Pincus va s'orienter vers des endroits où la contraception n'est pas illégale. C'est ainsi qu'en 1956, il réalise une étude clinique à Puerto Rico et en Haïti sur 6000 femmes, qui conduit à une autorisation de mise sur le marché pour Enovid 10 mg (pilule combinée créée par le Dr Pincus) mais dont l'indication reste les troubles menstruels. Il faudra

attendre 1960 pour que la Foods and Drugs Administration (FDA), autorise l'indication contraceptive aux États – Unis. [12,15,16]

1.1.1.3 Installation de la contraception orale oestroprogestative dans le monde

Les États-Unis sont le premier pays à commercialiser Enovid® comme contraceptif en 1960. En Australie, la pilule est lancée en 1961. Au Canada, la prescription de la pilule à des fins contraceptives demeure illégale jusqu'en 1969.

En Europe, de 1965 à 1968, la pilule n'est indiquée que pour réguler les troubles menstruels. Il s'agit d'un sujet très controversé. En 1968, la révolte étudiante et la révolution sexuelle modifient la situation et la pilule devient un symbole du changement sociétal dans le monde occidental. Sexualité et contraception commencent à être abordées publiquement.

Le 1er Juin 1961, la pilule Anovlar® est introduite en Allemagne de l'Ouest et en 1965, Jenapharm offre Ovosiston®, le premier contraceptif en Allemagne de l'Est. [12]

Certains pays vont attendre plus longtemps pour ouvrir le marché de la pilule à des fins contraceptives. Le Japon, par exemple, ne le fera qu'en 1999. [17]

Depuis la commercialisation de la première pilule œstroprogestative, plus de 100 millions de femmes utilisent cette modalité contraceptive à travers le monde. [18] Mais il reste encore des pays où l'accès à la contraception est difficile ou encore des pays comme la Birmanie où la prescription et l'utilisation

de la pilule sont illégales.[19] Il reste donc, dans le monde, du chemin à parcourir pour l'accès libre à la contraception.

1.1.1.4 Installation de la contraception orale œstroprogestative en France

En France, comme dans beaucoup d'autres pays, l'accès à la pilule contraceptive a été une lutte.

Tout d'abord, la loi n'a pas toujours permis l'usage de méthodes contraceptives. En effet, le 31 Juillet 1920, dans le contexte d'une politique nataliste faisant suite à la première guerre mondiale, une loi dite « loi scélérate » est promulguée pour interdire la propagande et la vente de toutes les méthodes anticonceptionnelles.

En 1960, se crée le mouvement français pour le planning familial, qui va militer notamment pour l'accès à l'information sur la contraception pour toutes les femmes.

C'est le 28 Décembre 1967 que la contraception est dépénalisée. La loi Neuwirth autorise la vente des produits contraceptifs. Jusqu'à l'âge de 21 ans, une autorisation parentale est nécessaire pour la délivrance de la pilule. La loi Neuwirth, ne sera toutefois appliquée qu'à partir de 1972, date des premiers décrets d'application. [20]

Il faudra encore attendre le 28 Juin 1974 pour que l'assemblée nationale vote le projet de Simone Veil et qu'ainsi la contraception soit totalement libéralisée. Les mineures ont le droit à l'anonymat et la sécurité sociale rembourse la pilule.

En ce qui concerne la publicité pour la contraception, son interdiction ne sera abrogée que le 4 Juillet 2001, grâce à la loi Aubry. [15]



1.1.2 Les moyens contraceptifs œstroprogestatifs

1.1.2.1 Mécanisme d'action des moyens contraceptifs œstroprogestatifs

Les contraceptifs œstroprogestatifs bloquent l'ovulation en créant un effet anti-gonadotrope supprimant le pic ovulatoire de Luteinizing hormone (LH) et de Follicle Stimulating Hormone (FSH). Ils créent également une atrophie de l'endomètre et rendent la glaire imperméable aux spermatozoïdes.

Le progestatif est responsable du blocage de l'ovulation. L'œstrogène stimule la synthèse des récepteurs à la progestérone, potentialisant ainsi l'effet anti-gonadotrope du progestatif. Ces deux hormones agissent en synergie. De plus, l'œstrogène permet de réduire l'effet androgénique de la progestérone, ce qui engendre une réduction des effets secondaires. [21,22]

1.1.2.2 Caractéristiques des différents moyens contraceptifs œstroprogestatifs

Les contraceptifs oraux combinés (COC) sont une association d'un œstrogène et d'un progestatif de synthèse. L'œstrogène utilisé est presque toujours de l'éthinylestradiol, œstrogène de synthèse dérivé du 17 β -estradiol. La dose utilisée la plus importante est observée dans les contraceptifs œstroprogestatifs de première génération. [21]

Ils sont, en effet, divisés en différentes génération, en fonction du progestatif utilisé et les différents progestatifs de synthèse sont classés en fonction de leur création. Les contraceptifs oraux combinés de 1^{ère} génération correspondent aux pilules commercialisées dans les années 60. Elles contiennent comme progestatif, la noréthisthérone. Il y a ensuite les COC de deuxième génération qui sont commercialisés depuis 1973. Le progestatif utilisé

est soit le levonorgestrel, soit le norgestrel. Pour les COC de troisième génération, mis sur le marché à partir de 1984, trois progestatifs peuvent être utilisés : le désogestrel, le gestodène ou le norgestimate. Enfin, il y a les autres contraceptifs dits de « quatrième génération » qui sont composés de drospirénone, de chlormadione, de diénogest ou de nomégestrol. Ces derniers COC sont apparus récemment, à partir de 2001. [23]

Avec les méthodes contraceptives œstroprogestatives orales, il existe les méthodes non orales. Nuvaring® est un anneau vaginal contraceptif contenant de l'éthinylestradiol et de l'étonogestrel (progestatif de troisième génération). Il est autorisé sur le marché depuis 2007. Evra® est un dispositif transdermique contenant de l'éthinylestradiol et du norelgestromine (progestatif de troisième génération). Ce patch contraceptif a une autorisation de mise sur le marché européen depuis 2002. Ces deux méthodes non orales ne sont pas remboursées par l'assurance maladie.[24,25]

1.2 Risques liés aux contraceptifs œstroprogestatifs

1.2.1 Effets secondaires principaux

L'éthinylestradiol tend à modifier le profil lipidique en augmentant les taux plasmatiques de triglycérides et de HDL – cholestérol. Les contraceptifs œstroprogestatifs induisent une insulino-résistance pouvant entraîner des troubles de la glycémie. Ces données expliquent les bilans de surveillance réalisés dans le cadre de la prise de ces méthodes contraceptives.

L'éthinylestradiol a aussi un impact sur le système rétine-angiotensine-aldostérone. Pour ce qui est du risque carcinogène, l'impact n'est pas le même en fonction du type de cancer. Il a été rapporté une augmentation du risque de

cancer du col de l'utérus mais un suivi gynécologique régulier avec la réalisation de frottis de dépistage rendent cette évolution moins importante.

Les COC semblent protéger contre les tumeurs bénignes mammaires. Les COC du fait de l'atrophie de l'endomètre qu'ils engendrent, protègent également de ce cancer. Ils diminuent également l'incidence du cancer de l'ovaire et la protection augmente avec la durée d'utilisation de cette contraception.

Ils possèdent aussi des effets indésirables mineurs mais jugés insupportables par certaines utilisatrices, qui peuvent induire la suspension de leur usage. Il y a principalement: prise de poids, douleurs pelviennes, mastodynies, et céphalées.

La tolérance du patch et de l'anneau vaginal est comparable à celle des COC. Avec Evra®, les principaux effets indésirables observés sont : symptômes mammaires, céphalées, réaction cutanée et nausées tandis que sous Nuvaring®, les effets indésirables sont : les céphalées, la prise de poids, nausées, irritabilité, mastodynies, dysménorrhée et acné. [21,22,26]

1.2.2 Risque thromboembolique

1.2.2.1 Contraceptif oral combiné

Dès le début de la commercialisation des contraceptifs œstroprogestatifs, il a été constaté des accidents thrombo-emboliques qui ont été imputés aux œstrogènes. Ainsi, les COC dont le progestatif utilisé est le levonorgestrel, ont un risque thromboembolique plus bas lorsqu'ils contiennent 20 µg d'éthinylestradiol plutôt que 50 µg. Cette observation ne varie pas lorsque le progestatif utilisé est modifié. [27]



En ce qui concerne les progestatifs qui contre-balaissent l'effet des œstrogènes, les plus récents arriveraient moins bien à contrer le risque thromboembolique lié à l'éthinylestradiol. [18]

Finalement, le risque thromboembolique le plus élevé est constaté pour les COC de 50 µg d'éthinylestradiol associé à du levonorgestrel et le risque le plus faible observé concerne les COC de 20 ou 30 µg d'éthinylestradiol associé au levonorgestrel. [27]

La femme en bonne santé sans autre facteur de risque a un risque thromboembolique d'environ 0,02 % par an avec les COC de première ou de deuxième génération tandis qu'avec les COC de troisième génération, ce risque passe à 0,04 % par an (soit quatre accidents par an au lieu de deux pour 10 000 utilisatrices). [28]

Ce risque thromboembolique veineux lié aux contraceptifs oraux œstroprogestatifs est maximal dans les 12 premiers mois. Il diminue avec la durée de prise de la contraception, mais le sur-risque lié aux COC de troisième ou quatrième génération persiste. [18,22,27,28,29,30,31,32]

1.2.2.2 Patch contraceptif : Evra®

Au mois d'octobre 2012, l'Agence Européenne du Médicament a effectué une revue de la littérature sur le risque d'événement thrombo-embolique veineux des contraceptifs hormonaux non oraux. Suite à cette analyse, elle a recommandé en novembre 2012 que le Résumé des Caractéristiques du Produit d'Evra® reflète les données des études épidémiologiques récentes qui suggèrent que l'incidence du risque d'accidents thrombo-embolique chez les femmes

utilisatrices est deux fois plus importante en comparaison aux femmes qui utilisent un contraceptif à base d'un progestatif de deuxième génération. [24]

1.2.2.3 Anneau vaginal : Nuvaring®

Les études épidémiologiques ont montré des résultats contradictoires concernant le risque d'accidents thrombo-emboliques veineux avec l'utilisation de Nuvaring®. Les études ont également démontré une augmentation du risque de thrombose artérielle liée à Nuvaring®, risque lié à toute méthode contraceptive utilisant de l'oestrogène. Cependant, de nombreuses études ont un avis discordant pour savoir s'il existe un sur-risque avec le Nuvaring®. L'ANSM a donc tenu à donner l'information suivante : « *que Nuvaring® est un moyen contraceptif associé à un risque de thrombose veineuse au moins identique à celui observé chez les utilisatrices des contraceptifs oraux combinés de deuxième génération* ». [25]

1.2.3 Exposition de la polémique

Le 14 décembre 2012, à la suite d'une plainte déposée contre le laboratoire pharmaceutique Bayer par Marion Larat, une femme ayant subi un accident vasculaire cérébral qui l'avait laissée handicapée alors qu'elle utilisait son traitement contraceptif, Diane 35® ; un quotidien titrait « Alerte sur la pilule ». S'en est suivie une multitude de plaintes sur le même sujet.

Un débat médiatique intense a ensuite eu lieu, à propos du risque de thrombose veineuse profonde associé aux pilules œstroprogestatives de troisième et quatrième génération.

Le ministère de la Santé a décidé de ne plus rembourser de COC de troisième et de quatrième génération à compter du 31 mars 2013 et de retirer du marché en mai 2013 le produit Diane 35®, traitement anti-acnéique aux

propriétés contraceptives. Il sera remis sur le marché en janvier 2014 à la demande de l'Agence européenne du médicament. [36]

1.2.4 Recommandations découlant de la polémique

Les recommandations établies par l'HAS et celles de l'ANSM se rejoignent. Ces recommandations découlant de la « crise de la pilule » sont plus des rappels que des nouveautés, puisque le risque thromboembolique des COC est connu depuis le début de leur utilisation.

Les contraceptifs oraux estroprogestatifs sont parmi les moyens les plus efficaces (indice de Pearl < 1) pour la prévention des grossesses non désirées.

Tous les contraceptifs estroprogestatifs sont associés à une augmentation du risque d'accident thromboembolique artériel ou veineux. Avant leur prescription et leur renouvellement, il est indispensable de rechercher des facteurs de risque thromboembolique personnels ou familiaux. Chez les femmes ayant des facteurs de risque constituant une contre-indication, un autre mode de contraception devra être proposé. [9,28]

Les COC de troisième génération exposent les femmes à un sur-risque d'accident thromboembolique veineux par rapport aux COC de première ou deuxième génération. De plus, aucune étude n'a démontré que les COC de troisième génération apportaient un bénéfice supplémentaire par rapport aux COC de première ou deuxième génération sur les effets indésirables. La HAS considère donc que les contraceptifs oraux de première ou de deuxième génération doivent être préférés à ceux de troisième génération.

Le sur-risque thromboembolique veineux ne justifie pas un arrêt brutal de COC de troisième ou quatrième génération jusque-là bien supportée. À l'issue de la prescription en cours, le prescripteur envisagera avec la femme déjà sous

COC de troisième ou quatrième génération la méthode contraceptive la plus appropriée pour la patiente. [9,28]

Enfin, il faut informer les femmes du risque de thrombose et les alerter quant aux signes cliniques évocateurs qui doivent les amener à consulter. Il faut aussi effectuer un suivi clinique pour surveiller la tolérance au traitement contraceptif prescrit, en particulier lors de la première année de traitement et en cas de changement par un contraceptif oral d'une autre génération.

Afin de pouvoir faciliter l'application de ces recommandations, la HAS a publié plusieurs fiches mémo à l'intention des professionnels de santé.[1,2,3,4,5,6,7,8]

1.3 Description des pratiques contraceptives

1.3.1 Consommation contraceptive avant Décembre 2012

Le profil contraceptif en France a évolué depuis l'introduction des premiers contraceptifs oraux combinés.

En 1978, 4,3 % des femmes âgées de 20 à 44 ans étaient à risque de grossesse non prévue. La pilule était utilisée pour 28,3 % des femmes âgées de 20 à 44 ans. Les préservatifs étaient utilisés par 5,1 % de ces femmes. L'utilisation des méthodes « naturelles » correspondait à 23,5 % malgré leur efficacité moindre. [34]

Entre 1978 et 2010, la proportion de femmes utilisant une méthode contraceptive est stable (71,7 % en 1978 et 75,3 % en 2010 pour les femmes de 20 à 44 ans) mais le taux de femmes à risque de grossesse non prévue a

diminué, en rapport avec un changement de choix contraceptif pour les femmes de 20 à 44 ans. [34]

La stérilisation tubaire a diminué et le choix pour le Dispositif Intra-Utérin (DIU) a augmenté mais le pourcentage d'utilisatrices reste faible en France. Notons que ces deux méthodes sont les plus utilisées dans le monde.

Les méthodes « naturelles » ont été délaissées pendant cette période mais il est observé une légère augmentation à partir de 2000. Le nombre d'utilisatrices de pilule augmente et cette dernière reste la méthode contraceptive prédominante avec cependant une baisse entre 2000 et 2010.[34]

Selon l'état des lieux des méthodes contraceptives, réalisé par l'Inserm via l'étude Fecond en 2010, le recours au DIU diminue tandis que l'utilisation du préservatif progresse. Seules 1,3 % des femmes âgées de 15 à 49 ans sans enfant utilisent le DIU et les femmes âgées de 45 à 49 ans sont les seules à le préférer à la pilule. L'utilisation du préservatif concerne 59 % des femmes âgées de 15 à 17 ans. [33]

Les femmes n'utilisant pas de contraception alors qu'elles ne souhaitent pas d'enfant représentent environ 3 % de la population des femmes en âge de procréer. Cette situation est plus fréquente chez les femmes confrontées à une situation financière difficile, peu ou pas diplômées ou vivant en milieu rural.

Les nouvelles méthodes contraceptives ont peu d'utilisatrices. L'implant concerne 2,6 % des femmes, l'anneau vaginal 1,0 % et enfin le patch 0,4 % d'entre elles.

La pilule est la méthode la plus utilisée à tous les âges (sauf pour les femmes de 45 à 49 ans). En 2010, une femme sur deux, en âge de procréer,

l'utilise. Les pilules de troisième ou de quatrième génération correspondent à 40 % des pilules utilisées en 2010. [33]

1.3.2 Consommation contraceptive après Décembre 2012

L'étude Fecond de 2013 et l'ANSM ont essayé de répondre à la question suivante : comment les pratiques contraceptives ont évolué après la crise qu'ont subi les pilules en Décembre 2012 ? [35,36]

Aucune désaffection vis-à-vis de la contraception mais une diversification des modes de couverture contraceptive ont été observées. Le pourcentage de femmes n'utilisant pas de moyen de contraception reste stable mais une augmentation globale de 4,7 % de la vente de contraceptifs d'urgence a été observée par l'ANSM. [35]

Une diminution du recours à la contraception orale a été remarquée : 41 % en 2013 contre 50 % en 2010. Une femme sur cinq a décidé de changer de contraception au profit du préservatif (pour les femmes détenant un CAP ou BEP), du DIU (pour les plus diplômées) et des méthodes « naturelles » (pour les plus précaires). Il est donc constaté une hausse du recours aux méthodes « naturelles » (dates, retrait) bien qu'elles sont moins efficaces. [36]

Il est à noter également une augmentation des ventes de DIU au cuivre de l'ordre de 45,1 %. La vente de DIU hormonal et d'implants a augmenté de 14,3 % sur la période étudiée par l'ANSM. Le recours au DIU passe de 2 % à 5 % chez les femmes de 20 à 24 ans et de 8 % à 16 % chez les femmes de 25 à 29 ans. Il n'y a aucune évolution de l'usage du DIU chez les femmes âgées de moins de 20 ans, ni chez les femmes de 20 à 24 ans qui sont sans enfant. Les ventes de contraceptifs œstroprogestatifs non oraux (Evra®, Nuvaring®) ont diminué globalement de 12,7 %. [35,36]



Pour ce qui est des COC, il a été remarqué une diminution de leur vente, toutes générations confondues, estimée à 4,6 %. Les pilules incriminées par le débat ont diminuées leur vente totale de 36,6 % et ne correspondent plus qu'à 25 % des COC utilisés (40 % en 2010). [35,36]

Les transferts de COC de troisième ou quatrième génération vers ceux de deuxième génération sont de très faible ampleur. En 2010, il y avait 22 % d'utilisatrices de COC de deuxième génération et en 2013, il y en a 23 %. L'étude Arcane Research et Listening montre que seulement 6 % des femmes sont passées d'une pilule de troisième ou quatrième génération à une pilule de deuxième génération.[37] Cependant, une hausse globale de 24,3 % des ventes de COC de première ou de deuxième génération a été observée par rapport à l'année précédente. Outre l'augmentation des ventes reportées sur les pilules de première et de deuxième génération, une évolution de la répartition des ventes en fonction du dosage d'oestrogènes a été observée. La répartition actuelle est de 66 % pour les 30-40 µg, de 33 % pour les 20 µg et de 1 % pour les 50 µg. [35]

2. Étude et résultats

2.1 Matériel et méthodes

2.1.1 Intérêt de l'étude

« La crise de la pilule » a fait évoluer la couverture contraceptive en France mais a aussi fait croître l'impact des inégalités sociales dans l'accès à la contraception. Celui-ci devient de plus en plus difficile pour les jeunes de 18 à 25 ans qui sont souvent sans activité salariale et qui ne bénéficient plus des avantages réservés aux mineures.

Nous avons voulu répondre à la problématique suivante : « La polémique concernant les COC de troisième et quatrième génération a-t-elle conduit les femmes de 18 à 25 ans à une méfiance face aux contraceptifs œstroprogestatifs, entraînant des modifications de pratique contraceptive chez ces jeunes femmes auprès de qui l'influence des médias est plus présente ?

Pour répondre à cette problématique, trois hypothèses ont été posées:

- Les femmes âgées de 18 à 20 ans révolus ont délaissé les COC, toutes générations confondues, pour l'usage du préservatif.
- Les femmes âgées de 21 à 25 ans se sont redirigées vers le DIU ou l'implant contraceptif.
- Les femmes âgées de 18 à 25 ans ont développé une méfiance contre les contraceptifs œstroprogestatifs qui a fait augmenter le nombre de femmes ayant choisi une absence de solution contraceptive.

L'objectif de cette étude est donc d'établir un état des lieux des pratiques contraceptives deux ans après la polémique sur les pilules, et également de déterminer le regard des jeunes femmes sur la contraception.

2.1.2 Recueil de données

Il s'agit d'une étude descriptive transversale qui a été menée de Novembre 2014 à Janvier 2015.

Le questionnaire utilisé (Annexe I) est composé de 28 questions à choix simple ou multiples, proposées en ligne aux jeunes filles de 18 à 25 ans. Le premier thème abordé concernait les informations servant à décrire le profil contraceptif de ces femmes. Le deuxième thème abordait des questions relatives à la compréhension de la polémique sur les pilules. Enfin, le troisième illustré par une question ouverte, cherchait à comprendre le ressenti actuel des jeunes femmes face à la contraception.

Un pré-test qui a été réalisé en Octobre 2014 auprès de 10 personnes a permis de mettre en évidence des questions mal interprétées et ainsi de réajuster le questionnaire qui a été mis en ligne grâce à Google Forms et dont le lien a été partagé via les réseaux sociaux.

2.1.3 Population étudiée

Notre étude ciblait les femmes de 18 à 25 ans utilisant ou ayant déjà utilisé une contraception et qui avaient accès aux réseaux sociaux pour accéder au questionnaire.

Nous avons retenu pour les critères d'exclusion les femmes âgées de plus de 25 ans, et les femmes n'ayant jamais eu recours à une méthode contraceptive, et, pour des raisons de compréhension, les femmes non

francophones. Face aux obligations réglementaires, avec notamment la nécessité d'une autorisation parentale, les jeunes filles mineures ont dues être exclues.

Au départ, 241 questionnaires ont été collectés en ligne. Un questionnaire a été exclu parce qu'il s'agissait d'un doublon. Finalement, il y a eu 240 questionnaires entièrement exploitables sauf pour la question ouverte où 10 personnes n'ont pas répondu. Sur les 240 femmes retenues, 188 (78,3%) étaient sous contraceptifs au moment de la polémique et 52 femmes avaient arrêté leur contraception avant la polémique.

2.1.4 Tests statistiques

Les variables qualitatives ont été décrites à travers des effectifs et des pourcentages. Les pourcentages ont été arrondis au dixième de point supérieur si le centième est supérieur ou égal à 0,05 ; et tronqués au dixième inférieur si le centième était inférieur à 0,05.

En ce qui concerne la question ouverte, nous avons classé les réponses des femmes sous différents items établis de manière objective.

Les données ont été saisies avec le service en ligne Google Forms. L'exploitation des données de notre étude a été réalisée grâce au logiciel Excel et au logiciel R.

2.2 Résultats

2.2.1 Profil des participantes

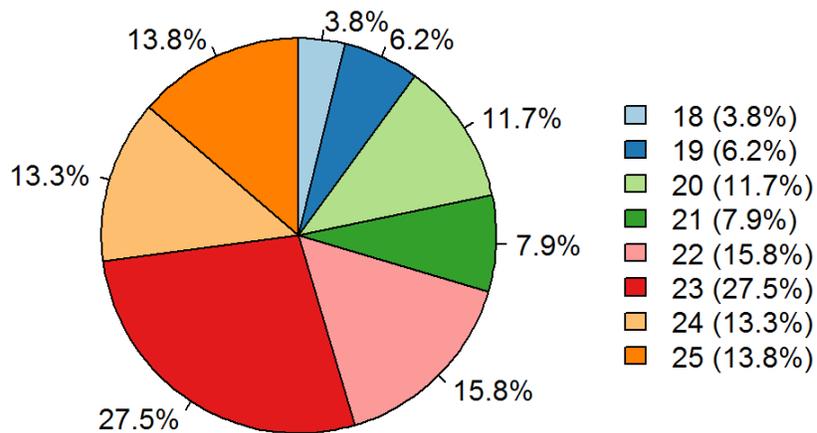


Figure 1 : Répartition des participantes en fonction de leur âge

L'âge en moyenne des participantes est de 22,3 ans avec une médiane de 23 ans. Nous constatons une minorité de femmes âgées de 18 ans.

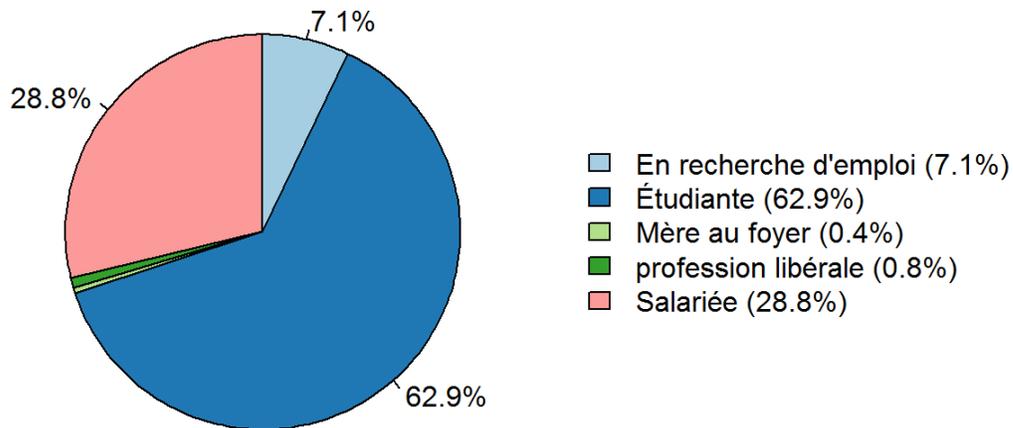


Figure 2 : Répartition des participantes en fonction de leur profession

Dans les participantes, nous retrouvons 151 étudiantes, 69 salariés, deux femmes exerçant en libéral, 17 femmes en recherche d'emploi et une mère au foyer.

2.2.2 Présentation des résultats

2.2.2.1 Profil contraceptif avant décembre 2012

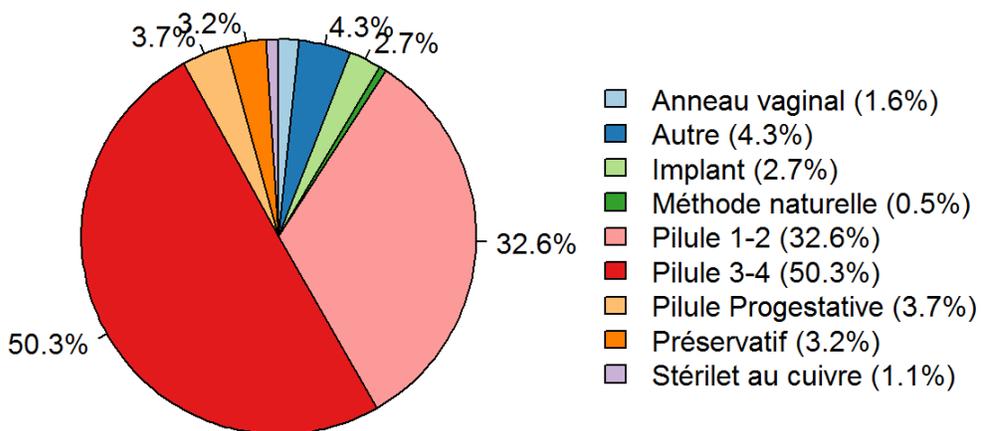


Figure 3 : Méthodes contraceptives utilisées avant la polémique chez les femmes (tout âge confondu) n = 188

Avant la « crise sur la pilule », nous avons observé 78,3 % (n=188) de femmes qui utilisaient une méthode contraceptive avant la polémique. La méthode préférentielle était la pilule avec 55,3 % d'utilisatrices de COC de troisième ou quatrième génération.

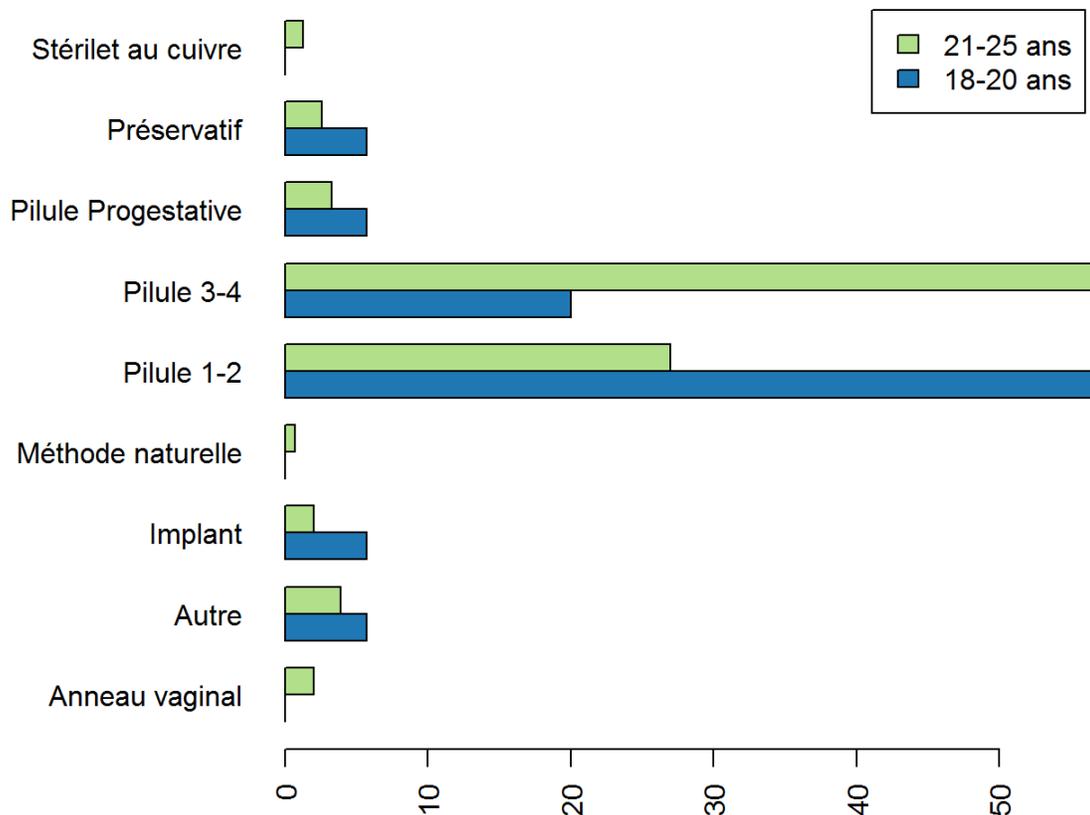


Figure 4 : Méthodes contraceptives utilisées avant la polémique en fonction de l'âge (n=188)

Les femmes âgées de 18 à 25 ans utilisaient préférentiellement la pilule avant la polémique. Cependant, les femmes âgées de 18 à 20 ans utilisaient plus les COC de première ou deuxième génération tandis que les femmes de 21 à 25 ans utilisent majoritairement les COC de troisième ou quatrième génération.

2.2.2.2 Impact de la polémique sur la pilule

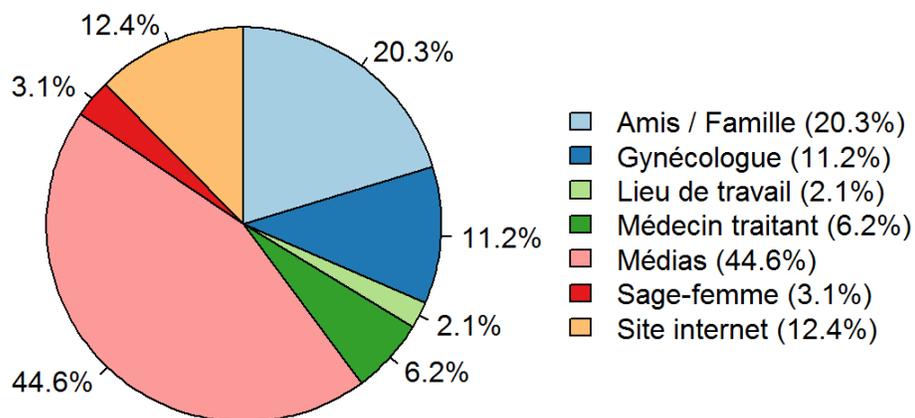


Figure 5 : Initiateur de l'information sur la polémique (n=240)

Dans la population, 82,9% (soit n=199) femmes déclarent avoir entendu parler de la polémique sur les contraceptifs et ont majoritairement (44,6%) été mises au courant par les médias. Parmi celles qui ont entendu parler de la polémique, 79,4 % (n= 158) utilisaient une contraception.

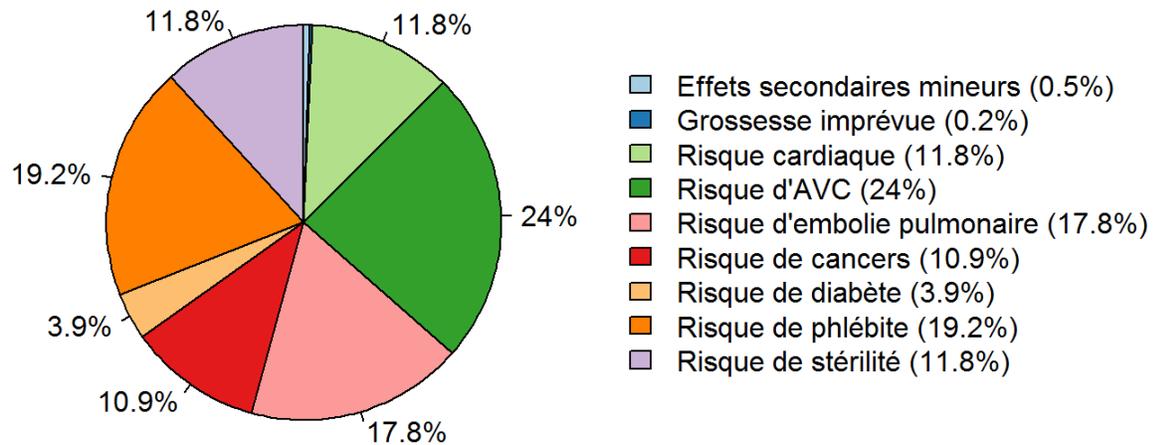


Figure 6 : Contenu de la polémique sur les contraceptifs selon les participantes (n= 240)

Lorsque nous avons demandé quels étaient les effets secondaires impliqués dans la polémique, nous avons compté 59,2 % (n=142) de femmes qui ont mis au moins un choix erroné sur le contenu de la polémique.

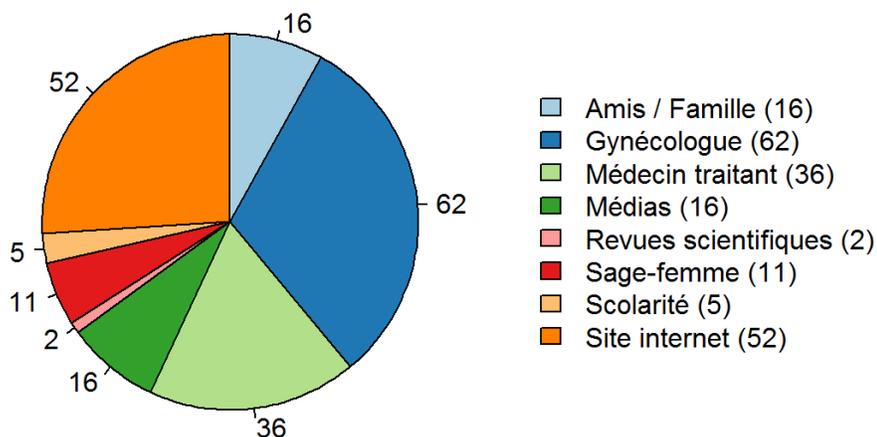


Figure 7: Source d'informations sur les méthodes contraceptives (n= 108, question à choix multiples)

Suite à cette polémique, 45 % (soit n= 108) ont cherché de plus amples informations sur les méthodes contraceptives. La majorité de ces dernières s'est tournée vers les professionnels de santé pour un complément d'informations. Nous observons 48,1 % (n= 52) femmes qui ont pris leurs informations sur internet.

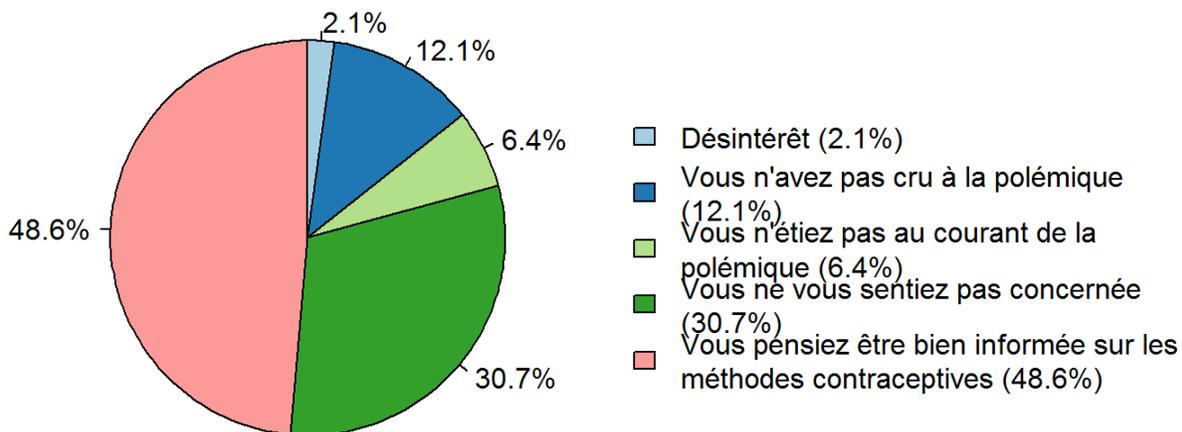


Figure 8 : Motif de l'absence de nécessité de complément d'informations sur la contraception (n=132)

Celles qui n'ont pas ressenti le besoin de s'informer (55 %), avaient plusieurs raisons dont la principale était qu'elles pensaient avoir toutes les informations nécessaires sur leur contraception.

Afin de pouvoir observer tous les impacts de la polémique, la question suivante a été posée : « Suite à la polémique, vous avez » :

	n	Pourcentage
Gardé votre contraception	107	56,9 %
Changé de contraception	69	36,7 %
Arrêté toute contraception	12	6,4 %
Total	188	100 %

Tableau 1 : Conduites contraceptives après la polémique

Nous avons observé 43,1 % (n= 81) de femmes qui ont changé ou arrêté leur contraception.

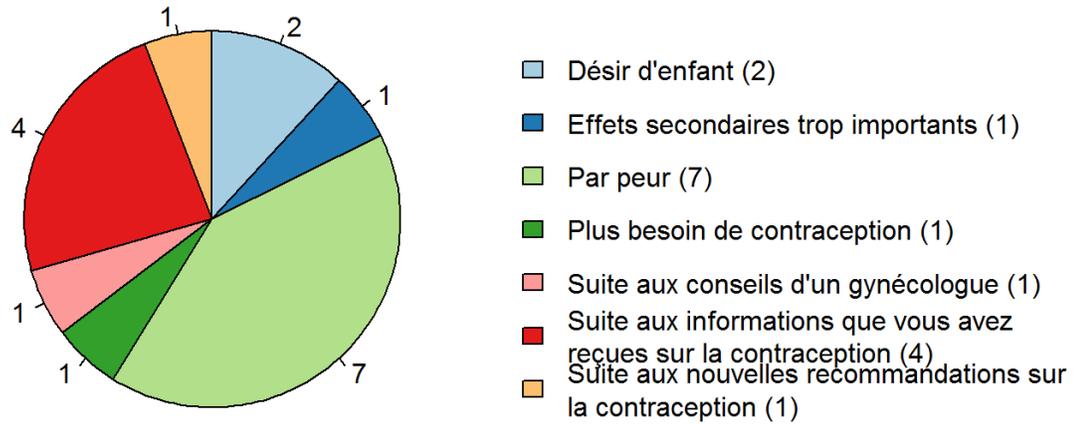


Figure 9 : Motif d'arrêt de toute contraception après la polémique (n=12, question à choix multiples)

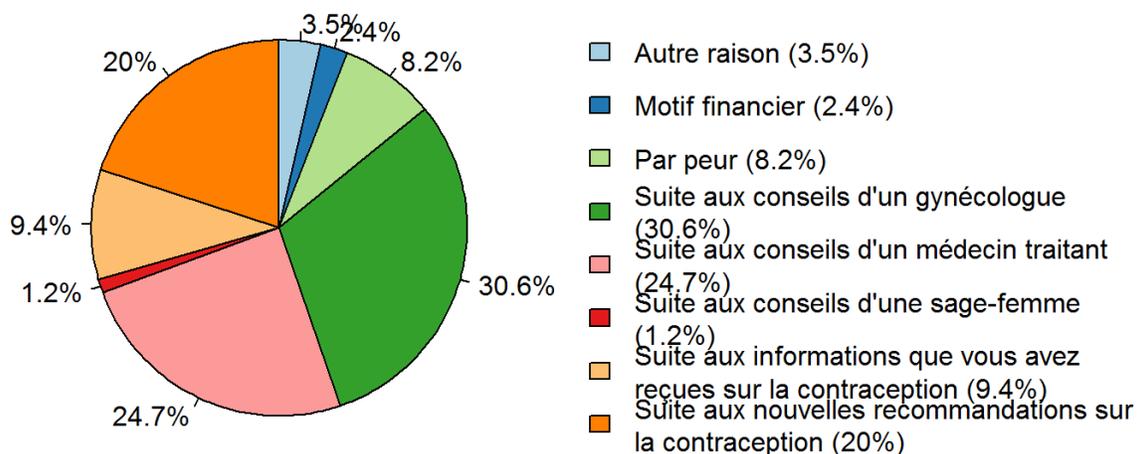


Figure 10 : Motif de changement de contraception après la polémique (n= 69)

Les femmes qui ont choisis de changer de contraception après la polémique sont 69 et l'ont fait principalement suite aux conseils d'un professionnel de santé (56,5%). Parmi ces femmes, 69,6% (n=48) utilisaient un COC de troisième ou quatrième génération avant la polémique.

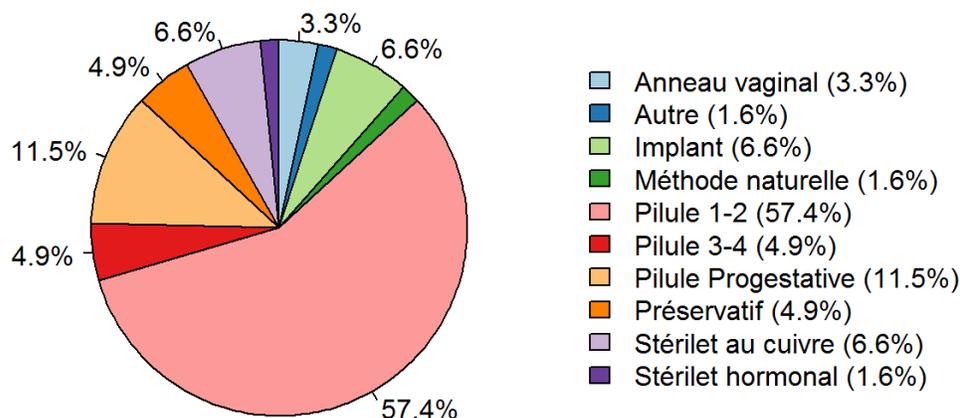


Figure 11 : Méthodes contraceptives choisies après la polémique pour les participantes ayant voulu changer de contraception (n = 69)

Les participantes qui ont décidé de changer de moyen de contraception après la polémique se sont orientées principalement vers les COC de première ou de deuxième génération. Parmi les participantes qui ont changé de contraception suite à la polémique, 7,2 % (n=5) d'entre elles ont choisis les pilules incriminées par le débat.

2.2.2.3 Profil contraceptif actuel

Lorsqu'elles ont rempli le questionnaire, 82,9% (n= 199) femmes utilisaient une méthode contraceptive actuellement.

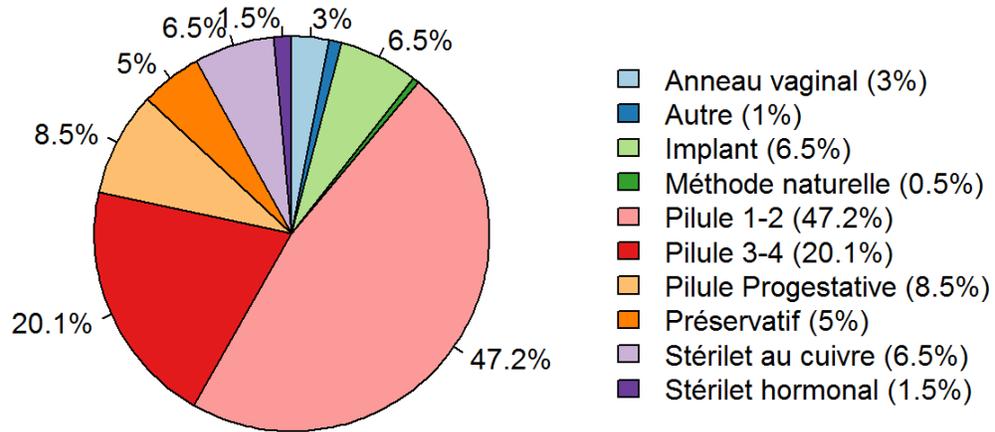


Figure 12 : Méthodes contraceptives utilisées actuellement, tout âge confondu (n=199)

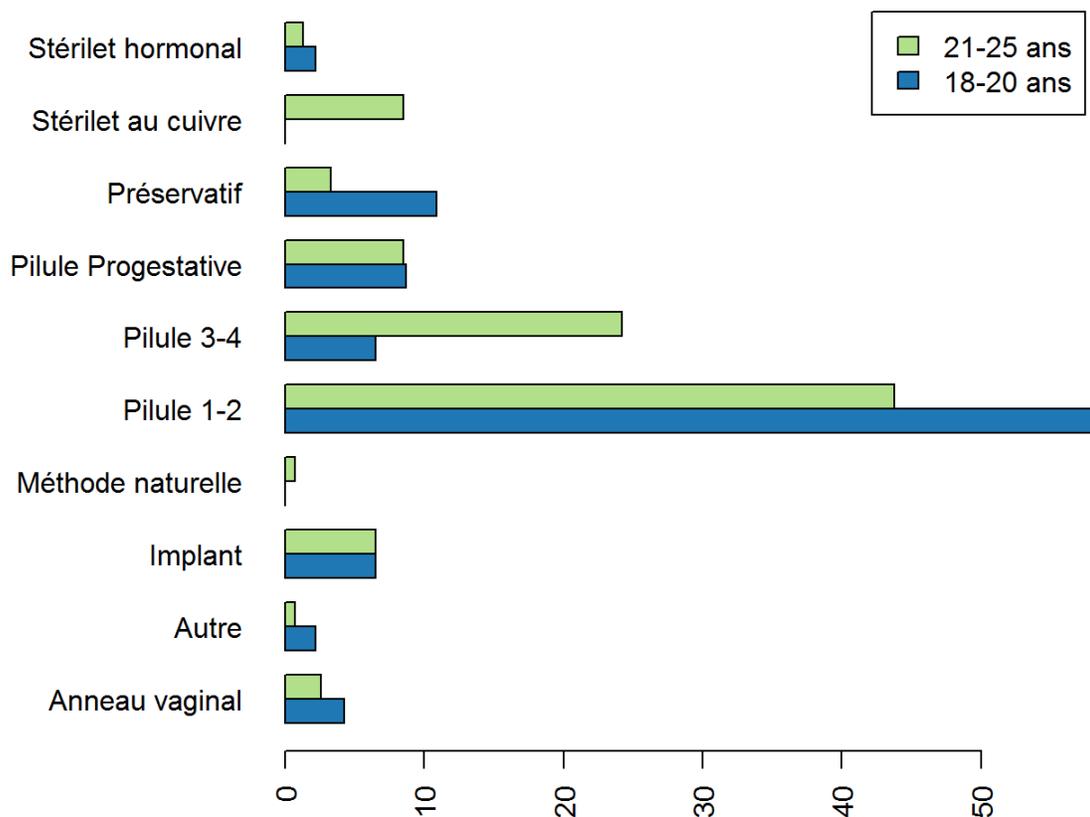


Figure 13 : Méthodes contraceptives utilisées au moment de l'étude, en fonction de l'âge (n=199)

Actuellement, soit environ deux ans après la polémique, l'usage de la pilule reste prédominant. Les COC de première ou deuxième génération sont la méthode contraceptive la plus utilisée, quel que soit l'âge.

2.2.2.4 Cause des grossesses sous contraceptifs chez les jeunes

Six participantes ont déclaré avoir eu une grossesse alors qu'elles utilisaient une méthode contraceptive. Aucune de ces grossesses non prévues n'a débutée au moment phare de la polémique.

Contexte	n
Oubli de la reprise de la méthode contraceptive après les règles	1
Rupture du préservatif	2
Oubli de pilule	1
Pilule périmée	1
Hyperfertilité	1
Total	6

Tableau 2 : Contexte propice à la survenue d'une grossesse sous contraceptif

2.2.2.5 L'image de la contraception chez les jeunes femmes

La question suivante a été posée aux participantes : « Pensez-vous aujourd'hui que la contraception est dangereuse ? »

	n	Pourcentage
Oui	93	38,8 %
Non	144	60 %
Ne sait pas	3	1,2 %
Total	240	100 %

Tableau 3: Interrogatoire sur la vision de la contraception

Les jeunes femmes pensent majoritairement (60%) que la contraception n'est pas un élément dangereux actuellement.

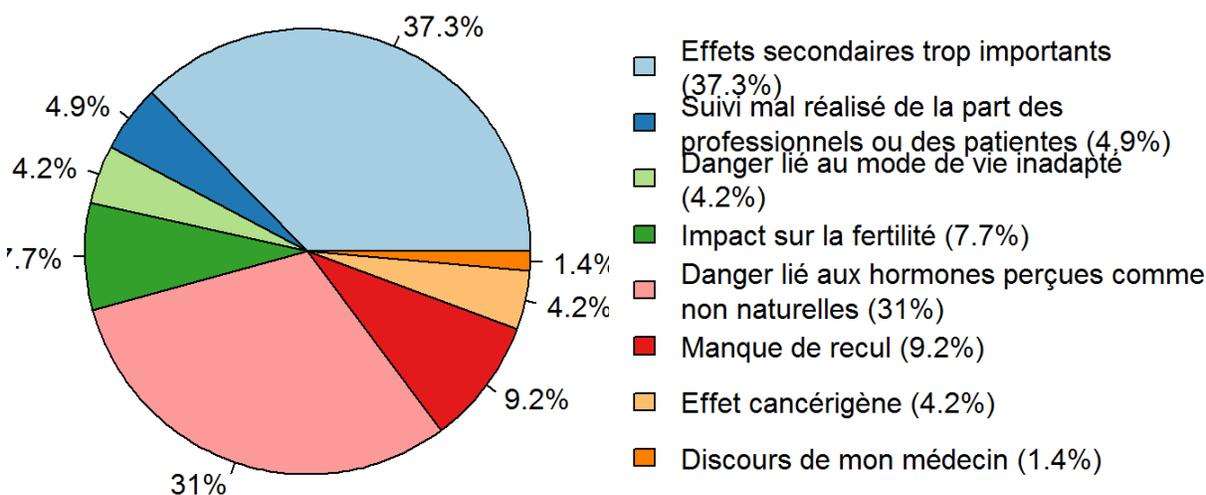


Figure 14 : Motif de la désaffection envers la contraception (n=93)

Nous observons que lorsque les femmes considèrent la contraception comme dangereuse (38,8%), les motifs exposés sont principalement la présence d'effets secondaires trop importants et l'usage d'hormones de synthèse qui iraient à l'encontre de la nature du corps humain.

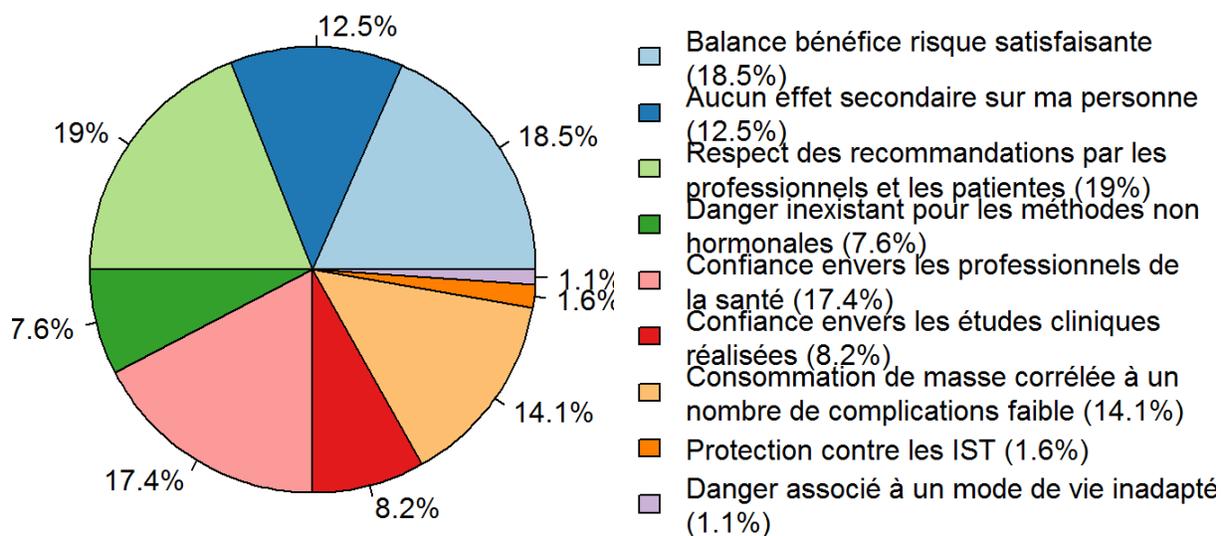


Figure 15 : Motif d'affection envers la contraception (n= 144)

Lorsque les jeunes femmes qualifient la contraception de non dangereuse (60%), elles évoquent majoritairement les motifs suivants : le respect des recommandations par les praticiens et les patientes, le danger prédominant d'une grossesse face à des contraceptifs qui ont des risques minimes, l'absence d'effets indésirables pour elles mêmes, l'usage de masse des méthodes contraceptives non corrélé à un nombre important de complications et enfin, la confiance envers les professionnels de santé.

3. Discussion

3.1 Les limites, biais et points forts

Nous notons un biais de sélection puisque les patientes ont été recrutées via les réseaux sociaux. De cette manière, nous n'avons pas de possibilité de vérifier l'identité des participantes, ce qui aurait été plus facile si nous avions distribué des questionnaires dans les services de gynécologie. Cependant, dans les services, les patientes étant très souvent présentes pour une consultation contraceptive, elles auraient peut-être été plus au fait de la polémique décrite de par leur suivi gynécologique.

Nous pouvons également retrouver un biais de mémoire puisque plus de deux années, s'est écoulée depuis la polémique. Les souvenirs des participantes par conséquent peuvent être moins fiables. De plus, les femmes qui n'avaient de contraception au moment de la polémique ont pu se sentir moins concernées que les autres et donc répondre de manière plus erronée à la question sur le contenu de la polémique sur la pilule.

Le titre du questionnaire mis en ligne était « enquête sur les pratiques contraceptives » et le thème de la polémique n'a pas été dévoilé initialement mais au cours du déroulement du questionnaire. La participation se faisant sur le volontariat, les jeunes femmes n'ont donc pas pu choisir de participer sous le fait de l'attraction de la polémique et les réponses ont donc pu être plus spontanées.

La forte participation des jeunes femmes est un points fort de notre étude puisque 241 personnes ont répondu en trois mois.

Cette population est peut-être plus sensible aux scandales et polémiques, souvent amplifiés par les réseaux sociaux, réseaux qui sont pour elles un moyen important de communication. L'accès au questionnaire en ligne a donc pu accrocher leur attention et permettre d'obtenir ainsi ce bon taux de réponses.

Enfin, nous aurions peut-être moins touché cette tranche de la population dans les services de gynécologie, sachant que cette tranche d'âge est celle qui, pour des raisons financières, a le moins accès à la contraception.

3.2 Profil des participantes

En France, les femmes âgées de 18 à 25 ans représentent 8,9% de la population des femmes françaises. [38]

Age	En France	Dans notre étude
18 ans	12,8 %	3,8 %
19 ans	12,6 %	6,2 %
20 ans	12,0 %	11,7 %
21 ans	11,8 %	7,9 %
22 ans	12,4 %	15,8 %
23 ans	12,6 %	27,5 %
24 ans	12,8 %	13,3 %
25 ans	13,0 %	13,8 %

Tableau 4 : Comparaison de la population d'étude avec la population nationale (n =240)

Nous constatons que la proportion de femmes âgées de 18, 19 et 21 ans était minimales et que celle des femmes de 23 ans est majorée, comparé à la

population nationale. Notre étude n'est donc pas représentative de la population nationale et nos résultats ne peuvent être extrapolables. L'effectif de notre population aurait pu être plus important si la durée de notre enquête avait excédé 3 mois et donc peut-être que dans ces conditions, nos résultats auraient été représentatif de la population nationale.

3.3 Profil contraceptif avant décembre 2012

Avant la « crise sur la pilule », nous avons compté 188 femmes qui utilisaient une méthode contraceptive, dont 90,4 % (n=170) d'entre elles avaient choisi la pilule. Parmi celles-ci 55,3% utilisaient un COC de troisième ou quatrième génération.

La pilule a donc été choisie par la majorité des femmes âgées de 18 à 25 ans. Ce chiffre est élevé dans notre étude par rapport à la population nationale. Au niveau national, en 2010, une femme sur deux utilise la pilule et le schéma contraceptif français est caractérisé par un recours important au préservatif en début de vie sexuelle, l'utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise et le recours au stérilet quand les couples ont eu les enfants qu'ils désiraient . [33] Cette différence entre notre étude et la population générale s'expliquerait par le fait que notre population concerne les femmes de 18 à 25 ans et non toutes les femmes quelque soit leur âge, et que les femmes de notre étude peuvent être considérées comme en cours de régularisation de leur vie sexuelle.

En regardant en fonction de l'âge, nous avons remarqué que les femmes de 18 à 20 ans utilisaient plus les COC de première ou deuxième génération contrairement aux femmes de 21 à 25 ans qui utilisaient majoritairement les COC de troisième ou quatrième génération. Dans la population générale, 40 % des pilules utilisées, tout âge confondu, étaient des COC de troisième ou

quatrième génération. [36] Nous pouvons penser que les jeunes femmes après quelques années d'utilisation, désiraient limiter les effets indésirables tels que l'acné ou la prise de poids et qu'elles ont été demandeuses de pilule plus récentes qui avaient la réputation de réduire les effets indésirables. Cependant, nous n'avons pas étudié si les femmes sous COC de troisième ou quatrième génération avaient été auparavant sous COC de première ou deuxième génération ou si elles avaient d'emblée pris une troisième ou quatrième génération, ce qui n'était pas déconseillé alors par la HAS.

Les effets secondaires liés aux COC notamment les effets esthétiques semblent être importants dans la décision de changement de contraception. Une nouvelle étude plus précise sur le choix contraceptif des femmes en fonction des effets indésirables pourrait répondre à cette question, qui n'a pas été étudiée ici.

De plus, l'intérêt d'établir le profil contraceptif des femmes de 18 à 25 ans avant la polémique est de pouvoir établir une base pour identifier ou non un changement de modèle contraceptif après cette polémique.

Concernant, les autres moyens contraceptifs choisis avant la « crise de la pilule ». Nous avons observé cinq utilisatrices d'implant contraceptif, trois utilisatrices de Nuvaring®, deux utilisatrices de DIU au cuivre . Aucune utilisatrice d'Evra® n'a été retrouvée dans notre étude. Cependant, cela reste cohérent avec les chiffres de 2010, qui établissent en France, 2,6 % d'utilisatrices d'implant contraceptif, 1,0 % d'utilisatrices de Nuvaring® et 0,4 % d'utilisatrices d'Evra®. Le DIU est préféré par les femmes âgées de 45 à 49 ans, d'après les études faites au niveau national.[33]

Il est à noter que nous avons observé un faible effectif d'utilisatrices de préservatifs (n=6) alors qu'au niveau national, en 2010, l'usage du préservatif progressait, tout âge confondu.[33] Cet élément peut, peut-être, être du au fait

que le préservatif est utilisé en début de vie sexuelle et que notre population d'étude ne contient que 3,8 % de femmes âgées de 18 ans.

3.4 Influence de la polémique

Dans la population que nous avons choisi d'étudier, 82,9 % (n= 199) femmes déclarent avoir entendu parler de la polémique sur les contraceptifs. Parmi elles, 79,4 % utilisaient une méthode contraceptive avant la polémique. Ce constat est cohérent avec la vision nationale. En effet, en France, 77 % des femmes disent avoir entendu parler du débat médiatique sur les pilules avec une majorité pour les personnes issues d'un milieu aisé. [36]

Dans la majorité des cas, les femmes ont été mises au courant de la polémique par les médias. Ce fait pourrait être lié à l'importance de l'influence des médias (notamment les réseaux sociaux) chez les femmes de cette tranche d'âge, mais aussi au fait que les médias ont été les premiers pourvoyeurs de ce débat.

Malgré le fait que 82,9 % des femmes ayant participé à notre étude, aient été informées de la polémique, le contenu du débat n'a pas été assimilé par toutes. En effet, nous avons compté 27% des femmes (n= 65) pour qui la polémique concernait le risque cancérigène et 29 % (n= 70) pour qui c'était le risque de stérilité. Ces éléments sont cependant intéressants puisqu'ils illustrent de fausses croyances persistantes sur la contraception mais ils évoquent aussi le fait que même les jeunes femmes qui ont eu connaissance de la polémique, n'ont pas retenu le contenu du débat. Ainsi donc, seules 40,8% ont répondu correctement concernant les risques, ce qui est peu mais il faut moduler ces résultats puisque toutes les femmes, y compris celles qui disaient ne pas avoir

entendu parler de la polémique ont répondu à cette question, biaisant ainsi les résultats.

Les femmes qui ont cherché de plus amples informations sur les méthodes contraceptives représentent 45 % de notre population d'étude. La majorité d'entre elles s'est tournée vers les professionnels de santé, indiquant ici leur confiance envers le corps médical. Ce qui explique l'importance des appels et consultations en urgence que tous les professionnels de santé ont remarqué après la polémique.

Cependant, nous observons que 48,2 % des femmes ont pris leurs informations sur internet. Il serait donc important de préciser aux jeunes femmes les sites contenant des informations fiables sur la contraception afin de limiter la prolifération de mauvaises croyances sur la contraception, que nous retrouvons dans le nombre de fausses réponses obtenues sur le contenu de la polémique et également à travers les commentaires faits pour la question ouverte.

La principale raison pour laquelle 55 % des femmes n'ont pas ressenti le besoin de s'informer est la confiance envers les informations qu'elles détenaient. Ainsi, nous voyons donc l'importance de la transmission d'informations de qualité aux patientes, lors des consultations dans le cadre d'une prescription de contraception, d'où les recommandations de l'HAS sur l'intérêt de dépister à chaque consultation les facteurs de risque et d'expliquer aux femmes les signes thrombo-emboliques. [28]



3.5 La polémique et son impact sur le modèle contraceptif français

Suite à la polémique sur la pilule, 56,9 % des femmes ont gardé leur contraception, 36,7% ont changé de contraception et 6,4 % ont arrêté toute contraception. Ainsi donc nous avons 12 femmes qui ont arrêté toute contraception après la polémique dont deux pour un désir d'enfant. Dix femmes se sont donc retrouvées sans aucune protection contraceptive, ce qui équivaut à 4,2 % de notre population. Ce qui est cohérent avec le chiffre national qui est autour de 3 % pour les femmes n'utilisant pas de contraception alors qu'elle ne souhaitait pas être enceinte. [36]

Nous observons également que le motif principal d'arrêt de toute contraception est majoritairement la peur engendrée par le débat médiatique sur la pilule et que le motif principal de changement de contraception est le conseil d'un professionnel de santé. Les participantes qui ont décidé de changer de moyen de contraception après la polémique se sont orientées vers les COC de première ou de deuxième génération, gardant donc confiance en la pilule et ne se dirigeant pas vers une autre forme de contraception.

Sur les 81 femmes qui ont changé ou arrêté leur contraception, sept d'entre elles ont utilisé d'une contraception d'urgence après la polémique. Ce chiffre est faible sachant que l'ANSM décrit une augmentation globale de 4,7 % de la vente de contraceptifs d'urgence après la polémique. [35]

Aucune des grossesses non prévues signalées n'a débuté aux alentours de la polémique. Mais nous nous sommes intéressés à la raison de ces grossesses sous contraceptifs, toutes en lien avec un accident contraceptif (oubli de pilule ou de reprise, rupture du préservatif, pilule périmée) sauf a priori pour une participante qui a évoqué une hyper-fertilité. Les contextes exposés par les

participantes illustrent l'importance d'expliquer aux jeunes femmes l'intérêt de la contraception d'urgence et son utilisation dans un délai bref, dans chacune des consultations de suivi.

3.6 Profil contraceptif 2 ans après la polémique

Au moment de l'étude, 82,9% des femmes utilisaient une méthode contraceptive. Deux années après la polémique créée autour des pilules, l'usage de celle-ci reste prédominant. Lorsque le choix contraceptif est analysé en fonction des groupes d'âge, nous constatons que les COC de première ou deuxième génération sont la méthode contraceptive la plus utilisée aujourd'hui.

Type de contraception	Avant Décembre 2012	2 ans après la polémique
Pilule 1ère/2e génération	32,6 %	47,2 %
Pilule 3e/4e génération	50,3 %	20,1 %
Pilule progestative	3,7 %	8,5 %
Implant contraceptif	2,7 %	6,5 %
DIU au cuivre	1,1 %	6,5 %
Anneau vaginal	1,6 %	3 %
DIU hormonal	0 %	1,5 %
Préservatifs	3,2 %	5 %
Méthode naturelle	0,5 %	0,5 %

Tableau 5 : Comparaison du modèle contraceptif avant et après la polémique

Lorsque nous avons comparé le modèle contraceptif avant et après la polémique, nous avons constaté une augmentation des utilisatrices de pilules de

première ou deuxième génération et une diminution des utilisatrices de pilule de troisième ou quatrième génération. Nous avons également remarqué que le nombre d'utilisatrices de pilules avait diminué (86,6 % avant la polémique et 75,8 % actuellement). Dans notre population d'étude, les transferts de pilule de troisième ou quatrième génération vers les pilules de première ou deuxième génération ont eu une plus grande ampleur qu'au niveau national.[36] Nous pensons que cette différence est liée au fait que les jeunes femmes sont sensibles aux effets secondaires esthétiques et qu'avant la polémique, elles se sont orientées vers les COC de troisième ou quatrième génération qui avaient la réputation de donner moins d'effets indésirables, mais aussi parce qu'actuellement les professionnels respectent les recommandations en prescrivant des COC de première ou deuxième génération.

La nette diminution des utilisatrices de COC de troisième ou quatrième génération a profité de manière plus légère à l'implant contraceptif, à la pilule progestative et au DIU au cuivre.

Les femmes de 18 à 20 ans deux ans après la polémique sont passées sur les COC de première ou deuxième génération (58,7%) et l'usage du préservatif concerne 10,9 % des femmes tandis qu'avant la polémique, il concernait 5,7%. Les femmes âgées de 21 à 25 ans ont quant à elle délaissé les COC de troisième ou quatrième génération au profit du DIU au cuivre et des COC de première ou deuxième génération.

Ainsi donc, la polémique a eu un impact sur les conduites contraceptives des jeunes femmes de 18 à 25 ans, puisque leur profil contraceptif a évolué. Cependant, les transferts de COC vers les première et deuxième génération sont plus importants que dans la population nationale, chez les femmes de 15 à 49 ans.[36]

3.7 L'image de la contraception chez les jeunes femmes après la polémique

Nous avons remarqué que la survenue d'une grossesse non prévue est un fait inquiétant pour ces jeunes femmes. La grossesse est presque perçue comme un danger terrible menaçant leur vie et la contraception est vue comme la seule solution même si elle comporte des risques. Cet élément est intéressant lorsqu'il est comparé au fait qu'une augmentation de l'IVG est constatée chez les jeunes, alors que la couverture contraceptive est bonne, en France et que deux tiers des grossesses non prévues surviennent chez une femme utilisant une méthode contraceptive.[10,11]

Les femmes interrogées pensent majoritairement (60%) que la contraception n'est pas un élément dangereux actuellement. Ceci est concordant avec les études réalisées au niveau national qui n'ont pas constaté de désaffection envers la contraception. [36,37]

Majoritairement, les jeunes femmes pensent qu'une contraception prescrite correctement, c'est à dire en suivant les recommandations et quand les patientes suivent les consignes données, n'est pas dangereuse . Cependant, les jeunes femmes semblent avoir une certaine crédulité dans le sens où le danger n'existerait à leurs yeux que s'il est constaté par elles-mêmes ou par leur entourage.

Lorsque les femmes considèrent que la contraception est dangereuse, les motifs employés principalement sont : la présence d'effets secondaires trop importants, l'usage d'hormones de synthèse qui iraient à l'encontre de la nature du corps humain et enfin le manque de recul face aux méthodes contraceptives. Nous avons remarqué que les jeunes femmes accordaient beaucoup d'importance aux effets indésirables esthétiques notamment la prise de poids et que les effets secondaires qu'elles imputaient aux méthodes contraceptives

n'étaient pas toujours véritables. Il y a là un décalage, puisque le risque de phlébite qui est bien plus dangereux est d'une importance moindre face à l'esthétisme.

Bien que les patientes fassent confiance aux discours des professionnels de santé et malgré de nombreuses campagnes de prévention, de fausses croyances sur la contraception perdurent. La peur d'une stérilité future est importante dans notre population d'étude. Nous avons également noté que deux personnes pensaient que la pilule protégeaient des infections sexuellement transmissibles. Il serait donc intéressant d'organiser une nouvelle campagne de prévention utilisant des témoignages de jeunes femmes sur leurs fausses croyances et sur leur méthode contraceptive. Ceci permettrait éventuellement de réduire les appréhensions des femmes vis à vis de la contraception.

La peur des hormones et de leur effet néfaste sur le bon fonctionnement de l'organisme a été importante dans notre population d'étude (25,2%). Cependant, une étude réalisée après la polémique montre que 10 % des femmes françaises ont développé une peur des hormones, ce qui est relativement faible. [37] Ceci s'expliquerait peut-être par le fait que les jeunes femmes sont plus influençables et sensibles aux informations véhiculées par les médias.

Un des faits intéressant est que les jeunes femmes considèrent que la contraception est une chose nouvelle et qu'elles sont « une population test ». Il est donc possible que peu de femmes savent que la première pilule a été commercialisée il y a 58 ans. Pour les générations actuelles, la prise d'un contraceptif est plus vécue comme une contrainte qu'une liberté, telle qu'elle était perçue par les générations précédentes.



Ainsi sur les trois hypothèses formulées, la première qui supposait que les femmes de 18 à 20 ans avaient délaissé les COC pour l'usage du préservatif se trouvent infirmée puisque ces femmes se sont orientées vers les COC de première ou deuxième génération (58,7%).

La deuxième hypothèse qui était que les femmes âgées de 21 à 25 ans se seraient redirigées vers le DIU ou l'implant contraceptif, est partiellement validée puisqu'elles se sont prioritairement tournées vers le DIU au cuivre (8,5%) et les COC de première ou deuxième génération (43,8%), au détriment de l'implant contraceptif (6,5%) mais elles restent nombreuses sous COC de troisième ou quatrième génération (24,2%). Enfin, la dernière hypothèse émise était que les femmes avaient développé une méfiance contre les contraceptifs œstroprogestatifs faisant augmenter le nombre de femmes ayant choisi une absence de solution contraceptive. Cette hypothèse est invalidée puisque seules 5% ont arrêté toute contraception (en dehors d'un désir d'enfant) et que seulement une partie des femmes (25,2%) émet une méfiance vis à vis des contraceptifs œstroprogestatifs.

Conclusion

La majorité des femmes de 18 à 25 ans ont eu connaissance de la polémique sur la pilule. Deux années après celle-ci, nous avons observé une modification du modèle contraceptif français dans notre population d'étude. La pilule reste la méthode préférentiellement utilisée mais les utilisatrices de COC de première et deuxième génération sont majoritaires pour les femmes de 18 à 25 ans. Cependant, l'usage de méthodes alternatives comme le DIU séduit désormais plus de jeunes femmes, ce qui est en rapport avec les recommandations qui ne contre-indiquent plus les modèles short du DIU pour les nullipares.

Malgré le fait que le contenu de la polémique n'ait pas toujours été compris, aucune désaffection vis à vis de la contraception n'a été retrouvée. Cependant, les jeunes femmes ont développé une méfiance pour les méthodes hormonales. Cette méfiance n'a pas menée à une augmentation du nombre de personnes sans désir d'enfant, n'utilisant pas de contraception, ni même à une augmentation des grossesses non prévues.

Bien que les médias aient été une source importante d'information, certaines femmes ont su se tourner vers les professionnels de santé pour des compléments d'informations lorsqu'elles le souhaitaient. Nous avons donc constaté une grande confiance envers les professionnels de santé et en leur rôle de bienfaisance vis à vis de leurs patientes. Cela a mis en évidence l'importance d'un discours médical de qualité et adapté lors des consultations de prescription de contraception.

Le désir de trouver un praticien avec un discours adapté à chaque patiente et un discours de qualité face aux choix de celle-ci est partagé par les femmes d'aujourd'hui. Nous voyons apparaître des sites sur lesquelles les patientes échangent leur expérience lors des consultations mais également commentent les actes réalisés par le professionnel avec notamment la possibilité de pouvoir avoir un DIU pour les nullipares. Il serait donc intéressant de voir si les choix des patientes sont respectés et de connaître leur ressenti après une consultation. Ceci permettrait de réaliser des consultations plus orientées pour ces jeunes femmes.

Cette étude cherchait à établir un état des lieux des pratiques contraceptives deux ans après la polémique, et à déterminer le regard des jeunes femmes sur la contraception quel que soit leur mode contraceptif au moment de la polémique. Il nous paraîtrait intéressant de pouvoir cibler, par la suite, les femmes étant sous contraceptif hormonal autre que les COC de troisième ou quatrième génération pour voir les changements contraceptifs non justifiés.

Bibliographie

- [1] **Haute Autorité de Santé**, *Fiche mémo : Contraception chez l'adolescente*, Juillet 2013, Mise à jour Janvier 2015
- [2] **Haute Autorité de Santé**, « *Fiche mémo : Contraception chez la femme adulte en âge de procréer* », Juillet 2013, Mise à jour Janvier 2015
- [3] **Haute Autorité de Santé**, *Fiche mémo : Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse* Juillet 2013, Mise à jour Janvier 2015
- [4] **Haute Autorité de Santé**, « *Fiche mémo : Contraception chez la femme en post-partum*», Juillet 2013, Mise à jour Janvier 2015
- [5] **Haute Autorité de Santé**, *Fiche mémo : Contraception : prescription et conseils aux femmes*, Juillet 2013, Mise à jour Janvier 2015
- [6] **Haute Autorité de Santé**, *Fiche mémo : Contraception chez l'homme*, Avril 2013
- [7] **Haute Autorité de Santé**, *Fiche mémo : Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme* , Avril 2013
- [8] **Haute Autorité de Santé**, *Fiche mémo : Contraception d'urgence* , Décembre 2013
- [9] **ANSM**, *Lettre aux professionnels de santé, contraceptifs oraux combinés et risque de thrombose veineuse : Préférez les pilules de 2^{ème} génération contenant du lévonorgestrel*, Octobre 2012
- [10] **Aubin C, Jourdain Menninger D**, *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*, Inspection générale des affaires sociales, octobre 2009, p.1-99

[11] **Moisy Muriel**, *Les IVG chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante*, Revue française des affaires sociales, 2011/1 n° 1, p. 162-198.

[12] **J.Lansac**, *Histoire de la contraception*, CNGOF, conférence de 2007

[13] **S. Marie Harvey and all**, *A new look at an old method : the diaphragm*, *Perspectives on sexual and reproductive health*, Vol 35, numéro 6, Novembre-Décembre 2004

[14] **H. Youssef**, *The history of the condom*, *Journal of the royal society of medicine*, Vol 86, Avril 1993

[15] **Direction générale de la santé**, *Stratégie d'actions en matière de contraception*, Janvier 2007

[16] **Bayer**, *50 years of the pill : history of the pill*, 2007

[17] **S. Efron**, *Japan OKs birth control pill after decades of delay*, Los Angeles Times, Juin 1999

[18] **H. Levesque**, *Contraception oestroprogestative et risque thromboembolique : des faits cliniques aux conséquences médiatiques*, Revue de médecine interne, 2013

[19] **C. Kirk and all**, *Reproductive rights around the world*, Slate, http://www.slate.com/articles/news_and_politics/map_of_the_week/2013/05/abortion_and_birth_control_a_global_map.html (page consultée le 25 Avril 2015)

[20] Assemblée nationale, Site de l'assemblée nationale, 1967 : la légalisation de la pilule, http://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967_legalisation_pilule/index.asp (page consultée le 20 Avril 2015)

[21] Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, Contraception hormonale, <http://www.chups.jussieu.fr/polys/pharmaco/poly/contracep.html> (page consulté le 2 mai 2015)

[22] Lee P. Shulman, MD , The state of hormonal contraception today: benefits and risks of hormonal contraceptives: combined estrogen and progestin contraceptives AJOG,2011

[23] Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Pilules de 3ème et 4ème générations (contraceptifs oraux combinés), <http://www.sante.gouv.fr/pilules-de-3eme-et-4eme-generation-contraceptif-oraux-combines.html> (page consultée le 2 Mai 2015)

[24] **ANSM**, *EVRA (patch contraceptif) et risque de thrombose veineuse : préférer un contraceptif oral combiné (COC) de 1ère ou 2ème génération*, Rapport du 25 Fevrier 2013

[25] **ANSM**, *Anneau vaginal Nuvaring : Risque de thrombose veineuse ou artérielle associé à cette contraception estroprogestative*, Rapport du 30 Mai 2013

[26] **Serfaty D., Gabriel R., Leclercq I.** *Contraception par estroprogestatifs*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie, 700-A-30, 2009.

[27] **B.H. Stegeman and all**, *Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis* , BMJ 2013;347:f5298

[28] **HAS**, *Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les « pilules » de 1re ou 2e génération* , Novembre 2012

[29] **L. H. Nielsen, C. W . Skovlund, F E Skjeldestad, E Løkkegaard**. *Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study*. BMJ 2011;343:d6423

[30] **AvH Vlieg, FM Helmerhorst, JP Vandenbroucke, CJM Doggen, FR Rosendaal**. *The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study*. BMJ 2009;339:b2921

[31] **Lidegaard, Løkkegaard, Svendsen, Agger**. *Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study*, BMJ 2009;339:b2890

[32] **S Mantha, R Karp, V Raghavan, N Terrin, K A Bauer, J Zwicker**. *Assessing the risk of venous thromboembolic events in women taking progestin-only contraception: a meta-analysis* . BMJ 2012;345:e4944

[33] **Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, équipe Fecond**. *La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?* Population et Sociétés septembre 2012 ; numéro 492 : p. 1-4

[34] **INED**, Contraception, <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/principale-methode-contraceptive/> (page consultée le 3 Mai 2015)

[35] **ANSM**. *Evolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés (COC) et autres contraceptifs de décembre 2012 à août 2013* . Rapport du 26 Septembre 2013

[36] **Nathalie Bajos, Mylène Rouzaud-Cornabas, Henri Panjo, Aline Bohet, Caroline Moreau et l'équipe Fécond** , *La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ?* Population et Sociétés, Mai 2014 ; numéro 511

[37] **TF1**, site de TF1 news, *Contraception : 40 % des françaises ont changé d'avis sur la pilule*, <http://lci.tf1.fr/france/societe/contraception-une-seconde-etude-sur-les-nouvelles-habitudes-8419997.html> (page consultée le 6 mai 2015)

[38] **INSEE**, *Population totale par sexe et âge au 1er Janvier 2015, France*, http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo®_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm (page consultée le 1er juin 2015)

[39] **Marion Larat**, *La pilule est amère*, Edition Stock, 2013



Annexes

Annexe I : Questionnaire

Bonjour Madame,

Je suis actuellement étudiante sage-femme à l'université de Saint Quentin en Yvelines (78). Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une étude sur les habitudes contraceptives des femmes âgées de 18 à 25 ans.

Pour mener à bien ce travail, j'ai réalisé ce questionnaire dont l'objectif est de faire un état des lieux des pratiques contraceptives.

L'aboutissement de ce mémoire repose sur votre participation, c'est pour cela que je me permets de vous solliciter aujourd'hui.

Ce questionnaire est destiné aux femmes âgées de 18 à 25 ans, prenant actuellement ou ayant déjà pris un moyen de contraception. Ce questionnaire est anonyme et ne prend que quelques minutes.

Je vous remercie d'avance pour votre participation.

Marine DIJOUX

marine.dijoux@hotmail.fr

Questionnaire destiné aux femmes lors de leur suivi gynécologique

• **Quel âge avez -vous ?**

- 18 19 20 21
 22 23 24 25

• **Quelle est votre situation personnelle ?**

- Étudiante Mère au foyer En recherche d'emploi
 Salariée Autre, préciser :

• **Avez- vous entendu parler de la polémique sur les contraceptifs ?**

- Oui
 Non

• **Si oui, par qui ? (plusieurs réponses sont possibles)**

- Médias Médecin traitant
 Gynécologue Sage-femme
 Amis Site internet, préciser :

Autre, préciser :



- **Pour vous, la polémique sur la contraception concerne quels effets secondaires ? (plusieurs réponses sont possibles)**

- Risque de diabète
- Risque de cancers
- Risque d'accident vasculaire cérébral (AVC)
- Risque de phlébite
- Risque d'embolie pulmonaire
- Risque cardiaque
- Risque de stérilité
- Autres, préciser :

- **Avez-vous cherché à avoir des informations sur les méthodes contraceptives, après cette polémique ?**

- Oui
- Non

- **Si oui, par qui ? (plusieurs réponses sont possibles)**

- Médias
- Gynécologue
- Amis
- Médecin traitant
- Sage-femme
- Site internet, préciser :

Autre, préciser :

• **Si non, pourquoi ? (plusieurs réponses sont possibles)**

- Vous ne vous sentiez pas concernée
- Vous pensiez être bien informée sur les méthodes contraceptives
- Vous n'avez pas cru à la polémique
- Autres, préciser :

• **Utilisiez-vous une méthode contraceptive avant la polémique ayant eu lieu en décembre 2012 ?**

- Oui
- Non

• **Si oui, laquelle ?**

- Implant
 - Stérilet au cuivre
 - Patch
 - Cape, diaphragme
 - Préservatif
 - Ligature des trompes
 - Autres, préciser :
- Stérilet hormonal
 - Anneau vaginal
 - Pilule, laquelle :
 - Méthode naturelle, laquelle:
 - Spermicide
 - Le depo provera (injection d'hormones tous les 3 mois)

• **Utilisez-vous une méthode contraceptive actuellement ?**

Oui

Non

• **Si oui, laquelle ?**

Implant

Stérilet au cuivre

Patch

Cape, diaphragme

Préservatif

Ligature des trompes

Autres, préciser :

Stérilet hormonal

Anneau vaginal

Pilule, laquelle :

Méthode naturelle, laquelle:

Spermicide

Le depo provera (injection d'hormones tous les 3 mois)

• **Suite à cette polémique, vous avez :**

Gardé votre contraception

Changé de contraception par vous-même

Changé de contraception suite à une prescription d'un médecin traitant

Changé de contraception suite à une prescription d'un gynécologue

Changé de contraception suite à une prescription d'une sage-femme

Arrêté votre contraception

Autres, préciser :

Si vous avez gardé votre contraception : passez à la question n° 24

Si vous avez changé de contraception : passez à la question n° 15

Si vous avez arrêté votre contraception : passez à question n° 20



- **Si vous avez changé de contraception après cette polémique, pourquoi avoir changé ? (plusieurs réponses sont possibles)**

- Par peur
- Suite aux nouvelles recommandations sur la contraception
- Suite aux informations que vous avez reçues sur la contraception
- Suite aux conseils d'un médecin traitant
- Suite aux conseils d'une sage-femme
- Suite aux conseils d'un gynécologue
- Autres, préciser :

- **Si vous avez changé de contraception après cette polémique, laquelle avez-vous adoptée ?**

- Implant
- Stérilet au cuivre
- Patch
- Cape, diaphragme
- Préservatif
- Ligature des trompes
- Autres, préciser :
- Stérilet hormonal
- Anneau vaginal
- Pilule, laquelle :
- Méthode naturelle, laquelle:
- Spermicide
- Le depo provera (injection d'hormones tous les 3 mois)

- **Si vous avez changé votre contraception suite à cette polémique, avez-vous eu recours à une contraception d'urgence (pillule du lendemain ou pose de stérilet en urgence) ?**

Oui

Non

- **Si vous avez changé votre contraception, avez vous eu une grossesse non prévue depuis ?**

Oui

Non

- **Si oui, cette grossesse non prévue a-t-elle mené :**

Préciser la date de début de grossesse :

À une mort fœtale in utero

À une interruption médicale de grossesse

À une fausse couche

À une naissance

À une interruption volontaire de grossesse

- **Si vous avez stoppé votre contraception suite à cette polémique, pourquoi cet arrêt ? (plusieurs réponses possibles)**

- Par peur
- Suite aux nouvelles recommandations sur la contraception
- Suite aux informations que vous avez reçues sur la contraception
- Suite aux conseils d'un médecin traitant
- Suite aux conseils d'une sage-femme
- Suite aux conseils d'un gynécologue
- Autres, préciser :

- **Si vous avez stoppé votre contraception suite à cette polémique, avez – vous eu recours à une contraception d'urgence (pilule du lendemain ou pose de stérilet en urgence) ?**

- Oui
- Non

- **Si vous avez stoppé votre contraception, avez-vous eu une grossesse non prévue depuis ?**

- Oui
- Non

- **Si vous avez eu une grossesse non prévue, celle-ci a-t-elle mené :**

Préciser la date de début de grossesse :

- À une mort fœtale in utero
- À une interruption médicale de grossesse
- À une fausse couche
- À une naissance
- À une interruption volontaire de grossesse

- **Avez-vous déjà été enceinte sous contraception ?**

- Oui
- Non

- **Si oui, dans quel contexte ? préciser la date :**

- Oubli de reprise de la méthode contraceptive après les règles
- Rupture du préservatif
- Lors d'une transition vers une autre méthode contraceptive
- Implant étant posé depuis plus de 3 ans
- Stérilet posé depuis plus de 5 ans
- Oubli de pilule
- Autres, préciser :

- **Pensez-vous aujourd'hui que la contraception est dangereuse ?**



Oui

Non

- **Si oui, pourquoi ?**

- **Si non, pourquoi ?**