



HAL
open science

La délivrance de l'information par le professionnel de santé à la patiente à propos de contraception : une étude descriptive transversale

Leslie Sgorlon

► To cite this version:

Leslie Sgorlon. La délivrance de l'information par le professionnel de santé à la patiente à propos de contraception : une étude descriptive transversale. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02883692

HAL Id: dumas-02883692

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02883692v1>

Submitted on 29 Jun 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

pour obtenir le titre de

Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

par

SGORLON LESLIE

Le 15 octobre 2019

**« LA DELIVRANCE DE L'INFORMATION PAR LE
PROFESSIONNEL DE SANTE A LA PATIENTE A PROPOS DE
CONTRACEPTION : UNE ETUDE DESCRIPTIVE
TRANSVERSALE. »**

Directeur de thèse : Dr Guillaume MARIEN, Docteur en médecine générale

Jury :

Président : M. Vincent LETOUZEY, Professeur des Universités, Praticien hospitalier en Gynécologie-Obstétrique

Assesseurs :

M. Philippe LAMBERT, Professeur des Universités, Docteur en médecine générale

Mme Françoise PARIS, Professeur des Universités, Praticien hospitalier en Endocrinologie pédiatrique

M. Guillaume MARIEN, Docteur en médecine générale

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

pour obtenir le titre de

Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

par

SGORLON LESLIE

Le 15 octobre 2019

**« LA DELIVRANCE DE L'INFORMATION PAR LE
PROFESSIONNEL DE SANTE A LA PATIENTE A PROPOS DE
CONTRACEPTION : UNE ETUDE DESCRIPTIVE
TRANSVERSALE. »**

Directeur de thèse : Dr Guillaume MARIEN, Docteur en médecine générale

Jury :

Président : M. Vincent LETOUZEY, Professeur des Universités, Praticien hospitalier en Gynécologie-Obstétrique

Assesseurs :

M. Philippe LAMBERT, Professeur des Universités, Docteur en médecine générale

Mme Françoise PARIS, Professeur des Universités, Praticien hospitalier en Endocrinologie pédiatrique

M. Guillaume MARIEN, Docteur en médecine générale

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
 ALRIC Robert
 ARNAUD Bernard
 ASTRUC Jacques
 AUSSILLOUX Charles
 AVEROUS Michel
 AYRAL Guy
 BAILLAT Xavier
 BALDET Pierre
 BALDY-MOULINIER Michel
 BARMES Jean-Louis
 BARMES Pierre
 BANSARD Nicole
 BAYLET René
 BILLIARD Michel
 BLARD Jean-Marie
 BLAYAC Jean Pierre
 BLOTMAN Francis
 BONNEL François
 BOUDET Charles
 BOURGEOIS Jean-Marie
 BRUEL Jean Michel
 BUREAU Jean-Paul
 BRUNEL Michel
 CALLIS Albert
 CANAUD Bernard
 CASTELNAU Didier
 CHAPTAL Paul-André
 CIURANA Albert-Jean
 CLOT Jacques
 D'ATHIS Françoise
 DEMAILLE Jacques
 DESCOMPS Bernard
 DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard
 DUMAS Robert
 DUMAZER Romain
 ECHENNE Bernard
 FABRE Serge
 FREREBEAU Philippe
 GALIFER René Benoît
 GODLEWSKI Guilhem
 GRASSET Daniel
 GROLLEAU-RAOUX Robert
 GUILHOU Jean-Jacques
 HERTAULT Jean
 HUMEAU Claude
 JAFFIOL Claude
 JANBON Charles
 JANBON François
 JARRY Daniel
 JOYEUX Henri
 LAFFARGUE François
 LALLEMANT Jean Gabriel
 LAMARQUE Jean-Louis
 LAPEYRIE Henri
 LESBROS Daniel
 LOPEZ François Michel
 LORIOT Jean
 LOUBATIERES Marie
 Madeleine
 MAGNAN DE BORNIER
 Bernard
 MARY Henri
 MATHIEU-DAUDE Pierre
 MEYNADIER Jean
 MICHEL François-Bernard
 MICHEL Henri

MION Charles
 MION Henri
 MIRO Luis
 NAVARRO Maurice
 NAVRATIL Henri
 OTHONIEL Jacques
 PAGES Michel
 PEGURET Claude
 PELISSIER Jacques
 POUGET Régis
 PUECH Paul
 PUJOL Henri
 PUJOL Rémy
 RABISCHONG Pierre
 RAMUZ Michel
 RIEU Daniel
 RIOUX Jean-Antoine
 ROCHEFORT Henri
 ROSSI Michel
 ROUANET DE VIGNE LAVIT
 Jean Pierre
 SAINT AUBERT Bernard
 SANCHO-GARNIER Hélène
 SANY Jacques
 SEGARBIEUX François
 SENAC Jean-Paul
 SERRE Arlette
 SIMON Lucien
 SOLASSOL Claude
 THEVENET André
 VIDAL Jacques
 VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
 BLANC François
 BOULENGER Jean-Philippe
 BOURREL Gérard
 BRINGER Jacques
 CLAUSTRES Mireille
 DAURES Jean-Pierre
 DAUZAT Michel
 DEDET Jean-Pierre
 ELEDJAM Jean-Jacques
 GUERRIER Bernard
 JOURDAN Jacques

MARES Pierre
 MAURY Michèle
 MILLAT Bertrand
 MAUDELONDE Thierry
 MONNIER Louis
 PREFAUT Christian
 PUJOL Rémy
 SULTAN Charles
 TOUCHON Jacques
 VOISIN Michel
 ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
 CAMU William-Neurologie
 CANOVAS François-Anatomie
 CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
 CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
 CORBEAU Pierre-Immunologie
 COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
 CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
 DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
 DAUVILLIERS Yves-Physiologie
 DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
 DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
 DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
 DE VOS John – Cytologie et histologie
 DROUPY Stéphane -Urologie
 DUCROS Anne-Neurologie
 GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
 HAYOT Maurice - Physiologie
 KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
 KOENIG Michel-Génétique moléculaire
 LABAUGE Pierre- Neurologie
 LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
 LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
 LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
 LECLERCQ Florence-Cardiologie
 LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
 LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
 LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
 MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
 MATECKI Stéfan -Physiologie
 MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
 MOREL Jacques - Rhumatologie
 MORIN Denis-Pédiatrie
 NAVARRO Francis-Chirurgie générale
 PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
 PÉRNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 PRUDHOMME Michel - Anatomie
 PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
 PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
 PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
 QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
 SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
 TOUITOU Isabelle-Génétique
 TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
 VERNHET Héléne-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSEMAT Eric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
 CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
 CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 CAPTIER Guillaume-Anatomie
 CAYLA Guillaume-Cardiologie
 COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
 COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
 COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
 DAIEN Vincent-Ophthalmologie
 DORANDEU Anne-Médecine légale -
 DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
 FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
 FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
 GENEVIEVE David-Génétique
 GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
 GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
 HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
 HOUËDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
 JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
 JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
 KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
 KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
 LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
 LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
 LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
 LONJON Nicolas - Neurologie
 LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 LUKAS Cédric-Rhumatologie
 MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
 MORANNE Olivier-Néphrologie
 NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
 NOCCA David-Chirurgie digestive
 PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
 PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
 PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
 PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
 POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
 RIVIER François-Pédiatrie
 ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
 ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
 ROUBILLE François-Cardiologie
 SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
 SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
 SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
 STOEBSNER Pierre – Dermato-vénéréologie
 SULTAN Ariane-Nutrition
 THOUVENOT Éric-Neurologie
 THURET Rodolphe-Urologie
 VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
 VILLAIN Max-Ophtalmologie
 VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 VINCENT Thierry-Immunologie
 WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Au Dr Guillaume Marien, mon directeur de thèse et de mémoire, maître de stage universitaire, pour m'avoir encadrée dans ce travail malgré les bonnes nouvelles de la vie parfois prenantes. Merci également de m'avoir fait découvrir à travers ta pratique tant d'humanité et de bienveillance.

Aux membres du jury, Pr Vincent Letouzey, Pr Philippe Lambert et Pr Françoise Paris, je vous remercie sincèrement d'apporter votre expérience à la critique de ce travail. C'est un honneur pour moi et je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

Aux docteurs Charlie Nogrel, Marie-Laure Pons, Aude Goron, et aux sages-femmes Julie Marnas Levy et Alexandra Mathias, qui ont pris le temps de diffuser mon questionnaire dans leurs cabinets et ainsi contribuer à ce travail.

A la journaliste Sabrina Debusquat, créatrice du #Payetacontraception, qui m'a aidée à diffuser mon questionnaire auprès des patientes sur les réseaux sociaux et a ainsi donné une plus grande ampleur à ce travail.

Aux patientes ayant pris le temps de répondre à mon questionnaire, sans qui ce travail n'aurait pu aboutir.

A tous mes chefs, co-internes, co-externes et externes qui ont croisé ma route durant mes stages et auprès desquels je me suis forgée une expérience.

A mes très chers parents, qui m'ont soutenue tout au long de mon parcours et ont toujours été présents pour moi. Malgré des épreuves difficiles, nous voilà aujourd'hui soudés. Merci pour tout ce que vous avez accompli pour moi, pour votre générosité, votre grand cœur, votre aide inconditionnelle, votre disponibilité, votre amour. Je ne saurais jamais assez vous remercier pour tout ça. Et l'amour que je vous porte dépasse ce que je peux exprimer.

A mon frère Matthieu, après des chamailleries, des pleurs, des rires, des découvertes à travers nos voyages en camping-car, des moments de complicité, nous avons grandi et aujourd'hui tu me portes ton admiration. Je suis fière de ton parcours accompli et te souhaite tout le bonheur du monde auprès de ta petite famille, Aurélie et Julia.

A mes grands-parents partis trop tôt, et à toi **ma petite mamie**, qui m'avait prédit ce bel avenir et qui aurait été si fière de partager ce moment à mes côtés.

A Simon, pour ton amour et ton soutien inconditionnel. Mon petit caractère n'est pas toujours facile à vivre comme tu me le dis souvent, mais j'ai découvert en toi une magnifique personne, tu m'apportes tant tous les jours. Je vous souhaite un bel avenir, main dans la main.

A mes amis landais, Emeline, Joseph, Jules, Lucile, Margot, Mathilde, Micka, Nico, auprès desquels je suis devenue adulte et avec qui on a fait les 400 coups. Vous avez suivi mon parcours depuis le début, m'avez toujours soutenue et je vous en serais éternellement reconnaissante. A nos belles années d'amitié !

Et à celle qui me suit depuis mes premiers pas, ma chère **Mathilde**, merci pour ton soutien et ton amitié inconditionnels, merci d'avoir toujours été auprès de moi dans toutes les étapes de ma vie, les plus joyeuses comme les plus dures. Tu es une personne au grand cœur, toujours à l'écoute, qui a accompli de grandes choses, Maître. Je suis fière de ton parcours, fière d'être ton amie et je sais que dans quelques années, nous serons assises sur un banc à nous remémorer ces beaux souvenirs avec nos cheveux gris (et ta tignasse de lionne).

A mes copines d'internat, Ashley, Gaëlle, Garance, Laureen, Laurie, Maria, Marine, Maryse, Myriam. Quelle magnifique découverte et quelle superbe amitié ! La team des docteurs a encore de belles années devant elle.

Particulièrement merci à mes deux zouz **Maryse et Ashley**, qui ont su m'épauler dans la réalisation de ce travail. Votre aide et votre soutien ont été si précieux, je vous serais éternellement reconnaissante d'avoir été présentes dans les moments difficiles et de découragement et d'avoir su me booster.

A mes amis montpelliérains, Jules, Laura et Mallory, qui ont su me divertir de la médecine quand j'en avais besoin, à travers des parties endiablées de belote et autres soirées autour d'un bon vin.

A mes amis d'externat, Apolline, Camille, Clarène, François, Greg, Mailis, Maréva, Marilou, Maxime, Pauline, Stéphane, qui étaient là au début de mon parcours et pour qui c'est toujours un plaisir de retrouver même après tant d'années.

Table des matières

1. Introduction	14
2. Etat des lieux des pratiques contraceptives en France	16
2.1. <i>Moyens contraceptifs</i>	16
2.1.1. METHODES CONTRACEPTIVES FEMININES HORMONALES	16
2.1.2. METHODES CONTRACEPTIVES FEMININES NON HORMONALES	18
2.1.3. METHODES CONTRACEPTIVES MASCULINES	20
2.1.4. EFFICACITES THEORIQUE ET PRATIQUE	21
2.2. <i>Epidémiologie</i>	21
2.3. <i>Représentations socio-culturelles et freins du côté des professionnels de santé</i>	25
2.4. <i>Consultation de contraception</i>	27
2.4.1. RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE DU CNGOF	28
2.4.2. RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE DE L'HAS	32
3. Matériel et méthodes	33
3.1. <i>Type de l'étude</i>	33
3.2. <i>Population de l'étude</i>	33
3.2.1. POPULATION CIBLE	33
3.2.2. POPULATION SOURCE	33
3.2.3. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	33
3.3. <i>Critères de jugement</i>	34
3.4. <i>Recueil des données</i>	35
3.4.1. CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE	35
3.4.2. DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE	38
3.4.3. AUTORISATION PARENTALE	39
3.5. <i>Analyse des données</i>	39
4. Résultats	41
4.1. <i>Flow chart</i>	41
4.2. <i>Caractéristiques de la population</i>	43
4.3. <i>Intervenants en matière de contraception</i>	43

4.4.	<i>Connaissance de la patiente avant consultation</i>	45
4.5.	<i>Information par le professionnel de santé à la patiente</i>	47
4.5.1.	MOYENS CONTRACEPTIFS RENSEIGNES	47
4.5.2.	DIU ET PARITE.	49
4.5.3.	PRESENTATION CATEGORISEE DES METHODES CONTRACEPTIVES	49
4.5.4.	SUPPORT DE PRESENTATION ET REMISE DE DOCUMENTATION	50
4.5.5.	ASPECT PRATIQUE, RISQUES ET COUT	51
4.6.	<i>Personnalisation de la consultation</i>	52
4.7.	<i>Ressenti en fin de consultation</i>	53
4.8.	<i>Consultation de renouvellement de contraception</i>	53
5.	Discussion	54
5.1.	<i>Validité interne : limites</i>	54
5.2.	<i>Validité externe</i>	55
5.3.	<i>A l'heure actuelle et dans l'avenir</i>	56
6.	Conclusion	59
7.	Références bibliographiques	60
8.	Annexes	64
9.	Serment d'Hippocrate	72
10.	Permis d'imprimer	73

LISTE DES ABREVIATIONS

AP : accord professionnel

CNGOF : Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français

DIU : dispositif intra-utérin

EBM : *Evidence Base Medecine*

FSH : *Follicle Stimulating Hormone* ou hormone folliculo-stimulante

HAS : Haute Autorité de Santé

IC95% : intervalle de confiance à 95%

LH : *Luteinizing Hormone* ou hormone lutéinisante

NP1 : niveau de preuve 1

NP2 : niveau de preuve 2

NP4 : niveau de preuve 4

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : odds ratio

aOR : odds ratio ajusté

RRR : réduction du risque relatif

1. Introduction

Les principes de droit à la contraception et à l'information, ainsi que l'accès à une contraception adaptée ont été affirmés respectivement par la loi Neuwirth du 28 décembre 1967(1) et la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique(2).

Malgré une prévalence contraceptive élevée et une forte médicalisation du recours à la contraception, il subsiste un nombre important d'échecs de la contraception en France(3) : en effet, une grossesse sur trois est déclarée « non prévue », dont deux tiers surviennent sous contraception. Ce dernier résultat s'explique notamment par l'écart qui existe entre l'efficacité théorique d'une méthode contraceptive et son efficacité pratique dans les conditions d'utilisation courante (en particulier pour les méthodes qui nécessitent une utilisation à chaque rapport sexuel ou une observance rigoureuse).

La contraception en France reste une contraception principalement féminine, laissant peu de place au couple et aux hommes(4).

Les derniers chiffres rapportés par la HAS en 2013(3) montrent que la pilule reste la méthode contraceptive la plus utilisée (45 % des femmes concernées par la contraception).

En ce qui concerne la prescription de contraception en France(5), elle n'est que faiblement corrélée au souhait des femmes, en particulier en ce qui concerne les méthodes hormonales et le DIU qui sont plus le fait d'une recommandation du prescripteur que le choix de la patiente(6). Ainsi, une orientation trop importante dans le discours du praticien pourrait limiter les choix contraceptifs. La conséquence directe de ceci pouvant être la mauvaise adhésion, voire la non-utilisation du moyen contraceptif.

En effet, il a été démontré qu'un modèle paternaliste n'était pas adapté car afficher son choix contraceptif diminue la satisfaction des femmes (NP1) et pourrait diminuer la persistance contraceptive (NP4).

Au contraire, la structuration et la personnalisation de la consultation permet une amélioration du choix contraceptif et aurait une conséquence directe sur la persistance de l'utilisation du moyen contraceptif prescrit à la femme (AP).

Il a donc été remarqué que l'efficacité des méthodes contraceptives était étroitement liée au consentement des partenaires pour une utilisation optimale et au niveau de satisfaction de la femme et du couple. Ainsi, il apparaît essentiel que les utilisateurs soient informés des différentes méthodes contraceptives, qu'ils reçoivent des conseils sur leur utilisation correcte et qu'ils soient pleinement impliqués dans le choix d'une méthode de sorte qu'elle soit adaptée à leurs besoins et à leur mode de vie. Cela doit concerner les hommes aussi bien que les femmes, la contraception ne devant pas être la seule affaire des femmes.

Les soignants prescripteurs de contraception (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes et internes principalement) délivrent-ils une information exhaustive concernant les différents moyens de contraception existants aux femmes en âge de procréer lors de leur consultation ?

L'objectif principal de cette étude était d'analyser la délivrance de l'information sur les différents moyens contraceptifs existants aux patientes en âge de procréer par les principaux prescripteurs de contraception (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes) lors de leur consultation en soins primaires. Les objectifs secondaires étaient d'analyser le ressenti des patientes sur l'information reçue lors de la consultation ayant abouti à leur choix contraceptif, ainsi que d'analyser l'information donnée lors d'une consultation de renouvellement ou suivi contraceptif autour de la satisfaction du moyen en cours d'utilisation.

2. Etat des lieux des pratiques contraceptives en France

2.1. *Moyens contraceptifs*

La contraception est définie selon l’OMS comme l’utilisation d’agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l’éviter(7).

Actuellement, le panel de moyens contraceptifs à disposition en France est large puisque l’on dénombre pas moins de 19 méthodes existantes. Nous allons en faire une brève présentation(8)(9) ainsi que leur historique(10).

2.1.1. METHODES CONTRACEPTIVES FEMININES HORMONALES

La pilule contraceptive a été mise au point par l’américain Grégory Pincus en 1954, avant d’obtenir aux Etats-Unis son autorisation de mise sur le marché en 1957 et sa commercialisation en 1960. En France, elle est introduite en 1961 (sans que ses propriétés contraceptives ne soient mentionnées, afin de contourner la loi), avant d’être libéralisée en 1967 grâce à la loi Neuwirth et d’être remboursée par la Sécurité sociale en 1974 grâce à la loi du 4 décembre 1974 (projet de Simone Veil, visant à permettre son accès aux classes les plus populaires et d’en faire ainsi une pratique médicale commune).

On distingue :

- la pilule oestroprogestative ou combinée : composée pour la plupart d’un oestrogène de synthèse, l’éthinylestradiol (mais depuis 2009, utilisation également d’un estradiol naturel, le valérate d’estradiol) et d’un progestatif de synthèse (variant selon les générations), son mécanisme est triple : blocage de l’ovulation, modification de l’endomètre et de la glaire cervicale ;
- la pilule microprogestative : composée uniquement d’un progestatif de synthèse (le désogestrel ou le lévonorgestrel), elle modifie également l’endomètre et la glaire cervicale. Le blocage de l’ovulation est quant à lui fonction du progestatif utilisé.

Si les pilules de 2^{ème} génération et progestatives sont remboursées à hauteur de 65% par l'Assurance Maladie, les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération ne le sont plus depuis mars 2013.

C'est en 1928 qu'Ernst Gräfenberg, sexologue allemand, invente le premier stérilet qui se présente sous la forme d'un anneau d'argent, fil d'argent enroulé en spirale.

Apparu en 2002 en France, le DIU hormonal se présente sous forme d'un « T » possédant un réservoir qui contient un progestatif de synthèse, le lévonorgestrel, et qui va être libéré de manière prolongée. Son mécanisme est double : épaissement de la glaire cervicale prévenant le passage cervical des spermatozoïdes et atrophie de l'endomètre empêchant une éventuelle nidation. Son taux de remboursement par l'Assurance Maladie est de 65%.

Les injections trimestrielles de progestatifs, commercialisées en France à partir de 1983(11), se composent uniquement d'un progestatif de synthèse, le médroxyprogestérone, qui entraîne un blocage de l'ovulation et une modification de la glaire cervicale. Cette méthode est remboursée à 65% par l'Assurance Maladie.

Apparu sur le commerce français en 2001(12), l'implant se présente sous la forme d'un bâtonnet cylindrique en plastique souple de 4 cm de long et 2 mm de diamètre (la taille d'une allumette). Contenant un progestatif de synthèse, l'étonogestrel, il va ainsi entraîner un blocage de l'ovulation. Il est remboursé à 65% par l'Assurance Maladie.

Le patch, commercialisé en France en 2003(13), mesure 20 cm² (4,5 cm x 4,5 cm) et est de couleur beige. Contenant des hormones oestroprogestatives à dose équivalente à celle d'une pilule minidosée, il est responsable des trois actions suivantes : blocage de l'ovulation, modification de l'endomètre et de la glaire cervicale. Il n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

Mis sur le marché français en 2004(14), l'anneau vaginal se présente sous la forme d'un anneau souple et transparent de 54 mm de diamètre. Minidosé, il contient une association d'hormones : un estrogène (l'éthinylestradiol) et un

progestatif (l'étonogestrel), responsables d'un blocage de l'ovulation. Il n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

2.1.2. METHODES CONTRACEPTIVES FEMININES NON HORMONALES

Apparu en 1969, le DIU au cuivre se présente sous forme d'un « T » en plastique avec un ou plusieurs manchons de cuivre. Il existe également une association cuivre-argent. Son mécanisme d'action est double : action mécanique au niveau de l'endomètre en entraînant une réaction inflammatoire et empêchant ainsi la nidation, modification de la glaire cervicale entraînant une diminution de la mobilité des spermatozoïdes. Il est remboursé à 65% par l'Assurance Maladie.

Les méthodes dites « barrières » ont pour objectif d'empêcher le passage des spermatozoïdes dans la cavité utérine.

On distingue :

- la cape cervicale : mise au point en 1830 par le gynécologue allemand Friedrich A. Wilde, elle fut la première protection pour les femmes. Elle se présente sous la forme d'un capuchon en silicone et n'est pas remboursée par l'Assurance Maladie ;
- le diaphragme : inventé en 1880 par Mr Hesse, il se présente sous la forme d'une coupelle en caoutchouc (latex ou silicone) montée sur un anneau flexible, de différentes tailles (déterminée en fonction de la taille du vagin) et réutilisable. Il s'utilise en association avec un spermicide. L'Assurance Maladie prend en charge 3,14 euros de son prix total (aux alentours de 60 euros) ;
- les spermicides : ce sont les recherches du Pr Gustav Gunther qui permettent leur commercialisation en 1906. Existants sous 4 formes différentes (crème, ovules, tampons et éponges), ils contiennent le plus fréquemment du chlorure de benzalkonium qui a une action spermicide via immobilisation de la queue et éclatement de la tête du spermatozoïde. Ils ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie ;
- le préservatif féminin : commercialisé en France à partir de 1998, composé de nitrile ou polyuréthane (plastique deux fois plus résistant que le latex), sa forme en fourreau tapisse les parois du vagin, avec un anneau intérieur

maintenant le dispositif au fond du vagin et un anneau extérieur recouvrant les organes génitaux externes. Il protège également des infections sexuellement transmissibles. Il n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

Les méthodes dites « naturelles » sont les méthodes visant à identifier la période d'ovulation et ainsi éviter les rapports sexuels durant cette période. Elles n'utilisent aucun matériel ou produit médicaux interférant avec le système reproductif.

On distingue :

- le retrait ou coït interrompu ;
- l'abstinence périodique ou méthode Ogino : mise au point en 1924 par le médecin japonais Kiasuku Ogino, elle est basée sur le calcul des cycles et nécessite donc de posséder un cycle régulier ;
- la méthode des températures ou méthode Knauss : basée sur la surveillance de la température corporelle (augmentation de la température de 0,2 à 0,4°C au moment de l'ovulation) ;
- l'observation de la glaire cervicale ou méthode de Billings : basée sur la surveillance de l'aspect de la glaire cervicale ;
- la symptothermie : elle associe les méthodes d'auto-observation (observation de la glaire cervicale, méthode des températures et observation de la position du col de l'utérus) avec les méthodes d'abstinence périodique ;
- le système type moniteur de fertilité : il s'agit d'appareils permettant de repérer la période d'ovulation (exemple : utilisation de bandelettes urinaires mesurant la quantité d'hormones fabriquées par les ovaires) ;
- la méthode MAMA (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée) : elle repose sur la production de prolactine supprimant l'ovulation. La femme ne peut y avoir recours que jusqu'au retour de couches et au maximum 6 semaines après la naissance. Il est également nécessaire que l'allaitement soit exclusif et à la demande, et qu'il n'y ait pas de règles.

La stérilisation féminine (tubaire par blocage des trompes de Fallope) est définie par la suppression définitive de la fécondité, sans atteinte des autres fonctions sexuelles ou endocrines. Autorisée en France depuis 2001, elle est très encadrée juridiquement par les textes réglementaires suivants : loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception(15) et

circulaire d'application (septembre 2001). Tout médecin dispose d'une clause de conscience. Elle est remboursée à 80% par l'Assurance Maladie.

2.1.3. METHODES CONTRACEPTIVES MASCULINES

Le préservatif masculin, apparu sur le marché en 1870, composé de latex ou polyuréthane, empêche le passage des spermatozoïdes dans la cavité utérine. Il protège également des infections sexuellement transmissibles. Depuis décembre 2018, sur prescription, certaines boîtes de préservatifs sont prises en charge à 60% par l'Assurance Maladie. Son accès est également gratuit dans les Centres de Planification et d'Education Familiale, dans les centres de dépistage et dans les associations de lutte contre le VIH.

La stérilisation masculine (ou vasectomie, blocage des canaux déférents) est également autorisée depuis 2001, régie par les textes réglementaires sus-cités dans le paragraphe dédiée à la stérilisation féminine. Elle est remboursée à 80% par l'Assurance Maladie.

C'est au début des années 1970 que plusieurs groupes d'hommes se réunissent pour réfléchir à leur participation à la contraception, après la création en 1965 du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine qui s'intéresse également à la contraception masculine. Actuellement, il existe deux méthodes utilisables et validées : une hormonale et une thermique(16).

Le sous-vêtement contraceptif, mis au point par le Dr Miousset à Toulouse dans les années 1980, utilise une méthode thermique consistant à augmenter légèrement la température des testicules à l'aide d'un sous-vêtement adapté, permettant ainsi de mettre en veille la spermatogenèse sans altérer la libido ni la production de sperme. Cette méthode est réversible.

Validées par l'OMS, les injections hormonales hebdomadaires consistent en l'injection intra-musculaire d'éнанthane de testostérone (commercialisé en France à partir de 1955 pour des indications autres que contraceptive(17)) mettant en veille l'axe gonadotrope et permettant ainsi de stopper la production de spermatozoïdes.

En l'absence d'études menées sur leur emploi au long cours à des fins contraceptives, l'OMS limite leur utilisation à 18 mois.

2.1.4. EFFICACITES THEORIQUE ET PRATIQUE

Si nous comparons l'efficacité théorique et pratique de chaque méthode contraceptive (table 1), nous constatons que la différence entre efficacité théorique et pratique se majore pour les méthodes nécessitant une utilisation à chaque rapport sexuel ou une observance rigoureuse (pilule, patch et anneau vaginal, méthodes barrières, méthodes naturelles).

Table 1. Efficacités théorique et pratique des moyens contraceptifs

	<i>Efficacité théorique (%)</i>	<i>Efficacité pratique (%)</i>
<i>Pilule</i>	99,7	91
<i>DIU hormonal</i>	99,8	99,8
<i>DIU au cuivre</i>	99,4	99,2
<i>Implant</i>	99,9	99,9
<i>Contraceptifs injectables</i>	99,7	94
<i>Patch</i>	99,7	91
<i>Anneau vaginal</i>	99,7	92
<i>Diaphragme</i>	94	88
<i>Cape cervicale</i>	91	84
<i>Spermicides</i>	82	75
<i>Préservatif féminin</i>	95	79
<i>Préservatif masculin</i>	98	85
<i>Retrait</i>	96	78
<i>Abstinence périodique</i>	95	75
<i>Stérilisation féminine</i>	99,5	99,5
<i>Stérilisation masculine</i>	99,9	99,8

DIU = dispositif intra-utérin

Source : https://www.choisirscontraception.fr/contraception_tableau_comparatif.htm

2.2. Epidémiologie

La France se situe parmi les pays européens ayant une prévalence contraceptive élevée (annexe 1), avec en 2013 97% des femmes âgées de 15 à 49 ans et soumises à un risque de grossesse non prévue utilisant une méthode contraceptive, dont 72% sont des méthodes dites médicales(18).

Les derniers chiffres français rapportés par la HAS en 2013(3) montrent que la pilule reste la méthode contraceptive la plus utilisée (45 % des femmes âgées de 15 à 49 ans). Notons également que la part de la pilule progestative seule représente moins de 15% de l'ensemble des pilules prescrites et que 39% des pilules combinées oestroprogestatives sont des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération.

L'utilisation du DIU (moyen contraceptif le plus utilisé dans le monde) concerne 20% des femmes âgées de 15 à 49 ans, fortement liée à la parité et l'âge. En effet, elle se voit plus élevée chez la multipare (40% d'utilisation chez la femme ayant 2 enfants ou plus, 20% chez la femme ayant 1 enfant, contre seulement 1% d'utilisation chez la nullipare). Notons également qu'un peu plus de la moitié des DIU utilisés sont hormonaux.

Les autres méthodes hormonales telles que l'implant, le patch et l'anneau vaginal concernent moins de 5% des femmes âgées de 15 à 49 ans. Parmi celles-ci, l'implant est le moyen le plus utilisé (2,6% des femmes), suivi de l'anneau vaginal (1%) puis du patch (0,4%)(19).

L'utilisation du préservatif est en augmentation (12% des femmes âgées de 15 à 49 ans).

Les méthodes dites barrières (diaphragme, cape cervicale, spermicides) restent très peu utilisées avec seulement 0,3% des femmes en Europe de l'Ouest(20) (absence de données pour la France).

Les méthodes naturelles telles que le retrait et l'abstinence périodique sont également peu utilisées puisqu'elles concernent seulement 6% des femmes âgées de 15 à 49 ans.

Le recours à la stérilisation (féminine et masculine) est de 4,2%, ce qui reste faible par rapport à d'autres pays européens, avec une nette prédominance de la stérilisation féminine (3,9% des femmes contre 0,3% hommes).

A noter que 3% des femmes âgées de 15 à 49 ans ne désirant pas de grossesse ne possèdent aucun moyen contraceptif (0,9% des 15-17 ans et 5,1% des 45-49 ans)(19).

Si l'on s'intéresse à l'évolution des pratiques contraceptives dans le temps en France(19), l'utilisation de la pilule est en légère diminution depuis 2000 : baisse de 4,4% chez les jeunes femmes âgées de 18 à 19 ans avec un recours plus fréquent aux préservatifs et nouvelles méthodes hormonales (implant, anneau vaginal, patch), baisse de 10,4% chez les femmes âgées de 20 à 24 ans avec un recours aux nouvelles

méthodes hormonales de 5,1% et enfin baisse de 5,8% chez les femmes âgées de 25 à 29 ans avec un recours aux nouvelles méthodes hormonales de 6,9%.

Concernant les autres méthodes contraceptives, l'utilisation du DIU continue à diminuer légèrement, tandis que celle du préservatif progresse. Le recours aux méthodes dites naturelles (telles que le retrait ou la méthode des températures) et à la stérilisation est quant à lui stable depuis 2000.

Par ailleurs, comme le montre le tableau ci-dessous (figure 1), la répartition des méthodes contraceptives semble étroitement liée à l'âge(3), avec une prédominance de l'utilisation du préservatif chez les 15-17 ans, de la pilule chez les 18-29 ans et du DIU à partir de 35 ans.

Figure 1. Prévalence des méthodes contraceptives selon l'âge

Méthode contraceptive	Âge en années								
	15-17	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	TOTAL 15-49
Pilule	37,3	55,2	63,3	61,1	49,9	40,3	35,9	25,0	44,7
Pilule + préservatif	14,5	23,0	11,7	4,7	1,9	0,8	0,5	1,3	4,6
Autre méthode hormonale	0,3	0,9	5,1	6,9	6,4	3,9	3,0	1,3	4,0
DIU	0,0	0,0	1,8	7,5	19,5	29,0	32,8	36,8	20,7
Préservatif	44,7	16,5	10,9	8,3	11,0	12,4	10,7	10,5	12,1
Autre	2,4	2,2	4,3	8,2	6,0	7,9	6,5	7,7	6,6
Stérilisation*	0,0	0,0	0,2	0,0	1,1	3,1	8,5	12,2	4,2
Aucune	0,9	2,3	2,7	3,3	4,3	2,4	2,0	5,1	3,1
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Source : Enquête Fécond (Bajos 2012).

Champ : femmes de 15 à 49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant.

* stérilisation contraceptive de la femme ou de son partenaire masculin.

Source : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee

Si l'on s'intéresse aux taux d'échec et d'abandon à 1 an des méthodes contraceptives en France (figure 2)(3), on constate qu'ils sont plus élevés pour les méthodes barrières et naturelles que pour la pilule ou le DIU.

Figure 2. Efficacité contraceptive et taux d'abandons de la méthode après 1 an aux États-Unis et en France, adapté de l'OMS (OMS 2011)

Méthode	Taux de grossesses (%) au cours de la première année d'utilisation			Taux d'abandons (%) de la méthode après 1 an d'utilisation	
	Utilisation courante		Utilisation correcte et régulière (Trussel)	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)
	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)			
Implant contraceptif	0,05		0,05	16	
Vasectomie	0,15		0,1	0	
DIU au lévonorgestrel	0,2	1,1 ¹	0,2	20	15 ¹
Stérilisation féminine	0,5		0,5	0	
DIU au cuivre	0,8	1,1 ¹	0,6	22	15 ¹
Injectable progestatif (Depoprovera)	6		0,3	44	
Pilule combinée œstroprogestative et pilule progestative seule	9	2,4	0,3	32	30
Patch contraceptif	9		0,3	32	
Anneau vaginal	9		0,3	32	
Diaphragme	12 ²		6 ²		
Préservatif masculin	15	3,3	2	47	53
Préservatif féminin	21		5	51	
Retrait	22	10	4	57	45
Eponge ³	24, 12 ⁴	22 ⁵	20, 9 ⁶	64	62 ⁵
Méthode de connaissance de l'ovulation (méthode naturelle)	25	8	0,4 -5 ⁷	49	48
Spermicides	29	22 ⁵	18	58	62 ⁵
Cape cervicale	32, 16 ⁸		26, 9 ⁹		
Aucune méthode	85		85		

Les taux publiés par l'OMS proviennent largement des États-Unis (Trussel 2011). Les taux pour la France sont issus de l'étude Cocon (Moreau 2007, Moreau 2009).

En fonction du taux de grossesses au cours de la 1^{re} année d'utilisation, la méthode est considérée par l'OMS comme : < 1 : très efficace ; 1-9 : efficace ; 10-25 : modérément efficace ; 26-32 : moins efficace.

¹ tout type de DIU (cuivre et lévonorgestrel) ; ² diaphragme avec spermicide ; ³ les éponges spermicides ont été retirées du marché en mars 2013 ; ⁴ femmes uni/multipares : 24 ; femmes nullipares : 12 ; ⁵ spermicide ou éponge ; ⁶ femmes uni/multipares : 20 ; femmes nullipares : 9 ; ⁷ méthode sympto-thermique : 0,4 ; méthode de l'ovulation : 3 ; méthode des 2 jours : 4 ; méthode des jours fixes : 5 ; ⁸ femmes uni/multipares : 32 ; femmes nullipares : 16 ; ⁹ femmes uni/multipares : 26 ; femmes nullipares : 9

Source : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee

Dans le contexte d'une médicalisation croissante de la contraception en France, son accès nécessite dans la plupart des cas une interaction avec des prescripteurs médicaux, et ce d'autant plus que les méthodes dominantes (pilule et DIU)

impliquent un suivi médical régulier ou un geste technique effectué par un professionnel de santé. Les médecins, initialement seuls autorisés à prescrire des contraceptifs depuis 1967, sont depuis 2006 sustentés par les sages-femmes (arrêté du 27 juin 2006(21), modifié par l'arrêté du 12 octobre 2011(22)).

Le suivi contraceptif des femmes est réalisé en majorité par un médecin (81% des femmes concernées), dont 77% par un gynécologue, 21% par un médecin généraliste et 2% par un autre médecin(23).

Il a également été constaté que le DIU (moins de 10%), l'implant, le patch et l'anneau vaginal étaient plus rarement prescrits par des médecins généralistes(3). Le recours à la stérilisation (féminine et masculine) reste très peu proposé par les professionnels de santé(4).

A contrario, avec l'évolution du système de soins et de la démographie médicale (diminution du nombre de gynécologues et répartition inégale sur le territoire, féminisation des médecins généralistes, etc), les questions de contraception sont de fait de plus en plus souvent traitées par le médecin généraliste.

2.3. Représentations socio-culturelles et freins du côté des professionnels de santé

Les experts en sciences sociales évoquent la notion de « norme contraceptive » pour caractériser les pratiques contraceptives socialement valorisées aux différentes phases de la vie sexuelle et reproductive : recours au préservatif en début de vie sexuelle, à l'utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise et au DIU comme alternative à la pilule à partir de 30 à 35 ans, une fois que les femmes ont eu au moins un enfant(3).

Si l'on étudie l'utilisation des moyens contraceptifs selon l'âge (figure 1), la répartition des différentes méthodes contraceptives semble se calquer à cette norme contraceptive (44% d'utilisation du préservatif chez les 15-17 ans, entre 50 et 63% d'utilisation de la pilule entre 18 et 34 ans et autour de 30% d'utilisation du DIU à partir de 35 ans).

L'existence de représentations socio-culturelles(3) (notamment les cas où la grossesse n'est pas socialement envisageable et/ou lorsque les rapports sexuels sont supposés inexistantes) aurait un impact sur l'identification *a priori* des besoins

contraceptifs des femmes et des hommes par les soignants, pouvant influencer leur décision d'aborder ou non la question d'une prescription contraceptive et la diversité du choix des méthodes contraceptives à leur proposer.

Il a également été constaté des freins au choix d'une contraception adaptée du côté des professionnels de santé(3) :

- une vision mécaniste du corps, localisant le risque de grossesse au niveau de la seule physiologie et privilégiant les moyens de contraception ayant l'efficacité théorique maximale ;
- la difficulté du médecin de se retrouver en marge de sa position thérapeutique habituelle : la femme reste perçue comme une patiente alors qu'elle n'est pas malade, le soignant prescrit la méthode qu'il juge la plus efficace, et ce sans forcément prendre en compte la situation particulière de la femme ;
- une formation initiale et continue des soignants insuffisante : méconnaissance des effets indésirables et des contre-indications de certains moyens contraceptifs (DIU et nulliparité avec 69 % des gynécologues et 84 % des médecins généralistes interrogés en 2010 considérant une non-indication du DIU chez la nullipare(19), surestimation des complications des DIU, sous-estimation des effets indésirables des pilules de 3^e et 4^e génération), méconnaissance de certaines méthodes contraceptives (anneau vaginal, méthodes barrières), formation technique insuffisante ou réticence à la réalisation de gestes techniques (pose de DIU, retrait d'implants expliquant la réticence à en poser), manque de formation sur les spécificités de l'abord des questions de sexualité ;
- la contrainte de temps pour recueillir toutes les informations nécessaires à la prescription contraceptive et/ou effectuer un geste technique : en marge des conditions actuelles d'exercice et de paiement à l'acte, il apparaît plus rapide de renouveler une prescription plutôt que d'étudier à nouveau avec la consultante si sa contraception correspond toujours bien à ses attentes. Également, les contraintes matérielles concernant les moyens contraceptifs nécessitant un geste technique, en particulier l'absence fréquente du matériel nécessaire à la pose de DIU chez les médecins généralistes ;

- l'influence des industriels du médicament : pression de l'industrie pour influencer les prescripteurs, les leaders d'opinion et les médias ;
- la clause de conscience des médecins s'agissant des méthodes définitives de contraception, avec une réticence à informer et proposer ces méthodes : difficulté à porter atteinte à l'intégrité du corps dans une optique préventive, méconnaissance de la loi de 2001.

2.4. *Consultation de contraception*

L'efficacité contraceptive étant déterminée par l'adéquation de la méthode avec le mode de vie et les préférences des usager(e)s, le rôle du prescripteur consiste alors à informer les usagères sur le large panel de moyens disponibles, afin de leur permettre d'identifier la méthode qui leur convient le mieux plutôt que d'orienter vers une méthode *a priori*, dans l'objectif de garantir l'efficacité de cette contraception. En ce sens, les recommandations nationales et internationales de bonne pratique préconisent d'informer la patiente sur l'ensemble des méthodes disponibles, car la restriction du panel de méthodes proposées pourrait constituer une barrière à l'accès à une contraception adaptée donc efficace en pratique(23).

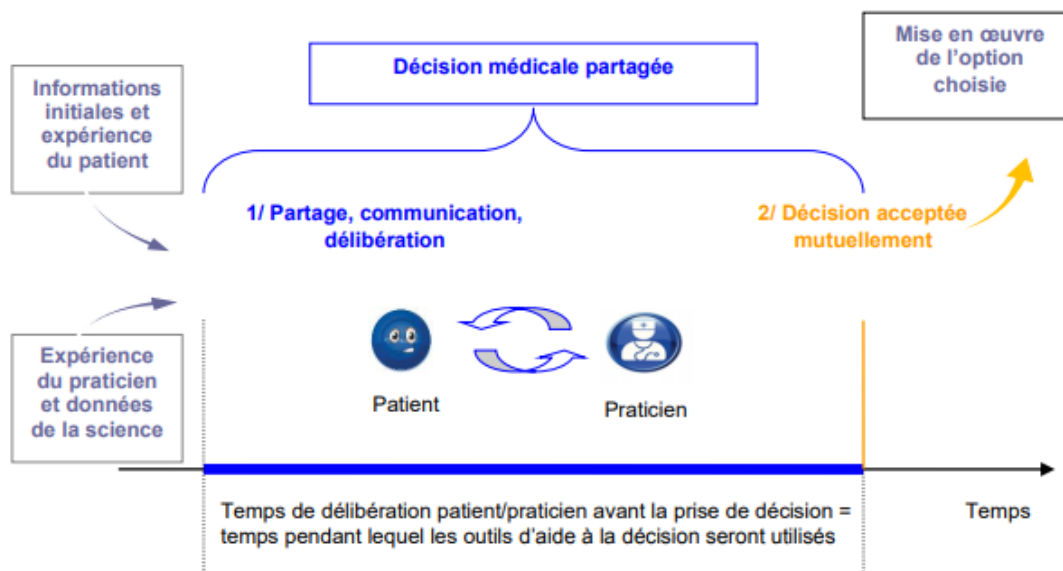
Deux grands concepts sont donc applicables à la consultation dédiée au choix contraceptif : la « décision médicale partagée » et le *counseling*.

La « décision médicale partagée » (ou « prise de décision partagée » ou « processus partagé de décision », issus de l'anglais « *shared decision making* »)(24) comprend deux étapes clés de la relation entre patient et professionnel de santé : l'échange d'informations et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle d'un patient. Le cheminement de ce processus (figure 3) est le suivant :

- le professionnel de santé et le patient partagent de manière bilatérale une information médicale, notamment les éléments de preuve scientifique ;
- le patient reçoit le soutien nécessaire pour envisager les différentes options possibles et exprimer ses préférences. Ces options peuvent être du domaine de la prévention, du diagnostic ou du traitement, et comprennent l'option de ne pas agir ;

- un choix éclairé entre les différentes options est effectué et accepté mutuellement par le patient et le professionnel de santé.

Figure 3. Processus de décision médicale partagée



Source : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf

Le *counseling*(25) est défini dans la culture anglo-saxonne comme une relation dans laquelle une personne tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels elle doit faire face. C'est donc un ensemble de pratiques consistant à orienter, aider, informer, soutenir et traiter.

2.4.1. RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE DU CNGOF

Concernant le déroulement de la consultation de contraception, le CNGOF a soulevé plusieurs points clés dans son texte intitulé « Consultation en contraception. RPC Contraception CNGOF »(5) publié en 2018.

Le premier point remarquable est qu'une consultation structurée basée sur l'EBM de type BERCER permet une amélioration du choix contraceptif (NP2), faisant de ce modèle une recommandation de la HAS (Grade A).

Ce modèle de consultation, particulièrement adapté à la prescription de contraception, se déroule en 5 temps, que nous allons brièvement détailler ci-dessous(26) :

- le premier temps intitulé « Bienvenue » est le moment où le professionnel se présente, explique le déroulement de la consultation et assure de la confidentialité de l'entretien ;
- le deuxième temps intitulé « Entretien » est le moment où il recueille les informations médicales nécessaires, psychosociales et culturelles ;
- le troisième temps intitulé « Renseignements » est le moment où il précise à la consultante que le choix de la méthode lui appartient, après avoir envisagé avec elle sa situation personnelle, ses préférences, les bénéfices et les risques des méthodes. Il la réoriente vers une autre méthode si celle qui est choisie n'est pas dénuée de risques ;
- le quatrième temps intitulé « Choix » est le moment où il explique les modalités d'utilisation de la méthode choisie : démonstration, association de la prise de pilule à un geste de routine, indication de la conduite à tenir dans certaines situations (oubli, effets indésirables...), modalités pratiques de recours à une contraception de rattrapage ;
- le cinquième et dernier temps intitulé « Retour » est le moment où il organise les visites de suivi qui permettront d'évaluer l'adéquation de la méthode et l'observance de celle-ci, d'apporter si besoin des compléments d'information et d'aider si nécessaire la consultante à choisir une autre méthode.

En effet, une étude prospective(27) a été réalisée dans 11 pays européens chez 1944 femmes âgées de 15 à 40 ans ayant consulté en vue d'une contraception oestroprogestative et recevant une consultation de contraception sur ce modèle structuré et tourné vers l'information (modèle délibératif : « nous choisissons ensemble »), avec l'utilisation d'un outil imprimé expliquant les méthodes de contraception comme support écrit à la communication verbale. Celle-ci a montré un changement de l'idée initiale des femmes dans 43,9% des cas ($p < 0,001$) à l'aide d'une information estimée comme utile dans 97,5% des cas, complète dans 96,4% des cas et considérée comme juste et impartiale dans 93,1% des cas ; la proportion de femmes incertaines sur leur choix étant passée de 27,8% avant à 3,9% après ($p < 0,001$).

Une autre étude prospective randomisée(28) ayant concerné 161 gynécologues et 324 nouvelles utilisatrices de contraception oestroprogestative orale françaises a également montré l'importance de la structuration de la consultation, puisque les femmes ayant bénéficié d'une information structurée (en 9 points à l'aide de la méthode DELPHI) avaient un meilleur score de compréhension (16,48/20) par rapport aux femmes ayant eu une information non structurée (14,27/20 ; $p < 0,0001$).

Cette autre étude menée sur 345 femmes et 38 praticiens(29) a également montré que la satisfaction de la femme était moins bonne lorsque le praticien avait pris la décision de la méthode contraceptive (modèle paternaliste) par rapport à une décision prise en commun (modèle délibératif) (aOR = 0,06 ; IC95% de 0,01 à 0,21).

Par ailleurs, la personnalisation de la consultation est recommandée (AP) car elle aurait une conséquence directe sur la persistance de l'utilisation du moyen contraceptif et la satisfaction de la femme.

Une étude s'intéressant au *counseling* dans les choix contraceptifs(30), qui concernait 898 femmes de 18 à 44 ans tirées au sort, a montré que l'utilisation en cours d'une contraception était plus importante lorsqu'une femme recevait une information isolée (modèle informatif : « je vous dis ce que je sais ») avec un aOR égal à 1,86 ($p < 0,05$). Elle l'était plus encore lorsqu'il s'agissait d'un modèle personnalisé de type interprétatif (« en plus, je vous aide à définir vos préférences, nous sommes d'égal à égal ») avec un aOR égal à 4,97 ($p < 0,05$) ; celui-ci permettait par ailleurs une amélioration de la satisfaction (aOR = 3,07 ; $p < 0,05$) et une intention plus importante de l'utilisation de la contraception à un an (aOR = 2,74 ; $p < 0,05$).

Le second élément remarquable concerne l'attente des femmes quant à la consultation de contraception : les principaux thèmes à aborder par le professionnel de santé sont l'efficacité, les risques, le coût, la durée d'action et l'aspect pratique (NP2). Il est également recommandé d'expliquer les éventuels effets indésirables (Grade B), car cela permettrait une meilleure persistance de l'utilisation du contraceptif (AP).

Ceci a notamment été retrouvé dans cette étude rétrospective(31) sur 306 poses de DIU qui a montré que pour les femmes informées sur ce qu'elles devaient attendre de l'insertion, des effets indésirables potentiels et de comment les gérer, il y avait moins de retrait que pour celles n'ayant pas eu ces informations (aOR = 3,37 ; IC95% de 1,35 à 8,39).

Ou encore cette étude randomisée(32) menée sur les injections d'acétate de méthylprogestérone chez 350 femmes, qui a comparé l'effet d'un *counseling* structuré mettant l'accent sur le fait que les effets indésirables attendus n'étaient pas dangereux pour la santé de la femme par rapport à une information de routine : à 6 mois, le taux d'abandon contraceptif était inférieur dans le groupe *counseling* structuré (OR = 0,36 ; IC95% de 0,16 à 0,44).

Le troisième élément remarquable est qu'il est recommandé d'utiliser un support d'aide à la décision (Grade A). En effet, lorsqu'un choix existe, l'utilisation d'outils d'aide à la décision facilite l'information, la connaissance et la clarté par rapport à une prise en charge classique (NP1). Ils permettraient aux patients de les rendre plus actifs dans leur choix et de mieux appréhender les risques. Complémentaires au *counseling*, ils diffèrent d'une fiche d'information par le fait qu'ils permettent d'orienter le choix contraceptif en fonction de questions (par exemple : « Quelle importance accordez-vous aux effets secondaires ? », « Quelle importance accordez-vous à l'efficacité de la contraception ? »). Par ailleurs, les outils ayant permis de montrer une amélioration de la persistance contraceptive sont éducatifs (NP1).

Comme le montre cette analyse secondaire(33) menée sur 224 femmes tirées au sort d'une précédente série validant l'utilisation d'un module informatisé sur tablette tactile avant la consultation, les femmes ayant reçu une information informatisée avec l'impression d'une fiche personnalisée étaient plus nombreuses à poursuivre leur contraception à 4 mois par rapport aux autres femmes ayant eu une fiche générique (OR = 5,48 ; IC95% de 1,72 à 17,42).

Une autre étude randomisée(34) ayant concerné 636 femmes a évalué l'utilisation d'une fiche d'information ainsi qu'un questionnaire interactif concernant la contraception orale oestroprogestative. Les sujets avaient été répartis en plusieurs bras selon l'information qu'ils recevaient : une brochure (de deux types) seule, un questionnaire interactif (mené par un médecin ou une

infirmière) seul, une brochure associée au questionnaire interactif. Les résultats étaient les suivants : la remise d'une brochure seule améliorerait la connaissance des femmes (OR = 3,43 et 4,04 en fonction du type de fiche d'information ; IC95% de 1,45 à 8,09 et 1,68 à 9,75 respectivement), le questionnaire interactif seul améliorerait également leurs connaissances (OR = 3,03 ; IC95% de 1,30 à 7,07) et enfin la brochure associée au questionnaire interactif permettaient aussi d'améliorer leurs connaissances (OR = 2,58 et 6,81 en fonction du type de fiche d'information ; IC95% de 1,07 à 6,18 et 2.85 à 16.27 respectivement).

Il n'y a pas à ce jour de données comparatives suffisantes pour recommander une méthode particulière d'aide à la consultation (AP), les outils d'aide à la décision étant pour l'essentiel en cours d'évaluation.

Enfin, il est recommandé d'informer les femmes/couples qu'il existe une différence entre l'efficacité théorique et pratique d'un moyen contraceptif (Grade B), que le risque d'échec augmente avec le temps (Grade C) et qu'il est d'abord lié à une mauvaise utilisation (Grade C) ou à l'inadéquation aux conditions de vie et de sexualité(4).

2.4.2. RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE DE L'HAS

L'HAS a également établi des recommandations quant à la consultation dédiée à un choix contraceptif(35), qui doit être une consultation d'écoute, d'échange et de dialogue et qui doit permettre :

- d'évaluer les attentes et besoins de la personne, ses connaissances et ses habitudes de vie ;
- de fournir une information individualisée, claire et hiérarchisée sur les méthodes contraceptives disponibles (y compris la stérilisation) et adaptées à la personne demandeuse, et de s'assurer de la compréhension de ces informations ;
- de conseiller et/ou prescrire la méthode choisie par et avec la personne, la plus adaptée et acceptable pour elle en fonction de ses préférences, de son état de santé, du rapport bénéfices/risques des différentes méthodes et de la possibilité pour elle d'adhérer à la méthode en fonction de sa situation et de ses habitudes de vie.

3. Matériel et méthodes

3.1. *Type de l'étude*

L'étude présentée est une étude observationnelle descriptive transversale, quantitative.

3.2. *Population de l'étude*

3.2.1. POPULATION CIBLE

La population cible est les femmes en âge de procréer car susceptibles de désirer un moyen de contraception. Par définition, procréer signifie engendrer, donner la vie. L'âge de procréer correspond donc à la période où l'être humain est fertile, c'est-à-dire apte à procréer.

Selon l'OMS, l'âge de la procréation se situe entre 15 et 44 ans(36).

3.2.2. POPULATION SOURCE

La population source était les femmes âgées de 15 à 50 ans ayant déjà consulté un professionnel de santé afin de choisir un moyen de contraception et possédant ou non une méthode contraceptive au moment de répondre au questionnaire, qui avaient consulté pour un motif lambda dans un des cabinets de l'Hérault (de médecine générale, de gynécologie ou de sage-femme) où étaient déposés les questionnaires et/ou qui avaient consulté la page « Paye ta contraception » sur deux réseaux sociaux (Facebook® et Twitter®).

3.2.3. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Les critères d'inclusion étaient la seule limite inférieure et supérieure d'âge, c'est-à-dire avoir entre 15 et 50 ans inclus, pouvant correspondre à la période de procréation d'une femme donc à la tranche d'âge de femmes susceptibles d'avoir recours à la contraception.

La limite inférieure d'âge a été fixée de manière arbitraire à 15 ans, en se basant sur les deux informations suivantes : l'âge moyen de la ménarche (12,5 ans(37)) qui signe le début des cycles ovulatoires et l'âge moyen du premier rapport sexuel pour les filles (17 ans selon un sondage de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)(38)). La moyenne de ces deux âges faisant 14,75 années, ce résultat a été arrondi à 15 ans (et correspond à la limite d'âge inférieure retenue par l'OMS pour définir l'âge de procréer).

La limite supérieure d'âge a également été fixée de manière arbitraire à 50 ans, en se basant sur l'âge moyen de la ménopause (50-52 ans(39)) puisque celle-ci est synonyme d'arrêt de l'ovulation donc d'absence de risque de grossesse et *a fortiori* de non-utilisation d'une méthode contraceptive.

Par conséquent, les critères d'exclusion étaient un âge inférieur à 15 ans ou supérieur à 50 ans et l'absence d'autorisation parentale nécessaire pour répondre au questionnaire chez le sujet mineur (de 15 à 17 ans inclus).

Le fait de ne pas posséder un moyen de contraception au moment de répondre au questionnaire ne constituait pas un critère d'exclusion car cela ne signifiait pas ne jamais en avoir eu.

3.3. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le suivant : avoir reçu une information sur les différents moyens de contraception par le professionnel de santé.

Les critères de jugement secondaires étaient les suivants : avoir choisi « librement » et de façon « éclairée » sa méthode contraceptive, avoir été questionné à propos de la satisfaction du moyen contraceptif en cours et informé à propos d'autres moyens contraceptifs si celui-ci n'était pas satisfaisant lors de la consultation de renouvellement ou suivi contraceptif.

3.4. *Recueil des données*

Le recueil des données s'est fait par le biais d'un auto-questionnaire anonyme, à réponses fermées et ouvertes courtes.

3.4.1. CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE

Pour construire le questionnaire, nous nous sommes basés essentiellement sur les recommandations du CNGOF et de l'HAS.

En effet, c'est tout récemment, en 2018, que le CNGOF a publié dans un texte court(4) des recommandations globales ayant pour but d'aider le professionnel de santé dans sa pratique médicale concernant le champ de la contraception. Leur élaboration s'est appuyée sur les principes méthodologiques objectifs de la HAS via l'utilisation de « niveaux de preuve » scientifiques (annexe 2), permettant ainsi de renforcer la validité de ces recommandations.

Un peu plus anciennes, les recommandations de la HAS(35) de 2013 nous ont également aidé dans la conception de ce questionnaire.

Le questionnaire (annexe 3) comprenait 15 questions, dont certaines étaient elles-mêmes composées de plusieurs sous-questions.

La question 1 portait sur l'âge et la parité, afin d'obtenir les caractéristiques de la population et de répondre aux critères d'inclusion.

Les questions 2 et 3 portaient sur quels intervenants avaient renseigné le sujet à propos de la contraception avant la consultation dédiée au choix contraceptif, et celui ayant prescrit la méthode contraceptive choisie.

Les questions 4 et 5 portaient sur les moyens contraceptifs connus avant consultation ainsi que ceux renseignés par le professionnel de santé au moment de la consultation pour choix d'une contraception. Les réponses étaient classées en sous-groupes suivants : contraception féminine hormonale oestroprogestative, contraception féminine hormonale progestative, contraception féminine non hormonale, contraception masculine.

Les questions 6 à 11 portaient sur l'information donnée à la patiente par le professionnel de santé : catégorisation des méthodes contraceptives lors de leur

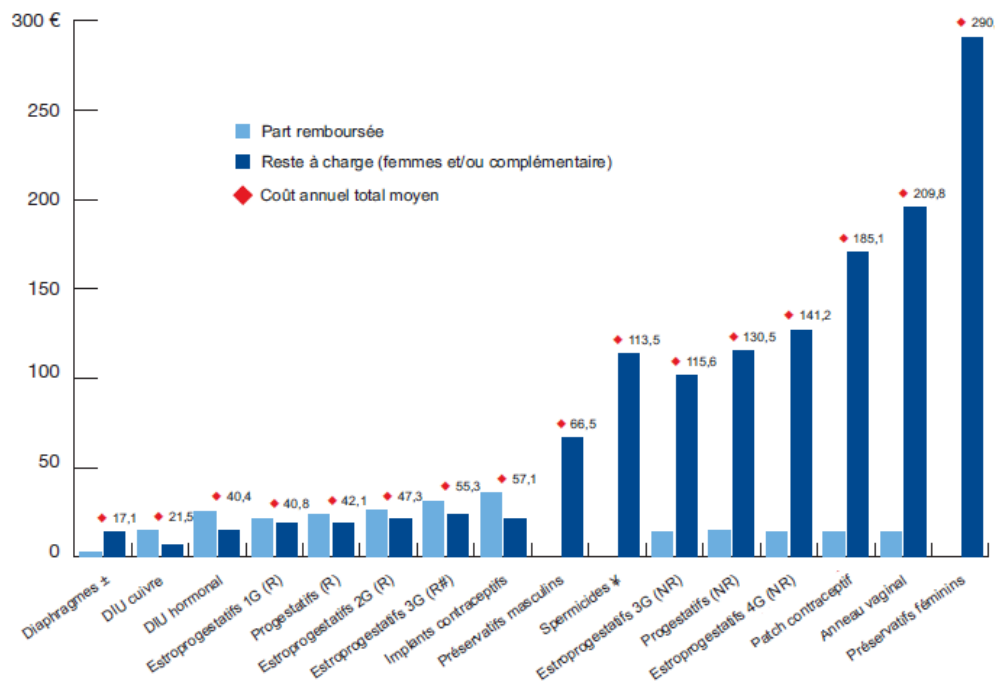
présentation, présence d'un support papier, explications à propos de la méthode d'utilisation, des effets indésirables et du coût des moyens contraceptifs, présence de matériel de démonstration.

En effet, selon les recommandations du CNGOF, la présentation des contraceptifs par catégorie d'efficacité permet une meilleure compréhension des différences d'efficacité que celle présentant le nombre de grossesses (NP1). La structuration de la consultation améliore le choix contraceptif (NP2) et aurait une conséquence directe sur la persistance de l'utilisation du contraceptif. L'utilisation d'un support d'aide à la décision (absence de méthode recommandée) est recommandée (Grade A).

De plus, l'HAS recommande au professionnel de santé d'informer la patiente à propos du mécanisme d'action, de l'emploi, des effets indésirables potentiels et du coût, entre autres. Ces différents thèmes à aborder en consultation sont d'ailleurs attendus par la patiente (NP2). Et expliquer les effets indésirables du moyen contraceptif (Grade B) permettrait une meilleure persistance de l'utilisation du contraceptif (AP).

Ci-dessous, nous présentons un récapitulatif du coût et du remboursement des méthodes contraceptives (figure 4)(3).

Figure 4. Coût annuel total moyen*, part remboursée et reste à charge pour les femmes et/ou l'assurance complémentaire des méthodes contraceptives (prescription et suivi par un médecin généraliste ou une sage-femme)



* : lissé sur la durée théorique d'utilisation et la fréquence moyenne des rapports sexuels, le cas échéant ; y compris analyses de biologie médicale, le cas échéant ; tarif des consultations des sages-femmes applicable au 1^{er} septembre 2013. ± : hors coût des spermicides (crème/gel) utilisés en association Y : uniquement forme ovule. R# : remboursables en 2012.

Source : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee

La question du coût et de la poursuite d'une méthode contraceptive peut se poser. Une étude menée sur un échantillon de 932 femmes américaines âgées de 18 à 39 ans(40) a examiné la relation entre les contraintes financières et l'utilisation de la contraception, en ajustant les analyses sur le revenu, l'emploi et autres caractéristiques sociodémographiques. Dans le modèle ajusté, les femmes ayant un fardeau financier élevé étaient moins susceptibles d'utiliser les méthodes contraceptives réversibles à action prolongée (DIU, implant) (RRR = 0,36 ; IC95% de 0,16 à 0,81), les méthodes hormonales à action brève (pilule, anneau vaginal, patch, injections) (RRR = 0,25 ; IC95% de 0,12 à 0,53) et les méthodes spécifiques au coût (préservatif, spermicides, abstinence périodique, retrait) (RRR = 0,44 ; IC95% de 0,21 à 0,93).

Les questions 12 et 13 portaient sur la personnalisation de la consultation (questionnement sur les habitudes de vie et la sexualité, présence du conjoint).

Celle-ci aurait en effet une conséquence directe sur la persistance de l'utilisation du moyen contraceptif et la satisfaction de la femme. L'HAS rappelle également que la méthode contraceptive doit être choisie en fonction de la réalité quotidienne de la patiente et que l'implication du partenaire dans le choix de la contraception peut avoir des conséquences positives sur l'observance et l'acceptation de la méthode.

Une étude européenne(6) menée dans cinq pays différents sur 1137 femmes âgées de 18 à 49 ans (dont 200 étaient françaises) a démontré que l'inclusion du partenaire dans le choix contraceptif était associée aux méthodes nécessitant sa coopération, telles que le préservatif, les méthodes naturelles, les méthodes barrières et le retrait (OR = 8,18, IC95% de 5,46 à 12,27). Par ailleurs, 63,3% des femmes avaient déclaré avoir discuté de l'utilisation de la méthode avec leur partenaire, et parmi celles-ci, 45,2% avaient décidé conjointement avec leur partenaire de quelle méthode utiliser.

La question 14 portait sur le ressenti du sujet à la fin de la consultation à propos de l'information reçue par le professionnel de santé.

Et enfin la question 15 portait sur la consultation de renouvellement et/ou suivi contraceptif.

3.4.2. DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE

Dans un premier temps, le questionnaire a été pré-testé auprès de dix sujets volontaires afin de modifier ou préciser les questions et choix de réponses qui n'apparaissaient pas explicites.

Après modification, il a ensuite pu être diffusé auprès de la population d'étude. Initialement, celui-ci (sous format papier) a été remis dans plusieurs établissements situés dans les départements de l'Hérault et du Gard, après contact par e-mail des praticiens, afin d'être distribué aux patientes éligibles en salle d'attente ou après consultation : un cabinet de médecine générale, deux maisons de santé pluridisciplinaires dans lesquelles exerçaient à la fois un médecin généraliste et une sage-femme, un cabinet de sage-femme et un cabinet de gynécologie.

Devant le faible taux de réponses constaté à un mois, il a été décidé d'élargir sa diffusion par le biais d'Internet avec la création du questionnaire en ligne via l'outil bureautique Google Forms®, ensuite diffusé sur les deux réseaux sociaux suivants : Facebook® et Twitter®, par l'intermédiaire de la page Facebook® nommée « Paye ta contraception », un organisme communautaire s'intéressant au sujet de la contraception.

Également, une affiche (annexe 4) retranscrivant le lien URL du questionnaire en ligne ainsi qu'un QR code à scanner, qui permettait d'accéder au questionnaire en ligne, a été rédigée afin d'être exposée dans les salles d'attente des divers cabinets auxquels les questionnaires papier avaient été remis cités ci-dessus.

3.4.3. AUTORISATION PARENTALE

La limite inférieure d'âge de la population d'étude étant 15 ans, pour les sujets dont l'âge se situait entre 15 et 17 ans inclus, une autorisation parentale était obligatoire.

Celle-ci (annexe 5) a été rédigée en s'appuyant sur les articles 371-1(41), 372(42) et suivants du Code civil, ainsi que sur l'article 441-1 du Code pénal(43).

Sous format papier, elle était jointe aux questionnaires remis dans les divers cabinets de l'Hérault et du Gard cités ci-dessus.

Concernant la diffusion informatique du questionnaire en ligne, l'obtention de la signature du titulaire de l'autorité parentale étant impossible par le biais d'Internet, la limite d'âge inférieure pour pouvoir répondre au questionnaire a été rapportée à la majorité légale, c'est-à-dire 18 ans.

3.5. *Analyse des données*

Les questionnaires sous format papier ont été récupérés puis reportés sur le questionnaire en ligne afin d'être intégrés dans la feuille de calcul générée par l'outil bureautique Google Sheets® qui servait de base à notre analyse.

Ainsi, à partir de l'outil bureautique Google Forms®, la création automatique d'une feuille de calcul sur l'outil bureautique Google Sheets® a permis d'analyser les réponses au questionnaire recueillies, notamment via l'outil « insérer un graphique » qui permettait à la fois de créer un graphique et de calculer les effectifs

et pourcentages à partir des réponses recueillies. Lorsque le calcul de pourcentage devait être ajusté au nombre de réponses, nous avons utilisé l'outil en ligne du site internet <http://www.calculerpourcentage.fr/> qui permettait d'arrondir les pourcentages au centième.

Les réponses des questionnaires ne remplissant pas les critères d'inclusion ont pu être exclus via l'outil « filtre » de l'outil bureautique Google Sheets®.

Les résultats ont ensuite été retranscrits via l'outil bureautique Excel® pour la création de graphiques et l'outil bureautique Word® pour la réalisation des tables.

Le test du Chi² de Pearson a permis de rechercher si la parité influait sur la proposition de DIU par le professionnel de santé (avec correction de Yates). Il a également été employé afin d'étudier l'influence de l'âge de la patiente sur l'information donnée à propos des moyens contraceptifs. Le seuil de significativité était $p < 0,05$ et le logiciel utilisé était le logiciel en ligne BiostaTGV®.

4. Résultats

L'étude s'est déroulée du 28 mai 2019 au 3 août 2019.

4.1. *Flow chart*

452 sujets ont été interrogés.

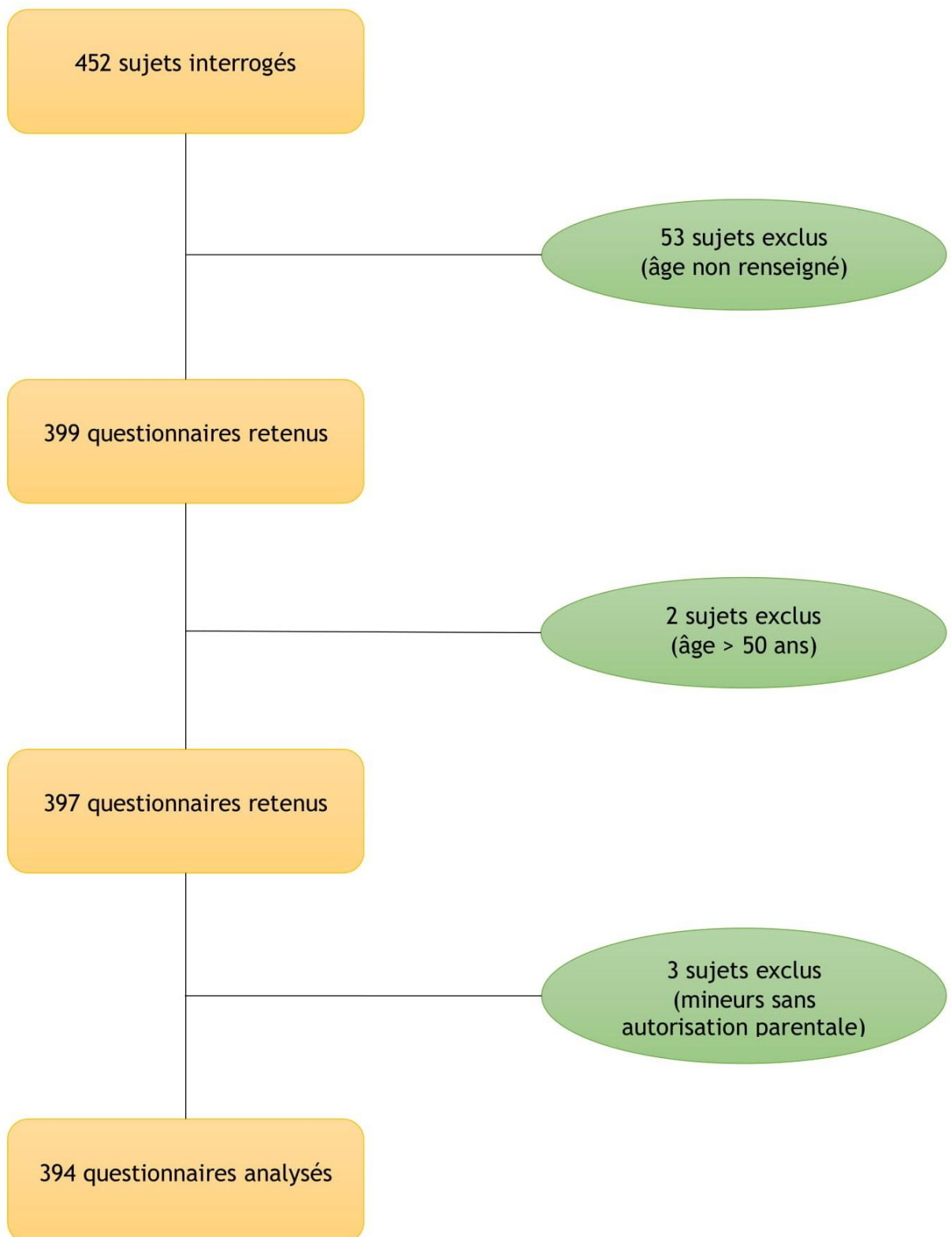
53 questionnaires ont été exclus de l'analyse car la réponse à la question numéro 1 « quel âge avez-vous ? » n'avait pas été fournie, ne respectant pas les critères d'inclusion.

2 questionnaires ont également été exclus de l'analyse car le sujet ayant répondu avait plus de 50 ans.

Enfin, 3 questionnaires ont été exclus de l'analyse car le sujet ayant répondu au questionnaire en ligne était mineur et n'avait donc pu fournir une autorisation parentale.

Ainsi, au total, 394 questionnaires ont pu être analysés.

Figure 5. Flow chart



4.2. Caractéristiques de la population

Les caractéristiques de la population d'étude ont été synthétisées dans la table 2 ci-dessous.

Table 2. Caractéristiques de la population

	Nombre de sujets interrogés (N = 394)
Tranches d'âge (ans)	
17	1 (0,25%)
18 - 25	142 (36,04%)
26 - 35	160 (40,61%)
36 - 50	91 (23,1%)
Parité (nombre d'enfants)	
0	271 (68,78%)
1 ou plus	123 (31,22%)

4.3. Intervenants en matière de contraception

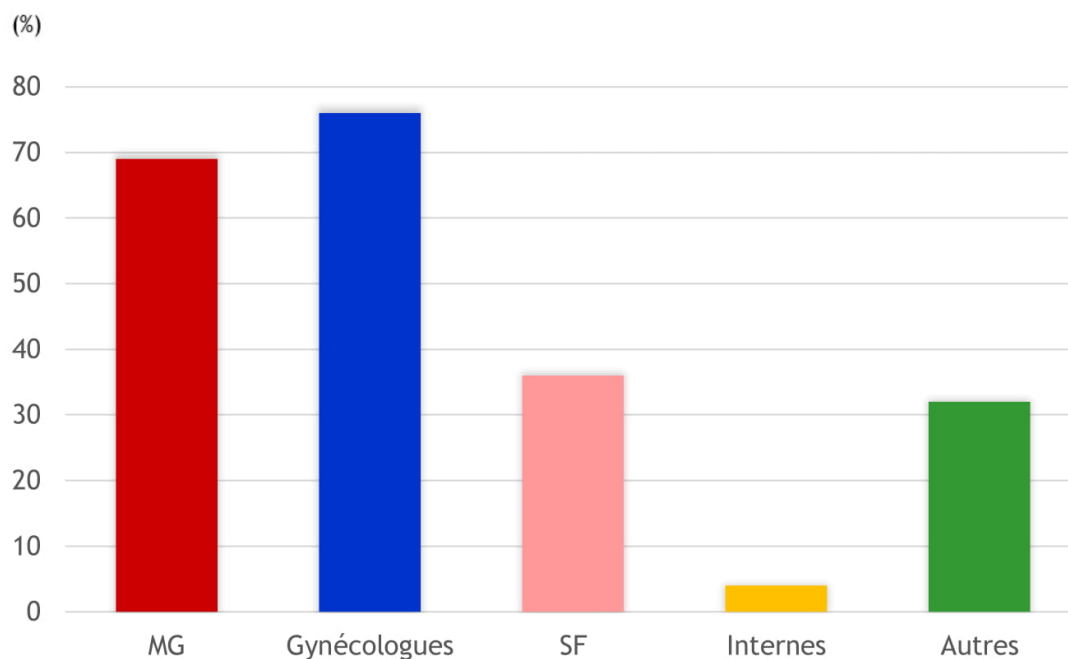
Nous avons étudié vers quels intervenants en santé se tournaient les femmes en désir d'une contraception afin de se renseigner sur ce sujet (figure 6).

Avec un effectif de 300 sujets, le professionnel de santé le plus consulté était le gynécologue. En seconde position, nous retrouvons le médecin généraliste qui a été consulté par 271 sujets. Et en troisième position, la sage-femme pour 142 sujets.

Notons également la place d'autres intervenants auprès desquels 127 sujets ont pris des renseignements, tels que le planning familial, les pharmaciens, des intervenants en milieu scolaire (collège et lycée) : infirmières, associations, professeurs, une conseillère en sympto-thermie, d'autres spécialistes en médecine (dermatologue, psychiatre, endocrinologue).

Par ailleurs, certains sujets se sont renseignés auprès de leurs proches (parents, famille, amis), sur Internet, par le biais de la littérature, de conférences et groupes d'auto-gynécologie, ou encore au cours de leurs études qui concernaient le domaine de la santé.

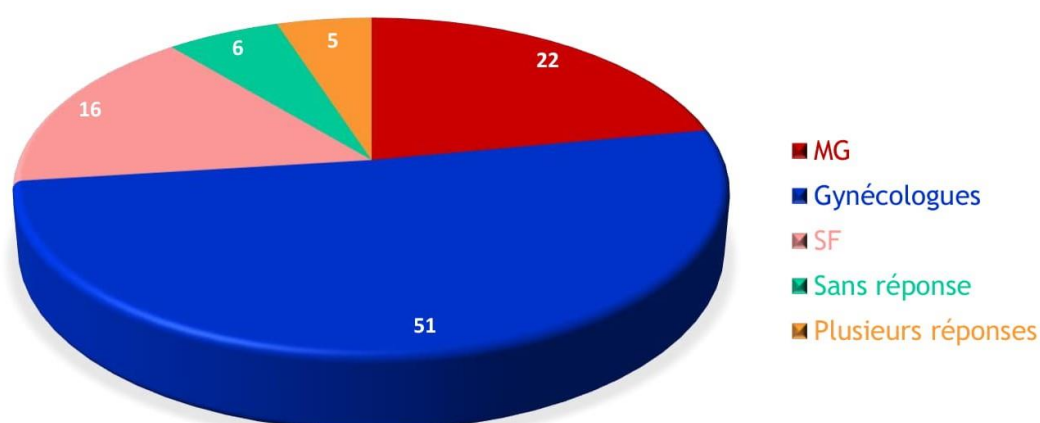
Figure 6. Intervenants ayant renseigné les sujets sur la contraception



MG = médecins généralistes ; SF = sages-femmes

Concernant la prescription de contraception (figure 7), les gynécologues étaient les professionnels de santé ayant prescrit le plus fréquemment puisque 219 sujets s'étaient faits prescrire leur méthode contraceptive par un gynécologue, suivis des médecins généralistes pour 101 sujets et enfin les sages-femmes pour 66 sujets.

Figure 7. Professionnels de santé ayant prescrit aux sujets leur moyen contraceptif



MG = médecins généralistes ; SF = sages-femmes
Résultats exprimés en %

4.4. *Connaissance de la patiente avant consultation*

De manière générale, les moyens contraceptifs connus avant consultation par les sujets de l'étude étaient nombreux (table 3) : les pilules oestroprogestatives et progestative seule, le DIU hormonal et au cuivre, l'implant, le patch et l'anneau vaginal, le préservatif masculin et féminin, le diaphragme et les spermicides, les méthodes naturelles et le retrait, la stérilisation féminine et masculine.

La pilule, combinée et progestative seule, reste le moyen contraceptif le plus connu par les sujets (pour respectivement 384 et 356 sujets), suivi de près par le DIU hormonal et au cuivre (pour respectivement 335 et 324 sujets).

Parmi les méthodes contraceptives hormonales, le patch et l'anneau vaginal étaient connus par près de la moitié des sujets (respectivement 212 et 172 sujets). Les injections trimestrielles de progestérone restent très peu connues puisque seulement 44 sujets en avaient entendu parler.

Les méthodes contraceptives dites « barrières » étaient également assez fréquemment connues : 175 sujets avaient déjà entendu parler du diaphragme, 189 sujets des spermicides mais seulement 71 sujets de la cape cervicale. Le préservatif féminin était quant à lui plus largement connu (pour 274 sujets).

Concernant les méthodes dites « naturelles », le retrait et l'abstinence périodique (symptothermie, suivi de calendrier, application smartphone) étaient également fréquemment connus puisque respectivement 205 sujets et 196 sujets en avaient déjà entendu parler.

La contraception masculine reste surtout connue à travers le préservatif masculin (374 sujets). Les autres méthodes telles que les injections hormonales hebdomadaires et le sous-vêtement contraceptif thermique étaient minoritairement connues, pour 20 et 55 sujets respectivement.

Enfin, la stérilisation féminine et masculine était connue par un peu moins de la moitié des sujets (180 sujets).

Table 3. Connaissance des méthodes contraceptives par les sujets avant consultation

	Nombre de sujets connaissant la méthode contraceptive (N = 394)
Contraception hormonale OP	
POP	384 (97,46%)
Patch	212 (53,81%)
Anneau	172 (43,65%)
Contraception hormonale progestative	
PP	356 (90,36%)
DIU hormonal	335 (85,03%)
Implant	290 (73,6%)
Injections trimestrielles	44 (11,17%)
Contraception non hormonale	
DIU cuivre	324 (82,23%)
Méthodes barrières	
Diaphragme	175 (44,42%)
Cape cervicale	71 (18,02%)
Spermicides	189 (47,77%)
Préservatif féminin	274 (69,54%)
Stérilisation féminine	180 (45,69%)
Méthodes naturelles	
Retrait	205 (52,03%)
Abstinence périodique	196 (49,75%)
Contraception masculine	
Préservatif masculin	374 (94,92%)
Injections hebdomadaires	20 (5,08%)
Sous-vêtement contraceptif	55 (13,96%)
Stérilisation masculine	180 (45,69%)

POP = pilule oestroprogestative ; PP = pilule progestative seule ; DIU = dispositif intra-utérin

4.5. Information par le professionnel de santé à la patiente

4.5.1. MOYENS CONTRACEPTIFS RENSEIGNES

En moyenne, les sujets ont été renseignés par le professionnel de santé sur 3,75 moyens contraceptifs (table 4).

Table 4. Nombre de moyens contraceptifs renseignés par le professionnel de santé lors de la consultation

Nombre de moyen contraceptifs renseignés	Nombre de sujets interrogés (N = 394)
1	35 (8,88%)
2	102 (25,89%)
3	67 (17,01%)
4	58 (14,72%)
5	45 (11,42%)
6	27 (6,65%)
7	21 (5,33%)
8	8 (2,03%)
9	5 (1,27%)
10	4 (1,02%)
11	5 (1,27%)
12	3 (0,76%)
13	3 (0,76%)
14	3 (0,76%)
Aucun	8 (2,03%)

La pilule, combinée et progestative seule, reste le moyen contraceptif le plus renseigné par le professionnel de santé (pour 353 et 295 sujets respectivement), avec donc une prédominance pour la pilule combinée.

Le deuxième moyen contraceptif le plus renseigné dans cette étude était le DIU hormonal et au cuivre, pour respectivement 192 et 185 sujets.

S'en suit du préservatif masculin, renseigné pour 140 sujets, et de l'implant, renseigné pour 119 sujets.

Les sujets étaient moins fréquemment renseignés sur les autres méthodes hormonales : respectivement 48 sujets informés sur le patch, 53 sujets sur l'anneau vaginal et seulement 12 sujets sur les injections trimestrielles.

Ils étaient également moins fréquemment renseignés sur les méthodes barrières : respectivement 25 sujets informés sur le diaphragme, 10 sujets sur la cape cervicale, 14 sujets sur les spermicides et 44 sujets sur le préservatif féminin.

Concernant les méthodes naturelles, le professionnel de santé en informait très peu les sujets, puisque le retrait avait été évoqué pour seulement 5 sujets et l'abstinence périodique pour 8 sujets.

Enfin, une minorité de sujets avait été informée à propos de la stérilisation féminine et masculine (respectivement 13 et 8 sujets), ainsi que des autres méthodes contraceptives masculines (1 sujet pour le sous-vêtement contraceptif et aucun sujet pour les injections hormonales).

Si l'on prend la même analyse par tranches d'âge, nous retrouvons la même tendance que dans l'analyse tout âge confondu, avec la pilule qui restait le moyen contraceptif le plus renseigné, suivi du DIU.

Nous pouvons également constater que de manière significative, la pilule progestative seule et les préservatifs masculin et féminin étaient plus renseignés chez les sujets les plus jeunes (respectivement $p = 0,01$, $p = 0,0009$ et $p = 0,02$), tandis que le DIU hormonal était lui plus renseigné dans la tranche d'âge la plus vieille ($p = 0,0003$).

Table 5. Nombre de sujets renseignés par le professionnel de santé sur chaque méthode contraceptive tout âge confondu et selon l'âge

	Nombre de sujets renseignés					p
	Tout âge confondu (N = 394)	Par tranches d'âge				
		17 ans (N = 1)	18 - 25 ans (N = 142)	26 - 35 ans (N = 160)	36 - 50 ans (N = 91)	
Contraception hormonale OP						
POP	353 (89,59%)	1 (100%)	130 (91,55%)	141 (88,13%)	81 (89,01%)	0,80
Patch	48 (12,18%)		16 (11,27%)	23 (14,38%)	9 (9,89%)	0,73
Anneau	53 (13,45%)		17 (11,97%)	27 (16,88%)	9 (9,89%)	0,41
Contraception hormonale progestative						
PP	295 (74,87%)	1 (100%)	119 (83,8%)	115 (71,88%)	60 (65,93%)	0,01
DIU hormonal	192 (48,73%)		54 (38,03%)	77 (48,13%)	61 (67,03%)	0,0003
Implant	119 (30,2%)		48 (33,8%)	51 (31,88%)	20 (21,98%)	0,26
Injections trimestrielles	12 (3,05%)		6 (4,23%)	3 (1,88%)	3 (3,3%)	0,69
Contraception non hormonale						
DIU cuivre	185 (46,95%)		57 (40,14%)	75 (46,88%)	53 (58,24%)	0,06
Méthodes barrières						
Diaphragme	25 (6,35%)		8 (5,63%)	11 (6,88%)	6 (6,59%)	0,97
Cape cervicale	10 (2,54%)		4 (2,82%)	4 (2,5%)	2 (2,2%)	0,99
Spermicides	14 (3,55%)		4 (2,82%)	7 (4,38%)	3 (3,3%)	0,90
Préservatif féminin	44 (11,17%)		23 (16,2%)	18 (11,25%)	3 (3,3%)	0,02
Stérilisation féminine	13 (3,3%)		4 (2,82%)	5 (3,13%)	4 (4,4%)	0,92
Méthodes naturelles						
Retrait	5 (1,27%)		2 (1,41%)	2 (1,25%)	1 (1,1%)	0,99
Abstinence périodique	8 (2,03%)		3 (2,11%)	3 (1,88%)	2 (2,2%)	0,99
Contraception masculine						
Préservatif masculin	140 (35,53%)	1 (100%)	68 (47,89%)	49 (30,63%)	22 (24,18%)	0,0009
Injections hebdomadaires	0		0	0	0	-
Sous-vêtement contraceptif	1 (0,25%)		1 (0,7%)	0	0	0,62
Stérilisation masculine	8 (2,03%)		2 (1,41%)	1 (0,63%)	5 (5,49%)	0,06

OP = oestroprogestative ; POP = pilule oestroprogestative ; PP = pilule progestative seule ; DIU = dispositif intra-utérin

4.5.2. DIU ET PARITE

Concernant l'information à propos du DIU par le professionnel de santé selon la parité de la patiente, 116 sujets sur les 271 nullipares (soit 42,8%) et 94 sujets parmi les 123 ayant un enfant ou plus (soit 76,42%) avaient été renseignés à propos de cette méthode.

A la question « est ce que la parité influe sur la proposition de DIU ? », le test du Chi² n'était pas significatif (p = 1,13).

4.5.3. PRESENTATION CATEGORISEE DES METHODES CONTRACEPTIVES

La majorité des présentations des moyens contraceptifs lors de la consultation ne s'est pas faite par catégories (présentation hiérarchisée pour seulement 76 sujets soit 19,29% ; à noter absence de réponse à la question pour 9 sujets), alors que l'intérêt d'une catégorisation dans la clarté de l'information était perçu par 202 sujets sur les 309 n'ayant pas reçu un classement des méthodes contraceptives (soit 65,37%).

La manière de catégoriser les différentes méthodes contraceptives existantes revenant la plus adaptée aux yeux des sujets (table 6) était de classer les méthodes hormonales versus les méthodes non hormonales (pour 181 sujets, soit 45,94%). Également, pour 68 sujets (soit 17,26%), présenter les moyens contraceptifs par ordre décroissant d'efficacité théorique (du plus efficace au moins efficace) apparaissait comme une catégorisation adaptée à la clarté de l'information. Les autres catégories proposées par les sujets étaient les suivantes : maintien de menstruations ou aménorrhée, effets secondaires, types de contraception, mode de vie, antécédents et facteurs de risque, efficacité réelle, méthodes invasives versus non invasives, facilité d'utilisation. 60 sujets (soit 15,23%) avaient trouvé qu'un classement associant plusieurs catégories était le plus adapté.

Table 6. Catégories pour classer les méthodes contraceptives souhaitées par les sujets

Catégories proposées	Nombre de sujets interrogés (N = 394)
<i>Méthodes hormonales versus non hormonales</i>	181 (45,94%)
<i>Contraception féminine versus masculine</i>	18 (4,57%)
<i>Contraception réversible versus définitive</i>	12 (3,05%)
<i>Par ordre décroissant d'efficacité théorique</i>	68 (17,26%)
<i>Par ordre croissant d'efficacité théorique</i>	12 (3,05%)
<i>Par durée d'action décroissante</i>	4 (1,02%)
<i>Par durée d'action croissante</i>	2 (0,51%)
<i>Méthodes remboursées versus non remboursées</i>	9 (2,28%)
<i>Autres</i>	16 (4,06%)
<i>Plusieurs catégories</i>	60 (15,23%)
<i>Absence de réponses</i>	12 (3,05%)

4.5.4. SUPPORT DE PRESENTATION ET REMISE DE DOCUMENTATION

Lors des consultations, la majorité des présentations des méthodes contraceptives existantes s'est faite sans support matériel papier de présentation (73 sujets seulement en avaient bénéficié soit 18,53% ; à noter absence de réponse à la question pour 3 sujets).

Lorsque les sujets étaient interrogés sur l'utilité de la présence d'un livret sous format papier classant les moyens de contraception par catégorie et détaillant leurs principales caractéristiques (méthode d'utilisation, effets indésirables, durée d'action, coût, etc) lors de la consultation, une très large majorité (372 sujets soit 94,42%) y trouvait un intérêt quant à l'amélioration de la clarté et de la compréhension de l'information donnée.

Par ailleurs, pour la plupart des consultations, aucune documentation à propos des méthodes contraceptives n'était remise à la patiente en fin de consultation (seulement 44 sujets s'en étaient vus remettre soit 11,17% ; à noter absence de réponse à la question pour 4 sujets).

Alors que l'utilité d'une telle documentation se serait avérée positive pour 266 sujets sur les 346 n'ayant reçu aucune documentation (soit 76,88%).

4.5.5. ASPECT PRATIQUE, RISQUES ET COUT

L'information par le professionnel de santé sur la méthode d'utilisation et les effets indésirables (table 7) concernait surtout la pilule (combinée et progestative seule) et le DIU (hormonal et au cuivre).

Pour un peu plus de la moitié des consultations, la présence de matériel de démonstration était absente. Lorsque celui-ci était présent, il s'agissait principalement de plaquette de pilule et du DIU (table 7).

Le coût du moyen contraceptif n'était majoritairement pas abordé par le professionnel de santé en consultation (il l'a été pour 117 sujets soit 29,7% ; à noter absence de réponse à la question pour 2 sujets).

Table 7. Nombres de sujets renseignés par le professionnel de santé à propos de la méthode d'utilisation, des effets indésirables et présence de matériel de démonstration pour chaque méthode contraceptive

	Nombre de sujets renseignés (N = 394)		
	Méthode d'utilisation	Effets indésirables	Matériel de démonstration
Contraception hormonale OP			
POP	291 (73,86%)	164 (41,62%)	125 (31,73%)
Patch	37 (9,39%)	14 (3,55%)	12 (3,05%)
Anneau	33 (8,38%)	18 (4,57%)	24 (6,09%)
Contraception hormonale progestative			
PP	195 (49,49%)	125 (31,73%)	125 (31,73%)
DIU hormonal	121 (30,71%)	105 (26,65%)	118 (29,95%)
Implant	93 (23,6%)	57 (14,47%)	45 (11,42%)
Injections trimestrielles	6 (1,52%)	6 (1,52%)	0
Contraception non hormonale			
DIU cuivre	158 (40,1%)	120 (30,46%)	118 (29,95%)
Méthodes barrières			
Diaphragme	19 (4,82%)	9 (2,28%)	5 (1,27%)
Cape cervicale	10 (2,54%)	7 (1,78%)	1 (0,25%)
Spermicides	11 (2,79%)	6 (1,52%)	0
Préservatif féminin	25 (6,35%)	12 (3,05%)	19 (4,82%)
Stérilisation féminine	10 (2,54%)	5 (1,27%)	-
Méthodes naturelles			
Retrait	3 (0,76%)	9 (2,28%)	-
Abstinence périodique	6 (1,52%)	10 (2,54%)	-
Contraception masculine			
Préservatif masculin	48 (12,18%)	23 (5,84%)	19 (4,82%)
Injections hebdomadaires	0	0	-
Sous-vêtement contraceptif	0	0	-
Stérilisation masculine	2 (0,51%)	1 (0,25%)	-
Aucun moyen contraceptif	40 (10,15%)	117 (29,7%)	208 (52,79%)

OP = oestroprogestative ; POP = pilule oestroprogestative ; PP = pilule progestative seule ; DIU = dispositif intra-utérin

4.6. Personnalisation de la consultation

202 sujets (soit 51,27%) ont estimé que le professionnel de santé avait tenu compte de leurs habitudes de vie et de leur sexualité dans sa proposition de choix contraceptif.

La majorité des sujets avait consulté seuls (absence du conjoint lors de la consultation ou célibat). Parmi les 25 sujets qui étaient accompagnés de leur conjoint en consultation, 3 pensaient que la présence de celui-ci avait pu influencer le professionnel de santé dans sa proposition de choix contraceptif.

4.7. Ressenti en fin de consultation

225 sujets (soit 57,11%) n'ont pas eu l'impression d'avoir eu toutes les données nécessaires pour choisir « librement » leur moyen contraceptif.

145 sujets (soit 36,8%) ont eu l'impression que la méthode contraceptive prescrite leur avait été « imposée ».

124 sujets (soit 31,47%) ont ressenti le besoin de s'informer auprès d'un autre soignant.

265 sujets (soit 67,26%) avaient une appréhension vis-à-vis de certaines méthodes avant consultation. Parmi ceux-ci, la consultation avait modifié la vision des choses de 85 sujets (soit 32,08%).

160 sujets (soit 40,61%) se sont accordés un délai de réflexion entre le moment de la consultation et le choix de leur contraception.

Parmi les 229 sujets ne s'étant pas accordés ce délai de réflexion, 106 sujets (soit 46,29%) auraient trouvé un intérêt dans le fait de s'accorder ce délai de réflexion.

4.8. Consultation de renouvellement de contraception

Lors de la consultation de renouvellement et/ou suivi de contraception, 226 sujets (soit 57,36%) ont été questionnés sur la satisfaction de leur moyen contraceptif en cours et 183 sujets (soit 46,45%) à propos de la présence potentielle d'effets indésirables.

Concernant les 284 sujets (soit 72,08%) qui n'en étaient pas satisfaits et/ou pour lesquels la présence d'effets indésirables était trop gênante, 157 (soit 55,28%) ont été informés à propos d'autres méthodes contraceptives.

5. Discussion

Il semble que les patientes ayant répondu à l'enquête n'ont pas reçu une information exhaustive sur le large panel contraceptif existant par les professionnels de santé consultés et ce, quelle que soit leur spécialité. Certaines méthodes ont particulièrement été oubliées ou omises, comme les méthodes barrières, les méthodes naturelles ou certaines méthodes hormonales (patch, anneau, injections trimestrielles). L'information transmise a été essentiellement centrée sur la pilule, et, secondairement, sur le DIU, l'implant ou le préservatif masculin. De ce fait, une femme sur 2 a perçu, par manque d'informations, que son choix contraceptif ne s'est pas fait de manière totalement éclairée. Certaines ont même ressenti que leur moyen de contraception leur a été imposé, et non pas proposé en toute clarté, par le professionnel de santé consulté.

Par ailleurs, la question de la satisfaction d'utilisation du moyen contraceptif en cours n'a été abordée qu'une fois sur deux lors des consultations de renouvellement et/ou de suivi. En cas d'insatisfaction et/ou d'effet(s) indésirable(s) gênant(s), ce qui était le cas pour près de deux tiers des sujets, une information sur d'autres méthodes disponibles n'a été faite que dans un cas sur deux.

5.1. *Validité interne : limites*

Concernant les limites de cette étude, nous pouvons souligner parmi les biais remarquables la présence d'un biais de classement : le biais de mémorisation, étant donné que le questionnaire était rétrospectif (questionnement sur une consultation déjà passée, parfois depuis plusieurs années si le moyen contraceptif utilisé est une méthode de durée d'action longue et/ou qu'il est renouvelé de façon itérative).

Le biais de mesure a été limité par la standardisation du questionnaire.

Nous pouvons également discuter d'un biais de sélection en rapport avec la diffusion du questionnaire qui s'est faite par l'intermédiaire d'un organisme communautaire s'intéressant à la contraception. Il est donc possible que les sujets ayant répondu étaient déjà exhaustivement informés à propos de contraception.

Enfin, l'étude étant épidémiologique descriptive, elle fournit un faible niveau de preuve (niveau 4, grade C).

Nous pouvons aussi nous demander si un certain nombre de sujets n'a pas été renseigné sur certaines méthodes contraceptives du fait d'une connaissance initiale de ces moyens contraceptifs ou d'un choix *a priori*. Cependant, les recommandations de la HAS sont claires et spécifient d'évaluer les connaissances de la patiente, l'échange d'informations médicales étant la première étape du concept de « décision médicale partagée ».

Par ailleurs, la compréhension du sujet à la question « Lors de la consultation à propos de votre choix de contraception, de quel(s) moyen(s) contraceptif(s) le professionnel de santé vous a-t-il parlé ? » pouvait être ambiguë puisque la formulation de la question ne précisait pas si le professionnel de santé abordait de lui-même la méthode contraceptive ou s'il répondait à une interrogation de la part de la patiente. Certains sujets ont donc pu ne pas cocher certaines réponses si le professionnel de santé n'avait pas évoqué de lui-même le moyen contraceptif, alors que le renseignement sur une méthode contraceptive était sous-entendu bilatéral dans cette étude.

5.2. *Validité externe*

Dans une étude menée sur 412 gynécologues et 581 médecins généralistes(23), les praticiens avaient répondu à la question suivante : « Concernant la contraception, avez-vous recommandé les méthodes suivantes au cours des 12 derniers mois ? », les réponses possibles étant « souvent », « parfois », « rarement », « jamais ». Concernant les résultats (réponses « souvent » et « parfois » prises en compte uniquement), il a été montré que les méthodes recommandées par ces prescripteurs étaient aussi le plus fréquemment la pilule (plus de 90%), le DIU (plus de 70%) et le préservatif masculin (autour de 80%). L'implant, l'anneau vaginal et le patch étaient recommandés par 50 à 60% des praticiens. Enfin, les autres moyens telles que les méthodes naturelles, les méthodes barrières (préservatif féminin et spermicides) et la stérilisation (féminine et masculine) étaient recommandés par moins de 40% des professionnels de santé.

5.3. *A l'heure actuelle et dans l'avenir*

Nos résultats doivent encourager les praticiens à davantage informer leurs patientes sur la globalité des méthodes contraceptives y compris les méthodes hormonales telles que le patch, l'anneau vaginal et les injections trimestrielles, ainsi que sur les méthodes dites barrières et naturelles, dans l'optique d'un choix contraceptif plus « éclairé ». Et également à réévaluer constamment la satisfaction du moyen utilisé, de laquelle découle l'adhésion à cette méthode.

Le panel contraceptif étant large, présenter les différents moyens à l'aide d'un support informatif les répertoriant voire les catégorisant pourrait améliorer la clarté et la compréhension de la patiente, ainsi qu'apporter une véritable aide au professionnel de santé afin d'être le plus exhaustif possible dans la délivrance de l'information. En effet, au Royaume-Uni, l'utilisation d'un dépliant informatif lors de la consultation de contraception par le médecin est systématique, permettant ainsi une proposition de toutes les méthodes et une information exhaustive et systématique(44). En France, les professionnels de santé ont la possibilité de s'appuyer notamment sur des sites internet et/ou des documents récapitulatifs pouvant être commandés gratuitement sous forme de brochures(45) (46).

D'autre part, la contraception masculine a peu de place alors que des méthodes naissantes (thermique, hormonale) élargissent le panel contraceptif masculin et que 61% des hommes se déclaraient prêts à prendre une pilule contraceptive d'après un sondage CSA de 2012, préférée aux autres méthodes proposées telles que l'injection d'hormones ou d'un gel dans les canaux déférents.

D'un point de vue physiopathologique, empêcher de façon réversible la spermatogenèse, processus permanent contrairement à l'ovulation qui elle est mensuelle, semble être plus difficile. L'objectif des chercheurs s'oriente plutôt vers une contraception non hormonale afin d'en éviter les nombreux effets indésirables et vise deux grands mécanismes : diminuer la production des spermatozoïdes afin de diminuer leur quantité dans l'éjaculat (moins d'un million de spermatozoïdes par millilitre contre 15 à 150 millions en temps normal, ce qui rendrait le risque de grossesse non désirée très proche de zéro) et diminuer la fonctionnalité des spermatozoïdes en réduisant leur mobilité et/ou en empêchant leur passage dans les canaux déférents.

Des premiers essais cliniques ont eu lieu dans les années 1960(47), avec l'étude d'une molécule ayant la capacité de bloquer la synthèse de vitamine A au niveau des testicules, qui est indispensable à la spermatogénèse. Cependant, ces essais ont dû être abandonnés en raison de la survenue d'importants effets indésirables liés à la consommation concomitante d'alcool. La recherche d'une autre molécule ayant ce même rôle se poursuit actuellement.

Les dérivés du lonidamine (composé anti-néoplasique découvert dans les années 1970 aux caractéristiques anti-spermatogéniques), responsables d'un détachement prématuré des spermatozoïdes des cellules de Sertoli, ont prouvé dans les études animales et *in vitro* leur efficacité mais au prix d'effets indésirables conséquents au niveau hépatique et parfois une absence de réversibilité(48). Des études sont actuellement en cours afin de trouver la dose qui permettrait une telle efficacité avec une réduction de ces effets indésirables.

Les travaux de chercheurs américains publiés en avril 2018(49), réalisés sur des macaques, montraient un blocage de la mobilité des spermatozoïdes après injection d'un composé appelé EP055 qui agit sur une protéine de surface des spermatozoïdes appelée EPPIN, avec une réversibilité complète au bout de 18 jours et absence d'effet indésirable observée à court et long terme. Reste à tester cette molécule chez l'homme.

En ce qui concerne la contraception hormonale, 8 études majeures ont été menées sur près de 2700 volontaires depuis le début des années 1990(47), dont le principe est d'administrer des hormones (testostérone combinée ou non à un progestatif) sous la forme d'injections ou de gels afin d'induire une diminution de la concentration de testostérone dans les testicules, permettant ainsi de stopper la spermatogénèse. Si de nombreux résultats satisfaisants ont été obtenus, un grand nombre de ces études ont dû être abandonnées pour manque d'efficacité, effets indésirables ou crainte des conséquences sur le long terme (notamment pour la prostate, le foie et le comportement).

Finalement, cette sous-utilisation des moyens contraceptifs masculins novateurs pourrait s'expliquer par le fait que ces méthodes restent peu utilisées donc peu étudiées *in vivo* et que leur action à long terme ne peut encore être recommandée.

Si l'on s'intéresse aux recherches actuelles et à venir en matière de contraception masculine, l'utilisation d'acétate de segesterone, hormone progestative, sous forme de gel à appliquer quotidiennement sur la peau apparaît comme une belle promesse. En effet, dans cette étude menée sur 56 volontaires(50), l'utilisation quotidienne et combinée de gels comportant de la testostérone et de l'acétate de segesterone pendant 20 semaines a permis de diminuer la concentration en spermatozoïdes en dessous du seuil de fertilité (soit 1 millions/ml ou moins) chez 88% des sujets, avec peu d'effets indésirables constatés (acné, prise de poids et troubles psychologiques pour un minorité des sujets). Ces travaux devraient être complétés par une nouvelle étude à laquelle doivent prendre part 400 couples vivant dans 6 pays différents.

La deuxième piste est celle de la diméthandrolone undécanoate (DMAU), équivalent masculin de la pilule, qui permet une suppression de la production des gonadotrophines FSH et LH, et de la testostérone, dont la prise orale quotidienne pendant 28 jours a été étudiée chez 83 hommes volontaires âgés de 18 à 50 ans en bonne santé (51). Cette étude randomisée en double aveugle a montré qu'une dose quotidienne de 200mg permettait une inhibition significative de l'axe gonadotrope, sans effets secondaires majeurs (les quelques effets indésirables significatifs étaient les suivants : céphalées, diminution de la libido, dysfonction érectile, acné, diminution de l'HDL cholestérol, prise de poids et augmentation de l'hématocrite). Par ailleurs, des travaux menés aux Etats-Unis sur un gel polymère injectable chirurgicalement destiné à bloquer la circulation des spermatozoïdes dans les canaux déférents sont attendus pour 2020 (essai clinique de phase 3)(52). Issus du procédé indien appelé RISUG («*reversible inhibition of sperme under guidance*»), développé par un médecin et ingénieur en biomécanique indien, Sujoy Kumar Guha, dans les années 1990, ces travaux menés sur des singes(53) ont prouvé que cette méthode était efficace avec peu de complications qui étaient similaires à celles de la vasectomie et réversible en quelques mois, grâce à l'injection d'un produit visant à dissoudre le gel.

Côté français, le seul axe de recherche actuel est celui d'un médecin toulousain, le Dr Roger MIEUSSET, qui depuis les années 1980 développe une méthode contraceptive thermique, le slip contraceptif encore appelé le « slip chauffant »(47). Celui-ci a été expérimenté par une centaine de ses patients depuis

2010 et aucune grossesse non désirée n'a été constatée. Permettant de stopper la spermatogenèse par l'augmentation de température des testicules à 37°C, il peut se porter au maximum 15 heures par jour et son action est réversible puisque la fertilité est retrouvée dans les 6 mois après arrêt du port du sous-vêtement et est garantie jusqu'à 4 ans après le début de l'utilisation. Aucun trouble de l'érection n'a par ailleurs été constaté. Cependant, l'absence d'essais cliniques ne permet pas à ce dispositif novateur d'être reconnu par les autorités sanitaires, mais son co-inventeur promet de publier une étude afin de forger son prototype.

6. Conclusion

Il semblerait donc que les femmes consultant pour un choix de contraception ne soient pas informées de manière exhaustive sur le panel de contraceptifs existant (peu de méthodes proposées), avec une information restreinte à la pilule très majoritairement (et ce à tout âge), et secondairement au DIU, à l'implant et au préservatif masculin, les méthodes dites barrières et naturelles restant au second plan. L'aspect pratique, les risques et le coût des moyens contraceptifs ne sont également pas toujours renseignés.

De plus, beaucoup de femmes décrivent, par manque d'information, un choix non éclairé, voire imposé, de leur méthode contraceptive.

La présentation catégorisée des moyens contraceptifs via un livret informatif semblerait pouvoir améliorer la compréhension des patientes et pourrait donc les éclairer dans leur choix, ainsi qu'aider le professionnel de santé à informer de manière exhaustive.

Quant à la contraception masculine, elle reste un domaine en développement et à développer, et représente un enjeu majeur de ces prochaines décennies.

7. Références bibliographiques

1. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique.
2. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août 9, 2004.
3. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. HAS. 2013 [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee
4. Chabbert-Buffet N, Marret H, Agostini A, Cardinale C, Hamdaoui N, Hassoun D, et al. Contraception : Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF (texte court). Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2018;
5. Linet T. Consultation en contraception. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. déc 2018;46(12):792-8.
6. de Irala J, Osorio A, Carlos S, Lopez-del Burgo C. Choice of birth control methods among European women and the role of partners and providers. Contraception. déc 2011;84(6):558-64.
7. Contraception [Internet]. Organisation mondiale de la Santé. [cité 29 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/topics/contraception/fr/>
8. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Item 27 : Contraception [Internet]. Université Médicale Virtuelle Francophone. Campus Gynécologie-Obstétrique. 2010 [cité 29 juill 2019]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item27_1/site/html/1.html
9. ChoisirSaContraception [Internet]. [cité 29 juill 2019]. Disponible sur: https://www.choisirsacontraception.fr/?gclid=EAlalQobChMIgdKQqvDZ4wIVQ7TtChOMegRBEEAAYASAAEgKNw_D_BwE
10. Chosson M. La contraception au fil du temps [Internet]. Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception. 2013 [cité 28 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.avortementancic.net/spip.php?article36>
11. Fiche info - Depo Provera [Internet]. Base de données publique des médicaments. [cité 13 août 2019]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=62429736>
12. Fiche info - Nexplanon [Internet]. Base de données publique des médicaments. [cité 13 août 2019]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=66845924>
13. Fiche info - Evra [Internet]. Base de données publique des médicaments. [cité 13 août 2019]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=69729088#>

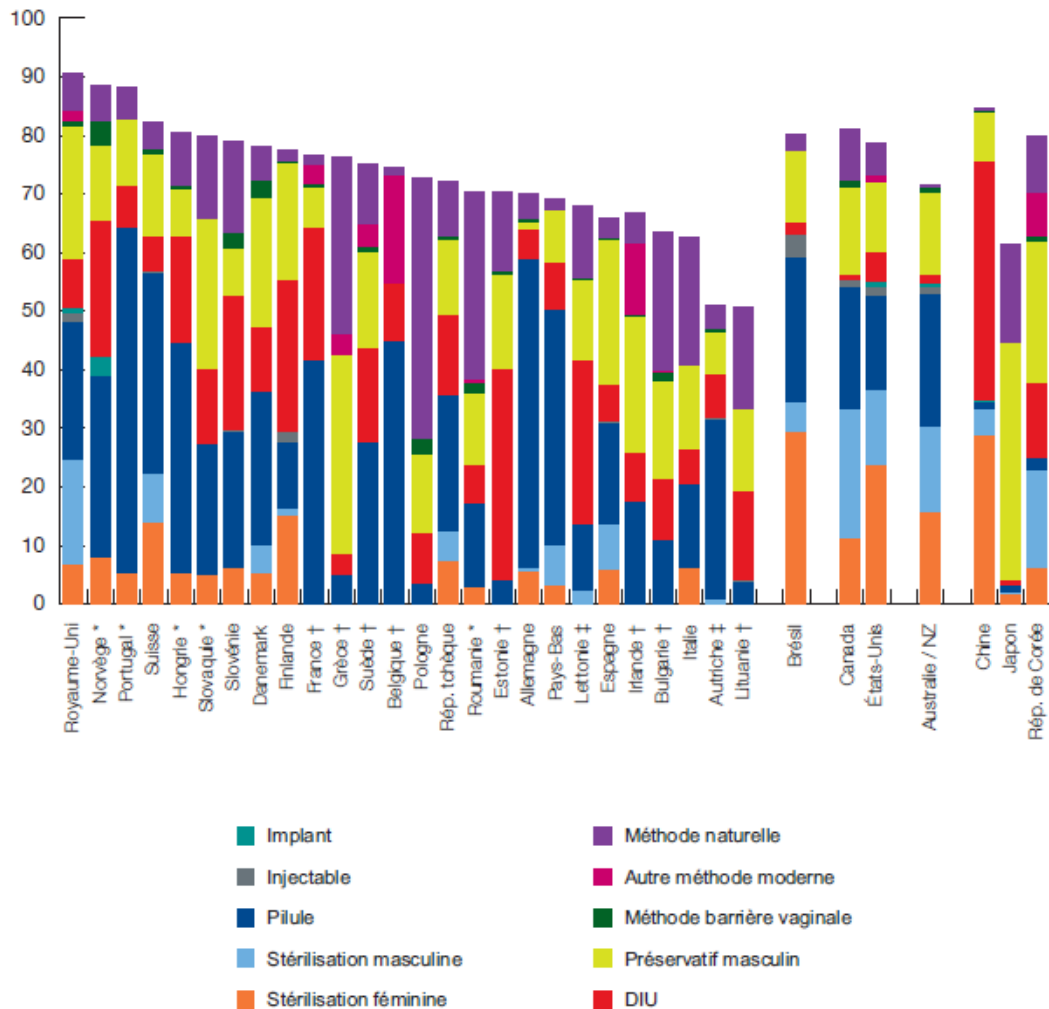
14. Nuvaring [Internet]. Vidal. [cité 13 août 2019]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/Medicament/nuvaring-63857-prescription_delivrance_prise_en_charge.htm
15. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
16. Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine [Internet]. [cité 29 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.contraceptionmasculine.fr/les-methodes/>
17. Fiche info - Androtardyl [Internet]. Base de données publique des médicaments. [cité 13 août 2019]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=68178899>
18. Vigoureux S, Guen ML. Contexte de la contraception en France. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. déc 2018;46(12):777-85.
19. Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques? Population & Sociétés. sept 2012;(492):4.
20. Hassoun D. Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières. RPC contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2018;
21. Arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000024688759>
22. Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires.
23. Roux A, Ventola C, Bajos N. Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France. Sciences sociales et sante. 22 sept 2017;Vol. 35(3):41-70.
24. Patient et professionnels de santé : décider ensemble [Internet]. [cité 19 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf
25. Les bases du counseling [Internet]. VIH Counseling. [cité 19 août 2019]. Disponible sur: <http://counselingvih.com/fr/definition/definitions.php?PHPSESSID=af4f8fc3069e8d537480d21822e1d328>
26. Contraception: pour une prescription adaptée [Internet]. [cité 19 août 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_contraception.pdf
27. Gemzell-Danielsson K, Thunell L, Lindeberg M, Tydén T, Marintcheva-Petrova M, Oddens BJ. Comprehensive counseling about combined hormonal contraceptives changes the choice of contraceptive methods: results of the CHOICE program in Sweden. Acta Obstet Gynecol Scand. août 2011;90(8):869-77.

28. de Reilhac P, Plu-Bureau G, Serfaty D, Letombe B, Gondry J, Christin-Maitre S. The CORALIE study: improving patient education to help new users better understand their oral contraceptive. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. oct 2016;21(5):388-94.
29. Dehlendorf C, Grumbach K, Schmittziel JA, Steinauer J. Shared decision making in contraceptive counseling. *Contraception*. mai 2017;95(5):452-5.
30. Weisman CS, Maccannon DS, Henderson JT, Shortridge E, Orso CL. Contraceptive counseling in managed care: preventing unintended pregnancy in adults. *Womens Health Issues*. avr 2002;12(2):79-95.
31. Garbers S, Haines-Stephan J, Lipton Y, Meserve A, Spieler L, Chiasson MA. Continuation of copper-containing intrauterine devices at 6 months. *Contraception*. janv 2013;87(1):101-6.
32. Canto De Cetina TE, Canto P, Ordoñez Luna M. Effect of counseling to improve compliance in Mexican women receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception*. mars 2001;63(3):143-6.
33. Garbers S, Meserve A, Kottke M, Hatcher R, Chiasson MA. Tailored health messaging improves contraceptive continuation and adherence: results from a randomized controlled trial. *Contraception*. nov 2012;86(5):536-42.
34. Little P, Griffin S, Kelly J, Dickson N, Sadler C. Effect of educational leaflets and questions on knowledge of contraception in women taking the combined contraceptive pill: randomised controlled trial. *BMJ*. 27 juin 1998;316(7149):1948-52.
35. Haute Autorité de Santé. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. HAS. 2015 [cité 2 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
36. La santé des femmes [Internet]. Organisation mondiale de la Santé. 2018 [cité 2 août 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
37. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Item 47 : Puberté [Internet]. Université Médicale Virtuelle Francophone. Campus Gynécologie-Obstétrique. 2015 [cité 2 août 2019]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item38/site/html/2.html>
38. L'âge au premier rapport sexuel [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. 2014 [cité 27 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>
39. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Item 120 : Ménopause [Internet]. Université Médicale Virtuelle Francophone. Campus Gynécologie-Obstétrique. 2015 [cité 2 août 2019]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item55/site/html/1.html>

40. Lyons S, Arcara J, Deardorff J, Gomez AM. Financial Strain and Contraceptive Use Among Women in the United States: Differential Effects by Age. *Womens Health Issues*. avr 2019;29(2):153-60.
41. Code civil - Article 371-1. Code civil.
42. Code civil - Article 372. Code civil.
43. Code pénal - Article 441-1. Code pénal.
44. Contraception masculine : au tour des hommes [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <https://soundcloud.com/lescouilles-podcast/contraception-masculine-au-tour-des-hommes>
45. Tableau comparatif des moyens de contraception [Internet]. Choisisacontraception. [cité 2 oct 2019]. Disponible sur: https://www.choisisacontraception.fr/contraception_tableau_comparatif.htm
46. Choisir sa contraception [Internet]. Santé publique France. [cité 2 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/brochure/choisir-sa-contraception>
47. Thibert C. Pilule, gel, slip chauffant... Où en est la recherche sur la contraception masculine? [Internet]. LEFIGARO.fr santé. 2018 [cité 29 juill 2019]. Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/article/contraception-masculine-entre-petites-avancees-et-grandes-desillusions/>
48. Reynolds-Wright JJ, Anderson R. Male contraception: where are we going and where have we been? *BMJ Sex Reprod Health*. 19 sept 2019;
49. O’Rand MG, Hamil KG, Adevai T, Zelinski M. Inhibition of sperm motility in male macaques with EP055, a potential non-hormonal male contraceptive. *PLoS ONE*. 2018;13(4):e0195953.
50. Ilani N, Roth MY, Amory JK, Swerdloff RS, Dart C, Page ST, et al. A new combination of testosterone and nestorone transdermal gels for male hormonal contraception. *J Clin Endocrinol Metab*. oct 2012;97(10):3476-86.
51. Thirumalai A, Ceponis J, Amory JK, Swerdloff R, Surampudi V, Liu PY, et al. Effects of 28 Days of Oral Dimethandrolone Undecanoate in Healthy Men: A Prototype Male Pill. *J Clin Endocrinol Metab*. 1 févr 2019;104(2):423-32.
52. Contraception masculine : les contraceptifs pour l’homme [Internet]. Ooreka santé. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: [//contraception.ooreka.fr/comprendre/contraception-masculine](https://contraception.ooreka.fr/comprendre/contraception-masculine)
53. Colagross-Schouten A, Lemoy M-J, Keesler RI, Lissner E, VandeVoort CA. The contraceptive efficacy of intravas injection of Vasalgel™ for adult male rhesus monkeys. *Basic Clin Androl*. 2017;27:4.

8. Annexes

Annexe 1. Prévalence contraceptive par type de méthode par pays, Union européenne, pays de l'AELE et autres pays sélectionnés



Champ : femmes de 15-49 ans mariées ou en couple

Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Contraceptive Use 2011. Disponible sur : www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm

Les données sur la stérilisation sont incomplètes pour les pays européens, * pas de données sur la stérilisation féminine et masculine, † pas de données sur la stérilisation féminine.

AELE : Association économique de libre échange

Source : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee



Niveau de preuve

Niveau 1	Preuve scientifique établie
- Essais comparatifs randomisés de forte puissance	Grade A
- Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés	
- Analyse de décision fondée sur des études bien menées	
Niveau 2	Présomption Scientifique
- Essais comparatifs randomisés de faible puissance	Grade B
- Études comparatives non randomisées bien menées	
- Études de cohorte	
Niveau 3	
- Études castémoin	
Niveau 4	Faible niveau de preuve
- Études comparatives comportant des biais importants	Grade C
- Études rétrospectives	
- Études épidémiologiques descriptives	
- Séries de cas	

Source : Chabbert-Buffet N, et al. Contraception : Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF (texte court). Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie (2018), <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.012>

Annexe 3. Questionnaire (4 pages)

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale et je réalise ma thèse sur la délivrance de l'information à propos de la contraception par le professionnel de santé aux patientes en âge de procréer.

Ce questionnaire prend **moins de 10 minutes** à être rempli et me permettra d'avancer sur mon travail de thèse. Vous pouvez y répondre si vous avez entre **15 et 50 ans** (une autorisation parentale est obligatoire pour les personnes mineures) et que vous ayez un moyen de contraception actuel ou non.

L'intégralité des réponses est anonyme et le traitement des données utilisées se fait dans le respect de cet anonymat.

Merci d'avance du temps pris pour ces réponses.

Questionnaire :

1) A propos de vous :

- Quel âge avez-vous ? . . . ans
- Avez-vous un/des enfant(s) ? oui non

2) Quel(s) intervenant(s) en santé vous a déjà renseigné à propos de la contraception en général ?

(plusieurs réponses possibles)

- Médecin généraliste
- Gynécologue
- Sage-femme
- Interne en médecine (étudiant en formation)
- Autre (planning familial, intervenant ou infirmier(e) scolaire, pharmacien, ... *veuillez préciser votre réponse*) :
.....

3) Quel professionnel de santé vous a prescrit votre moyen de contraception actuel ? (une seule réponse)

- Médecin généraliste
- Gynécologue
- Sage-femme
- Interne en médecine (étudiant en formation)

4) De quel(s) moyen(s) contraceptif(s) aviez-vous déjà entendu parler avant la consultation dédiée au choix de votre contraception ? (plusieurs réponses possibles)

Contraception féminine :

- Hormonale oestroprogestative :
 - Pilule
 - Patch
 - Anneau vaginal
- Hormonale progestative :
 - Pilule
 - Dispositif intra-utérin (stérilet)
 - Implant
 - Injections trimestrielles
- Non hormonale :
 - Dispositif intra-utérin (stérilet) au cuivre
 - Diaphragme
 - Cape cervicale
 - Spermicides
 - Préservatif féminin
 - Stérilisation féminine
 - Retrait
 - Abstinence périodique (suivi calendrier, application smartphone, symptothermie)

Contraception masculine :

- Préservatif masculin
- Hormonale : injections hebdomadaires
- Thermique : sous-vêtement contraceptif
- Stérilisation masculine
- Aucun

5) Lors de la consultation à propos de votre choix de contraception, de quel(s) moyen(s) contraceptif(s) le professionnel de santé vous a-t-il parlé ? (plusieurs réponses possibles)

Contraception féminine :

- Hormonale oestroprogestative :

- Pilule
- Patch
- Anneau vaginal

- Hormonale progestative :

- Pilule
- Dispositif intra-utérin (stérilet)
- Implant
- Injections trimestrielles

- Non hormonale :

- Dispositif intra-utérin (stérilet) au cuivre
- Diaphragme
- Cape cervicale
- Spermicides
- Préservatif féminin
- Stérilisation féminine
- Retrait
- Abstinence périodique (suivi calendrier, application smartphone, symptothermie)

Contraception masculine :

- Préservatif masculin
- Hormonale : injections hebdomadaires
- Thermique : sous-vêtement contraceptif
- Stérilisation masculine

6) La présentation des différents moyens de contraception par le professionnel de santé s'est-elle faite par catégorie ?

oui non

Si non, cela aurait-il été plus clair pour vous ? oui non

Et quelle catégorisation trouvez-vous la plus adaptée ? (une seule réponse)

- méthodes hormonales vs non hormonales
- contraception féminine vs contraception masculine
- contraception réversible vs contraception définitive
- par ordre décroissant d'efficacité théorique (du plus efficace au moins efficace)
- par ordre croissant d'efficacité théorique (du moins efficace au plus efficace)
- par durée d'action décroissante (de la plus longue à la plus courte)
- par durée d'action croissante (de la plus courte à la plus longue)
- méthodes entièrement remboursées vs non ou partiellement remboursées
- autre(s) (précisez votre réponse) :

7) Le professionnel de santé s'est-il appuyé d'un support papier pour vous présenter les différents moyens de contraception existants ?

oui non

Pensez-vous qu'un livret sous format papier classant les moyens de contraception par catégorie (comme ci-dessus) et détaillant leurs principales caractéristiques (méthode d'utilisation, effets indésirables, durée d'action, coût, etc) améliorerait la clarté et la compréhension de l'information ?

oui non

8) Vous a-t-il montré les moyens contraceptifs suivants à l'aide de matériel de démonstration ?

- Plaquette de pilule
- Dispositif intra-utérin (stérilet)
- Implant
- Progestatif injectable
- Anneau vaginal
- Patch
- Spermicides
- Cape cervicale
- Diaphragme
- Préservatif masculin
- Préservatif féminin
- Aucun

9) Vous a-t-il expliqué la méthode d'utilisation des moyens contraceptifs suivants ?

Contraception féminine :

- Hormonale oestroprogestative :

- Pilule
- Patch
- Anneau vaginal

- Hormonale progestative :

- Pilule
- Dispositif intra-utérin (stérilet)
- Implant
- Injections trimestrielles

- Non hormonale :

- Dispositif intra-utérin (stérilet) au cuivre
- Diaphragme
- Cape cervicale
- Spermicides
- Préservatif féminin
- Stérilisation féminine
- Retrait
- Abstinence périodique (suivi calendrier, application smartphone, symptothermie)

Contraception masculine :

- Préservatif masculin
- Hormonale : injections hebdomadaires
- Thermique : sous-vêtement contraceptif
- Stérilisation masculine

Aucun

10) Vous a-t-il expliqué les principaux effets indésirables des moyens contraceptifs suivants ?

Contraception féminine :

- Hormonale oestroprogestative :

- Pilule
- Patch
- Anneau vaginal

- Hormonale progestative :

- Pilule
- Dispositif intra-utérin (stérilet)
- Implant
- Injections trimestrielles

- Non hormonale :

- Dispositif intra-utérin (stérilet) au cuivre
- Diaphragme
- Cape cervicale
- Spermicides
- Préservatif féminin
- Stérilisation féminine
- Retrait
- Abstinence périodique (suivi calendrier, application smartphone, symptothermie)

Contraception masculine :

- Préservatif masculin
- Hormonale : injections hebdomadaires
- Thermique : sous-vêtement contraceptif
- Stérilisation masculine

Aucun

11) Le coût du moyen contraceptif a-t-il été évoqué ?

oui non

12) Estimez-vous que le professionnel de santé a tenu compte de vos habitudes de vie et de votre sexualité dans sa proposition ?

oui non

13) Avez-vous consulté avec votre conjoint ?

oui non

Si oui, pensez-vous que la présence de votre conjoint ait influencé la proposition du professionnel de santé ? oui non

14) A la fin de la consultation :

- Avez-vous l'impression d'avoir eu toutes les données nécessaires pour choisir librement votre moyen de contraception ?
 oui non
- Avez-vous l'impression que le professionnel de santé vous ait « imposé » ce moyen de contraception sans tenir compte de votre ressenti/avis ?
 oui non
- Avez-vous ressenti le besoin de vous informer auprès d'un autre soignant ?
 oui non
- Avez-vous une appréhension vis-à-vis de certaines méthodes contraceptives avant la consultation ?
 oui non
Si oui, la consultation a-t-elle modifié votre vision des choses ? oui non
- Une documentation à propos des moyens contraceptifs vous a-t-elle été remise ?
 oui non
Si non, pensez-vous que cela vous aurait été utile ? oui non
- Vous êtes-vous accordées un délai de réflexion avant de choisir votre moyen contraceptif ?
 oui non
Si non, pensez-vous que cela vous aurait été utile ? oui non

15) Lors de votre dernière consultation à propos du renouvellement de votre moyen contraceptif :

- Vous a-t-on questionnée sur votre satisfaction à propos de celui-ci ?
 oui non
- Vous a-t-on questionnée sur la présence potentielle d'effets indésirables de celui-ci ?
 oui non
- Si vous n'en étiez pas satisfaite et/ou la présence d'effets indésirables était trop gênante, vous a-t-on informée à propos d'autres moyens contraceptifs utilisables ?
 oui non

ENQUETE SUR LA DELIVRANCE DE L'INFORMATION A PROPOS DE LA CONTRACEPTION PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE AUX FEMMES EN AGE DE PROCREER

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse de fin d'études de médecine, je réalise une enquête sur la délivrance de l'information à propos de la contraception par le professionnel de santé aux femmes en âge de procréer, par le biais d'un questionnaire en ligne rapide prenant **moins de 10 minutes** à être rempli. L'intégralité des réponses est anonyme et le traitement des données utilisées se fait dans le respect de cet anonymat.

Si vous souhaitez participer, vous pouvez y répondre si vous avez entre **18 et 50 ans** et que vous ayez un moyen de contraception actuel ou non.

Pour cela, 2 moyens possibles :

- copier dans votre navigateur ce lien URL :
<https://forms.gle/U1FuRLjGTxv8pNEs7>
- scanner le qr code ci-dessous : si vous ne possédez pas encore d'application pour cela, il est très simple de la télécharger en tapant dans votre App Store ou Play Store « QR CODE ».



Merci d'avance du temps pris pour ces réponses.

L. SGORLON, étudiante en 9^{ème} année de médecine

Annexe 5. Autorisation parentale

Objet : autorisation parentale pour l'étude « La délivrance de l'information concernant la contraception par le professionnel de santé aux patientes en âge de procréer dans le Languedoc-Roussillon : une étude descriptive transversale ».

Je soussigné(e), _____, titulaire de l'autorité parentale au sens de l'article 371-1 du Code civil et investi de son exercice conformément aux articles 372 et suivants du Code civil, autorise ma fille à répondre au questionnaire de l'étude « La délivrance de l'information concernant la contraception par le professionnel de santé aux patientes en âge de procréer dans le Languedoc-Roussillon : une étude descriptive transversale ». J'ai pris connaissance du fait que ce questionnaire traite de la contraception et qu'il est garanti un traitement strictement anonyme des réponses à ce questionnaire.

Fait à _____, le _____
Signature du titulaire de l'autorité parentale :

"Reconnaissant, conformément aux dispositions de l'article 441-1 du Code pénal, être passible de poursuites en cas de fausse déclaration."

Article 441-1

Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

9. Serment d'Hippocrate

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Contexte : Malgré une prévalence contraceptive élevée et une forte médicalisation du recours à la contraception, il subsiste un nombre important d'échecs de la contraception en France, s'expliquant notamment par l'écart entre efficacité théorique et pratique alors que cette dernière est étroitement liée au consentement des partenaires vis-à-vis d'une méthode contraceptive choisie.

Objectifs : Analyser la délivrance de l'information sur les différents moyens contraceptifs aux patientes en âge de procréer par le professionnel de santé en soins primaires. Analyser le ressenti des patientes sur l'information reçue lors de la consultation de contraception. Analyser l'information donnée lors d'une consultation de renouvellement ou suivi contraceptif autour de la satisfaction du moyen en cours.

Méthode : Etude observationnelle descriptive transversale, quantitative, menée sur 394 patientes âgées de 17 à 50 ans ayant répondu à un auto-questionnaire anonyme, à réponses fermées et ouvertes courtes, diffusé dans plusieurs cabinets de soins primaires et par le biais de deux réseaux sociaux sur Internet.

Résultats : En moyenne, les sujets ont été renseignés sur 3,75 moyens contraceptifs, majoritairement à propos de la pilule et assez fréquemment pour le DIU, le préservatif masculin et l'implant. Un peu plus de la moitié des sujets n'ont pas eu l'impression de choisir leur contraception de manière « éclairée » et pour près d'un tiers de manière « libre ». Un peu plus de la moitié des sujets insatisfaits de leur contraception ont été informés à propos d'autres méthodes.

Conclusion : Il semblerait qu'un effort sur l'exhaustivité de l'information contraceptive soit encore nécessaire et qu'un livret informatif pourrait aider à la fois le professionnel de santé et la patiente dans cette quête.

Mots clés : contraception, information, communication centrée sur le patient, prise de décision partagée, *counseling*, soins primaires