

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2022

N°159

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention GYNECOLOGIE MEDICALE

PAR

Amélie Christiane Simone ROYER
Née le 29 juillet 1993 à Romilly-Sur-Seine

Titre de la Thèse

PERCEPTION DE LA CONTRACEPTION HORMONALE FEMININE PAR LES PRINCIPAUX
PRESCRIPTEURS

Président de thèse : Nathalie JEANDIDIER, Professeur de médecine, endocrinologue

Directeur de thèse : Jeanine OHL, docteur en médecine

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	+ Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabli P0029	NRP6 CS	+ Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	+ Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	+ Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopéde-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopéde traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	+ Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	45.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0226	NRP6 NCS	+ Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	+ Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 CS	+ Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 CS	+ Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0109	RP6 NCS	+ Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale; option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	+ Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	+ Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopéde-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0058	NRP6 NCS	+ Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 CS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samia P0060	NRP6 CS	+ Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0218	NRP6 NCS	+ Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	+ Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'Hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoît P0214	NCS	+ IJU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANCI Afahn P0062	RP6 CS	+ Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0271	NRP6 NCS	+ Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GALCHER David P0063	NRP6 NCS	+ Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	+ Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	+ Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOLCHOT Bernard P0068	NRP6 CS	+ Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	+ Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	48.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0069	NRP6 CS	+ Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	+ Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	+ Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	+ Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	+ Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0104	NRP6 NCS	+ Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP6 CS	+ Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAILHAC Benoît P0078	NRP6 CS	+ Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	+ Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESSEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	+ Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KAL TENBACH Georges P0081	RP6 CS	+ Pôle de Génétique - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Roberteau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Roberteau	53.01 Option : génétique et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0004	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd BHC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0285	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'imagerie - Service Imagerie II - Neuro-radiologie Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierra P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie IHMP)	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0088	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUJEL Vincent P0292	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0180	NRP6 NCS	• Pôle d'imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuro-radiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et Interventionnel Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	62.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCALUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Séniologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0223	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0003 / P0223	NRP6 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Fehal P0106	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoisson - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labp. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire-EA7295 / Fac.	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Vasculaire et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzié Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie vasculaire et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0113	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie II / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgence

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Heutepiere	45.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST Françoise P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepiere	49.02 Neurochirurgie
Pr RAULI Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMOND Jean-Marc P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépatito-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr ROCCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0081 / P0224	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvia P0198	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepiere	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Amaut P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Franck P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepiere	48.02 Réanimation
Mme SCHROEDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie , Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatito-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepiere	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0130	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0133	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepiere	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDALHET Pierre P0158	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Génétique - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	55.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0007	NRP6 NCS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordinateur des activités de prélèvements et transplantations des HLJ	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP6 CS	- Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cap : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CJ : Chef d'unité fonctionnelle

P6 : Pôle RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chef de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable → 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) → 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) → 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP6 CS	- Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	- Pôle Hépato-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	- Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

MD142	NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
	AGN Amand MD001		- Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
	Mme ANTONI Delphine MD109		- Pôle d'imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
	Mme AYME-DIETRICH Estelle MD117		- Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
	Mme BIANCALANA Valérie MD008		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
	BLONDET Cyrille MD001		- Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
	BOUSIGES Olivier MD092		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	Mme BRU Valérie MD045		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
	Mme BUND Caroline MD129		- Pôle d'imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	CARAPITO Raphaël MD113		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
	CAZZATO Roberto MD118		- Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	Mme CEBULA Hélène MD124		- Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
	CERLINE Jocelyn MD012		- Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IOBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
	CHERRIER Thomas MD136		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
	CHOQUET Philippe MD014		- Pôle d'imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	CLERE-JEHL Raphaël MD137		- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoisson - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
	Mme CORDEANU Elena Mihaela MD138		- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
	DAL-YOUCHEF Ahmed Nassim MD017		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	DELHORME Jean-Baptiste MD130		- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
	DEVYS Didier MD019		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
	Mme DINKELACKER Vera MD131		- Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
	DOLLE Pascal MD021		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	Mme ENACHE Irina MD024		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IOBMC	44.02 Physiologie
	Mme FARRUGIA-JACARDON Audrey MD034		- Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC - Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	48.03 Médecine Légale et droit de la santé
	FELTEN Renaud MD139		- Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
	FILIBETTI Denis MD025	CS	- Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
	FOUCHER Jack MD027		- Institut de Physiologie / Faculté de Médecine - Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
	GANTNER Pierrick MD132		- Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
	GIES Vincent MD140		- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
	GRILLON Antoine MD133		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
	GUERIN Eric MD032		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
	GUFFROY Aurélien MD125		- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
	Mme HARSAN-RASTEI Laura MD119		- Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	HUBELE Fabrice MD033		- Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	KASTNER Philippe MD089		- Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IOBMC	47.04 Génétique (option biologique)
	Mme KEMMEL Véronique MD036		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	KOCH Guillaume MD126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
	Mme KRASNY-PACINI Agata MD134		- Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémentineau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
	Mme LAMOUR Valérie MD040		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	Mme LANNES Béatrice MD041		- Institut d'Histologie / Faculté de Médecine - Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
	LAVAUZ Thomas MD042		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric MD103		- Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LERMITTE Benoît MD115		- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe MD040		- Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGJET Laurent MD047		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MDUTOU Céline ép. GUNTHER MD049	CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schillingheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean MD050		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina MD127		- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie MD011		- Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	48.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Erwan MD052		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander MD053		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM HUS)	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie MD094		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise MD135		- Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles MD057		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana MD058		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie MD095		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne MD141		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) MD060		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine MD121		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie : Transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth MD100		- Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina MD096		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie MD122		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric MD068		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane MD125		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle MD069		- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emme MD142		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
TALHA Samy MD070		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle MD039		- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius MD071		- Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schillingheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent MD074		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie MD126		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VELLARD Odile MD076		- Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle MD010		- Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI MD116		- Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joff rey MD077		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIS Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0083	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dr CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dr DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGÉ, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0089	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	- Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	- Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	- Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	- Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	- Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	- Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	- Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	- Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	- Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE DUSTEAU Cécile	- Pôle Locomot - Service de Chirurgie Sépique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	- Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico-Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	- Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	- Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membres de l'Institut)
CHAMBERN Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans** (1er avril 2019 au 31 mars 2022)
Mme STEIB Annie (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2019 au 31 août 2022)
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Isidre (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2020 au 31 août 2023)
BELLICO Jean-Pierre (Service de Pathologie)
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2021 au 31 août 2024)
DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
HERBRECHT Raoul (Hématologie)
STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Lud CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pr RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Généralie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	ORL) / 01.09.10is (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.88	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSSTEIN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MONTEL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CAZENAIVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameeddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.15	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16)	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.06.11
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.15
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
KREMER Michel / 01.05.98	WILM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graff enstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

Serment D'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury :

A Madame le Professeur Nathalie Jeandidier,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Votre exigence et vos enseignements m'ont permis de progresser. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect. Pouvoir bénéficier d'un apprentissage de la médecine dans votre service est un privilège et je vous remercie de m'avoir accordé votre confiance.

A Madame le Docteur Jeanine Ohl,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir guidée et soutenue tout au long de sa rédaction. Par tes conseils avisés et ton immense patience, tu m'as permis de mener à bien ce travail. Je te remercie pour ton implication dans ma formation médicale, aussi bien théorique que pratique. Je te remercie de m'avoir enseigné l'amour et l'implication dans le travail, qui me donne la volonté de toujours apprendre et de m'améliorer. Je te remercie pour ton soutien, ta gentillesse, ta bonne humeur dans les moments difficiles comme au quotidien.

A Madame le Dr Karima Battahar,

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et te suis reconnaissant de ton implication dans ce travail. Tu es un modèle d'excellence et de rigueur, et c'est un plaisir de se former à tes côtés. Tu m'as transmis ton enthousiasme et ton éthique pour la gynécologie et la PMA.

A Madame le Docteur Justine Riss,

Je te remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de l'enrichir de ton expérience. J'espère qu'il t'apportera des pistes de réflexion pour que nous puissions construire une pratique dans le respect de nos valeurs. Ta bienveillance auprès des patients et de l'ensemble des équipes est un exemple que j'aimerais suivre. Je te remercie de m'avoir accordé ta confiance tout au long de cet internat, de ton soutien et de ton amitié.

A mes chefs et collègues,

A Madame le Professeur Catherine Rongières, pour me pousser à prendre confiance en moi, et pour le partage de ton immense expérience.

A Monsieur le Professeur Deruelle, vous avez su me guider pour construire un projet professionnel dédié à la PMA, dans lequel je peux m'épanouir.

A Monsieur le Docteur Olivier Pirrello, pour m'avoir soutenu lors des moments difficiles.

A Madame le Docteur Marie Zilliox, pour m'avoir enseigné la rigueur, pour m'avoir poussé à me perfectionner, et surtout pour avoir cru en moi.

Au Dr Charline Calabre, Dr Anne-Julie Carin, Dr Solène Petry, Dr Antoine Koch, Dr Madeleine Pellerin, Dr Victor Gabriele, Dr Laure Haller, Dr Thibault Bahougne, Dr Hervé Schneider, pour m'avoir aidé à progresser.

A toutes les collègues secrétaires, infirmières, aides-soignantes et sages-femmes, en PMA, en poly, en salle et en écho qui m'ont fait l'honneur de partager leurs connaissances et leur amitié.

A mes amis et co-internes,

A **Camille** et **Clara**, pour votre soutien tout au long du semestre et votre bonne humeur.

A **Julie**, mon obstétricienne préférée, pour être toujours là, pour nos conversations sans fin, pour notre complicité.

A **Audrey, Nicolas et Ophélie**, pour votre joie de vivre et les merveilleuses soirées

A **Clémence, Madeleine, Angeline, Claire, Clara, Virginie, Joséphine**, la team de piou-pious qui me vend du rêve.

A **Morgane, Hélène, Julianna, Camille, Mathilde, Marie, Marion et Caroline** pour les bons moments partagés en stage.

A **Laure, Marina, Léa, Philippe, Martin et Mickael** pour les soirées et les tartes flambées de Mama Bubbele.

A mes amies de longue date, **Tiffany, Anaïs, Yuliya**, qui m'ont vu grandir. J'espère toujours garder votre précieuse amitié.

A **Lisa**, qui mérite le titre de co-directrice de thèse ! J'espère que notre travail t'a inspiré et va te donner envie de poursuivre dans l'enseignement. Tu as toutes les qualités du Chercheur, merci de m'en avoir fait profiter.

A ma famille,

A ma cousine Flavie, la seule, l'unique. Merci de partager ta joie de vivre au quotidien, de me faire découvrir sans cesse de nouvelles choses, de m'avoir présenté à tes merveilleuses amies. A nos week-ends, nos vacances, nos soirées qui me font rêver et qui continueront à me rendre heureuse.

A ma petite sœur Clarisse, le maître incontestable de la rigueur scientifique. Merci pour toute ton aide dans ce travail de thèse. Je suis très fier de tout ce que tu as accompli jusqu'à maintenant, et qui fait de toi une personne et une ingénieure exceptionnelle ! Merci pour toutes les bêtises, pour les quarts d'heure de folie, pour la complicité.

A mes parents, Sylvie et Alain, merci pour votre soutien pendant tout mon parcours, sans vous rien n'aurait été possible. Merci pour avoir toujours pris soin de moi. Vous êtes les meilleurs parents dont je puisse rêver.

A mes grands-mères, Christiane et Simone, pour votre amour et tous les moments passés ensemble.

A mon Tonton Patrick, et tous les autres oncles et tantes, cousins et cousines qui rendent ma famille si charmante. Merci pour tous les repas et cousinades qui nous unissent.

A Arne, à la chance de notre rencontre, et pour toutes les choses qu'on va vivre ensemble.

Table des matières

Table des illustrations.....	16
Figures	16
Tableaux	18
Introduction.....	19
Rappels historiques	19
Possibilités contraceptives en 2022 en France	20
Evolution de la demande en contraception	22
Objectifs de l'étude	26
Matériel et méthodes.....	27
Population	27
Déroulement de l'étude	27
Analyses statistiques	28
Aspects réglementaires et législatifs.....	29
Résultats	30
Discussion	64
Interprétation des résultats	65
Limites de l'étude	73
Conclusion	75
Abréviations.....	80

Bibliographie..... 81

Annexes 85

Table des illustrations

Figures

Figure 1 : Histogramme présentant la répartition en âge de la population	p.31
Figure 2 : Graphique présentant la répartition des professionnels dans les différentes spécialités	p.31
Figure 3 : Histogramme présentant la répartition par âge dans les différentes spécialités	p.32
Figure 4 : Histogramme présentant la répartition des gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes dans les différentes tranches d'âge	p.33
Figure 5 : Histogrammes présentant la répartition des modes d'exercice par profession en comparaison avec la répartition globale	p.33
Figure 6 : Histogramme représentant la fréquence de sélection des différentes modalités de formation	p.34
Figure 7 : Histogramme présentant le pourcentage de professionnels détenteurs d'un Diplôme Universitaire spécifique à la contraception	p.35
Figure 8 : Histogramme en barre montrant le nombre de modalités de formation effectuées sur la contraception en fonction de la profession	p.36
Figure 9 : Diagrammes en barre présentant la fréquence de prescription de chaque modalité contraceptive en fonction de la profession	p.37
Figure 10 : Diagramme en barre présentant le pourcentage de réponse pour chacune des modalités concernant l'objectif principal de la prescription de la contraception en fonction de la profession	p.40
Figure 11 : Figure représentant la proportion des prescripteurs favorables à l'utilisation de contraceptions hormonales chez une jeune femme en bonne santé	p.41
Figure 12 : Figure présentant la répartition de la perception de la balance bénéfice-risque de la contraception hormonale	p.41
Figure 13 : Diagramme en barre présentant la fréquence de sélection des risques des contraceptions hormonales perçus par les professionnels	p.42
Figure 14 : Histogramme présentant la répartition par âge du nombre d'effets indésirables fonctionnels préoccupants les professionnels	p.46
Figure 15 : Figure représentant la répartition des différentes modalités concernant la confiance accordée par les professionnels à la contraception hormonale	p.48
Figure 16 : Histogramme présentant la répartition des réponses concernant la fréquence estimées par les prescripteurs du rejet de la contraception hormonale par les patientes	p.50

Figure 17 : Diagramme en barre présentant la fréquence de sélection des différentes causes présumées du rejet des contraceptions hormonales par les patientes p.50

Figure 18 : Figure représentant la répartition des avis des professionnels sur la possibilité de surestimation de l'efficacité des contraceptions à indice de Pearl élevé chez les patientes en refus de contraception hormonale p.51

Figure 19 : Diagramme en barre présentant la fréquence de sélection des différentes interprétations personnelles des praticiens lors de l'énonciation par les patientes d'effets indésirables attribués à la contraception hormonale p.51

Figure 20 : Figure présentant la répartition du ressenti des prescripteurs sur la possibilité de discussion sur les effets indésirables avec leurs patientes p.54

Figure 21 : Diagramme en barre présentant les fréquences de sélection des différentes réactions et explications des praticiens lorsque la patiente énonce la présence d'effets indésirables liés à sa contraception hormonale. p.54

Figure 22 : Diagramme en barre présentant la fréquence de sélection des différentes stratégies de gestion du rejet des contraceptions hormonales utilisées par les professionnels p.56

Figure 23 : Histogramme présentant le pourcentage de prescripteurs ayant le ressenti que les effets indésirables liées aux contraceptions hormonales peuvent être banalisés par les praticiens p.58

Figure 24 : Figure présentant le pourcentage de professionnels qui placent le refus de contraception hormonale dans la continuité de la libération de la parole des femmes p.60

Figure 25 : Histogramme présentant le pourcentage de professionnels qui estime que la remise en cause des contraceptions hormonales peut permettre l'amélioration des pratiques médicales p.60

Figure 26 : Histogramme présentant la proportion des professionnels incités par les réticences des patientes à diminuer leurs prescriptions de contraceptions hormonales, en fonction de la profession p.61

Figure 27 : Histogramme présentant la proportion des professionnels incités par les réticences des patientes à diminuer leurs prescriptions de contraceptions hormonales, en fonction de l'âge p.62

Figure 28 : Histogramme présentant le pourcentage de répondants qui se déclarent inquiets concernant le risque de perte d'émancipation féminine lié au phénomène de rejet des hormones, en fonction de l'âge p.63

Tableaux

Tableau 1: Présentation des possibilités contraceptives en France

p.21

Tableau 2 : Présentation des analyses croisées sur l'âge et la profession concernant les principaux risques perçus par les professionnels

p.44

Tableau 3 : Présentation de l'analyse croisée sur l'âge et la profession concernant les risques de troubles fonctionnels perçus par les prescripteurs

p.47

Tableau 4 : Présentation de l'analyse croisée sur l'âge et la profession sur l'expression d'un doute par les professionnels sur le lien entre les symptômes exprimés par la patiente et le traitement hormonal

p.53

Tableau 5 : Présentation de l'analyse croisée sur l'âge et la profession concernant le recours à une consultation par un autre spécialiste en cas de symptômes exprimés par la patiente

p.56

Tableau 6 : Présentation de l'analyse croisée sur l'âge et la profession concernant la l'impression des répondants que certains professionnels puissent banaliser les effets indésirables des patientes

p.59

Introduction

Rappels historiques

Les années 1960 marquent un tournant dans la contraception avec l'apparition de méthodes de contraception féminine qualifiées de « modernes », grâce au développement et à la commercialisation des premières pilules hormonales. Ces nouvelles méthodes ont constitué une révolution sociétale permettant aux femmes de contrôler leur fécondité. La pilule est légalisée en France à partir de 1967 par la loi Neuwirth, grâce au soutien du Mouvement français pour le planning familial et remboursée à partir de 1974. Pavard décrit cette dernière comme « une nouvelle liberté pour les couples et un moyen de lutter contre les ravages de l'avortement clandestin »(1). Les contraceptions féminines se sont diversifiées au fil du temps. Leur utilisation a été modulée au gré des différentes affaires médiatiques qui ont marqué leur histoire (2). Elles ont fait ainsi l'objet d'évaluations régulières par les services de santé publique. L'émergence de la contraception « moderne » a posé les fondements d'une espérance de raréfaction de l'avortement.

Un schéma contraceptif français a émergé dans les années 1990-2000, basé sur les étapes de vie des femmes, sur les croyances et les représentations liées à leur sexualité, et centré peu-à-peu sur la pilule (3). Le Guen décrit que « la pilule, parce qu'elle donne aux femmes la possibilité de gérer elles-mêmes et efficacement leur fécondité, devient le symbole de leur émancipation et de la libération sexuelle. » De plus, l'auteur affirme que la réticence de certains médecins à la prescription du stérilet chez les femmes n'ayant jamais enfanté a contribué à promouvoir l'utilisation de la pilule.

Ainsi le début de la vie sexuelle est marqué par le recours au préservatif malgré des recommandations nationales qui préconisent l'association entre pilule et préservatif dès le début de la vie intime. Classiquement le recours à la pilule est envisagé lors que le couple

rentre dans une relation stable et enfin le stérilet marque la fin du projet parental.(4) Ces pratiques sont peu modifiées par l'arrivée de la contraception d'urgence, dite « pilule du lendemain » et l'encadrement de la contraception définitive, c'est-à-dire la ligature tubaire chez la femme ou la ligature des canaux déférents chez l'homme.

En 2012, le risque thromboembolique lié aux pilules oestro-progestatives, connu depuis 1963, a été remis sur le devant de la scène suite à une plainte d'une utilisatrice ayant subi des effets indésirables graves (5). Largement médiatisée, cette affaire a conduit au déremboursement des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations (3,6). Dès lors, une modification des pratiques a été notée, engendrée par la peur des utilisatrices et des médecins, ainsi que par des difficultés financières d'accès à ces classes de pilule. Le recours est ainsi plus fréquent aux dispositifs intra-utérins au cuivre, et plus souvent aux préservatifs pour les femmes appartenant ayant le moins de ressources. Ces changements sont au détriment de toutes les contraceptions hormonales hormis les pilules micro-progestatives, comme le montre le recensement des pratiques dans le Baromètre santé de 2016 (7). La "crise de la pilule" a initié des modifications profondes dans la conceptualisation du risque en contraception et du schéma contraceptif à travers la vie de la femme, jusque-là figé dans l'esprit des prescripteurs.

Possibilités contraceptives en 2022 en France

Le tableau 1 illustre la liste des méthodes contraceptives et leurs efficacités selon la classification OMS datant de 2011, tel qu'il est présenté par le site Internet de l'Assurance Maladie (8).

Les différents moyens contraceptifs sont répartis selon trois profils d'efficacité quant à la prévention d'une grossesse non voulue selon l'OMS, en fonction de leur indice de Pearl (nombre de grossesses accidentelles pour 100 utilisatrices de la méthode pendant un an) :

contraception efficace (1 à 9 grossesses pour 100 femmes); modérément efficace (10 à 19 grossesses pour 100 femmes); moins efficace (20 grossesses ou plus pour 100 femmes). Plus l'indice de Pearl est élevé, moins la contraception est efficace.

On distingue les méthodes contraceptives qui sont soumises à une intervention médicale dans la délivrance ou la mise en place de la thérapeutique, c'est-à-dire l'ensemble des pilules, patchs, anneaux, implants, stérilets, capes diaphragmatiques et techniques de contraception définitive, de celles qui se passent hors de toute supervision médicale : spermicides plus ou moins en association avec une cape diaphragmatique, préservatifs féminins et masculins et méthodes naturelles. On peut noter que l'utilisation du préservatif

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

Tableau 1 : Présentation des possibilités contraceptives en France

masculin peut bénéficier d'un remboursement s'il est prescrit par un professionnel, dans un but de généralisation de son utilisation en prévention des IST.

Evolution de la demande en contraception

Lors de la démarche du choix contraceptif, le risque thrombo-embolique lié aux pilules oestro-progestatives, préoccupation principale du prescripteur, n'est pas la seule crainte rapportée par les utilisatrices. En effet, sont mis en avant les risques d'intolérance et d'altération de la qualité de vie par prise de poids, troubles de l'humeur à type d'anxiété et d'irritabilité, troubles de la libido, troubles cutanés et muqueux etc.. (9). Les difficultés d'évaluation et la subjectivité des symptômes ont longtemps contribué à juger ces plaintes dérisoires, par opposition à des phénomènes de santé mesurables, objectivés en consultation comme l'élévation du cholestérol ou de la glycémie. (10). L'absence de considération de ces doléances par les professionnels de santé a probablement contribué à accentuer le climat de méfiance vis-à-vis des gynécologues et de la médecine en général (11).

L'expression de ces inquiétudes devient prégnante ces dernières années et peut se traduire par des comportements de méfiance voir de rejet des contraceptions hormonales. Le terme « hormonophobie » fait son apparition dans le discours des gynécologues en 2018 pour désigner les patients et patientes qui sont hostiles de façon irrationnelle aux traitements hormonaux appliqués à la contraception (12,13). Les risques liés aux contraceptions hormonales semblent être perçus comme supérieurs aux bénéfices apportés pour les femmes qualifiées d'homonophobes, raison pour laquelle les patientes orientent leur demande vers le dispositif intra-utérin au cuivre ou se tournent vers l'utilisation de préservatifs.

Une théorie générationnelle pourrait expliquer en partie l'émergence de ce phénomène de rejet des hormones. Les patientes qui semblent les plus impliquées dans la

remise en question de l'innocuité des pilules oestro-progestatives et par extension les contraceptions hormonales, appartiennent à la génération Y, dite encore « millenials ». Il s'agit de femmes nées entre 1979 et 1995 (14), et même jusqu'à 1999 pour certains auteurs, qui sont particulièrement sensibles à la thématique de la santé. Elles se distinguent notamment par une volonté de recourir à des soins perçus comme plus naturels ainsi que des inquiétudes vis-à-vis des effets à long terme sur leur santé (11). Les patientes appartenant à la génération Y sont également sensibles à des préoccupations d'ordre écologique. Ainsi certains refus sont justifiés par la crainte du passage des œstrogènes dans l'eau potable et des retentissements sur la fertilité masculine (11).

En 1967, la légalisation de la pilule était considérée par les mouvements féministes comme une avancée sociétale majeure eu égard à l'émancipation féminine que cette dernière permettait. Depuis quelques années, un changement de paradigme s'opère au profit de ce que certains courants féministes qualifient de « charge contraceptive », qui s'inscrit plus globalement dans le concept de « charge mentale ». Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces changements. D'une part, le monopole de prescription de la contraception hormonale par les gynécologues ont peu à peu exclu l'homme de la réflexion et de la responsabilité du contrôle de la fertilité dans le couple. Le partenaire masculin avait avant la légalisation de la pilule une participation active à la contraception du couple par l'utilisation du préservatif, la méthode du retrait ou l'abstinence périodique. Les associations d'utilisatrices dénoncent l'absence de considération vis-à-vis de l'inégalité induite par la « charge mentale » que la contraception représente, le manque de considération vis-à-vis des effets indésirables, et le peu de recherche pour développer de nouvelles méthodes de contraception féminines non hormonales et méthodes masculines (11).

D'autre part, la libéralisation de la parole permet aux femmes d'exprimer ressentir différents effets indésirables. Le manque de considération vis-à-vis des effets indésirables est dénoncé.

La libéralisation de la parole et l'attention portée aux doléances des utilisatrices a permis de recentrer la femme sur son choix de contraception. Si la multitude de sources d'informations disponibles dans les médias et particulièrement sur Internet a permis d'aider de nombreuses femmes, la fiabilité aléatoire de ces informations pourrait être responsable d'une certaine confusion entre les risques supposés et ceux qui sont avérés, pour la santé et pour l'environnement.

La volonté de recourir à des méthodes de contraception perçues comme plus naturelles pourrait notamment conduire certaines patientes à surestimer l'efficacité de techniques à indice de Pearl élevé (préservatifs, méthode de calcul du cycle, retrait etc...) (11). La pratique de méthodes de calcul du cycle semble cependant trouver sa place dans la diversification des pratiques sexuelles notamment non pénétratives et la promotion du plaisir féminin.

Ces évolutions dans la perception des risques et effets indésirables des pilules, si elles ne sont pas prises en compte par les professionnels de santé, pourraient aboutir à un véritable rejet de la contraception. Accompagner ces évolutions permettrait de limiter le risque d'augmentation des grossesses non voulues et des interruptions volontaires de grossesse. Une perspective d'avenir concerne les traitements hormonaux utilisés dans l'endométriose, qui disposent d'une action contraceptive annexe. Même si ces médicaments n'ont pas été développés dans cette indication, il semble s'agir d'une d'option thérapeutique mieux tolérée que les pilules contraceptives classiques. L'arsenal thérapeutique se diversifiant et la

connaissance des effets indésirables s'améliorant, l'idée de réconcilier les patientes avec la contraception hormonale prend tout son sens.

La reconnaissance des problématiques soulevées par une contraception exclusivement féminine est à confronter au risque de grossesse non voulue. Les fausses croyances sur les contraceptions hormonales ou la peur excessive des risques pourraient priver des femmes d'un accès à une contraception adaptée. A l'heure du recul du droit des femmes dans le monde, comme l'illustre la suppression du droit fédéral à l'IVG aux Etats-Unis d'Amérique en juin 2022, la vigilance vis-à-vis du droit fondamental d'accès à la contraception s'impose.

Par ailleurs, les nouveaux diplômés des études de médecine et de maïeutique appartenant à la génération Y, il est également intéressant d'évaluer l'impact des aspirations personnelles sur les prescriptions et le conseil médical . L'impact sur la réputation et notamment la « e-réputation » du professionnel de santé en cas d'insatisfaction des patientes ne doit pas être négligé. Les avis négatifs sur Internet, le « gynéco bashing » (15) pourraient influencer les pratiques des jeunes praticiens et conduire à un excès de prudence lors de la prescription.

Les recommandations de pratiques médicales et notamment la place du patient dans le choix de la thérapeutique semblent pourtant en accord avec les revendications des patientes (4). Les recommandations en contraception après recherche des antécédents médicaux et contre-indications, sont de proposer une information claire, complète et loyale pour permettre à la patiente un choix éclairé, adapté à son mode de vie. Des slogans ont été développés pour rappeler la place centrale de la patiente, tel que « la meilleure contraception, c'est celle qu'on choisit. » Le choix de la contraception illustre la difficulté d'évaluation de la balance bénéfice-risque dans le cadre d'un traitement fonctionnel et préventif.

Prendre en compte ce déséquilibre entre les convictions des patientes et le conseil médical est une étape indispensable à l'amélioration de l'offre de soin en gynécologie. La prise de conscience de la différence de priorité et de catégorisation des effets indésirables permettrait une écoute plus attentive des plaintes des patientes.

Objectifs de l'étude

La perception et la gestion des risques et effets indésirables liés aux contraceptions hormonales chez les prescripteurs ont été étudiées dans le contexte de l'augmentation de la méfiance des utilisatrices à l'égard de ces traitements associée à une demande d'autonomisation des couples.

Ainsi, l'objectif principal de cette étude consiste à identifier des freins dans l'accès à la contraception, qui seraient dus aux représentations du prescripteur sur les risques encourus.

Le premier objectif secondaire est d'évaluer s'il y a un impact générationnel dans l'acceptation des risques et contraintes liés à la contraception hormonale au sein des prescripteurs de contraception en France.

Le second objectif secondaire concerne la prise en compte des effets indésirables attribués aux contraceptions hormonales en consultation et les propositions d'actions pour aider les patientes et les couples dans leur choix.

Matériel et méthodes

Population

Ce travail de thèse est une étude descriptive transversale des habitudes de prescription et pratiques des soignants susceptibles de prescrire une contraception, hormonale ou non, dans un but contraceptif. Il s'agit de médecins diplômés ou en cours d'internat, exerçant en gynécologie et médecine générale, et de sage-femmes diplômées, tous modes d'exercice confondus, exerçant en France. Les médecins de spécialité telles que l'endocrinologie ou la dermatologie, susceptibles de prescrire une pilule oestro-progestative à visée de corrections d'un déséquilibre hormonal ont été exclus, de même que les étudiantes en maïeutique qui n'ont pas le recul suffisant sur la consultation sur le sujet de la contraception.

La taille d'échantillon est fixée entre 300 et 400 personnes par analogie à d'autres études de même type concernant le recueil d'opinion.

Déroulement de l'étude

La diffusion du questionnaire a été effectuée au niveau national par l'intermédiaire de listes de diffusion des administrations françaises et « sociétés savantes » ayant accepté de collaborer à cette enquête (Association Professionnelle des Sage-femmes, Association Nationale des Sage-Femmes Libérales, Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale, Collège des Gynécologues et Obstétriciens d'Alsace, Collège de Gynécologie du Centre-Val-de-Loire, Collège de Gynécologie Médicale du Sud-Est, Collège de Gynécologie Médicale Marseille Provence, Association des Gynécologues Obstétriciens en Formation, CHU de Strasbourg, CHU de Reims, CHU de Lyon et Université de Médecine de Dijon), ainsi que sur des médias tels que la page Facebook® « le Divan des médecins » et l' « Association Nationale des Internes de Gynécologie Médicale ».

La diffusion du questionnaire a été réalisée entre mai et juillet 2022 au moyen d'une plate-forme de sondage sur Internet (LIMESURVEY®), administrée par l'université de Strasbourg.

La structure du questionnaire, disponible en annexe 1, comporte dans un premier temps une caractérisation de la population et un état des lieux des pratiques de prescription.

Dans un second temps, les répondants sont interrogés sur leur perception des risques liés à la contraception en général puis plus spécifiquement sur les contraceptions hormonales. L'expérience personnelle du rejet de contraception hormonale par les patientes est pris en compte, en termes de fréquence et de causes possibles. Les caractéristiques de la relation médecin-patiente font l'objet de la suite du questionnaire, en ciblant spécifiquement les réactions des soignants induites par la déclaration d'effets indésirables, les interprétations personnelles de ces propos et la gestion pratique de ce type de consultation.

La dernière partie du questionnaire concerne l'opinion générale des prescripteurs sur les évolutions sociétales pouvant découler de la remise en question de place de la contraception hormonale.

Analyses statistiques

Les variables quantitatives sont présentées avec l'effectif, la moyenne et l'écart type au vu du caractère normal testé à l'aide d'un test de Shapiro-Wilk à 5% d'erreur.

Les variables qualitatives sont présentées avec l'effectif et la fréquence de chaque modalité sur la population entière étudiée.

Les comparaisons globales et deux à deux sont effectuées à l'aide d'un test du Chi-2 pour les variables qualitatives et à l'aide d'un test de Kruskal-Wallis pour les variables

quantitatives, tous deux avec un risque alpha de 5%. Le résultat se présente par une p-valeur qui, inférieure à 0.05, représente la significativité statistique du test.

Les analyses croisées sont effectuées à l'aide d'une régression logistique en interaction avec la tranche d'âge et la profession, les gynécologues de 46 ans et plus étant désignés comme sous-groupe de comparaison, le risque d'erreur étant de 5%. Les résultats sont représentés par un Odds-Ratio, l'intervalle de confiance à 95% et la p-valeur associée. De même, le résultat est statistiquement significatif lorsque la p-valeur est inférieure à 0.05.

Aspects réglementaires et législatifs

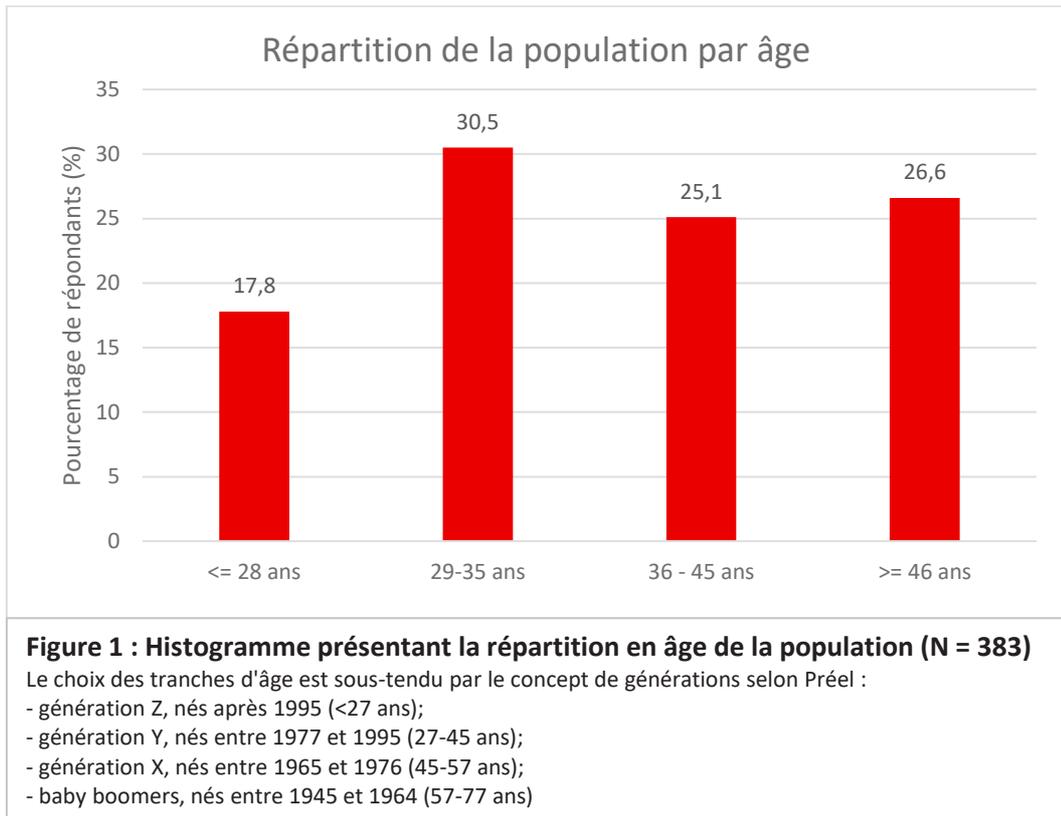
Concernant l'aspect réglementaire et législatif et conformément aux règles du RGPD, les données recueillies sur la plate-forme LIMESURVEY sont intégralement administrées par l'université de Strasbourg et l'investigateur principal de l'étude.

Cette enquête a été soumise à l'évaluation du comité d'éthique de l'hôpital de Strasbourg et validée le 31 mai 2022. L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt pour la réalisation de ce travail.

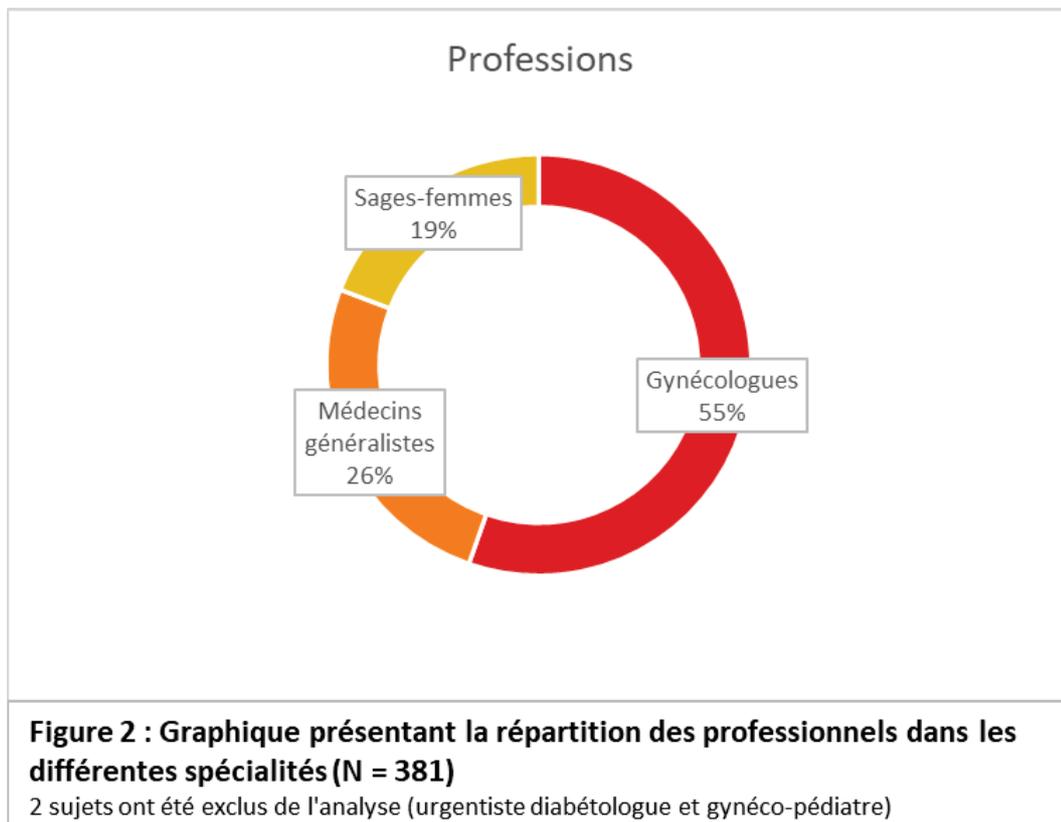
Résultats

Il s'agit d'une étude observationnelle menée à l'échelle nationale, pour laquelle 383 réponses complètes au questionnaire ont été obtenues. Le taux de réponse au questionnaire est probablement faible et ne peut être déterminé avec précision. En effet, le nombre exact de professionnels ayant pris connaissance du questionnaire est impossible à déterminer, du fait de la diffusion en partie sur les réseaux sociaux. Par exemple, la page Facebook® du « Divan des médecins » comprend 20977 membres actifs, sans qu'on puisse identifier le nombre de médecin généralistes et gynécologues réellement concernés. Le taux d'abandon est de 24%, pour plus de la moitié des répondants dans les toutes premières questions de l'étude.

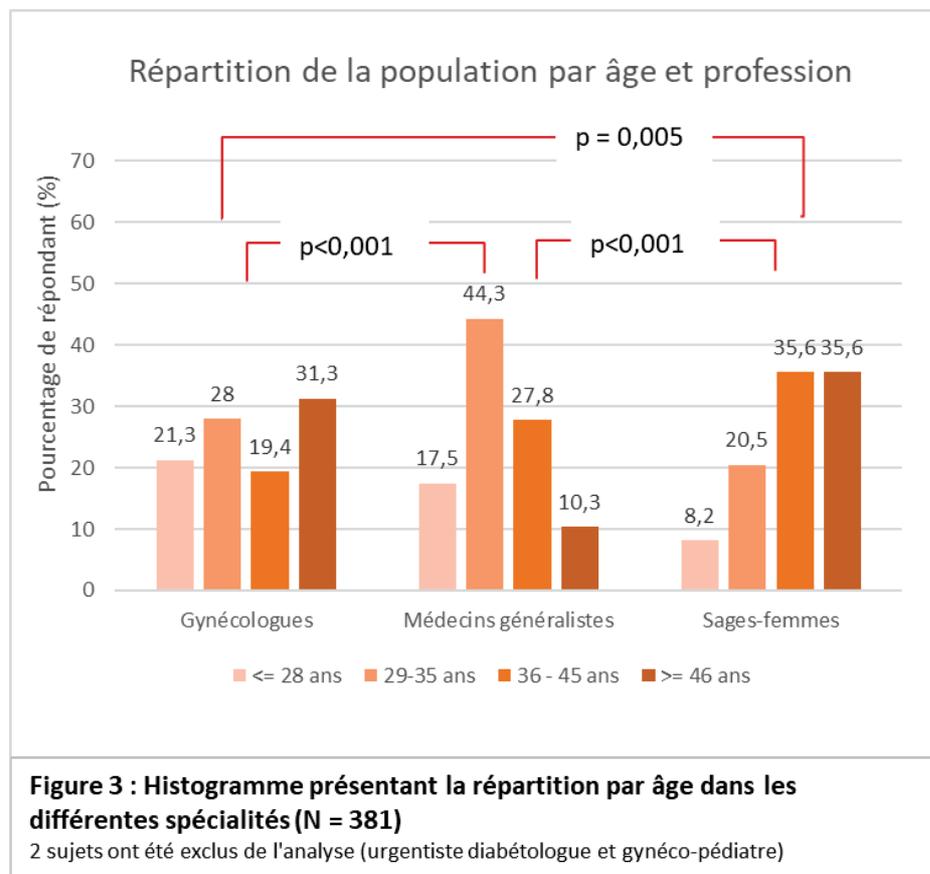
Cette population est caractérisée principalement par des femmes (351 femmes (91.6%) pour 31 hommes (8.1 %), 1 personne se déclarant non binaire) d'un âge allant de 23 à 78 ans avec une moyenne autour de 40 ans. Il n'y a pas de différence statistiquement significative de répartition des hommes dans les différentes tranches d'âge. On remarque cependant que les hommes tendent à être plus nombreux dans le groupe de professionnels de 46 ans ou plus. La figure 1 montre la répartition de la population par sous-groupes d'âge (28 ans ou moins, 29 à 35 ans, 36 à 45 ans, 46 ans et plus). Ces groupes ont été créés afin de permettre une répartition harmonieuse de la population et de respecter les différentes générations décrites dans la littérature (16) et comprennent respectivement 68 personnes (17.8%), 117 personnes (30.5%), 96 personnes (25.1%) et 102 personnes (26.6%).

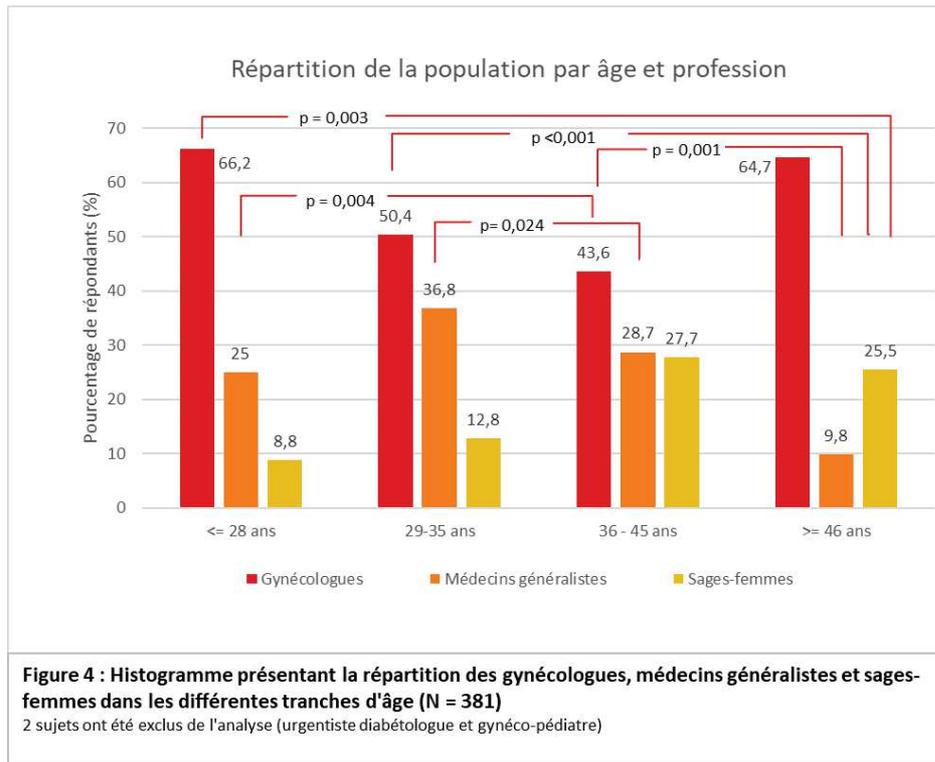


La figure 2 montre la répartition des professions parmi les participants. La profession la plus représentée est la gynécologie (y compris lors de l'internat) avec 211 personnes

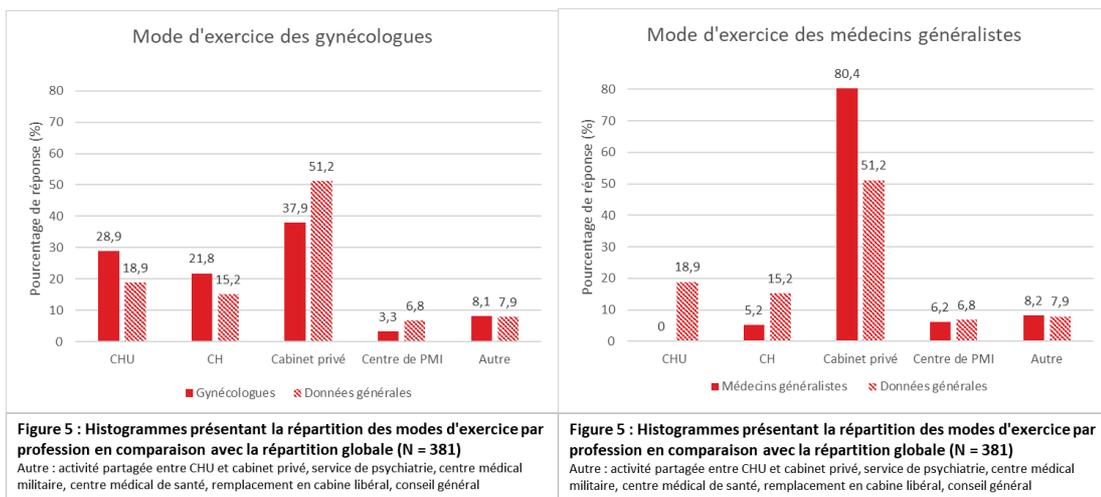


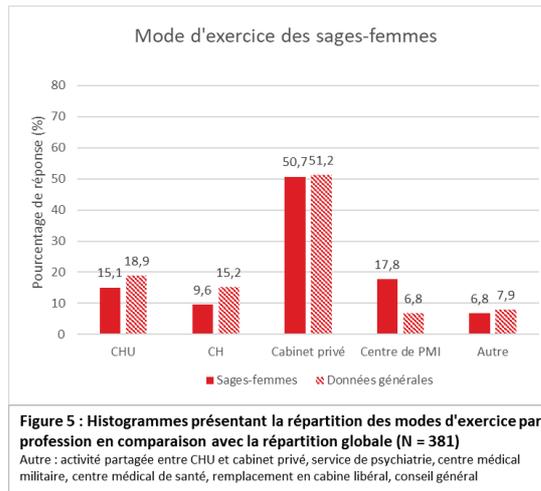
(55.4%), puis la médecine générale (y compris lors de l'internat) avec 97 personnes (25.5%), puis la maïeutique avec 73 personnes (19.2%). On note que 2 répondants classés dans les professions de gynécologue et médecin généraliste, ont précisé avoir respectivement une activité de gynéco-pédiatrie et d'urgentiste et diabétologie et ont été exclus des analyses dépendant de la profession. Les figures 3 et 4 présentent respectivement la répartition de la population selon l'âge dans chacune des professions puis la répartition des professions dans chacune des tranches d'âge. On note une différence statistiquement significative de répartition des professions dans les différentes tranches d'âge. De manière similaire, il existe une différence statistiquement significative de répartition de l'âge des participants dans les différentes professions. Seuls les groupes des 28 ans ou moins et des 29-35 ans ont une répartition de gynécologues, de médecins généralistes et de sages-femmes équivalents .



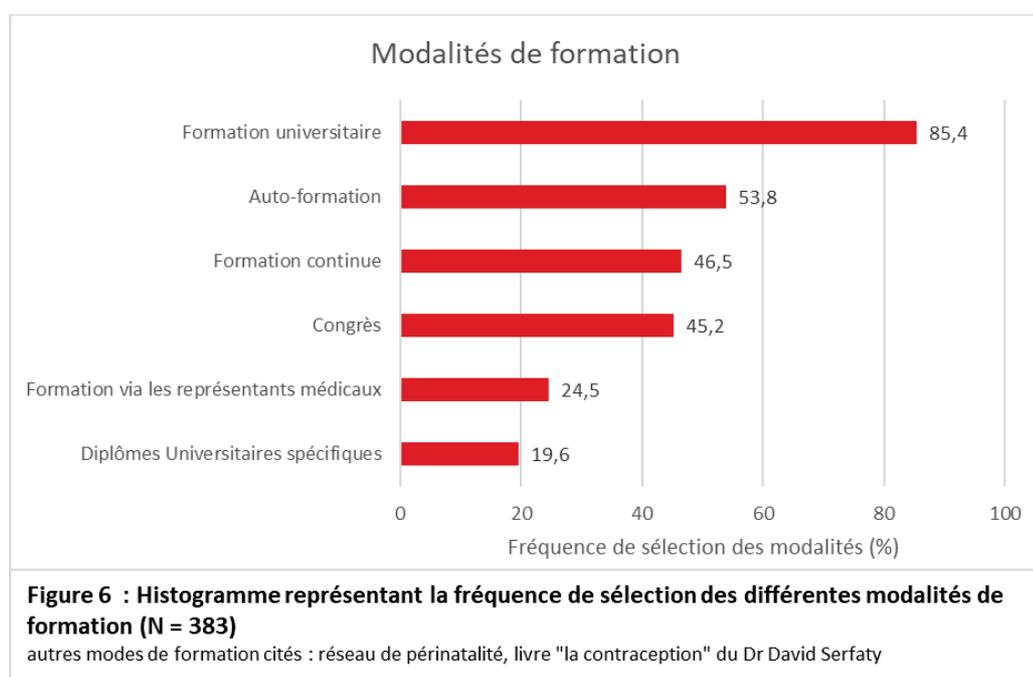


Le mode d'exercice, présenté en figure 5, est principalement l'activité libérale (195 personnes (50.9%)), l'exercice en CHU (72 personnes (18.8%)) puis en centre hospitalier (60 personnes (15.7%)) et finalement en service de PMI (26 personnes (6.8)). Il existe une différence de répartition des modes d'exercice au sein des différentes professions statistiquement significative ($p < 0.001$).

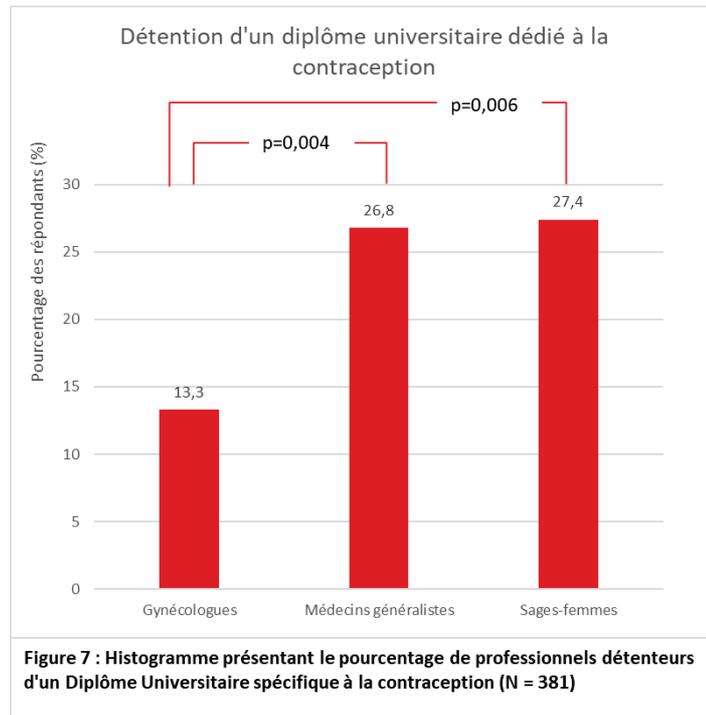




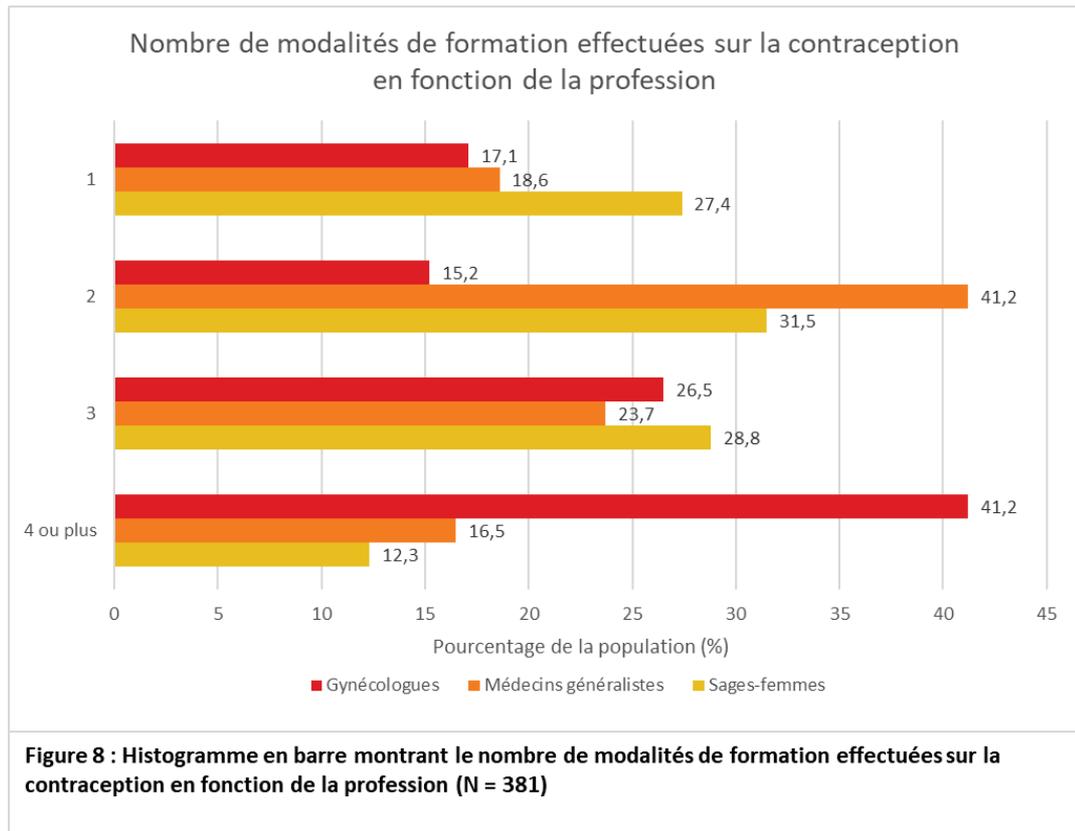
La figure 6 montre la fréquence de sélection des différentes modalités de formation. On peut constater que la formation reçue à l'université est le mode de formation le plus fréquent (327 personnes soit 85.4%). Les professionnels interrogés ont ensuite déclaré un recours à l'auto-formation (206 personnes soit 53.8%), la formation continue (178 personnes soit 46.5%) et la participation à des congrès (173 personnes soit 45.2%). En plus faible proportion arrivent les informations délivrées par les représentants pharmaceutiques et la réalisation d'un Diplôme Universitaire dédié à l'étude de la contraception (respectivement 94 personnes soit 24.5% et 75 personnes soit 19.6%).



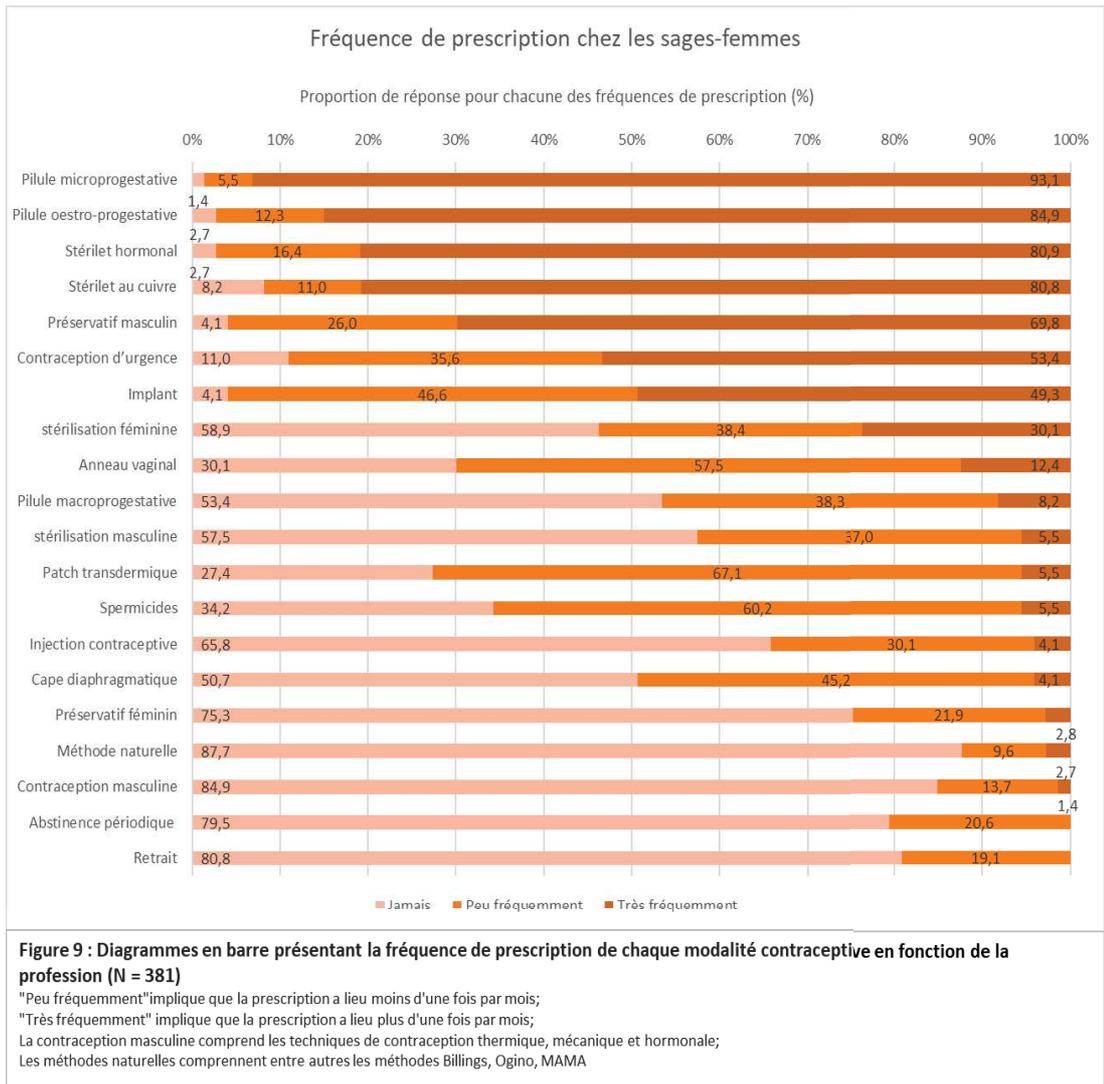
La figure 7 montre le pourcentage de détention d'un Diplôme Universitaire spécifique à la démarche contraceptive en fonction de la profession du répondant. On peut constater que les gynécologues ont statistiquement moins souvent un Diplôme Universitaire que les médecins généralistes ou sages-femmes ($p < 0.001$).



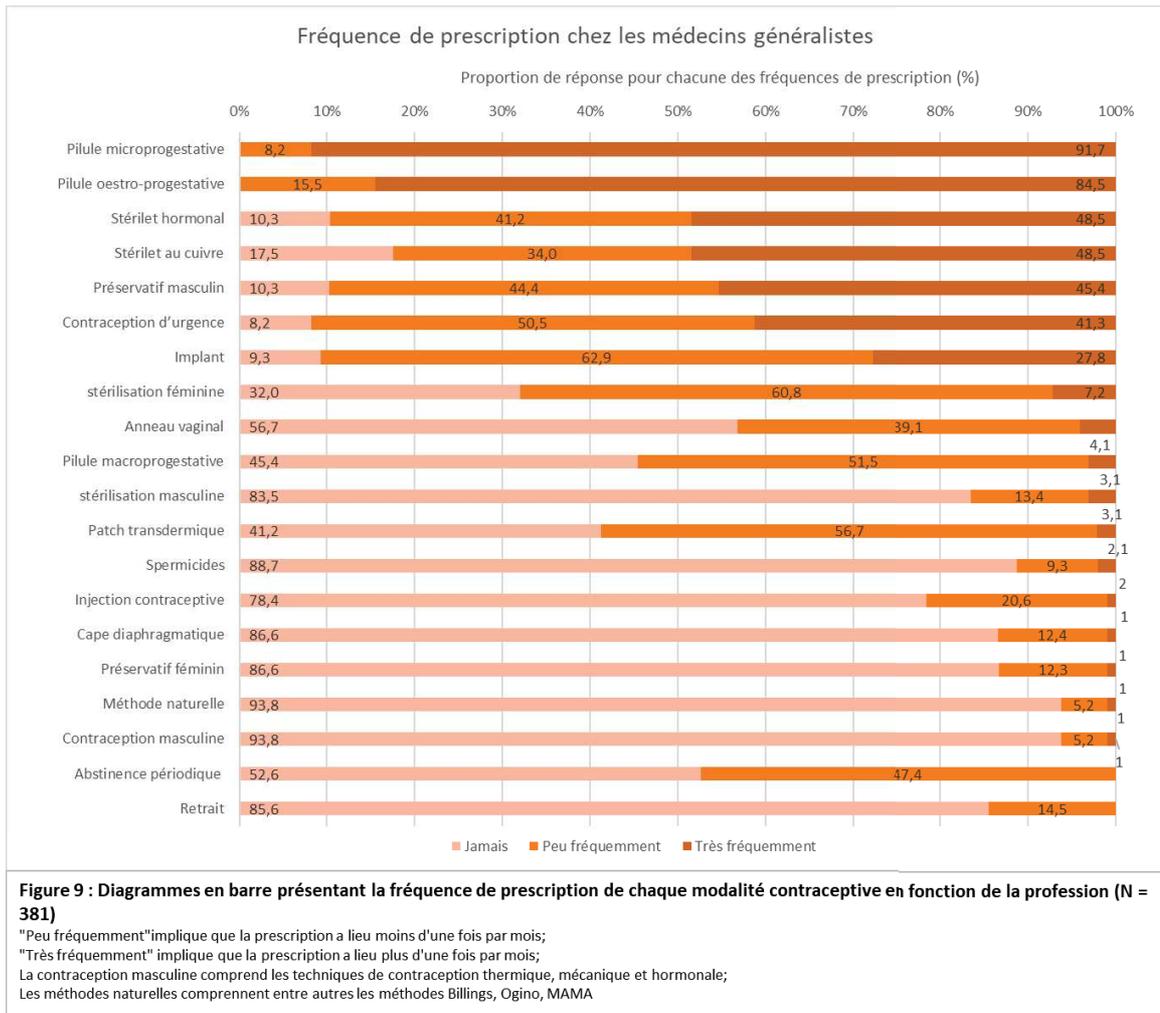
Le nombre de modalités de formation dans le domaine de la contraception, dont le détail est présenté figure 8, est significativement plus grand pour les gynécologues que dans les autres professions, avec une médiane de 3 modes de formation différents (premier quartile 2.0 ; troisième quartile 4.0) pour 2 chez les sages-femmes et médecins généralistes (premier quartile 1.0 ; troisième quartile 3.0, et premier quartile 2.0 ; troisième quartile 3.0 respectivement ; $p < 0.001$).



La fréquence des prescriptions pour chacune des méthodes contraceptives en fonction de la profession du répondant est présentée en figure 9. L'implant, les pilules oestro-progestatives, microprogestatives, le stérilet hormonal, le stérilet au cuivre, les préservatifs et la contraception d'urgence sont les contraceptions les plus fréquemment prescrites. Les méthodes naturelles, ou celles qui sont classée par les contraceptions faiblement efficaces font peu souvent, voire jamais l'objet d'une recommandation dans cette étude.

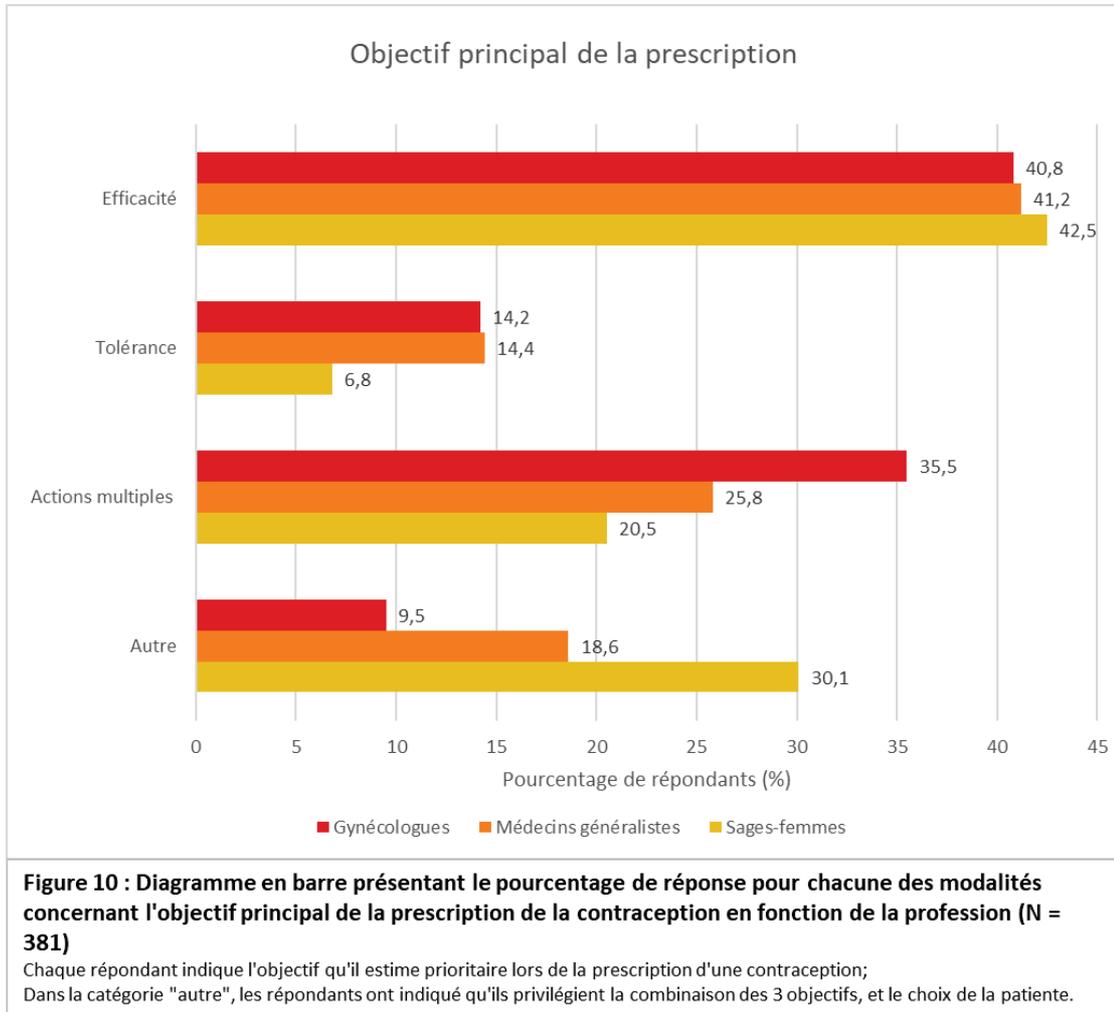






L'objectif principal du répondant lors de la prescription d'une contraception a été évalué. Les répondants privilégient l'efficacité d'une contraception hormonale pour 159 (41.5%) d'entre eux, la tolérance pour 49 d'entre eux (12.8%), et l'efficacité concomitante sur des symptômes liés au cycle hormonal pour 115 (30%). 52 personnes parmi les 60 qui ont sélectionné la modalité « autre réponse », soit 15.7%, évoquent spontanément prioriser le choix de la patiente. D'autres participants ont spécifié la nécessité d'utiliser une combinaison des trois objectifs en fonction de chaque patiente. La figure 10 montre le pourcentage de choix de chacune de ces modalités en fonction de la profession. Une différence est observée dans la répartition du critère principal de choix de la contraception avec un pourcentage de gynécologues et médecins généralistes plus important qui privilégient l'action concomitante

sur d'autres symptômes du cycle menstruel. Il n'y a pas d'interaction entre l'âge et la profession pour l'objectif principal de prescription au niveau de l'analyse croisée.



Les figures 11 et 12 montrent que la majorité des répondants sont favorables à l'utilisation d'une contraception hormonale chez une jeune femme en bonne santé et qu'ils pensent que les bénéfices de ces traitements sont supérieurs à leurs risques. Seul 2 personnes (0.5%) se déclarent défavorables à la prise d'une contraception hormonale et 10 personnes (2.4%) pensent que les risques d'une contraception hormonale sont supérieurs aux bénéfices.

Opinion des prescripteurs sur la sécurité d'utilisation de contraceptions hormonales

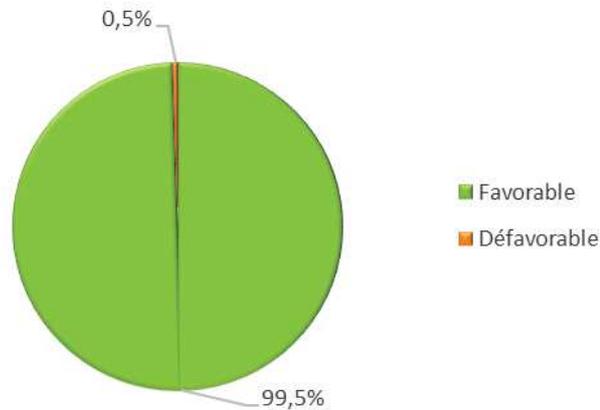


Figure 11 : Figure représentant la proportion des prescripteurs favorables à l'utilisation de contraceptions hormonales chez une jeune femme en bonne santé (N = 377)

6 personnes ont répondu ne pas avoir d'avis sur la question

Perception du bénéfice des contraceptions hormonales comme supérieurs aux risques

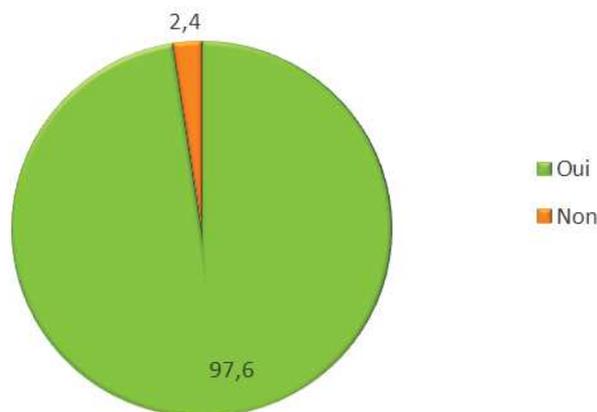


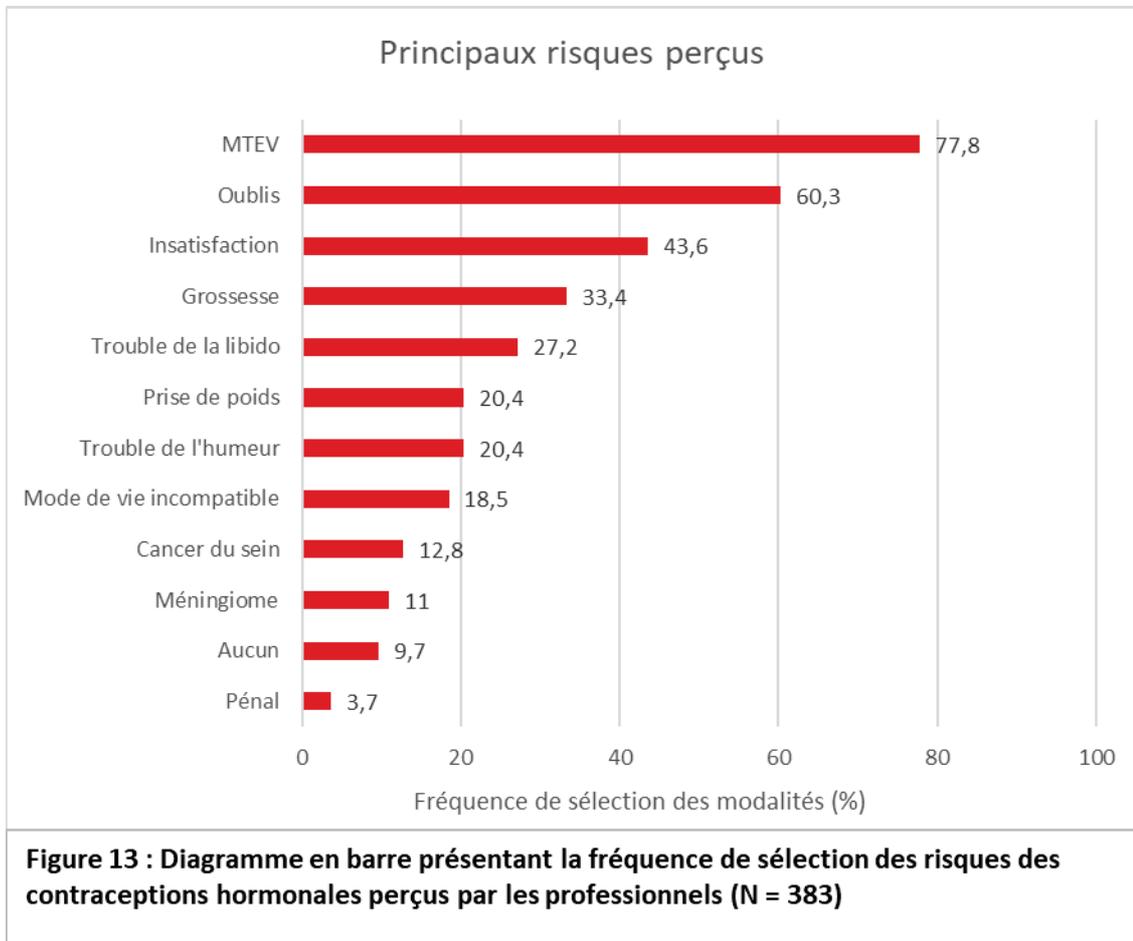
Figure 12 : Figure présentant la répartition de la perception de la balance bénéfice-risque de la contraception hormonale (N = 378)

La majeure partie des professionnels estime que les bénéfices liés aux contraceptions hormonales sont plus importants que les risques;

5 personnes ont répondu ne pas avoir d'avis sur la question

Parmi les risques perçus par les professionnels de l'étude, présentés en figure 13, les maladies thrombo-emboliques (298 personnes soit 77.8%), les oublis de contraceptifs oraux

(231 personnes soit 60.3%), l'insatisfaction des patientes (167 personnes soit 43.6%), les échecs de la méthode contraceptive (128 personnes soit 33.4%) et les troubles de la libido (104 personnes soit 27.2%) sont les plus fréquemment sélectionnés.



On constate dans le tableau d'interaction entre l'âge et la profession appliquée aux principaux risques cités (tableau 2), que les médecins généralistes de 28 ans ou moins ont plus souvent tendance à craindre une prise de poids (OR 3.92 [IC 95% 1.19-12.9] ; p =0.023). Concernant les troubles de l'humeurs, les professionnels de 28 ans ou moins de gynécologie, médecine générale et maïeutique sont ont plus souvent des appréhensions en comparaison avec les gynécologues de 46 ans et plus (OR 3.67 [1.13-10.1] ; p =0.033, OR 7 [1.96-26.3] ; p = 0.003, OR 10 [1.56-66.1] ; p = 0.013 respectivement), de même que les médecins généralistes de 29 à 35 ans et de 36 à 45 ans (OR 3.03[1.03-9.61] ; p = 0.048 et OR 4.21 [1.31-14.3] ; p =

0.017) et les gynécologues de 36 à 45 ans (OR 3.67[1.27-11.6] ; $p = 0.019$). Les gynécologues de 28 ans ou moins sont plus souvent inquiets du risque d'oublis et de mode de vie incompatible avec le schéma thérapeutique (OR 3.01[1.25-7.86] ; $p = 0.018$ et OR 4.40[1.74-12] ; $p = 0.02$ respectivement). Le risque de cancer du sein se retrouve dans des groupes de praticiens plus âgés, notamment les gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes de 29 à 35 ans (OR 5.02[1.19-34.2] ; $p = 0.047$, OR 17.1 [4.45-113] ; $p < 0.001$, OR 8[1.21-65.9] ; $p = 0.031$ respectivement) et les sages-femmes 46 ans et plus (OR 7.62[1.52-56] ; $p = 0.02$). La peur de l'insatisfaction des patientes vis-à-vis de leur contraception hormonale est plus souvent mise en évidence chez les gynécologues de 29 à 35 ans (OR 2.09[1.03-4.32] ; $p = 0.043$), mais moins souvent dans le groupe des médecins généralistes de 29 à 35 ans (OR 0.35[0.13-0.85] ; $p = 0.025$).

L'association de craintes parmi lesquelles les troubles de la libido, la prise de poids et les troubles de l'humeur a permis de créer un groupe « effets indésirables fonctionnels ». Comme le montre la figure 14, le nombre d'effets indésirables fonctionnels a été étudié en fonction de l'âge. Les professionnels appartenant à la catégorie des 28 ans ou moins ont plus souvent sélectionné 2 ou plus de ces risques ($p = 0.009$).

	Prise de poids			Trouble humeur			Trouble libido			Mode de vie incompatible		
	OR ¹	IC 95% ¹	p-value	OR ¹	IC 95% ¹	p-value	OR ¹	IC 95% ¹	p-value	OR ¹	IC 95% ¹	p-value
< ou = 28 ans * médecin généraliste ou interne de médecine générale	3.92	1.19, 12.9	0.023	7.00	1.96, 26.3	0.003	3.02	0.98, 9.32	0.051	2.23	0.53, 8.29	0.2
29-35 ans * médecin généraliste ou interne de médecine générale	1.93	0.73, 5.11	0.2	3.03	1.03, 9.61	0.048	1.47	0.61, 3.52	0.4	1.41	0.46, 4.26	0.5
36-45 ans * médecin généraliste ou interne de médecine générale	0.97	0.25, 3.25	>0.9	4.21	1.31, 14.3	0.017	1.43	0.51, 3.87	0.5	1.26	0.31, 4.43	0.7
> ou = 45 ans * médecin généraliste ou interne de médecine générale	0.62	0.03, 3.89	0.7	1.11	0.06, 7.64	>0.9	0.38	0.02, 2.26	0.4	1.81	0.25, 8.98	0.5
< ou = 28 ans * sage-femme	5.60	0.93, 34.3	0.052	10.0	1.56, 66.1	0.013	3.40	0.58, 20.1	0.2	1.45	0.07, 10.7	0.7
29-35 ans * sage-femme	2.04	0.49, 7.40	0.3	1.54	0.21, 7.60	0.6	1.24	0.31, 4.23	0.7	1.81	0.36, 7.37	0.4
36-45 ans * sage-femme	1.33	0.38, 4.23	0.6	2.38	0.63, 8.73	0.2	1.25	0.42, 3.48	0.7	1.32	0.33, 4.64	0.7
> ou = 45 ans * sage-femme	2.06	0.67, 6.16	0.2	1.82	0.43, 6.98	0.4	0.14	0.01, 0.73	0.060	2.67	0.84, 8.44	0.091
< ou = 28 ans * gynécologue ou interne de gynécologie	1.03	0.35, 2.92	>0.9	3.24	1.13, 10.1	0.033	2.06	0.90, 4.80	0.088	4.40	1.74, 12.0	0.002
29-35 ans * gynécologue ou interne de gynécologie	0.88	0.31, 2.40	0.8	2.04	0.71, 6.37	0.2	1.27	0.56, 2.87	0.6	1.66	0.62, 4.61	0.3
36-45 ans * gynécologue ou interne de gynécologie	2.05	0.78, 5.47	0.14	3.67	1.27, 11.6	0.019	1.25	0.50, 3.06	0.6	0.37	0.05, 1.58	0.2
> ou = 45 ans * gynécologue ou interne de gynécologie												

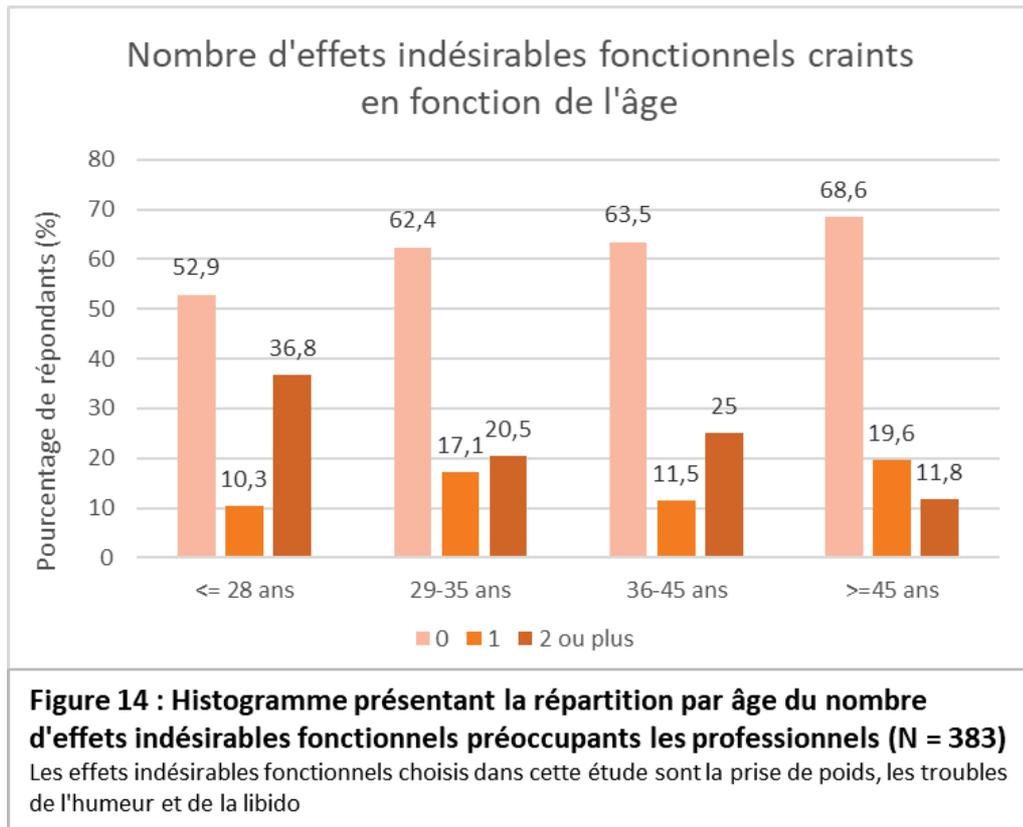
Tableau 2 : Présentation des analyses croisées sur l'âge et la profession concernant les principaux risques perçus par les professionnels (N = 383)

OR : Odds ratio ; IC : Intervalle de confiance ; p < 0.005 : Différence statistiquement significative entre les sous-groupes

	Risque oublis			Grossesse			MTE			Cancer du sein			Insatisfaction		
	OR ¹	IC 95% ¹	p-value	OR ¹	IC 95% ¹	p-value	OR ¹	IC 95% ¹	p-value	OR ¹	IC 95% ¹	p-value	OR ¹	IC95% ¹	p-value
< ou = 25 ans + médecin généraliste ou interne de médecine générale	1.19	0.40, 3.82	0.8	0.43	0.09, 1.48	0.2	1.49	0.42, 7.08	0.6	4.27	0.48, 38.0	0.2	1.08	0.35, 3.17	0.9
20-35 ans + médecin généraliste ou interne de médecine générale	1.10	0.50, 2.44	0.8	0.53	0.21, 1.27	0.2	1.40	0.55, 3.78	0.5	17.1	4.46, 113	<0.001	6.86	0.13, 6.86	0.026
30-45 ans + médecin généraliste ou interne de médecine générale	0.52	0.21, 1.28	0.2	0.84	0.31, 2.18	0.7	0.76	0.28, 2.14	0.6	4.00	0.63, 31.8	0.14	0.77	0.29, 1.94	0.6
> ou = 45 ans + médecin généraliste ou interne de médecine générale	1.52	0.38, 7.53	0.6	1.33	0.31, 5.16	0.7	2.88	0.48, 55.2	0.3	3.56	0.16, 41.0	0.3	1.03	0.24, 3.94	>0.9
< ou = 25 ans + sage-femme	1.30	0.24, 9.86	0.8	4.00	0.72, 30.5	0.13	0.18	0.02, 0.80	0.045	0.00	0.00, 0.00	>0.9	7.88	1.16, 152	0.070
20-35 ans + sage-femme	0.74	0.24, 2.35	0.6	1.75	0.55, 5.50	0.3	0.88	0.26, 3.52	0.8	8.00	1.21, 86.8	0.031	1.03	0.31, 3.19	>0.9
30-45 ans + sage-femme	1.04	0.41, 2.70	>0.9	1.25	0.48, 3.19	0.6	1.07	0.38, 3.32	>0.9	2.67	0.31, 23.3	0.3	1.54	0.61, 3.87	0.4
> ou = 45 ans + sage-femme	0.65	0.26, 1.63	0.4	1.71	0.67, 4.35	0.3	1.78	0.57, 6.68	0.4	7.82	1.52, 68.0	0.020	0.81	0.31, 2.07	0.7
< ou = 25 ans + gynécologue ou interne de gynécologie	8.01	1.25, 7.88	0.018	2.09	0.97, 4.59	0.063	1.74	0.67, 4.91	0.3	4.92	1.07, 34.8	0.058	1.92	0.90, 4.19	0.10
20-35 ans + gynécologue ou interne de gynécologie	0.77	0.38, 1.57	0.5	0.81	0.37, 1.73	0.6	1.40	0.59, 3.38	0.4	6.02	1.18, 34.2	0.047	2.08	1.03, 4.32	0.048
30-45 ans + gynécologue ou interne de gynécologie	0.92	0.42, 2.04	0.8	0.56	0.22, 1.35	0.2	0.87	0.36, 2.17	0.8	1.64	0.19, 14.1	0.6	1.47	0.67, 3.24	0.3
> ou = 45 ans + gynécologue ou interne de gynécologie															

Tableau 2 : Présentation des analyses croisées sur l'âge et la profession concernant les principaux risques perçus par les professionnels (N = 383)

OR : Odds ratio ; IC : Intervalle de confiance ; p < 0.005 : Différence statistiquement significative entre les sous-groupes



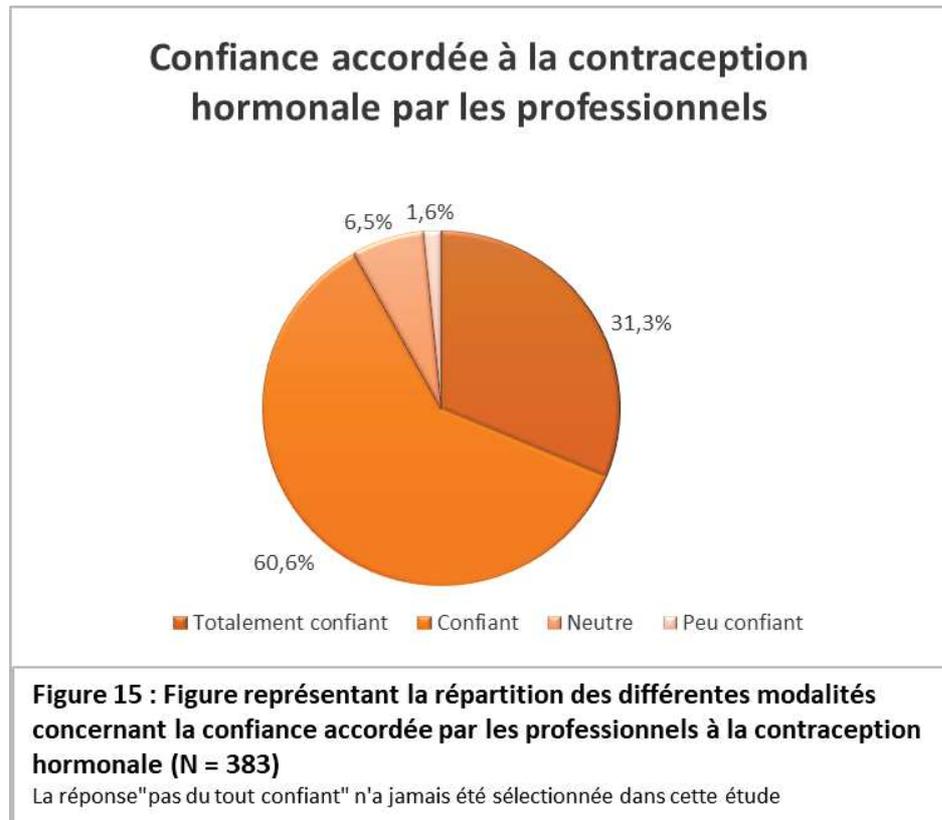
Ces résultats sont corroborés par ceux de l'analyse croisée, puisque les gynécologues, médecins généralistes et les sages-femmes de 28 ans ou moins ont sélectionné plus souvent l'association de ces risques que les autres catégories de la population en comparaison aux gynécologues de 46 ans ou plus (OR 3.42 [1.27-9.93] ; $p = 0.017$; OR 7.49 [2.21-26.8] ; $p = 0.001$; OR 16.9 [2.79-139] ; $p = 0.003$ respectivement)(tableau 3).

Risque d'effets indésirables fonctionnels	OR ¹	IC 95% ¹
< ou = 28 ans * médecin généraliste ou interne de médecine générale	7.49	2.21, 26.8
29-35 ans * médecin généraliste ou interne de médecine générale	2.55	0.90, 7.64
36-45 ans * médecin généraliste ou interne de médecine générale	2.95	0.91, 9.66
> ou = 45 ans * médecin généraliste ou interne de médecine générale	0.94	0.05, 6.22
< ou = 28 ans * sage-femme	16.9	2.79, 139
29-35 ans * sage-femme	3.06	0.71, 12.1
36-45 ans * sage-femme	2.53	0.74, 8.51
> ou = 45 ans * sage-femme	1.53	0.37, 5.60
< ou = 28 ans * gynécologue ou interne de gynécologie	3.42	1.27, 9.93
29-35 ans * gynécologue ou interne de gynécologie	1.72	0.62, 5.06
36-45 ans * gynécologue ou interne de gynécologie	3.09	1.10, 9.18
> ou = 45 ans * gynécologue ou interne de gynécologie		

Tableau 3 : Présentation de l'analyse croisée sur l'âge et la profession concernant les risques de troubles fonctionnels perçus par les prescripteurs (N = 383)

Les effets indésirables fonctionnels sont définis comme l'association de troubles de la libido, d'une prise de poids et de troubles de l'humeur ; OR : Odds ratio ; IC : Intervalle de confiance ; $p < 0.005$: Différence statistiquement significative entre les sous-groupes

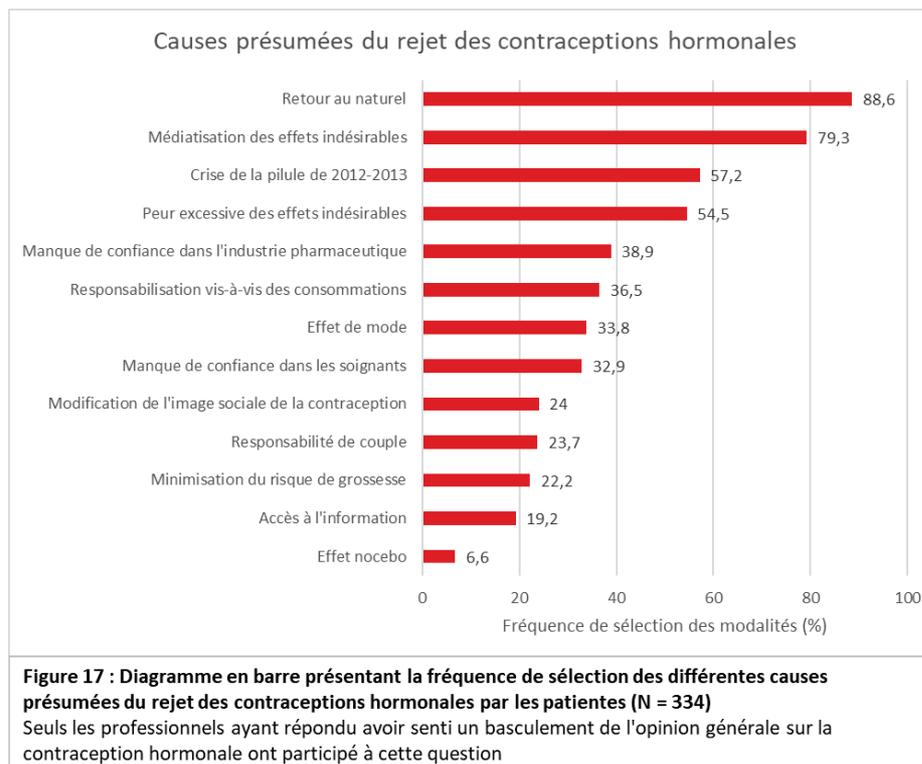
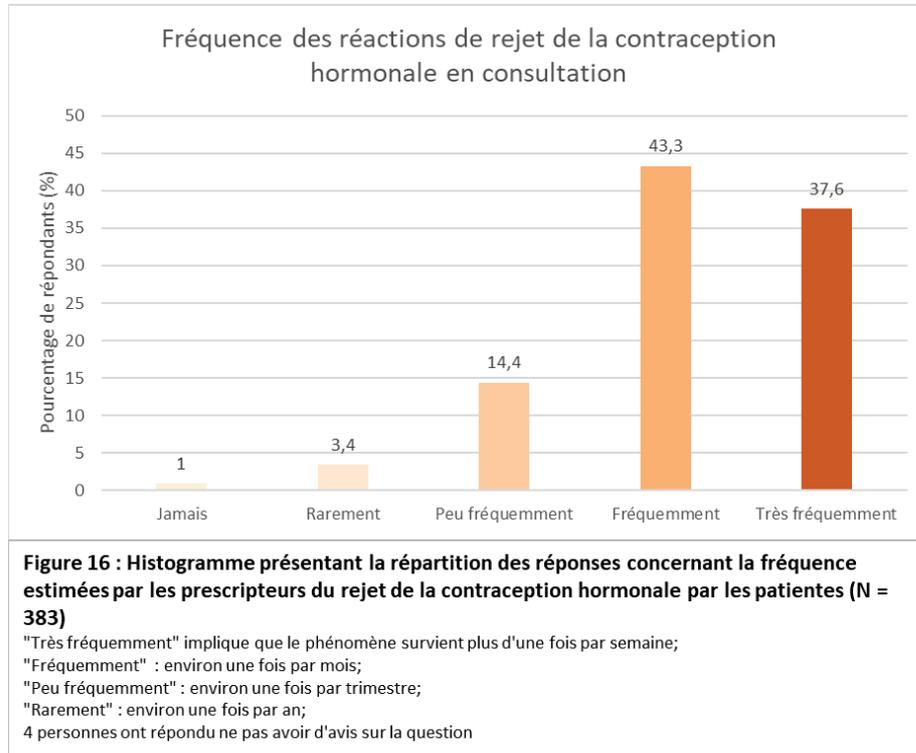
Malgré les risques perçus, les praticiens semblent globalement confiants dans l'utilisation de ces contraceptions en pratique (figure 15), avec 120 personnes (31.3%) qui se déclarent « totalement confiantes » et 232 personnes (60.6%) « confiantes ». La réponse « pas du tout confiant » n'a jamais été sélectionnée dans cette étude. L'âge ou la profession ne semblent pas influencer la confiance portée aux contraceptions hormonales.



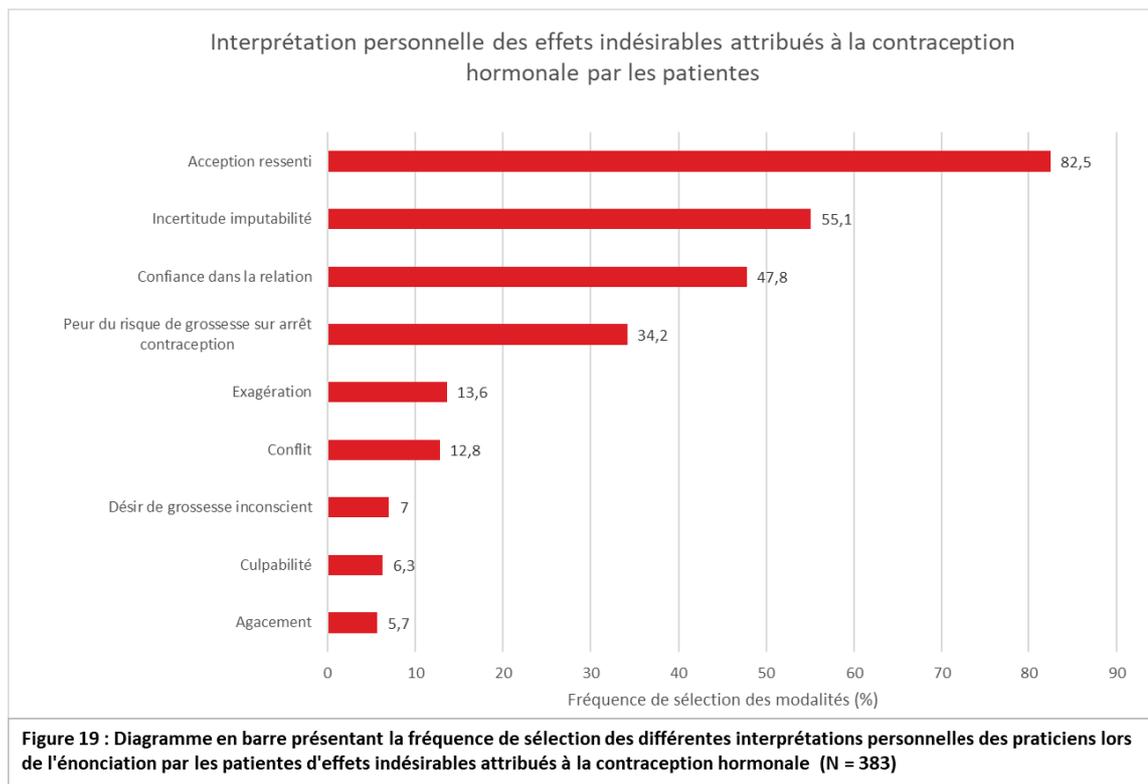
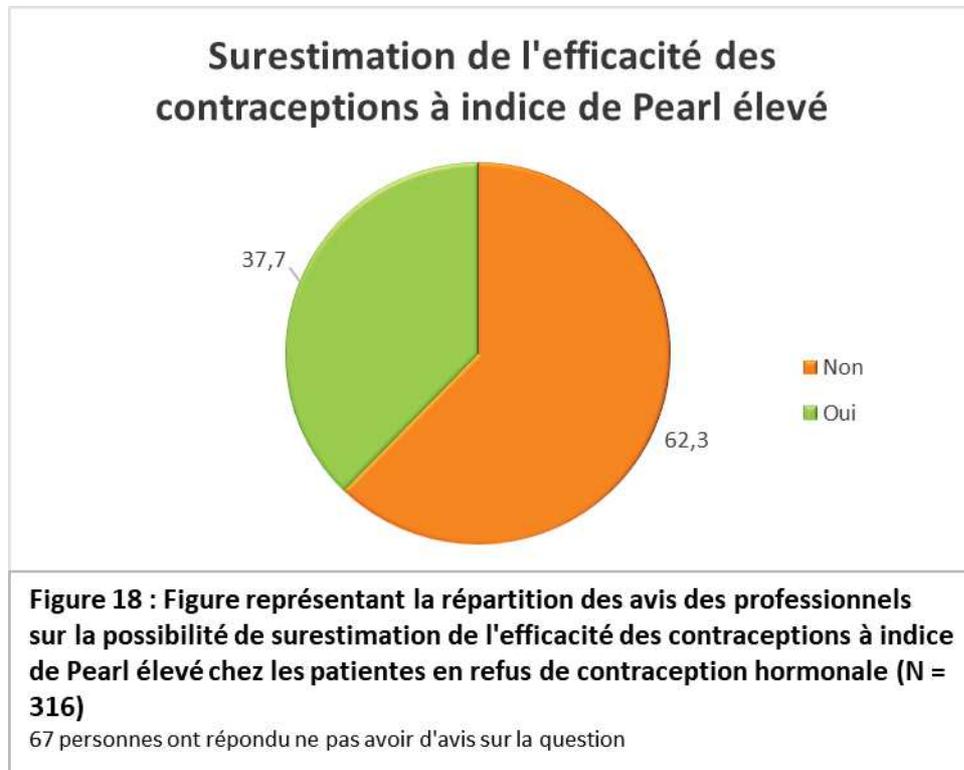
On dénombre 334 soignants (90.8%) qui répondent avoir senti un basculement de l'opinion publique concernant les contraceptions hormonales. En effet, les prescripteurs, en particulier les gynécologues ($p < 0.001$), déclarent avoir fréquemment affaire à des patientes rejetant les contraceptions hormonales (166 personnes soit 43.3%), voire très fréquemment (144 personnes soit 37.6%) (figure 16). Selon les répondants, les causes présumées, présentées en figure 17, pourraient principalement être l'attrait pour le retour à la nature (296 personnes soit 88.6%), la médiatisation importantes des effets indésirables (265 personnes soit 79.3%), la crise des pilules de 2013 (191 personnes soit 57.2%) et la peur excessive des effets indésirables (182 personnes soit 54.5%). Le manque de confiance dans l'industrie pharmaceutique (130 personnes soit 38.9%), la responsabilisation croissante de la population vis-à-vis de ses consommations, qu'elles soient par exemple alimentaires, médicamenteuses ou cosmétiques (122 personnes soit 36.5%), l'effet de mode présumé (113 personnes soit 33.8%) ou le manque de confiance dans les professionnels de santé (110 personnes soit 32.9%)

sont moins souvent évoqués par les répondants comme raison de cette défiance. Les répondants exerçant en gynécologie ont plus souvent sélectionné l'augmentation de la méfiance vis-à-vis des professions médicales, la peur excessive des effets indésirables et la possibilité d'un effet de mode ($p = 0.002$, $p < 0.001$ et $p = 0.005$ respectivement), en comparaison avec les sages-femmes. Les gynécologues et les sages-femmes expriment plus souvent avoir l'impression que le rejet des hormones puisse s'expliquer par une médiatisation croissante des effets indésirables en comparaison aux médecins généralistes ($p < 0.001$ et $p = 0.037$ respectivement). On constate que la crise de la pilule de 2012-2013 est moins souvent mentionnée par les professionnels de 28 ans ou moins et de 29 à 35 ans en comparaison aux groupes de professionnels de 36 à 45 ans ($p = 0.034$ et $p = 0.07$ respectivement) et de 46 ans et plus ($p = 0.038$ et $p = 0.008$ respectivement). Ce phénomène est également remarquable en analyse croisée sur l'âge et la profession puisqu'on observe une diminution significative du nombre de professionnels qui incriminent la crise de la pilule dans le groupe des médecins généralistes de 28 ans ou moins (OR 0.21 [0.05-0.75] ; $p = 0.02$), des médecins généralistes de 29 à 35 ans (OR 0.29 [0.12-0.69] ; $p = 0.006$), des sages-femmes de 46 ans ou plus (OR 0.35 [0.13-0.95] ; $p = 0.04$) et des gynécologues de 29 à 35 ans (OR 0.44 [0.2-0.92] ; $p = 0.03$). Seuls les médecins généralistes de 46 ans ou plus montrent une tendance à plus impliquer la crise des pilules dans les réticences actuelles sans que ce résultat soit statistiquement significatif. Les praticiens de 28 ans ou moins évoquent plus souvent la diminution de la confiance des patients envers les professionnels de santé en comparaison aux professionnels de 46 ans et plus ($p = 0.003$). La volonté de transférer la charge contraceptive vers une responsabilité de couple plutôt que féminine uniquement est plus souvent invoquée par les professionnels de 28 ans ou moins et en particulier chez les gynécologues de 28 ans ou moins (OR 2.91 [1.15-7.61] ; $p = 0.026$). On observe également que les médecins généralistes de 46 ans ou plus ont

plus souvent rapporté la possibilité d'une modification de l'image sociale de la contraception (OR 5.26 [1.03-29.5] ; p 0.045). Une plus faible proportion des répondants estime que les patientes minimisent les risques de grossesses spontanées (74 personnes soit 22.2%).



Comme le montre la figure 18, 119 personnes (37.7%) pensent que les patientes qui ne souhaitent pas de contraception hormonale surestiment les méthodes contraceptives à indice de Pearl élevé.



La figure 19 illustre les pensées générées par l'énonciation par les patients d'effets indésirables de faible gravité, par exemple une prise de poids, des troubles de la libido ou cutanéomuqueux, voire des troubles de l'humeur à type d'anxiété et d'irritabilité. 316 personnes (82.5%) se déclarent attentives et à l'écoute de ces symptômes, avec une répartition équilibrée des avis sur le sujet en fonction de la profession et de l'âge. 211 personnes (55.1%) doutent du lien entre les symptômes et la contraception, et la proportion des professionnels exerçant en gynécologie y est plus importante qu'en médecine générale et maïeutique ($p = 0.02$ et $p = 0.005$). En analyses croisées sur l'âge et la profession, on observe que les médecins généralistes appartenant aux tranches d'âge de 29-35 ans et 36-45 ans, les sages-femmes de 29 à 35 ans, de 36 à 45 ans et de 46 ans ou plus et les gynécologues de 36 à 45 ans ont moins souvent et de façon significative, exprimé un doute sur le lien entre les symptômes et la contraception hormonale (tableau 4). On note une tendance à moins douter de ce lien avec les catégories de professionnels restants, en comparaison avec les gynécologues de 46 ans ou plus, qui constituent la population de référence pour cette analyse. 183 personnes (47.8%) expriment de la satisfaction à l'idée que la relation médecin-malade permette à la patiente de se confier, en particulier les répondants exerçant la profession de sage-femme ($p = 0.001$ en comparaison aux deux autres professions). Parmi le faible nombre de praticiens qui pensent que les patientes exagèrent le retentissement des symptômes sur leur qualité de vie (52 personnes soit 13.6%), on retrouve une proportion de gynécologues plus élevée en comparaison avec les sages-femmes ($p = 0.009$). 22 personnes soit 5.7% expriment ressentir de l'agacement vis-à-vis des plaintes des patientes. 131 personnes (34.2%) disent s'inquiéter du risque de grossesse suite à un arrêt intempestif de la contraception. Parmi les 24 personnes (6.3%) qui expriment ressentir de la culpabilité à l'idée d'avoir pu induire des effets indésirables via la contraception prescrite, on retrouve plus

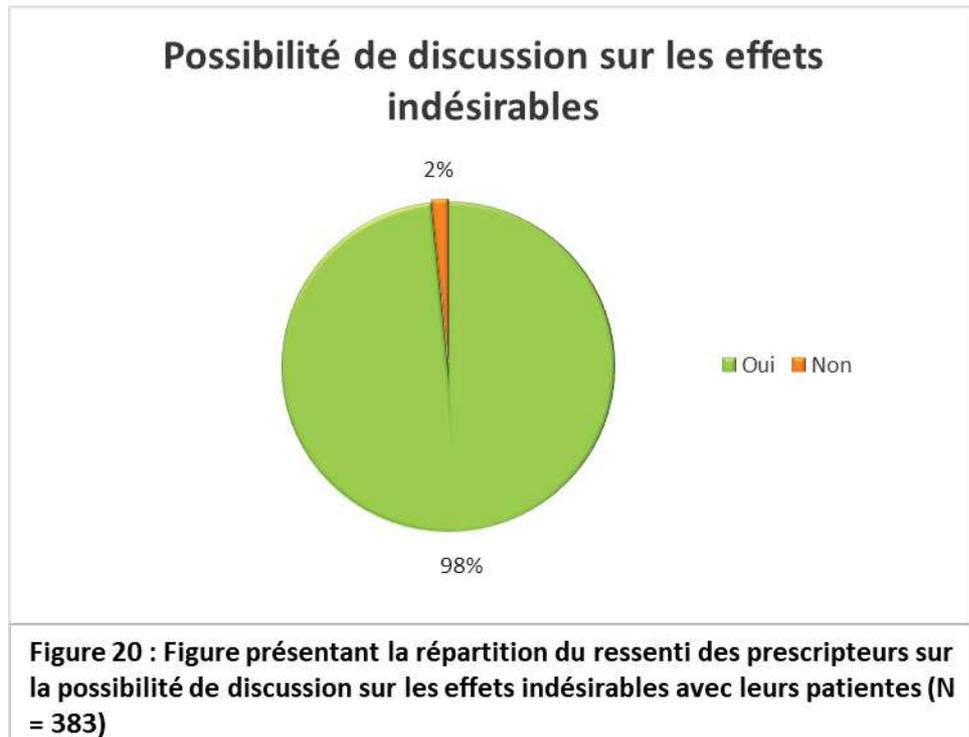
fréquemment des professionnels de 28 ans ou moins en comparaison aux professionnels de 29 à 35 ans, de 36 à 45 ans et de 46 ans et plus ($p = 0.012$, $p = 0.02$ et $p = 0.001$ respectivement). Une minorité de professionnels, dont la plupart ont 46 ans ou plus, interprètent l'insatisfaction des patientes comme l'expression d'un désir inconscient de grossesse en comparaison aux professionnels de 28 ans ou moins, de 29 à 35 ans et de 36 à 45 ans ($p < 0.007$, $p < 0.001$ et $p = 0.002$ respectivement).

Interprétation – Incertitude du lien avec symptômes	OR ¹	IC 95% ¹	p-value
< ou = 28 ans * médecin généraliste ou interne de médecine générale	0.36	0.12, 1.10	0.070
29-35 ans * médecin généraliste ou interne de médecine générale	0.31	0.13, 0.69	0.005
36-45 ans * médecin généraliste ou interne de médecine générale	0.26	0.10, 0.65	0.005
> ou = 45 ans * médecin généraliste ou interne de médecine générale	0.32	0.08, 1.28	0.10
< ou = 28 ans * sage-femme	0.32	0.05, 1.88	0.2
29-35 ans * sage-femme	0.16	0.04, 0.52	0.003
36-45 ans * sage-femme	0.37	0.14, 0.97	0.043
> ou = 45 ans * sage-femme	0.20	0.07, 0.52	0.001
< ou = 28 ans * gynécologue ou interne de gynécologie	0.58	0.25, 1.33	0.2
29-35 ans * gynécologue ou interne de gynécologie	0.47	0.21, 1.00	0.051
36-45 ans * gynécologue ou interne de gynécologie	0.25	0.11, 0.57	0.001
> ou = 45 ans * gynécologue ou interne de gynécologie			

Tableau 4 : Présentation de l'analyse croisée sur l'âge et la profession sur l'expression d'un doute par les professionnels sur le lien entre les symptômes exprimés par la patiente et le traitement hormonal (N = 383)

OR : Odds ratio ; IC : Intervalle de confiance ; $p < 0.005$: Différence statistiquement significative entre les sous-groupes

La majorité des répondants a déclaré ne ressentir que rarement un malaise aux cours des consultations lors de l'énonciation de ce type d'effets indésirables (86 personnes soit 22.5%) ou peu fréquemment (98 personnes soit 25.6%), voire jamais (106 personnes soit 27.7%). Comme le montre la figure 20, les professionnels de l'étude estiment pouvoir discuter librement du risque d'effet indésirable lié à la contraception hormonale avec les patientes (374 personnes soit 98.4%).



Le type de réaction engendré par l'expression d'une insatisfaction de la patiente concernant sa contraception hormonale est présenté en figure 21. La majorité des répondants

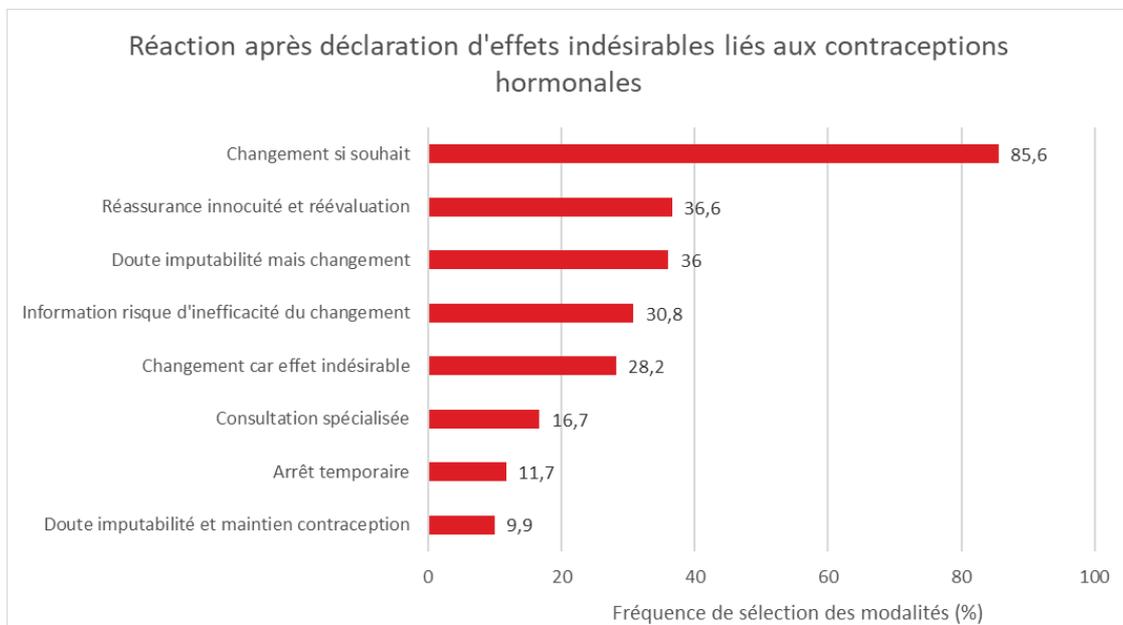


Figure 21 : Diagramme en barre présentant les fréquences de sélection des différentes réactions et explications des praticiens lorsque la patiente énonce la présence d'effets indésirables liés à sa contraception hormonale. (N = 383)

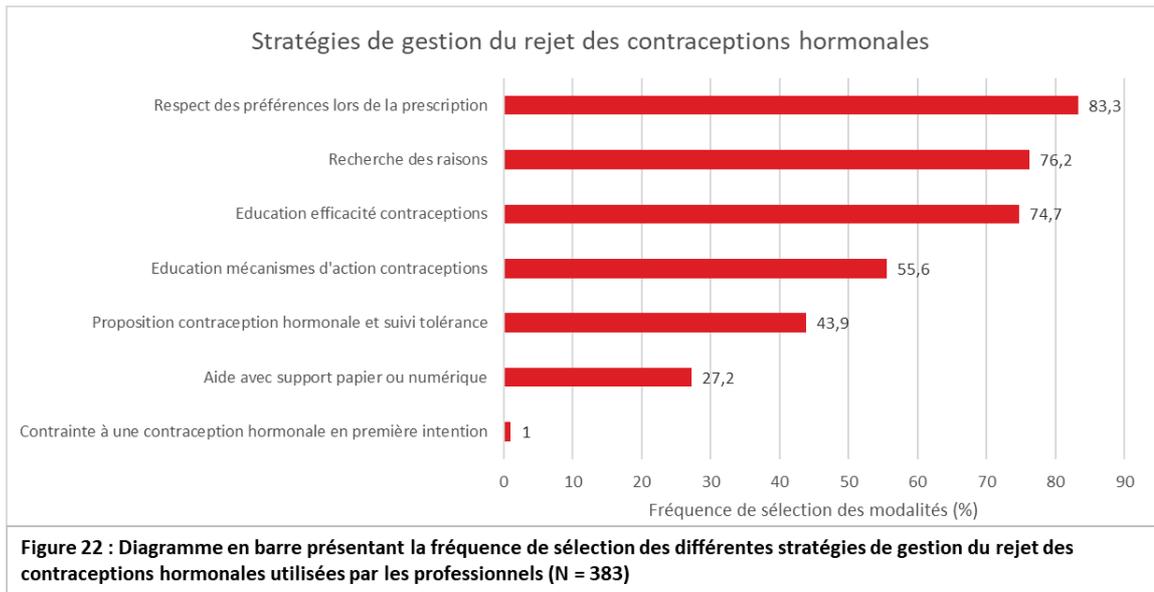
proposent un changement de la contraception si la patiente le souhaite suite à la déclaration d'effets indésirables invalidants (328 personnes soit 85.6%). Parmi les 140 personnes (36.6%) qui rassurent la patiente en expliquant que la plupart des effets indésirables sont de faible gravité et que la balance bénéfice-risque reste en faveur de la contraception en place, on constate une proportion plus faible des professionnels de 28 ans ou moins, et en particulier des gynécologues de 28 ans ou moins (OR 0.34 [0.13-0.79] ; $p = 0.016$). Il existe une faible proportion des répondants qui expliquent que les symptômes ne sont probablement pas liés à la contraception hormonale, et maintiennent la contraception en place en proposant une consultation pour réévaluer la situation (38 personnes soit 9.9%). Parmi ces professionnels, on observe plus souvent des sages-femmes ($p = 0.027$). 138 personnes (36%), avec une proportion plus importante de gynécologues ($p = 0.027$) estiment que les symptômes ne sont probablement pas liés à la contraception hormonale, mais proposent un changement de contraception pour faciliter l'adhésion thérapeutique. 118 personnes (30.8%) préviennent la patiente que le changement de contraception ne sera peut-être pas en mesure de corriger les symptômes. On note 108 personnes (28.2%) qui procèdent à une modification de la contraception car ils estiment que ce type d'effet indésirable est une contrainte trop lourde pour une jeune femme en bonne santé, avec un pourcentage significativement plus important de gynécologues ($p = 0.006$). Une minorité de praticiens utilise une stratégie d'arrêt temporaire de la contraception afin de déterminer l'imputabilité du traitement sur les symptômes (45 personnes soit 11.7%), plus souvent des professionnels de 36 à 45 ans en comparaison aux professionnels de 28 ans ou moins et de 29 à 35 ans ($p = 0.004$ et 0.014 respectivement), et de 46 ans ou plus ($p = 0.004$ et 0.014 respectivement). Le recours à une consultation spécialisée en fonction du type d'effet indésirable, par exemple une orientation vers un psychologue en cas d'anxiété, est une aide envisagée par 64 répondants de l'étude

(16.7%). On remarque que les gynécologues et les médecins généralistes de 28 ans ou moins sont plus enclins à en faire usage (OR 14 [4.31-63.4] ; $p < 0.001$ et OR 6.46 [1.28-36.2] ; $p = 0.023$ respectivement), ainsi que les sages-femmes de 29 à 35 ans (OR 10.5 [2.24-58.2] ; $p = 0.004$), de 36 à 45 ans (OR 9.33 [2.43-46.1] ; $p = 0.002$) et de 46 ans ou plus (OR 7.74 [1.95-38.7] ; $p = 0.006$) en comparaison aux gynécologues de 46 ans ou plus (tableau 5).

Réaction – consultation spécialisée	OR ¹	IC 95% ¹	p-value
< ou = 28 ans * médecin généraliste ou interne de médecine générale	6.46	1.28, 36.2	0.023
29-35 ans * médecin généraliste ou interne de médecine générale	4.08	1.06, 19.9	0.051
36-45 ans * médecin généraliste ou interne de médecine générale	3.65	0.75, 19.7	0.11
> ou = 45 ans * médecin généraliste ou interne de médecine générale	0.00	0.00, 46,522	>0.9
< ou = 28 ans * sage-femme	4.20	0.19, 40.9	0.2
29-35 ans * sage-femme	10.5	2.24, 58.2	0.004
36-45 ans * sage-femme	9.33	2.43, 46.1	0.002
> ou = 45 ans * sage-femme	7.74	1.95, 38.7	0.006
< ou = 28 ans * gynécologue ou interne de gynécologie	14.0	4.31, 63.4	<0.001
29-35 ans * gynécologue ou interne de gynécologie	1.53	0.32, 8.03	0.6
36-45 ans * gynécologue ou interne de gynécologie	1.66	0.29, 9.36	0.5
> ou = 45 ans * gynécologue ou interne de gynécologie			

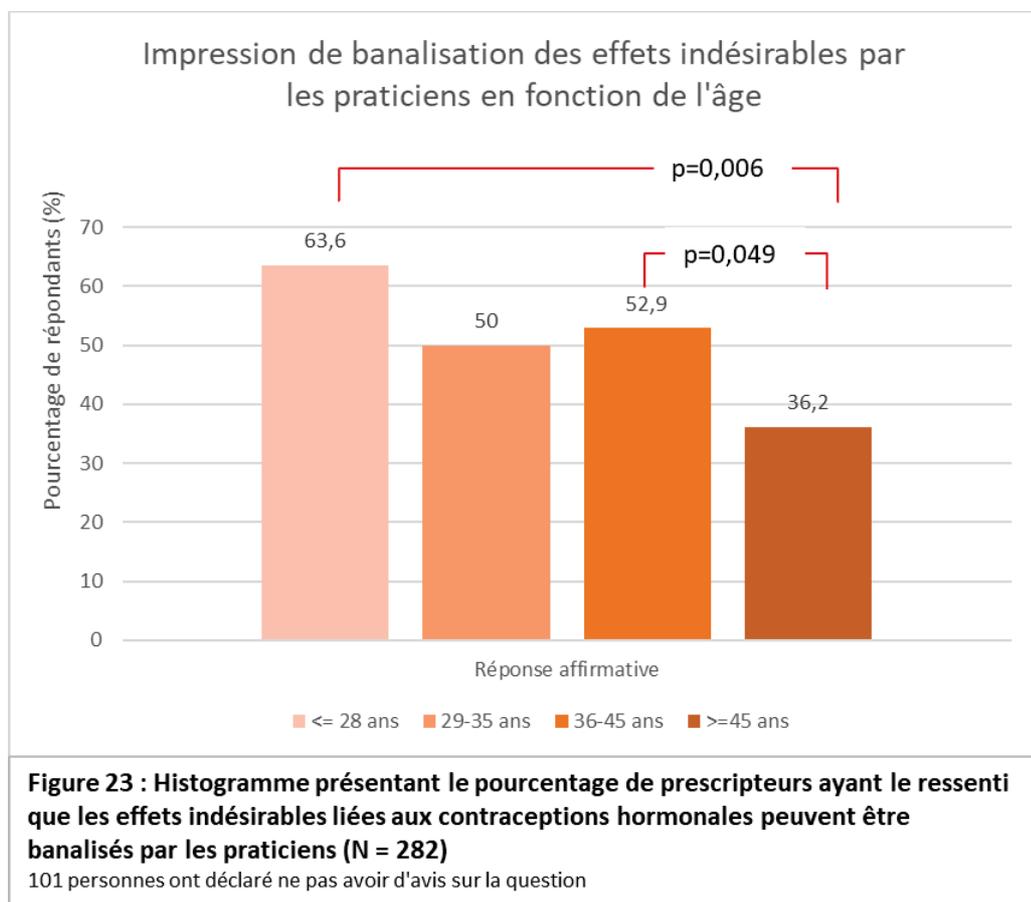
Tableau 5 : Présentation de l'analyse croisée sur l'âge et la profession concernant le recours à une consultation par un autre spécialiste en cas de symptômes exprimés par la patiente (N = 383)

Il s'agit par exemple de l'orientation vers un psychologue en cas d'anxiété ou d'une consultation chez un nutritionniste en cas de prise de poids ; OR : Odds ratio ; IC : Intervalle de confiance ; $p < 0.005$: Différence statistiquement significative entre les sous-groupes



Les stratégies d'information déployées en consultation pour une information complète en cas de refus abrupt de tout traitement contraceptif hormonal ont été listées dans la figure 22. Lors de la consultation pour la prescription initiale de la contraception, si la patiente est réticente à l'utilisation de contraceptifs hormonaux, la majorité des prescripteurs (319 personnes soit 83.3%) affirme respecter ce souhait. On note que la proportion de sages-femmes y est statistiquement plus importante en comparaison avec les gynécologues et médecins généralistes ($p = 0.027$ et 0.008 respectivement). La démarche d'information sur l'efficacité, ainsi que sur les bénéfices et les risques attendus de chaque contraceptif fait partie des méthodes de résolution des fausses croyances utilisées du plus grand nombre (286 personnes soit 74.7% et 213 personnes soit 55.6% respectivement). Les gynécologues de 28 ans ou moins optent plus souvent pour une démarche d'éducation sur les mécanismes d'action (OR 2.74 [1.20-6.69] ; $p = 0.021$). La recherche des causes du rejet de toute contraception hormonale est réalisée pour 292 praticiens (76.2%) et de nouveau de façon majoritaire chez les gynécologues de 28 ans ou moins (OR 4.86 [1.50-21.8] ; $p = 0.017$). Des supports pour présenter les différentes contraceptions sont utilisés en consultation pour 104 praticiens (27.2%), en particulier chez les sages-femmes de 28 ans ou moins (OR 6.80 [1.21-

52.6] ; $p = 0.036$). Seules 4 personnes (1%) semblent privilégier leur convictions personnelles dans la prescription de la contraception parce qu'elles estiment les bénéfices supérieurs aux risques. 168 personnes (43.9%) proposent un essai de contraception hormonale pendant 2 à 3 mois si c'est adapté à la situation associé à une consultation de réévaluation. Cette dernière stratégie est moins souvent utilisée par les médecins généralistes de 29 à 35 ans (OR 0.29 [0.12-0.65] ; $p = 0.003$). Un répondant a évoqué en commentaire la possibilité de réaliser une première consultation d'information puis de laisser un délai de réflexion.



Les avis sont partagés sur le risque de banalisation des effets indésirables de faible gravité par les soignants (141 pour, 141 contre). Comme le montre la figure 23, on peut constater que professionnels de 46 ans ou plus sont moins enclins à penser que les patientes puissent souffrir d'un manque de considération de leurs effets indésirables de la part des

praticiens qui les prennent en charge, en comparaison aux groupes de participants de 28 ans ou moins ($p = 0.002$) et de 29 à 36 ans ($p = 0.049$). Cette observation est corroborée par l'analyse du tableau 6 qui montre une tendance générale de chaque groupe à une perception plus importante du risque de banalisation des effets indésirables en comparaison aux gynécologues de 46 ans et plus. Les causes les plus souvent rapportées de banalisation des plaintes sont le manque d'objectivation des symptômes, le manque de temps, le manque d'information préalable, et sont jugées responsables d'une perte de confiance dans le corps médical.

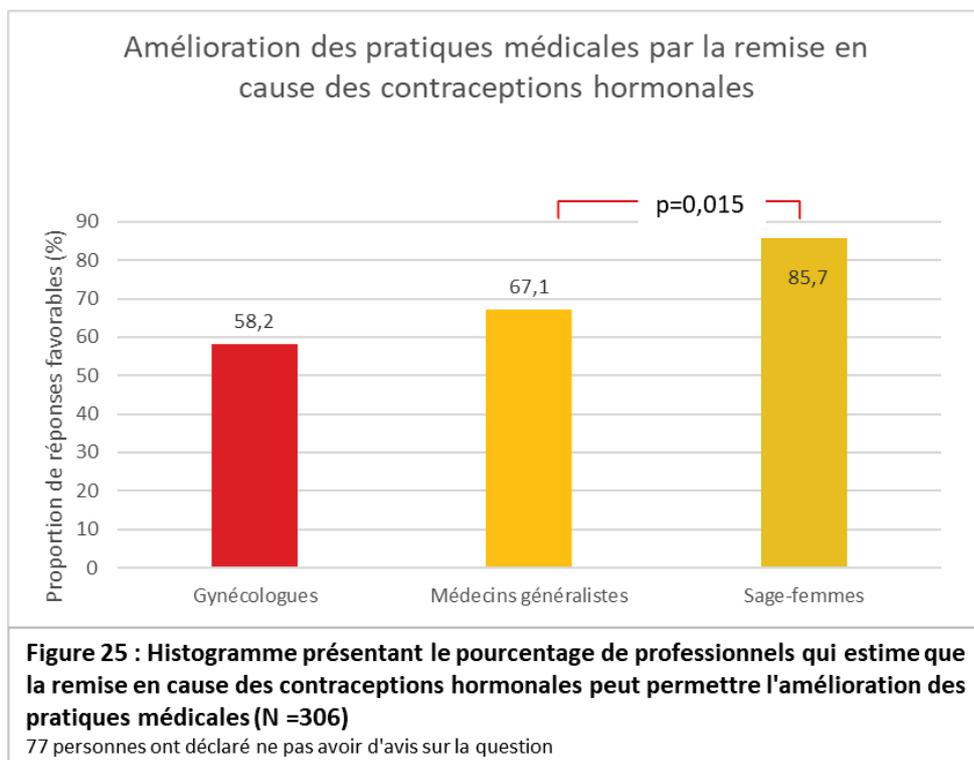
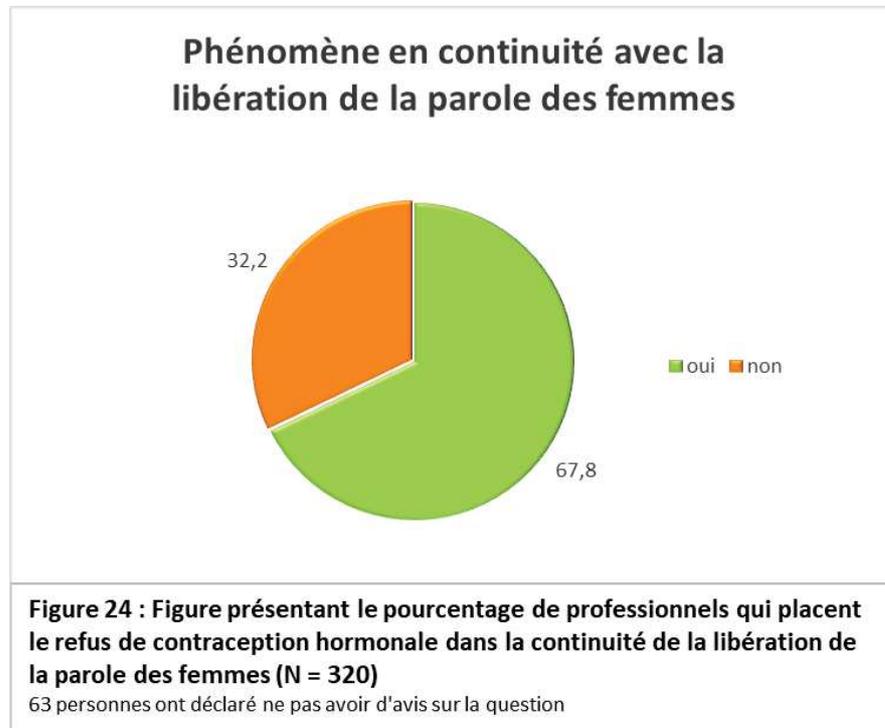
Banalisation des effets indésirables	OR ¹	IC 95% ¹	p-value
< ou = 28 ans * médecin généraliste ou interne de médecine générale	4.27	1.19, 16.7	0.029
29-35 ans * médecin généraliste ou interne de médecine générale	2.84	1.09, 7.66	0.034
36-45 ans * médecin généraliste ou interne de médecine générale	2.40	0.78, 7.47	0.13
> ou = 45 ans * médecin généraliste ou interne de médecine générale	2.67	0.44, 16.2	0.3
< ou = 28 ans * sage-femme	8.00	0.92, 171	0.084
29-35 ans * sage-femme	4.67	1.20, 20.7	0.031
36-45 ans * sage-femme	3.26	1.09, 10.1	0.036
> ou = 45 ans * sage-femme	2.96	0.97, 9.31	0.057
< ou = 28 ans * gynécologue ou interne de gynécologie	4.57	1.83, 12.0	0.001
29-35 ans * gynécologue ou interne de gynécologie	2.26	0.95, 5.53	0.068
36-45 ans * gynécologue ou interne de gynécologie	3.56	1.33, 9.94	0.013
> ou = 45 ans * gynécologue ou interne de gynécologie			

Tableau 6 : Présentation de l'analyse croisée sur l'âge et la profession concernant la l'impression des répondants que certains professionnels puissent banaliser les effets indésirables des patientes (N = 383)

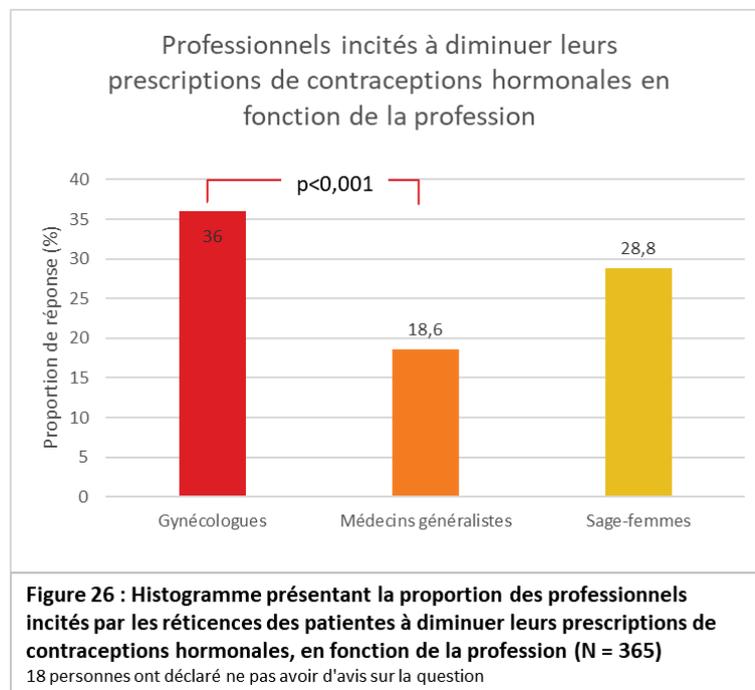
OR : Odds ratio ; IC : Intervalle de confiance ; $p < 0.005$: Différence statistiquement significative entre les sous-groupes

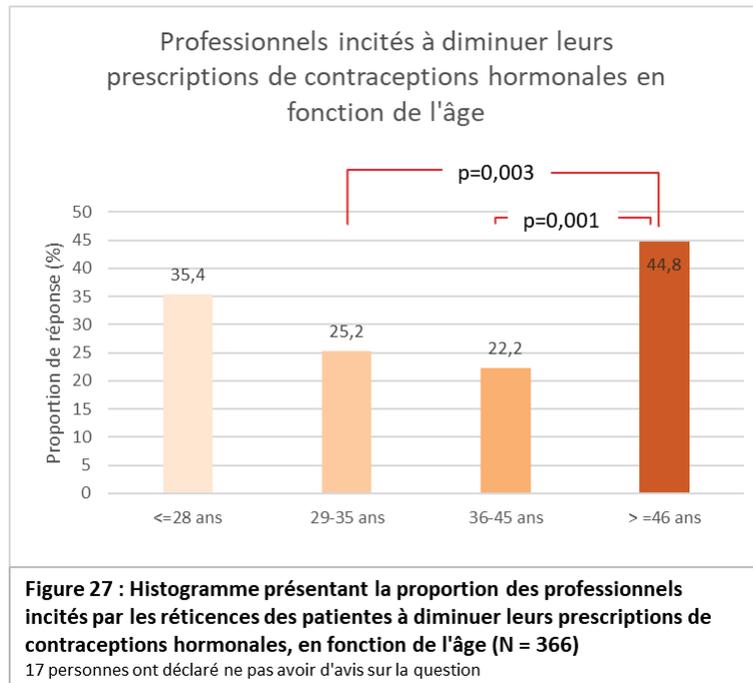
217 personnes (67.8%) pensent que la volonté de dénoncer les effets négatifs des contraceptions hormonales et le rejet des hormones en contraception s'inscrivent dans la démarche de libération de la parole des femmes (figure 24). Les médecins généralistes sont enclins à évoquer cette possibilité moins souvent que les gynécologues ou les sages-femmes

($p = 0.048$ et $p = 0.001$). 201 personnes (65.5%) pensent que les pratiques médicales en seront améliorées, avec une part statistiquement significative de sages-femmes en comparaison aux gynécologues et aux médecins généralistes ($p < 0.001$ et $p = 0.015$; figure 25).

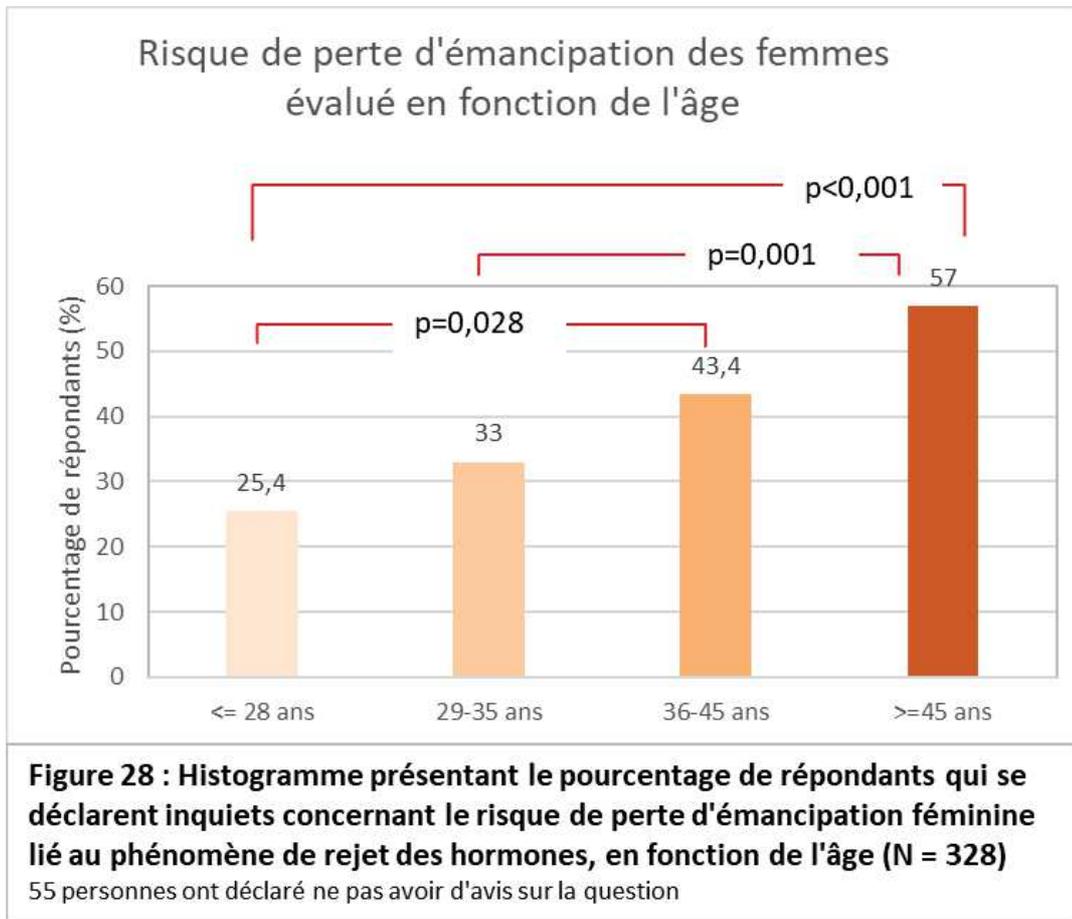


115 personnes (31.4%) disent avoir l'impression de diminuer leurs prescriptions de contraceptions hormonales suite à l'émergence de ce phénomène de rejet des hormones. Les figures 26 et 27 permettent de rendre compte des professionnels les plus impactés. On note ainsi que la proportion des gynécologues est plus forte que celle des médecins généralistes ($p < 0.001$). La proportion de praticiens de 46 ans ou plus est significativement plus importante que dans les groupes de 29 à 35 ans ($p = 0.003$) et 36 à 45 ans ($p = 0.001$). Le groupe des professionnels de 28 ans ou moins quant à lui est à la fois équivalent à celui des 46 ans ou plus et des 29 à 35 ans et 36 à 45 ans associés.





On note que 133 personnes (40.5%) redoutent un risque de perte d'indépendance de la femme en raison du risque de grossesse non désirée dans ce contexte de peur accrue des contraceptions hormonales. La figure 28 montre la proportion de professionnels qui se déclarent inquiets d'une perte d'indépendance féminine. Les professionnels sont moins souvent enclins à redouter cette possibilité que les gynécologues de 46 ans ou plus en analyse croisée sur l'âge et la profession.



Les participants à l'étude ont transmis dans leurs commentaires l'importance d'un temps d'écoute et de discussion pour sortir des préjugés et fausses-croyances. Ils insistent également sur la nécessité d'éducation à la physiologie du cycle menstruel et sur l'importance de situer les effets indésirables dans le contexte global de la patiente. La mise en avant du partenariat médecin-patient, la proposition de revenir en couple pour le choix de la contraception et celle de réévaluer la tolérance après un délai d'essai semblent indispensables à certains praticiens. Certains initient une démarche de réflexion sur les conséquences de survenue d'une grossesse à ce moment de la vie de la patiente pour adapter la contraception selon le niveau d'efficacité souhaité. Les outils suggérés pour l'amélioration de l'offre de soin sont d'une part la majoration de la rémunération de cette consultation, permettant d'y

consacrer le temps adéquat. D'autre part, ils soulignent l'importance de la formation sur l'ensemble des moyens disponibles, les contre-indications, et les effets indésirables potentiels, qu'ils jugent insuffisante actuellement. Cela permettrait par exemple de mieux cibler les patientes qui pourraient bénéficier d'une contraception oestro-progestative de 3^{ème} ou 4^{ème} générations et ainsi, peut-être, transformer le profil de tolérance.

Le remboursement de certaines pilules oestro-progestatives de 3^{ème} ou 4^{ème} génération dont le risque thrombo-embolique est similaire à celui des pilules de 2^{ème} génération, pourrait également élargir l'accès à une contraception adaptée selon l'un des répondant. L'utilisation du site « FORMAGYN » a été évoqué par plusieurs des professionnels.

Discussion

L'étude présentée dans ce travail de thèse a pour but de réaliser un premier abord du ressenti des professionnels vis-à-vis des traitements contraceptifs les plus couramment utilisés, dans le contexte de réticence accrue des utilisatrices. La synthèse des expériences professionnelles, associée au recul des praticiens sur médicaments contraceptifs et l'évaluation de leur réaction devant l'évolution de la pensée commune est une manière différente et intéressante de faire transparaître le cheminement des pratiques. Le recueil des pratiques des médecins mais également celles des sages-femmes est une approche inédite du sujet et permet d'établir une comparaison entre les modes de fonctionnement de ces deux professions.

Interprétation des résultats

Eu égard aux résultats de cette étude, les professionnels interrogés semblent marquer une confiance robuste dans l'utilisation des thérapeutiques contraceptives hormonales sans influence de l'âge ou de la profession. Les réticences et la peur d'une altération du fonctionnement corporel évoquées par les patientes ne semblent pas être à l'origine de freins à la prescription et au conseil de ces traitements chez les professionnels de santé.

Comme le souligne l'équipe de Roux, le maître mot de l'objectif de prescription est l'efficacité (17). Notre travail va dans le même sens puisque le recours à la prescription d'une contraception hormonale est sous-tendu par le choix d'une méthode efficace pour 41.8% des répondants et l'utilisation de cette thérapeutique sur des symptômes associé au cycle menstruel pour 30% d'entre eux. Ces derniers pourraient notamment utiliser les traitements contraceptifs dans la prise en charge de l'endométriose. Un certain nombre de professionnels mentionnent spontanément prioriser le choix de la patiente et d'autres une association entre les 3 propositions. La disparité des réponses à cette question illustre que l'objectif principal d'une prescription de contraceptif va être variable en fonction de la patiente.

On peut constater l'émergence de nouvelles préoccupations sur les risques liés aux contraceptions hormonales. Historiquement, ce sont les risques thrombo-emboliques et le risque de mésusage de la méthode aboutissant à une grossesse non voulue qui ont fait l'objet du plus grand nombre de publications. Actuellement, l'insatisfaction de la patiente et la recherche de troubles de la libido semblent également tenir une place importante. Etendre à de nouvelles composantes de la qualité de vie les considérations vis-à-vis de la tolérance au traitement semble plus fréquent chez les plus jeunes praticiens. Il en va de même dans la prise en compte de la sexualité. Ceci semble s'inscrire dans l'évolution de la société qui met en avant le plaisir et le désir féminin. Les plus anciens praticiens sont influencés par les

représentations propres à leur époque, et sont concernés par un courant de pensée que Bajos formule comme « symbolique de la domination masculine » (18). De la même façon, ce sont les médecins généralistes de 28 ans ou moins qui ont le plus souvent montré une préoccupation envers la prise de poids. Tous les professionnels de 28 ans ou moins semblent également plus concernés par les troubles de l'humeur.

Si une patiente déclare des effets indésirables attribués à sa contraception hormonale, la démarche générale des soignants est une prise en compte des plaintes avec changement de la contraception si la patiente le souhaite. L'âge et la profession sont sans influence sur ces réponses. Si le doute entre les symptômes décrits et la contraception persiste pour 55% des répondants, on peut observer que les plus jeunes sont plus enclins à admettre un lien de cause à effet. L'importance de la prise en considération des plaintes des patientes a fait l'objet du travail de Fonquerne en 2021 (10). L'auteur condamne sévèrement les attitudes de « négation des souffrances, sexisme, infantilisation, favorisation du sentiment de honte chez les patientes, jugement, demande de justification, culpabilisation, [...] paternalisme médical, rétention d'information, absence de consentement, examens intempestifs, discriminations », qu'elle qualifie de « violences médicales ». Pour Ventola, chercheur en santé publique, une des raisons qui pourrait expliquer qu'un certain nombre de professionnels semblent contester l'implication de la contraception sur la prise de poids, les troubles de l'humeur et de la libido pourrait être une longue culture de la remise en cause de la parole et des opinions des femmes (19). Il semble exister également une habitude médicale de remise en cause de la parole des patients, qui s'inscrit dans l'approche paternaliste de la relation médecin malade. Par exemple, comme on a pu l'enseigner durant les études médicales, pour un patient déclarant fumer un nombre X de cigarettes par jour, le médecin est incité à multiplier par deux le chiffre dans le dossier médical. Il est cependant important de noter que certains professionnels

peuvent simplement être mis en difficulté pour prouver l'imputabilité d'un traitement sur des symptômes qui relèvent souvent d'étiologies multifactorielles.

Les soignants de cette étude ont le plus souvent senti le basculement de l'opinion publique vis-à-vis des contraceptions hormonales. Ces résultats sont en accord avec l'étude de Bajos (17) qui montre que les gynécologues en particulier, qui bénéficient du plus grand recul dans la prescription contraceptive, ont vu leur statut passer d'une position de soignant décideur à une position associée de conseiller. Si l'avis qu'ils portent aux contraceptions hormonales reste favorable, 31.4% des professionnels ont tendance à diminuer leurs prescriptions. Le respect de l'opinion et des souhaits des patientes semble bien en être la raison.

Les autres causes présumées au basculement de l'opinion publique sont variables en fonction de l'âge des répondants. Par exemple, la « crise de la pilule de 2012-2013 » est moins souvent citée par les professionnels de 28 ans ou moins et de 29 à 35 ans que par leurs aînés. On peut penser que ces professionnels n'exerçaient pas ou depuis peu au moment du scandale. La notion de « charge contraceptive » portée par les associations féministes est plus souvent acceptée par les gynécologues de 28 ans ou moins et s'inscrit dans la lignée du développement du concept de « charge mentale » dont parle Bajos (18). Ces deux notions font référence aux responsabilités contraceptives et familiales qui pèsent encore fortement et presque intégralement sur les femmes en 2022.

Dans l'étude, la possibilité d'un défaut d'évaluation du risque de grossesse par les patientes est peu souvent une préoccupation des répondants. Ce constat pourrait s'inscrire dans l'émergence de la prise en considération de l'opinion et de la capacité de réflexion des femmes. De plus, la promotion de l'éducation sexuelle en milieu scolaire améliore les

connaissances des femmes et donc probablement leur jugement sur le sujet (20). Pour autant 37.7% des participants pensent que les patientes qui ne souhaitent pas de contraception hormonale surestiment les méthodes contraceptives à indice de Pearl élevé. Si l'accès à l'information est facilité de nos jours, la compréhension précise des mécanismes d'action et du potentiel d'efficacité des méthodes contraceptives n'est peut-être pas optimale. L'utilisation des procédés contraceptifs qualifiés de peu efficaces concerne pourtant une part non négligeable de couples et est très peu abordée et expliquée en consultation. Cette réalité pourrait être amplifiée par les témoignages et forums circulants sur les médias tels qu'Internet qui prônent le « retour à la nature »(11). Face à ce constat, informer les patientes de l'efficacité et du fonctionnement de ces méthodes en consultation est une piste d'amélioration de la prise en charge.

On observe que 34.2% des professionnels disent s'inquiéter du risque de grossesse suite à un arrêt intempestif de la contraception. Cela soulève l'importance du ressenti des praticiens sur les risques de grossesse lorsqu'une contraception ne donne pas satisfaction. En effet, selon le CNGOF (4), le taux d'abandon est maximal dans la 2^{ème} année d'utilisation du contraceptif et est responsable d'une part non négligeable du taux de grossesse non voulues et du nombre d'IVG pratiquées par an (207 594 en 2020)(21). On estime le pourcentage d'IVG liées à une contraception inadaptée à 64%. Ce chiffre a peu évolué ces dernières années (22). Bajos évoque la notion de « paradoxe contraceptif » qui pourrait expliquer la stabilité du taux d'IVG en France (18,22). On recense moins de grossesses imprévues, mais le recours à l'IVG en cas de grossesse imprévue quant à lui augmente. L'amélioration du conseil et du suivi de la contraception est ainsi une réelle clef pour diminuer le nombre d'IVG.

De manière similaire, 40.5% des répondants estiment que la peur accrue des contraceptions hormonales pourrait être à l'origine d'une perte d'émancipation et d'indépendance féminine. L'impact de la réticence à l'utilisation des contraceptions hormonales sur le taux d'IVG et de grossesses non voulues devra effectivement être évalué dans les années à venir.

Les praticiens interrogés semblent adopter le maximum de stratégies pour un maintien de l'observance thérapeutique et du lien de confiance avec la patiente. Ainsi, la réaction principale lors de l'énonciation d'effets indésirables est de procéder à un changement de la méthode contraceptive si la patiente le demande, y compris lorsque le professionnel n'est pas certain du lien entre les symptômes et la contraception. Le recours plus fréquent des professionnels de 28 ans ou moins et des sages-femmes à l'orientation de la patiente vers un spécialiste d'une autre spécialité pour prendre en charge les symptômes décrits semble s'inscrire dans une démarche de prise en charge pluridisciplinaire assumée.

La majorité des professionnels de cette étude s'accorde à respecter le souhait d'une contraception non hormonale lorsqu'il est énoncé. La promotion de ce positionnement auprès du grand public pourrait être un outil pour restaurer la confiance envers les professions médicales et en particulier la gynécologie. La mission du médecin consistant à proposer la contraception semblant la plus adaptée à la situation médicale de la patiente, explique qu'on adopte souvent une solution de compromis. En effet, dans l'étude, 43.9% des répondants optent pour un tel compromis en proposant à la patiente l'essai temporaire d'une contraception hormonale. La réévaluation systématique de la tolérance deviendra une clef pour la conservation du lien médecin-patient, comme le soulignent d'ailleurs les recommandations (4).

La satisfaction à l'idée que la relation médecin-malade permette à la patiente de se confier est exprimée par 47.8% des praticiens, en particulier les sages-femmes. On peut imaginer que la relation avec la patiente ne se construit pas de la même façon pour les professionnels exerçant en maïeutique. Cette caractéristique relationnelle semble également être perçue par les patientes. On retrouve en effet des discussions sur les forums en faveur du suivi gynécologique réalisé par les sages-femmes (11). L'ouverture du suivi gynécologique et de la prescription de la contraception aux sages-femmes est l'occasion de comparer les pratiques de prise en charge afin d'apporter compléments et améliorations dans les deux spécialités. On pourrait notamment accorder plus de place à l'éducation des patientes à la physiologie de l'appareil reproducteur. Cette satisfaction décrite par les professionnels vis-à-vis de la confiance accordée par les patientes est étayée par les réponses à la question concernant la possibilité de communication sur les effets indésirables, estimée très bonne par les répondants.

Une faible proportion des professionnels de l'étude estime que les patientes exagèrent le retentissement des symptômes sur leur qualité de vie, en particulier les gynécologues. De l'agacement est parfois ressenti lors de la consultation mais n'est formulé que par une très faible proportion des soignants. On peut se poser la question de la sincérité des réponses à ces deux questions, puisque ces modalités de réponses expriment des émotions et ressentis négatifs. Les participants pourraient avoir tendance à minimiser les conduites qu'ils estiment peu valorisantes. L'évaluation de ressentis négatifs pourrait nécessiter une étude secondaire basée sur des entretiens semi-directifs. Cependant si ces réactions peuvent être sous-estimées, il ressort principalement de ces réponses une attitude bienveillante vis-à-vis des patientes et de leurs plaintes.

Une majorité des répondants estime que la réticence à l'utilisation des contraceptions hormonales impose de prendre en compte de la parole des femmes. La simple prise en compte de la globalité des effets indésirables permet finalement d'améliorer les pratiques.

Le mode de formation à la prescription de la contraception le plus fréquemment sélectionné dans les réponse est la formation dispensée lors du cursus universitaire. Cependant une petite proportion des répondants estime que ce n'est pas le mode d'apprentissage qui leur a permis d'obtenir les compétences nécessaires. Cela laisse supposer que la formation initiale dispensée à chacun des professionnels de la santé pourrait ne pas être optimale, ce qui vient compléter les propos de Gelly (23). Seuls 19.6% des répondants ont réalisé une formation sur le sujet de la contraception au moyen d'un Diplôme Universitaire spécifique. Une fois de plus, la question du niveau de formation des professionnels semble essentielle pour améliorer le conseil apporté aux femmes qui sont réticentes à l'utilisation d'une contraception hormonale. Des connaissances incomplètes pourraient être à l'origine d'un défaut d'information sur le mécanisme d'action, l'efficacité et les effets indésirables attendus et une évaluation inadaptée des contre-indications.

L'ensemble des stratégies d'information et de communication (par exemple commentaire d'une plaquette d'information, dispositifs factices etc..) à propos des différentes méthodes contraceptives n'est pas usitée de manière équivalente dans ce travail. On peut supposer que le manque de temps et de rémunération est un paramètre important de cette insuffisance, notamment en ce qui concerne les supports écrits.

En résumé, cette étude n'a pas mis en évidence de profil de prescripteurs qui serait réticent à l'utilisation de contraceptions hormonales. On note cependant une différence d'approche du phénomène de rejet des contraceptions hormonales en fonction de l'âge et de

la profession. En l'occurrence, on met en évidence une tendance à une prise en charge paternaliste chez les gynécologues de 46 ans et plus, qui semblent notamment plus souvent nier les effets indésirables. Les praticiens plus jeunes semblent plus à l'écoute et semblent avoir plus de considération concernant les effets indésirables, ce qui s'inscrit dans l'évolution de la relation médecin-malade. Lors de la revue de la littérature, il a été constaté que les bases de données médicales, telles que « Pubmed », proposent peu de publication concernant la pratique médicale de la contraception au quotidien. Les essais cités dans cette étude, notamment les travaux de Nathalie Bajos, publiés sur le « Cairn », sont menés par des équipes de sociologues et démographes. Ceci illustre la nécessité pour les professions médicales de mettre en place plus d'études sur les habitudes de consultation, afin de développer un regard critique sur les pratiques. A l'heure du « gynéco bashing », cette volonté de mieux appréhender les multiples facettes de la relation médecin malade permettrait de comprendre et proposer des solutions pour améliorer la confiance envers les professionnels de santé.

La négociation pour trouver le contraceptif le plus adapté passe ainsi par une information complète et personnalisée sur les différentes méthodes accessibles à la patiente, comme le préconisent les recommandations du CNGOF sur le sujet (4). Le recueil soigneux des antécédents médicaux et familiaux permet de sécuriser l'utilisation du moyen choisi. Finalement, l'information délivrée aux patientes semble enrichie du fait de l'augmentation des réticences à l'usage des contraceptions hormonales. Ce travail montre que les praticiens commencent à mettre en application les recommandations dans le domaine de la contraception, ce qui pourrait contribuer à la réconciliation des patientes avec les membres de cette spécialité.

Les perspectives d'amélioration de l'offre contraceptive seront à évaluer à la lumière du développement de nouvelles thérapeutiques. A court terme, l'utilisation du stérilet au cuivre, y compris chez une patiente n'ayant pas d'enfant semble être une alternative satisfaisante quant à son efficacité. Les prescripteurs devront en revanche rester vigilants devant les principaux problèmes que posent sa généralisation : douleur à la pose, en particulier chez les femmes qui n'ont jamais accouché, augmentation des dysménorrhées, conséquences de l'anémie et risques d'infection. De nouvelles thérapeutiques progestatives, ainsi que de nouvelles pilules oestro-progestatives, notamment celles développées dans le cadre de l'endométriose, pourraient modifier le profil de tolérance des contraceptions hormonales.

Limites de l'étude

Le choix d'un questionnaire anonyme réalisable en une dizaine de minutes a semblé le plus pertinent pour interroger un nombre large de praticiens et obtenir des opinions variées sur le sujet. Une réflexion préalable, inspirée des questions de l'étude FECOND de 2010-2013 (24), a permis d'écartier la majorité des imprécisions des questions. Néanmoins les commentaires émis dans le questionnaire ont mis en évidence une certaine ambiguïté concernant la question sur la fréquence de prescription de chacune des méthodes contraceptives. Il aurait été souhaitable de formuler cette question de la façon suivante : « veuillez indiquer la fréquence à laquelle vous prescrivez ou conseillez chacune des possibilités [contraceptives] suivantes ». En effet, certains répondants ont été déstabilisés par l'impossibilité de « prescrire » une méthode non médicale, par exemple, basée sur le calcul du cycle menstruel.

Il a été décidé de ne parler que d'effets indésirables au sens large, sans détailler la réaction et la gestion de chacun d'entre eux. En effet le but était d'apporter une

compréhension globale au problème du rejet des contraceptions hormonales et non de cibler la gestion de l'une ou l'autre des complications qui peuvent survenir. Il ressort de l'expérience clinique que les patientes font un amalgame des risques associés à chacune des options thérapeutiques hormonales. Le questionnaire s'est appuyé sur ce constat. Cette stratégie a également permis de limiter le temps de réponse nécessaire et ainsi le nombre de formulaires incomplets. Cependant elle peut être à l'origine d'une certaine imprécision dans l'interprétation des réponses. Une étude ultérieure sur le ressenti des professionnels ciblant de manière spécifique les effets indésirables tels que la prise de poids, les troubles de la libido, les troubles de l'humeur à type d'anxiété et irritabilité, les troubles cutanéomuqueux etc.. associés à chacune des contraceptions hormonales pourrait découler de ce premier travail.

La pertinence des réponses à la question concernant l'objectif principal de la prescription de la contraception pour le professionnel (choix entre l'efficacité, la tolérance et une action complémentaire à l'effet contraceptif) aurait pu être réhaussée par l'application d'une gradation des réponses. La formulation telle qu'elle a été proposée a permis de connaître la priorité du prescripteur mais nombre d'entre eux ont signifié qu'ils utilisent en pratique une combinaison des trois possibilités.

Un autre point négatif paraît plus important : l'interprétation des résultats doit être pondérée par le fait que la population de l'étude n'est sans doute pas représentative de la population générale des prescripteurs habituels français de contraception. En effet, si le nombre de participants est usuel pour ce type d'étude, le fait que les répondants soient en grande majorité des femmes pourrait constituer un biais vis-à-vis de l'extrapolation des résultats(25). De plus, on constate nombre plus élevé d'hommes dans le sous-groupe des

professionnels de 46 ans et plus, même la différence avec les autres sous-groupes n'est pas significative.

Pour ne pas mettre artificiellement en avant la réponse « action complémentaire à l'effet contraceptif », a été fait le choix d'exclure des professionnels amenés à prescrire une contraception hormonale dans un but thérapeutique. Il s'agit par exemple des spécialistes en endocrinologie ou dermatologie. Les répondants font probablement partie des spécialistes les mieux informés et les plus intéressés sur le sujet, ce qui est illustré par le taux de professionnels qui ont déclaré une activité au sein du planning familial.

L'interprétation des résultats des analyses statistiques comparatives en fonction des tranches d'âge doit être nuancée par la répartition inégale des professions des participants au sein de chacune des tranches d'âge. La profession constituant un biais de confusion probable, des analyses ajustées sur l'âge et la profession ont été réalisées. Enfin le mode d'exercice du praticien pourrait constituer un autre facteur de confusion dans une plus faible mesure, ce qui n'a pas donné lieu à des analyses supplémentaires.

Conclusion

Ce travail a été initié à partir de l'observation de situations cliniques répétées dans lesquelles la réticence voire l'hostilité de patientes à l'utilisation de contraception hormonale et a fortiori des pilules oestroprogestatives a été ostensible. Mises en évidence dans l'ensemble du territoire, ces réticences sont portées par des femmes confrontées à une altération de la qualité de vie pour des raisons variées, incluant prise de poids, troubles de l'humeur à type d'anxiété et irritabilité, troubles de la libido, troubles cutanéomuqueux etc..

Le bouleversement de l'opinion générale semble être à l'origine d'une remise en cause de la place de ces traitements dans le schéma contraceptif français.

Alors que le point de vue des utilisatrices a fait l'objet d'évaluations, le ressenti et les représentations des prescripteurs à l'égard de ces médicaments n'a pas été étudié jusqu'à maintenant. Cette enquête a pour but de répondre à cette problématique. La population interrogée est composée des prescripteurs habituels de contraception, c'est-à-dire les gynécologues et médecins généralistes, les internes de ces spécialités et les sage-femmes. Le positionnement des prescripteurs envers les contraceptions hormonales a été recensé au moyen d'un questionnaire élaboré à partir des problématiques soulevées par le sujet, dont l'intelligibilité et la pertinence ont été validées par des pairs. Les répondants font partie des membres actifs des sociétés savantes par lesquelles le questionnaire a été diffusé.

Sur cette population de 383 personnes dont la moitié exerce en gynécologie, 99.5% des prescripteurs sont favorables à l'utilisation de contraceptions hormonales. Le premier critère de choix pour la mise en place d'une contraception concerne l'efficacité attendue selon l'indice de Pearl pour 41.5% des répondants, 30% privilégient l'effet associé sur des symptômes en lien avec le cycle hormonal, 12.8% la tolérance à la thérapeutique. Il est intéressant de noter qu'une cinquantaine de prescripteurs évoquent spontanément dans les commentaires de cette question que leur critère de choix principal est fonction du souhait de la patiente. L'âge et la profession n'ont pas d'impact sur les priorités du prescripteurs. Les principales considérations des praticiens relatées dans cette étude concernent les risques de maladies thrombo-emboliques, d'échecs de la méthode en raison d'une inobservance thérapeutique et d'insatisfaction des patientes. Les effets à type de troubles de la libido, trouble de l'humeur, prise de poids sont cités par 20 à 27% des prescripteurs. Parmi les risques

liés aux contraceptions hormonales, on peut noter que les prescripteurs de moins de 28 ans sont plus souvent préoccupés par la prise de poids et les troubles de l'humeur que leurs aînés, ainsi que par le choix d'une contraception hormonale incompatible avec le mode de vie de la patiente.

Le respect du souhait de la patiente est fréquemment mis en avant dans cette étude, même si ce dernier se porte sur une méthode contraceptive à indice de Pearl élevé. En effet, les prescripteurs considèrent que la patiente est la personne la plus à même d'estimer les risques de survenue d'une grossesse en fonction de l'efficacité attendue de sa contraception et d'en mesurer les conséquences à ce moment de sa vie.

En cas d'altération de la qualité de vie attribuée à la contraception hormonale par la patiente, la majorité des personnes interrogées déclarent être à l'écoute et accèdent à la demande de changement de contraceptif si elle n'en est pas satisfaite. Le souhait de la patiente semble être respecté même si les prescripteurs estiment que le lien entre la contraception et les symptômes déclarés par la patiente est incertain et que la balance bénéfice-risque reste en faveur de la contraception en place. Ces consultations parfois difficiles ne semblent pas pourvoyeuses de contrariété chez les professionnels de cette étude.

Si les résultats de cette étude ne peuvent pas être appliqués à l'ensemble des prescripteurs de contraception français, les soignants de cette population restent confiants dans l'utilisation des contraceptifs hormonaux. Ils tendent à un accompagnement personnalisé en matière de contraception, dans le respect des croyances des patientes et des couples.

Cette enquête laisse sous-entendre que les réticences des patientes à l'utilisation de contraceptions hormonales ont permis de mettre en évidence le manque d'écoute et de

considération pour celles qui en expérimentent les effets indésirables. Ce constat pourrait amorcer une modification des pratiques des prescripteurs de cette étude et permettre d'améliorer leurs pratiques médicales. A titre personnel, ce travail de thèse a été bénéfique et a permis de prendre conscience de cet état de fait, permettant ainsi d'adapter la pratique quotidienne aux besoins des patientes. Cette étude permet modestement de rappeler aux praticiens que la consultation médicale est un espace de dialogue, de respect et d'écoute, au sein d'une négociation pour le choix d'une contraception qui respecte les contre-indications, les bénéfices secondaires attendus et les souhaits, comme en témoignent les recommandations émises par le CNGOF et la HAS. La promotion des valeurs humaines des professionnels de la gynécologie, médecine générale et maïeutique semble indispensable pour restaurer le lien de confiance avec les patientes qui ont pu pâtir d'une médecine paternaliste.

Si l'accès aux contraceptions actuelles et les conseils personnalisés sont une priorité, le refus des contraceptions hormonales et la baisse de leurs prescriptions pourrait être à l'origine d'un regain d'intérêt des industries pharmaceutiques pour le sujet et d'innovations techniques. Les thérapeutiques en développement chez la femme concernent les œstrogènes oraux faiblement voire très faiblement dosés, les anneaux vaginaux, les dispositifs intra-utérins. Des méthodes de régulation de la fertilité par voie immunologiques sont également à l'étude. Par ailleurs les thérapeutiques progestatives développées pour la prise en charge de l'endométriose possédant une action contraceptive pourraient être une alternative satisfaisante à court terme en raison d'une meilleure tolérance.

Du côté masculin, les recherches sont en cours pour le développement de contraception hormonale, de méthodes non hormonales ciblées sur différentes voies de

production des spermatozoïdes comme celle de l'acide rétinoïque, et le bloc réversible des canaux déférents par l'administration de gel.

Une analyse soigneuse des taux de grossesses non voulues et des interruptions volontaires de grossesse dans les prochaines années par les registres de santé publique permettra d'évaluer l'impact des transformations du schéma contraceptif français. En effet, l'amélioration présumée de la qualité de vie sans contraception hormonale devra être pondérée en fonction des potentielles conséquences qui en découlent. Le conseil médical devra comporter une information exhaustive sur l'efficacité des méthodes de contraceptions non hormonales, notamment la place du dispositif intra-utérin au cuivre, pour permettre de trouver le meilleur compromis. En revanche, une meilleure adhésion au schéma thérapeutique devrait avoir des retombées positives sur la qualité de vie, et indirectement en lien avec une meilleure observance, sur le nombre de grossesses non voulues et le taux d'interruptions volontaires de grossesse.

Vu et approuvé
Strasbourg, le 01/10/2022
Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et
Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILIA



Jeandidier

Professeur Nathalie JEANDIDIER
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Hôpital Civil
Endocrinologie, Diabète et Nutrition
Tél. : 03 88 11 66 03 - Fax : 03 88 11 62 58
Email : nathalie.jeandidier@chru-strasbourg.fr
N° RPPS : 10002428000

Abréviations

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

HAS : Haute autorité de santé

IC : Intervalle de confiance

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MTEV : Maladie thrombo-embolique veineuse

OMS : Organisation mondiale de la santé

OR : Odds ratio

PMI : Protection maternelle et infantile

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

Bibliographie

1. Pavard B, Rochefort F, Zancarini-Fournel M. Chapitre 3 Une réforme inachevée : la loi Neuwirth du 28 décembre 1967. Dans : Les lois Veil. Paris : Armand Colin; 2012. p 49-62. [En ligne]. <https://www.cairn.info/les-lois-veil--9782200249489-p-49.htm>. [cité le 6 sept 2022].
2. Frydman R, Bouchard P. La chimie féminine : pour et contre les hormones. Paris : Odile Jacob; 2006, 256 p (Médecine).
3. Le Guen M, Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C, Ventola C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. *Popul Soc.* 2017;549(10):1-4.
4. www.cngof.fr. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique - Contraception. 2018 [En ligne]. <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/rechercher>. [cité le 25 avr 2022].
5. Larat M. La pilule est amère. Stock; 2013. 168 p. [En ligne]. <https://www.editions-stock.fr/livres/essais-documents/la-pilule-est-amere-9782234075511>. [cité le 24 avr 2022].
6. Ministère des Solidarités et de la Santé. Pilules de 3ème génération - Archives et communiqués de presse; 3 janv 2013 [En ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/pilules-de-3eme-generation> [cité le 24 avr 2022].

7. [www.santepubliquefrance.fr. Baromètre santé 2016 - Contraception.](https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception) [En ligne].<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception>. [cité le 14 févr 2022].
8. [www.ameli.fr. Efficacité des moyens contraceptifs.](https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs) [En ligne].<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>. [cité le 7 sept 2022].
9. Rouzaud-Cornabas M. Public Health Policies, Biomedicalized Publics, and Successful Societies - Shifting contraceptive policies in light of risk assessment and management – the French “pill scare” case ; 09 juillet 2015 ; Sciences Po Lille ; 10th International Conference in Interpretive Policy Analysis (IPA)
10. Fonquerne L. « C’est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo ! ». Violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception. *Sante Publique*. 2021;33(5):663-73.
11. Debusquat S. J’arrête la pilule – Site d’information autour de la contraception. [En ligne]. <https://jarretelapilule.fr>. [cité le 24 avr 2022].
12. Serfaty D. Le marché de la contraception en France et son évolution depuis 2011 : la France serait-elle atteinte d’homonophobie ? *Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie*. 2018;46(7-8):561-2.
13. [www.formagyn.fr. Homonophobie.](https://formagyn.fr) [En ligne].<https://formagyn.fr/homonophobie> [cité le 7 sept 2022].
14. Rappin B. De quoi la Génération Y est-elle le nom ? *Commun Organ Rev Sci Francoph En Commun Organ*. 2018; (53):133-44.

15. Nisand I, Letombe B. De quoi le “Gynéco Bashing” est-il le nom ? La lettre du gynécologue . 2017; 411:6-7. [En ligne]. <https://www.edimark.fr/lettre-gynecologue/quoi-gyneco-bashing-est-il-nom>. [cité le 7 sept 2022]
16. Préel B. Les générations mutantes : Belle époque, krach, mai 68, Internet : quatre générations dans l’histoire. Paris : La Découverte; 2005, 283p.
17. Roux A, Ventola C, Bajos N. Experts with lay logics: About prescription of methods of contraception in France. *Sci Soc Sante*. 2017;35(3):41-70.
18. Bajos N, Ferrand M. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. *Sci Soc Santé*. 2004;22(3):117-42.
19. Ventola C. Prescrire un contraceptif : le rôle de l’institution médicale dans la construction de catégories sexuées. *Genre Sex Société*; 2014; 12. [En ligne]. <https://journals.openedition.org/gss/3215>. [cité le 4 sept 2022]
20. www.legifrance.fr. Article L312-16 - Code de l’éducation; 26 août 2021. [En ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043982349[cité le 6 sept 2022].
21. www.ined.fr. Avortements. [En ligne]. <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>[cité le 2 sept 2022].
22. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d’avortements n’a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? *Population et sociétés*. 2004;407:2-4.
23. Taillefer A. Maud Gelly - Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée. *Rech Féministes*. 2007;20(2):205.

24. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Popul Sociétés*. 2014;511(5):1-4.

25. Loubet del Bayle JL. *Initiation aux méthodes des sciences sociales*. Paris: l'Harmattan; 2000, 272p.

Annexes

Annexe 1. Questionnaire diffusé aux participants.

PERCEPTION DE LA CONTRACEPTION HORMONALE FÉMININE PAR LES PRINCIPAUX PRESCRIPTEURS

Évaluation des déterminants du conseil médical en matière de contraception face à la demande d'autonomisation des patientes et des couples.

Le contexte actuel semble peu favorable aux contraceptions hormonales. Vécues comme une libération de la femme à leur début, les pilules et autres contraceptions hormonales sont maintenant perçues comme contraignantes ou à risque. Certains effets indésirables sont facilement mesurables ou évaluables, comme les troubles thrombo-emboliques, l'hypercholestérolémie ou l'hypertension artérielle, mais d'autres sont plus subjectifs, plus difficilement imputables à la contraception hormonale. Ce sont ces effets indésirables, comme les troubles de la libido, la prise de poids, l'anxiété, mal-être, etc. ... attribués à la contraception hormonale qui sont mis en avant par les patientes, et nombreuses sont celles qui se posent la question des conséquences à long terme sur leur santé.

Face à ces revendications et à l'ère de l'autonomisation des patients, quelle est la réponse des soignants ?

Ayant à cœur de mieux comprendre le phénomène sociétal de rejet des hormones et les conséquences qui en découlent, je réalise une thèse pour faire état des pratiques de prescription en matière de contraception. Cette étude pourrait donner lieu à une révision des recommandations pour la pratique clinique sur le sujet.

Cette enquête concerne les médecins généralistes et gynécologues, les internes de médecine générale et de gynécologie, ainsi que les sage-femmes, principaux prescripteurs de contraception.

Afin de participer à la recherche de causalité et d'effet de ces modifications sociétales, il vous suffit de remplir le questionnaire suivant de façon strictement **anonyme et confidentielle** concernant vos pratiques de prescription dans le domaine de la contraception (10 min).

Par avance, je vous remercie de votre coopération .

Si vous souhaitez un retour sur les résultats de ce travail, je vous invite à me contacter à l'adresse suivante : amelie.royer@chru-strasbourg.fr

INFORMATIONS GÉNÉRALES**Êtes-vous ***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- un homme
- une femme
- Autre

Quel est votre âge

Veillez écrire votre réponse ici :

Quelle est votre profession

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- gynécologue ou interne de gynécologie
- médecin généraliste ou interne de médecine générale
- sage-femme
- Autre

Dans quel type de structure exercez-vous

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- cabinet privé
- centre hospitalier
- CHU
- Autre

Indiquez le département dans lequel vous exercez *

Veillez écrire votre réponse ici :

Quel est votre niveau de formation sur la contraception *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- formation universitaire
- auto-formation (lecture de presse médicale ou des rapports des autorités sanitaires)
- formation continue
- congrès
- diplômes universitaires spécifiques
- formation via les représentants médicaux des industries pharmaceutiques
- Autre:

PRATIQUES DE PRESCRIPTION DE CONTRACEPTION

Pour chacune des possibilités suivantes, indiquer la fréquence de prescription *

	Très fréquemment (>1fois/semaine)	Fréquemment (>1fois/mois)	Peu fréquemment (>1fois/trimestre)	Rarement (>1fois/an)	Jamais
Implant					
Stérilisation masculine					
Stérilisation féminine					
Stérilet hormonal					
Pilule oestro-progestative					
Pilule micro-progestative					
Anneau vaginal					
Patch transdermique					
Pilule macro-progestative					
Injection contraceptive					
Stérilet au cuivre					
Préservatif masculin					
Spermicides					
Préservatif féminin					
Cape et diaphragme					
Méthode naturelle : Billings, Ogino, MAMA					
Contraception masculine autre (thermique, mécanique, hormonale)					
Abstinence périodique					
Retrait					

Contraception d'urgence					
-------------------------	--	--	--	--	--

PERCEPTION PERSONNELLE DU RISQUE LIÉ AUX CONTRACTIONS HORMONALES

contraception oestroprogestative, microprogestative et macroprogestative, SIU au lévonorgestrel et implant inclus

Concernant la contraception en général (toutes méthodes confondues)

En prévention d'une grossesse non voulue, vous privilégiez *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- l'efficacité
- le minimum d'effet indésirable
- l'action concomitante de la contraception pour soulager les symptômes liés au cycle (dysménorrhée, acné, pilosité, irrégularité du cycle, syndrome prémenstruel, etc...)
- Autre

Concernant la contraception hormonale (contraception oestroprogestative, microprogestative et macroprogestative, SIU au lévonorgestrel, implant)

Etes-vous favorable à la prise d'une contraception hormonale chez une jeune femme en bonne santé *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non
- Pas d'avis

si non, pourquoi :

Pensez-vous que la prise d'une contraception hormonale présente un risque trop important pour les patientes à l'égard des bénéfices apportés *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non
- Pas d'avis

Quels risques vous préoccupent le plus concernant la contraception hormonale *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- prise de poids
- trouble de l'humeur
- trouble de la libido
- mode de vie incompatible
- oublis

- grossesse non désirée
- événement thromboembolique
- augmentation du risque de cancer du sein
- insatisfaction des patientes
- risque pénal pour vous-même
- méningiome
- pas de préoccupation en particulier
- pas d'avis sur la question
- Autre:

Malgré les préoccupations décrites précédemment, restez-vous confiant dans la maîtrise des risques liés à la contraception hormonale *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- totalement confiant
- confiant
- neutre
- peu confiant
- pas du tout confiant

CONCERNANT LE REJET DES HORMONES EN CONTRACEPTION

Avez-vous senti un basculement dans la perception qu'ont les patientes de la contraception hormonale *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non
- Pas d'avis

si oui : pourquoi selon vous *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- meilleur accès à l'information médicale
- crise de la pilule de 2012
- médiatisation croissante des effets indésirables
- attrait pour le retour à la nature
- manque de confiance dans le corps médical
- manque de confiance dans les industries pharmaceutiques
- modification de l'image sociale de la contraception
- volonté de basculer la responsabilité contraceptive de la femme vers le couple

- augmentation des considérations des patients concernant les conséquences de leurs consommations (alimentaires, médicamenteuses, cosmétiques etc...)
- peur excessive des effets indésirables
- risque de grossesse minimisé
- effet de mode
- effet nocebo
- pas d'avis sur la question
- Autre:

A quelle fréquence êtes-vous confronté à une patiente présentant un rejet des contraceptions hormonales en consultation *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- très fréquemment ex: plus d'une fois par semaine
- fréquemment ex: plus d'une fois par mois
- peu fréquemment ex : plus d'une fois par trimestre
- rarement ex : plus d'un fois par an
- jamais
- Pas d'avis sur la question

Pensez-vous que le rejet de la contraception hormonale puisse s'expliquer par une perception excessive de l'efficacité des méthodes contraceptives à indice de Pearl élevé (> ou égal à 10 grossesses pour 100 femmes par an, selon la classification OMS) *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non
- Pas d'avis

REACTIONS A LA DECLARATION D'EFFETS INDESIRABLES PAR LES PATIENTES

Concernant la déclaration d'effets indésirables attribués aux contraceptions hormonales par les patientes :

Vous arrive-t 'il de vous sentir mal à l'aise lorsqu'une patiente rapporte des effets indésirables liés à sa contraception hormonale *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- très fréquemment ex: plus d'une fois par semaine
- fréquemment ex: plus d'une fois par mois
- peu fréquemment ex : plus d'une fois par trimestre
- rarement ex : plus d'un fois par an
- jamais

- Pas d'avis sur la question

Comment interprétez-vous la déclaration d'effets indésirables (ex : prise de poids, acné, perte de libido, anxiété, mal-être ... etc.) que la patiente attribue à sa contraception hormonale *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- acceptation de son ressenti
- satisfaction de voir que la patiente peut se confier librement
- culpabilité d'avoir induit des effets indésirables
- inquiétude face au risque de grossesse inopinée et de ses conséquences en cas d'arrêt de la contraception en place
- incertitude sur le lien direct entre les symptômes et la contraception hormonale
- impression d'exagération des effets indésirables
- sentiment d'échec face aux consultations conflictuelles et impasses thérapeutiques
- possibilité d'un désir inconscient de grossesse
- agacement
- pas d'avis sur la question
- Autre:

Pouvez-vous discuter librement du risque d'effet indésirable lié à la contraception hormonale avec les patientes *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non
- Pas d'avis

Quelle est votre réponse à la déclaration d'effets indésirables subjectifs (ex : trouble cutanéomuqueux, perte de libido, anxiété, mal-être... etc.) que la patiente attribue à sa contraception hormonale *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- vous rassurez la patiente en expliquant que la plupart des effets indésirables sont de faible gravité, la balance bénéfice-risque reste en faveur de la contraception en place
- vous expliquez que les symptômes ne sont probablement pas liés à la contraception hormonale, vous maintenez la contraception en place et proposez une consultation pour réévaluer la situation
- vous expliquez que les symptômes ne sont probablement pas liés à la contraception hormonale, mais vous proposez un changement de contraception pour faciliter l'observance
- vous proposez un arrêt temporaire de la contraception hormonale pour évaluer l'évolution des symptômes et l'imputabilité à la contraception

- vous proposez une modification de la contraception car ce type d'effet indésirable est une contrainte trop lourde pour une jeune femme en bonne santé
- vous proposez un changement de contraception si la patiente le souhaite
- vous expliquez que la contraception n'est pas toujours en mesure de corriger ce type de symptôme
- vous orientez vers un autre spécialiste en cas de symptôme spécifique
- Autre:

Comment gérez-vous le rejet des contraceptions hormonales lors d'une prescription de contraception *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- recherche des raisons du rejet chez la patiente
- respect du souhait de la patiente et mise en place d'une contraception non hormonale
- éducation sur les mécanismes d'action des contraceptions hormonales et leurs potentiels effets indésirables
- information sur les différences d'efficacité des méthodes contraceptives
- remise de plaquettes d'informations ou de liens vers des sites de vulgarisation médicale
- maintien ou mise en place d'une contraception hormonale car vous estimez que les bénéfices sont supérieurs aux risques
- proposition d'essai d'un contraceptif hormonal adapté aux contre-indications avec consultation à trois mois pour l'évaluation de la tolérance
- Autre:

CONTRACEPTION ET IMPRESSIONS GENERALES

Pensez-vous que les patientes se heurtent à une banalisation des effets indésirables des contraceptions hormonales de la part des soignants *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non
- Pas d'avis

Si oui, pouvez-vous détailler votre réponse

Pensez-vous que le phénomène de rejet des hormones s'inscrive dans la continuité de la libération de la parole des femmes *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non
- Pas d'avis

Le phénomène de rejet des hormones vous incite-t-il à diminuer vos prescriptions de contraceptions hormonales *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non
- Pas d'avis

Pensez-vous que le phénomène de rejet des hormones, par les remises en question et les revendications qu'il induit, puisse permettre d'améliorer les pratiques médicales *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non
- Pas d'avis

Pensez-vous que le phénomène de rejet des hormones puisse-être responsable d'une perte d'émancipation de la femme en raison du risque de grossesse non désirée *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non
- Pas d'avis

Avez-vous des remarques sur le sujet (pour améliorer l'information médicale ou la prise en charge de la contraception) :

Merci pour votre coopération pour ce travail.

Annexe 2. Copie de l'attestation sur l'honneur concernant le plagiat.



Faculté de médecine
maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : Roy Prénom : Amel

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires et pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

À Strasbourg, le 03/03/22



Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.