

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2019

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 16 janvier 2004)**

Présentée et soutenue publiquement
Le 23 mai 2019 à Poitiers
par Mme Clotilde CHEVALIER

Inégalité d'accès aux soins concernant la prescription de contraception chez les femmes bénéficiaires ou non de la CMU-C.

COMPOSITION DU JURY

Président :

Madame la Professeure Marie-Christine PERAULT, Professeure des universités-praticien hospitalier

Membres :

Madame le Docteur Stéphanie MIGNOT, Professeure associée de médecine générale

Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET, Professeure associée de médecine générale

Directeurs de thèse :

Monsieur le Docteur François BIRAULT, Professeur associé de médecine générale

Madame le Docteur Nicole Caunes, Maître de stage des universités

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (**retraite 09/2019**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (**retraite 09/2019**)
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie

- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie (**retraite 09/2019**)
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène □
COUDROY Rémy, réanimation (**en mission 1 an**)
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (**en mission 1 an**)
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie (**pas avant janvier 2019**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastroentérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Madame la Professeure Marie-Christine Perault, vous me faites l'honneur de présider mon jury. Je vous remercie du temps que vous avez accepté de m'accorder pour juger mon travail. Soyez assurée de mon respect et de ma gratitude.

A Madame le Docteur Stéphanie Mignot, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assurée de mon respect et de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Valérie Victor-Chaplet, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assurée de mon respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur François Birault, je vous remercie de m'avoir proposé de travailler avec vous sur ce sujet qui m'a beaucoup intéressée. Merci pour votre aide tout au long de ce travail.

A Madame le Docteur Nicole Caunes, je vous remercie pour votre participation à ce travail.

Aux maîtres de stage et équipes soignantes rencontrés durant ma formation : Viviane, merci pour tout ce que tu m'as appris, pour ta disponibilité, ta patience, nos longs débriefings, ta bonne humeur quotidienne. José, merci pour vos précieux conseils lors nos débriefings après les consultations. Les équipes du relais George Charbonnier, de l'UCSA du centre pénitentiaire de Vivonne, de gériatrie de Cognac, des urgences de Thouars : merci pour votre accueil.

A mes parents, merci de m'avoir soutenue durant toutes ces années, d'avoir toujours veillé à ce que je n'ai à me soucier de rien. Je ne serais pas arrivée jusque-là sans vous. Maman, merci d'avoir pris le temps de relire ce travail.

A mes grands-parents, Marie, Denise, Jean et Antoine, merci pour les valeurs que vous m'avez transmises.

A mes sœurs, Noémie et Amélie, merci pour votre soutien moral, nos appels et nombreux messages échangés tous les jours égayent mon quotidien. Amélie, merci d'avoir relu ce travail.

A Céline, mon binôme tout au long des études de médecine, merci d'avoir toujours été, et d'être encore, à mes côtés, quelle que soit la distance. Je n'aurais pas pu affronter toutes ces épreuves sans toi.

A Sophie, Julie, Anne, Cécile et Marion, merci pour votre amitié sans faille, d'être toujours là, depuis de nombreuses années, pour les bons comme pour les mauvais moments.

A mes amies de la faculté de Saint-Etienne, **Catherine et Audrey**, et à ceux rencontrés dans le Poitou-Charentes, **Julien, Camille, Emilie, Olympe et Aurélien**, merci pour les moments que nous avons partagés.

Liste des abréviations

ACS : Aide au paiement d'une complémentaire santé
ALD : Affection de longue durée
AME : Aide médicale de l'Etat
ATC : Anatomique, thérapeutique et chimique
BEP : Brevet d'études professionnelles
CAP : Certificat d'aptitude professionnelle
CASO : Centre d'accueil, de soins et d'orientation
CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français
CMU : Couverte maladie universelle
CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire
DCI : Dénomination commune internationale
DIU : Dispositif intra-utérin
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ESPS : Enquête santé et protection sociale
HAS : Haute autorité de santé
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
IST : Infection sexuellement transmissible
IVG : Interruption volontaire de grossesse
ISPL : Institut Statistique des Professionnels de santé Libéraux
LARC : Long-acting reversible contraception (contraceptif réversible à longue durée d'action)
OMS : Organisation mondiale de la santé
SFDRMG : Société Française de Documentation et Recherche en Médecine Générale
SAMU : Service d'aide médicale d'urgence
SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Plan de la thèse

I/ Introduction

- A) La contraception
 - 1) Les pratiques contraceptives en France
 - 2) L'importance d'un conseil contraceptif adapté
- B) La couverture maladie universelle
 - 1) Contexte
 - 2) Les caractéristiques des bénéficiaires de la CMU-C

II/ Matériel et méthode

III/ Résultats

- A) Contraception hors urgence
- B) Contraception d'urgence

IV/ Discussion

- A) Les limites de l'étude
- B) Les recommandations concernant la prescription d'une contraception
 - 1) Les oestroprogestatifs
 - 2) Les progestatifs
 - 3) Les DIU
- C) Etat des lieux : observation des pratiques contraceptives
 - 1) Historique
 - 2) L'influence de l'âge
 - 3) L'effet parité et l'influence du statut matrimonial
 - 4) La contraception dans le monde : les préférences culturelles
 - 5) L'influence des antécédents médicaux
 - 6) L'influence de la situation socio-économique
- D) Les facteurs influençant l'observance de la contraception
- E) Les facteurs influençant le choix des patientes
- F) Les facteurs influençant l'attitude des médecins
- G) Les IVG et grossesses non désirées
- H) La contraception d'urgence

V/ Conclusion

Bibliographie

Résumé

Serment

I/ Introduction

A) La contraception

1) Les pratiques contraceptives en France

En France, la contraception non chirurgicale est légale depuis la loi Neuwirth de 1967. Elle est accessible à la prise en charge par l'Assurance Maladie depuis 1974.

Dans les années 1970, la pilule était la méthode contraceptive la plus utilisée par les femmes françaises de 18 à 44 ans. On observe un retard de diffusion du dispositif intra-utérin (DIU), notamment parce qu'il était présenté, à tort, comme pouvant provoquer des infections génitales hautes et causer la stérilité des femmes. Il est devenu la deuxième méthode la plus utilisée en France au cours des années 1980. A cette même période, l'usage du préservatif a connu un regain d'intérêt comme méthode contraceptive, mais également comme méthode de prévention dans un contexte d'émergence de l'épidémie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (1).

Actuellement, l'usage de la contraception en France est marqué par le recours au préservatif en début de vie sexuelle, puis, lorsque la relation se stabilise, les femmes ont massivement recours à la pilule. Enfin, une fois que le nombre d'enfants souhaité est atteint, la contraception orale est remplacée par le DIU. Ce modèle, qui attribue une méthode de contraception aux femmes selon leur âge et leur situation relationnelle, est appelé «la norme contraceptive française» (2).

Les statistiques recueillies au niveau mondial dans le cadre de l'Organisation des Nations Unies mettent en évidence la spécificité du modèle français, y compris par rapport aux autres pays de niveau de développement comparable (3).

Cette norme française limite la possibilité des femmes de choisir le contraceptif qui leur convient. Or, l'observance, nécessaire à l'efficacité d'une contraception, dépend de l'acceptabilité de la méthode, elle-même déterminée par le choix des femmes. Ce modèle ne se concrétise donc pas forcément par une efficacité pratique optimale.

En effet, la France se trouve dans une situation paradoxale : malgré une diffusion et une utilisation massive de méthodes de contraception médicales efficaces, le taux de grossesses non désirées reste élevé.

Sur le plan du coût et de la disponibilité, à l'heure actuelle, certaines pilules contraceptives (notamment les pilules œstroprogestatives de 2^{ème} génération et la plupart des pilules microprogestatives), les DIU et les implants contraceptifs sont délivrés en pharmacie sur prescription médicale, et remboursés à 65 % par l'Assurance Maladie. Il existe une possibilité de délivrance, sur prescription médicale, de manière confidentielle, sans nécessité d'un consentement parental et sans avance de frais pour les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans.

En revanche, d'autres pilules contraceptives, telles que les pilules de 3^{ème} génération par exemple, les patchs contraceptifs et les anneaux vaginaux, qui sont délivrés en pharmacie sur prescription médicale, ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie.

D'autre part, la contraception d'urgence hormonale n'est pas soumise à une prescription obligatoire, mais elle n'est remboursée à 65 % par l'Assurance Maladie que sur prescription médicale pour les femmes majeures. Elle peut être délivrée de manière anonyme et gratuite aux jeunes filles mineures.

La problématique ne semble donc pas tant celle de la disponibilité de méthodes contraceptives efficaces que celle des difficultés que les femmes rencontrent dans la gestion quotidienne de leur contraception.

2) L'importance du conseil contraceptif adapté

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a mené, en 2011, une campagne interrogeant les françaises sur l'adéquation de leur contraception avec leur situation personnelle (4) qui permet de rappeler que l'efficacité biologique des méthodes contraceptives n'est pas le seul élément à prendre en compte pour assurer une bonne protection. On différencie d'ailleurs l'efficacité théorique d'un contraceptif de son efficacité pratique mesurée avec des conditions d'utilisation en situation réelle. Notons que cette mesure de l'efficacité pratique est variable selon les pays (1) car elle tient compte du contexte social. Ainsi, la contraception orale est théoriquement efficace à 99,7 % mais son efficacité pratique n'est que de 97,6 % en France. Par ailleurs, le taux d'abandon de cette méthode après une année d'utilisation est de 30 % (5).

Lors de la prescription d'un contraceptif, le professionnel de santé doit composer avec des éléments médicaux et psychosociaux. Ces éléments peuvent avoir un impact sur l'adhésion des patientes à la contraception proposée, sur l'observance et la bonne utilisation de la méthode.

De ce fait, ces dernières années, les campagnes de communication ont mis l'accent sur le choix d'une contraception la plus adaptée possible à la patiente, à son mode de vie et à un moment de sa vie : «la meilleure contraception est celle que l'on choisit».

Pour cela, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) propose un modèle de déroulement de consultation en six étapes «BERCER» : bienvenue, entretien, renseignement, choix, explication et retour (6). Certains parlent également de «counseling». Ce terme est employé pour définir la démarche du praticien qui vise à conseiller, mais aussi à accompagner la patiente dans son choix de manière personnalisée.

Pour aider à la décision, l'attention de la patiente et sa réflexion peuvent être attirées sur sa situation de famille, ses préférences et les préférences éventuelles de son partenaire, les bénéfices et les risques des différentes méthodes, les conséquences de son choix.

Pour encourager cette démarche, il existe, depuis le 1er Novembre 2017, une revalorisation de l'acte de première consultation contraceptive pour les jeunes femmes de 15 à 18 ans, avec une cotation spéciale (CCP pour «Consultation de Contraception et Prévention») applicable par les médecins généralistes.

B) La couverture maladie universelle

1) Contexte

La couverture maladie universelle (CMU), issue de la loi 99-641 du 27 juillet 1999, a été rendue effective à compter du 1er janvier 2000. On distingue la CMU de base, qui a été supprimée en 2016 compte tenu de la mise en place de la protection universelle maladie (Puma), et la couverture maladie universelle complémentaire dite CMU-C. La CMU-C est une complémentaire santé gratuite. Elle ouvre notamment droit au tiers payant, ainsi qu'à la prise en charge du ticket modérateur.

La CMU-C est destinée aux personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois et ayant de faibles ressources. Au 1^{er} juillet 2015, les plafonds d'attribution de la CMU-C étaient de 720 euros par mois pour une personne seule et de 1080 euros par mois pour un foyer composé de deux personnes en métropole (7). Une fois attribuée, la CMU-C est accordée pour un an. Son renouvellement doit être demandé chaque année.

En décembre 2015, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C s'élevait à 5 389 752 personnes.

2) Les caractéristiques des bénéficiaires de la CMU-C

Alors que la population générale se répartit en quatre tranches d'âge presque égales, 44% des bénéficiaires de la CMU-C ont moins de 20 ans et seulement 5% d'entre eux ont 60 ans et plus. Les femmes sont un peu plus nombreuses: on compte 57% de femmes parmi les bénéficiaires de la CMU-C contre 52% dans la population générale.

Selon l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012 de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), 43% des bénéficiaires de la CMU-C vivent dans un ménage dont la personne de référence est un ouvrier (contre 34% dans le reste de la population) et 33% où c'est un employé (contre 15% dans le reste de la population). Ils sont 34% à vivre dans un ménage dont la personne de référence occupe un emploi et 38% dans un ménage dont la personne de référence est au chômage (contre 5% dans le reste de la population) (8).

Par ailleurs, dans 77% des cas, le référent du ménage a un faible niveau scolaire, inférieur au second cycle du secondaire (contre 55% dans le reste de la population). Les bénéficiaires de la CMU-C sont deux fois moins nombreux à avoir le baccalauréat ou un diplôme de l'enseignement supérieur que les autres assurés, et 35% d'entre eux n'ont aucun diplôme (contre 13% dans le reste de la population).

L'ESPS 2012 conclut que les caractéristiques socio-économiques surreprésentées parmi les bénéficiaires de la CMU-C sont l'appartenance à un ménage monoparental, n'avoir aucun diplôme, l'inactivité et l'appartenance aux catégories socio-professionnelles « ouvriers non qualifiés » ou « employés de commerce » (9).

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a publié, en décembre 2015, une étude concernant les effets de la CMU-C sur le recours aux

soins (10). Celle-ci met en évidence un état de santé plus dégradé des bénéficiaires de la CMU-C par rapport au reste de la population. À structure d'âge et de sexe équivalente, les dépenses de santé des bénéficiaires de la CMU-C sont supérieures (+27%) à celles des personnes bénéficiant d'une complémentaire santé autre que la CMU-C. A état de santé équivalent, ils ont des dépenses de santé proches de celles des autres assurés, sauf pour les dépenses de médecine générale qui sont plus élevées. On remarque que les bénéficiaires de la CMU-C privilégient le recours aux médecins généralistes plutôt qu'aux médecins spécialistes.

Les bénéficiaires de la CMU-C sont plus souvent pris en charge pour une affection de longue durée (ALD) (11% après ajustement sur l'âge et le sexe) que les personnes n'ayant ni la CMU-C ni l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) (8%).

L'analyse des pathologies traitées montre que la fréquence des pathologies chroniques est plus élevée dans la population des bénéficiaires de la CMU-C que dans la population générale (hors ACS) (7).

En 2015, à structure démographique identique, la fréquence des maladies psychiatriques est 2,4 fois supérieure à celle observée pour la population du régime général, celle du diabète l'est 2,2 fois, celle du VIH ou Sida 2,5 fois et celle des maladies du foie ou du pancréas 2,9 fois. Des données plus anciennes mettent en évidence des facteurs de risque cardiovasculaires (hypertension artérielle, diabète, tabagisme, obésité) plus fréquents chez les bénéficiaires de la CMU-C, et évoquent une fréquence plus importante de la toxicomanie (11).

La question de recherche de cette étude est de savoir s'il existe une différence significative de prescription des différents types de contraception chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C par rapport à celles qui bénéficient de la prestation de référence.

II/ Matériel et méthode

Nous avons réalisé une étude observationnelle, quantitative, rétrospective, incluant, parmi les personnes affiliées à la Sécurité sociale française en 2015, toutes les personnes bénéficiant de la prestation de référence ou de la CMU-C. La population française était estimée à 66 628 000 personnes au 1^{er} janvier 2016 dont 14,6 millions de femmes ayant entre 15 et 50 ans (12).

Les données utilisées sont celles du site de l'Institut statistique des professionnels de santé libéraux (ISPL) pour l'année 2015 (13). La base de données de l'ISPL provient de l'Assurance Maladie. Ce site utilise la classification ATC (anatomique, thérapeutique et chimique). Cette classification ATC est utilisée pour classer les médicaments. C'est le Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology de l'OMS qui la contrôle. Les médicaments sont divisés en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent et leurs caractéristiques thérapeutiques et chimiques. La classification ATC repose sur cinq niveaux de classement. La forme générale du code d'une molécule est LCCLLCC, où L représente une lettre et C un chiffre. Chaque lettre et chaque doublet de chiffres représente un niveau successif. Le premier niveau (première lettre) définit le groupe anatomique parmi

14 différents. Le deuxième niveau (deux premiers chiffres) donne le sous-groupe pharmacologique ou thérapeutique principal. Les troisième et quatrième niveaux (deuxième et troisième lettres) correspondent à des sous-groupes chimiques, pharmacologiques ou thérapeutiques. Le cinquième et dernier niveau (deux derniers chiffres) indique la substance chimique.

Pour notre étude, nous avons utilisé les données du groupe anatomique G (système génito-urinaire et hormones sexuelles), et plus précisément des sous-groupes G03A (contraceptifs hormonaux à usage systémique) et G02B (contraceptifs à usage topique). Le sous-groupe G03A comprend G03AA (progestatifs et œstrogènes en association fixe), G03AB (progestatifs et œstrogènes pour administration séquentielle), G03AC (progestatifs) et G03AD (contraception d'urgence).

Notons que ce site ne nous permet d'étudier que la délivrance des contraceptions remboursées par la Sécurité sociale en 2015, à l'exception des DIU au cuivre pour lesquels les données n'étaient pas disponibles. L'étude porte donc sur les DIU hormonaux, les pilules œstroprogestatives de 2^{ème} génération et microprogestatives remboursées, les implants, la contraception injectable, ainsi que les pilules contraceptives d'urgence.

Le critère de jugement principal est la présence d'une différence de montant de remboursement pour les prescriptions de médecins généralistes en 2015 entre les deux populations étudiées (bénéficiaires de la CMU-C et bénéficiaires de la prestation de référence) avec une probabilité au seuil de 5%.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Statistica R. Concernant les contraceptions hors urgence, un test statistique de Chi 2 a été effectué afin de déterminer si il existait une différence statistiquement significative entre les remboursements de contraception chez les personnes bénéficiant de la prestation de référence et celles bénéficiant de la CMU-C.

Le remboursement des contraceptions d'urgence a été analysé avec le même logiciel, en réalisant un test de Wilcoxon.

III/ Résultats

A) Contraception hors urgence

Les différentes contraceptions ont été regroupées en 14 catégories. Chaque catégorie correspond à une même dénomination commune internationale (DCI).

Par exemple, les pilules Minidril®, Ludeal®, Lovapharm®, et tous les génériques contenant lévonorgestrel/ethinylestradiol 150ug/30ug, conditionnés par boîte de 1 plaquette ou 3 plaquettes (donc par 21 ou 63 comprimés), ont été regroupés en une seule catégorie car leur composition est la même : chaque plaquette comprend 21 comprimés contenant chacun 150ug de lévonorgestrel et 30ug d'ethinylestradiol.

Les 14 catégories obtenues, avec leur dénomination employée par la suite pour plus de clarté, sont les suivantes :

- Catégorie dite « Mirena® » : DIU hormonaux au lévonorgestrel 52mg comprenant les DIU Mirena®.
- Catégorie dite « Jaydess® » : DIU hormonaux au lévonorgestrel 13.5mg comprenant les DIU Jaydess®.
- Catégorie dite « Nexplanon® » : implants sous cutanés contenant de l'étonogestrel 68mg comprenant Nexplanon®.
- Catégorie dite « Leeloo® et équivalents » : pilules contenant lévonorgestrel/éthinyloestradiol 100ug/20ug (21 comprimés) comprenant Leeloo®, Lovavulo® et les génériques de DCI équivalente.
- Catégorie dite « Optilova® » : pilules contenant lévonorgestrel/éthinyloestradiol 100ug/20ug (21 comprimés + 7 comprimés placebo) comprenant Optilova®.
- Catégorie dite « Minidril® et équivalents » : pilules contenant lévonorgestrel/éthinyloestradiol 150ug/30ug (21 comprimés) comprenant Minidril®, Ludeal®, Lovapharm® et les génériques de DCI équivalente. A noter un arrêt de commercialisation de Lovapharm® en 2017.
- Catégorie dite « Optidril® » : pilules contenant lévonorgestrel/éthinyloestradiol 150ug/30ug (21 comprimés + 7 comprimés placebo) comprenant Optidril®.
- Catégorie dite « Trinordiol® et équivalents » : pilules triphasiques contenant lévonorgestrel/éthinyloestradiol 50ug/30ug + lévonorgestrel/éthinyloestradiol 75ug/40ug + lévonorgestrel/éthinyloestradiol 125ug/30ug (21 comprimés au total) comprenant Trinordiol®, Daily®, Amarance® et Evanecia®. A noter un arrêt de commercialisation d'Amarance® au cours de l'année 2015.
- Catégorie dite « Adepal® et équivalents » : pilules biphasiques contenant lévonorgestrel/éthinyloestradiol 150ug/30ug + lévonorgestrel/éthinyloestradiol 200ug/40ug (21 comprimés au total) comprenant : Adepal®, Pacilia®
- Catégorie dite « Stediril® » : pilules contenant norgestrel/éthinyloestradiol 0.5mg/0.05mg (21 comprimés) comprenant Stediril®. A noter un arrêt de commercialisation en 2016 pour cette pilule.
- Catégorie dite « Triella® » : pilules triphasiques contenant norethisterone/éthinyloestradiol 0.5mg/0.035mg + norethisterone/éthinyloestradiol 0.75mg/0.035mg + norethisterone/éthinyloestradiol 1mg/0.035mg (21 comprimés au total) comprenant Triella®. A noter un arrêt de commercialisation en 2016 pour cette pilule.
- Catégorie dite « Optimizette® et équivalents » : pilules contenant desogestrel 75mg (28 comprimés) comprenant : Optimizette®, Antigone®, Clareal®, Desopop® et les génériques de DCI équivalente. A noter que Cerazette®, pilule de DCI équivalente n'est pas remboursée, ses prescriptions ne sont donc pas comptabilisées dans notre analyse.
- Catégorie dite « Microval® » : pilules contenant lévonorgestrel 0.03mg (28 comprimés) comprenant Microval®.
- Catégorie dite « Depo provera® » : medroxyprogestérone 150mg en suspension injectable par voie intramusculaire comprenant Depo provera®.

Les résultats des calculs des montants remboursés pour chaque catégorie sont les suivants :

	Montant remboursé en prestation de référence	Montant remboursé en CMU-C	Total
Mirena®	15548788,28	774093,38	16322882
Nexplanon®	12634277,26	1247373,64	13881651
Leeloo® et équivalents	7182090,11	272123,49	7454214
Trinordiol® et équivalents	6147724,21	347121,18	6494845
Minidril® et équivalents	5423713,86	301045,83	5724760
Optimizette® et équivalents	3766961,49	127921,25	3894883
Adepal® et équivalents	2648594,64	193273,35	2841868
Optilova®	2174803,71	104633,97	2279438
Jaydess®	2132807,48	94727,29	2227535
Microval®	933647,17	86881,23	1020528
Optidril®	653229,63	34436,46	687666,1
Triella®	205715,72	12870,95	218586,7
Stediril®	109365,78	10152,58	119518,4
Depo provera®	18232,22	3520,64	21752,86
Total	59579951,56	3610175,24	63190127

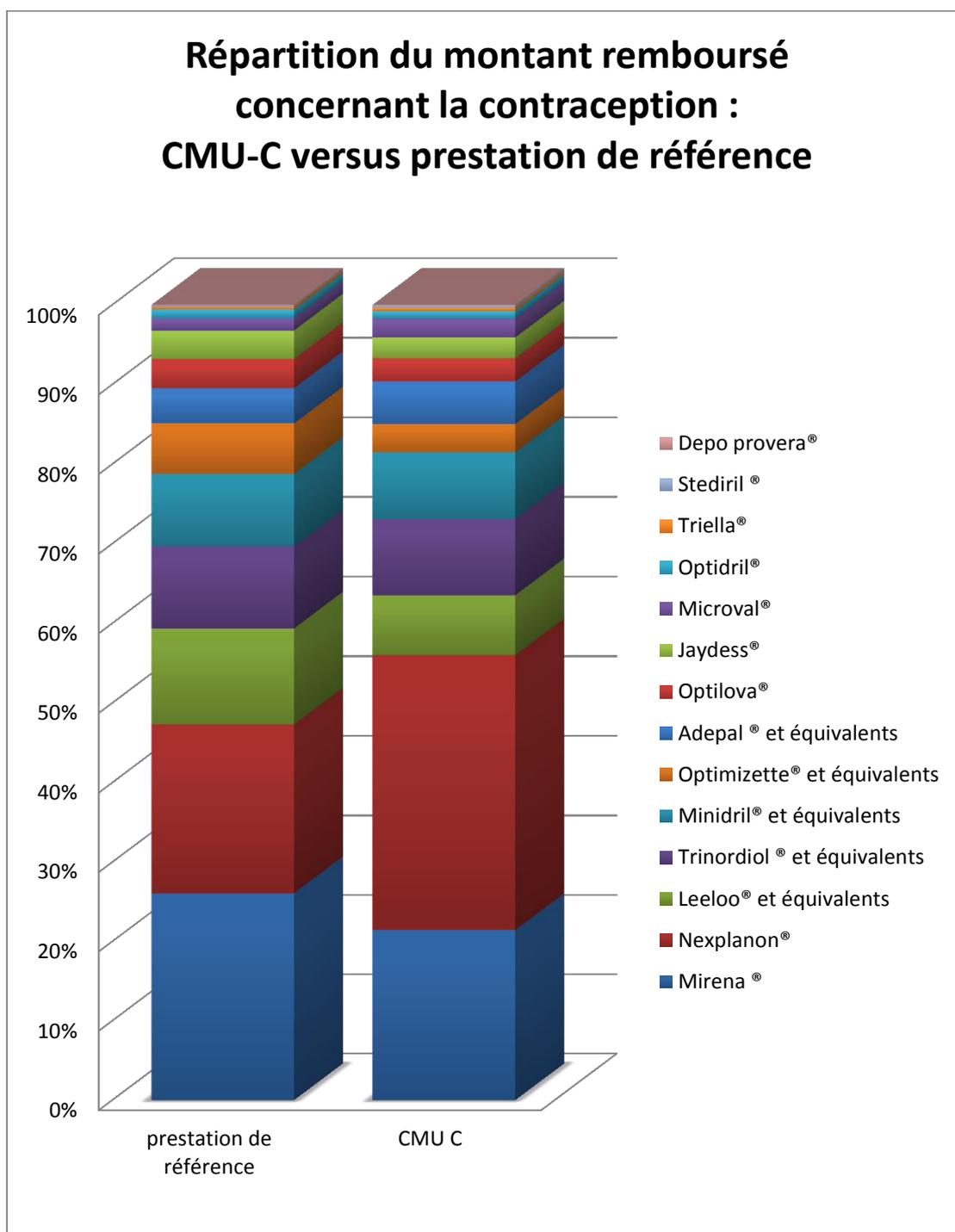
Tableau 1 : Montants remboursés en France en 2015 pour chaque catégorie de contraception hors urgence, en euros.

Après une analyse statistique avec réalisation d'un test de Chi 2, on obtient les résultats suivants : Chi 2 = 52607928, dl = 13, p< 0.05.

	Effectifs Observés vs. Théoriques Chi-Deux = 52607928 dl = 13 p = 0,000000 NOTE : Somme Effectifs observés & théoriques différente.			
	observés	théoriques	O - T	(O-T)**2
Mirena®	774093	15548788	-14774695	14039140
Nexplanon®	1247374	12634277	-11386904	10262682
Leeloo® et équivalents	272123	7182090	-6909967	6648154
Trinordiol® et équivalents	347121	6147724	-5800603	5473081
Minidril® et équivalents	301046	5423714	-5122668	4838332
Optimizette® et équivalents	127921	3766961	-3639040	3515463
Adepal® et équivalents	193273	2648595	-2455321	2276151
Optilova®	104634	2174804	-2070170	1970570
Jaydess®	94727	2132807	-2038080	1947560
Microval®	86881	933647	-846766	767970
Optidril®	34436	653230	-618793	586172
Triella®	12871	205716	-192845	180779
Stediril®	10153	109366	-99213	90003
Depo provera®	3521	18232	-14712	11871
Somme	3610175	59579952	-55969776	52607928

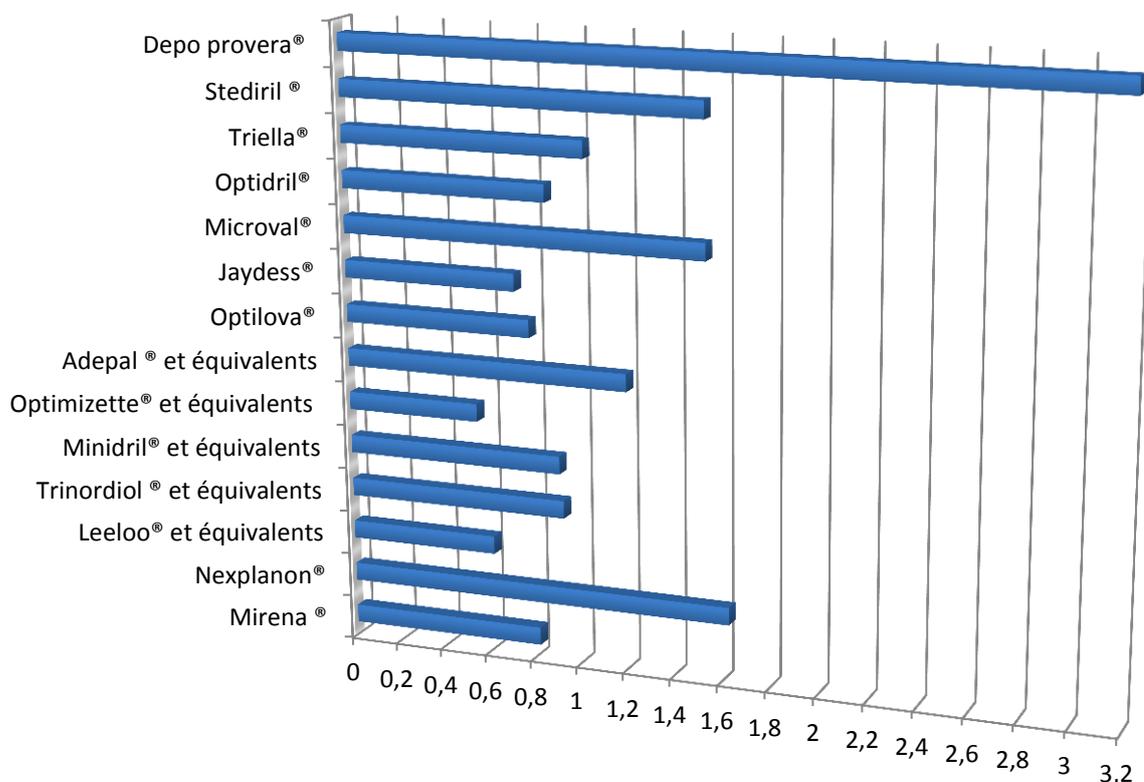
Tableau 2 : Test de Chi 2 remboursements des contraceptions hors urgence : bénéficiaires de la CMU-C versus bénéficiaires de la prestation de référence.

Ainsi, on peut conclure qu'il existe une probabilité que les montants des remboursements de contraception dans les deux populations étudiées (bénéficiaires de la prestation de référence et bénéficiaires de la CMU-C) soient différents au seuil de 5%.



Graphique 1 : Répartition du montant remboursé concernant la contraception chez les bénéficiaires de la prestation de référence et de la CMU-C, en France en 2015, en pourcentage.

Sur et sous remboursement chez les bénéficiaires de la CMU-C



Graphique 2 : Sur et sous remboursement des contraceptions hors urgence chez les bénéficiaires de la CMU-C par rapport aux bénéficiaires de la prestation de référence en France en 2015.

Chez les bénéficiaires de la CMU-C, on constate un sur-remboursement d'au moins 20% par rapport aux bénéficiaires de la prestation de référence pour les molécules suivantes: Depo provera® (219%), Nexplanon® (63%), Stédiril® (53%), Microval® (54%), et Adepal® et équivalents (20%).

D'autre part, on note un sous-remboursement de plus de 20% chez les bénéficiaires de la CMU-C par rapport aux bénéficiaires de la prestation de référence pour les molécules suivantes : Optimizette® et équivalents (44%), Leeloo® et équivalents (38%), Jaydess® (27%), et Optilova® (21%).

B) Contraception d'urgence

Nous avons également comparé les montants remboursés pour les contraceptions hormonales d'urgence pour les patientes en prestation de référence et celles en CMU-C.

Pour cela nous avons regroupé les pilules par DCI équivalentes, ce qui donne 2 catégories :

- La catégorie dite « Norlevo® et équivalents » : pilules contenant 1,5mg de lévonorgestrel comprenant Norlevo® et les génériques de DCI équivalente.
- La catégorie « Ellaone® » correspondant uniquement à la pilule Ellaone® contenant 30mg d'Ulipristal pour laquelle il n'existe pas d'équivalent ni de générique.

Les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

	Montant remboursé en prestation de référence	Montant remboursé en CMU-C
Ellaone®	634352,05	38933,67
Norlevo® et équivalents	509439,72	26320,67

Tableau 3 : Montants remboursés en 2015 en France pour chaque catégorie de contraception d'urgence hormonale, en euros.

Nous avons procédé à une analyse statistique grâce à un test de Wilcoxon dont les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

Couples de variables	Tests significatifs marqués à $p < 0,05$			
	N	T	Z	valeur p
Montant remboursé TM CMU-C & Montant remboursé Prestation de référence	2	0,00	1,341641	0,179713

Tableau 4 : Test de Wilcoxon remboursements des contraceptions d'urgence hormonales.

Ainsi, nous n'observons pas de différence statistiquement significative au seuil de 5% entre les deux groupes étudiés concernant le montant remboursé pour les contraceptions d'urgence hormonales ($p > 0.05$).

IV/ Discussion

Nous avons cherché quels sont les différents facteurs pouvant expliquer nos résultats. Dans un premier temps, nous verrons quelles sont les limites et les biais de notre étude. Puis, nous chercherons si, dans les recommandations, certaines indications justifient des différences de prescription entre les deux populations étudiées. Nous nous intéresserons ensuite à l'état des lieux des pratiques contraceptives selon l'âge, la parité, le statut matrimonial, les préférences culturelles, les antécédents, le statut socio-économique. Par la suite, nous verrons quels sont les facteurs pouvant influencer l'observance de la contraception, puis ceux qui influencent l'attitude des patientes et celle des médecins lors du choix contraceptif. Enfin, nous étudierons les caractéristiques des femmes ayant recours à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception d'urgence.

A) Les limites de l'étude

Notre étude présente plusieurs limites. Tout d'abord, en utilisant les données fournies par l'ISPL, nous n'avons pas accès aux montants des remboursements des DIU au cuivre. Ainsi, seuls les DIU hormonaux sont pris en compte dans nos résultats. En 2013, un peu plus de la moitié des DIU utilisés en France étaient hormonaux, mais il aurait été intéressant de pouvoir inclure les DIU au cuivre dans notre étude.

De plus, en utilisant les données de l'ISPL, nous n'avons pas pu recueillir de données concernant les contraceptifs prescrits mais non remboursés en 2015, notamment certaines pilules non remboursées telles que les pilules oestroprogestatives de 3^{ème} génération ou Cerazette® (pilule microprogestative) par exemple, mais également les anneaux et les patchs.

Nous n'avons pas non plus pu étudier les méthodes de contraception ne nécessitant pas de prescription comme les préservatifs et les méthodes dites « naturelles » (retrait, abstinence périodique).

Concernant les contraceptions hormonales d'urgence, les pilules délivrées sans ordonnance, non remboursées, n'ont pas pu être comptabilisées, ce qui crée un biais important dans nos résultats.

En outre, le prix, le conditionnement et la durée d'utilisation des différentes contraceptions étant variables, il serait pertinent de définir un coût journalier pour chacune d'entre elles afin de pouvoir effectuer une analyse plus précise.

Nous pourrions discuter la pertinence de l'inclusion d'autres personnes en situation de précarité telles que les bénéficiaires de l'Aide médicale de l'Etat (AME) dans notre étude. Toutefois, le montant des prestations en AME est le quart du montant des prestations CMU-C pour les hormones sexuelles et modulateurs de la fonction génitale dans la base ISPL.

Par ailleurs, on sait que la répartition des âges chez les bénéficiaires de la CMU-C et les bénéficiaires de la prestation de référence est différente. Nous verrons par la suite que cette différence pourrait expliquer que les contraceptions prescrites ne soient pas les mêmes pour ces deux populations. Il aurait été intéressant de pouvoir comparer les résultats de nos deux

populations avec un ajustement sur l'âge afin d'étudier les autres facteurs pouvant influencer le choix contraceptif en s'affranchissant de ce biais de confusion.

B) Les recommandations concernant la prescription d'une contraception

1) Les œstroprogestatifs

Les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) (14) concernant la contraception, datant de 2013 et mises à jour en 2017, et les recommandations du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) de 2018 (5), font mention, d'une part, des œstroprogestatifs, utilisables chez les femmes ne présentant pas de contre-indication, principalement d'ordre thromboembolique veineux ou artériel, hépatique, carcinologique, en prenant en compte les facteurs de risque de thrombose (notamment antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle, thrombophilie biologique connue, immobilisation prolongée, obésité, âge supérieur à 35 ans, hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, tabagisme, migraine).

Les contraceptifs œstroprogestatifs peuvent être administrés par voie orale, vaginale ou transdermique. Le schéma d'administration peut être continu ou discontinu. Tous les œstroprogestatifs ont une efficacité contraceptive identique quelle que soit leur voie d'administration. Le risque thromboembolique veineux est plus important pour certaines associations œstroprogestatives, notamment non orales.

Parmi les contraceptifs œstroprogestatifs, seules les pilules de 2^{ème} génération sont recommandées en première intention.

Selon la Société Française d'Endocrinologie, en l'absence de contre-indication aux œstroprogestatifs, de lésion gynécologique ou de troubles des règles qui nécessitent une exploration diagnostique préalable, le meilleur choix est une pilule minidosée (contenant moins de 50mg d'éthinylestradiol) avec un progestatif de 2^{ème} génération à faible dose (150mg de lévonorgestrel). Elle recommande en premier lieu une pilule monophasique remboursée par la Sécurité sociale telle que Minidril®.

Concernant les adolescentes, le CNGOF mentionne que, selon certains experts, le bénéfice de la prescription d'une pilule à 30ug d'éthinylestradiol serait plus important pour assurer une meilleure couverture en cas d'oubli surtout chez les très jeunes patientes et pour le maintien de la minéralisation osseuse.

Selon Moreau C., il existe peu de variation dans la fréquence des symptômes selon le type de pilule, à l'exception des pilules progestatives seules qui sont associées à un profil de saignements différent. Aucune diminution du nombre de symptômes rapportés avec la réduction de la posologie d'œstrogènes n'a été retrouvée. De même, peu de variations en fonction de la séquence d'administration des pilules œstroprogestatives (monophasique par rapport à triphasique) ont été observées (15).

Selon la Société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG) il n'existe aucune différence entre les pilules, quels que soient les dosages d'œstrogènes, le progestatif utilisé ou les séquences d'administration. Elle conclut que

l'observance repose plus sur l'efficacité de l'accompagnement et du conseil médical que sur le type de pilule (16).

Trois articles publiés dans Cochrane Library (17) (18) (19) ont cherché à évaluer, grâce aux études existantes, l'efficacité et les effets indésirables des contraceptifs oraux monophasiques versus biphasiques, monophasiques versus triphasiques et biphasiques versus triphasiques. Leurs conclusions sont limitées par des données jugées insuffisantes mais ils ne mettent pas en évidence de différence significative et recommandent donc privilégier les pilules monophasiques en première intention chez les femmes désirant une pilule œstroprogestative. Il semble que le choix du progestatif contenu soit plus important que le nombre de phases concernant l'effet de la pilule sur le profil de saignement (le lévonorgestrel apparaissant comme une molécule de choix).

Ainsi, selon les recommandations, les différences de prescription observées entre les deux populations que nous avons étudiées pourraient s'expliquer par une part différente d'œstroprogestatifs liée à la présence de contre-indications notamment les facteurs de risque cardio-vasculaires qui sont plus fréquents chez les bénéficiaires de la CMU-C.

Parmi les pilules œstroprogestatives de 2^{ème} génération, les monophasiques devraient être prescrites en première intention, et il n'existe pas de franche recommandation qui justifierait une différence de type de pilule entre les deux groupes, excepté la part plus importante d'adolescentes chez les bénéficiaires de la CMU-C qui pourrait éventuellement justifier un taux de prescription plus important des pilules contenant au moins 30ug d'éthinylestradiol selon certains experts.

2) Les progestatifs

Les progestatifs sont utilisables chez les femmes ne présentant pas de contre-indication telle que les accidents thromboemboliques veineux évolutifs, les saignements génitaux inexplicables, un cancer du sein ou de l'utérus, une pathologie hépatique sévère actuelle ou ancienne.

Plusieurs voies d'administration sont disponibles : les pilules microprogestatives au lévonorgestrel ou au désogestrel, l'implant à l'étonogestrel qui est une méthode de longue durée d'action, et, les injections trimestrielles d'acétate de médroxyprogestérone dont l'indication est limitée aux cas où il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives.

Le CNGOF précise qu'il n'est pas recommandé d'utiliser en première intention les injections d'acétate de médroxyprogestérone chez les patientes de plus de 40 ans devant l'impact négatif au niveau vasculaire, glucidique et osseux.

L'implant contraceptif est actuellement la méthode contraceptive réversible qui a la meilleure efficacité. En tant que méthode de contraception réversible de longue durée d'action (LARC), l'implant peut être proposé aux patientes qui souhaitent une contraception médicalisée efficace et peu contraignante en termes d'observance y compris aux adolescentes et aux femmes présentant une obésité.

Notons que, les femmes ayant eu une chirurgie bariatrique, présentant plus de malabsorption, pourraient connaître une diminution d'efficacité pour les contraceptions orales, mais il n'existe aucune étude sur le sujet (1).

Les macroprogestatifs per os ne disposent pas d'autorisation de mise sur le marché dans l'indication contraception.

Ainsi, parmi les progestatifs, selon les recommandations, aucun élément ne semble justifier une différence de prescription entre les bénéficiaires de la prestation de référence et les bénéficiaires de la CMU-C, sauf si la contrainte représentée par l'observance des pilules par rapport aux LARC s'avère plus importante pour l'une des deux populations. Cela sera discuté dans les prochains paragraphes.

3) Les DIU

Les DIU, hormonaux ou au cuivre, peuvent être proposés aux femmes, quelles que soient la parité et la gestité, en l'absence de contre-indication telle que les malformations utérines, infections en cours ou saignements inexplicables, après avoir évalué et écarté un risque infectieux. Les contre-indications au DIU au lévonorgestrel sont les mêmes que celles des progestatifs.

On observe plus fréquemment des comportements sexuels à risque chez les toxicomanes qui seraient plus nombreux parmi les bénéficiaires de la CMU-C, selon des données qui datent de 2007 (11), ce qui suggère un risque plus important d'infection sexuellement transmissible (IST). Cependant, un dépistage des IST, notamment des infections à chlamydia et gonocoque, étant possible avant la pose d'un DIU, cela ne devrait pas justifier une différence du taux de prescription des DIU par rapport aux femmes ne bénéficiant pas de la CMU-C.

C) Etat des lieux : observation des pratiques contraceptives

1) Historique

En France, au début des années 1980, l'accès à la pilule et au DIU était marqué par de fortes disparités : les femmes des milieux sociaux les plus favorisés y avaient beaucoup plus souvent recours. Ces disparités sociales se sont par la suite réduites, pour la pilule dans un premier temps, puis pour le DIU à la fin des années 1990 (20).

Les données de l'enquête Cocon, menée entre 2000 et 2005, montrent que les disparités concernaient, à ce moment-là, le type de pilule utilisé.

Selon l'enquête Fecond 2010, l'utilisation de la pilule avait légèrement diminué en 2010 par rapport au début des années 2000 (21). Cette baisse était globalement compensée par l'adoption des nouvelles méthodes hormonales. Parmi elles, l'implant était la méthode la plus utilisée (2,6 % des femmes de 15 à 49 ans), devant l'anneau vaginal et le patch contraceptif.

En 2013, selon les résultats de l'enquête Fecond 2013 (22), 97 % des femmes de 15 à 49 ans ni enceintes ni stériles, sexuellement actives au cours des douze derniers mois, ayant un

partenaire homme au moment de l'enquête et ne voulant pas d'enfant utilisaient un moyen de contraception. La pilule était la méthode la plus utilisée suivie par le DIU et le préservatif.

Suite au débat médiatique de 2013 sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations (22), les femmes ont modifié leur comportement, en abandonnant ces pilules au profit d'autres moyens de contraception. Alors que 40% des pilules utilisées en 2010 étaient de 3^{ème} ou 4^{ème} génération (45% de 2^{ème} génération et 15% des pilules progestatives), cette proportion est passée à 25 % en 2013 (59% pour celles de 2^{ème} génération et 16% pour les pilules progestatives).

Le débat semble avoir provoqué une désaffection à l'égard de la méthode elle-même, le recours à la pilule a diminué. Le transfert vers des pilules de 2^{ème} génération a été de très faible ampleur (22% d'utilisatrices de pilules de 2^{ème} génération en 2010 et 23% en 2013) et variable selon l'âge des femmes.

Selon l'état des lieux des pratiques contraceptives effectué en 2013 par l'HAS (23), en termes à la fois de coût annuel total (intégrant le coût de la prescription, celui du suivi et le coût du dispositif contraceptif) et de reste à charge pour les femmes (part non remboursée par l'Assurance maladie), les pilules remboursables se trouvaient parmi les méthodes contraceptives les moins coûteuses mais demeuraient plus chères que le DIU au cuivre et le DIU hormonal.

En moyenne et compte tenu de sa durée d'utilisation, le DIU constituait la méthode contraceptive la moins coûteuse à la fois en termes de coût total et de reste à charge annuel pour les femmes, y compris le DIU hormonal (dont le prix était de 125 € contre 30,50 € pour le DIU au cuivre). Notons qu'un peu plus de la moitié des DIU utilisés en 2013 étaient des DIU hormonaux.

L'implant contraceptif hormonal valait 106,44€. Lissé sur sa durée d'utilisation, son coût le place juste au-dessus des pilules contraceptives remboursées en termes de coût total annuel moyen et de reste à charge pour les femmes (part non remboursée par l'Assurance maladie). Il se situe parmi les méthodes contraceptives remboursées les plus coûteuses.

Nous allons voir quels éléments, dans l'observation des pratiques contraceptives, en France et à l'étranger, pourraient expliquer les différences de prescription de contraception observées dans notre étude.

2) L'influence de l'âge

Tout d'abord, nous allons nous intéresser à l'influence de l'âge des femmes sur leurs pratiques contraceptives.

En 2013, l'étude des pratiques contraceptives chez les femmes françaises de moins de 30 ans (24) a montré que les méthodes contraceptives dites « nouvelles » (implants, patches, anneaux ou injections contraceptives) concernent 5,7% des jeunes femmes de 15 à 29 ans concernées par un risque de grossesse non prévue. Leur utilisation augmente avec l'âge (de 2,8% entre 15 et 19 ans à 7,3% entre 25 et 29 ans).

En 2016, le baromètre santé, qui a permis d'interroger 4 315 femmes âgées de 15 à 49 ans, montre que 8% des femmes concernées par la contraception déclarent ne pas utiliser de

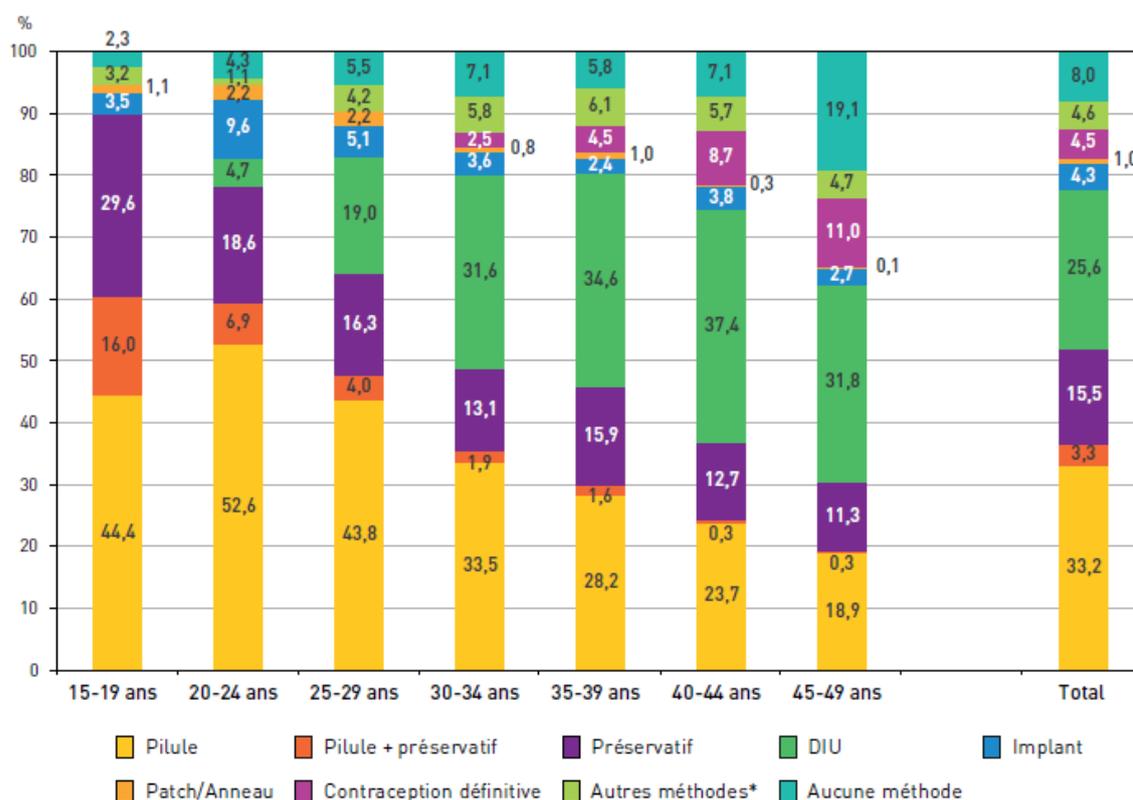
moyen pour éviter une grossesse. Ce pourcentage varie fortement avec l'âge passant de 2,3% chez les moins de 20 ans à 19,1% chez les 45-49 ans (25).

Plus de sept femmes sur dix (71,8%) recourent à une méthode médicalisée pour assurer leur contraception. La pilule reste la méthode la plus utilisée (36,5%). Sa fréquence maximale d'utilisation est enregistrée parmi les 15-19 ans (60,4%) et les 20-24 ans (59,5%).

L'utilisation du DIU varie également avec l'âge. Il concerne 4.7% des 20-24 ans, 31,6% des 30-34 ans et il devient le premier contraceptif utilisé à partir de 35 ans (34,6% chez les 34-39 ans).

Parmi les autres méthodes hormonales, c'est l'implant qui s'est le plus diffusé: 4,3% des femmes déclarent l'utiliser. Ce pourcentage est plus important chez les 20-24 ans (9,6%). Dans cette tranche d'âge, il est le troisième contraceptif utilisé après la pilule et le préservatif.

Le recours à une méthode liée à l'acte sexuel (préservatif, méthodes locales ou naturelles) concerne 20,1% des femmes de 15-49 ans. Le préservatif est principalement utilisé par les 15-19 ans (45,6%), parfois en association avec la pilule. La proportion de femmes y ayant recours décline au fil de l'âge.



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.
 * Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.
 Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

Graphique 3 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge. Source : Baromètre santé 2016 (25)

Un mémoire enquêtant sur les connaissances des jeunes femmes de 15 à 24 ans concernant l'implant (26) montre que l'âge influence les bonnes connaissances: les 20-24 ans ont plus de bonnes réponses. Elles semblent être d'autant plus favorables à cette méthode lorsqu'elles ont de bonnes connaissances et une source d'information fiable.

La différence de pratiques contraceptives en fonction de l'âge observée en France est également observable à l'étranger. Dans le cadre de l'étude Contraceptive CHOICE Project, aux Etats-Unis, sur 5086 femmes de 14 à 20 ans inscrites, à qui une contraception gratuite pendant trois ans a été proposée après une information sur toutes les méthodes, 70% d'entre elles ont choisi une LARC. Parmi celles qui ont choisi une LARC : 63% des 14-17 ans ont choisi l'implant, 71% des 18-20 ont choisi un DIU. Les plus jeunes étaient donc plus intéressées par l'implant (27).

En Irlande, en 2015, les utilisatrices de contraception orale, d'implant contraceptif et de contraception injectable étaient significativement plus jeunes que les non-utilisatrices. En revanche, les utilisatrices de contraception intra-utérine étaient significativement plus âgées (28).

Ainsi, on constate que les données bibliographiques mettent clairement en évidence des différences de pratiques contraceptives en fonction de l'âge des femmes. La répartition de la population selon l'âge, qui est différente chez les bénéficiaires de la CMU-C par rapport aux bénéficiaires de la prestation de référence, avec des bénéficiaires de la CMU-C plus jeunes, peut donc être un facteur expliquant la différence entre les méthodes de contraception prescrites dans ces deux groupes observée dans notre étude.

3) L'effet parité et l'influence du statut matrimonial

Nous allons maintenant nous intéresser à l'influence de la parité et du statut matrimonial des femmes sur leur moyen de contraception.

En France, en 2013, selon l'état des lieux réalisé par l'HAS (23), le taux d'utilisation du DIU est fortement lié à la parité : 0 enfant : 1 %, 1 enfant : 20 %, 2 enfants ou plus : 40 %.

Le baromètre santé 2016 (25) confirme que le DIU est plus souvent utilisé par des femmes ayant déjà des enfants, on parle d'effet parité.

On constate également que l'implant est davantage proposé aux femmes ayant déjà eu des enfants (24,1 % versus 7,4 % pour les nullipares).

En Irlande, en 2015, les utilisatrices de contraception orale, d'implant contraceptif et de contraception injectable étaient significativement plus susceptibles d'être célibataires que les non-utilisatrices. Les utilisatrices de contraception intra-utérine étaient significativement plus susceptibles d'être mariées (28).

Il apparaît donc que la parité et le statut matrimonial influencent le choix contraceptif. Nos recherches bibliographiques concernant la parité et le statut matrimonial des bénéficiaires de la CMU-C montrent une part plus importante de ménages monoparentaux mais elles n'ont pas permis d'établir une différence concernant le taux de fécondité ou l'âge de la première

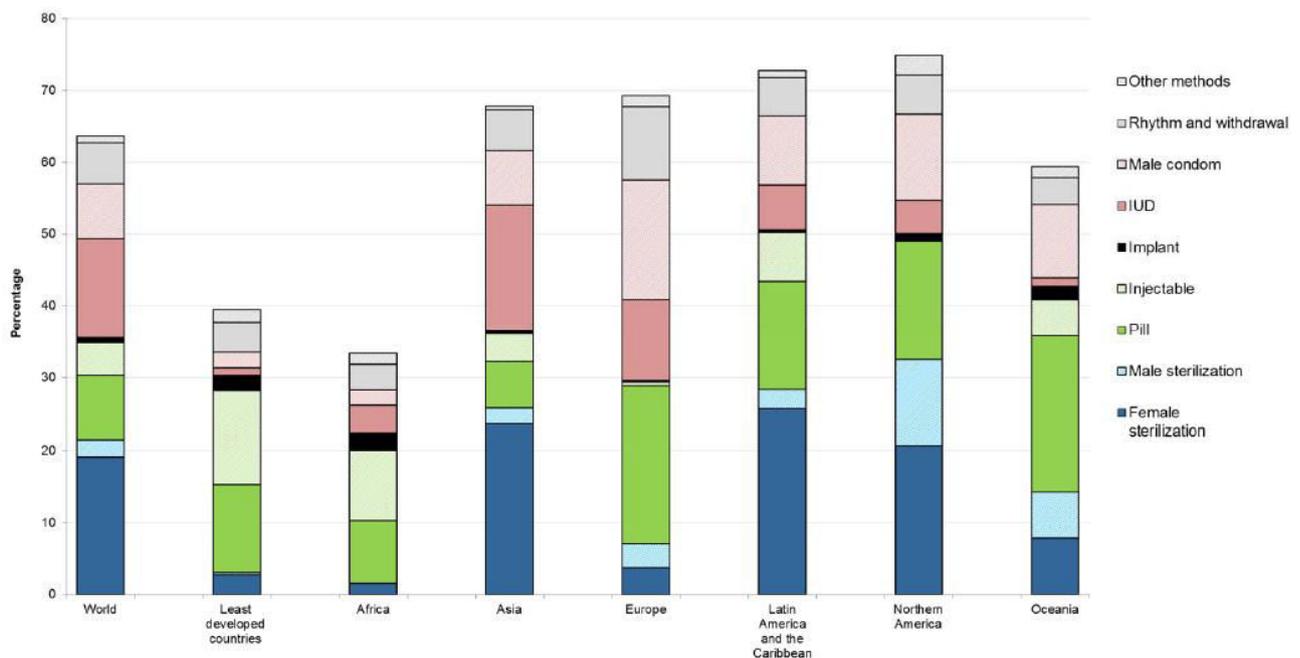
grossesse par rapport au reste de la population. Des investigations complémentaires sur ce sujet seraient intéressantes.

4) La contraception dans le monde : les préférences culturelles

En 2015, dans le monde, environ 64% des femmes en âge de procréer, mariées ou vivant en union, utilisent un moyen de contraception et 90% d'entre elles emploient des moyens de contraception modernes, les autres utilisent des méthodes traditionnelles, comme le retrait ou l'abstinence périodique.

Au niveau mondial, la stérilisation féminine est la méthode contraceptive la plus utilisée (près de 30%) devant le DIU, la pilule et le préservatif mais on observe de grandes différences entre les pays (29).

Les méthodes réversibles de courte durée d'action, telles que la pilule, le préservatif et les injections, sont plus courantes que d'autres méthodes en Europe alors que les méthodes de longue durée d'action ou permanentes, telles que la stérilisation, l'implant et le DIU, sont plus courantes en Asie et en Amérique du Nord (30).



Graphique 4 : Prévalence des différentes méthodes de contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en union, dans le monde en 2015. Source : Trends in contraceptive use worldwide 2015 (30).

La pilule est la troisième méthode contraceptive la plus utilisée dans le monde. Si les femmes y ont massivement recours en France, en Algérie (75% en 2012), au Brésil (43% en 2013) et en Irak (29% en 2006), elle tient une place marginale dans les paysages contraceptifs mexicain (4%) et chinois (1%) (31).

La pilule et le préservatif masculin sont privilégiés dans les pays développés, la stérilisation féminine et le DIU dans les pays en développement. La stérilisation féminine est la plus pratiquée en Amérique latine et aux Caraïbes, notamment en Colombie ou au

Salvador. Le DIU est très utilisé en Asie, surtout en Chine. Au Royaume-Uni, la stérilisation masculine est la troisième méthode la plus employée (29).

L'injection hormonale, peu employée en France, occupe une place non négligeable dans le monde puisque cette méthode est utilisée par 45% des femmes d'âge reproductif en union au Kenya en 2015, 44% au Mozambique en 2011 et 24% au Pérou en 2014.

On parle de déséquilibre des méthodes contraceptives si une méthode est majoritaire à plus de 50%. L'étude de 109 pays a montré que 30% d'entre eux présentent un déséquilibre. L'implant, surtout utilisé en Afrique sub-saharienne, n'est majoritaire à plus de 50% dans aucun des 109 pays étudiés (32).

Au Burkina Faso, 45% des femmes utilisant une méthode de contraception ont recours à l'implant. Des programmes d'accès à la contraception utilisant les implants contraceptifs constatent que la croissance de l'utilisation de ce contraceptif est plus rapide dans les pays en voie de développement. Dans ces pays, l'implant contraceptif a un taux de continuation élevé à 2 ans (proche de 90 %) (33).

Les différences observées entre les différents pays peuvent s'expliquer par un parti pris des prestataires. Par exemple, les pays anglo-saxons ont, pour leur part, choisi de mettre l'accent sur la promotion des LARC (DIU et implant). Le National Institute for Health and Clinical Excellence britannique indique que ces méthodes offrent un rapport coût-efficacité supérieur à celui de la pilule dès un an d'utilisation (34).

Aux États-Unis, des incitations financières ont été développées pour assurer leur promotion. Par exemple, le Contraceptive CHOICE Project de la région de Saint-Louis, dans le Missouri, offre à 10 000 femmes (14-45 ans), identifiées comme étant à risque de grossesses non désirées, trois ans du moyen contraceptif de leur choix. Pour ce faire, elles rencontrent un professionnel qui leur expose les avantages et inconvénients des différentes méthodes. Sur les 2 500 premières bénéficiaires du programme, 56% ont choisi le DIU et 11% l'implant (contre 3% de la population générale qui opte pour un LARC).

La présence d'un déséquilibre des méthodes contraceptives n'est pas un indicateur définitif de manque de choix contraceptif ou de parti pris des prestataires, elle peut aussi refléter les préférences culturelles. On n'observe pas de relation entre l'indice de développement humain ou l'indice d'effort de planification familiale ou la prévalence contraceptive moderne et la présence d'un déséquilibre (32).

L'étude de la contraception chez les femmes issues de l'immigration en France en 2008-2009 (35) montre qu'elles étaient moins nombreuses à utiliser une contraception. Un faible niveau d'éducation et l'absence d'emploi étaient associés à une réduction de la probabilité d'avoir une contraception chez ces femmes. En ce qui concerne le choix de la méthode contraceptive, le statut socioéconomique avait une influence pour la deuxième génération issue de l'immigration et pour les non-immigrants.

En France, suite au débat médiatique de 2013 concernant les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations, le transfert vers d'autres moyens de contraception s'est fait différemment selon l'âge, mais également selon la catégorie socio-économique et selon l'origine des femmes. En

effet, les femmes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne ont fortement réduit leur usage des pilules (-39%) pour se tourner vers les méthodes dites naturelles (26% en 2013 contre 5% en 2010) (22).

Une étude plus récente montre que, en France, chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne, le recours à l'implant est nettement plus marqué qu'en population générale (36). Selon Maraux B., l'autrice, cette information doit inciter à poursuivre les études pour savoir jusqu'à quel point les méthodes en usage correspondent à un choix et conviennent aux besoins des femmes.

En Californie, en 2011, les femmes noires ou d'origine asiatique nées à l'étranger étaient moins susceptibles que les femmes blanches d'utiliser des méthodes contraceptives réversibles à haute efficacité telles que les méthodes hormonales ou les DIU. Les facteurs socioéconomiques n'expliquaient pas les disparités dans le choix des méthodes entre les groupes raciaux et ethniques (37).

D'après toutes ces données, on constate que, en matière de contraception, il existe des préférences culturelles. Il faut cependant évaluer à quel point ces préférences sont indépendantes du statut socio-économique.

Il apparaît que les personnes immigrées sont plus représentées parmi les personnes les plus pauvres en France (38) mais nous n'avons pas trouvé des données précises sur l'origine des personnes bénéficiant de la CMU-C. Des recherches sur leurs origines, comparées aux origines de la population en prestation de référence, pourraient permettre de mettre en évidence un éventuel impact des préférences culturelles sur le choix de la méthode contraceptive qui expliquerait en partie les différences observées dans notre étude entre ces deux populations.

5) L'influence des antécédents médicaux

Comme cela a été développé précédemment, les différents moyens de contraception ont chacun des contre-indications ou précautions d'emploi, ainsi les antécédents médicaux des patientes constituent un élément important à prendre en compte lors du choix du type de contraception.

La prescription d'une contraception nécessite une évaluation du risque cardio-vasculaire, et donc la prise en compte d'antécédent tels que le tabagisme, l'obésité ou le diabète.

Chez les patients présentant une pathologie psychiatrique, les troubles métaboliques (hypertriglycéridémie), l'obésité et le diabète sont entre 1,3 et 4 fois plus fréquents que dans la population générale, en rapport avec la prise de neuroleptiques, une mauvaise hygiène alimentaire, une sédentarité plus importante. Le tabagisme chronique est plus fréquent : 50 à 80% des patients sont fumeurs contre 25% dans la population générale. On note également une fréquence plus importante des conduites addictives et sexuelles à risque.

De plus, on observe que la compliance aux traitements est basse chez les personnes aux antécédents de pathologies psychiatriques : plus de la moitié d'entre elles déclarent ne pas prendre leur traitement régulièrement. L'existence d'une souffrance psychique est un facteur de mauvaise observance thérapeutique.

En France, chez les patientes utilisant des substances toxiques où la prévalence des comportements sexuels à risque est élevée, l'utilisation de méthodes contraceptives est plus faible que dans la population générale (1). Les personnes ayant des problèmes de toxicomanie sont moins susceptibles d'utiliser des contraceptifs médicalement prescrits, en particulier les LARC, mais elles ne sont pas significativement moins susceptibles d'y adhérer une fois prescrites.

Une thèse portant sur le conseil contraceptif en psychiatrie (39), incluant des 100 femmes âgées de 18 à 55ans, excluant les cas de ménopause précoce, suivies en centres médico-psychologiques qui recoupent des communes diversifiées sur le plan socio-économique a été réalisée en 2014. Elle montre que 53% des femmes interrogées n'ont pas de contraception, ce qui correspond à un taux nettement plus élevé que celui de la population générale qui est de 9.8%. On constate que 9 femmes sur 43 utilisant une contraception ont un implant (soit 21%). Les patientes atteintes de schizophrénie utilisent principalement le DIU et l'implant contraceptif, et peu la pilule. Les patientes atteintes de troubles de l'humeur utilisent principalement la pilule, mais les autres moyens sont aussi retrouvés dans de moindres proportions.

En 1998, une étude sur les utilisatrices de Norplant (implant contraceptif) aux Etats-Unis révèle que le choix de cette contraception est significativement associé à des comorbidités telles que la consommation d'alcool et la toxicomanie (40).

Par ailleurs, il est important de prendre en compte les traitements habituels et les possibles interactions médicamenteuses. Certains neuroleptiques, traitements antipsychotiques et régulateurs de l'humeur présentent des effets secondaires avec des impacts sur la pharmacodynamie des contraceptifs. Les traitements inducteurs enzymatiques (dont certains antiépileptiques, certains antituberculeux, certains antirétroviraux) peuvent diminuer l'efficacité de la contraception.

Ainsi, le moyen de contraception utilisé est influencé par les antécédents des patientes, notamment les facteurs de risque cardio-vasculaires et les pathologies psychiatriques. Or, les bénéficiaires de la CMU-C sont plus nombreux à souffrir d'une ALD que les autres assurés à âge et sexe équivalents. Ils sont plus touchés par certaines affections telles que la dépression, les troubles psychotiques, le diabète, l'hypertension artérielle, l'obésité ou l'infection par le VIH. Ces comorbidités peuvent donc, en partie, expliquer les différences de prescription de contraception observées dans notre étude.

6) L'influence de la situation socio-économique

En France, au début des années 2000, les différences sociales portent principalement sur le type de pilule utilisé, les femmes de milieux favorisés se voyant plus souvent que les autres prescrire les pilules de 3^{ème} génération (alors non remboursées) (21).

En 2006, en étudiant l'état de santé des bénéficiaires de la CMU et des patientes non précaires salariées dans les centres d'exams de santé de Bretagne (41), on constate un pourcentage de DIU, parmi les femmes utilisant une contraception, plus important chez les salariées non précaires, et, une utilisation plus fréquente du préservatif chez les bénéficiaires de la CMU-C que chez les non précaires.

Entre 2000 et 2010, on observe une augmentation de l'utilisation de l'implant en France (42). L'observation de l'utilisation des LARC sur cette période, en analyse univariée, montre qu'elle dépend de la situation socio-économique (elle est plus fréquente chez femmes sans emploi, à faibles revenus, signalant des difficultés, bénéficiant d'aide du gouvernement pour la santé). En analyse multivariée, la situation financière reste significative.

Entre 2009 et 2010, l'étude des pratiques contraceptives chez les moins de 30 ans (24) en France révèle que différents facteurs sont associés au fait de déclarer ne pas utiliser une méthode de contraception : le niveau d'éducation, l'aisance financière, le lieu de résidence et le fait d'avoir une religion. Ainsi, les jeunes femmes qui disent que leur situation financière est difficile sont plus nombreuses à ne rien faire pour éviter une grossesse (16% contre 8% de celles qui considèrent être à l'aise ou sans problèmes financiers). Celles qui ont un niveau de diplôme moins élevé sont plus nombreuses à n'utiliser aucune méthode contraceptive (12,7% versus 6,3%). L'utilisation des implants, patchs, anneaux ou injections contraceptives est plus importante parmi les jeunes femmes ayant un niveau de diplôme moins élevé que le reste des jeunes femmes du même âge (8,3% versus 4,1%).

En 2010, on observe des inégalités sociales dans l'accès à la contraception : les femmes n'utilisant pas de contraception présentent plus souvent une situation financière difficile, peu ou pas de diplômes (21). Les ouvrières sont 6,5% dans ce cas contre seulement 1,6% des femmes cadres. Le type de suivi médical varie également selon le milieu social avec des conséquences sur le choix de la méthode de contraception. Les ouvrières sont 73% à être suivies par un gynécologue pour leur contraception contre 82% des femmes cadres. Et les femmes qui consultent un gynécologue utilisent moins souvent la pilule que celles suivies par un généraliste (48% contre 70%) mais ont davantage recours au DIU (26% contre 7%). L'implant contraceptif, dont l'efficacité est parmi les plus élevées des méthodes disponibles, est, en 2010, plus souvent utilisé par les femmes qui connaissent des difficultés financières (4,5% contre 1,7% pour celles qui déclarent ne pas avoir de difficultés).

En 2013, les femmes sans aucun diplôme délaissent davantage que les autres les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération au profit des méthodes les moins efficaces (abstinence périodique, retrait), tandis que celles qui détiennent un CAP (certificat d'aptitude professionnelle) ou un BEP (brevet d'études professionnelles) optent pour le préservatif, et les plus diplômées (Bac + 4) pour le DIU.

Les femmes cadres, qui étaient auparavant les principales utilisatrices des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération, ont compensé la baisse du recours à la pilule en se tournant vers le DIU et, pour certaines, vers des méthodes dites naturelles (abstinence périodique, retrait).

Les femmes ouvrières, initialement moins enclines à recourir aux contraceptifs de nouvelle génération, ne modifient pas leurs pratiques contraceptives.

Quant aux femmes de professions intermédiaires et techniciennes, elles délaissent les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération pour un recours plus fréquent aux contraceptifs de 2^{ème} génération et au préservatif, les employées se tournent vers le préservatif.

Plus largement, selon Bajos N., tandis que les femmes n'ayant pas de difficultés financières opèrent un transfert partiel des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération vers les contraceptifs oraux plus anciens, celles dans une situation financière difficile se tournent en partie vers les méthodes dites naturelles. Les catégories sociales les plus précaires ont, de fait, une couverture contraceptive moins efficace en 2013 en raison d'un moindre recours à la pilule et d'une plus grande utilisation de méthodes dites naturelles (22).

Dans une enquête réalisée en 2013, auprès de 203 femmes âgées de 14 ans ou plus se présentant dans 5 centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du Monde (Paris, Saint-Denis, Bordeaux, Nice et Marseille) pour une consultation médicale (43), on constate que les femmes fréquentant les CASO ont beaucoup moins souvent une contraception : seulement 23,5% des femmes de 15-54 ans utilisent une contraception de manière régulière contre 72% des femmes en population générale. Cependant l'usage d'une contraception, quelle qu'elle soit, n'est pas associé à l'obtention d'une couverture maladie.

En population générale française, la pilule est alors la méthode la plus utilisée par les femmes (57,4%), tandis que le préservatif ne représente que 11% de la couverture contraceptive et les méthodes traditionnelles 2,8%, contrairement aux femmes fréquentant les CASO qui adoptent plus fréquemment des méthodes traditionnelles (32,8%) ou le préservatif (31,0%) plutôt que la pilule (19%). On note un usage plus fréquent des méthodes contraceptives non médicales parmi les femmes socialement les moins favorisées (femmes au chômage ou inactives).

Ainsi, diverses études menées en France entre 2000 et 2013 mettent en évidence un lien entre la situation socio-économique des femmes, leur niveau d'étude et leur moyen de contraception.

A l'étranger, il semble que le même phénomène soit constaté : tout d'abord, au Canada, une étude portant sur la contraception avant une grossesse non planifiée entre 2008 et 2012 montre que les facteurs sociodémographiques influencent l'utilisation de la contraception, ainsi que le type de contraception utilisé (44). Les femmes ayant un niveau de scolarité inférieur sont plus susceptibles que les femmes plus scolarisées de n'avoir utilisé aucune forme de contraception avant une grossesse non planifiée (28,0% contre 19,6%). Cependant, il n'y a pas de différence statistiquement significative observée selon les revenus en ce qui concerne le type de contraception utilisé.

D'autre part, aux Etats-Unis, en 1998, les utilisatrices d'implant contraceptif étaient plus souvent sans emploi et bénéficiaires du programme Medicaid qui concernent les personnes ayant de faibles revenus (40).

Entre 2007 et 2009, l'utilisation des LARC (notamment des DIU) a augmenté pour toutes les catégories socio-économiques mais les bénéficiaires de Medicaid font partie des personnes ayant les taux d'utilisation les plus importants (45).

En 2011, le Contraceptive CHOICE Project montre que le choix de l'implant, aux Etats-Unis, chez des femmes âgées de 14 à 20 ans, est significativement lié au niveau de scolarité, aux revenus mensuels et à l'assurance santé (malgré la gratuité de la contraception assurée par ce projet) (27).

Enfin, en Irlande, en 2015, les utilisatrices de pilule œstro-progestative avaient un revenu plus élevé que les non-utilisatrices. Et les utilisatrices de DIU, implant, et contraception injectable avaient un revenu inférieur à celui des non-utilisatrices. Ainsi, les LARC semblent associées à des revenus plus faibles en Irlande (28).

Les deux populations observées dans notre étude présentent des situations socio-économiques et des niveaux d'étude différents. Les différences que nous observons concernant leur contraception semblent confirmer le lien entre la situation socio-économique ainsi que le niveau d'étude et le moyen de contraception mis en évidence dans les différentes études citées ci-dessus.

D) Les facteurs influençant l'observance de la contraception

L'observance de la pilule est influencée par l'interaction complexe d'un certain nombre de facteurs cognitifs, comportementaux, logistiques et sociaux. La revue de la littérature datant de 2014 de Dempsey A., concernant l'amélioration de l'observance de la pilule (46), suggère de fournir des instructions graphiques pour les patientes sur la façon de gérer les oublis de pilule, d'informer de l'utilité potentielle des rappels (via les applications sur téléphone par exemple), de privilégier l'initiation immédiate, de prescrire une quantité suffisante pour un an si possible. Concernant les pilules œstroprogestatives, aucun schéma thérapeutique n'est connu pour améliorer l'observance.

Selon Halpern V. (47), l'association de conseils intensifs, de contacts multiples et de rappels peut être nécessaire pour améliorer l'observance et l'acceptabilité des contraceptions hormonales orales ou injectables.

Les études sur l'observance de la contraception orale montrent que les oublis de pilule surviennent dans des situations sociales et affectives particulières de la vie des femmes (16).

La situation de précarité dans laquelle se trouvent les bénéficiaires de la CMU-C pourrait, dans certains cas, être envisagée comme une de ces situations particulières et donc avoir un impact sur l'observance.

D'autre part, une analyse publiée en 2011 (34) révèle que 88% des femmes de 20 ans et moins déclarent avoir oublié au moins une fois leur pilule lors des trois derniers mois (contre 54% de l'ensemble des femmes).

Cela suggère une moins bonne observance chez les jeunes femmes de 20 ans et moins. Rappelons que les bénéficiaires de la CMU-C sont plus jeunes que la population générale (44% d'entre eux avaient moins de 20 ans en 2015).

Une étude menée sur un échantillon aléatoire de 1 234 utilisatrices de la pilule en France en 2000 (48), dans le cadre de l'enquête Cocon, a mis en évidence que 20% des femmes ont oublié de prendre au moins un comprimé au cours des quatre semaines précédant l'enquête, 7% ont oublié deux comprimés ou plus et 10% ont oublié au moins un comprimé sans utiliser de contraceptif pendant les rapports sexuels subséquents. Le risque d'oubli de pilule était plus élevé chez les femmes dont le dernier rapport sexuel avait eu lieu avec un partenaire occasionnel ou qui avaient des enfants en bas âge. La probabilité d'avoir oublié plusieurs comprimés était élevée chez les femmes ayant au moins un diplôme d'études secondaires et chez celles ayant déclaré des effets secondaires. En revanche, cette probabilité était réduite chez les patientes ayant des hauts revenus. De plus, un revenu élevé était associé à un risque réduit d'avoir eu un rapport sexuel non protégé après un oubli de pilule. La probabilité d'avoir oublié un comprimé et de ne pas avoir utilisé de contraceptif de substitution était plus élevée chez les femmes qui estimaient ne pas avoir été impliquées dans le choix de la méthode de contraception prescrite par leur médecin, ce qui souligne une nouvelle fois l'importance de l'information et de l'implication des patientes lors de la prescription de contraception.

Cet article, publié par Moreau C., suggère de porter une attention particulière aux femmes ayant des faibles revenus qui avaient une probabilité plus élevée d'avoir oublié plusieurs fois la pilule.

Selon le travail de Oster M-L, sage-femme (49), effectué en 2013 dans deux centres d'orthogénie, concernant 145 patientes, sur l'influence de la précarité sur l'observance de la contraception, la précarité ne semble pas avoir d'influence sur l'existence d'une situation d'oubli ou de décalage de la contraception orale. Cependant, l'étude montre que, parmi les femmes ayant été dans ces situations d'oubli ou de décalage, 40% des femmes du groupe précaire affirmaient être dans cette situation au moins une fois par mois (contre 20% dans le groupe non précaire). Ainsi, les femmes du groupe précaire n'étaient pas plus nombreuses à avoir été dans une situation d'oubli ou de décalage de la contraception orale, mais, elles oublièrent ou décalaient leur contraception plus fréquemment.

Concernant les motifs d'oubli ou de décalage de la prise de leur contraception, 67% des femmes du groupe non précaire évoquent des difficultés liées à des conditions de travail ou d'horaires irréguliers, alors que, parmi les femmes en situation de précarité, 44% évoquent des conditions de logement difficiles et 39% le partenaire ou les parents non informés de l'utilisation de la contraception.

Dans son rapport *Féminité, accès aux soins, maternité et risques vécus par les femmes en grande précarité* publié en 2005, le Samu social de Paris explique que les femmes sans domicile ont les mêmes désirs, comportements et besoins que les femmes de la population générale dans leur vie affective, sexuelle et reproductive, mais qu'elles doivent faire face à plus de difficultés du fait de leurs conditions de vie. Leur quotidien, rempli d'incertitudes et de risques à gérer en permanence, justifie que la contraception majoritairement prescrite chez les femmes en France qu'est la pilule, dont la prise doit être quotidienne, ne fasse pas partie de leurs priorités. On peut ainsi supposer un défaut d'observance important chez ces patientes.

Ce rapport mentionne également que la consommation de produits psychoactifs peut avoir une influence néfaste sur l'observance thérapeutique (50), or, elle serait plus fréquente chez les bénéficiaires de la CMU-C que dans la population générale.

Une enquête de la DRESS (51), publiée en octobre 2018, révèle que 84% des médecins généralistes évoquent des problèmes d'observance thérapeutique avec les patients qu'ils estiment en situation de vulnérabilité sociale, et 75% évoquent des obstacles à la prévention chez ces patients. Dans cette enquête, on constate que la part de patients en situation de vulnérabilité sociale estimée par le médecin généraliste augmente significativement avec la part de bénéficiaires de la CMU-C.

Ces résultats suggèrent des problèmes d'observance constatés par les médecins généralistes plus fréquents chez les bénéficiaires de la CMU-C.

Dans le cadre de l'étude de l'observance des méthodes de contraception, outre les oublis de comprimés, il est important de s'intéresser au taux d'abandon de ces méthodes.

Une étude française datant de 2009 montre que la probabilité d'abandon de la contraception varie considérablement d'une méthode à l'autre: les DIU étaient associés aux probabilités d'abandon les plus faibles (11% dans les 12 mois, 30% dans les 4 ans), suivis de la pilule (respectivement 22% et 48%). Les taux d'abandon étaient significativement plus élevés pour toutes les autres méthodes (préservatifs, retrait, méthodes de sensibilisation à la fertilité et spermicides). Aucune différence entre les taux d'arrêt par type de DIU (DIU au lévonorgestrel et DIU au cuivre) n'a été observée. On remarque des taux d'abandon plus élevés pour les pilules à base de progestatif seul et les pilules contenant des œstrogènes à très faible dose par rapport aux pilules contenant des œstrogènes à dose plus élevée (52).

Une publication de 2012 dans The American College of Obstetricians and Gynecologists montre qu'aux Etats-Unis, chez les femmes de 14 à 45 ans, le taux de continuation à 12 mois est de 86% pour les LARC (DIU ou implant) contre 55% pour les contraceptions de courte durée d'action. Ainsi, l'implant et les DIU, qui favorisent l'observance puisque le mécanisme d'action ne dépend pas de la patiente, favorisent également le taux de continuation par rapport à la pilule (53).

Notons que le taux d'arrêt des contraceptions réversibles, qu'elles soient de courte ou longue durée d'action, ne semble pas influencé par l'origine ethnique aux Etats-Unis (54).

Ainsi, on peut conclure que nos recherches bibliographiques concernant l'observance suggèrent que celle-ci pourrait être moins bonne chez les bénéficiaires de la CMU-C par rapport aux bénéficiaires de la prestation de référence (compte tenu de différents facteurs influençant tels que leur âge plus jeune, leurs revenus moindres, leur environnement et conditions de vie). Les médecins semblent d'ailleurs constater ces difficultés. Les LARC (DIU ou implant) offrant la meilleure observance et le meilleur taux de continuation, leur utilisation serait-elle privilégiée par les prescripteurs chez les bénéficiaires de la CMU-C ? Ceci pourrait être une explication aux différences de méthodes de contraception prescrites observée dans notre étude.

E) Les facteurs influençant le choix des patientes

Différents articles portant sur l'étude CHOICE (55) (56), menée dans plusieurs pays, mettent en évidence l'influence de l'information délivrée sur le choix contraceptif.

En effet, aux Etats-Unis, on observe que lorsqu'on élimine le coût de la contraception, après une information, une part beaucoup plus importante de femmes que ce qu'on observe dans la population générale s'oriente vers les LARC (implant ou DIU). Sur les 2 500 premières bénéficiaires du programme, 56 % ont choisi un DIU et 11 % l'implant (contre 3 % de la population générale qui opte pour une LARC) (34). Le taux de continuation à 12 mois étant supérieur à celui des contraceptions de courte durée d'action, les LARC semblent adaptés aux attentes et aux besoins de ces femmes (53).

Une autre étude réalisée aux Etats-Unis en 2014-2015 conforte l'intérêt des femmes pour les LARC plus important après une information claire et dans un contexte de gratuité (57).

Dans plusieurs pays européens tels que la Pologne, la Russie ou la Slovaquie, en éliminant le coût et après information claire, on constate un intérêt pour les patchs contraceptifs et les anneaux plus important que ce qui est observé dans les conditions habituelles de prescription (56).

De même, en Belgique, l'étude de l'influence du conseil contraceptif montre qu'une assez grande proportion des femmes choisit une méthode différente de celle qu'elle avait en tête au départ (58). Les préférences des médecins influencent le choix des femmes initialement indécises.

En Australie, chez les utilisatrices d'implant contraceptif, la principale raison de ce choix évoquée est le conseil du médecin, et la première raison d'arrêt est les effets indésirables type saignements (45).

Cette forte influence du conseil prodigué par le médecin quant au choix de contraception est observée en Australie (59), mais aussi en France, en Allemagne, en Italie, en Espagne et aux Etats-Unis où il apparaît comme le premier facteur influençant (60).

Une étude s'est intéressée aux jeunes femmes de moins de 25 ans ayant recours à la contraception d'urgence (61). La plupart utilise la pilule, mais un grand nombre d'entre elles l'a déjà oubliée au moins une fois. Cela pose donc la question de l'adhésion des jeunes femmes à la méthode contraceptive qui leur est prescrite. Malgré les nombreux avantages qu'elles énoncent en faveur de la pilule (très fiable, facile d'utilisation, sans effets secondaires majeurs, remboursée par l'Assurance maladie, et dont la réversibilité est totale, ne nécessitant pas d'intervention médicale, contrairement à l'implant ou au DIU), des jeunes femmes ont un regard critique sur cette méthode contraceptive : la pilule est une contrainte en raison des conditions d'utilisation (délais horaires, prescription). S'il ne semble pas y avoir d'effets secondaires suffisamment gênants pour justifier d'en arrêter l'utilisation, elles sont pourtant nombreuses à insister dessus, et considèrent qu'ils sont sous-estimés et « sous écoutés » par les médecins et autres professionnels de santé. Elles ont des idées reçues concernant les DIU (contre-indication chez les nullipares, risque infectieux important) et des préjugés concernant l'implant qui est parfois décrit comme une méthode marginale, réservée aux femmes « incapables de gérer leur contraception », alors qu'il a par ailleurs été montré que les jeunes

femmes sont plutôt favorables à l'implant lorsqu'elles ont des bonnes connaissances à son sujet et une source d'information fiable (26).

On constate donc que les connaissances mais également les méconnaissances et les incompréhensions sur le mode de fonctionnement, les risques et effets secondaires possibles, influencent le choix de la contraception.

Pour pouvoir informer et conseiller le mieux possible, il faut prendre en compte tous les facteurs qui influençant les choix des patientes : tout d'abord les idées reçues (par exemple l'impossibilité de pose de DIU chez les nullipares, la prise de poids systématique sous pilule œstroprogestative qui sont des idées très répandues), leurs craintes concernant l'efficacité d'une méthode, ses effets indésirables, la peur du corps étranger, le risque d'oubli selon les habitudes de vie de la patiente (62).

Compte tenu des résultats de notre étude, on peut se poser la question d'une différence de niveau de connaissance concernant la contraception entre les deux populations étudiées.

Il faut également connaître leurs attentes : le désir de médicaliser le moins possible la régulation des naissances, le désir de pouvoir gérer elles-mêmes, sans intervention médicale, l'arrêt de leur contraception, le souhait d'une protection vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles, la facilité d'utilisation, les effets secondaires possibles jugés acceptables ou non, le niveau d'efficacité contraceptive souhaité, la volonté ou non de modification des cycles menstruels, le coût (63).

D'après un article portant sur les inégalités sociales d'accès à la contraception en France, issu des données de l'enquête Cocon, publié en 2004, les inégalités d'accès à des produits non remboursés par la Sécurité sociale semblaient résulter, outre du frein financier que représente leur prix élevé, d'attentes différentes des femmes, liées à leur appartenance sociale (20).

Ainsi, on peut supposer que les bénéficiaires de la CMU-C et les femmes en prestation de référence n'ont pas forcément les mêmes attentes quant à leur contraception, ce qui pourrait constituer un facteur responsable des différences de prescription de contraception entre ces deux populations observées dans notre étude. Ensuite, le conseil médical et la délivrance d'une information claire influençant fortement le choix de la contraception, on peut se demander si l'information et les conseils délivrés par les médecins sont les mêmes pour ces deux groupes.

F) Les facteurs influençant l'attitude des médecins

Des études européennes soulignent que les conseils des médecins peuvent limiter le panel contraceptif proposé aux femmes. Elles montrent que, en France, c'est une contraception recommandée par les prescripteurs plutôt que demandée par les femmes qui s'impose (64). Ces enquêtes mettent en évidence l'influence des médecins sur les pratiques contraceptives des femmes, il est donc important de s'intéresser à ce qui détermine le conseil donné par les médecins.

Tout d'abord, conformément aux recommandations, les conseils des médecins tiennent compte des antécédents médicaux des patientes (tels que les facteurs de risque cardio-

vasculaires, les antécédents psychiatriques (39) ou néoplasiques), de leurs traitements et des éventuelles interactions médicamenteuses possibles.

Dans le cadre d'une approche globale, selon le modèle bio-psycho-social, ces éléments médicaux ne sont pas les seuls à entrer en jeu lors d'une décision de soins. Le recours à la contraception fait donc intervenir ce que les prescripteurs savent ou supposent de la situation sociale des patientes. En effet, à pathologie équivalente, selon les caractéristiques sociales du patient, le système de soins peut apporter des réponses différentes (65). Il en est de même pour la contraception. Nous allons voir quels sont les autres facteurs, outre les critères bio-médicaux, pouvant influencer l'attitude des médecins.

La perception des patients par les médecins est influencée par leur statut socio-économique. Bien que cela paraisse difficile à concilier avec le fait que les médecins sont véritablement motivés à fournir de bons soins à tous leurs patients, il semblerait qu'un faible niveau socio-économique soit corrélé à une évaluation plutôt négative de la personnalité, des capacités et du comportement des patients (66) (67).

Les conditions socio-économiques exposent inégalement les femmes au jugement moral et social sur le contrôle de leur fécondité. Il ne s'agit pas d'un phénomène récent, le contrôle social de la fertilité des populations précaires remonte au XIX^{ème} siècle. Au cours du XX^{ème} siècle, la recherche s'orientait vers la mise au point de contraceptifs simples et sûrs, largement diffusables et dont l'efficacité ne soit pas conditionnée par le suivi des règles de prescription (68). Finalement, elle s'orientait vers des méthodes qui agissent indépendamment des pratiques voire de la volonté des usagères. C'est le cas des DIU, implants et contraception injectable.

Les caractéristiques des contraceptifs à longue durée d'action ouvrent la possibilité d'une utilisation coercitive (69). En 1995, un article du New York Times, à propos de l'implant contraceptif, dit que ses qualités en font peut être une épée à deux tranchants: il pourrait devenir un instrument de contrôle social, vis à vis des femmes pauvres et des autres dont la fécondité est considérée comme une « menace » pour la société. Sans qu'il s'agisse d'une contrainte franche, les choix des femmes pourraient être influencés par des incitations, limitant ainsi leur liberté.

En 2004, Bretin H. s'était intéressée aux femmes ayant une contraception injectable (70). Selon elle, les injections renvoyaient à des situations dans lesquelles les conditions de reproduction, voire sa légitimité même, étaient mises en question selon les caractéristiques sociales et culturelles des femmes, la précarité sociale et économique, l'origine étrangère, la fécondité élevée. Ce qui confirmait les conclusions formulées dans un précédent article, en 1990, selon lesquelles le choix de produits injectables était plus lié à des facteurs socio-économiques qu'à des facteurs médicaux (71).

Dans une enquête menée entre 2002 et 2006, la prescription de l'implant apparaissait beaucoup plus contrainte et imposée aux femmes issues des classes populaires, alors qu'elle était davantage choisie par les femmes de milieux plus aisés.

Quelques années plus tard, en 2010, les utilisatrices d'implants étaient plus nombreuses, et l'enquête nationale Fecond montrait que l'implant concernait plus souvent des migrantes

originaires d'Afrique sub-saharienne et des femmes en situation de précarité économique, les deux catégories se recoupant en partie.

D'après un article de Bretin H., publié en 2016 (68), alors que les difficultés économiques confirment leur impact sur les pratiques contraceptives, l'implant deviendrait « le contraceptif qui rend service aux femmes dont le contrôle de la fécondité est plus que jamais légitime aux yeux des travailleurs sociaux et des médecins ».

Certains médecins généralistes expliquent être parfois assez « incitatifs » à l'utilisation de l'implant avec les patientes présentant des troubles du comportement, jugées non fiables, dont les capacités cognitives sont mises en question, psychotiques, mais aussi avec les personnes en situation de précarité, les migrantes, les populations marginales (72).

Par ailleurs, il semblerait que, dans le contexte post-partum, la pose d'implant précoce avant la sortie de la maternité chez les femmes souhaitant l'implant concerne davantage celles qui sont en situation de précarité. Il peut être retrouvé des recommandations incitant à une conduite différente avec les femmes compte tenu du risque de suivi difficile : par exemple, dans Contraception du post-partum : recommandations pour la pratique clinique, il est recommandé (au grade B) de « préférer les contraceptions dites de longue durée type implant ou DIU, en évaluant la balance risque-bénéfice de chaque méthode, chez les patientes à risque d'être perdues de vue et de discuter leur insertion avant la sortie de la maternité ». Ainsi les femmes en situation de précarité seraient peut-être considérées comme plus à risque d'être perdues de vue par les soignants en maternité (73).

En 2010, une étude américaine avait montré que le statut-économique et l'origine ethnique de la patiente pouvait avoir un impact sur les recommandations des professionnels de santé concernant les DIU (74). Cependant, une étude plus récente, également menée aux Etats-Unis, a montré des lacunes dans les informations et conseils donnés aux patientes consultant pour une contraception, mais aucune différence de prise en charge des patientes selon leur ethnie, ni selon leur statut socio-économique (75).

D'autre part, les recommandations des médecins sont également façonnées par les représentations qu'ils ont de la sexualité des patientes et des différentes méthodes de contraception. En 2015, il a été montré que les gynécologues présentent et recommandent les méthodes différemment à leurs patientes en fonction de leur âge, essayant de dissuader les plus jeunes de recourir au DIU et les plus âgées à la pilule ou au préservatif (64). Ces recommandations se basent davantage sur des a priori sur la sexualité de leurs patientes ou sur une référence à un âge socialement valorisé de la maternité (25-35 ans en France) que sur une expérience clinique ou sur une demande exprimée par la patiente lors de la consultation.

De plus, les recommandations contraceptives formulées par les médecins sont influencées par leurs propres capacités à les mettre en œuvre. Un médecin ne sachant pas poser de DIU ou d'implant pourra avoir des réticences à les recommander. Une petite partie seulement des médecins généralistes déclarent recommander toutes les méthodes sans établir de hiérarchie entre elles, et sans en discriminer certaines a priori.

Il apparaît que les DIU sont plus fréquemment prescrits par les gynécologues que par les généralistes (76). Moins de 10 % des DIU sont prescrits par des médecins généralistes (22). Or, les gynécologues ont des parts de bénéficiaires de la CMU-C moins élevées toutes choses égales par ailleurs que les généralistes alors que la population des bénéficiaires de la CMU-C est plutôt féminine (77).

Les nouvelles méthodes hormonales (l'anneau, le patch, et surtout l'implant) sont également rarement prescrites par les médecins généralistes selon l'état des lieux fait par l'HAS en 2013.

Les médecins les mieux formés en santé sexuelle et reproductive et qui recommandent la plus grande diversité de méthodes sont ceux qui se sentent le plus à l'aise pour aborder toutes les thématiques contraceptives.

Il a été montré que, dans un contexte de gratuité de la contraception, le taux de LARC prescrits augmentait après une formation des soignants (57).

L'état des lieux effectué par l'HAS (23) montre une différence du type de pilules œstroprogestatives prescrites par les médecins généralistes par rapport aux gynécologues. Les médecins généralistes prescrivaient, en 2013, majoritairement des pilules de 1^{ère} ou 2^{ème} génération alors que celles prescrites par les gynécologues sont le plus souvent de 3^{ème} ou 4^{ème} génération.

D'après un rapport publié en 2004, portant sur l'enquête Cocon réalisée en France, les attitudes de prescription de contraception des médecins spécialistes paraissaient différentes selon le profil social des femmes qui venaient consulter, ce qui n'était pas le cas pour les généralistes (20). La prescription d'une pilule de 3^{ème} génération par les généralistes était indépendante du niveau de diplôme et de la catégorie socioprofessionnelle de la femme, alors que les gynécologues prescrivaient davantage de pilules non remboursées aux femmes cadres et aux plus diplômées.

Cependant, depuis cette enquête, le paysage contraceptif français s'est modifié, notamment suite au déremboursement des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations.

Ces résultats traduisent l'absence de standardisation des pratiques médicales, qui a pour conséquence un accès inégal des utilisatrices aux différentes méthodes en fonction du médecin prescripteur auquel elles s'adressent.

Enfin, la probabilité de recommander une méthode est plus grande lorsque le médecin (ou sa partenaire) a déjà expérimenté cette méthode.

Ainsi, les prescripteurs de contraception sont influencés par leur formation, leur parcours professionnel, leur expérience personnelle en matière contraceptive, mais il semblerait que leurs prescriptions soient également influencées par un jugement auquel est soumise la fécondité des femmes en fonction de leur âge et de leur situation socio-économique.

G) Les IVG et grossesses non désirées

En France, environ un tiers des grossesses n'est pas prévu (4). En 2015, 218 100 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées, dont 216 798 concernent des femmes résidentes en France, soit un taux de recours de 14,9 IVG pour 1 000 femmes. Si le taux global est stable depuis quelques années, il a en revanche évolué différemment selon les âges, avec en particulier une petite baisse chez les moins de 20 ans depuis 2010. Les femmes de 20 à 24 ans demeurent les plus concernées par l'IVG, avec un recours moyen de 27 femmes pour 1 000. Le taux d'IVG est également variable selon les régions (78) (79).

Notons que, en 2015, la répartition de la population des bénéficiaires de la CMU-C est différente de celle de la population générale, il s'agit d'une population plus jeune (28% de bénéficiaires de la CMU-C ont entre 20 et 39 ans contre 23.9% de la population générale) (7). Ces données amènent à se poser la question d'un taux d'IVG différent chez les bénéficiaires de la CMU-C.

Selon une enquête de la DRESS, les femmes ayant recours à l'IVG en France en 2007 sont issues de milieux plutôt plus modestes : près de la moitié (46 %) d'entre elles déclarent des revenus nets pour leur ménage inférieurs à 1200 euros mensuels (80).

Les IVG chirurgicales tardives concernent une forte part de femmes jeunes et en cours d'études, ainsi que des femmes actives ayant eu plusieurs grossesses, souvent étrangères et bénéficiant de la CMU (81).

L'enquête ne permet pas de mesurer précisément le type de couverture maladie obligatoire et complémentaire des femmes ayant eu une IVG. Toutefois, elle suggère que les femmes bénéficiant de la CMU ou de la CMU-C sont surreprésentées.

Les femmes d'origine étrangère sont également surreprésentées par rapport à leur proportion en France, et elles ont un profil différent des femmes françaises : elles sont un peu plus âgées, ont moins souvent un emploi et se déclarent plus souvent bénéficiaires de la CMU ou de l'AME.

Près de deux tiers des IVG (64 %) sont liés à des échecs de contraception (82). Parmi les femmes ayant eu recours à une IVG en 2007 en France, on n'observe pas de différence significative concernant l'absence ou la présence d'une contraception, médicale ou non, selon la couverture maladie (CMU ou autre).

Une étude française multicentrique plus récente, portant sur 453 femmes ayant eu recours à l'IVG en 2014, permet de constater que les femmes ayant eu deux IVG antérieures ou plus bénéficiaient plus souvent de la CMU ou n'avaient pas d'assurance sociale (83).

Bien que le statut de femme en situation de précarité ne soit pas systématiquement associé à celui de bénéficiaires de la CMU et concerne également les femmes sans assurance maladie ou les bénéficiaires de l'AME, par exemple, les résultats présentés ci-dessus évoquant un lien entre le recours à l'IVG et la CMU semblent concordants avec ceux d'enquêtes s'intéressant plus largement aux femmes en situation de précarité.

En effet, une thèse réalisée en 2004, concernant les femmes en situation de précarité, met en évidence que si ces femmes ne sont pas plus nombreuses à avoir recours à l'IVG, leur nombre total d'IVG est supérieur. Donc les IVG itératives sont plus fréquentes que chez les femmes n'étant pas en situation de précarité (84).

D'autre part, une enquête effectuée dans deux centres d'orthogénie en Ile-de-France en 2013 suggère que les femmes en situation de précarité recourent de manière plus importante à l'IVG que les femmes non précaires (49).

De plus, une enquête réalisée dans 5 CASO de Médecins du Monde en France concernant des femmes en situation de précarité met en évidence une proportion élevée de recours à l'IVG (43). En effet, 37,9 % des femmes interrogées ont déclaré avoir eu recours à une IVG au cours de leur vie contre 17,4 % des femmes en population générale en France en 2005. Chez ces patientes, l'absence de contraception est le premier motif évoquée alors que les femmes en population générale française évoquent plus fréquemment l'échec de contraception pour expliquer ce recours.

Dans son rapport traitant de l'augmentation du recours répété à l'IVG en France, en 2013 (85), Bajos N. met en évidence le fait que les femmes se présentant pour une IVG de rang 2 ou plus déclarent plus que les autres avoir utilisé une méthode de contraception au moment où elles se sont trouvées enceintes mais également que les femmes qui se présentent pour une deuxième IVG sont plus nombreuses à déclarer que la méthode de contraception qu'elles utilisaient alors ne leur convenait pas.

Or, nous avons vu ci-dessus que les femmes ayant des IVG itératives bénéficiaient plus souvent de la CMU. On peut ainsi se poser la question de savoir si ces femmes considèrent plus souvent que les autres utiliser une contraception qui ne leur convient pas.

Par ailleurs, en ce qui concerne les autres pays, aux États-Unis, la proportion la plus élevée de grossesses non désirées est observée chez les femmes de certaines origines ethniques (les personnes noires ou hispaniques) et les adolescentes (86).

Un rapport faisant suite au Contraceptive CHOICE project aux États-Unis, concernant des jeunes femmes de 15 à 19 ans bénéficiant d'une gratuité de leur contraception, dont 72% avaient opté pour un LARC, montre qu'elles ont des taux de grossesse, de naissance et d'avortement inférieurs aux taux nationaux (87).

Cependant, une analyse secondaire des données du Contraceptive CHOICE project a été réalisée aux États-Unis également, entre 2007 et 2011, comptant 9 256 participantes suivies pendant 3 ans (88). Après ajustement en fonction de l'âge, du niveau d'éducation, des antécédents de grossesse non désirée, un statut socio-économique défavorable est associé à un risque accru de grossesse non désirée. Ainsi, malgré la suppression du coût de la contraception, un statut socioéconomique bas est associé à une incidence plus élevée de grossesses non désirées.

Au Canada, les femmes ayant eu des grossesses non désirées sont significativement plus jeunes, moins scolarisées, et ont un revenu du ménage inférieur. 20,2% d'entre elles déclarent ne pas utiliser de méthode de contraception (44). Le seul facteur significativement associé à l'absence de contraception avant une grossesse non désirée est un faible niveau d'instruction.

Il n'y a pas de différences statistiquement significatives observées selon les revenus en ce qui concerne le type de contraception utilisé avant une grossesse non désirée.

En conclusion, il apparaît que les femmes avec un statut socio-économique bas, dont les bénéficiaires de la CMU-C font partie, sont davantage concernées par les grossesses non désirées et les IVG. Il convient alors de se demander si cela est dû à des prescriptions de contraception différentes pour cette population, ou si, au contraire, cela est une des raisons pour lesquelles les médecins, essayant de limiter au mieux le risque de grossesse non désirée, adoptent une attitude de prescription différente avec les bénéficiaires de la CMU-C.

H) La contraception d'urgence

Concernant la contraception d'urgence per os, qui peut être délivrée sur ordonnance ou en vente libre, on note une augmentation du nombre de boîtes vendues entre 1999 et 2013 (79).

En 2010, 24,4% des femmes de 15 à 49 ans déclarent avoir déjà utilisé au moins une fois au cours de leur vie la contraception d'urgence (78). Près d'une jeune femme de 20 à 24 ans sur deux l'a déjà utilisée (46,6%).

En 2010, 11% des jeunes femmes de 15 à 29 ans sexuellement actives au cours des douze derniers mois déclarent avoir utilisé la contraception d'urgence durant cette période : 7,6% une fois et 3,4% plusieurs fois (23). Cette utilisation, encore plus marquée pour les filles âgées de moins de 20 ans (une jeune fille sur cinq), diminue rapidement pour concerner 11,1% des 20-24 ans, 6,7% des 25-29 ans et moins de deux femmes sur cent à partir de 30 ans.

L'utilisation d'une contraception d'urgence au cours des douze derniers mois n'est pas statistiquement différente selon la nature de la contraception (médicalisée ou non) que les femmes déclarent utiliser au moment de l'enquête.

Il apparaît qu'une situation financière perçue comme difficile ou un niveau de diplôme plus élevé que celui des autres jeunes filles du même âge augmentent la probabilité d'avoir utilisé la contraception d'urgence au cours des douze derniers mois.

Ces résultats sont en accord avec une étude plus ancienne (48), menée en 2000, qui montrait que, en cas d'oubli de pilule, les femmes ayant un niveau de scolarité supérieur étaient nettement plus susceptibles que les autres d'avoir utilisé une contraception d'urgence.

Ainsi, il semblerait que l'âge et les facteurs socio-économiques aient une influence sur l'utilisation des pilules contraceptives d'urgence. Cependant, notre étude ne met pas en évidence de différence statistiquement significative de remboursement de ces pilules pour les bénéficiaires de la CMU-C par rapport aux personnes en prestation de référence. Notre résultat comporte des biais, notamment l'absence de prise en compte des pilules délivrées en vente libre, non remboursées, qui pourraient masquer une différence.

V/ Conclusion

En conclusion, notre étude met en évidence une différence statistiquement significative des contraceptions prescrites par les médecins généralistes et remboursées aux femmes bénéficiaires de la CMU-C par rapport à celles qui bénéficient de la prestation de référence, hors contraception d'urgence, en France, en 2015. En revanche, il n'a pas été mis en évidence de différence significative concernant les pilules contraceptives d'urgence remboursées.

La différence observée, concernant les contraceptions hors urgence, semble résulter de plusieurs facteurs. Tout d'abord, certaines caractéristiques de la population des bénéficiaires de la CMU-C, telles que la répartition des âges et les antécédents médico-chirurgicaux, notamment les facteurs de risque cardio-vasculaires, les antécédents psychiatriques et les IVG, qui font partie des éléments pris en compte lors du choix contraceptif, diffèrent par rapport à la population en prestation de référence. Des données supplémentaires sur les caractéristiques sociodémographiques et les origines des bénéficiaires de la CMU-C permettraient de mettre en évidence un éventuel impact de la parité, du statut matrimonial et des préférences culturelles sur leur choix de contraception. D'autre part, on peut se demander si leurs attentes concernant la contraception sont les mêmes que celles des femmes en prestation de référence. Par ailleurs, les données bibliographiques suggèrent une moins bonne observance chez les bénéficiaires de la CMU-C, ce qui doit être pris en considération, notamment dans le choix entre une méthode contraceptive de courte ou de longue durée d'action. Enfin, le conseil du prescripteur, qui apparaît comme un déterminant majeur du choix contraceptif, diffère selon le statut socio-économique des femmes d'après les recherches bibliographiques.

Bibliographie

1. Vigoureux S, Le Guen M. [Current knowledge on contraceptive knowledge in France: CNGOF Contraception Guidelines]. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(12):777-85.
2. Bajos N, Ferrand M. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. *Sci Soc Santé.* 2004;22(3):117-42.
3. Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. *La documentation française ;* 2009.
4. INPES. Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? [En ligne]. Octobre 2011 [consulté le 23 mars 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/11/cp111026.asp>
5. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Contraception – recommandations pour la pratique clinique. [En ligne]. 2018 [consulté le 22 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique?folder=RPC%2BCOLLEGE%252F2018>
6. INPES. Comment aider une femme à choisir sa contraception? - repères pour votre pratique. [En ligne]. Septembre 2013 [consulté le 23 mars 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildocFB.asp?numfiche=784>
7. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Rapport d'activité 2015. [En ligne]. [consulté le 14 janv 2019]. Disponible sur: https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2015.pdf
8. DREES. La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2016 - Ministère des Solidarités et de la Santé [En ligne]. 2016 [consulté le 15 mars 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/la-complementaire-sante-acteurs-beneficiaires-garanties-edition-2016>
9. Carré B, Perronnin M. Évolution de la dépense en part de complémentaire santé des bénéficiaires de la CMU-C. *IRDES : analyse et prévision.* 2018 ;86
10. Jess N. Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins - Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015;6.

11. Païta M, Ricordeau P, De Roquefeuil L, Studer A, Vallier N, Weill A. – Point repère n°8 -ALD des bénéficiaires de la CMU-C [En ligne]. Août 2007 [consulté le 19 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/points-de-repere/n-8-ald-des-beneficiaires-de-la-cmu-c.php>
12. INSEE. Évolution et structure de la population en 2015 – France entière –Évolution et structure de la population en 2015. [En ligne]. [consulté le 23 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3569142?sommaire=3569168&geo=FE-1>
13. Institut Statistique des Professionnels de santé Libéraux [En ligne]. [consulté le 9 janvier 2019]. Disponible sur: <http://www.ispl.fr/>
14. Haute Autorité de Santé - Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [En ligne]. [consulté le 22 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-les-methodes-les-plus-efficaces-disponibles
15. Moreau C, Trussell J, Gilbert F, Bajos N, Bouyer J. Oral Contraceptive Tolerance: Does the Type of Pill Matter? *Obstet Gynecol.* juin 2007;109(6):1277.
16. SFDRMG. Contraception orale : le type de pilule favorise-t-il l'observance ? [En ligne]. Janvier 2010 [consulté le 11 février 2019]. Disponible sur: https://www.unaformec.org/uploads/Publications/bibliomed/571_Contraception_orale_type_de_pilule_et_observance.pdf
17. Vliet HAV, Grimes DA, Helmerhorst FM, Schulz KF, Lopez LM. Biphase versus monophasic oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* [En ligne]. 2006 [consulté le 11 février 2019];(3). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.ressources.univ-poitiers.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002032.pub2/abstract>
18. Vliet HAV, Grimes DA, Helmerhorst FM, Schulz KF, Lopez LM. Biphase versus triphasic oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* [En ligne]. 2006 [consulté le 11 février 2019];(3). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.ressources.univ-poitiers.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003283.pub2/abstract>
19. Vliet HAV, Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Helmerhorst FM. Triphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2011 [consulté le 11 février 2019];(11). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.ressources.univ-poitiers.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003553.pub3/abstract>
20. Bajos N, Oustry P, Leridon H, Bouyer J, Job-Spira N, Hassoun D, et al. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. *Population.* 2004;59(3):479-502.
21. Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? 2012;4.

22. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? 2014;4.
23. Haute Autorité de Santé - État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [En ligne]. 2013 [consulté le 22 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee
24. Gautier A, Kersaudy-Rahib D, Lydié N. Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans, Contraceptive practices among young women. *Agora Débatsjeunesses*. 20 mars 2013;(63):88-101.
25. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016 - Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. [En ligne] 2016 [consulté le 22 mars 2019]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf>
26. Screve O. Les alternatives à la pilule: implant sous cutané, patch contraceptif et anneau vaginal. [Mémoire de diplôme d'état de sage-femme] Université Claude Bernard Lyon ; 2012.
27. Mestad R, Secura G, Allsworth JE, Madden T, Zhao Q, Peipert JF. Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception*. nov 2011;84(5):493-8.
28. Molloy GJ, Sweeney L-A, Byrne M, Hughes CM, Ingham R, Morgan K, et al. Prescription contraception use: a cross-sectional population study of psychosocial determinants. *BMJ Open*. 12 août 2015;5(8):e007794.
29. Ined - Institut national d'études démographiques. La contraception dans le monde (2011) [En ligne]. [consulté le 12 février 2019]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-contraception-dans-le-monde/>
30. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Trends in contraceptive use worldwide, 2015. [En ligne]. 2015 [consulté le 22 mars 2019]. Disponible sur : <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/trendsContraceptiveUse2015Report.pdf>
31. Guen ML, Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. 2017;4.
32. Bertrand JT, Sullivan TM, Knowles EA. Déséquilibre des méthodes contraceptives et évolution de l'éventail de méthodes dans les pays à revenu faible et intermédiaire. 2015;17.
33. Bahamondes L. Implants contraceptifs sous-cutanés comparés à d'autres formes de contraceptifs réversibles ou d'autres implants comme méthodes efficaces de

prévention de la grossesse : Commentaire de la BSG (dernière révision : 1er décembre 2008). Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS; Genève : Organisation mondiale de la Santé.

34. Naves MC, Sauneron S. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Note d'analyse 226. [En ligne]. 2011 [consulté le 22 mars 2019]. Disponible sur: <http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/comment-ameliorer-lacces-des-jeunes-la-contraception-note-danalyse-226-juin-2011.html>
35. Poncet LC, Huang N, Rei W, Lin Y-C, Chen C-Y. Contraceptive use and method among immigrant women in France: Relationship with socioeconomic status. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 1 déc 2013;18(6):468-79.
36. Maraux B, Lert F. La contraception chez les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne en Île-de-France : une pratique généralisée comme dans la population générale, des méthodes différentes. [En ligne]. 2017 [consulté le 8 octobre 2018]. p. 299-313. Disponible sur: <https://www.cairn.info/parcours-de-vie-et-sante-des-africains-immigres--9782707196453-p-299.htm>
37. Shih G, Vittinghoff E, Steinauer J, Dehlendorf C. Racial and Ethnic Disparities in Contraceptive Method Choice in California. *Perspect Sex Reprod Health*. sept 2011;43(3):173-80.
38. DREES. Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution - édition 2015 - Ministère des Solidarités et de la Santé [En ligne]. 2015 [consulté le 22 mars 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/les-minima-sociaux/article/minima-sociaux-et-prestations-sociales-menages-aux-revenus-modestes-et-11518>
39. Guirimand MD. Conseil contraceptif en psychiatrie : impact des facteurs sociodémographiques et médicaux pouvant influencer le conseil contraceptif chez cent patientes suivies en centre médico-psychologique d'Île de France. [Thèse de doctorat] Université Paris Descartes, faculté de médecine ; 2014.
40. Clarke LL, Schmitt K, Bono CA, Steele J, Miller MK. Norplant selection and satisfaction among low-income women. *Am J Public Health*. août 1998;88(8):1175-81.
41. Observatoire Régional de la Santé de Bretagne. (O.R.S.B.). Rennes. FRA, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bretagne. (D.R.A.S.S.). Rennes. FRA / com. La santé des bénéficiaires de la C.M.U. observée dans les Centres d'Examens de Santé de Bretagne. Rennes: ORS Bretagne; 2006 nov p. 78p.
42. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Teboul M, Bajos N, FECOND Working Group. Trends and determinants of use of long-acting reversible contraception use among young women in France: results from three national surveys conducted between 2000 and 2010. *Fertil Steril*. août 2013;100(2):451-8.
43. Médecins du monde. Contraception et prévention des cancers féminins [En ligne]. 2013 [consulté le 22 mars 2019]. Disponible sur:

<https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2013/03/08/contraception-et-prevention-des-cancers-feminins>

44. Metcalfe A, Talavlikar R, du Prey B, Tough SC. Exploring the relationship between socioeconomic factors, method of contraception and unintended pregnancy. *Reprod Health*. 22 mars 2016;13:28.
45. Wong RC, Bell RJ, Thunuguntla K, McNamee K, Vollenhoven B. Implanon users are less likely to be satisfied with their contraception after 6 months than IUD users. *Contraception*. 1 nov 2009;80(5):452-6.
46. Dempsey A, Choi A. Strategies to improve compliance among oral contraceptive pill users: a review of the literature. *Open Access J Contracept*. juin 2014;17.
47. Halpern V, Lopez LM, Grimes DA, Stockton LL, Gallo MF. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods of contraception. *Cochrane Database Syst Rev* [En ligne]. 2013 [consulté le 13 février 2019]. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004317.pub4/abstract>
48. Moreau C, Bouyer J, Gilbert F, Group TC, Bajos N. Social, Demographic and Situational Characteristics Associated with Inconsistent Use of Oral Contraceptives: Evidence from France. *Perspect Sex Reprod Health*. 2006;38(4):190-6.
49. Oster M-L. Influence de la précarité sur l'observance de la contraception [Mémoire de diplôme d'état de sage-femme] Université Paris Descartes ; 2013.
50. Brunet L, Carpentier S, Laporte A, Pourette D, Guillon B. Féminité, accès aux soins, maternité et risques vécus par les femmes en grande précarité. Une contribution à l'amélioration de leur santé gynécologique. [En ligne]. 2005 [consulté le 13 février 2019]. Disponible sur: http://adsfasso.org/wp-content/uploads/2015/10/Rapport_Observatoire_SSP_2005.pdf
51. DREES. Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale : opinions et pratiques des médecins généralistes - Ministère des Solidarités et de la Santé [En ligne]. 2018 [consulté le 16 novembre 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/prise-en-charge-des-patients-en-situation-de-vulnerabilite-sociale-opinions-et>
52. Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodríguez G, Trussell J. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. *Hum Reprod Oxf Engl*. juin 2009;24(6):1387-92
53. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice, Long-Acting Reversible Contraception Working Group. ACOG Committee Opinion no. 450: Increasing use of contraceptive implants and intrauterine devices to reduce unintended pregnancy. *Obstet Gynecol*. déc 2009;114(6):1434-8.

54. Allsworth JE, Secura GM, Ajibade OO, Peipert JF. Differences in Contraceptive Discontinuation Among Black and White Women: Evidence from the Contraceptive CHOICE Project. *J Womens Health* 2002. 2018;27(5):599-606.
55. Tomaszewski J, Paszkowski T, Debski R, Kotarski J, Skrzypulec-Plinta V, Spaczyński RZ, et al. [The CHOICE study (Contraceptive Health Research Of Informed Choice Experience)--an educational research program for Polish women planning combined hormonal contraceptives use]. *Ginekol Pol.* juin 2012;83(6):417-23.
56. Bitzer J, Gemzell-Danielsson K, Roumen F, Marintcheva-Petrova M, van Bakel B, Oddens BJ. The CHOICE study: effect of counselling on the selection of combined hormonal contraceptive methods in 11 countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept.* févr 2012;17(1):65-78.
57. Buckel C, Maddipati R, Goodman M, Peipert JF, Madden T. Effect of Staff Training and Cost Support on Provision of Long-Acting Reversible Contraception in Community Health Centers. *Contraception.* 24 janv 2019;
58. Merckx M, Donders GG, Grandjean P, Van de Sande T, Weyers S. Does structured counselling influence combined hormonal contraceptive choice? *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept.* déc 2011;16(6):418-29.
59. Allen K. Contraception - common issues and practical suggestions. *Aust Fam Physician.* oct 2012;41(10):770-2.
60. Johnson S, Pion C, Jennings V. Current methods and attitudes of women towards contraception in Europe and America. *Reprod Health.* 5 févr 2013;10(1):7.
61. Amsellem-Mainguy Y. Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives. *Rev Polit Soc Fam.* 2010;100(1):104-9.
62. Chamot A. Déterminants du choix contraceptif chez les utilisatrices de nouveaux moyens de contraception (patch, anneau vaginal, implant) [Thèse d'exercice en médecine]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2018.
63. Egarter C, Frey Tirri B, Bitzer J, Kaminsky V, Oddens BJ, Prilepskaya V, et al. Women's perceptions and reasons for choosing the pill, patch, or ring in the CHOICE study: a cross-sectional survey of contraceptive method selection after counseling. *BMC Womens Health.* 28 févr 2013;13:9.
64. Roux A, Ventola C, Bajos N. Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France, Experts with lay logics: About prescription of methods of contraception in France. *Sci Soc Santé.* 22 sept 2017;35(3):41-70.
65. Hammou KB. Le patient précaire au cabinet de médecine générale: le point de vue des généralistes ayant une expérience de soins auprès des populations précaires. [Thèse de doctorat] Université de Rouen Faculté de médecine ; 2014

66. Van Ryn M, Saha S. Exploring Unconscious Bias in Disparities Research and Medical Education. *JAMA* [En ligne]. 7 sept 2011 [consulté le 11 février 2019];306(9). Disponible sur : <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2011.1275>
67. Van Ryn M, Burke J. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Soc Sci Med* 1982. mars 2000;50(6):813-28.
68. Bretin H, Kotobi L. Inégalités contraceptives au pays de la pilule. *Agone*. 29 juin 2016;(58):123-34.
69. Steinbock B. Coercion and Long-Term Contraceptives. *Hastings Cent Rep*. 2 janv 1995;25(1):S19-22.
70. Bretin H. Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France. *Sci Soc Santé*. 2004;22(3):87-110.
71. Herschkorn P, Thebaud-Mony A, Lasselain J, Bretin H. Medecins et contraception injectable. Analyse des logiques de prescription à partir des discours de medecins. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1990; 19(2):228-36.
72. Attal E, Dumont-Beaudonnet V. L'implant contraceptif sous-cutané: perception du médecin généraliste. [Thèse de doctorat] Université de Nantes faculté de médecine; 2012.
73. Blondeau C. Impact de la précarité sur la prescription de la contraception en suites de couches : étude qualitative dans une maternité de la petite couronne parisienne. [Mémoire de diplôme d'état de sage-femme] Université Paris Descartes ; 2018.
74. Dehlendorf C, Ruskin R, Grumbach K, Vittinghoff E, Bibbins-Domingo K, Schillinger D, et al. Recommendations for intrauterine contraception: a randomized trial of the effects of patients' race/ethnicity and socioeconomic status. *Am J Obstet Gynecol*. oct 2010;203(4):319.e1-8.
75. Dehlendorf C, Anderson N, Vittinghoff E, Grumbach K, Levy K, Steinauer J. Quality and Content of Patient-Provider Communication About Contraception: Differences by Race/Ethnicity and Socioeconomic Status. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health*. oct 2017;27(5):530-8.
76. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N, FECOND group. IUD use in France: women's and physician's perspectives. *Contraception*. janv 2014;89(1):9-16.
77. Cases C, Lucas-Gabrielli V, Perronnin M, To M. Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUC des praticiens libéraux ? 2008;6.
78. DREES. L'état de santé de la population en France - Rapport 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé [En ligne]. 2017 [consulté le 22 mars 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>

79. Vilain A (DREES). Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 - Ministère des Solidarités et de la Santé [En ligne]. 2015 [consulté le 22 mars 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2015>
80. Vigoureux S. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 déc 2016;45(10):1462-76.
81. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge, Women who resort to induced abortion : different profiles and treatment protocols. *Rev Fr Aff Soc.* 22 juin 2011;(1):116-47.
82. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. *Rev Fr Aff Soc.* 22 juin 2011;(1):148-61.
83. Opatowski M, Bardy F, David P, Dunbavand A, Saurel-Cubizolles M-J. Caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs IVG – Enquête multicentrique sur les IVG médicamenteuses en France en 2014. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* janv 2017;45(1):22-7.
84. Gosselin C, Agard C. La contraception chez les femmes en situation de précarité dans l'agglomération nantaise: étude auprès de 93 patientes. [Thèse de doctorat] Université de Nantes Faculté de médecine; 2004.
85. Bajos N, Prioux F, Moreau C. L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* 1 août 2013;61(4):291-8.
86. Craig AD, Dehlendorf C, Borrero S, Harper CC, Rocca CH. Exploring Young Adults' Contraceptive Knowledge and Attitudes: Disparities by Race/Ethnicity and Age. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health.* 2014;24(3):e281-9.
87. Secura GM, Madden T, McNicholas C, Mullersman J, Buckel CM, Zhao Q, et al. Provision of No-Cost, Long-Acting Contraception and Teenage Pregnancy. *N Engl J Med.* 2 oct 2014;371(14):1316-23.
88. Iseyemi A, Zhao Q, McNicholas C, Peipert JF. Socioeconomic Status As a Risk Factor for Unintended Pregnancy in the Contraceptive CHOICE Project: *Obstet Gynecol.* sept 2017;130(3):609-15.

Résumé

Introduction

La prescription d'une contraception nécessite la prise en compte d'éléments médicaux, psychologiques et socio-environnementaux. Les bénéficiaires de la CMU-C, qui ont de faibles ressources financières, ont un état de santé plus dégradé que le reste de la population. L'objectif de cette étude est de savoir s'il existe une différence de prescription par les médecins généralistes, en 2015, des différentes contraceptions entre les patientes bénéficiaires de la CMU-C et celles bénéficiant de la prestation de référence.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude observationnelle, quantitative, rétrospective, incluant toutes les bénéficiaires de la prestation de référence et de la CMU-C affiliées à la Sécurité sociale française en 2015. Les données de l'Institut statistique des professionnels de santé libéraux concernant les feuilles de soins des médecins généralistes remboursées en 2015 ont été utilisées. Le critère de jugement principal est la présence d'une différence de remboursement entre les deux populations avec une probabilité au seuil de 5%. Un test statistique de Chi 2, pour les contraceptions hors urgence, et un test de Wilcoxon, pour les contraceptions orales d'urgence, ont été réalisés avec le logiciel Statistica R.

Résultats

Pour les contraceptions hors urgence, regroupées en 14 catégories de dénominations communes internationales équivalentes, il existe une différence statistiquement significative de remboursement entre les bénéficiaires de la CMU-C et celles de la prestation de référence (Chi 2=52607928, DI=13, $p<0,05$). Pour les 2 catégories de contraceptions orales d'urgence, il n'y a pas de différence statistiquement significative ($p=0.17$).

Conclusion

Les contraceptions prescrites aux bénéficiaires de la CMU-C hors urgence sont différentes de celles prescrites au reste de la population. Plusieurs facteurs pourraient expliquer cela, notamment l'âge, les antécédents, l'observance, les attentes des femmes, mais également l'attitude des prescripteurs en fonction du statut socio-économique des patientes.

Mots clés : Contraception, dispositifs intra-utérins, implant contraceptif, contraceptifs oraux, couverture maladie universelle complémentaire, statut socio-économique.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

