



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

La « crise des pilules » en France : les femmes ont-elles davantage consulté un.e gynécologue afin d'accéder plus facilement au DIU ?



The French “pill scare”: Did women go to a gynecologist more often to have an easier access to the IUD?

M. Le Guen ^{a,*}, R. Agius ^b, H. Panjo ^{b,c}, C. Moreau ^{b,d}, pour le groupe Baromètre Santé 2016¹

^a Centre de recherche en Démographie, Université catholique de Louvain, 1 Place Montesquieu, L2.08.03, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique

^b Soins primaires et prévention, Centre de Recherche en Épidémiologie et Santé des populations, U1018, Inserm, 94807 Villejuif, France

^c Institut National d'Études Démographiques, 9, Cours des Humanités, 93300 Aubervilliers, France

^d Department of Population, Family and Reproductive Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 615 N Wolfe St, Baltimore, MD 21205, United States

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 29 juin 2020

Accepté le 8 octobre 2020

Disponible sur Internet le 6 novembre 2020

Mots clés :

Crise des pilules

France

Contraception

Accès aux professionnel-le-s de santé

Pilule

DIU

Implant

RÉSUMÉ

Position du problème. – En décembre 2012, une controverse médiatique sur les risques sanitaires associés à l'utilisation de la contraception orale, ou « crise des pilules », éclate en France. Si plusieurs analyses ont pu mettre en évidence un changement des pratiques contraceptives des femmes suite à cette controverse médiatique, aucune analyse n'a été conduite pour connaître l'évolution du recours aux différent-e-s prescripteurs-trices, et ses conséquences sur le recours aux différentes méthodes de contraception.

Méthodes. – Notre étude s'appuie sur les données de trois enquêtes transversales conduites en population générale (Fecond 2010, Fecond 2013 et Baromètre Santé 2016) ayant permis de collecter les pratiques contraceptives des femmes et la spécialité de la-du professionnel-le de santé leur ayant prescrit la méthode qu'elles utilisaient.

Résultats. – Entre 2010 et 2016, les femmes se sont plus souvent rendues chez un.e gynécologue ou un.e sage-femme que chez un.e généraliste pour délivrance de leur méthode de contraception principale réversible. Mais, les changements de pratiques contraceptives observés chez les femmes sur la période ne s'expliquaient pas par l'évolution de recours aux différent-e-s professionnel-le-s de santé. En 2016, le recours aux différent-e-s prescripteurs-trices de santé restait largement dépendant des caractéristiques sociodémographiques des femmes : celles étant plus âgées, d'une position sociale favorisée et qui résidaient en zone urbaine avaient davantage recours à un.e gynécologue pour la prescription de leur méthode de contraception. Le recours aux sages-femmes pour la prescription d'une méthode de contraception était plus fréquent chez les femmes ayant déjà eu des enfants, et bénéficiant de la sécurité sociale mais n'ayant pas de mutuelle.

Conclusion. – Suite à la « crise des pilules » survenue en France en 2012, le choix de certaines femmes d'utiliser le DIU au détriment de la pilule les a conduites à changer de prescripteurs-trices, d'une part, et incité ces dernièr-e-s à modifier leurs pratiques prescriptives, d'autres part.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mireille.leguen@uclouvain.be (M. Le Guen).

¹ Le groupe Baromètre Santé est composé d'A. Gautier, de N. Lydié, de D. Rahib, de F. Limousi, de J.-B. Richard et de C. Brouard.

A B S T R A C T

Keywords:

Pill scare
France
Contraception
Access to health professionals
Pill
IUD
Implant

Background. – In December 2012, a media controversy about negative side-effects of oral contraceptives on women's health, also called "pill scare", broke out in France. While several analyses highlighted a change in women's contraceptive practices following this media controversy, no analysis has been conducted to determine the possible changes in their choices of health professionals and its repercussions on their contraceptive use.

Methods. – Our study is based on data from three population-based cross-sectional surveys conducted in 2010, 2013 and 2016 (Fecond 2010, Fecond 2013 and Baromètre Santé 2016) that collected information on women's contraceptive practices and the specialties of the health professionals having prescribed the methods they were using.

Results. – Between 2010 and 2016, women went to a gynecologist or a midwife more often than to a general practitioner for prescription of a reversible contraceptive method. However, their changes in visiting prescribers did not explain the changes in their contraceptive practices observed over the period. In 2016, access to health professional remained largely dependent on women's socio-demographic characteristics: older ones and those from a more privileged social background or living in urban areas were more likely to consult a gynecologist for prescription of their contraceptive method. On the other hand, consultations of midwives for contraceptive prescription were more frequent among women with children and among those who relied on public health insurance alone.

Conclusion. – Following the "pill scare" that occurred in France in December 2012, the decision by some women to use the IUD instead of the pill led them to change health professionals, and also led practitioners to change their prescribing practices.

© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

En décembre 2012, suite à la médiatisation du dépôt d'une plainte d'une jeune femme victime d'un accident vasculaire cérébral qu'elle attribuait à sa pilule nouvelle génération², une « crise des pilules » éclate en France [1,2]. Cet événement, survenu dans un contexte où le recours à la contraception orale avait déjà accusé une baisse entre 2005 et 2010 [3], s'est accompagné d'une diminution de l'utilisation de la pilule entre 2010 et 2013 [1] et entre 2013 et 2016 [4]. Si la part des femmes à risque de grossesse et n'utilisant aucune contraception n'a pas augmenté [4], il apparaît cependant que le report vers d'autres méthodes a été socialement différencié, les femmes de classes supérieures s'étant davantage tournées vers le dispositif intra-utérin (DIU) que leurs homologues de milieux populaires [5]. Ces différences de reports vers d'autres contraceptifs posent la question de l'accès aux différentes méthodes médicales de contraception. En France, celles-ci doivent faire l'objet d'une prescription par un·e professionnel·le de santé habilité·e à délivrer la contraception : les médecins généralistes et les médecins gynécologues, qui couvrent la majorité de cette activité [6], et les sages-femmes qui ont acquis cette compétence en 2009³. Quelques autres spécialités médicales peuvent prescrire des méthodes ayant également un effet contraceptif, c'est le cas des dermatologues notamment lorsque ces dernier·e·s prescrivent le traitement anti-acnéique Diane 35[®].

Si les recommandations faites par la Haute Autorité de santé (HAS) permettent de guider les professionnel·le·s dans leurs pratiques prescriptives en matière de contraception, force est de constater qu'en France la délivrance des différents contraceptifs

dépend largement des caractéristiques professionnelles (spécialité, niveau de formation, lieu d'exercice) et des croyances personnelles des prescripteurs·trices, entraînant un accès inégal des utilisatrices aux différentes méthodes contraceptives en fonction de la spécialité de la/du professionnel·le qu'elles consultent [7]. La différence de prescription du DIU, observée en France [8] comme dans d'autres pays développés [9,10], renvoie avant tout à la formation médicale, les généralistes ayant plus rarement reçu une formation technique à la pose de ce dispositif que les gynécologues, formé·e·s à cet effet [11]. Ces différences de formation initiale sont accentuées au cours du temps par l'exposition différentielle des médecins aux visiteurs médicaux qui, en matière d'innovation contraceptive relatives au dispositif intra-utérin [8] et aux pilules de nouvelle génération [12] notamment, s'adressent plus souvent aux gynécologues, qui assurant la majorité des prescriptions contraceptives en France, plutôt qu'aux généralistes. Les logiques de prise en charge différenciées dépendent également du type de patientèle des professionnel·le·s, les conduisant à adapter leurs pratiques selon le niveau de revenus et le type de couverture santé des femmes, réservant aux plus privilégiées le choix de méthodes plus onéreuses non prises en charge ou seulement partiellement couvertes par la sécurité sociale, tandis que les méthodes mieux remboursées sont plus souvent proposées aux femmes de niveaux sociaux moins favorisés [12]. Enfin, à ces différences s'ajoutent des inégalités territoriales. La diminution du nombre de gynécologues au cours des dernières années [13] ainsi que les dépassements d'honoraires fréquents dans cette spécialité [14], a pu donner lieu à des difficultés d'accès aux soins entre zones urbaines et rurales mais également entre femmes de milieux sociaux différents. Ces logiques renvoient à la problématique plus générale des inégalités sociales d'accès aux soins, qui procèdent à la fois des difficultés de recours aux spécialistes, mais aussi de l'interaction médecin/patient·e qui diffère selon l'appartenance sociale des individus [15].

La « crise des pilules » survenue en France en 2012, qui a conduit à un retour des inégalités sociales d'accès aux différentes méthodes de contraception [5], a également pu modifier le recours aux différent·e·s professionnel·le·s de santé. Il se pourrait en effet que

² Le terme « génération » est utilisé pour distinguer les différents types de contraceptifs oraux combinés (COC), c'est-à-dire, les pilules œstroprogestatives, qui contiennent à la fois des œstrogènes et des progestatifs synthétiques. Il existe quatre générations de pilules œstroprogestatives, chacune se référant à un type particulier de progestatif utilisé. Les pilules de troisième et quatrième générations sont élaborées avec un progestatif permettant de réduire la dose d'œstrogènes, hormones présentées comme responsables des effets indésirables liés à l'utilisation de la contraception orale tels que la prise de poids, les douleurs mammaires, etc.

³ Article L4151-4 du code de la santé publique Modifié par LOI n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 – art. 5.

certaines femmes aient choisi de s'adresser à un-e autre professionnel-le de santé pour la prescription de leur méthode de contraception, les gynécologues ayant été particulièrement malmené-e-s durant la controverse [2]. Par ailleurs, la compétence acquise par les sages-femmes de prescrire la contraception en 2009 a peut-être incité certaines femmes à changer de prescripteurs-trices, notamment celles de milieux populaires du fait des tarifs de consultations plus avantageux. Il se pourrait également que pour accéder au DIU, dont le taux d'utilisation a augmenté entre 2010 et 2016 [5], les femmes aient été amenées à davantage consulter un-e gynécologue ou un-e sage-femme davantage formé-e-s à la pose de cette méthode de contraception que les généralistes.

C'est dans ce contexte que nous nous sommes intéressé-e-s aux changements du suivi médical des femmes en matière de contraception entre 2010 et 2016. Il s'agissait : (i) d'analyser l'évolution du type de prescripteurs-trices de contraception consulté-e-s ; (ii) d'étudier l'effet de cette évolution sur le recours aux différent-e-s méthodes médicales de contraception (iii) d'identifier les déterminants du recours aux différent-e-s prescripteurs-trices de contraception en 2016.

2. Méthodes

2.1. Population

Notre étude a été menée à partir de trois enquêtes transversales conduites en population générale : les enquêtes Fecond 2010 [6] et Fecond 2013 [1] et l'enquête Baromètre Santé 2016 [16]. Pour chacune de ces d'enquêtes, plusieurs parties des questionnaires étaient communes, notamment celles permettant de collecter les caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées, leur recours à la contraception au moment où elles étaient interrogées et la spécialité de la-du professionnel-le de santé leur ayant prescrit leur méthode de contraception. Ces trois enquêtes ont permis d'interroger 5231 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2010, 4424 en 2013, et 4314 en 2016.

Pour les analyses qui suivent, nous avons restreint notre échantillon aux femmes concernées par la contraception, c'est-à-dire, celles âgées de 15 à 49 ans au moment de chaque enquête, ayant eu des rapports hétérosexuels dans les douze mois, non stériles, non enceintes et ne cherchant pas à l'être, soit 10 610 femmes (3937 en 2010, 3365 en 2013 et 3308 en 2016).

2.2. Mesures

2.2.1. Prescripteurs-trices de contraception

À chaque enquête, les femmes étaient invitées à répondre à la question suivante : « Actuellement, est-ce que vous ou votre partenaire utilisez un moyen pour éviter une grossesse, y compris les méthodes naturelles et si oui, lesquelles ? ». Elles pouvaient donner une ou plusieurs réponses. Si tel était le cas, seule la méthode principale était retenue, c'est-à-dire, celle étant considérée comme la plus efficace [17,18]⁴. Puis, les femmes ayant recours à une contraception médicale réversible comme méthode principale de contraception, c'est-à-dire, la pilule, le DIU, l'implant, le patch contraceptif, l'anneau vaginal et les injections hormonales, étaient invitées à répondre à la question suivante « Qui vous a prescrit votre méthode actuelle ? ». Les enquêtées pouvaient

choisir une réponse pré-codée parmi les options suivantes : un-e généraliste, un-e gynécologue, un-e sage-femme, et un-e autre professionnel-le de santé⁵. Ainsi, il est possible de relier le recours à une méthode de contraception déclarée par les femmes à une spécialité médicale ayant prescrit cette contraception.

Sur les 10 610 femmes de notre échantillon, 7276 ont déclaré utiliser une méthode médicale réversible de contraception. Et parmi elles, 66 n'ont pas répondu à la question permettant de connaître la spécialité de la-du professionnel-le de santé la lui ayant prescrite (1 refus, 1 ne sait pas et 64 abandons). Notre population d'étude est donc réduite à 7210 femmes : 2675 en 2010, 2288 en 2013 et 2247 en 2016.

2.2.2. Position sociale des femmes

Pour définir la position sociale des femmes enquêtées, nous avons créé une variable en cinq catégories à l'aide des informations disponibles relatives à leur profession et catégorie socio-professionnelle (PCS) (en sept modalités : agricultrices, artisanes, commerçantes et cheffes d'entreprise ; cadres ; professions intermédiaires ; employées ; ouvrières ; inactives et en études) et au niveau d'études (en cinq modalités : sans diplôme ; inférieur au baccalauréat ; niveau baccalauréat ; études supérieures de premier cycle ; études supérieures de second cycle). Une premier groupe appelé « classes populaires » regroupe les femmes employées, ouvrières ou inactives avec un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat (sans diplôme, certificat d'études primaires, CAP, BEP, autre diplôme). Le deuxième groupe nommé « classes moyennes basses » regroupe des femmes employées, ouvrières ou inactives ayant un niveau de diplôme égal au baccalauréat (général, professionnel ou technologique) ou qui ont obtenu un diplôme universitaire de premier cycle (BTS, DEUG, licence). Un troisième groupe, nommé « classes moyennes hautes », regroupe les femmes agricultrices, artisanes, commerçantes ou cheffes d'entreprise, ou exerçant une profession intermédiaire, et les femmes employées ou ouvrières ayant obtenu un diplôme universitaire de deuxième ou troisième cycle (maîtrise, master, doctorat). Puis, un quatrième groupe appelé « classes supérieures » regroupe les cadres et les femmes inactives ayant obtenu un diplôme universitaire de deuxième ou troisième cycle⁶. Enfin, les femmes encore scolarisées au moment de l'enquête (377 femmes en 2010, 185 en 2013 et 183 en 2016), pour lesquelles il n'était pas possible de définir une position sociale avec les informations dont nous disposions ont été regroupées dans une catégorie distincte appelée « en études ».

⁵ En 2010, les réponses pré-codées étaient plus détaillées qu'en 2013 et 2016. Les réponses de 2010 ont donc fait l'objet d'un recodage préliminaire avant d'être comparées avec celles des autres enquêtes. Par ailleurs, cette année-là l'item « sage-femme » n'apparaissait pas, ces dernières ont obtenu le droit de prescrire la contraception en 2009. Nous avons donc adapté les analyses en conséquence.

⁶ Afin de s'assurer de la validité des classes que nous avons constituées, nous avons procédé à une analyse en correspondances multiples (ACM). Nous avons choisi de construire un espace social en introduisant comme variables actives la PCS, le niveau de diplôme et le régime de protection sociale (sécurité sociale et complémentaire santé, sécurité sociale sans complémentaire, et Couverture Maladie Universelle (CMU), Aide médicale d'État (AME) ou aucune couverture). L'espace social obtenu est structuré, pour les deux premiers axes, par le volume de capitaux détenus (axe horizontal) et la structure de ces derniers en abscisse (un capital économique supérieur au capital culturel sur les valeurs positives de l'axe versus un capital culturel à rendement économique relativement faible sur les valeurs négatives de l'axe). Nous avons ensuite projeté, comme variable illustrative, la variable d'appartenance sociale précédemment décrite. Les modalités de celle-ci, sans se confondre totalement aux groupes obtenus par l'ACM, montre toutefois certaines concordances. La construction des « classes d'appartenance sociale » basée sur la PCS et le niveau de diplôme des femmes nous permet d'obtenir une répartition de la population d'étude se rapprochant d'autres classifications qui, elles aussi, établissent l'existence d'une vaste classe moyenne avec, aux extrêmes, une classe populaire plus conséquente que la classe supérieure [19]. Ainsi, ces classes d'appartenance sociale construites a priori sont davantage représentative de la réalité sociologique française.

⁴ Si en 2010 et 2013, les femmes qui utilisaient plusieurs méthodes devaient par la suite mentionner quel était leur contraceptif principal, ce n'était pas le cas en 2016 où la méthode principale était automatiquement définie comme celle étant la plus efficace. Des analyses préliminaires ont permis de montrer que malgré cette différence, les résultats restaient toutefois comparables dans le temps. En effet, un nombre restreint de femmes utilisant deux méthodes ou plus avaient déclaré la moins efficace comme méthode principale en 2010 et 2013.

2.3. Analyses

Notre analyse a été conduite en quatre temps.

Dans un premier temps, et après avoir présenté les trois échantillons des femmes interrogées lors des enquêtes de 2010, 2013 et 2016, nous avons étudié l'évolution du recours à chacun-e des prescripteurs-trices entre 2010 et 2016 de manière descriptive. Nous commençons par présenter l'évolution globale du recours aux différent-e-s prescripteurs-trices entre 2010 et 2016 pour l'ensemble des femmes, puis selon la méthode de contraception médicale réversible qu'elles utilisaient : pilule, DIU, implant et autre méthode hormonale (anneau vaginal, patch et injections)⁷.

Le deuxième temps de l'analyse est consacré à la confirmation des évolutions observées de manière descriptive à structure des échantillons égale. Pour ce faire, plusieurs modèles de régression logistique sont utilisés. Dans un premier modèle, nous testons l'effet du temps (c'est-à-dire, en 2010, 2013 et 2016) sur le recours à un-e généraliste plutôt qu'à un-e gynécologue à structure des trois échantillons égale (ajustement sur l'âge, le lieu de naissance, la situation conjugale, la parité, la position sociale, le type de couverture santé). Le deuxième modèle logistique reprend l'ensemble des variables du premier modèle et ajoute la méthode de contraception médicale réversible principale déclarée par les femmes (pilule, DIU, implant, autres méthodes hormonales), et ce, afin de tenir compte des changements des pratiques contraceptives des femmes observées entre 2010 et 2016, et qui auraient pu guider leurs choix de consultations des différent-e-s professionnel-le-s pour la prescription de leur méthode de contraception. Nous répétons l'analyse pour la période 2013–2016 plus spécifiquement afin d'intégrer le recours à un-e sage-femme, cette modalité n'étant pas disponible en 2010. Pour tester l'effet du temps sur le recours à un-e gynécologue, un-e généraliste ou un-e sage-femme entre 2013 et 2016, nous utilisons deux modèles de régression logistique multinomiale : l'un ajusté sur l'âge, le lieu de naissance, la situation conjugale, la parité, la position sociale, le type de couverture santé, et l'autre reprenant l'ensemble des variables du premier modèle ainsi que la méthode de contraception médicale réversible principale utilisée par les femmes. Pour chacun des quatre modèles construits, nous avons testé la possibilité d'une évolution différentielle du recours à chacun-e des prescripteurs-trices selon la position sociale des femmes (test d'interaction entre la date de l'enquête et la position sociale).

Le troisième temps de notre analyse est consacré à l'analyse de l'évolution de l'utilisation des différentes méthodes de contraception médicales réversibles à structure des échantillons et du recours aux différents professionnel-le-s de santé égaux. Pour ce faire, nous utilisons des modèles de régression logistique afin de tester l'effet du temps sur le recours à la pilule, au DIU et à l'implant indépendamment de l'âge, du lieu de naissance, de la situation conjugale, de la parité, de la position sociale, du type de couverture santé et de la spécialité de la-du professionnel-le de santé ayant prescrit la méthode. Cette analyse est d'abord effectuée pour les années 2010, 2013 et 2016, en considérant le recours aux professionnel-le-s de santé en trois catégories : gynécologue, généraliste et autre spécialiste, cette dernière modalité intégrant le recours aux sages-femmes. Puis, pour la période 2013–2016, le

recours aux professionnel-le-s de santé est constitué de quatre catégories : gynécologue, généraliste, sage-femme et autre spécialiste.

Le quatrième temps de notre analyse consiste à étudier de manière plus détaillée les déterminants du recours aux différent-e-s prescripteurs-trices de contraception en 2016. Pour ce faire, nous avons utilisé un modèle de régression logistique multinomiale permettant de comparer le recours à un-e gynécologue (valeur de référence), à un-e généraliste ou à un-e sage-femme en fonction de l'âge, du lieu de naissance, de la zone d'habitation, de la situation conjugale, de la parité, de la position sociale (en vérifiant une possible interaction avec la méthode de contraception principale utilisée), du type de couverture santé et de la méthode de contraception médicale réversible utilisée.

Les résultats présentés, obtenus avec le logiciel Stata 16.1, sont pondérés afin de tenir compte de la stratification des échantillons et de la structure de la population, pour chaque année d'enquête.

3. Résultats

Les caractéristiques sociodémographiques des femmes de nos trois échantillons sont présentées dans le [Tableau 1](#). L'âge moyen était sensiblement le même pour les trois échantillons de femmes, celui-ci étant de 33,3 [32,9–33,7] ans en 2010, 33,0 [32,5–33,5] ans en 2013 et 33,3 [32,9–33,8] ans en 2016. De plus, 9 femmes sur 10 étaient nées en France métropolitaine à chaque année d'enquête et deux tiers déclaraient avoir un ou plusieurs enfants (64,1 % en 2010, 67,2 % en 2013 et 67,5 % en 2016, $p > 0,05$). Les femmes ayant déclaré avoir un partenaire stable étaient plus nombreuses en 2010 et 2013 (respectivement 89,4 % et 90,2 % contre 87,3 % en

Tableau 1

Caractéristiques des femmes âgées de 15 à 49 ans à risque potentiel d'une grossesse non prévue selon l'année d'enquête.

	2010	2013	2016	p
Effectifs	2675	2288	2247	
Âge				0,159
15–24 ans	22,0	23,7	30,9	
25–34 ans	30,2	28,9	32,6	
35–49 ans	47,8	47,4	46,5	
Lieu de naissance				0,187
France métropolitaine	88,6	90,1	90,8	
Autre	11,4	9,9	9,2	
Partenaire stable				0,022
Oui	89,4	90,2	87,3	
Non	10,6	9,8	12,7	
Parité				0,073
À des enfants	64,1	67,2	67,5	
N'a pas d'enfant	35,9	32,8	32,5	
Position sociale				0,000
Classes populaires	30,3	33,6	28,0	
Classes moyennes basses	17,3	26,3	20,9	
Classes moyennes hautes	21,8	13,5	31,8	
Classes supérieures	15,9	15,7	9,0	
En études	14,7	10,9	10,3	
Couverture santé				0,077
Sécurité sociale + complémentaire	89,4	89,2	90,3	
Sécurité sociale uniquement	4,8	4,8	2,9	
CMU, AME, aucune	5,8	6,0	6,8	
Contraception médicale réversible actuelle				0,000
Pilule	66,5	59,2	54,1	
DIU	27,9	34,0	38,2	
Implant	3,7	5,1	6,3	
Autres méthodes hormonales	1,9	1,7	1,4	

Champ : femmes âgées de 15 à 49 ans résidant en France métropolitaine ayant eu des rapports hétérosexuels dans les douze mois, non stériles, non enceintes et ne cherchant pas à l'être, utilisant une contraception médicale réversible. Lecture : les résultats sont exprimés en pourcentage colonnes pour chaque caractéristique. En gras, les valeurs des tests de χ^2 statistiquement significatives au seuil de 5 %. Sources : Fecond 2010 et 2013 (Inserm/Ined) et Baromètre Santé 2016 (SpF).

⁷ Le patch et l'anneau sont des contraceptifs dont la composition chimique est la même que les pilules dites de troisième génération, particulièrement incriminées par la controverse médiatique autour des risques associés à l'utilisation de la contraception orale survenue en France en décembre 2012. Les injections hormonales sont quant à elles composées de progestatifs uniquement, tout comme l'implant. Malgré cela, du fait de la rareté du recours au patch, à l'anneau et aux injections hormonales, nous avons choisi, pour la suite de l'analyse, de les regrouper dans une seule et même catégorie appelée « autres méthodes hormonales », et ce afin d'observer l'effet propre de l'utilisation de la pilule ou de l'implant sur le recours aux différent-e-s prescripteurs-trices.

Tableau 2

Évolution du recours un-e gynécologue, un-e généraliste, un-e sage-femme ou un-e autre spécialiste pour la prescription de la méthode de contraception médicale réversible entre 2010 et 2016.

	2010	2013	2016	p
Effectifs	2675	2288	2247	
Prescripteur-trice de la contraception principale				
Gynécologue (n = 5285)	68,2	72,4	71,3	0,026
Généraliste (n = 1668)	30,5	23,8	22,2	0,000
Sage-Femme (n = 174)	0,0	2,8	4,9	0,000
Autre spécialiste (n = 83)	1,3	1,1	1,6	0,450
Total	100,0	100,0	100,0	

Champ : femmes âgées de 15 à 49 ans résidant en France métropolitaine ayant eu des rapports hétérosexuels dans les douze mois, non stériles, non enceintes et ne cherchant pas à l'être, utilisant une contraception médicale réversible. Lecture : en gras, les valeurs des tests de χ^2 statistiquement significatives au seuil de 5 %. Sources : Fecond 2010 et 2013 (Inserm/Ined) et Baromètre Santé 2016 (SpF).

2016, $p < 0,05$). De même, les femmes en études étaient plus nombreuses en 2010 (14,7 % contre 10,9 % en 2013 et 10,3 % en 2016, $p < 0,001$) alors que celles de classes supérieures étaient moins présentes en 2016 (9,0 % contre 15,9 % en 2010 et 15,7 % en 2013, $p < 0,001$). On observait également une diminution de la part des femmes sans complémentaire santé en 2016 : 2,9 % contre 4,8 % en 2010 et 2013 ($p < 0,05$)⁸.

Concernant l'utilisation des méthodes médicales réversibles de contraception, on notait une baisse du recours à la pilule entre 2010 et 2016 (de 66,5 % à 54,1 %, $p < 0,001$) au profit du DIU (de 27,9 % à 38,2 %, $p < 0,001$) et de l'implant contraceptif (de 3,7 % à 6,3 %, $p < 0,01$).

3.1. Un moindre recours aux généralistes pour la prescription de la contraception...

Entre 2010 et 2016, le recours des femmes aux différent-e-s professionnel-le-s de santé pour la prescription de leur méthode de contraception a changé (Tableau 2). En 2013, les femmes ont davantage déclaré s'être fait prescrire la méthode de contraception médicale réversible qu'elles utilisaient par un-e gynécologue (de 68,2 % à 71,3 %, $p < 0,005$), et moins souvent par un-e généraliste (de 30,5 % à 23,8 %, $p < 0,005$) que leurs homologues enquêtées en 2010. En 2016, la part des méthodes prescrites par un-e gynécologue (de 72,4 % à 71,3 %, $p > 0,05$) ou un-e généraliste (de 23,8 % à 22,2 %, $p > 0,05$) reste identique à 2013. En revanche, les prescriptions effectuées par un-e sage-femme ont augmenté entre 2013 et 2016 passant de 2,7 % à 4,9 % ($p < 0,01$). Enfin, la part des méthodes de contraception médicales réversibles prescrites par un-e professionnel-le de santé d'une spécialité autre que celles précédemment citées est restée stable et marginale sur l'ensemble de la période d'observation 2010–2016 : 1,3 % en 2010, 1,1 % en 2013 et 1,6 % en 2016 ($p > 0,05$).

Ces évolutions du recours aux différent-e-s prescripteurs-trices diffèrent selon la méthode de contraception médicale réversible utilisée par les femmes (Fig. 1). Entre 2010 et 2013, les femmes utilisatrices de pilule ont consulté leur professionnel-le-s de santé dans les mêmes proportions pour la prescription de leur contraception. Si 61,2 % des utilisatrices de pilule s'étaient fait prescrire leur méthode par un-e gynécologue en 2010, elles étaient 62,8 % en 2013 ($p > 0,05$). De même, si 37,2 % des utilisatrices de pilule s'étaient fait prescrire leur méthode par un-e généraliste en 2010, elles étaient 33,0 % en 2013 ($p > 0,05$). À l'inverse, les femmes utilisatrices de DIU en 2013 se sont fait plus souvent prescrire leur méthode par un-e gynécologue que celles utilisant

cette méthode en 2010. Si 84,7 % des utilisatrices de DIU s'étaient fait prescrire leur méthode par un-e gynécologue en 2010, elles étaient 91,6 % en 2013 ($p < 0,001$). À l'inverse, si 14,8 % des utilisatrices de DIU s'étaient fait prescrire leur méthode par un-e généraliste en 2010, elles n'étaient plus que 5,8 % en 2013 ($p < 0,001$). Entre 2013 et 2016, on n'observait pas de changement de recours au gynécologue ou au généraliste chez les utilisatrices de pilule ($p > 0,05$) et de DIU ($p > 0,05$). Cependant, on note que les femmes utilisatrices de DIU se sont davantage fait prescrire leur méthode par un-e sage-femme en 2016 par rapport à 2013. En effet, si 2,1 % des utilisatrices de DIU s'étaient fait prescrire cette méthode par un-e sage-femme en 2013, elles étaient 4,8 % en 2016 ($p < 0,01$).

3.2. ...Qui ne s'explique pas par un changement de pratiques contraceptives des femmes

Les analyses multivariées permettent de confirmer la baisse de la part des méthodes de contraception médicales réversibles prescrites par un-e généraliste entre 2010 et 2013 (OR = 0,70 [0,59–0,83], modèle 1, Tableau 3) et entre 2010 et 2016 (OR = 0,69 [0,59–0,82]) à structure des trois échantillons égale. De même, la part des méthodes prescrites par un-e sage-femme a augmenté (OR = 1,88 [1,23–2,85]) entre 2013 et 2016. L'introduction de la méthode de contraception médicale réversible utilisée par les femmes dans les modèles ne modifie pas les résultats précédemment décrits (modèle 2, Tableau 3). Par ailleurs, l'effet de la position sociale sur le recours aux différents prescripteurs n'est pas significativement différent à travers les trois enquêtes (test d'interaction entre la date de l'enquête et la position sociale entre 2010 et 2016 : $p > 0,05$; et entre 2013 et 2016 : $p > 0,05$).

3.3. Des changements de pratiques contraceptives qui ne s'expliquent pas par l'évolution du recours aux différent-e-s professionnel-le-s de santé

La baisse du recours à la pilule et l'augmentation du recours au DIU entre 2010 et 2016 restent significatives à recours aux différent-e-s professionnel-le-s de santé égal (modèle 3, Tableau 4). En effet, la part des femmes utilisatrices de la pilule est significativement moins importante en 2013 (ORa = 0,75 [0,64–0,88]) et en 2016 (ORa = 0,59 [0,50–0,69]) par rapport à 2010 à recours aux prescripteurs-trices égal. De même, la part des femmes utilisatrices de DIU est significativement plus élevée en 2013 (ORa = 1,31 [1,11–1,54]) et en 2016 (ORa = 1,61 [1,36–1,91]) par rapport à 2010 à recours aux prescripteurs-trices égal. La réduction de la période d'observation aux années 2013 et 2016, afin de séparer le recours à un-e sage-femme de celui d'un-e autre spécialiste, ne modifie pas les résultats précédemment décrits (modèle 4, Tableau 4). Par ailleurs, si l'augmentation de l'utilisation de l'implant par les femmes en 2013 par rapport à 2010 n'est plus significatif à recours aux professionnel-le-s de santé égal (ORa = 1,30 [0,89–1,90], modèle 3, Tableau 4), elle le reste néanmoins sur l'ensemble de la période 2010–2016 (ORa = 1,61 [1,16–2,25]). Lorsque l'on se concentre sur la période 2013–2016, l'utilisation de l'implant par les femmes reste la même à recours aux professionnel-le-s égal (ORa = 1,28 [0,88–1,84], modèle 4).

3.4. En 2016, un recours aux différent-e-s professionnel-le-s de santé socialement différencié en 2016

En 2016, le recours aux différents professionnel-le-s de santé pour la contraception apparaît socialement différencié (Tableau 5), les femmes de classes populaires ayant plus souvent recours à un-e généraliste (par rapport au fait d'avoir recours à un-e gynécologue) pour la prescription de la contraception que les femmes

⁸ Ce résultat semble s'expliquer par la mise en application au 1^{er} janvier 2016 de la loi ANI votée 2013 et obligeant les employeurs-ses du secteur privé et associatif à proposer une mutuelle d'entreprise à leurs salarié-e-s.

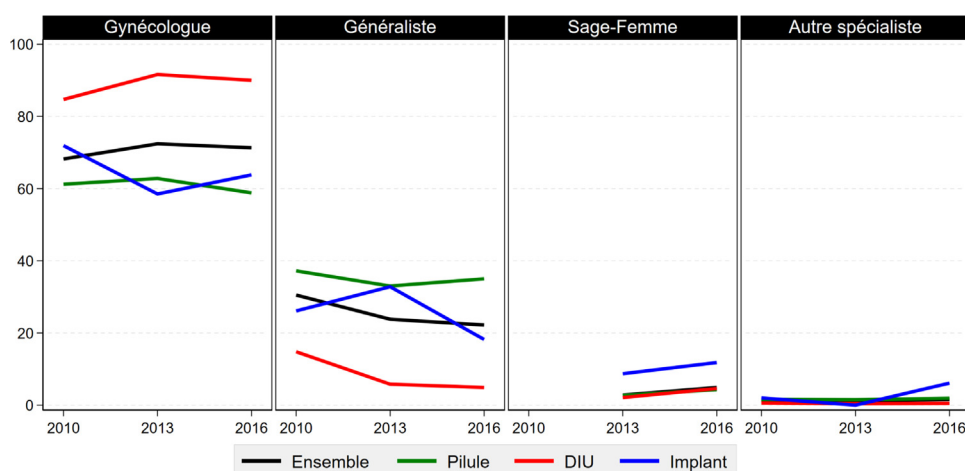


Fig. 1. Évolution de la répartition des méthodes de contraception prescrites selon la spécialité des professionnel-le-s de santé ayant délivrées. Champ : femmes âgées de 15 à 49 ans résidant en France métropolitaine ayant eu des rapports hétérosexuels dans les douze mois, non stériles, non enceintes et ne cherchant pas à l'être, utilisant une contraception médicale réversible. Lecture : en 2016, sur 100 femmes utilisant la pilule, 59 se l'étaient fait prescrire par un-e gynécologue, 35 par un-e généraliste, 4 par un-e sage-femme et 2 par un-e autre spécialiste.

Tableau 3

Analyse multivariée présentant l'évolution du recours aux différent-e-s professionnel-le-s de santé pour la prescription de la méthode de contraception médicale réversible à structure des échantillons égale.

	2010–2016		2013–2016			
	Généraliste versus gynécologue		Gynécologue (référence)			
	OR ajusté	IC95 %	Généraliste		Sage-femme	
			OR ajusté	IC95 %	OR ajusté	IC95 %
Modèle 1						
Date de l'enquête						
2010	1,00	–	–	–	–	–
2013	0,70***	[0,59–0,83]	1,00	–	1,00	–
2016	0,69***	[0,59–0,82]	1,01	[0,83–1,23]	1,88**	[1,23–2,87]
Modèle 2						
Date de l'enquête						
2010	1,00	–	–	–	–	–
2013	0,74***	[0,62–0,88]	1,00	–	1,00	–
2016	0,78**	[0,66–0,93]	1,09	[0,89–1,33]	1,93**	[1,26–2,94]

Champ : femmes âgées de 15 à 49 ans résidant en France métropolitaine ayant eu des rapports hétérosexuels dans les douze mois, non stériles, non enceintes et ne cherchant pas à l'être, utilisant une contraception médicale réversible. Modèles ajustés sur : (1) la date de l'enquête, l'âge, le lieu de naissance, la situation relationnelle, la position sociale, le type de couverture santé et la parité ; (2) toutes les variables du précédent modèle + la méthode de contraception principale utilisée. Significativité à * : 5 %, ** : 1 %, *** : 0,1 %. Sources : Fecond 2010 et 2013 (Inserm/Ined) et Baromètre Santé 2016 (SpF).

appartenant à un milieu social plus favorisé ou que celles en études (ORa = 0,66 [0,43–0,99] pour les classes moyennes basses, ORa = 0,45 [0,30–0,68] pour les classes moyennes hautes, ORa = 0,56 [0,34–0,93] pour les classes supérieures et ORa = 0,52 [0,29–0,94] pour les femmes en études). Outre ces différences de recours selon la position sociale des femmes, on note un recours aux prescripteurs-trices différencié selon l'âge, les femmes les plus jeunes ayant plus souvent recours aux généralistes (ORa = 2,31 [1,35–3,96] pour les moins de 25 ans) et aux sages-femmes (ORa = 26,33 [9,71–71,39] pour les moins de 25 ans ; ORa = 4,19 [2,49–7,06] pour les 25–34 ans) que leurs homologues plus âgées. Le recours aux sages-femmes est plus fréquent chez les femmes avec des enfants (ORa = 13,07 [5,11–33,44]) ou chez celles bénéficiant uniquement de la sécurité sociale comme couverture santé (ORa = 3,12 [1,08–9,05]). De plus, les femmes résidant en zone rurale consultent davantage un-e généraliste (ORa = 1,50 [1,09–2,05]) que leurs homologues vivant en zone urbaine.

Les prescriptions contraceptives varient selon la spécialité des professionnel-le-s de santé consulté-e-s. Ainsi, les femmes s'étant fait délivrer leur méthode de contraception médicale réversible par un-e généraliste utilisent moins le DIU (ORa = 0,13 [0,09–0,20] et

l'implant (ORa = 0,46 [0,24–0,86]) et ce, à caractéristiques égales des femmes. Ces logiques de prescription ne varient pas selon le milieu d'appartenance des femmes (test d'interaction non significatif).

4. Discussion

Entre 2010 et 2016, période marquée en France par une « crise des pilules » survenue en décembre 2012, le recours des femmes aux différentes méthodes de contraception médicales réversibles a changé puisque l'on observe une baisse de l'utilisation de la pilule au profit du DIU et de l'implant. Par ailleurs, le recours aux différent-e-s professionnel-le-s habilité-e-s à prescrire la contraception a également changé, les femmes s'étant davantage rendues chez un-e gynécologue ou un-e sage-femme (profession habilitée à prescrire la contraception depuis 2009) que chez un-e généraliste pour la délivrance de leur méthode de contraception principale réversible, et ce, à pratiques contraceptives égales. Par ailleurs, l'évolution des pratiques contraceptives des femmes ne s'explique pas par l'évolution du recours aux différent-e-s professionnel-le-s

Tableau 4

Analyse multivariée présentant l'évolution du recours à la pilule, au DIU et à l'implant à structure des échantillons et recours aux professionnel-le-s de santé égaux.

	Pilule		DIU		Implant	
	OR ajusté	IC95 %	OR ajusté	IC95 %	OR ajusté	IC95 %
<i>Modèle 3</i>						
Date de l'enquête						
2010	1,00	–	1,00	–	1,00	–
2013	0,75***	[0,64–0,88]	1,31**	[1,11–1,54]	1,30	[0,89–1,90]
2016	0,59***	[0,50–0,69]	1,61***	[1,36–1,91]	1,61**	[1,16–2,25]
Prescripteur-trice						
Gynécologue	1,00	–	1,00	–	1,00	–
Généraliste	3,35***	[2,78–4,04]	0,22***	[0,18–0,28]	0,96	[0,64–1,45]
Autre spécialiste	1,47*	[1,05–2,05]	0,46***	[0,33–0,65]	2,27**	[1,37–3,76]
<i>Modèle 4</i>						
Date de l'enquête						
2013	1,00	–	1,00	–	1,00	–
2016	0,78**	[0,65–0,93]	1,24*	[1,03–1,49]	1,28	[0,88–1,84]
Prescripteur-trice						
Gynécologue	1,00	–	1,00	–	1,00	–
Généraliste	4,37***	[3,34–5,72]	0,15***	[0,11–0,20]	1,05	[0,61–1,81]
Sage-femme	1,33	[0,89–2,00]	0,52***	[0,35–0,76]	2,42**	[1,32–4,45]
Autre spécialiste	2,16*	[1,04–4,48]	0,19**	[0,07–0,51]	2,69+	[0,92–7,86]

Champ : femmes âgées de 15 à 49 ans résidant en France métropolitaine ayant eu des rapports hétérosexuels dans les douze mois, non stériles, non enceintes et ne cherchant pas à l'être, utilisant une contraception médicale réversible. Modèles ajustés sur : (3) la date de l'enquête, l'âge, le lieu de naissance, la situation relationnelle, la position sociale, le type de couverture santé, la parité et le type de professionnel-le de santé ayant prescrit la méthode en trois catégories ; (4) la date de l'enquête, l'âge, le lieu de naissance, la situation relationnelle, la position sociale, le type de couverture santé, la parité et le type de professionnel-le de santé ayant prescrit la méthode en quatre catégories. Significativité à * : 5 %, ** : 1 %, *** : 0,1 %. Lecture : en gras, les valeurs des tests de χ^2 statistiquement significatives. Sources : Fecond 2010 et 2013 (Inserm/Ined) et Baromètre Santé 2016 (SpF).

Tableau 5

Facteurs associés au type de professionnel-le-s de santé consulté-e-s pour la prescription du contraceptif médical réversible en 2016.

	Effectifs	Prescription de la méthode de contraception (% ligne)			Prescription (ref = Gynécologue)			
		Gynécologue	Généraliste	Sage-femme	Généraliste	IC95 %	Sage-femme	IC95 %
	2208	72,8	22,2	5,0	OR ajusté		OR ajusté	
Âge								
15–24 ans	374	50,4	44,4	5,2	2,31**	1,35–3,96	26,33***	9,71–71,39
25–34 ans	707	71,3	20,8	7,9	1,22	0,84–1,77	4,19***	2,49–7,06
35–49 ans	1127	83,5	13,7	2,8	1,00	–	1,00	–
Lieu de naissance								
France métropolitaine	2029	72,0	23,1	4,9	1,00	–	1,00	–
Autre	179	80,6	13,5	5,9	0,60	0,33–1,07	1,27	0,62–2,62
Zone d'habitation								
Rurale	604	71,4	23,8	4,8	1,50*	1,09–2,05	0,87	0,51–1,48
Urbaine	1604	73,1	21,8	5,1	1,00	–	1,00	–
Partenaire stable								
Oui	1937	73,6	21,0	5,4	1,00	–	1,00	–
Non	271	67,0	30,5	2,5	0,95	0,64–1,40	0,55	0,20–1,56
Parité								
À des enfants	1531	79,0	14,6	6,4	0,67	0,44–1,00	13,07***	5,11–33,44
N'a pas d'enfant	677	59,5	38,5	2,0	1,00	–	1,00	–
Position sociale								
Classes populaires	390	72,0	23,5	4,5	1,00	–	1,00	–
Classes moyennes basses	522	69,1	23,5	7,4	0,66*	0,43–0,99	1,89	0,90–3,96
Classes moyennes hautes	840	78,7	15,2	6,1	0,45***	0,30–0,68	1,84	0,93–3,66
Classes supérieures	283	80,6	17,9	1,5	0,56*	0,34–0,93	0,54	0,18–1,57
En études	173	56,2	43,1	0,7	0,52*	0,29–0,94	0,17	0,02–1,35
Couverture santé								
Sécurité sociale + complémentaire	2055	73,7	21,5	4,8	1,00	–	1,00	–
Sécurité sociale uniquement	50	55,7	30,6	13,7	1,72	0,83–3,56	3,12*	1,08–9,05
CMU, AME, aucune	103	66,5	29,3	4,1	1,30	0,67–2,54	0,53	0,14–1,98
Contraception prescrite								
Pilule	1153	60,3	35,3	4,4	1,00	–	1,00	–
DIU	913	90,4	4,9	4,7	0,13***	0,09–0,20	0,61	0,37–1,03
Implant	115	68,7	18,6	12,7	0,46*	0,24–0,86	1,76	0,78–3,98
Autres	27	77,3	18,2	4,5	0,37	0,09–1,55	1,91	0,20–18,30

Champ : femmes âgées de 15 à 49 ans résidant en France métropolitaine ayant eu des rapports hétérosexuels dans les douze mois, non stériles, non enceintes et ne cherchant pas à l'être, utilisant une contraception médicale réversible. Significativité à * : 5 %, ** : 1 %, *** : 0,1 %. Lecture : en gras, les valeurs des tests de χ^2 statistiquement significatives. Sources : Fecond 2010 et 2013 (Inserm/Ined) et Baromètre Santé 2016 (SpF).

de santé. Enfin, en 2016, le recours aux différent-e-s professionnel-le-s de santé reste largement dépendant des caractéristiques sociodémographiques des femmes : celles étant plus âgées, d'une position sociale favorisée et résidant en zone urbaine avaient davantage recours à un-e gynécologue pour la prescription de leur méthode de contraception. Le recours aux sages-femmes pour la prescription d'une méthode de contraception était plus fréquent chez les femmes ayant déjà eu des enfants, et bénéficiant de la sécurité sociale mais n'ayant pas de mutuelle.

Nos analyses possèdent certaines limites. D'abord, il n'était pas possible de connaître la date exacte de la prescription de la méthode principale de contraception utilisée par les femmes qui, pour les méthodes de longue durée d'action notamment, a pu être bien antérieure à la date de l'enquête. De même, parmi les prescriptions de pilules effectuées par les généralistes, certaines ne sont peut-être qu'un renouvellement d'une prescription déjà effectuée par un-e gynécologue. Enfin, si nous avons observé une évolution des pratiques contraceptives et prescriptives au fil du temps, nous aurions tort d'oublier que ce ne sont jamais les mêmes femmes qui ont été interrogées. Cette analyse ne doit pas être considérée comme une analyse longitudinale, c'est-à-dire, l'observation des pratiques contraceptives des mêmes femmes à des dates différentes.

L'augmentation du recours aux gynécologues est inattendue dans un contexte de crises sanitaire ayant particulièrement impliqué ces spécialistes [2], et économique et où les dépassements d'honoraires, fréquents parmi ces professionnel-le-s [14], constituent un obstacle financier limitant le recours aux soins. Il semble alors nécessaire de mettre en lien cette évolution avec celle du recours au DIU entre 2010 et 2016 [4,5]. Le choix de certaines femmes d'utiliser cette méthode plutôt que la pilule entre 2010 et 2016 les a peut-être amenées à changer de prescripteurs de contraception, les gynécologues, davantage formé-e-s à la pose du DIU, étant plus à-même de proposer cette méthode à leurs patientes [7,8]. Par ailleurs, le transfert des prescriptions de la contraception des médecins vers les sages-femmes, suite à la réforme de 2009, reste modeste en 2016.

Le fait que les changements des pratiques contraceptives des femmes entre 2010 et 2016 ne s'expliquent pas par l'augmentation du recours aux gynécologues et aux sages-femmes au détriment des généralistes suggèrent que les professionnel-le-s de santé ont modifié leurs pratiques prescriptives sur la période étudiée. Des changements de pratiques des professionnel-le-s de santé en réponse à une crise sanitaire ont déjà été notés dans d'autres contextes, notamment dans les années 1990 suite aux alertes concernant le sur-risque thrombo-embolique des pilules de 3^e génération par rapport aux contraceptifs oraux plus anciens [20], ou plus récemment suite aux alertes concernant les effets des progestatifs injectables sur la densité osseuse [21]. Si les changements de pratiques prescriptives ont parfois été éphémères, comme aux Pays Bas [22], cela ne semble pas être le cas en France, puisqu'ils s'observent au moins jusqu'en 2016. Les modifications des pratiques prescriptives des professionnel-le-s de santé entre 2010 et 2016, qui se résument à l'augmentation de la délivrance du DIU par les gynécologues au détriment de la pilule, ont conduit à un accroissement des différences de pratiques prescriptives entre généralistes et gynécologues. Si les généralistes n'ont que peu changé leurs pratiques, c'est peut-être aussi parce qu'elles-ils prescrivaient moins souvent des pilules de nouvelles générations, contraceptifs particulièrement mis en cause durant la « crise des pilules ». Les données dont nous disposons ne nous permettent pas de savoir qui des femmes ou des professionnel-le-s de santé ont initié ces changements de pratiques prescriptives. Autrement dit, sont-ce les femmes qui ont imposé leurs choix contraceptifs à la au professionnel-le qu'elles ont consulté-e-s, ou au contraire, sont-ce les prescripteurs-trices qui ont davantage proposé le DIU à leurs

patientes ? Le contexte de crise sanitaire dans lequel surviennent ces changements fait plutôt pencher pour la première hypothèse. La controverse médiatique autour des risques associés à l'utilisation des pilules de nouvelles générations semble avoir conduit certaines femmes à imposer aux professionnel-le-s de santé la prescription du DIU en lieu et place de la pilule. Il se pourrait alors que, dans ce rapport de force, les femmes disposant d'un capital économique et culturel plus important aient été davantage en mesure de négocier leurs choix contraceptifs que leurs homologues moins dotées, ce qui pourrait expliquer l'augmentation du recours au DIU uniquement chez les femmes de milieux plus favorisés [5].

Les changements de recours aux professionnel-le-s de santé, d'une part, et des pratiques prescriptives de ces dernier-e-s, d'autre part, observés en France, interrogent quant à la gestion des crises sanitaires autour de la contraception, qui, comme dans d'autres pays européens, se sont traduites par une augmentation du recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse [23–25] sans réduction du nombre de femmes victimes d'une thrombose veineuse [20]. En France, la hausse des IVG n'a été que passagère, tandis que l'on a noté une baisse des embolies pulmonaires entre 2012 et 2013 attribuée à la baisse du recours aux pilules de 3^e génération [26]. Si la « crise des pilules » en France a conduit à une remise en cause d'un modèle contraceptif centré sur la pilule [27], elle a également favorisé l'accentuation des inégalités de prise en charge en matière de santé reproductive [5]. En 2016, l'accès aux gynécologues, davantage enclins à prescrire des DIU, reste socialement différencié. Le transfert de compétence vers les sages-femmes ne tempore pas encore ces inégalités alors même que, de par leur formation médicale et un prix des consultations inférieur à celui pratiqué par les gynécologues, ces dernières pourraient permettre aux femmes de classes populaires un meilleur accès aux différentes méthodes de contraception disponibles.

Déclaration de liens d'intérêts

Les enquêtes Fecond 2010 et 2013 ont reçu l'approbation la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). L'enquête Baromètre santé 2016 relève quant à elle de la surveillance de la santé publique. Les données dépersonnalisées de 2016 ont été mises à disposition pour cette analyse par Santé publique France, l'agence gouvernementale française de surveillance de la santé publique.

Remerciements

Les auteurs-trices tiennent à remercier Santé publique France pour le financement de cette étude, et plus particulièrement N. Lydié et D. Rahib.

Références

- [1] Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Popul Societes* 2014;(511):1–4.
- [2] Rouzaud-Cornabas M. « Alerte à la pilule ». Politiques contraceptives et régulation du risque au prisme du genre [Thèse de doctorat en Santé publique, option sociologie]. Université Paris-Saclay; 2019 [Le Kremlin-Bicêtre, France].
- [3] Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Teboul M, Bajos N. 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* 2013;100(2):451–8.
- [4] Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. *Sante Publique Fr* 2017 [Baromètre Santé 2016, p. 1–8].
- [5] Le Guen M, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Rigal L, Ringa V, Moreau C. The French pill scare and the reshaping of social inequalities in accessing to medical contraceptives. *SSM Popul Health* 2020;11:100606.

- [6] Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Popul Societes* 2012;(492):1–4.
- [7] Roux A, Ventola C, Bajos N. Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France. *Sci Soc Sante* 2017;35(3):41–70.
- [8] Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N. IUD use in France: women's and physician's perspectives. *Contraception* 2014;89(1):9–16.
- [9] Luchowski AT, Anderson BL, Power ML, Raglan GB, Espey E, Schulkin J. Obstetrician – Gynecologists and contraception: practice and opinions about the use of IUDs in nulliparous women, adolescents and other patient populations. *Contraception* 2014;89(6):572–7.
- [10] Wellings K, Zhihong Z, Krentel A, Barrett G, Glasier A. Attitudes towards long-acting reversible methods of contraception in general practice in the UK. *Contraception* 2007;76(3):208–14.
- [11] Gelly M. Avortement et contraception dans les études médicales : une formation inadaptée. Paris, France: L'Harmattan; 2006, 244 p.
- [12] 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.
- [13] Chevillard G, Lucas-Gabrielli V, Mousques J. « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches. *LEspace Geogr* 2018;Tome 47(4):362–80.
- [14] Batifoulier P. Prix, marché et liberté tarifaire en médecine. *J Econ Med* 2011;29(5):204–15.
- [15] Lang T, Kelly-Irving M, Delpierre C, Lauwers V. L'interaction entre médecins et malades, productrice d'inégalités sociales de santé.. DREES-MIRE, Inserm, DGS, InVS, INCa, CANAM; 2008.
- [16] Richard J-B, Andler R, Gautier A, Guignard R, Leon C, Beck F. Effects of Using an Overlapping Dual-Frame Design on Estimates of Health Behaviors: A French General Population Telephone Survey. *J Surv Stat Methodol* 2017;5(2):254–74.
- [17] Moreau C, Trussell J, Rodriguez G, Bajos N, Bouyer J. Contraceptive failure rates in France: results from a population-based survey. *Hum Reprod Oxf Engl* 2007;22(9):2422–7.
- [18] Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher R, Trussell J, Nelson A, Cates W, Kowal D, Policar M, editors. *Contraceptive Technology*. 20th Revised edition, New York, N.Y.: Bridging the Gap Communications; 2011.
- [19] Bidou-Zachariasen C. Les classes moyennes : définitions, travaux et controverses. *Educ Soc* 2004;14(2):119–34.
- [20] Piening S, Haaijer-Ruskamp FM, de Vries JTN, van der Elst ME, de Graeff PA, Straus SMJM, et al. Impact of safety-related regulatory action on clinical practice. *Drug Saf* 2012;35(5):373–85.
- [21] Glasier A, Yan Y, Wellings K. How do health care professionals respond to advice on adverse side effects of contraceptive methods? The case of Depo Provera®. *Contraception* 2007;76(1):18–22.
- [22] Kersemaekers PA, Kester AD, van der Weijden T. Limited changes in prescription of third-generation oral contraceptives after reports on elevated thrombosis risk and subsequent professional guidelines. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144(6):280–3.
- [23] Furedi A. Social consequences. The public health implications of the 1995 “pill scare”. *Hum Reprod Update* 1999;5(6):621–6.
- [24] Skjeldestad FE. Increased number of induced abortions in Norway after media coverage of adverse vascular events from the use of third-generation oral contraceptives. *Contraception* 1997;55(1):11–4.
- [25] Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. Drees 2016;(968):1–6.
- [26] Tricotel A, Collin C, Zureik M. Impact of the sharp changes in the use of contraception in 2013 on the risk of pulmonary embolism in France. *J Thromb Haemost* 2015;13(9):1576–80.
- [27] Roux A. « Par amour des femmes » ? La pilule contraceptive en France, genèse d'une évidence sociale et médicale (1960–2000) [Thèse de sociologie]. [Paris, France]: EHESS; 2020.