

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Lisa NICOLINI et Zoé BIHLER

Le 29 Avril 2025

**L'anneau vaginal : une contraception oubliée ?
Une étude qualitative auprès des médecins généralistes de Haute-Garonne.**

Directrice de thèse : Dr Pauline MUNIER

JURY :

Madame le Professeur Julie DUPOUY

Madame le Professeur Anne FREYENS

Madame le Docteur Pauline MUNIER

Président

Assesseur

Assesseur

UNIVERSITÉ
DE TOULOUSE

FACULTE DE SANTE

Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine

2024-2025

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LARRUE Vincent
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. AVET-LOISEAU Hervé	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEVADE Thierry
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CANTAGREL Alain	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CHOLLET François	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUSSEAU Hervé
Professeur Honoraire	M. DIDIER Alain	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. SALLES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOMMUN Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SENARD Jean-Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	Mme TAUBER Marie-Thérèse
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur Emérite	M. BUJAN Louis
Professeur Emérite	M. CARON Philippe
Professeur Emérite	M. CHAP Hugues
Professeur Emérite	M. CLANET Michel
Professeur Emérite	M. DIDIER Alain
Professeur Emérite	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Emérite	M. LANG Thierry
Professeur Emérite	M. LAROCHE Michel
Professeur Emérite	M. LAUQUE Dominique
Professeur Emérite	M. LEVADE Thierry
Professeur Emérite	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Emérite	M. MARCHOU Bruno
Professeur Emérite	M. MESTHE Pierre
Professeur Emérite	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Emérite	M. PARINI Angelo
Professeur Emérite	M. PERRET Bertrand
Professeur Emérite	M. ROQUES LATRILLE Christian
Professeur Emérite	M. SERRE Guy
Professeur Emérite	M. SIZUN Jacques
Professeur Emérite	Mme TAUBER Marie-Thérèse
Professeur Emérite	M. VIRENQUE Christian
Professeur Emérite	M. VINEL Jean-Pierre

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. MALAUAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
Mme BURAS-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépatogastro-entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick (C.E.)	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
Mme CORRE Jill	Hématologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GEERAERTS Thomas (C.E)	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GUIMBAUD Rosine (C.E)	Cancérologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERS Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie	M. YRONDI Antoine	Psychiatrie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LANGLAIS Tristan	Chirurgie infantile
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. RAPOSO Nicolas	Neurologie
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
Mme LATROUS Leila
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés de Médecine

M. SIBAUD Vincent Dermato. Vénérologie

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	M. GOZE Tudi	Psychiatrie d'adultes
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BAUDOU Eloise	Pédiatrie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	Mme LARGEAUD Laetitia	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme LEGRAND - ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
M. COMONT Thibault	Médecine interne	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme DUBUCS Charlotte	Histologie, embryologie et cytogénétique	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme WEYL Ariane	Anatomie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés de Médecine Générale

M. CHABARDES Arnaud
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
Mme FRAY Isabelle
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian
M. VERGES Yohann

Serment d'Hippocrate

“Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

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

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité. Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque.”

Remerciements

Au **Professeur Julie Dupouy**, qui nous fait l'honneur de présider notre jury de thèse. Recevez l'assurance de notre respect et de notre profonde considération. Nous espérons avoir été à la hauteur de votre engagement en santé de la femme.

Au **Professeur Anne Freyens**, merci pour votre implication dans notre formation en santé de la femme. C'est un honneur de vous compter parmi notre jury.

Au **Docteur Pauline Munier**, merci d'avoir cru en notre projet et d'avoir accepté d'être notre directrice de thèse. Merci pour ta disponibilité et tes nombreux conseils, qui ont été très précieux pour nous. C'était un plaisir de travailler avec toi !

A **tous les médecins généralistes ayant participé à cette thèse**, merci pour vos témoignages, merci d'avoir pris le temps de nous recevoir, merci parce que sans vous ce travail n'aurait pas vu le jour.

A **tous ceux qui ont participé à la relecture de cette thèse**, merci à vous. A Nadia, qui a été particulièrement attentive à nos coquilles, merci.

Remerciements personnels de Zoé

A ma famille ,

A mes *parents*, parce que je ne serais jamais arrivée jusqu'ici sans votre soutien. Si j'en suis ici aujourd'hui, c'est un petit peu parce que je voulais vous rendre fiers. Je vous aime tellement.

A ma *maman*, merci pour ta sensibilité quand je ne vais pas bien (ou quand je vais bien, puisque tu dois être en train de verser quelques larmes actuellement). Je te ressemble de plus en plus je crois, tu es devenue un modèle pour moi (sauf ok pendant l'adolescence bon c'était pas ma meilleure période).

A mon *papa*, mon super papa, mon héros depuis que je suis enfant (le défenseur de la cause perdue). Je pense à toi à chaque nouvelle musique que j'écoute et à chaque piste de ski que je descends.

A *Juljul*, qui a été et est toujours une grande sœur exemplaire, bien plus que ce que je ne méritais parfois. Merci d'avoir été un soutien pour moi à chaque fois que j'en ai eu besoin pendant ces dernières années. A l'époque, j'aurais jamais parié qu'on se confierait autant l'une à l'autre, et pourtant... Je suis tellement heureuse de notre relation. Tu as été la première personne de ma vie à me faire remettre en question les normes, et tu as fait la femme féministe que je suis aujourd'hui. Je t'aime choupette.

A *Lulu et Nadine*, merci de m'avoir ouvert votre coin de paradis, merci d'avoir participé à forger mon groupe d'amis, et merci pour votre agalma qui m'inspire au quotidien.

A ma *famille Big Bihler et Erades Becoulet*, merci d'être présents. On a une chance inouïe d'avoir une famille aussi soudée, et je suis heureuse de partager ce moment avec vous.

A mes amis alsaciens,

A ma *team agalma*, je vous aime à la folie. A *Paco*, mon partenaire de danse préféré, mon pack d'eau, tu me manques chaque jour à Toulouse, j'aimerais tester encore tellement de portés avec toi. A *Elsa*, ma pioupiou, même si tu es devenue tellement plus que ça depuis tout ce temps, t'es le rayon de soleil de mes soirées qui va toujours essayer d'inventer 1000 jeux et pousser à 1000 réflexions. A *Axelle*, pitit chat, merci d'avoir été là pour moi aux dernières vacances au ski et pendant toute la période sombre qui a suivi, tes appels et tes

petits messages me faisaient un bien fou. A *Lisa*, ma première cruche, ta douceur et tes câlins me manquent. A *Marine*, merci pour toutes nos conneries de l'externat (dieu y en a eu beaucoup) et merci de m'avoir aidé pendant ma période brouillard, ça comptait beaucoup pour moi.

A *Ugni*, ma seule et unique coloc à tout jamais, tes banana bread me manquent, les pizza a l'appart avec toi me manquent, les soirées à faire les tchoins me manquent et surtout les lendemains de debrief. Les quelques jours passés avec toi à Toulouse étaient magiques.

A mes amis toulousains,

A *ma team 1er degré*, j'ai eu une chance inouïe de tomber sur vous, vous êtes les rayons de soleil de mon internat. A *Juliette*, la première personne que j'ai considérée comme mon amie ici dans le sud, fameux mélange de douceur et de connerie (même si t'assumes pas et que derrière tu balances tout). A *Terence*, mon compatriote de pour combien (je t'aurai à l'usure bâtard) et de battle de tektonik. A *Johan*, depuis que t'es à Grenoble j'ai pas trouvé de remplaçant qui t'arrive à la cheville pour les journées ski et les soirées jeux (même si t'oublies de préciser la moitié des règles vieux tricheur). A *Célia*, cécé céliaaaa, merci pour tes conneries (et tes scotchs / macarons). A *Alizée*, new member de la team, trop hâte du prochain WAA (objectif 1ères sur le podium) et des tournois de pétanque (carreau sur ta boule grande folle). A *Arthur, Théo, Adri, Mikel, Charles*, à chaque fois qu'on se revoit, c'est comme si on s'était pas quitté depuis Cahors.

A *Franck*, le Lorenzo du Perrier Poppers. Notre amitié est partie d'un débardeur psychédélique, en passant par des sorties escalade et des conseils "merde j'ai + de plantes que de conquêtes", pour finalement finir sur des cafés papotage (et parfois de la sheitanisation pour sortir, vieux démon). Trop heureuse de cette relation, t'es un pote génial et je tiens tellement à toi. J'espère t'as pas oublié mes oranges.

A *Alex*, compatriote de fin de promo, merci de m'accompagner dans mes sheitan de bouffe pour compenser les journées de merde (et dieu sait qu'il y en a eu beaucoup).

A *Greg*, merci de me prêter ta meuf de temps en temps, merci de m'accueillir dans mon... euh ton appart pardon.

A *mon papa et maman toulousain*, merci parce que c'est en grande partie grâce à vous que j'ai atterri dans cette ville magnifique. Vous avez été des guides au top.

Aux professionnels qui ont participé à ma formation, et tout particulièrement un grand merci à *Anne, Sophie, Isabelle* et *Jiliane*, qui m'avez fait aimer la médecine générale et montrer qu' allier vie personnelle et professionnelle est possible. Ce semestre avec vous a été un plaisir.

Enfin,

A toi ma *Lisa*, qui est passée de co-thésarde à une de mes meilleures amies.

Je suis tellement heureuse du travail qu'on a accompli ensemble, c'était un bonheur de travailler avec toi (malgré les "effet boule de nez", des barres). T'as été la motivation qu'il me fallait quand j'en manquais, t'as été mon anxiolytique en cas de coup de stress (la rédaction et les deadlines tmtc), et t'as été là à chaque fois qu'on avait besoin de se vider la tête (apéro bière + barbu, au grand plaisir de Grégoire).

En dehors de la thèse, tu es devenue une réelle amie, j'aime tes valeurs et ta frontalité en toutes situations. Je t'admire tellement, parce que t'arrives à être une amie géniale et honnête, parce que t'es trop chaude en médecine, parce que tu t'es trouvé un mec trop cool qui te correspond trop et avec qui tu construis ta vie avec bienveillance, et surtout parce que t'as réussi à trouver par toi même ta propre voie et tes propres convictions. T'es une femme incroyablement forte et tu m'inspires beaucoup au quotidien. Mon internat aurait pas été le même sans toi.

Je suis tellement reconnaissante de t'avoir rencontrée, j'ai hâte de te voir évoluer dans ta vie de médecin, de fonder quelques projets avec toi (La Réunion? ou déjà rien que passer les lundis à faire autre chose que la thèse trololol) et je te veux dans ma vie pour encore looooooongtemps. Je t'aime à la folie.

Remerciements personnels de Lisa

À mon amie Zoé, sans toi, cette thèse aurait été bien difficile à écrire. J'ai apprécié chaque moment passé avec toi, que ce soit lors de nos séances de travaux, ou de nos nombreuses soirées passées ensemble. Il y a 2 ans et demi, nous avons pris la décision de travailler ensemble alors que nous nous connaissions en peine. J'ai depuis découvert une amie formidable, pleine d'énergies, pleine de passions et de sentiments, avec qui je peux discuter de tout. Je sais que tu seras toujours à mes côtés et ce, jusqu'au bout de la nuit. Je t'aime fort.

À mes formateurs,

Au Dr Marc Lorrain, merci pour ta bienveillance et ta pédagogie. Tu m'as transmis ta passion pour notre belle spécialité qu'est la médecine générale.

Au Dr Véronique Dalmon, merci pour ton dynamisme. Tu m'as donné confiance en moi. La diabétologie n'a plus aucun secret pour moi.

Au Dr Lara Volle Couderc, merci pour ta sincérité, ton empathie, ton esprit scientifique, que j'admire profondément.

À tous mes maîtres de stage et autres professionnels qui m'ont beaucoup appris tout au long de ma formation.

À mes amis,

À mes deux acolytes, Alex et Manon, sans qui la stabilité (ou pas, d'ailleurs) dans ma vie n'existerait pas. Avec qui j'ai tout, ou presque tout, partagé et pour qui j'aurais toujours un amour infini. Je vous admire tellement pour ce que vous êtes.

À mes amies d'enfance, Margot et Magda, sur qui je peux toujours compter et qui m'ouvrent sur le monde avec un grand M. Merci pour nos soirées périgourdines.

À tous mes amis Limougeauds, car la bamboche ne sera jamais terminée. À nos années d'externat, nos vacances reposantes, nos soirées endiablées, que cela se poursuive jusqu'à la fin. À Mathilde, Justine, Axelle, Alex, Guillaume, Jeanne et Hélène.

Merci à mes amis Toulousains

À Juliette, tu as toujours su trouver les bonnes paroles.

À Célia et ta folie douce.

À Alizée, à ton réveil qui ne te réveille pas. Maintenant, j'aime le Pastis grâce à toi.

À Julie, ton pâté en croûte à toujours été le meilleur. Maybe on se retrouve dans le Lot avec un élevage de vaches.

À Marine, Terence, Arthur, Johan, Charles, Mikel, Adri et Théo.

À tous mes amis du judo, mes coachs, et à Claude qui m'a appris à chuter et à toujours me relever. Je ne serais pas, qui je suis aujourd'hui sans ces nombreux entraînements.

À ma famille,

À mes parents, merci d'avoir cru en moi pendant toutes ces années d'études, merci pour votre amour.

À ma maman Marjan, pour avoir été ma maman poule toutes ces années, avec toutes ces petites attentions du quotidien qui m'ont tant aidée dans ma vie et mes études. Promis, maintenant, je sais faire mes lessives et mes courses ! Merci pour ton immense soutien, et j'espère t'avoir rendue fière. Je t'aime.

À mon papa Yonnel, merci pour les valeurs que tu m'as transmises, le sens du travail, ton esprit toujours jeune et la capacité à relativiser en toute circonstance. La chasse aux champignons et aux truffes n'a plus de secret pour moi !

À ma sœur Manon, Manouille, que j'aime tant. Je suis tellement fière et heureuse de t'avoir dans ma vie. Tu resteras ma fashion victime, même si tu finiras peut-être habillée en pyjama parce que tu auras choisi les urgences ! Je t'aime fort, tu seras toujours de bon conseil.

À Evelyne, Tonton BM et mon cousin Arthur, merci pour votre aide et les vacances à Arcachon. Allez l'UBB !

À Lucie et Caroline, merci pour tous ces moments en famille, ces fous rires et ces parties de belote enflammées.

À ma marraine Vanou, merci pour tous les beaux moments passés ensemble. À Agathe, Léa et Mathieu.

À ma famille de Belgique, qui est loin par la distance mais si proche par le cœur.

Au reste de ma famille. À Colette, merci pour tes délicieuses recettes.

Et pour finir à Grégoire, Tchoupi, merci de me permettre de rester une enfant à travers nos bêtises et nos fous rires. Merci pour ton soutien indéfectible au quotidien et dans ce travail. Je t'aime de tout mon cœur.

Table des matières

Liste des abréviations.....	i
Liste des annexes.....	ii
I. INTRODUCTION.....	1
A. La contraception en France.....	1
B. L’anneau vaginal.....	1
C. Question de recherche et objectifs de l’étude.....	3
II. MATERIEL ET METHODES.....	4
A. Choix du type d’étude.....	4
B. Population étudiée.....	4
C. Échantillonnage.....	4
D. Recueil des données.....	5
E. Retranscription des entretiens.....	6
F. Analyse des données.....	6
G. Éthique.....	6
III. RÉSULTATS.....	7
A. Caractéristiques socio-démographiques.....	7
B. Déroulement d’une consultation de contraception.....	8
1. Une consultation dédiée.....	8
2. L’interrogatoire et l’examen clinique.....	8
3. Un temps d’information primordial.....	8
4. Un choix de contraceptif en équipe.....	9
5. Une consultation souvent gérée seul.....	10
6. Reconvoquer si besoin.....	10
C. Les habitudes de prescription des contraceptifs.....	10
1. Trois leaders contraceptifs.....	10
2. Une place restreinte pour l’anneau vaginal.....	11
3. Les autres moyens contraceptifs.....	11
D. Déterminants au choix de la méthode contraceptive.....	12
1. Raisons rapportées par les patientes.....	12

a. Leurs envies.....	12
b. Les croyances.....	12
c. Les craintes.....	12
d. Les caractéristiques du contraceptif.....	13
e. Le mode de vie et les expériences personnelles.....	13
2. Raisons rapportées par le médecin généraliste.....	13
E. Freins à la prescription de l’anneau vaginal.....	14
1. Des caractéristiques peu attrayantes.....	14
a. Le prix.....	14
b. La pose.....	14
c. Les effets indésirables.....	15
d. L’observance.....	15
2. Manque de connaissance des prescripteurs.....	15
3. Une vision négative des prescripteurs.....	16
4. Peu attractif en comparaison aux autres contraceptifs.....	16
5. Un mode de présentation peu flatteur.....	17
6. Une représentation erronée par les femmes.....	17
7. Une population touchée restreinte.....	18
F. Leviers à la prescription de l’anneau vaginal.....	18
1. Des connaissances ancrées.....	18
2. Des caractéristiques qui plaisent.....	19
a. Le mode de prise.....	19
b. La pose.....	19
c. L’effet local.....	19
d. La déconstruction de certains effets indésirables.....	20
3. Une alternative intéressante aux autres contraceptifs.....	20
4. Une vision positive de l’anneau vaginal.....	21
5. Un frein économique faible.....	21
6. Un contraceptif qui satisfait les femmes.....	22
7. Comment favoriser sa prescription ?.....	22

IV. DISCUSSION.....	23
A. Discussion autour des résultats et comparaison avec les données de la littérature...	23
B. Un exemple de théorisation ancrée : trouver chaussure à son pied.....	31
C. Forces et limites.....	32
D. Perspectives.....	33
V. CONCLUSION.....	35
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	36
VII. ANNEXES.....	41

Liste des abréviations

ANSM : Agence Nationale de la Sécurité du Médicament

BERCER : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour

CCP : Consultation Complexe pour la Première contraception

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ : consolidated criteria for reporting qualitative research

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DES : Diplôme d'Études Spécialisés

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MSP : Maison de santé Pluridisciplinaire

PrEP : Prophylaxie Pré-Exposition

RCP : Résumé des caractéristique du produit

REIVOC : Réseau IVG et Contraception Occitanie

Liste des annexes

Annexe I : Grille COREQ

Annexe II : Guide d'entretien initial

Annexe III : Guide d'entretien 2ème version

Annexe IV : Guide d'entretien dernière version (3ème version)

Annexe V : Extrait du tableau de codage

Annexe VI : Notice d'information

Annexe VII : Formulaire de consentement

Annexe VIII : Inscription au tableau d'enregistrement recherche et thèse par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés du DUMG de Toulouse

Annexe IX : Extrait de retranscription d'un entretien (Entretien 8)

I. INTRODUCTION

A. La contraception en France

En France, plus de 7 femmes sur 10 sont concernées par la contraception d'après le baromètre de Santé Publique France de 2016 (1). Parmi ces femmes, 92 % ont recours à une méthode contraceptive, dont 71,8 % sont des méthodes médicalisées. Il existe une dizaine de contraceptions médicalisées disponibles sur le marché : pilule oestro progestative ou progestative seule, Dispositif Intra Utérin (DIU), implant, préservatif externe ou interne, patch, anneau, injection de progestérone, ... (2)

Pourtant, malgré tous ces dispositifs, le nombre d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) en France reste en constante augmentation depuis sa légalisation, avec en 2022 l'enregistrement de plus de 200 000 IVG (3). Cette augmentation progressive peut être en partie expliquée par le fait que les femmes ne trouvent pas systématiquement une contraception qui leur convienne. Mais pour faire ce choix de manière éclairée, elles doivent être informées ou s'informer elles-mêmes sur toutes les méthodes disponibles. En effet, comment une femme peut-elle faire un choix contraceptif qui correspond à ses attentes sans connaître toutes les possibilités qui s'offrent à elle ?

Certains moyens de contraception sont encore peu connus et peu utilisés du grand public. C'est le cas de l'anneau vaginal. En 2016, seulement 1% des femmes utilisent l'anneau ou le patch (1). Nous avons pu remarquer durant nos stages pratiques, expériences personnelles et dans la littérature, que l'anneau vaginal était très peu prescrit par les médecins généralistes et très peu connu des femmes, malgré sa mise sur le marché en 2004 (4). Il nous semblait pourtant être un bon compromis pour s'affranchir d'une prise orale quotidienne, tout en évitant la pose d'un contraceptif invasif.

B. L'anneau vaginal

L'anneau vaginal est un moyen de contraception oestro-progestatif non oral. Il s'agit d'un anneau souple et transparent de 5 cm de diamètre externe et 4 mm d'épaisseur environ.

Celui-ci peut être mis et retiré en intra vaginal par la femme elle-même. Il doit rester en place pendant une durée de 3 semaines. Il est ensuite retiré pendant une semaine durant

laquelle les règles surviennent (saignements de privation). Il peut être enlevé au maximum 3h sans perdre de son efficacité contraceptive (pendant les rapports sexuels par exemple).

Figure 1 : Schéma de l'anneau vaginal (5)

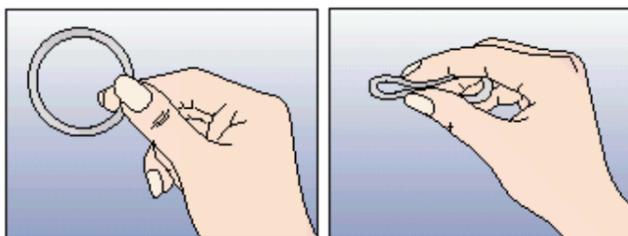


Figure 2 : Pose et retrait de l'anneau en intra-vaginal (6)



Il délivre 120 $\mu\text{g}/24\text{h}$ d'étonogestrel et 15 $\mu\text{g}/24\text{h}$ d'éthinylestradiol. En raison de la faible quantité d'hormones libérées ($<0,04$ mg d'oestrogène/24h), il est considéré comme un contraceptif hormonal faiblement dosé (5). L'étonogestrel étant le métabolite biologiquement actif du désogestrel, il est donc apparenté aux pilules dites de 3^{ème} génération (7).

Il n'est pas pris en charge par l'assurance maladie. Son prix est très variable en fonction des honoraires de dispensation des pharmacies. Son prix moyen est d'environ 30 € pour 3 mois d'utilisation.

L'Agence Nationale de la Sécurité du Médicament (ANSM) a modifié son Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) en 2013 pour décrire un risque thromboembolique veineux au moins identique à celui des pilules de 1^{ère} et 2^{ème} génération (8, 9). Les contre-indications de l'anneau vaginal sont donc les mêmes qu'un contraceptif oral combiné : antécédent d'accident thromboembolique artériel ou veineux, facteurs de risques thromboemboliques personnels combinés (diabète, âge, HTA, dyslipidémie, ...), trouble de la coagulation, migraine avec aura, antécédent de cancer hormono dépendant, ... (5, 10)

L'efficacité de l'anneau vaginal est définie par son indice de Pearl qui est identique à celui de la pilule. Le risque de grossesse la première année de son utilisation est de 0,3 % en théorie et de 8 % tel qu'utilisé couramment. Ce niveau de risque est considéré comme faible par la Haute Autorité de Santé (HAS) (11).

C. Question de recherche et objectifs de l'étude

Le médecin généraliste joue un rôle primordial dans le choix contraceptif des femmes. Pour ce travail, nous avons voulu recueillir les comportements et ressentis des médecins généralistes face à un contraceptif peu connu : l'anneau vaginal. Très peu d'études ont été réalisées sur la représentation et les connaissances des médecins généralistes concernant ce moyen contraceptif, et aucune en méthode qualitative.

Notre **question de recherche** était : Quelles sont les connaissances actuelles et les déterminants à la prescription de l'anneau vaginal comme moyen de contraception par les médecins généralistes de Haute-Garonne ?

L'**objectif principal** de cette étude était d'explorer les représentations des médecins généralistes de Haute Garonne concernant l'anneau vaginal contraceptif.

L'**objectif secondaire** était d'identifier les freins à la prescription de l'anneau vaginal comme moyen contraceptif par les médecins généralistes de Haute Garonne.

II. MATERIEL ET METHODES

A. Choix du type d'étude

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons réalisé une étude qualitative basée sur des entretiens individuels semi-dirigés auxquels s'appliquait une analyse thématique.

Nous avons fait le choix d'une méthodologie qualitative afin de comprendre les comportements et choix des médecins généralistes en matière de contraception. La méthode qualitative permet une liberté d'expression sur les comportements individuels, influencés la plupart du temps par les sentiments et les croyances. Nous voulions nous détacher d'un questionnaire qui aurait pu influencer les réponses sur leur pratique, pourtant singulière à chaque médecin (12).

Cette étude a été réalisée suivant les lignes directrices de la grille COREQ (consolidated criteria for reporting qualitative research) (13) (Annexe I).

B. Population étudiée

La population cible était les médecins généralistes de Haute-Garonne. Tous les médecins généralistes thésés de Haute-Garonne, installés ou non, étaient éligibles à notre étude. L'unique critère d'exclusion était les médecins généralistes non thésés.

C. Échantillonnage

L'échantillonnage des données a été réalisé sur un principe théorique jusqu'à saturation des données. Au fur et à mesure des entretiens, les participants ont été choisis pour permettre la plus grande variabilité de profils possible. Les critères majeurs pouvant faire varier les résultats de notre recherche étaient : l'âge, le sexe, la formation complémentaire en contraception, la structure dans laquelle ils exercent, notamment l'exercice en pluriprofessionnalité.

Le recrutement s'est fait par contact direct de différents médecins généralistes installés. Il a été réalisé par prise de contact via nos maîtres de stage, collègues internes, ou praticiens chargés d'enseignements au sein du Diplôme d'Études Spécialisés (DES) de médecine

générale de Toulouse. La prise de contact était faite par les deux chercheuses, par mail ou téléphone.

Les médecins généralistes contactés ont été informés du déroulé des entretiens ainsi que de l'anonymat des réponses. Il leur a été expliqué que notre travail de recherche portait sur les méthodes contraceptives, sans en dévoiler l'intitulé exact afin de ne pas influencer leurs réponses ou mener à des recherches personnelles des participants en amont des entretiens. Nous n'avons eu aucun refus de la part des médecins que nous avons contactés.

D. Recueil des données

Les entretiens individuels ont été réalisés sur la période de janvier à novembre 2024. Ils ont été répartis de façon équilibrée entre les deux chercheuses selon le nombre d'entretiens déjà réalisés. Les lieux des entretiens ont été définis par prise de contact avec les participants, avec proposition d'un entretien en présentiel dans le lieu de leur choix ou en distanciel par vidéoconférence. Des proches du participant pouvaient être présents sur le lieu choisi au moment de l'entretien.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. La prise de note était réalisée par l'investigateur de manière manuelle sur un journal de bord dédié aux entretiens. Chaque entretien débutait par une courte présentation des deux chercheuses ainsi qu'un rappel du thème de la thèse : la contraception.

Un guide d'entretien (Annexe II) a été réalisé au préalable pour permettre un déroulement fluide des entretiens. Il a été réfléchi à partir de nos hypothèses de recherche et après un travail préalable d'analyse de la littérature. Aucune étude qualitative n'avait été réalisée auprès des médecins généralistes sur le sujet. Le guide d'entretien a été réalisé conjointement avec notre directrice de thèse, le Dr MUNIER.

Il a été pensé en entonnoir, de sorte à rétrécir au fur et à mesure le sujet de la contraception pour arriver in fine sur la question de l'anneau vaginal. Ce guide d'entretien nous a ainsi permis d'aborder plusieurs thématiques : caractéristiques socio-démographiques, activité en santé de la femme, déroulement d'une consultation de contraception, connaissances et place de l'anneau vaginal dans la pratique courante, ainsi que les limites à sa prescription et suggestions pour favoriser son utilisation.

Au fur et à mesure des entretiens, notre guide d'entretien a subi deux modifications (Annexe III et IV). Une demande de listage des méthodes contraceptives présentées aux patientes a été rajoutée. Il a été ajouté une question concernant les supports utilisés (visuels, internet) pendant la présentation des contraceptifs. Le guide d'entretien a également été complété par un questionnaire sur l'attitude face à une demande explicite d'anneau vaginal de la part d'une patiente.

E. Retranscription des entretiens

Les entretiens étaient retranscrits par l'investigateur ayant réalisé l'entretien. La retranscription a été faite mot pour mot de manière la plus fidèle possible, à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word®. Les réactions non verbales et émotions ont été retranscrites grâce à la prise de notes pendant les entretiens. Les données permettant l'identification des participants ont été masquées afin de respecter l'anonymisation.

F. Analyse des données

La première analyse consistait en une lecture flottante de l'entretien dans son intégralité afin de s'imprégner de l'ambiance globale de l'entretien et de permettre une familiarisation avec les données. L'entretien était par la suite découpé en unités de sens correspondant à des « verbatims », reliés à des codes. Ce travail a été réalisé de manière individuelle par les deux chercheuses avant de croiser nos données, suivant le respect de la triangulation des données. Les données étaient ensuite regroupées dans un tableau réalisé à l'aide de Microsoft Excel® (Annexe V), jusqu'à émergence de thèmes et de catégories.

G. Éthique

Avant chaque entretien, une fiche d'information a été fournie expliquant l'anonymisation et le traitement des données (Annexe VI). L'ensemble des participants a signé les formulaires de consentement (Annexe VII). Un engagement de conformité à la MR004 a été obtenu auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) après soumission du projet de l'étude par l'intermédiaire du délégué à la protection des données du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse (Numéro 2023NL112 et 2023BZ111) (Annexe VIII).

III. RÉSULTATS

A. Caractéristiques socio-démographiques

9 entretiens individuels ont été réalisés sur la période de janvier à novembre 2024. Ils duraient en moyenne 29 minutes, allant de 18 à 52 minutes. 5 entretiens ont été réalisés en vidéoconférence par souci de disponibilité, et 4 en présentiel (2 au domicile, 2 sur le lieu d'exercice). La saturation des données a été atteinte au 7ème entretien. Nous avons complété par 2 entretiens supplémentaires afin de confirmer la saturation des données.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des participants à l'étude

	ÂGE	SEXE	STRUCTURE D'EXERCICE	PATIENTÈLE	ACTIVITE EN SANTE DE LA FEMME	FORMATION COMPLEMENTAIRE EN SANTE DE LA FEMME	MSU	DURÉE (min)
1	30-39	femme	cabinet médical	semi urbaine	contraception, suivi de grossesse	non	non	20
2	30-39	homme	cabinet médical	rurale	contraception, dépistage	DU de gynécologie	non	18
3	60-69	femme	centre médical pluri-professionnel	semi rurale	contraception, suivi de grossesse, dépistage, gestes techniques	formation REIVOC, DPC et séminaire de gynécologie	oui	22
4	40-49	femme	MSP	semi rurale	contraception, suivi de grossesse, dépistage, gestes techniques, ménopause	DPC de gynécologie	oui	28
5	30-39	homme	MSP	semi rurale	contraception, dépistage, suivi PrEP	DPC (non précisé), formation à la prescription de PrEP	oui	21
6	30-39	homme	MSP	urbaine	contraception, suivi transition de sexe, suivi PrEP, dépistage	formation IVG, formation à la prescription de PrEP	oui	43
7	30-39	femme	cabinet médical	semi rurale	contraception, dépistage, suivi de grossesse, ménopause, gestes techniques	DU de gynécologie	non	22
8	60-69	femme	MSP	urbaine	contraception, suivi de grossesse, dépistage, gestes techniques, IVG	DU de gynécologie, formation REIVOC, DPC d'échographie	oui	52
9	40-49	femme	centre de santé, hospitalier	urbaine	contraception, dépistage, suivi de grossesse, ménopause, infertilité, suivi prEP, pathologies gynécologiques, gestes techniques, IVG	formation IVG	non	32

B. Déroulement d'une consultation de contraception

1. Une consultation dédiée

La consultation de contraception était souvent vue comme une **consultation longue**. La patiente était souvent reconvoquée sur un **créneau dédié**, sauf si elle était plus âgée et déjà bien informée sur les contraceptifs.

MG7 : “sur une première contraception, ça c'est sûr et certain que je leur dis, ça m'est encore arrivé avec une ado que je suis, où je dis « y a trop de choses à dire c'est vraiment important qu'on prenne le temps », et du coup je dédie une consultation à ça.”

2. L'interrogatoire et l'examen clinique

Un **interrogatoire précis** recherchait les antécédents et contre indications. Les praticiens questionnaient également les femmes sur leurs cycles menstruels, leur vie sexuelle et leurs antécédents contraceptifs. L'**examen clinique ne devait pas être systématique**, et s'il devait être nécessaire, des explications étaient données à la patiente.

MG4 : “je leur explique bien le pourquoi de l'examen gynéco, quel en est l'intérêt, à quel moment il faudra effectivement le faire et éventuellement s'il faut l'anticiper par rapport à des symptômes particuliers”

3. Un temps d'information primordial

Il semblait important pour les praticiens de réaliser au préalable un **recueil des connaissances des patientes** et de pouvoir **répondre aux questions** générées par leurs propres recherches.

MG1 : “il y a souvent un peu des a priori des « ma copine m'a dit ceci, m'a dit cela » donc c'est un petit peu ... (hésite) pas déconstruire mais plutôt discuter avec elle sur ce qu'elles ont entendu, ce qu'elles pensent et puis voir si on peut répondre à leurs interrogations sur ce point-là.”

D'après nos participants, les **femmes étaient peu informées** sur leur anatomie et cycles menstruels. Il était donc du **devoir du praticien de les informer** sur ces sujets tout en s'assurant de leur compréhension.

MG9 : “on leur apprend pas à connaître leur anatomie tout ça. Donc je pense qu'il y a un peu de manque d'information à ce sujet.”

MG4 : “j'aime bien leur faire un peu resynthétiser pour voir avec elles ce qu'elles ont compris de mon discours, être sûr que les messages soient bien passés et que les infos soient correctes”

Certains praticiens décidaient de **présenter systématiquement tous les moyens contraceptifs**. D'autres en revanche ne les présentaient tous **que si la patiente n'avait pas de demande explicite**. Ils étaient présentés de manière globale, avec par la suite des précisions données selon l'intérêt de la patiente pour une méthode.

MG4 : “si elles ont pas d'idée, elles veulent une contraception mais elles savent pas trop laquelle, là on fait un peu l'éventail de tout”

MG7 : “et donc je leur explique et si elles ont plus de questions sur un type, parce que finalement elles se rendent compte que en fait ça peut leur convenir, bah là je rentre dans les détails, parce que sinon ça fait beaucoup d'infos à un moment tu les perds (rires)”

Des **supports matériels ou internet**s étaient fréquemment utilisés pour illustrer leurs explications et démystifier l'apparence de certains contraceptifs et du matériel gynécologique utilisé.

MG8 : “si on commence à présenter un peu tout, j'ai une règle avec les moyens de contraception sur mon bureau et une boîte avec tous les trucs dedans...”

MG7 : “je leur montre hein, je leur montre à quoi ressemble un spéculum, comment ça se passe etc”

4. Un choix de contraceptif en équipe

Le rôle du médecin généraliste était d'**aider** la patiente dans son choix de contraceptif, **sans imposer ni contraindre**. Le seul moment où la décision du praticien était imposée était quand la patiente présentait une contre-indication.

MG3 : “C'est, en fait, un partenariat avec la patiente, parce que de toute façon, c'est comme pour tout en médecine, si vous imposez quelque chose, ça marchera pas. Donc faut essayer d'être neutre, objectif, et c'est la patiente qui décide au final.”

MG1 : “Sauf évidemment en cas de contre-indication où là je le prescrirai pas”

5. Une consultation souvent gérée seul

Les participants **orientaient très rarement** vers un gynécologue. Un avis spécialisé était parfois demandé pour les cas les plus complexes. Certains d’entre eux orientaient parfois vers des confrères ou consoeurs pour les gestes techniques.

MG5 : “Bah en fait, on arrive à chaque fois quand même à trouver une contraception qui correspond à la patiente, et je ne pense pas que j'ai eu besoin de passer par la case spécialiste.”

6. Reconvoquer si besoin

Les patientes étaient souvent reconvoquées pour **évaluer la tolérance** du contraceptif prescrit. En cas d’indécision de leur part en fin de consultation, un **temps de réflexion** leur était laissé. Elles étaient motivées à réaliser leurs **propres recherches** auprès de sources validées.

MG1 : “« choisir ma contraception », qui est quand même bien fait, donc souvent je les oriente [...] parce que souvent ça fait beaucoup d'infos sur une même consult”

C. Les habitudes de prescription des contraceptifs

1. Trois leaders contraceptifs

Trois contraceptifs se sont détachés du lot, systématiquement présentés et prescrits : la **pilule**, le **DIU** (hormonal ou cuivre) et l’**implant**. Ces méthodes étant souvent citées en premier lieu dans les entretiens.

MG5 : “Je présente toujours DIU, implant, contraception orale.”

MG9 : “Celles que je prescris le plus ça va être les pilules, stérilet cuivre, stérilet hormonal et implant”

2. Une place restreinte pour l'anneau vaginal

Pour tous les praticiens, l'anneau vaginal était **très peu présent voir absent** de leur pratique quotidienne, ce qui entraînait une **perte d'habitude de prescription** de celui-ci.

MG9 : “- Ok, t'en as combien à peu près dans ta patientèle qui l'ont ? - Nan mais pas beaucoup hein, ça se compte... - Sur les doigts de la main quoi ? - Ouais”

MG5 : “Je pense qu'il y a l'anneau vaginal que je ne présente pas, parce que j'ai pas du tout l'habitude d'en prescrire. J'en prescris jamais et j'avoue j'y pense pas”

Il était souvent **oublié** ou mentionné en **second plan** lors des entretiens, même par les médecins qui l'utilisaient couramment. Lors des consultations, même si quelques praticiens le présentaient de manière systématique auprès des patientes, la plupart **ne l'exposaient pas**.

MG6 : “Ah ! j'ai oublié l'anneau tout à l'heure, l'anneau j'en prescris pas mal aussi... j'ai oublié l'anneau.”

MG5 : “En tout cas c'est sûr que celle que je présente pas c'est l'anneau vaginal ça je ne présente pas.”

Sa **prescription restait rare** chez la plupart des praticiens et intervenait principalement à **l'initiative des patientes**. Dans le panel des contraceptifs, il était souvent cité en **dernier recours**.

MG5 : “Alors, je voudrais pas parler à la place des patientes, mais non, parce que je pense que la seule fois où je l'ai prescrit, c'est parce qu'on me l'a demandé”

MG3 : “il vaut mieux avoir une contraception de cet ordre-là que pas avoir de contraception et faire une IVG”

3. Les autres moyens contraceptifs

D'autres contraceptifs étaient évoqués : les contraceptifs mécaniques, la contraception d'urgence, les méthodes naturelles, les injections de progestérone, la contraception définitive et le diaphragme. Certaines étaient systématiquement proposées (préservatif externe, pilule du lendemain), alors que d'autres n'étaient quasiment jamais abordées (méthodes naturelles, injections de progestérone, diaphragme).

D. Déterminants au choix de la méthode contraceptive

1. Raisons rapportées par les patientes

a. Leurs envies

Les patientes arrivaient en consultation avec une **envie préalable** de contraception, sur laquelle elles restaient souvent, et ce malgré l'exposition et les explications des autres contraceptifs. Ce choix préalable s'avérait souvent être **la pilule**.

MG7 : “Parce que j’ai pas tant l’impression que même après avoir exposé les différents moyens, ça les fasse changer d’avis sur ce pour quoi elles étaient venues.”

MG6 : “Ce qui remporte le plus d'adhésion, ça reste quand même toutes celles qui sont plus pour prendre des comprimés, ça reste la pilule.”

b. Les croyances

Les participants nous indiquaient que les croyances des femmes, **qu’elles proviennent de leur entourage ou d’elle-même**, impactaient souvent leur choix. Une contraception déjà utilisée et bien tolérée par leurs proches rassurait la patiente et inversement en cas de mauvaise expérience.

MG7 : “Oui par exemple la sœur elle a tel truc elle l’a mal supporté donc elle va pas être trop partante pour tel moyen, même si je leur explique que bah ok elle sont sœurs mais elles sont chacune différentes. Euh donc c’est plus le bouche à oreille qui font que ça détermine leur choix.”

c. Les craintes

La première crainte rapportée par les femmes était la **peur d’avoir mal**, ce qui poussait souvent à choisir la pilule. La présence d’un **corps étranger** dans leur corps pouvait également être source de peur, chez les patientes déjà craintives de la pose de tampon.

MG8 : “« Ah non non de toute façon moi je mets que des serviettes » alors qu'elle avait une trentaine d'années, qu'elle était assez délurée tu vois mais elle me dit « non non moi je veux que des serviettes je veux rien mettre dans mon vagin »”

d. Les caractéristiques du contraceptif

D'après les praticiens, les critères de choix des femmes en matière de contraception étaient : la **durée d'efficacité** du contraceptif, la **présence ou non d'hormones**, le **coût**, ainsi que les **effets indésirables**. Ils leur semblaient que les femmes **ne voulaient pas se prendre la tête** avec leur contraception et voulaient être **libres de l'arrêter** à tout moment.

MG6 : "c'est un peu les freins que j'ai eu « DIU ça me parle bien mais franchement j'ai peur de la pose et je ne peux pas l'enlever toute seule, je suis obligée de passer par vous »"

e. Le mode de vie et les expériences personnelles

Les femmes victimes de **violences sexuelles** leur exprimaient souvent une crainte à l'égard des contraceptions jugées invasives. Les **expériences contraceptives**, la **couverture sociale** et le fait d'être en **couple** participaient au choix.

MG8 : "On sait bien que les femmes qui ont été victime de violences sexuelles, par exemple vont plus avoir peur des stérilets, de mettre un truc dans l'utérus voilà."

2. Raisons rapportées par le médecin généraliste

La **façon de présenter** les contraceptifs pouvait influencer les patientes. Certains présentaient les moyens contraceptifs selon leur remboursement, leur indice de Pearl ou le profil de la patiente.

MG4 : "alors c'est vrai qu'il y a peut être aussi la manière dont je le présente qui peut complètement indirectement les orienter"

MG7 : "Je leur explique par exemple si c'est un stérilet si elles ont des règles douloureuses je leur explique bah que le cuivre ça peut majorer certains symptômes, etc, et que peut être que dans leur cas c'est peut être pas le plus conseillé."

La présence ou non d'un **support visuel** influençait parfois le choix de la patiente.

MG1 : "parce que le stérilet souvent quand on leur montre que c'est tout petit elles se disent « Ah oui ça fait juste ça comme taille » , donc ça enlève une part d'anxiété avant la pose et avant toute la consult"

E. Freins à la prescription de l'anneau vaginal

1. Des caractéristiques peu attrayantes

a. Le prix

Le **non remboursement** était cité comme principal frein à sa prescription. Celui-ci était presque **systématiquement précisé** dès la proposition de ce contraceptif. Il était parfois même précisé que son prix était cher, sans que les participants aient forcément une connaissance de son prix.

MG1 : “Moi je le propose aussi oui, en précisant que du coup malheureusement elles ne sont pas remboursées”

MG 4 : “on doit aussi proposer aux patients ce genre de système si elles le connaissent pas, mais je leur explique quand même de suite qu’il y a pas, à ma connaissance en tout cas, de remboursement.”

b. La pose

Selon les praticiens, le fait qu’elles doivent le poser et l’enlever elles-mêmes était générateur de **craintes**, avec la **peur de mal faire** et des **conséquences** que cela pouvait entraîner. La pose d’un corps étranger dans le vagin nécessitait une certaine **connaissance de leur corps** et pouvait également être **source de dégoût**.

MG9 : “Je crois qu’elles ont peur de pas y arriver, enfin y a un truc vraiment de « j’aurais peur que ça tombe, j’aurais peur de pas y arriver, j’ai peur de me tromper »”

MG8 : “Les femmes qui... ouais qui trouvent ça un peu dégoûtant d’avoir ce truc dans le vagin. Il y en a qui me demandent si ça va pas s’infecter tout ça et quand même qui s’inquiètent de ça”

Ils leur semblaient que le mode de pose pouvait paraître **difficile** pour certaines femmes. Même si la comparaison avec la pose de tampon était souvent faite, les femmes semblaient manquer d’explications sur la pose correcte de l’anneau.

MG1 : “il doit y avoir une notice j’imagine. Mais c’est comme pour le préservatif féminin, c’est schématique mais bon c’est pas très explicite pour autant.”

c. Les effets indésirables

Le fait de **le sentir pendant les rapports** était le principal effet indésirable rapporté. D'après eux, c'était rarement elles qui le sentaient mais surtout leurs **partenaires**, ce qui pouvait être source d'**embarras** pour les jeunes femmes et donc entraîner l'arrêt du contraceptif. Cependant, même si certains partenaires rapportaient le sentir, c'était **rarement source de gêne ou de douleur**.

MG8 : “mais elles disent non elles disent « non de toute façon je veux plus le prendre parce que mon copain le sent, ça le gêne »”

D'autres effets indésirables étaient rapportés par les femmes, comme l'**expulsion** de l'anneau ou encore l'apparition de **mycoses**. Ceux rapportés par les praticiens concernaient plutôt le **risque thrombo-embolique**.

MG3 : “apparemment pendant un rapport ça s'était mal passé, et je crois qu'il est ressorti (...) ça l'a un peu traumatisée”

d. L'observance

L'anneau vaginal étant changé tous les mois, l'observance paraissait **difficile** pour un des praticiens.

MG3 : “Je pense que prendre quelque chose tous les jours c'est quand même plus facile que de changer quelque chose toutes les 4 semaines.” / “Donc faut vraiment que les patientes soient très sérieuses.”

2. Manque de connaissance des prescripteurs

La plupart des praticiens étaient **mal à l'aise** sur leurs connaissances concernant l'anneau vaginal, avec souvent des **hésitations ou erreurs** sur ses caractéristiques. Sa visualisation et ses attributs étaient perçus comme **moins maîtrisés que pour les autres contraceptifs**. Ses caractéristiques étaient parfois **confondues avec le patch**.

MG2 : “qui est ce qui le met ? C'est le médecin qui le met ?”

MG1 : “Mais c'est vrai que je le schématise moins que les autres moyens de contraception parce que j'ai pas de support en consultant” / “parfois je cafouille sur patch/anneau « est-ce

que c'est 3 semaines/une semaine », donc ça je vérifie parce que de temps en temps je me fais un micmac”

Les connaissances de l’anneau vaginal ont été apprises pour la plupart durant les **cours à la faculté** ou en **Développement Professionnel Continu (DPC) sur la contraception**, cependant certains rapportent qu’il y était **à peine abordé**. Même en Diplôme Universitaire (DU) de gynécologie, un des praticiens n’était plus sûr de l’y avoir vu abordé.

MG5 : “Parce que c'est vrai qu'on parle beaucoup de la contraception orale, on parle beaucoup, je me rappelle, moi, des gestes techniques sur la DIU, sur la poste de l'implant mais c'est vrai l'anneau vaginal oui, on n'en parle pas beaucoup”

MG2 : “Après même au DU, si je pense qu'ils nous l'ont montré, oui je pense qu'on en a parlé.”

3. Une vision négative des prescripteurs

Certains praticiens rapportaient ne trouver **aucun avantage à sa prescription**. Ils auraient même été **surpris par une demande explicite** d’anneau vaginal de la part d’une patiente, et chercheraient les raisons de ce choix. Malgré tout, la prescription pouvait être envisagée si la patiente adhéraient à la technique et était observante.

MG3 : “spontanément comme ça je vois pas trop l’argument qu’on aurait pu m’avancer pour avoir un anneau.” / “Si elles adhèrent à la technique, si elles se trompent pas, si elles oublient pas de le changer - en tout cas d’en remettre un après -, oui y a pas de soucis”

MG7 : “donc je lui demanderai un peu pourquoi ce moyen, mais en fait bah si ça lui convient ça lui convient.”

4. Peu attractif en comparaison aux autres contraceptifs

La place de l’anneau vaginal semblait **restreinte** car les femmes étaient souvent **déjà satisfaites** par un autre contraceptif. Si la pilule ne convenait pas par problème d’observance, l’implant était souvent préféré à l’anneau vaginal. Le DIU semblait également plus attractif pour son efficacité, sa durée, sa discrétion et son remboursement. Un praticien nous informait que, si les patientes n’étaient pas gênées par le non remboursement, elles optaient plutôt pour le **patch** pour sa **simplicité d’utilisation**.

MG5 : “Et en fait, l’anneau vaginal je sais pas trop où est-ce qu’il trouve sa place ? Parce que finalement, peut-être que chez les femmes, c’est pas, c’est pas forcément la contraception la plus pratique.”

MG9 : “On va dire quand... pour celles qui veulent un truc plus long et ou ça les gêne pas que ce soit pas remboursé souvent elles s'orientent vers le patch, parce que ça paraît plus simple quoi”

5. Un mode de présentation peu flatteur

Certains praticiens reconnaissaient que leur mode de présentation des différents contraceptifs pouvaient jouer en la défaveur de l’anneau vaginal, notamment parce qu’il était **proposé dans les derniers** ou **pas proposé du tout**. Comme vu plus haut, la présentation des contraceptifs se limitait pour certains à celui choisi par la patiente, qui était rarement voire jamais l’anneau vaginal.

MG4 : “Bah parce que ça arrive à la fin de ma liste en fait. Et je pense que ça peut... indirectement c’est vrai que... sans le vouloir je pense que ça peut les orienter quand ça arrive...”

MG9 : “si je le propose pas c'est qu'en fait elle a déjà une idée de ce qu'elle veut”

Parmi les praticiens disposant de supports visuels des différents contraceptifs, beaucoup n’avaient **pas l’anneau vaginal en démonstration**.

MG4 : “J'en ai pas en démo, parce que j'ai des démos d'implant, j'ai des démos de stérilet, mais j'ai pas de démo d'anneau.”

6. Une représentation erronée par les femmes

Il revenait souvent à l'idée que les **femmes connaissaient rarement l’anneau vaginal**. D’après nos participants, même si elles en avaient déjà entendu parler, elles se le **représentaient très mal**.

MG2 : “je pense c’est qu’on en parle pas assez c’est pour ça aussi . Il y en a qui ne savent pas que ça existe.”

MG8 : “Parce qu’il y en a qui manipulent l'anneau et qui disent « Ah ouais comment ça empêche les spermatozoïdes de passer ça ?? » Ben non ça ne les empêche pas !”

7. Une population touchée restreinte

D'après la patientèle de nos participants, l'anneau vaginal était en majorité utilisé par une population **plus âgée et à l'aise financièrement**. Il semblait plus difficile pour les adolescentes, les étudiantes et les femmes en précarité sociale de se procurer l'argent. Il fallait également que les femmes soient **à l'aise avec leur corps**, impliquant un plus **haut niveau d'étude** pour être informées correctement sur leur anatomie.

MG7 : “surtout enfin maintenant y a des consultations où on peut anonymiser, alors des fois les parents sont pas au courant etc, donc si l'adolescente elle doit avoir l'argent pour acheter sa contraception, c'est compliqué quand même”

MG8 : “est-ce que c'est uniquement lié aux moyens financiers ou peut-être du coup aussi des personnes qui ont fait un peu plus d'études ou qui ont en tout cas qui ont moins de peur, moins de peurs liées aux représentations du vagin”

F. Leviers à la prescription de l'anneau vaginal

1. Des connaissances ancrées

La plupart des médecins généralistes avaient des connaissances ancrées sur les **caractéristiques** de l'anneau vaginal : sa pose, son utilisation, son prix, son principe actif et ses contre-indications. Certains étaient même en mesure de donner des **conseils** sur les modalités d'insertion ou en cas de gêne.

MG7 : “Bah l'anneau vaginal c'est une contraception oestroprogestative, qui... en fait, qui a une diffusion et qui bloque aussi les cycles ovariens”

MG8 : “Si ça vous gêne à l'entrée ne paniquez pas c'est juste qu'il est trop bas. C'est juste qu'il faut le... tout recommencer ou le pousser plus loin.”

Certains ont trouvé des solutions pour contrebalancer leur manque de connaissances grâce à des **sources validées**. En cas de lacune de connaissance sur une caractéristique, ils faisaient des **recherches pour leurs patientes**.

MG5 : “j'explique à la patiente qu'effectivement c'est pas un moyen de contraception que j'ai l'habitude de prescrire, mais du coup je regarde” / “J'ouvre le Vidal ou la base publique des médicaments. Je regarde anneau vaginal”

MG6 : “Je ne sais pas quoi, tu te renseignes. N’importe quel site ou tu regardes quels sont les moyens de contraceptions à disposition tu trouves l’anneau.”

2. Des caractéristiques qui plaisent

a. Le mode de prise

L’anneau vaginal présentait **plusieurs avantages**. Son mode d’utilisation **évitait une prise orale quotidienne**, réduisant ainsi la charge mentale des femmes concernant leur contraception. Il accordait également une **autonomie contraceptive**, permettant un arrêt à tout moment sans intervention médicale.

MG1 : “elles étaient contentes justement de cet aspect de « j’y pense pas, il est en place et je m'en occupe pas tous les jours »”

MG6 : “c'est le bon intermédiaire entre « j'ai une solution qui dure plus longtemps et qui est moins contraignante qu'une pilule, mais je suis en maîtrise de si je l'arrête, si je le prends, si je le remets, si je le ressorts. »” / “Je trouve que j’aime bien le présenter parce que ça donne un peu du pouvoir aussi à mes patientes sur leur contraception.”

b. La pose

La pose de l’anneau vaginal était jugée **simple**, comparable à l’insertion d’un tampon ou d’une cup. Tellement comparable que certaines femmes utilisaient un **applicateur de tampons** pour sa mise en place. Un applicateur propre à l’anneau vaginal a même été commercialisé à un moment par le laboratoire.

MG8 : “Parce que dès le début on a entendu parler de femmes qui qui le mettaient dans un applicateur de tampon, si elles avaient l’habitude d'utiliser tampon avec l'applicateur.”

c. L’effet local

Il présentait un effet local intéressant, permettant de **lutter contre la sécheresse vaginale**.

MG8 : “Et non l'anneau c'est bien quand surtout celles qui ont un petit peu de sécheresse vaginale, (...). Ben l'anneau ça fait bien repartir parce que l'anneau c'est encore moins dosé mais comme c'est local ça a tendance à bien faire repartir les sécrétions.”

d. La déconstruction de certains effets indésirables

En cas de gêne **pendant les rapports**, l’anneau pouvait être **simplement retiré** et **remis** par la suite. Quelques praticiens considéraient que si l’anneau vaginal était gênant pendant les rapports, il fallait se **poser la question de la bonne mise en place ou de violences** lors des rapports sexuels. Une praticienne émettait également des doutes sur la relation de causalité entre l’anneau et les mycoses. Le **risque d’expulsion** de l’anneau était considéré comme **très faible voire inexistant**.

MG3 : “Y en a même qui l’enlèvent pendant les rapports et qui le remettent après”

MG8 : “S'ils disent qu'ils le sentent un peu selon les positions mais en général ils disent que c'est pas gênant. (...) Mais l'anneau, bon à part voilà, il faut qu'il soit ou violent ou très pusillanime ou quelque fois on sait pas”

MG6 : “j’ai toujours eu des retours positifs, « bah je suis contente - un peu surprise d’ailleurs -, je suis contente, ça ne me gêne pas. Je le sens pas, ou si je le sens voilà... ça se passe bien avec les partenaires » .”

3. Une alternative intéressante aux autres contraceptifs

L’anneau vaginal a été décrit comme une contraception qui permet de **diversifier le choix contraceptif** en permettant une alternative intéressante aux trois leaders actuels du marché.

MG6 : “L'anneau (...) Ouais ou sinon j'en ai pas mal qui, ben voilà, qui après leur premier enfant, ben finalement la pilule ça leur dit plus trop, le DIU elles sont pas vraiment sur le fait d'avoir quelque chose de intra utérin, et puis ça leur va bien.”

Il pouvait être une **solution** pour les patientes qui **oublent ou qui sont lassées de prendre la pilule** quotidiennement.

MG8 : “peut-être justement parfois des femmes qui en ont déjà eu marre de prendre la pilule tous les jours”

MG1 : “Quand elles sont un peu réticentes sur la pilule parce qu'elles sont un peu tête en l'air”

L’anneau vaginal était vu comme une contraception **moins invasive que le DIU ou l’implant**. Son utilisation était par conséquent plus facilement modulable, notamment

pour un futur projet de grossesse. L'anneau vaginal semblait également **moins gênant pendant les rapports sexuels** que le fait de sentir les **fils du DIU**.

MG1 : “pour l'anneau y a moins d'anxiété parce que c'est moins invasif, c'est elle qui le pose, ça fait un peu moins geste chirurgical quoi”

MG6 : “en fait j'ai retiré son DIU et il y a un projet grossesse...(…). Elle me dit franchement ça me soûle un peu d'en remettre un, je dois venir vous revoir pour l'enlever et c'est là que j'ai parlé de celui-là (en parlant de l'anneau vaginal).”

Parmi les **moyens contraceptifs non remboursés**, l'anneau vaginal était présenté comme **le moins cher**.

MG8 : “je t'ai mentionné tout à l'heure le patch EVRA alors qu'en fait je l'utilise moins le patch EVRA que l'anneau parce que le patch EVRA c'est le plus cher...”

4. Une vision positive de l'anneau vaginal

Certains praticiens étaient **enjoués** en parlant de l'anneau vaginal. Un médecin généraliste a même considéré que la connaissance de l'anneau vaginal était **indispensable à la pratique gynécologique**.

MG6 : “L'utilisation d'outil, parce que bon c'est facile de dire à chaque fois qu'il faut former les médecins mais bon au bout d'un moment, c'est notre métier de se former. Donc pas trop d'excuses à donner à des gens qui me disent qui font de la gynécologie qui savent pas c'est quoi un anneau bah tu n'en fais pas quoi.”

MG8 : “Mais non l'anneau c'est bien ! Non je pense que l'anneau c'est une très bonne contraception à condition d'accepter une contraception hormonale bien sûr.”

5. Un frein économique faible

Certains de nos participants nous rapportaient que la plupart des femmes étaient **prêtes à dépenser pour leur santé**. Si le non remboursement restait tout de même un frein, il était possible d'en **réduire le coût**.

MG6 : “Avec beaucoup de mes patientes, j'utilise déjà d'autres produits dans l'hygiène gynéco ou dans d'autres trucs de ce spectre-là qui peuvent coûter ce prix-là. Donc j'ai pas

souvent l'impression que ce soit un frein économique, même si je leur précise à chaque fois : attention ce n'est pas remboursé."

MG8 : "Alors quand j'étais au centre de planif on le donnait..." / "Je leur explique aussi que leur mutuelle peut en payer, que la mutuelle va payer un montant fixe selon les contrats"

6. Un contraceptif qui satisfait les femmes

Selon les praticiens, les femmes adhéraient à ce moyen contraceptif, qui était vu comme **sûr et efficace**. Une fois débuté, il n'était **pas arrêté** au profit d'un autre contraceptif.

MG6 : "Je crois qu'en 6/7 ans d'exercice je n'ai jamais eu de retour négatif."

MG9 : "Mais quand je les vois à la consult de contrôle par exemple elles sont plutôt contentes."

7. Comment favoriser sa prescription ?

Quasiment tous les praticiens s'accordaient à dire que le **remboursement** favoriserait l'accès à sa prescription. Le **mode de présentation** en consultation pourrait être également modifié, avec notamment la présentation d'un **support visuel** de l'anneau vaginal. Il revenait de plus l'idée de **rendre commun son utilisation et sa proposition**, notamment en **majorant sa connaissance** par les campagnes de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

MG4 : "mis à part je pense le remboursement qui permettrait peut-être d'y avoir accès plus facilement"

MG6 : "Peut-être que plus informer le grand public au final parce que les médecins devraient le faire, donc plus informer les patientes qu'elles ont le droit à ce moyen-là"

IV. DISCUSSION

A. Discussion autour des résultats et comparaison avec les données de la littérature

Notre travail de recherche visait à explorer les connaissances des médecins généralistes de Haute-Garonne concernant l'anneau vaginal, afin d'analyser les représentations et déterminants à sa prescription comme moyen contraceptif.

Le médecin généraliste occupait une place centrale dans le choix du contraceptif, autant en termes d'information que de réassurance. La présentation des moyens contraceptifs était réalisée sur un temps dédié et différait selon les pratiques. Le choix du contraceptif se faisait en équipe.

L'anneau vaginal restait peu présent dans la pratique courante, souvent oublié lors de la présentation des moyens contraceptifs. Son utilisation était très limitée par rapport à la pilule, le DIU et l'implant. Il trouvait parfois difficilement sa place parmi le panel de tous les contraceptifs existants.

Ses caractéristiques ne faisaient pas consensus auprès de nos participants. Les principaux freins relevés selon les praticiens étaient le non remboursement, la supposée crainte des femmes concernant la pose, la gêne pendant les rapports ou le risque d'expulsion, et les difficultés d'observance que cela pouvait entraîner. Les connaissances sur l'anneau vaginal étaient hésitantes et sources de malaise chez certains médecins généralistes interrogés. Ceci entraînant parfois une présentation de l'anneau peu flatteuse.

Pourtant, certains médecins généralistes considéraient qu'il était indispensable en pratique gynécologique. Plusieurs praticiens avaient en effet relevé des avantages à sa prescription, permettant ainsi de diversifier le choix contraceptif.

Le rôle du médecin généraliste primordial dans le choix d'un contraceptif

Le médecin généraliste est un acteur clef dans la décision contraceptive des femmes. D'après une revue de la littérature publiée en 2018 concernant le suivi gynécologique en médecine générale, les médecins généralistes considèrent que la gynécologie fait partie intégrante de leur pratique, avec comme premier motif l'initiation ou le renouvellement de contraception (14). On y retrouve que les femmes ont confiance en leur médecin généraliste pour les aider dans leur choix contraceptif. En effet, d'après un article de revue

sociologique de 2017, le suivi de la contraception est assuré dans 21 % des cas par le médecin généraliste (15). Tous nos participants ont été ou étaient régulièrement confrontés à des consultations de contraception. Ils se sentaient confiants pour réaliser ce suivi, et n'adressaient que dans de rares situations vers le gynécologue.

Des recommandations nationales existent en matière de contraception. Il est conseillé de réaliser systématiquement une consultation dédiée à la contraception quel que soit l'âge de la patiente. Ces recommandations préconisent aussi d'informer les patientes sur l'ensemble des méthodes contraceptives disponibles, afin qu'elles puissent trouver une contraception qui leur convienne le mieux (16). Il est recommandé d'après le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) de réaliser une consultation structurée de type BERCER. Cette méthode est bâtie sur 5 grands principes : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour (17, 18). La structuration de la consultation permet d'augmenter significativement l'adhésion et la satisfaction envers une méthode, en proposant une information éclairée sur chacune des méthodes contraceptives. Cependant, ces recommandations étaient suivies de manière variable selon les praticiens interrogés.

Dans notre étude, d'une part, certains ne consacraient une consultation dédiée à la contraception que chez les jeunes femmes, considérant que celles plus âgées étaient déjà assez informées sur la contraception. De plus, plusieurs praticiens décrivaient qu'il était difficile de délivrer toutes ces informations dans le temps imparti d'une consultation. Des solutions ont été apportées par l'Etat, comme l'instauration en 2017 de la cotation CCP (Consultation Complexe pour la Première contraception). Cette cotation permet une majoration financière de l'acte d'information à l'anatomie, la contraception, la sexualité et la prévention des IST (19). Elle a été mise à jour en 2022 pour élargir son spectre d'action aux femmes et hommes jusqu'à 25 ans inclus (20). S'ajoute à cela la prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie des consultations dédiées à la contraception jusqu'à 25 ans révolus (19). Aucune cotation n'est cependant prévue par l'Assurance Maladie pour ce même type de consultations après 25 ans.

D'autre part, si certains de nos participants décidaient de présenter systématiquement tous les moyens contraceptifs qui existaient, d'autres le faisaient uniquement si la patiente ne formulait pas de souhait préalable de contraceptif. Il peut paraître cependant difficile pour la patiente de choisir le contraceptif le mieux adapté pour elle sans connaître toutes les possibilités qui s'offrent à elle. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude ayant

fait l'état des lieux de la présentation effective ou non de tous les contraceptifs par les médecins généralistes.

Le médecin généraliste a le devoir de délivrer des informations claires et exhaustives en matière de contraception, tout en restant objectif. L'opinion du médecin ne doit intervenir que lorsqu'il existe une contre-indication (16, 18). Ceci rentre en adéquation avec ce que nous avons retrouvé dans notre travail de thèse. Les médecins généralistes ne contraignaient pas et n'imposaient jamais un contraceptif, le choix se faisait en équipe. Comme le rappelle le rapport de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) : "La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit" (21).

Une place restreinte pour l'anneau vaginal dans la pratique courante

En France, 71,9 % des femmes sont concernées par la contraception. Parmi elles, 92 % utilisent une méthode contraceptive, principalement représentée par la pilule, le DIU et le préservatif externe (1). En 2016, seulement 1 % des femmes utilisent le patch ou l'anneau vaginal. Ces chiffres sont en adéquation avec nos résultats puisque tous les participants n'avaient que quelques femmes dans leur patientèle qui utilisaient l'anneau vaginal.

A ce jour, la tendance contraceptive reste majoritairement en faveur de la pilule, qui représente le premier choix contraceptif. Dans nos résultats, la pilule était citée comme le contraceptif qui satisfaisait le plus les femmes. Il paraissait évident pour les différents praticiens de la proposer. Cependant, dans la thèse du Dr PALLADE étudiant les attentes des femmes en matière de contraception, c'est pourtant le stérilet au cuivre qui remporte le plus de satisfaction (22). Depuis quelques années, le DIU connaît une popularité croissante et remplace peu à peu la pilule. Nos participants le mentionnaient d'ailleurs comme un des principaux contraceptifs. Concernant l'implant, il était cité dans nos résultats parmi les 3 leaders contraceptifs, ce qui n'est pas représentatif du Baromètre de 2016 qui montre des taux d'utilisation largement inférieurs à la pilule, au DIU, et au préservatif externe (1).

Avec ces contraceptifs qui offrent déjà une pluralité de méthodes et de modes de prise, la place de l'anneau vaginal reste restreinte dans la pratique courante.

Durant nos entretiens, l'anneau vaginal était souvent oublié dans la présentation des différents moyens contraceptifs, même par ceux qui étaient satisfaits de son utilisation.

Une enquête de pratique autour de l'anneau vaginal réalisée en 2012 auprès des médecins généralistes démontrait que seulement 14 % des praticiens le présentaient systématiquement et 33 % ne le présentaient jamais (23). Plusieurs raisons peuvent expliquer cet oubli de présentation.

Premièrement, nos praticiens nous rapportaient que les femmes avaient souvent des envies préalables de contraceptif avant même d'arriver en consultation. Comme vu plus haut, la présentation des moyens contraceptifs par les médecins généralistes se limitait souvent à cette demande spécifique. Alors que d'autres tentaient malgré tout de proposer d'autres méthodes, tout en questionnant sur les raisons qui poussaient à vouloir un contraceptif précis. Il en est ressorti que les femmes restaient souvent sur leur premier choix. Ceci rentre en inéquation avec le rapport du CNGOF, qui indique que l'utilisation d'un modèle structuré permet de modifier l'idée initiale des femmes dans 43,9 % des cas (18). Dans nos résultats, les facteurs influençant ces envies préalables étaient majoritairement représentés par leurs croyances en ces contraceptifs. Ces croyances provenaient principalement d'expériences relatées par l'entourage. On retrouvait un effet rassurant pour les femmes lorsque quelqu'un de leur entourage donnait un retour d'expérience positif, ou, au contraire, un effet de crainte si l'expérience était négative. Cette influence est également retrouvée dans une revue de la littérature publiée en 2022 qui montre que les jeunes filles du monde entier sont influencées dans leur choix contraceptif par leurs amies, camarades de classe et famille (plus particulièrement les parents) (24). L'anneau vaginal étant peu connu et peu utilisé par les femmes, une faible partie d'entre elles pouvaient fournir un retour d'expérience, à contrario de la pilule.

Ensuite, nous avons identifié lors des entretiens la notion d'un cercle vicieux. Puisque les femmes formulaient peu de demandes d'anneaux vaginaux, les praticiens perdaient l'habitude de prescription de celui-ci, et donc se sentaient moins à l'aise pour le présenter. Les femmes étant donc peu informées ou mal informées sur cette méthode contraceptive, elles ne pouvaient donc pas en formuler une demande préalable avant de venir en consultation. Dans la thèse du Dr BALIGOUT, le manque de connaissance de l'anneau vaginal par les femmes est cité comme l'une des raisons principales à sa non utilisation (25).

De plus, le mode de présentation des contraceptifs différait selon les praticiens interrogés. Les plus impliqués dans l'information des femmes sur les moyens contraceptifs s'aidaient

de supports visuels. Ceux-ci permettaient notamment de n'oublier aucun contraceptif à présenter. Cependant, même parmi ceux disposant de supports visuels, peu d'entre eux avaient l'anneau vaginal en support. Cette idée fait écho aux informations présentées dans une enquête de pratique autour de l'anneau vaginal réalisée auprès de médecins généralistes, puisque seulement 25 % d'entre eux disposaient de l'anneau vaginal en modèle de présentation (23).

Finalement, la prescription de l'anneau vaginal reste un second recours. Sur le site "Choisir ma contraception", plusieurs fois cités comme référence par nos participants, il est dit de l'anneau vaginal qu'il est "prescrit en deuxième intention, c'est-à-dire après avoir écarté d'autres moyens contraceptifs" (26). Effectivement, de par son supposé risque thromboembolique augmenté par rapport aux progestatifs de deuxième génération, il doit être proposé en cas d'intolérance ou non satisfaction aux pilules de première ou seconde génération (27). Il est probable que ce soit la raison pour laquelle il n'est pas pris en charge par la sécurité sociale. Ce risque n'est cependant que supposé car les études épidémiologiques actuelles montrent des informations contradictoires (8, 9). Pour le moment, il reste un contraceptif de seconde intention en l'attente d'études complémentaires réalisées sur le sujet. Afin d'être prescrit, il faudrait donc que les méthodes contraceptives soient correctement et systématiquement réévaluées par les prescripteurs, ce qui n'est pas forcément le cas. Seulement 15,2 % des médecins généralistes proposent un changement de méthode contraceptive en cas de problème d'observance de la pilule (28). De plus, dans une enquête sur l'anneau vaginal, il apparaît également que seulement un tiers des médecins généralistes disent proposer l'anneau ou le patch en cas d'oublis répétés de pilule (23).

Pour ces différentes raisons, la prescription de l'anneau vaginal était plutôt rare, souvent à l'initiative de la patiente ou proposé comme dernier recours contraceptif.

Des caractéristiques qui ne font pas l'unanimité

Autant dans nos résultats que dans la littérature, les avis concernant les caractéristiques de l'anneau vaginal divergent. Plusieurs obstacles à l'utilisation de l'anneau vaginal sont relatés par les femmes tel que : la satisfaction d'une autre méthode contraceptive, la crainte des effets indésirables, le refus d'un corps étranger intra-vaginal, le manque de confiance

en son efficacité, le coût élevé, et la crainte concernant sa pose ou son retrait (29). La plupart de ces obstacles, fondés ou non, sont également cités par nos participants.

Le seul frein faisant l'unanimité dans nos résultats, comme nous l'avions suspecté, était le non remboursement. Certains participants annonçaient parfois un prix cher, sans forcément avoir une idée de celui-ci. Effectivement, le prix étant libre et dépendant des honoraires de dispensation des pharmacies, il est difficile de retrouver le coût exact de l'anneau vaginal. D'autres praticiens nuançaient pourtant le coût élevé en précisant la prise en charge possible par les mutuelles ou parfois même la délivrance gratuite dans certains centres. De plus, un participant ajoutait même que certaines femmes étaient prêtes à dépenser pour leur santé contraceptive, utilisant déjà des produits gynécologiques non remboursés. La thèse du Dr ALLEZY citée plus haut montre que finalement le prix n'arrive qu'en 5^{ème} position des causes de refus à son utilisation et n'est évoqué que par 7 % des femmes (29).

Un autre frein majeur rapporté par nos participants était son mode de pose. Effectivement, la pose intra-vaginale entraîne plusieurs inquiétudes auprès des femmes, la plupart pouvant être déconstruites par les médecins généralistes avec des explications claires et rassurantes. Nos participants rapportaient que la pose de l'anneau vaginal était parfois source de dégoût pour les femmes, ou pouvait paraître compliquée. Pourtant, sa pose est souvent comparée à celle d'un tampon. Dans une étude transversale, on retrouve que les femmes utilisatrices de tampons sont plus susceptibles de choisir l'anneau comme moyen contraceptif (30). Sur ce point là, les sources divergent car il est dit ailleurs que l'utilisation de tampon n'aide pas à la prise de confiance des femmes pour l'insertion de l'anneau vaginal (25).

La présence d'un corps étranger dans le vagin était également source de crainte pour certaines patientes de nos praticiens. 17 % des femmes dans le travail du Dr ALLEZY n'envisagent pas de porter un corps étranger pendant 3 semaines en intra vaginal (29). Il reste cependant tout de même moins invasif que l'implant ou le DIU.

Dans nos résultats ainsi que la littérature, les femmes avaient peur de mal positionner l'anneau vaginal. Son utilisation impliquant une auto-manipulation, il est primordial pour sa bonne mise en place que les femmes aient une bonne connaissance de leur anatomie (31, 32). Une explication claire sur la sphère génitale et sur les modalités d'insertion par le médecin généraliste est donc indispensable pour l'utilisation de ce contraceptif.

Son mode de prise avec son changement mensuel pouvait éviter une prise orale quotidienne et donc favoriser l'observance des femmes. Tous nos participants s'accordaient avec ce fait, sauf un qui considérait justement que cette posologie était plus à risque

d'observance. Deux revues systématiques de la littérature montrent qu'il n'y a pas de différence majeure sur l'observance entre les utilisatrices d'anneau vaginal et de pilule oestro-progestative. L'anneau ne favorise donc pas forcément l'observance des femmes contrairement à ce que pouvaient penser nos participants (33, 34). Il permet tout de même aux femmes d'être autonomes sur l'arrêt ou la continuité de leur contraceptif, sans intervention médicale nécessaire, à contrario d'un DIU ou de l'implant (32).

L'incidence des effets secondaires est également un facteur majeur pour l'acceptabilité d'une méthode contraceptive. Les médecins généralistes mentionnaient dans nos résultats et la littérature plusieurs effets indésirables, notamment la gêne pendant les rapports sexuels et l'expulsion spontanée (29, 31, 32). Ces effets indésirables ont pourtant une fréquence faible, allant de 2,5 à 4,4 % d'incidence selon les sources (5, 35). L'anneau vaginal est aussi associé à une majoration des symptômes vaginaux locaux comparativement à la pilule, comme la vaginite ou l'inconfort vaginal (5, 33, 34). Néanmoins, les effets secondaires systémiques sont les mêmes pour tous les contraceptifs oestro-progestatifs (pilule, anneau, patch), à l'exception des nausées et de l'acné qui sont de moindre incidence pour l'anneau par rapport à la pilule (34).

Nos participants n'ont pas abordé le sujet de l'efficacité et le contrôle du cycle qui sont pourtant deux points importants retrouvés dans la littérature (33, 34). L'indice de Pearl de l'anneau vaginal est de 0,3 en théorie et de 8 en pratique courante (11, 36). Il est identique à celui de la pilule. Même si son efficacité est élevée, elle reste moindre que les deux méthodes réversibles les plus efficaces du marché : l'implant et le DIU. Une étude menée auprès de plus de 2 300 femmes aux États-Unis, au Canada et en Europe montre que l'anneau vaginal est un contraceptif qui permet également un contrôle efficace du cycle, avec une bonne tolérance et acceptabilité par la plupart des utilisatrices (35). Notamment l'incidence des saignements irréguliers est retrouvée significativement inférieure à celle de la pilule (à base d'éthinylestradiol de 30 g) (37).

L'anneau vaginal reste tout de même un moyen contraceptif qui satisfait ses utilisatrices. D'après la littérature, 84 à 96 % des femmes sont satisfaites de l'anneau et 87 à 98 % le recommanderaient à d'autres (33, 38). Dans nos résultats, il a même été retrouvé qu'il n'y avait pas d'arrêt de l'anneau vaginal pour un autre moyen de contraception.

Des connaissances variables ou limitées sur l'anneau vaginal

Même si tous nos participants étaient informés de l'existence de l'anneau vaginal, ils étaient mal à l'aise vis-à-vis de leurs connaissances. Elles étaient quelquefois hésitantes ou erronées, avec parfois même la difficulté de se visualiser l'anneau vaginal. Il est revenu à l'idée que celui-ci semblait moins bien représenté que les autres moyens contraceptifs. C'est effectivement ce que nous avons ressenti dans nos différents stages. Parfois la confusion était faite entre l'anneau vaginal et le patch, surtout concernant la durée de pose.

Nous n'avons retrouvé qu'une seule source dans la littérature faisant l'état des lieux des connaissances des médecins généralistes concernant l'anneau vaginal (23). Elle indique que 85 % des médecins généralistes connaissent l'anneau vaginal, mais que parmi eux 81 % ne savaient pas qu'il n'était plus efficace au delà de 3 heures de retrait, 70 % ne connaissaient pas son indice de pearl, 33 % ne savaient pas qu'il permettait un bon contrôle du cycle, 24 % ne connaissaient pas sa durée d'utilisation et 22 % ne connaissaient pas son mode de fonctionnement. Comme retrouvé dans nos résultats, quelques médecins pensaient que son mode d'action était mécanique. Un de nos participant a de plus formulé un questionnaire quant au mode de pose, s'il devait être mis en place ou pas par un professionnel de santé. Ceci révèle que malgré la connaissance de ce moyen contraceptif par les praticiens, les connaissances sur ses caractéristiques sont peu ancrées, ayant des conséquences directes sur sa présentation et sa prescription en pratique courante.

Les praticiens doivent être aptes à répondre à plusieurs questionnements de la part des femmes sur les différents moyens contraceptifs. Comme le montre la thèse du Dr ALLEZY, seulement 2 femmes sur 170 avaient été informées sur l'anneau vaginal (29). Dans une étude du choix contraceptif entre la pilule oestro-progestative, le patch et l'anneau réalisée en Suède en 2011, il est montré que le choix de l'anneau vaginal était majoré après un conseil contraceptif adapté (39). 8,5 % des femmes choisissaient l'anneau vaginal avant le conseil entre ces 3 méthodes, contre 22,5 % après le conseil.

Le manque de connaissances peut également entraîner des préjugés voire des idées fausses concernant ses caractéristiques. Dans la thèse du Dr MENARD, 13 % des médecins généralistes se disaient peu favorable à sa prescription, 1 % était non favorable, et 24 % n'avaient pas d'opinion (23). Dans l'article de sociologie cité plus haut, 60 % des médecins avouent ne pas recommander l'anneau vaginal (15). Cet avis défavorable influençait

souvent la pratique courante, même si les recommandations rappellent que l'opinion du médecin ne doit pas intervenir dans le choix contraceptif (18). Cependant, si les médecins généralistes ont une représentation erronée de l'anneau vaginal, comment pourraient-ils répondre objectivement aux craintes que suscite l'anneau auprès des patientes ?

Les connaissances sur l'anneau vaginal provenaient pour la plupart de nos participants de formation en DPC, ou encore des cours prodigués à la faculté. Dans notre unique source révélant le point de vue des médecins généralistes, ils puisent principalement leurs connaissances dans les Formations Médicales Continues (FMC), les revues médicales, et la formation universitaire (23). 48 % d'entre eux estiment que leur formation universitaire sur la contraception est insuffisante et 12 % considèrent qu'elle est très insuffisante. Dans le collège de gynécologie utilisé pour l'apprentissage commun durant le deuxième cycle des études médicales, l'anneau vaginal y est détaillé principalement par ses caractéristiques techniques, sans explication complémentaire concernant les conseils à prodiguer aux femmes (40). Durant le troisième cycle, l'acquisition de connaissances complémentaires indispensables pour la pratique clinique peut ensuite être variable selon les enseignements théoriques et pratiques dispensés. Les formations continues accessibles ensuite aux praticiens en exercice portent sur l'ensemble des champs de l'exercice en médecine générale et se choisissent notamment selon le souhait et l'intérêt des praticiens sur un sujet (41). Il est possible que de nombreux médecins généralistes n'étoffent pas leurs connaissances sur ce domaine de la médecine, et ne disposent ainsi pas toujours des clefs pour une explication claire et adaptée à la patiente.

B. Un exemple de théorisation ancrée : trouver chaussure à son pied

L'anneau vaginal est comme une paire de chaussure dans un dressing bien rempli. Le médecin généraliste l'a au fond de son tiroir contraceptif mais elle représente une paire discrète et souvent oubliée qui ne convient pas à tous les pieds. Cette paire de chaussure peut pourtant représenter un accessoire précieux et confortable, qui offre parfois une alternative aux chaussures qui ne conviennent plus. Tout comme cette paire de chaussure, l'anneau vaginal peut passer inaperçu dans l'arsenal contraceptif, car utilisé par seulement 1% des femmes en France (1). Cependant, pour certaines, il s'avère être la pièce manquante de leur garde-robe contraceptive, offrant une protection efficace et une simplicité d'utilisation.

C. Forces et limites

Forces

Notre travail de recherche met en valeur une méthode contraceptive peu connue et peu représentée par les médecins généralistes, à l'aide d'une analyse thématique.

Dans la littérature, plusieurs études et thèses ont été publiées afin de connaître le point de vue des femmes sur l'anneau vaginal. Cependant, une seule thèse a été réalisée afin de connaître celui des médecins généralistes, réalisée en méthode quantitative. La méthode qualitative nous permettait de mettre en valeur le discours des médecins généralistes et de comprendre leurs ressentis. De plus, nous ne voulions pas biaiser l'état des connaissances des médecins généralistes par une méthode quantitative, comme dans une de nos sources où les réponses des femmes ont été déduites au fur et à mesure du questionnaire (25). De ce fait, nous avons également pris soin de ne pas communiquer le sujet de la thèse avant les entretiens afin de ne pas induire des recherches préalables de leur part.

Notre travail d'étude représentait une population variée de médecins généralistes. Les pratiques professionnelles et sites d'activités étaient multiples, avec une activité en santé de la femme variable.

Les questions ont été pensées préalablement grâce au guide d'entretien afin d'être les plus ouvertes possibles, pour laisser les médecins généralistes s'exprimer librement sur le sujet. Le guide d'entretien a été testé préalablement sur plusieurs professionnels de santé faisant partie de nos connaissances (collègues internes, remplaçants, pharmacien). Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité avec précision du langage non verbal, afin de capter au mieux le ressenti des participants. La double lecture des entretiens et l'analyse par triangulation des données ont été respectées, renforçant ainsi la validité interne de notre travail de recherche. La validité externe de l'étude a été assurée par le respect de la grille COREQ, par le recrutement d'un échantillon varié et par l'atteinte de la saturation théorique des données.

Nous avons réalisé notre thèse à l'aide des outils proposés par le DUMG de Toulouse, notamment les diaporamas détaillés concernant la méthode qualitative. De plus, le travail accompli a été réparti de manière totalement équitable entre les deux chercheuses, ayant permis un enrichissement et une satisfaction mutuelle et personnelle.

Limites

Notre travail ne fait que représenter à petite échelle les pratiques en santé de la femme, qui sont disparates et dépendantes des prescripteurs.

Étant donné le peu de sources retrouvées dans la littérature concernant l'avis des médecins généralistes sur le sujet, la comparaison à la littérature a été parfois difficile. Les sources concernant l'anneau vaginal étaient également parfois anciennes, avec peu d'études récentes réalisées sur le sujet.

Cette thèse était notre première expérience en tant que chercheuses, ce qui a pu entraîner un biais d'investigation. En effet, malgré notre tentative de rester le plus neutre possible durant les entretiens, il est possible que notre manière de questionner ait influencé le discours des personnes interrogées.

Certains de nos participants étaient connus de l'une ou l'autre des deux chercheuses de par nos formations universitaires. C'est donc la chercheuse qui ne connaissait pas le participant qui a réalisé l'entretien, afin d'éviter un biais d'enquêteur.

D. Perspectives

Parmi les suggestions pour faciliter l'utilisation de l'anneau vaginal, le remboursement était cité en tête de liste. Son absence de prise en charge par l'Assurance Maladie a été décidé à cause de son supposé sur-risque thromboembolique. Cependant, aucune étude n'a prouvé ce sur-risque concernant l'anneau vaginal. Il pourrait être plus faible que pour les pilules de 3ème génération, par son effet local et faiblement systémique. Les études étant discordantes sur le sujet, il pourrait être intéressant de réaliser une nouvelle étude de grande ampleur pour quantifier réellement ce risque.

L'anneau vaginal étant un moyen contraceptif de second recours, il doit être proposé en cas de non satisfaction d'une ou plusieurs méthodes contraceptives. Nous n'avons pourtant pas retrouvé de travaux de recherche concernant la réévaluation des moyens contraceptifs en place, ni la conduite adoptée par les praticiens en cas de non tolérance. Les médecins généralistes réévaluent-ils systématiquement les moyens contraceptifs de leurs patientes lors du renouvellement ? Sont-ils en capacité d'apporter des alternatives, notamment en cas d'oubli de pilule ?

Un nouvel anneau vaginal oestroprogestatif ANNOVERA® a été mis sur le marché très récemment aux Etat-Unis en 2020. Il est composé d'un nouveau progestatif, l'acétate de ségestérone, uniquement utilisable par voie locale. Il a la particularité d'être conçu pour être efficace pendant 13 cycles, soit pour une durée de 1 an. Il est démontré qu'il est sans danger, bien toléré et avec une bonne efficacité contraceptive (42, 43). Cette nouvelle forme d'anneau pourrait être utile pour les patientes mais reste à ce stade non accessible en France, et présente un prix de 2 000 \$ aux États-Unis (superposable au prix d'utilisation du Nuvaring pendant 1 an aux États-Unis).

La consultation de contraception reste une consultation longue, malgré l'introduction de la cotation CCP. Les informations délivrées sont nombreuses et peuvent être difficiles à assimiler par la patiente. Il pourrait être judicieux de systématiquement les reconvoquer avant de choisir un contraceptif en particulier, sauf en cas d'urgence contraceptive. Ceci pourrait permettre une première consultation plus axée sur l'information concernant l'anatomie, les cycles hormonaux et la sexualité. L'action des hormones contraceptives pourrait ainsi être expliquée plus en détail pendant cette première consultation, et rendre ainsi les femmes actrices de leur santé et de leur choix contraceptif. L'information à la contraception et à la sexualité reste importante pour toutes les femmes peu importe leur âge, il serait donc nécessaire d'élargir cette cotation après 25 ans.

V. CONCLUSION

Le choix contraceptif d'une femme est influencé par une multitude de paramètres personnels, médicaux et socioculturels, dont le médecin généraliste fait parti. Ce dernier joue un rôle primordial dans l'exposition et explications des différentes méthodes contraceptives présentes sur le marché.

Dans nos résultats, parmi tous les moyens contraceptifs, l'anneau vaginal trouvait une place limitée. Même s'il était connu des praticiens, il restait un dernier recours pour la plupart, présent au fond du tiroir contraceptif et n'était sorti qu'en de rares occasions.

L'anneau vaginal n'étant utilisé que par 1 % des femmes en France, il restait peu connu des patientes et donc peu demandé. Les praticiens perdaient de ce fait progressivement l'habitude de le présenter systématiquement.

Les caractéristiques de l'anneau vaginal ne faisaient pas l'unanimité. Le frein majeur à sa prescription était le non-remboursement. Certains rapportaient également une crainte des femmes du mode de pose, voire même un dégoût de cette manipulation. D'autres en revanche parlaient d'une pose facile, comparable à celle d'un tampon, permettant une autonomie contraceptive.

L'anneau vaginal semblait moins bien représenté que les autres méthodes contraceptives, avec des connaissances hésitantes voire même des représentations négatives. Ces confusions ne permettaient pas de répondre de manière adéquate aux craintes et questionnements des patientes, générant une gêne lors d'une demande explicite d'anneau vaginal par une femme.

Celui-ci restait tout de même un contraceptif qui semblait satisfaire les femmes, avec peu d'arrêt de cette méthode contraceptive d'après les praticiens interrogés. Certains étaient convaincus qu'il restait indispensable en pratique courante, permettant une diversification du choix contraceptif.

le 11/04/2025
Vu, la Présidente du jury
Pr Julie DUPOUY
Médecine Générale

Toulouse le 22/06/2025

Vu et permis d'imprimer
La Présidente de l'Université Toulouse
Faculté de Santé
Par délégation.
Le Doyen-Directeur
Du Département de Médecine, Maïeutique, et Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS

UNIVERSITE TOULOUSE
FACULTE DE
Médecine,
Maïeutique,
Paramédical

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception : quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2017. 8 p. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception>
2. Service Public. Contraception [Internet]. [cité 10 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F707>.
3. Vilain A, avec la collaboration de Fresson J. Le nombre des interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022. Études et Résultats. 2023 Sep;(1281).
4. Ministère de la Santé. Avis relatif à l'octroi d'autorisations de mise sur le marché de spécialités pharmaceutiques [Internet]. Bulletin Officiel. 2004 mars [cité 6 janv 2025]. Report No.: n°2004-13. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-13/a0131043.htm>.
5. Organon Canada Inc. Monographie de produit incluant les renseignements sur le médicament pour le patient : PrNUVARING® - Anneau vaginal à libération lente d'étonogestrel et d'éthinylestradiol (11,4 mg/2,6 mg) diffusant 120 mcg d'étonogestrel/15 mcg d'éthinylestradiol par jour. Anneau vaginal contraceptif. Kirkland (QC, Canada) : Organon Canada Inc.; 2004 [révision 2024 Nov 15].
6. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM). Résumé des caractéristiques du produit : Nuvaring [Internet]. [cité 10 mars 2025]. Disponible sur : <https://agence-prd.anism.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0353453.htm>.
7. Vidal. Étonogestrel : informations sur la substance [Internet]. [cité 10 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/etonogestrel-18977.html>.
8. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM). Contraception : données 2020 [Internet]. [cité 10 mars 2025]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/contraception-donnees-2020>.
9. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM). Anneau vaginal Nuvaring : risque de thrombose veineuse ou artérielle associé à cette contraception estroprogestative [Internet]. [cité 10 mars 2025]. Disponible sur : <https://archive.anism.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Anneau-vaginal-Nuvaring-risque-de-thrombose-veineuse-ou-artérielle-associe-a-cette-contraception-estroprogestative-Point-d-information>.

10. Base de données publique des médicaments. Notice : Nuvaring, Anneau vaginal à libération prolongée d'étonogestrel et d'éthinylestradiol [Internet]. [cité 10 mars 2025]. Disponible sur :
<https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=62148867&typedoc=N>
11. Haute Autorité de Santé (HAS). Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2017 Nov [cité 13 janv 2024]. Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraeptives_format2clics.pdf.
12. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la sonde J. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global média santé et CNGE. 2021.
13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 Dec;19(6):349-57.
14. Héloïse G. Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : revue de littérature [thèse de médecine]. Angers; 2018.
15. Roux A, Ventola C, Bajos N. Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France. *Sciences Sociales et Santé*. 2017;35(3):41-70.
16. Haute Autorité de Santé. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. 2019. Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes.
17. Ministère des Solidarités et de la Santé. Guide contraception : pour une prescription adaptée [Internet]. 2005 mars [cité 8 mars 2025]. Disponible sur :
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Contraception_pour_une_prescription_adaptee.pdf
18. Linet T. Consultation en contraception. *RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 1 déc 2018;46(12):792-8.
19. MG France. Beaucoup de changements pour la cotation CCP! [Internet]. [cité 10 févr 2025]. Disponible sur :
<https://www.mgfrance.org/actualites/publication/beaucoup-de-changement-pour-la-cotation-ccp>.
20. Convention médicale 2016 : Consultation Prévention santé sexuelle. Fiche d'évolution réglementaire N°142v7 [Internet]. [cité 8 mars 2025]. Disponible sur :
https://www.sesam-vitale.fr/documents/d/global/cdc_fr_142v6_ccp

21. Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports, INPES. La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit [Internet]. [cité 10 févr 2025]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/img/pdf/la_meilleure_contraception_c_est_celle_que_l_on_choisit.pdf
22. Pallade C. Les attentes des femmes de 15 à 49 ans en matière de contraception en 2021 [thèse de médecine]. Lille : Université de Lille; 2022 [cité 8 mars 2025]. Disponible sur : https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2022/2022ULILM030.pdf.
23. Menard Pintiaux N. L'anneau vaginal contraceptif Nuvaring® : état des connaissances et enquête de pratique auprès des médecins généralistes du département du Rhône [thèse de médecine]. Lyon : Université Claude Bernard; 2012.
24. D'Souza P, Bailey JV, Stephenson J, Oliver S. Factors influencing contraception choice and use globally: a synthesis of systematic reviews. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 3 sept 2022;27(5):364-72.
25. Baligout J. L'anneau vaginal "Nuvaring" : un contraceptif encore méconnu [mémoire de sage-femme]. Metz: École de sages-femmes; 2007. 60 p.
26. Qu'est-ce que l'anneau vaginal ? - Choisir sa contraception [Internet]. [cité 24 févr 2025]. Disponible sur : <https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception/tous-les-modes-de-contraception/l-anneau-vaginal-comment-ca-marche>.
27. Haute Autorité de Santé HAS. Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2019. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg
28. Randriamanantsoa M. Contraception : Information donnée aux femmes concernant l'oubli de pilule. Université de Nantes; 2014.
29. Allezy V. L'anneau vaginal contraceptif Nuvaring ®, exemple de diffusion d'un nouveau moyen de contraception: enquête d'opinion auprès de 170 femmes de 18 à 40 ans de juillet 2006 à septembre 2007 en Ile-de-France [thèse d'exercice]. France: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019), UFR de médecine; 2008.
30. Tepe M, Mestad R, Secura G, Allsworth JE, Madden T, Peipert JF. Association between tampon use and choosing the contraceptive vaginal ring. *Obstet Gynecol*. 2010;115(4):735-9. Disponible sur : <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181d41c4a>.

31. Chamot A. Déterminants du choix contraceptif chez les utilisatrices de nouveaux moyens de contraception (patch, anneau vaginal, implant): une enquête qualitative menée auprès de 14 femmes de la région Rhône-Alpes [thèse d'exercice]. Lyon (France) : Université Claude Bernard; 2018.
32. Coulombel L. Les représentations de l'utilisation de l'anneau vaginal contraceptif chez les femmes âgées de plus de 18 ans à La Réunion [Internet] [thèse d'exercice]. [France] : Université de Bordeaux; 2018 [cité 14 févr 2023]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01811546>.
33. Kerns J, Darney P. Vaginal ring contraception. *Contraception*. 2011 Feb;83(2):107-15. doi: 10.1016/j.contraception.2010.07.008. Epub 2010 Oct 6. PMID: 21237335
34. Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF, Stockton LL, Schulz KF. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Apr 30;2013(4):CD003552. doi: 10.1002/14651858.CD003552.pub4. PMID: 23633314; PMCID: PMC7154336.
35. Dieben TO, Roumen FJ, Apter D. Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring. *Obstet Gynecol*. 2002 Sep;100(3):585-93. doi: 10.1016/s0029-7844(02)02124-5. PMID: 12220783.
36. Ameli.fr. Efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. Haute-Garonne: Ameli; [cité 10 mars 2025]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/haute-garonne/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>.
37. Bjarnadóttir RI, Tuppurainen M, Killick SR. Comparison of cycle control with a combined contraceptive vaginal ring and oral levonorgestrel/ethinyl estradiol. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 Mar;186(3):389-95. doi: 10.1067/mob.2002.121103. PMID: 11904596.
38. Roumen FJ, Apter D, Mulders TM, Dieben TO. Efficacy, tolerability and acceptability of a novel contraceptive vaginal ring releasing etonogestrel and ethinyl oestradiol. *Hum Reprod*. 2001 Mar;16(3):469-75. doi: 10.1093/humrep/16.3.469. PMID: 11228213.
39. Gemzell-Danielsson K, Thunell L, Lindeberg M, Tydén T, Marintcheva-Petrova M, Oddens BJ. Comprehensive counseling about combined hormonal contraceptives changes the choice of contraceptive methods: results of the CHOICE program in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011 Aug;90(8):869-77. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01180.x. Epub 2011 Jun 20. PMID: 21564028.
40. Deruelle P. Contraception. In: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, éditeur. Item 36: Contraception. 5^e éd. 2021. p. 75.

41. Proton P. La formation médicale continue des médecins généralistes en Rhône-Alpes [thèse]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1; 2017.
42. Archer DF, Merkatz RB, Bahamondes L, Westhoff CL, Darney P, Apter D, et al. Efficacy of the 1-year (13-cycle) segesterone acetate and ethinylestradiol contraceptive vaginal system: results of two multicentre, open-label, single-arm, phase 3 trials. *Lancet Glob Health*. 2019 Aug 1;7(8):e1054-64.
43. American Academy of Family Physicians. Contraceptive choices: contraceptive methods and counseling [Internet]. 2020 May 15 [cité 10 mars 2025]. Disponible sur : <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/0515/p618.html>.

VII. ANNEXES

Annexe I : Grille COREQ

ÉQUIPE DE RECHERCHE ET DE RÉFLEXION			
Caractéristiques personnelles			
1	Enquêteur	Quels auteurs ont mené les entretiens individuels ?	Zoé BIHLER et Lisa NICOLINI
2	Titre académique	Quels étaient les titres académiques des chercheurs ?	Interne en médecine générale
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne en médecine générale
4	Genre	Les chercheurs étaient-ils des hommes ou des femmes ?	Femmes
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation des chercheurs ?	Première expérience. Formation : cours à la faculté, lecture de thèses similaires, lecture d'aide à l'écriture, encadrement par notre directrice de thèse
Relation avec les participants			
6	Relation antérieure	Enquêteurs et participants se connaissaient-ils avant le commencement l'étude ?	Oui certains étaient connus des chercheurs à travers des relations professionnelles
7	Connaissances des participants au sujet des enquêteurs	Que savaient les participants au sujet des chercheurs ?	Connaissance du thème de la thèse : la contraception
8	Caractéristiques des enquêteurs	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet des enquêteurs ?	Intérêt pour le sujet de recherche
CONCEPTION DE L'ÉTUDE			
Cadre théorique			
9	Orientation méthodologique et théorique	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse thématique
Sélection des participants			
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Par échantillonnage dirigé
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par courriel et téléphone
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	9 participants
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Aucune
Contexte			
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Lieu de travail ou domicile des participants
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Oui, famille d'un participant
16	Description l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Présentées dans le tableau 1

Recueils des données			
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien prévu par les auteurs. Testé au préalable. Validé par le comité d'éthique.
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19	Enregistrement audio/ visuel	Les chercheurs utilisaient-t-ils un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Audio par dictaphone ou par enregistrement du visionnage
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel	Oui : avant, pendant et après
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	En moyenne 29 minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui, 7 + 2 entretiens pour confirmation
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
ANALYSE DES RÉSULTATS			
Analyse des données			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Les deux chercheurs par triangulation des données
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Une partie présentée en annexe 7
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Retranscription sur Word et tableau de codage sur Excel
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction			
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, identification avec le numéro du participant
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe II : Guide d'entretien initial

- 1. Est-ce que vous pourriez me parler de vous et de votre pratique en tant que médecin généraliste ?**
 - Âge
 - Lieu d'exercice
 - MSP ou pas?
 - Type d'exercice et de patientèle
 - Avez vous eu une formation complémentaire sur la santé de la femme?

- 2. Pourriez vous nous présenter votre activité en santé de la femme en temps que médecin généraliste?**
 - Frottis, suivi de grossesse, contraception, IST, sexo, ..

- 3. Lorsqu'une patiente vient vous voir pour une ordonnance de contraception, comment se déroule votre consultation?**
 - Y a t-il un type de contraception que vous prescrivez plus que d'autres?
 - Y a t-il des types de contraceptions que vous n'utilisez pas? si oui, pourquoi?
 - Donnez vous une information concernant toutes les méthodes connues ?
 - Prenez vous en compte le choix de la patiente?
 - Quelles ressources utilisez-vous en cas de choix de contraception difficile (orientation vers un gynéco/SF, outils d'aide à la décision) ?

- 4. Pourriez vous me parler de l'anneau vaginal, si vous en avez déjà entendu parlé ? Qu'est ce que vous savez à son sujet?**
 - Est-ce que vous avez des patientes qui l'utilisent?
 - Quelles sont ses caractéristiques : type d'hormone, utilisation, prix, contre indications ?

- 5. Quelle est sa place dans votre pratique de prescription de moyen contraceptif ?**
 - Est-ce que vous proposez ce moyen contraceptif au même titre que les autres? Si non, pourquoi?
 - Y a t-il une population particulière de femme a qui vous proposez ce moyen contraceptif?

- 6. Avez vous identifié des limites à sa prescription ou à son utilisation ?**
 - Quelles sont vos raisons pour limiter sa prescription?
 - Est-ce que les patientes acceptent de débiter ce moyen de contraception aussi facilement que les autres? Si non pourquoi?
 - Si elles décident de l'arrêter, pour quelles raisons?

- 7. Auriez-vous des suggestions pour favoriser son utilisation en pratique? Avez-vous quelque chose à ajouter ?**

Annexe III : Guide d'entretien dernière 2ème version

1. Est-ce que vous pourriez me parler de vous et de votre pratique en tant que médecin généraliste ?

- Âge
- Genre
- Lieu d'exercice
- MSP ou pas?
- Type d'exercice et de patientèle
- Avez-vous suivi une formation complémentaire par exemple DU, FST, etc... ? et en santé de la femme?

2. Pourriez vous nous présenter votre activité en santé de la femme dans votre pratique quotidienne.

- Frottis, suivi de grossesse, contraception, IST, sexo, ..

3. Lorsqu'une patiente vient vous voir pour une ordonnance de contraception, comment se déroule votre consultation?

- Présentez vous toutes les méthodes connues ? Si oui, pouvez-vous nous les citer ?
- Utilisez vous un support physique concernant toutes les méthodes de contraception connues ?
- Y a t-il un type de contraception que vous prescrivez plus que d'autre?
- Y a t-il des types de contraceptions que vous n'utilisez pas? si oui, pourquoi?
- Prenez vous en compte le choix de la patiente?
- Quelles ressources utilisez-vous en cas de choix de contraception difficile (orientation vers un gynéco/SF, outils d'aide à la décision) ?

4. Pourriez vous me parler de l'anneau vaginal, si vous en avez déjà entendu parlé ? Qu'est ce que vous savez à son sujet?

- Est-ce que vous avez des patientes qui l'utilisent?
- Quelles sont ses caractéristiques : type d'hormone, utilisation, le prix, contre indications ?

5. Quelle est sa place dans votre pratique de prescription de moyen contraceptif?

- Est-ce que vous l'avez déjà prescrit ou renouvelé?

→ Si non, pourquoi?

Et imaginons qu'une patiente vienne spécifiquement vous voir pour une prescription d'anneau vaginal, que faites-vous?

- Est-ce que vous proposez ce moyen contraceptif au même titre que les autres? Si non, pourquoi?
- Y a t-il une population particulière de femme a qui vous proposez ce moyen contraceptif?

6. Avez vous identifié des limites à sa prescription ou à son utilisation ?

- Est-ce que les patientes acceptent de débiter ce moyen de contraception aussi facilement que les autres? Si non pourquoi?
- Si elles décident de l'arrêter, pour quelles raisons?

7. Auriez-vous des suggestions pour favoriser son utilisation en pratique? Avez- vous quelque chose à ajouter ?

Annexe IV : Guide d'entretien dernière version (3ème version)

1. Est-ce que vous pourriez me parler de vous et de votre pratique en tant que médecin généraliste ?

- Âge
- Genre
- Lieu d'exercice
- MSP ou pas?
- Type d'exercice et de patientèle
- Avez-vous suivi une formation complémentaire par exemple DU, FST, etc... ? et en santé de la femme?

2. Pourriez vous nous présenter votre activité en santé de la femme dans votre pratique quotidienne.

- Frottis, suivi de grossesse, contraception, IST, sexo, ..

3. Lorsqu'une patiente vient vous voir pour une ordonnance de primo-contraception, comment se déroule votre consultation?

- Présentez vous toutes les méthodes connues ? Si oui, pouvez-vous nous les citer ?
- Utilisez vous un support physique concernant toutes les méthodes de contraception connues ?
- Y a t-il un type de contraception que vous prescrivez plus que d'autre?
- Y a t-il des types de contraceptions que vous n'utilisez pas? si oui, pourquoi?
- Prenez vous en compte le choix de la patiente?
- Quelles ressources utilisez-vous en cas de choix de contraception difficile (orientation vers un gynéco/SF, outils d'aide à la décision) ?
- En cas de non satisfaction d'un moyen contraceptif, quelle est votre démarche?

4. Pourriez vous me parler de l'anneau vaginal, si vous en avez déjà entendu parlé ? Qu'est ce que vous savez à son sujet?

- Est ce que vous avez des patientes qui l'utilisent?
- Quelles sont ses caractéristiques : type d'hormone, utilisation, le prix, contre indications ?

5. Quelle est sa place dans votre pratique de prescription de moyen contraceptif?

- Est ce que vous l'avez déjà prescrit ou renouvelé?

→ Si non, pourquoi?

Et imaginons qu'une patiente vienne spécifiquement vous voir pour une prescription d'anneau vaginal, que faites-vous?

- Est ce que vous proposez ce moyen contraceptif au même titre que les autres? Si non, pourquoi?
- Y a t-il une population particulière de femme a qui vous proposez ce moyen contraceptif?

6. Avez vous identifié des limites à sa prescription ou à son utilisation ?

- Est-ce que les patientes acceptent de débiter ce moyen de contraception aussi facilement que les autres? Si non pourquoi?
- Si elles décident de l'arrêter, pour quelles raisons?

7. Auriez-vous des suggestions pour favoriser son utilisation en pratique? Avez- vous quelque chose à ajouter ?

Annexe V : Extrait du tableau de codage

Cause à faible utilisation/ prescription			
Catégories	Sous catégories	Codes	Unité de sens
	peu connu des femmes	patientes = n'évoquent pas spontanément l'AV en consultation	"elles ne m'en parlent pas" E1
		AV peu connu/populaire par les femmes	"je pense c'est qu'on en parle pas assez c'est pour ça aussi . Il y en a qui ne savent pas que ça existe." E2
		manque de vulgarisation	"ce n'est pas assez vulgarisé" E2
		certaines femmes pensent que AV = contraception mécanique	"Parce qu'il y en a qui manipule l'anneau et qui disent « Ah ouais comment ça empêche les spermatozoïdes de passer ça ?? » Ben non ça ne les empêche pas !" E8
Mal représenté par les femmes	augmente les craintes	crainte de la part des femmes sur la gêne de l'AV pendant les rapports	"Il y en a même qui vont dire mais « le le garçon il le sent pas ? »" E8
		les femmes jeunes sont gênées que leur copain puisse sentir l'AV pendant les rapports	"Je crois qu'elles ont peur de pas y arriver, enfin y a un truc vraiment de « j'aurais peur que ça tombe, j'aurais peu de pas y arriver, j'ai peur de me tromper » / "Elles ont peur de pas savoir le faire" E9
		crainte des femmes de ne pas bien bien positionner l'AV elles mêmes	"Je crois qu'elles ont peur de pas y arriver, enfin y a un truc vraiment de « j'aurais peur que ça tombe, j'aurais peu de pas y arriver, j'ai peur de me tromper » / "Elles ont peur de pas savoir le faire" E9
		crainte des femmes de ne pas pouvoir l'enlever seul	"elles ont peur de ... je pense qu'il y a un peu le truc de si elles n'arrivent pas à le faire ça va être quoi les conséquences je pense, genre si elles arrivent pas à l'enlever, beaucoup il y en a qui me sortent ça « j'ai trop peur de pas pouvoir l'enlever »" E9
		précision sur le non remboursement	"Moi je le propose aussi oui, en précisant que du coup malheureusement elles ne sont pas remboursées " E1
Dû aux caractéristique de l'AV	prix	le non remboursement = un frein	"je trouve que le frein reste le remboursement" / "Moi je pense que le principal frein reste le prix" E4 ; "C'est sûr c'est un frein économique j'ai beau faire en disant que j'ai pas l'impression que mes patientes ça les freinent etc... j'ai quand même des patients et des patientes au cabinet qui ont du mal à payer 6 euros 50 pour leurs soins (...) Donc le frein économique il est là" E6
		informe la patiente que ça coûte cher, sans connaître le prix	"ça coûte assez cher - Vous avez une idée de son prix un petit peu ? - Euh, non." E3

		<p>crainte de la pose l'AV par les femmes</p> <p>le mode de pose est contraignant</p> <p>mode de pose non adapté pour les patientes en surpoids</p> <p>mode de pose = paraît dégoûtant pour certaines femmes</p> <p>nécessite une bonne connaissance de son corps</p> <p>notice insuffisante pour la pose en pratique</p> <p>AV = charge mentale sur l'observance</p> <p>la pose non quotidienne de l'AV induit un défaut d'observance</p> <p>réévaluation de l'AV après 35 ans selon les risques cardio vasculaires</p> <p>arrêt de l'AV pour une contraception non hormonale</p> <p>frein à l'AV = les contre indication des oestro progestatifs</p> <p>crainte des femmes de l'AV car corps étranger dans le vagin</p>	<p>"Mais vraiment ce qui bloque... il y a 2 trucs qui bloquent dans ce que j'ai observé : (...), et après celles qui ont un peu peur de le mettre quoi" E9</p> <p>"Et peut-être après pour certaines le côté pratique aussi [...] de se dire que c'est un peu fastidieux / un petit peu galère à mettre." / "Donc peut-être oui que la pose pourrait être un frein." E1</p> <p>"un deuxième frein que j'y vois, qui m'a pas été relevé chez mes patientes mais c'est quand on est en fort surpoids ou forte limitation, pouvoir se baisser... j'ai des patientes pouvoir se baisser, poser correctement le DIU euh l'anneau, ça pourrait être vraiment une galère de pouvoir le poser." E6</p> <p>"après je pense y a un truc aussi de ... je sais pas comment dire... mais genre on n'ose pas mettre les doigts dans son vagin, c'est un peu dégueu" E9</p> <p>"faut qu'elle soit quand même à l'aise avec leur corps pour mettre l'anneau" / "- vous avez l'impression quand même que y a un peu une limite par rapport à leur relation avec leur corps ? - Leur connaissance de leur corps, savoir ce que c'est un vagin, comment il est" E3</p> <p>"il doit y avoir une notice j'imagine. Mais c'est comme pour le préservatif féminin, c'est schématique mais bon c'est pas très explicite pour autant." E1</p> <p>"donc faut pas oublier ... faut vraiment, même avec une alarme téléphone ou des choses comme ça" E3</p> <p>"Je pense que prendre quelque chose tous les jours c'est quand même plus facile que de changer quelque chose toutes les 4 semaines." E3</p> <p>"Elles sont restées sur ça quoi, et parfois j'avoue je leur remet pas forcément après 35 ans, je leur dis pas forcément si elles n'ont pas de facteur de risque thromboembolique je laisse cette contraception là si ça leur convient, je ne repasse pas à un truc progestatif." E6</p> <p>"Bon elles peuvent vouloir changer parce qu'elles ne veulent plus de contraception hormonale mais là c'est pas directement lié à l'anneau." / "Après qui n'ont pas peur de... du côté hormonal parce que sinon elles ne vont pas vouloir l'anneau, elles vont vouloir changer carrément" E8</p> <p>"Mais effectivement là, pour moi la limite de l'anneau (...), bah bien sûr les contre indications aussi" E8</p> <p>"Les femmes qui... ouais qui trouvent ça un peu dégoûtant d'avoir ce truc dans le vagin. Il y en a qui me demandent si ça va pas s'infecter tout ça et quand même qui s'inquiète de ça" E8</p>
Dû aux caractéristique de l'AV	<p>pose</p> <p>observance</p> <p>hormones</p> <p>corps étranger</p>		

	général	doit remplir un certain nombre de condition pour être prescrit	"Si elles adhèrent à la technique, si elles se trompent pas, si elles oublient pas de le changer - en tout cas d'en remettre un après -, oui y a pas de soucis" E3
		ne retrouve pas d'avantage à sa prescription	"Et en fait, l'anneau vaginal je sais pas trop ou est-ce qu'il trouve sa place ? Parce que finalement, peut être que chez les femmes, c'est pas, c'est pas forcément la contraception la plus pratique." E6
	réticence à sa prescription	contrairement à la pilule, AV vu comme inaccessible par les praticiens	"parce que je sais pas pourquoi les médecins ils en parlent pas tu vois, à quel moment ils ont décidé que la pilule c'était mieux que l'anneau j'en sais rien tu vois, je pense qu'il y a un peu ce truc quand même d'accessibilité" E9
		réticence à prescrire car contrainte d'observance	"la réticence ça serait le problème de l'observance, comme la reprise de la pilule quoi, parce que si vous ratez d'un jour la remise c'est comme si vous ratez d'un jour la reprise de comprimé" E3
	ne comprend pas la demande d'AV	cherche les raisons qui poussent la patiente à vouloir un AV	"donc je lui demanderai un peu pourquoi ce moyen, mais en fait bah si ça lui convient ça lui convient." E7
		serait surprise par une demande d'AV car peu connu des patientes	"donc en fait, je pense que je serais surprise parce que déjà ça voudra dire qu'elle se sera pas mal renseignée" E7
		pas d'idée pour favoriser son utilisation	"- Donc oui pas de suggestions pour favoriser son utilisation, à part le (sourire) non-remboursement ? - (Réfléchi) Non." E3
		seul connaissance de l'AV = cours de la fac	"je connais comme ça on l'a appris à la fac mais en pratique déjà je ne l'ai jamais vu" E2
		peu de souvenir de l'AV à la faculté	"On a vu un cours ou deux je crois sur la gynéco, j'ai pas le souvenir qu'on en ait parlé beaucoup" E9
	dû aux formations	peu de formation pendant l'internat sur l'AV comparativement aux autres méthodes	"Parce que c'est vrai qu'on parle beaucoup de la contraception orale, on parle beaucoup, je me rappelle, moi, des gestes techniques sur la DIU, sur la poste de l'implant mais c'est vrai l'anneau vaginal oui, on n'en parle pas beaucoup" E6
		seul connaissance de l'AV = DU contraception	"mais après j'ai fait un DU de contraception donc tu vois j'avais quand même plus de connaissances que le truc de médecine générale de base." E9
		peu de souvenirs de l'AV en formation médicale continue ou DU	"qu'on a peut être pas beaucoup parlé non plus dans la formation initiale ou même en formation médicale continue" E5
	dû aux connaissances	ne présente pas l'anneau car mal à l'aise sur ses connaissances	"j'y suis pas tellement à l'aise sur les modalités, sur comment l'utiliser tout ça, comme j'y suis pas tellement à l'aise j'y vais pas dessus non plus" E2
		peu connu donc peu présenté (cercle vicieux)	"Il y a un côté pratique aussi qui fait que quand c'est moins utilisé, on a tendance à pas la présenter" / "comme c'est peu répandu, du coup on se retrouve pas souvent dans la situation" E5
Vision/conception du médecin généraliste			

NOTICE D'INFORMATION

- Quelles sont les données vous concernant qui seront collectées et traitées ?

Toutes les données recueillies pendant l'entretien individuel grâce à un dictaphone et aux notes écrites seront utilisées.

- Pour quelle finalité vos données personnelles seront collectées et traitées ?

Les données personnelles recueillies seront utilisées pour connaître vos indicateurs sociodémographiques et pour nous permettre de répondre au mieux à notre thèse.

- Où vont être hébergés vos données personnelles ?

Toutes les informations recueillies seront stockées et anonymisées sur un disque dur externe non connecté au réseau et protégé par un mot de passe.

- Un transfert de vos données personnelles hors de l'Union Européenne est-il envisagé ?

Non, un transfert de vos données personnelles hors de l'Union européenne n'est pas envisagé.

- Pendant combien de temps vos données personnelles vont-elles être conservées ?

Les données personnelles seront conservées pendant 3 ans.

- Qui aura accès à vos données personnelles ?

Uniquement les deux co-thésardes : Zoé Bihler et Lisa Nicolini.

- Qui sera responsable de vos données personnelles ?

Uniquement les deux co-thésardes : Zoé Bihler et Lisa Nicolini.

- Quels sont vos droits et comment pouvez-vous les exercer ?

Vous aurez un droit d'accès à toutes les informations vous concernant sur demande, ainsi qu'à la retranscription de l'entretien si vous le souhaitez et à la suppression de certains passages de l'entretien sur demande de votre part.

Annexe VII : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

Je soussigné(e), consens à participer à cette étude. Je certifie avoir été informé(e) des objectifs de l'étude.

Au cours de l'étude, j'accepte que soient réalisés des enregistrements audio et/ou vidéo. Ces enregistrements sont destinés uniquement à l'étude. Je comprends que toutes les données seront anonymisées et utilisées uniquement à des fins de recherche.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude, sans avoir à fournir de justification.

Je conserverai un exemplaire de la lettre d'information et du formulaire de consentement dûment complétés et signés.

Fait le à (en deux exemplaires)

Signature du chercheur :

Signature du participant :

Annexe VIII : Inscription au tableau d'enregistrement recherche et thèse par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés du DUMG de Toulouse



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Facultés de Médecine de Toulouse
DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)
Faculté de médecine de Toulouse – Ranguel 133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex

Pr Pierre BOYER

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

pierre.boyer@dumg-toulouse.fr

dpo@dumg-toulouse.fr

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

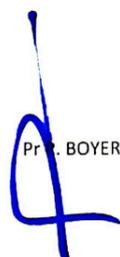
Mme BIHLER Zoé

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrite dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESEES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 07/09/2023

sous le numéro : **2023BZ111**

Fait à Toulouse, le 15/09/2023


Pr P. BOYER



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Facultés de Médecine de Toulouse
DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex

Pr Pierre BOYER

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

pierre.boyer@dumg-toulouse.fr

dpo@dumg-toulouse.fr

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

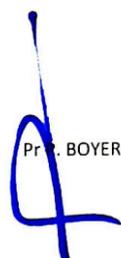
Mme NICOLINI Lisa

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrite dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 07/09/2023

sous le numéro : **2023NL112**

Fait à Toulouse, le 15/09/2023


Pr P. BOYER

Annexe IX : Extrait de retranscription d'un entretien (Entretien 8) :

Légende :

Texte italique gris : discours de la chercheuse

Texte noir : discours du médecin généraliste interrogé

X : anonymisation des données

Ok donc il y a un moyen de contraception que tu n'as pas cité spontanément (...) Alors c'est l'anneau vaginal

Ah oui bien sûr !! (Parle plus fort) parce que je t'ai... je l'utilise pas mal ouais ! Je t'ai mentionné le enfin je l'utilise pas mal enfin je le propose. Tu vois il est sur la règle de contraception mais je t'ai mentionné tout à l'heure le patch EVRA alors qu'en fait je l'utilise moins le patch EVRA que l'anneau parce que le patch EVRA c'est le plus cher...

Oui je pense oui

Ca doit être à peu près le même prix l'EVRA et le NUVARING mais comme il y a les génériques et ETORING qui est moins cher

Ca dépend en fait des pharmacies

Oui bien sûr mais c'est ça... je pense que dans les grosses pharmacies genre Lafayette ou l'anneau est le moins cher, le patch est moins cher aussi. Mais non l'anneau c'est bien ! Non je pense que l'anneau c'est une très bonne contraception à condition qu'elle accepte une contraception hormonale bien sûr. Parce qu'il y en a qui manipulent l'anneau et qui disent « Ah ouais comment ça empêche les spermatozoïdes de passer ça ?? » Ben non ça ne les empêche pas ! Et oui bien sûr il faut qu'elle accepte l'idée d'une contraception hormonale, moi je suis très claire hein. L'anneau c'est une pilule, le patch c'est une pilule. C'est exactement la même chose que votre pilule, simplement l'avantage c'est qu'il y a pas les comprimés tous les jours. Je leur explique aussi que leur mutuelle peut en payer que la mutuelle va payer un montant fixe selon les contrats, alors moi dans ce que j'avais dans la tête c'était entre 50 et 80 € alors peut être qu'au fur et à mesure que ça va augmenter mais en tout entre 50 et 80 € par an. Donc je leur explique que dans ces cas-là faut qu'elles envoient la copie de l'ordonnance et la facture du pharmacien. Mais je leur ai dit voilà si si la si la mutuelle vous en paye la moitié ... si ça vous en paye la moitié d'une année c'est déjà ça. Et non l'anneau c'est bien quand surtout celles qui ont un petit peu de sécheresse

vaginale, même des jeunes par exemple qui utilisent des pilules peu dosées depuis longtemps qui ont un peu de sécheresse vaginale par exemple avec des 30. Ben l'anneau ça fait bien repartir parce que l'anneau c'est encore moins dosé mais comme c'est local ça a tendance à bien faire repartir les sécrétions. Après c'est toujours pareil il y en a qui vont adorer ça, il y en a qui vont revenir au bout de 3 jours en disant c'est horrible...

Tu en as souvent ?

Souvent non mais souvent non mais voilà, ça fait partie des choses que je présente. Mais c'est vrai que... il y a... on est sûrement biaisé par nos représentations une dame qui à la CMU par exemple. Je vais peut-être pas lui insister sur le fait que je trouve que l'anneau c'est très bien. Parce que même l'ETORING à 9€ par mois, si elle a pas de mutuelle qui va le payer, si elle a très peu d'argent ça me semble illusoire. Alors quand j'étais au X on le donnait....

Ah on pouvait les donner ?

Oui je sais pas si ils peuvent toujours parce que peut-être que le Conseil départemental a réduit ses achats. Parce qu'à un moment donné effectivement quand le Conseil départemental avait repris en 2018, non en 2006 en 2006. En 2018 c'est quand je suis partie en 2006. Ils avaient voulu faire les choses bien et du coup comme il n'y connaissait rien, ils avaient acheté un peu tout ce qu'on leur avait demandé alors que il y avait de... j'avais parlé avec des médecins de centre de plannif de d'autres départements qui nous disaient « Ah vous avez de la chance nous ils nous achètent de 15 boîtes de MINIDRIL et puis c'est fini hein. Le reste on n'en a pas à distribuer ». Nous on avait externe des préservatifs internes voilà. Donc je sais pas si ça fonctionne encore, je sais pas s'ils achètent encore tout parce que ça fait X ans que j'en suis partie, parce que je vois encore au moins mes anciennes collègues. Mais effectivement là, pour moi la limite de l'anneau c'est le prix, bah bien sûr les contres indications aussi. Et puis par exemple une femme qui dit qu'elle... Ça je vais en discuter avec elle mais généralement une jeune femme qui dit qu'elle n'utilise pas du tout tampon et qui a qui prend... qui fronce le nez quand tu commences à parler de tampon. Quand tu lui dis que ça se met à peu près comme un tampon et si si elle fronce le nez qu'elle dit « moi je mets pas de tampon. Je mets pas mes doigts à l'intérieur c'est dégoûtant et tout » bon là tu sais que l'anneau c'est quand même assez mal parti.

AUTEUR : Zoé BIHLER et Lisa NICOLINI

TITRE : L'anneau vaginal : une contraception oubliée ? Une étude qualitative auprès des médecins généralistes de Haute-Garonne.

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Pauline MUNIER

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Le 29 avril 2025 à la Faculté de Médecine de Toulouse.

Introduction – Plus de 7 femmes sur 10 sont concernées par la contraception en France. Le médecin généraliste joue un rôle primordial dans l'accès à l'information sur la contraception. Certains contraceptifs restent cependant peu utilisés et peu connus des femmes, c'est le cas de l'anneau vaginal. L'objectif principal de notre travail était de déterminer les représentations des médecins généralistes de Haute Garonne concernant l'anneau vaginal contraceptif.

Méthodes – Nous avons réalisé une étude qualitative basée sur des entretiens individuels auxquels s'appliquait une analyse thématique. 9 médecins généralistes de Haute-Garonne ont été interrogés sur l'année 2024 à l'aide d'un guide d'entretien semi structuré, testé avant réalisation de l'étude. Les données recueillies ont été analysées par triangulation des données.

Résultats – Quatre thèmes principaux étaient retrouvés : le médecin généraliste occupait une place centrale dans la présentation des contraceptifs, l'anneau vaginal disposait d'une place restreinte dans le panel des contraceptifs, ses caractéristiques ne faisaient pas consensus, et il restait mal représenté par nos participants.

Conclusion – L'anneau vaginal dispose d'une place limitée dans la pratique courante. Sa présentation n'était pas systématique et sa prescription rare. Ceci peut être expliqué par une représentation parfois négative des prescripteurs concernant l'anneau vaginal. Ses caractéristiques ne faisaient pas l'unanimité. Cette vision négative était parfois dû à une mauvaise visualisation de ce moyen contraceptif ainsi que de ces caractéristiques.

The Vaginal Ring: A Forgotten Contraceptive? A Qualitative Study Among General Practitioners in Haute-Garonne.

Introduction – More than 7 out of 10 women in France are concerned by contraception. General practitioners play a key role in providing access to information about contraception. However, some contraceptive methods remain underused and poorly known among women, such as the vaginal ring. The main objective of our study was to determine the perceptions of general practitioners in Haute-Garonne regarding the contraceptive vaginal ring.

Methods – We conducted a qualitative study based on individual interviews which were analyzed using thematic analysis. 9 general practitioners from Haute-Garonne were interviewed in 2024, using a semi-structured interview guide, which was tested before the study. The data collected were analyzed through data triangulation.

Results – Four main themes emerged : the general practitioner occupied a central place in the presentation of contraceptives, the vaginal ring had a limited place in the panel of contraceptives, characteristics were subject to debate, and it remained poorly understood by our participants.

Conclusion – This study shows that the vaginal ring has a limited place in routine practice. It was not systematically presented, and its prescription was rare. This may be explained by a sometimes negative perception of the vaginal ring among prescribers. Its characteristics didn't reach a consensus. This negative perception was sometimes due to a poor visualization of this contraceptive method and its characteristics.

Mots-Clés : Anneau vaginal ; contraception ; méthode qualitative ; médecine générale

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France