

Faculté de santé publique

Attitudes et connaissances de la contraception des étudiant·e·s de l'Université Catholique de Louvain

Mémoire réalisé par
SCHMITT Océane

Promoteur
Pr. DEGRYSE Jean-Marie

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Attitudes et connaissances de la contraception des étudiant·e·s de l'Université Catholique de Louvain

Mémoire réalisé par
SCHMITT Océane

Promoteur
Pr. DEGRYSE Jean-Marie

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens à exprimer mes sincères remerciements à mon promoteur, le professeur Jean-Marie Degryse de l'Université catholique de Louvain. Je le remercie de sa patience, de son aide précieuse et de ses nombreux conseils qui m'ont permis de finaliser ce travail.

Je souhaite également remercier le corps professoral de la faculté de Santé Publique de l'Université Catholique de Louvain, qui m'ont donné les outils nécessaires à la réussite de mes études.

Les secrétariats des différentes facultés ainsi que les délégués de cours de chaque classe pour leur collaboration et qui ont permis la diffusion du questionnaire aux étudiant·es.

Mes parents, Sophie et Didier Schmitt qui m'ont toujours soutenu dans mes choix de vie. Merci pour vos encouragements.

Ma chère Margaux Z., qui fut un soutien inconditionnel et dont le prêt de son ordinateur a contribué grandement à l'avancée de ce travail. Merci de ton soutien à chaque instant.

Marie-Camille S., présente depuis le début et dont nos heures d'études côte à côte ainsi que son soutien m'a permis d'avancer.

Nadia A., pour ses nombreux encouragements et son savoir en Droit.

Enfin tous·tes les autres, qui de près ou de loin ont suivi cette épopée et m'ont aidé à poursuivre mon but final. Merci de votre présence à mes côtés.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur.

Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

NB : Ce mémoire utilise l'écriture inclusive. La forme « étudiant·es » a été privilégiée à la forme « étudiant·e·s » pour alléger le document.

Abréviations

- ABC *Male birth control practice*
- CAS *Contraceptive Attitude Scale*
- CKA *Contraceptive Knowledge Assessment*
- CKI *Contraceptive Knowledge Inventory*
- DIU Dispositif Intra-Utérin
- HAS Haute Autorité de Santé
- ISTs Infections Sexuellement Transmissibles
- IVG Interruption Volontaire de Grossesse
- LLN Louvain-La-Neuve
- MS *Male birth control practice and Sex role stereotypes regarding female contraceptive responsibility*
- MSTs Maladies Sexuellement Transmissibles
- OMS Organisation Mondiale de la Santé
- SRS *Sex role stereotypes regarding female contraceptive responsibility*
- UCL Université Catholique de Louvain
- UP *Attitude Toward Using Birth Control Pills Scale*
- VIH Virus d'Immunodéficience Humaine
- W Woluwé

Table des matières

Remerciements.....	4
Abréviations.....	6
Table des matières.....	7
Introduction.....	9
I. La contraception.....	9
1. Définition	9
2. Les moyens de contraception existants	9
3. Brève histoire	10
II. Situation de la contraception en Belgique.....	11
1. Remboursement.....	11
2. Informations	11
3. Utilisation	12
III. Concepts autour de l'utilisation d'une méthode contraceptive	13
1. Connaissances	13
2. Caractéristiques liées à la contraception	14
IV. Facteurs influençant l'utilisation de la contraception	18
V. Professionnel·les de la santé	19
1. Rôle et l'influence des professionnel·les de la santé.....	19
2. Décision médicale partagée (<i>Shared decision making</i>).....	19
VI. Problématique.....	20
1. Question de recherche	21
2. Hypothèses	21
3. Objectifs de l'étude	21
Méthodes et matériels	22
I. Développement du questionnaire.....	22
II. Population cible.....	26
1. Calcul de la taille de l'échantillon.....	26
2. Critères d'inclusion et d'exclusion ; validité interne et externe.....	26
III. Méthodes d'analyses	27
Résultats.....	29
I. Description de l'échantillon.....	29
II. A propos de contraception.....	34
III. Les échelles	42
1. Distribution des échelles	42
2. <i>Contraceptive Knowledge Assessment (CKA)</i>	43

3. <i>Attitude Toward Using Birth Control Pills Scale (UP)</i>	45
4. <i>Male Birth Control Practice and Sex Role Stereotypes Regarding Female Contraceptive Responsibility (MS)</i>	47
Discussion	50
I. Etat des lieux de la contraception de l'échantillon	50
II. Les échelles de mesure	56
III. Modèle théorique.....	57
IV. Limites et perspectives de l'étude	59
RESUME	61
Bibliographie.....	62
Annexes.....	69
Annexe 01	69
Annexe 02	70
Annexe 03	71
Annexe 04	127
Annexe 05	136
Annexe 06	138
Annexe 07	140
Annexe 08	143
Annexe 09	144
Annexe 10	150
Annexe 11	152
Annexe 12	154

Introduction

I. La contraception

1. Définition

Sur leur site internet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la contraception comme « l'utilisations d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter » (Organisation Mondiale de la Santé, 2019, paragr. 2). D'un point de vue législatif, l'Article 1 de l'Arrêté royal du 9 Juillet 1973 entend par contraceptif « les objets et matières, présentés comme pouvant prévenir la grossesse ».

2. Les moyens de contraception existants

Nous pouvons classer les différentes méthodes de contraception (Organisation Mondiale de la Santé, 2018) comme suit :

❖ **Méthodes hormonales**

- Pilule oestro-progestative combinée ;
- Pilule progestative ;
- Pilule du lendemain ;
- Patch ;
- Anneau vaginal ;
- Dispositif Intra Utérin (DIU) (ou stérilet) hormonal (existe aussi en cuivre) ;
- Injections hormonales ;
- Implant.

❖ **Méthodes barrières**

- Préservatif masculin, seule méthode avec le préservatif féminin pour protéger des Infections et Maladies Sexuellement Transmissibles (ISTs/MSTs) et du Virus d'Immunodéficience humaine (VIH) ;
- Préservatif féminin ;
- Spermicide ;
- Cape cervicale ;
- Eponge ;
- Diaphragme.

❖ **Méthodes naturelles (basées sur la connaissance de la période de fécondité) ou traditionnelles**

- Méthodes des jours fixes (collier cycle beads) ;
- Méthodes des deux jours (surveillance de la glaire cervicale) ;
- Méthode Symptothermique (allie surveillance de la glaire cervicale, de la température et de la consistance du col de l'utérus) ;
- Méthode du calendrier (calcul de l'estimation de la période fertile) ;
- Retrait ;
- Abstinence* (ne figure pas parmi les méthodes citées par l'OMS).

❖ **Méthodes définitives**

- Stérilisation féminine (ligature des trompes) ;
- Stérilisation masculine (vasectomie).

Pour l'OMS (2018), seul le retrait et la méthode du calendrier sont considérés comme des méthodes traditionnelles, les autres étant considérées comme des méthodes modernes.

Ces différents moyens contraceptifs sont proposés dans 90% des cas pour les femmes. D'après Ventola (2014), la concentration des recherches sur l'appareil reproducteur féminin en est la cause. Alors que, Gava et Meriggiola (2019) recensent dans leur article « les nombreuses études réalisées pour développer des contraceptifs masculins hormonaux et non hormonaux sûrs et efficaces » (p.1). Elles font également part des nombreuses études « qui ont démontré un grand intérêt chez les hommes et les femmes pour les méthodes contraceptives masculines efficaces, réversibles et sûres » (p.1). Malgré cela, les hommes disposent actuellement, seulement du préservatif, du retrait et de la vasectomie.

3. Brève histoire

La contraception connut une réelle révolution depuis la découverte de la première pilule contraceptive avec une balance bénéfice-risque favorable, par son père fondateur, le médecin belge Ferdinand Peeters, en 1959 (Karl van den Broeck cité par Gompel & Svacina, s.d.).

En France, la loi Neuwirth autorise depuis 1967, l'utilisation d'une contraception ainsi que l'information de celle-ci jusque-là interdite (Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967). C'est en 1973 que la Belgique assimile les contraceptifs aux médicaments (Art. 2 de l'Arrêté royal du 9 Juillet 1973). Les obligations légales de la fabrication, de la préparation et de la distribution (Art. 4, §1), de l'information et de la publicité (Art. 5) ainsi que des infractions (Art. 6) des médicaments s'appliquent dorénavant aux moyens contraceptifs. Cet arrêté royal permit de dissocier vie sexuelle et procréative, faisant ainsi émerger les notions de droits sexuels et

reproductifs (Pereira, 2008). Dès lors, depuis plus de cinquante ans, différentes formes de contraception se sont développées, entraînant une médicalisation du corps de la femme, de la reproduction et de la contraception (Amsellem-Mainguy, 2011 ; Moreau, Spira, et Bajos, 2009), dans le but de répondre à la norme procréative de nos sociétés. Bajos et Ferrand (2006) définissent cette norme comme suit : « Dans la mesure où il devient possible d'éviter d'être enceinte [...], il importe, plus que jamais, que les conditions les meilleures soient réunies pour avoir un enfant. C'est le respect de ces conditions, socialement définies, que nous nommons norme procréative » (p 29). C'est à dire une planification familiale qui permet aux couples d'atteindre le nombre souhaité d'enfants et d'espacer les naissances (Moreau et al., 2009 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

II. Situation de la contraception en Belgique

La législation évolue grâce aux nouvelles décisions politiques sur les réglementations en matière de santé sexuelle. Les politiques de santé tentent alors de satisfaire les besoins en planification familiale de la population. En effet, lors de la dernière enquête de santé en Belgique en 2013, la prévalence contraceptive était de 73,8% (Charafeddine, 2014) contre une couverture contraceptive mondiale de 57,4% en 2014 (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

1. Remboursement

L'Arrêté royal du 16 Septembre 2013 permet le remboursement de certaines méthodes contraceptives chez les jeunes filles de moins de 21 ans¹, dans le but de diminuer la barrière financière à l'utilisation de la contraception. Cependant, cette accessibilité financière n'est pas garantie pour toutes et le statut socio-économique de la jeune femme influence fortement son choix de contraception (Hibo et al., 2014).

2. Informations

L'accès à une méthode contraceptive commence par la connaissance de cette méthode et donc de son information par les différents canaux existants. En Belgique, les professionnel·les de la santé (gynécologue, médecin traitant) informent et prescrivent les méthodes contraceptives (médicalisées) (Amsellem-Mainguy, 2011). Les centres de plannings familiaux, quant à eux, promeuvent et éduquent la population sur la santé relationnelle, sexuelle et

¹ Une proposition de loi a été déposée, portant à 25 ans l'âge du remboursement des contraceptifs et la gratuité de la pilule du lendemain pour toutes les femmes quel que soit leur âge, approuvé par la Commission de la santé de la chambre le mardi 12 mars 2019 (Chambre des représentants de Belgique, 2018).

affective (Décret du 18 Juillet 1997). L'opinion de la famille, des pairs ou encore du partenaire masculin peuvent avoir une influence sur l'utilisation d'une contraception (Amsellem-Mainguy, 2009, 2011 ; Marshall, Kandahari, et Raine-Bennett, 2017). Nous pouvons également compter sur internet comme source d'informations sur le sujet. Par exemple, le site officiel du service fédéral belge informe et recense les services officiels sur sa page internet (Service Public Fédéral Belge, 2019).

Pourtant, selon Lalman (2010), il est impossible, pour les femmes, de s'informer de manière neutre et objective sur les différentes méthodes de contraception car la société et les médecins répondent à une norme contraceptive ancrée et figée depuis des décennies (Bajos et al., 2014 ; Dufey, 2013). Ce concept a été défini par Bajos et Ferrand en 2004 (cités par Bajos et al., 2014, p. 91). Cette norme contraceptive consiste en l'utilisation du préservatif lors des premiers rapports sexuels, puis de la prise de la pilule hormonale quand la jeune femme est engagée dans une relation « stable », pour enfin insérer un DIU après les grossesses, jusqu'à la fin de la période fertile de la femme (Amsellem-Mainguy, 2009 ; Gautier, 2013 ; Lalman, 2010).

3. Utilisation

L'enquête de santé de 2013 dressait les trois méthodes les plus utilisées chez les belges. Nous retrouvons la pilule contraceptive (52%), le DIU (21%) et la stérilisation (8%) (Charafeddine, 2014). La pilule est le moyen le plus utilisé chez les jeunes filles (Gautier, 2013 ; Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2017). L'enquête de santé de 2013 recense 82% d'utilisatrice de la pilule chez les 15-24 ans pour diminuer à 56% chez les 25-36 ans, alors que les femmes de 45 ans et plus ont davantage recours à la stérilisation (24%) (Charafeddine, 2014).

Bajos, Bohet, Le Guen, et Moreau (2012) ; (2014) observent une baisse de l'utilisation de la pilule chez les jeunes femmes (20-24 ans) depuis les années 2000, mettant en cause la crise économique au début du XXI^e siècle. De plus, la crise des pilules de 3^e et 4^e génération, en 2012, en France, a accentué cette baisse du recours au contraceptif oral (Bajos et al., 2012 ; Bajos et al., 2014 ; Lalman, 2010 ; Moreau et al., 2009 ; Roux, Ventola, et Bajos, 2017). Bajos et al. (2014) observent en contrepartie, une augmentation (3%) des méthodes dites naturelles chez les femmes de 15 à 45 ans, entre 2010 et 2013. La Haute Autorité de Santé (2013, p. 9) (HAS) note également que les difficultés financières peuvent être un frein à la prise d'une contraception et que la pilule est moins utilisée chez les jeunes filles de 20 à 24 ans depuis ces dix dernières années. Cependant l'HAS n'observe pas une hausse à l'utilisation des méthodes dites naturelles.

III. Concepts autour de l'utilisation d'une méthode contraceptive

1. Connaissances

Certaines enquêtes montrent que la connaissance sur la contraception s'est améliorée depuis ces dix dernières années (Femmes Prévoyantes Socialistes, Fédération de Centres de Planning Familial, Solidaris, et Mutualité Socialiste, 2014 ; Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2017).

Selon Lalman (2010), la connaissance des différentes méthodes contraceptives se mesure par la notoriété des dites méthodes mais aussi par l'expérience de l'individu. De plus, l'utilisation actuelle et passée des différents moyens contraceptifs permettent d'établir les tendances d'utilisation et ainsi déterminer la biographie contraceptive des individus (Amsellem-Mainguy, 2010).

Nous relevons toutefois une inégalité des connaissances entre les différentes méthodes. En effet, la pilule, le préservatif et le DIU sont bien connus de la population, alors que le diaphragme est plus connu de la génération 68, tandis que les nouvelles formes de contraceptions (anneau, patch, etc.) sont mieux connues chez les jeunes mais restent minoritaires dans leur utilisation (Kopp Kallner, Thunell, Brynhildsen, Lindeberg, et Gemzell Danielsson, 2015 ; Lalman, 2010 ; Roublin, 2017 ; Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2017).

Par ailleurs, la connaissance chez les étudiant·es varie selon leur genre et leur secteur d'études. Ainsi, les jeunes femmes ont une meilleure connaissance que les garçons (Ritter, Dore, et McGeechan, 2015). Tandis que les étudiant·es dans les sciences de la santé et plus précisément en médecine (Rowen et al., 2011) ont une meilleure connaissance sur la contraception et le cycle féminin (Guida et al., 2019 ; Szucs et al., 2017).

Cependant, malgré la diversité des sources d'informations, des études sur la connaissance des méthodes contraceptives montrent des lacunes importantes au sein du grand public, notamment auprès des jeunes (Aubin et Jourdain Menninger, 2009 ; Frost, Lindberg, et Finer, 2012 ; Guida et al., 2019 ; Ritter et al., 2015 ; Szucs et al., 2017 ; Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2017). Le manque de connaissance des différentes formes constituerait un frein pour choisir la méthode qui convienne le mieux à la personne et à son couple (Roublin, 2017). Pour compléter ce manque de connaissances, l'a.s.b.l « O'YES¹ » a lancé une campagne

¹ Anciennement « SIDA'SOS »

d'information en février 2018 (« Mon contraceptif ») sous plusieurs formes (brochures, site internet, affiches, etc.) (O'YES, 2018).

2. Caractéristiques liées à la contraception

a. *Efficacité d'une méthode*

En termes d'efficacité, toutes les méthodes contraceptives ne se valent pas car chacune possède un taux d'efficacité qui lui est propre. Il est mesuré par l'indice de Pearl qui est le nombre de grossesses non planifiées pour 100 femme-années (Rahib, Le Guen, et Lydié, 2017). L'efficacité est une mesure complexe qui dépend de nombreuses variables comme la capacité à concevoir, la fréquence et le moment des rapports sexuels, le degré de compliance à la méthode et l'efficacité inhérente au type de protection (hormonale journalière, barrière, long-terme, ...) (Steiner, Dominik, Trussell, et Hertz-Picciott, 1996).

De ce fait, nous distinguons l'efficacité théorique de l'efficacité pratique. L'Organisation mondiale de la Santé (2017, pp. 14-15) calcule l'efficacité théorique comme étant le pourcentage de femmes vivant une grossesse non désirée pendant la première année d'utilisation de la contraception lorsque la méthode est utilisée parfaitement (régulièrement et correctement). L'utilisation régulière dépend de plusieurs facteurs, tels que l'âge, le revenu, la culture, ... L'efficacité pratique, quant à elle, elle est définie comme le pourcentage de femmes vivant une grossesse non désirée pendant la première année d'utilisation de la contraception lorsque la méthode est employée de manière courante (en supposant qu'occasionnellement elle n'est pas utilisée ou qu'elle est utilisée de manière incorrecte).

Pour certaines méthodes, il existe une forte variabilité entre efficacité théorique et pratique (cf. Annexe 01). En effet deux grossesses sur trois non planifiées se produisent alors qu'une contraception est employée, dont 30 à 50% sont une contraception médicalisée (Aubin et Jourdain Menninger, 2009 ; Gautier, 2013 ; Moreau et al., 2009). Ces nombreux échecs de contraception, malgré une grande couverture contraceptive, contribuent au paradoxe contraceptif auquel les pays développés sont confrontés (Aubin et Jourdain Menninger, 2009 ; Moreau et al., 2009).

Les méthodes médicalisées et hormonales sont en général plus efficaces dans la pratique que les méthodes barrières, qui sont elles-mêmes plus efficaces que les méthodes dites naturelles (Haute Autorité de Santé, 2013 ; Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2011).

b. Echechs contraceptifs

L'efficacité d'une méthode est directement liée avec l'observance de son utilisation. Pour cela, elle doit être en adéquation avec les besoins et le mode de vie de l'utilisatrice et de son couple (Aubin et Jourdain Menninger, 2009 ; Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2011 ; Roux et al., 2017). Le contrôle comportemental perçu défini comme étant « la confiance en sa propre capacité à adopter le comportement désiré, même dans des situations difficiles » est ainsi augmenté (Picavet, 2016, p. 58).

c. Satisfaction de la méthode

Machado, Pompei, Giribela, et de Melo (2013) observent un lien direct entre compliance et satisfaction de la méthode contraceptive utilisée par la femme. Nous supposons qu'une utilisatrice satisfaite de sa méthode en fera un usage correct et de façon continue. Inversement, lorsqu'une femme emploie une méthode contraceptive qui ne lui correspond pas ou plus, nous observons une mauvaise utilisation et/ou un arrêt de celle-ci (Moreau et al., 2009), avec des changements réguliers de méthode (Marshall, Guendelman, Mauldon, et Nuru-Jeter, 2016). Aubin et Jourdain Menninger (2009) défendent l'idée que plus une femme est satisfaite de sa méthode, moins elle connaît d'échec contraceptif. Nous remarquons ainsi, qu'il existe un lien entre satisfaction, utilisation, efficacité et échec contraceptif. En effet, dans 50% des cas d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), l'utilisatrice avait changé de méthode dans les six mois précédant cet acte, certaines avaient adopté une méthode moins efficace, voire aucune méthode (Moreau et al., 2009). Quant à Daniels et al., (2013) cités par Marshall et al. (2016), ils relèvent à 50% le nombre de jeunes femmes qui seraient insatisfaites de leur méthode. Ceci démontre les difficultés contraceptives rencontrées chez certaines femmes, au cours de leur vie.

L'implication des personnes dans le choix de leur contraception permettrait une meilleure satisfaction avec leur méthode et donc une amélioration de la compliance (Marshall et al., 2016), ce qui diminuerait l'écart entre l'efficacité pratique et l'efficacité théorique.

d. Perception des avantages

Brown, Ottney, et Nguyen (2011, p. 454) définissent la perception des avantages comme étant « la perception des patientes quant à l'efficacité des contraceptifs, à leur facilité d'utilisation, à leur suppression menstruelle et à leur capacité de prévenir une grossesse ». Ces bénéfices perçus dépendent de la perception positive des caractéristiques de la méthode (Marshall et al., 2016).

Plusieurs études (Madden, Secura, Nease, Politi, et Peipert, 2015 ; Marshall et al., 2016 ; Marshall et al., 2017) relèvent certaines caractéristiques qui se démarquent aux yeux des

femmes : l'efficacité, l'absence de risques de thrombose, sans hormones, l'absence d'effets secondaires, la facilité d'utilisation, l'accessibilité financière, la protection contre les ISTs, la présence de menstruations régulières, l'absence d'interférences avec la vie sexuelle et affective, les potentielles complications, l'impact sur la fertilité future, le contrôle de l'utilisatrice sur la méthode ainsi que l'opinion du professionnel de soins de santé, du partenaire, de la famille, des amis ou encore de la communauté religieuse. Les trois plus importantes relevées par Kopp Kallner et al. (2015) sont l'efficacité/la sécurité, peu d'effets secondaires/bien se sentir avec sa méthode et l'absence d'hormones/l'absence de risque de thrombose (cf. Annexe 02).

Pourtant, lorsqu'une jeune femme décide d'utiliser une contraception, ce n'est pas forcément dans le but d'éviter une grossesse. Aux Etats-Unis, 45% des jeunes filles, dans l'étude de Nelson et al. (2018), reportent débiter une contraception pour une autre raison que le contrôle des naissances. Nous verrons que cet argumentaire peut être une excuse pour que les jeunes filles obtiennent une contraception auprès de leurs parents (cf. Perception des barrières). La contraception médicalisée ayant permis de (Amsellem-Mainguy, 2009 ; André-Vert, 2014) :

- Réguler le cycle menstruel ;
- Diminuer les menstruations douloureuses, voire l'arrêt des menstruations ;
- Obtenir un effet anti-acnéique.

Une méthode contraceptive ne peut donc pas être considérée comme étant une bonne contraception sur son seul taux d'efficacité, mais bien sur l'ensemble de ses caractéristiques qui conviennent à la patiente et à son mode de vie (Aubin et Jourdain Menninger, 2009 ; Roux et al., 2017).

e. Perception des barrières

Brown et al. (2011, p. 454) définissent la perception des barrières comme étant « la perception des patientes concernant les effets secondaires de la contraception, l'échec, le coût, la suppression menstruelle et la capacité de concevoir à l'avenir ».

Par ailleurs, l'HAS (2013) communique dans un document de synthèse les nombreux freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée, tant du point de vue des professionnel·les de santé que celui des usager·ères, avec des pistes d'actions pour y remédier.

De surcroît, les moyens contraceptifs proposés aux femmes ne sont pas anodins et sans conséquences. En effet, une liste non négligeable d'effets secondaires sont reportés, concernant certaines méthodes de contraception (Haute Autorité de Santé, 2013). Dans l'étude de Nelson et al. (2018), 49% des répondantes se sont inquiétées des effets secondaires possibles avant de

commencer leur première contraception. Cependant, le ressenti d'effets indésirables chez certaines femmes peut être à la suite d'une mauvaise utilisation de leur méthode ou bien à la suite de la transformation du corps infantile en un corps d'adulte (Nelson et al., 2018).

69% des répondantes de l'étude de Madden et al. (2015) reportent au moins un effet secondaire, dont 65% d'entre-elles rapportent que celui-ci était sévère, au point de les faire arrêter leur contraception. Ce sont les jeunes filles qui sont les plus prédisposées à arrêter leur méthode à cause du ressenti d'effets indésirables (Kopp Kallner et al., 2015). Parfois, les effets secondaires étant trop intenses, certaines femmes préfèrent retourner à une méthode de contraception moins fiable mais plus supportable (Hoggart et Newton, 2013). L'attribut des effets secondaires d'une contraception joue un rôle prépondérant dans la satisfaction et donc l'observance de la méthode contraceptive (Madden et al., 2015).

La contraception faisant l'objet d'enjeux financiers (Roux et al., 2017), son coût est également un frein relevé par plusieurs auteur·es (Bajos et al., 2012 ; Kopp Kallner et al., 2015 ; Moreau et al., 2009).

Souvent, la prise en charge financière et la gestion de la contraception au sein du couple sont endossés par les femmes uniquement (Lalman, 2010). Mais l'accessibilité financière ne constitue pas le seul frein à l'accès de la contraception, il existe aussi des barrières sociales, culturelles et psychologiques (Dufey, 2013). Ainsi certaines jeunes femmes ne peuvent pas discuter librement de contraception au sein du cercle familial, d'autres encore, peuvent recevoir de fausses informations de la part d'autrui. De ce fait, l'acné peut-être un prétexte pour obtenir la pilule, sans devoir révéler leurs relations intimes à leurs parents (Amsellem-Mainguy, 2009).

f. Attitude face à la contraception

L'attitude vis-à-vis de la contraception est le comportement et les opinions qu'un individu possède envers celle-ci. Elle varie selon certains facteurs sociaux et démographiques (Brown et al. (2011), Donnelly et al. (2014) et Lessnard et al. (2012) cités par Marshall et al., 2016), ainsi que selon la connaissance (Frost et al., 2012).

D'après Frost et al. (2012), l'attitude joue un rôle important lors de rapports sexuels non protégés et/ou d'une mauvaise utilisation de la contraception, voire d'une non-utilisation. Les femmes en situation de précarité et/ou avec un niveau d'éducation faible sont les plus à risque de ne pas utiliser ou de mal utiliser une contraception pour éviter une grossesse (Charafeddine, 2014 ; Gautier, 2013 ; Hibo et al., 2014 ; Picavet, 2016). De plus, les ethnies minoritaires ou les femmes immigrées sont les plus menacées de grossesses non planifiées ou d'utiliser une méthode contraceptive moins efficace (Hanson, Nothwehr, Yang, et Romitti, 2015 ; Marshall

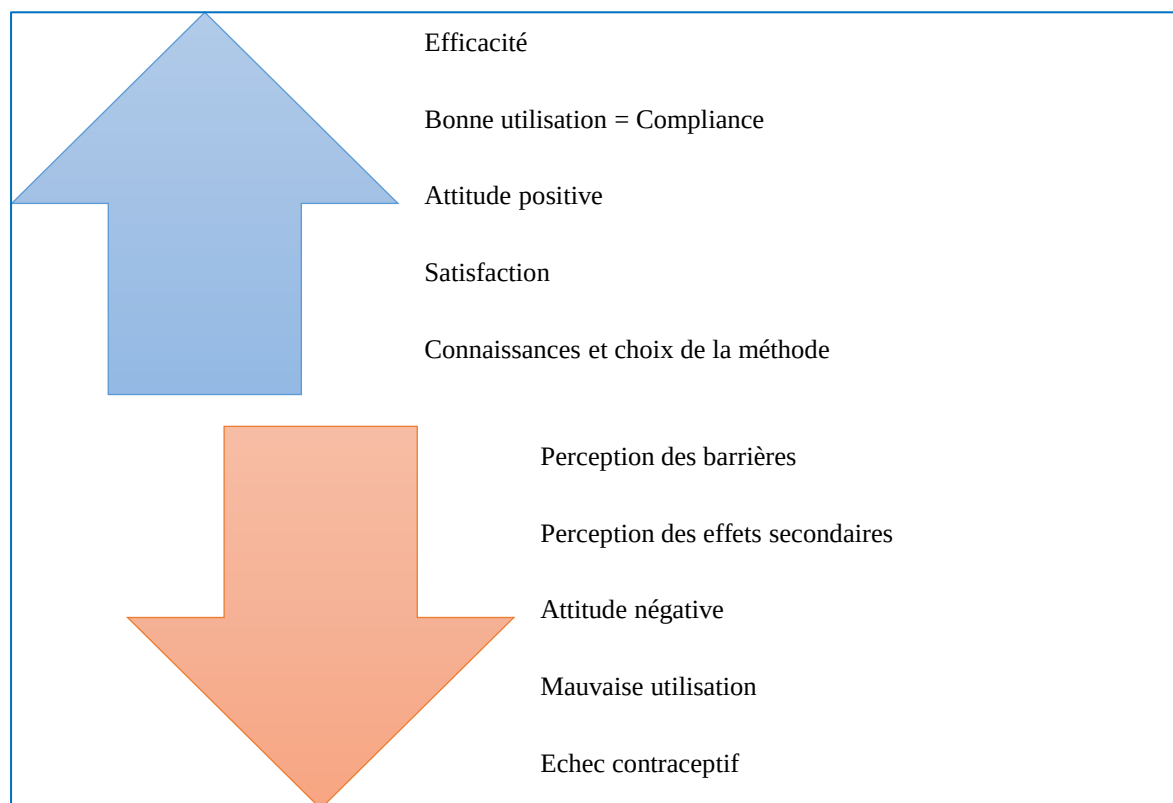
et al., 2016 ; Picavet, 2016). Ainsi Bajos et al. (2012) relèvent que l'implant, méthode ne dépendant pas de l'observance de l'utilisatrice, est davantage prescrit chez les femmes avec des difficultés financières ou d'origine d'Afrique-sub-saharienne. Les jeunes femmes sont également plus à risque de grossesses non planifiées (Guttmacher Institut, 2014 et Jones et al., 2012 cités par Hanson et al., 2015 ; Finer et al., 2014 cité par Marshall et al., 2016) et la précarité sociale en est un facteur de risque (Hibo et al., 2014).

Malgré ces différents facteurs, les étudiant·es ont généralement une attitude positive sur la contraception (Frost et al., 2012 ; Heisler et Van Eron, 2012 ; Ritter et al., 2015).

IV. Facteurs influençant l'utilisation de la contraception

Nous avons vu que différents facteurs influencent l'utilisation de la contraception. Ils sont présentés comme suit :

Figure 1. Facteurs influençant l'utilisation de la contraception



En partant de la base des flèches, vers la pointe. La flèche bleue présente les facteurs amenant à la réussite d'une contraception, tandis que la flèche orange présente les facteurs amenant à l'échec d'une contraception.

V. Professionnel·les de la santé

1. Rôle et l'influence des professionnel·les de la santé

L'étude de Nelson et al. (2018) montre que le choix de la méthode contraceptive est la plupart du temps basé sur les propres recherches des femmes plutôt que sur les recommandations de leur médecin. Or, Roux et al. (2017) relèvent que le choix de la méthode se fait davantage par recommandations du médecin que par le souhait de la patiente. Cet avis est également soutenu par les rapports des Femmes Prévoyantes Socialistes (Dufey, 2013 ; Roublin, 2017). Il existe donc des résultats contradictoires concernant l'influence des recommandations des médecins.

Goldhammer et al. (2017) et Nelson et al. (2018) relèvent un écart entre les attentes de la patiente sur sa méthode contraceptive et la proposition de son·a médecin. D'après Roux et al. (2017) et Rowen et al. (2011), les recommandations en matière de contraception des (futurs) médecins dépendent de leur représentation et de leur expérience personnelle en la matière. Goldhammer et al. (2017) relèvent également que les jeunes femmes souhaitent recevoir une information claire et complète sur toutes les options de contraception, notamment sur les effets indésirables possibles.

L'enquête de santé en Belgique de 2013 (Charafeddine, 2014) indique que la pilule est le moyen le plus utilisé chez les femmes belges, malgré une évolution du paysage contraceptif, durant ces dernières années, relevée par Bajos et al. (2014). Cependant, plusieurs études attestent que lorsque les patientes reçoivent une information détaillée sur toutes les méthodes disponibles, elles ne décident pas forcément d'utiliser la pilule (Machado et al., 2013 ; Merckx, Donders, Grandjean, Van de Sande, et Weyers, 2011 ; Roux et al., 2017). Roux et al. (2017) analysent les pratiques de recommandations des médecins en France et évoquent la possibilité que le système de rémunération du pays (paiement à l'acte) favorise la prescription de celle-ci.

2. Décision médicale partagée (*Shared decision making*)

L'OMS préconise dans sa troisième édition, d'*Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives* (2017), un conseil structuré (« *structured counseling* »)

Les clients devront recevoir des informations suffisantes pour les aider à choisir de manière informée et volontaire une méthode contraceptive. Les éléments suivants devront être fournis pour chacune des méthodes : efficacité relative, usage correct, mode de fonctionnement, effets secondaires courants, risques et bénéfices sanitaires, signes et symptômes nécessitant un retour au dispensaire, retour de la fécondité après

arrêt de la contraception, protection contre les IST (Organisation mondiale de la Santé, 2017, p. 14).

Ce choix pour qu'il soit librement éclairé, doit tenir compte des conditions médicales, psychosociales et économiques des patient·es et il doit être réinterrogé en fonction des modifications de leur mode de vie ou en cas de difficultés importantes d'utilisation (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2011).

Ce manque d'informations lors des consultations serait l'un des principaux facteurs de l'adoption de la pilule contraceptive chez la plupart des femmes (Kopp Kallner et al., 2015 ; Machado et al., 2013 ; Merckx et al., 2011 ; Yeshaya, Ber, Seidman, et Oddens, 2014).

Brown et al. (2011) ainsi que Kopp Kallner et al. (2015) révèlent que les croyances de la patiente et la manière dont le·a professionnel·le de santé donne sa consultation contraceptive influencent le choix de la méthode contraceptive.

Ainsi l'OMS propose aux professionnel·les de la santé le modèle « BERCER » qui leur permet de se questionner sur leur positionnement vis-à-vis des différentes contraceptions, afin de s'engager dans une démarche d'aide au choix (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2011).

VI. Problématique

De nos jours et dans notre société, la contraception possède une place centrale dans la vie sexuelle de tout individu et de nombreux facteurs influent de manière positive ou négative l'attitude face à la contraception.

Les politiques de santé tentent de satisfaire au maximum les besoins contraceptifs de la population. Sont-elles adaptées à l'évolution de la société, de ses normes et de ses mœurs ?

En 2016, l'Université Catholique de Louvain (UCL) réalise une enquête portant sur la vie affective, relationnelle et sexuelle de ses étudiant·es (Marquet, Braghini, et al., 2016a, 2016b, 2016c ; Marquet, Braghini, de Duve, Marq, et Masureel, 2016). La connaissance sur le VIH et sa prévention, les pratiques sexuelles et les relations naissantes et en cours sont autant de thèmes abordés. Cependant, nous relevons peu d'informations sur les pratiques contraceptives des étudiant·es et la connaissance qu'ils·elles en ont.

Depuis la révolution sexuelle de mai 68, la place de la contraception au sein de la société, du couple et chez la femme est en perpétuelle évolution. Les jeunes adultes étant directement concernées par ce domaine, comment perçoivent-ils la contraception actuellement ? Quelles sont leurs attitudes et leur utilisation de la contraception ? Enfin, la contraception a longtemps

été considérée comme une « affaire de femme », comment les jeunes hommes se positionnent-ils actuellement face à leur contraception et celle de leur couple ?

1. Question de recherche

Ces réflexions nous poussent donc à nous poser la question suivante : Quelle est l'attitude des étudiant·es de l'UCL face à la contraception et quel est l'état de leurs connaissances ?

2. Hypothèses

Quelques hypothèses émergent face à cette question de recherche :

- Les étudiant·es ont une bonne connaissance sur la contraception.
 - Les étudiant·es dans le domaine des sciences de la santé ont une meilleure connaissance sur la contraception et le cycle féminin que celles·eux dans un autre domaine.
- La couverture contraceptive des étudiant·es est tout aussi bonne, voire meilleure que celle de la Belgique.
- Les étudiant·es ont une attitude (comportement et opinion) positive vis-à-vis de la contraception.
- L'attitude négative vis-à-vis de la contraception est influencée par une mauvaise connaissance de celle-ci.
- La charge financière et la responsabilité de la contraception reviennent majoritairement aux femmes.
 - Les hommes restent en retrait face à la responsabilité contraceptive au sein du couple.

3. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de faire l'état des lieux des pratiques contraceptives dans la population étudiante de l'UCL.

De plus, cette enquête permettra de :

- Mesurer la connaissance et l'attitude des étudiant·es sur la contraception en général ;
- Mesurer l'attitude de la pilule chez les femmes ;
- Mesurer l'attitude des hommes face à la responsabilité contraceptive au sein du couple ;
- Mesurer la dynamique de changement de contraception ainsi que les raisons et les attributs qui y sont associés.

Méthodes et matériels

Pour répondre à cette problématique, nous avons réalisé une étude cross-over sur la population des étudiant·es de l'UCL inscri·tes pour l'année académique 2018-2019.

I. Développement du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé sur « *Qualtrics Survey Software* », version Mai 2019© (Qualtrics, 2019). Il se compose de variables démographiques et socio-économiques ainsi que de variables sur l'attitude contraceptive et sexuelle de l'individu. A cela, s'ajoute quatre échelles de mesure (cf. Annexe 03). Les questions pour mesurer les variables ont été largement inspirées du questionnaire sur la contraception de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (2017), diffusé en février 2018. Tandis que les échelles de mesure ont été repérées dans l'ouvrage *Handbook of Sexuality-Related Measures* (1998, pp. 159-160 ; 164-165 ; 168), exceptée pour l'échelle sur la connaissance, qui provient de l'article *Contraceptive Knowledge Assessment: validity and reliability of a novel contraceptive research tool* (Haynes, Ryan, Saleh, Winkel, et Ades, 2017, pp. 194-196).

Le questionnaire se présente comme suit :

- Introduction
 - Page d'information et de consentement
- Démographie
 - Âge
 - Sexe
 - Nationalité
 - Statut marital
- Etudes
 - Campus
 - Faculté
 - Année d'étude
- Niveau socio-économique
 - Diplôme de la mère (ou co-parent)
 - Catégorie professionnelle de la mère (ou co-parent)
 - Diplôme du père (ou co-parent)
 - Catégorie professionnelle du père (ou co-parent)

- Financement des études
- Activité professionnelle
- Activité hétérosexuelle
 - Rapport hétérosexuel
 - Âge du premier rapport hétérosexuel
 - Rapport hétérosexuel durant les douze derniers mois
 - Utilisation d'une méthode de contraception lors du premier rapport hétérosexuel
- Première contraception
 - Utilisation personnelle d'une méthode contraceptive
 - Âge de la première contraception
 - Méthodes de la première contraception
 - Raisons d'utilisation de la première contraception
 - Préoccupations face à cette première méthode
 - Conseiller·ère(s) de la première contraception
- Utilisation actuelle de contraception
 - Utilisation d'une méthode contraceptive durant les douze derniers mois
 - Méthodes de la contraception actuelle
 - Raisons d'utilisation de la méthode actuelle
 - Préoccupations face à la méthode actuelle
 - Conseiller·ère(s) de la méthode actuelle
 - Satisfaction de la méthode actuelle
 - Utilisation d'une contraception lors du dernier rapport hétérosexuel
- Changement de méthode
 - Changement de contraception depuis la première contraception
 - Changement de contraception durant les douze derniers mois
 - Ancienne méthode
 - Nouvelle méthode
 - Raisons du dernier changement de contraception
- Responsabilité de la contraception au sein du couple
 - Charge financière de la contraception
 - Implication dans l'initiation de l'utilisation
 - Personnelle
 - Du/de la partenaire

- Implication dans le choix de la méthode
 - Personnelle
 - Du/de la partenaire
- Raison de la non utilisation d'une contraception
- Une échelle mesurant la connaissance
 - *Contraceptive Knowledge Assessment (CKA)* (Haynes et al., 2017, pp. 194-196).
 - Ce test s'inspire du « gold standard » autrefois utilisé, le *Contraceptive Knowledge Inventory (CKI)* (Delcampo et Delcampo, 1976, cités dans *Handbook of Sexuality-Related Measures*, 1998, pp. 153-155). Il permet d'évaluer de façon fiable le niveau de connaissance de la contraception selon les méthodes actuellement disponibles, chez les hommes et les femmes en âge de procréer. Les 25 questions portent sur les domaines de connaissances connues comme les contraceptifs réversibles à longue durée d'action, la contraception d'urgence, les mythes courants et les taux d'efficacité.
 - Le score final est une note sur 25. Plus le score est élevé, plus le·a répondant·e a une bonne connaissance dans le domaine de la contraception.
 - Population visée : femmes et hommes.
- Une échelle d'évaluation sur l'attitude de la contraception
 - *Contraceptive Attitude Scale (CAS)* (Black et Pollack, 1987, cités dans *Handbook of Sexuality-Related Measures*, 1998, pp. 164-165).
 - Cette échelle mesure l'attitude des répondant·es face à l'utilisation de la contraception en général. Elle se compose de 17 items positifs et 15 items négatifs, pour un total de 32 items, en likert-scale à cinq points « pas du tout d'accord », « pas d'accord », « ni en désaccord, ni d'accord », « d'accord », « tout à fait d'accord ».
 - Le score final se situe entre 32 et 160. Plus le score est élevé, plus le·a répondant·e a une attitude positive envers la contraception.
 - Population visée : femmes et hommes.

- Une échelle qui mesure l'attitude face à la pilule.
 - *Attitude Toward Using Birth Control Pills Scale* (UP) (Herold et Goodwin, 1980, cités dans *Handbook of Sexuality-Related Measures*, 1998, pp. 159-160)
 - Cette échelle permet de mesurer grâce à 13 items en adjectifs bipolaires par un likert-scale en sept points : l'utilisation, la puissance et l'évaluation de la pilule contraceptive.
 - Le score final varie entre 13 et 91. Plus le score est élevé, plus la répondante a une attitude négative sur la pilule.
 - Population visée : femmes uniquement.

- Une échelle permettant de mesurer l'attitude des hommes face à la contraception féminine et leur positionnement face à cette responsabilité.
 - *Male Birth Control Practice and Sex Role Stereotypes Regarding Female Contraceptive Responsibility* (MS) (Weinstein et Goebel, 1979, cités dans *Handbook of Sexuality-Related Measures*, 1998, p. 168).
 - Deux échelles composent ce test pour mesurer l'utilisation d'une contraception auprès des hommes, entre autres le port du préservatif et leur prise de responsabilité face à la contraception féminine :
 - ABC : *Male birth control practice* de 12 items
 - SRS : *Sex role stereotypes regarding female contraceptive responsibility* de 4 items
 - Population visée : hommes uniquement.

Les échelles ont été traduites de l'anglais, basée sur le principe du *forward-backward*, grâce au traducteur DeepL¹;

- Première traduction de l'anglais au français, avec remaniement de certains mots pour adapter les phrases au contexte du pays et à la langue francophone de Belgique ;
- Deuxième traduction du français à l'anglais, sans remaniement puis comparaison avec la phrase originale en anglais (même sens ? même sémantique ?) ;
- Troisième traduction de la nouvelle phrase obtenue en anglais au français puis comparaison avec la première traduction (équivalente ? même sens ?)

¹ <https://www.deepl.com/translator>

La version finale en français s'adapte également à la population cible, au contexte et à l'environnement de diffusion du questionnaire. Un focus groupe composé de quatre personnes (une femme et un homme dans le secteur des sciences de la santé et deux femmes dans le secteur des sciences humaines) a permis de revoir le questionnaire dans son entièreté, au niveau de l'enchaînement des questions ainsi que leur sens sémantique.

Pour éviter au maximum la perte d'information due à des non-réponses, les répondant·es ne pourront pas passer à la page suivante du questionnaire si une question a été oubliée.

Le protocole de l'étude 2019/15MAI/211 (cf. Annexe 04) a été soumis au Comité Ethique Hospitalo-Facultaire le 10 mai 2019, l'approbation a été donnée par avis définitif le 07 juillet 2019 et porte le numéro B403201940631 (cf. Annexe 05).

II. Population cible

1. Calcul de la taille de l'échantillon

L'échantillon a été stratifié sur le nombre d'étudiant·es des sites de Louvain-La-Neuve (LLN) et Woluwé (W)¹. Le calcul de l'échantillon a été réalisé avec la formule suivante :

$$\frac{\frac{z^2 p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 p(1-p)}{e^2 N}\right)}$$

Équation 1. Calcul de la taille de l'échantillon ; z = z-score ; e = marge d'erreur ; N = taille de la population

Pour une population totale de 28 805 étudiant·es (Université Catholique de Louvain, 2018), avec un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5%. Le nombre de répondant·es devraient être de 380. Soit 95 étudiant·es inscrits·es dans une faculté sur le site de Woluwé (environ 25% de la population totale) et 285 étudiant·es inscrit·es dans une faculté sur le site de LLN (environ 75% de la population totale).

2. Critères d'inclusion et d'exclusion ; validité interne et externe

Tout·e·s les étudiant·e·s inscrit·e·s à l'UCL durant l'année académique 2018-2019 pouvaient participer à l'étude. Il n'y avait pas d'exclusion d'âge ou d'orientation sexuelle. Cependant, seul·e·s les étudiant·e·s des facultés des sites LLN et W furent contactés. Dans les analyses, un groupe sera issu des études dans le secteur des sciences de la santé et un groupe sera issu des études dans le secteur des sciences humaines.

Si l'échantillon obtenu est représentatif de la population de l'UCL, les résultats pourront être généralisés.

¹ Les sites de Mons, Tournai, Bruxelles Saint-Gilles, Namur et Charleroi n'ont pas été pris en compte.

Il est indispensable d'éviter les différents biais lors de l'inclusion des répondant·es. Une définition claire de la population de l'étude ainsi que des critères d'inclusion et d'exclusion explicites permettent d'éviter des biais de sélection. Le questionnaire étant soumis en ligne et anonyme, cela permet de diminuer le biais d'information.

Le biais de sélection peut être évité par randomisation ou tirage aléatoire de la population cible, ce qui n'est pas possible dans cette étude. Une autre possibilité est la stratégie de communication. En effet, une bonne communication permet de diminuer le biais de sélection sans pour autant le supprimer (Savès, s.d.). Le texte d'accroche du questionnaire doit aussi pouvoir captiver les étudiant·es ne se sentant pas concernés par le sujet de la contraception. Cette stratégie de communication s'est donc faite comme suit : prise de contact avec les délégué·es des facultés de l'UCL par le biais des secrétariats. Demande de diffusion du questionnaire par les délégué·es sur leur groupe de classe via le réseau social Facebook¹. Le but étant d'inclure, autant les femmes que les hommes, toutes les orientations sexuelles et les non-utilisateur·rices de contraception pour atteindre un nombre suffisant de répondant·es afin d'obtenir un échantillon représentatif de la population étudiante de l'UCL.

Le questionnaire a été diffusé durant quatre semaines, à partir du 19 août 2019 et s'est clôturé le 20 septembre 2019. Il était en ligne et auto-administré, sur les groupes de cours via le réseau social Facebook.

III. Méthodes d'analyses

Les données recueillies ont été exportées sur le logiciel IBM SPSS Statistics version 26. Les questionnaires incomplets ont été retirés des analyses (les personnes ayant commencé à répondre mais n'ayant pas poursuivi). Dans un premier temps, une comparaison de la population de notre échantillon a été faite avec la population étudiante de l'UCL.

Dans un deuxième temps, une analyse descriptive de l'échantillon est faite selon le secteur d'étude. Les variables quantitatives sont présentées par la moyenne et l'écart-type. Si la distribution de la variable est asymétrique, la médiane est donnée avec l'étendue de l'espace interquartile. Pour les variables qualitatives, le nombre ainsi que la proportion sont donnés. Les tests de comparaison sont effectués avec un seuil de p-valeur à $< 0,05$. Le test t student est utilisé pour les variables quantitatives. Le test X^2 est utilisé pour les variables nominales (ou exact de Fisher si les effectifs théoriques sont < 5). Pour les variables non normales, un test non-paramétrique est utilisé.

¹ <https://fr-fr.facebook.com/>

Puis dans un troisième temps, l'erreur-type de mesure des scores des différentes échelles est calculée. Enfin, une analyse permet de mettre en évidence les facteurs statistiquement significatifs influençant la connaissance sur la contraception, pour terminer, ces variables sont incorporées dans un modèle de régression logistique afin de pouvoir éliminer les facteurs de confusion.

De plus, une analyse spécifique est faite pour les femmes avec l'échelle *Attitude Toward Using Birth Control Pills Scale* et une autre est faite pour les hommes avec le test *Male Birth Control Practice and Sex Role Stereotypes Regarding Female Contraceptive Responsibility*. Pour étudier le lien entre ces échelles spécifiques au sexe et le score de connaissance (CKA) et l'attitude de la contraception (CAS), le coefficient de corrélation de Pearson ou de Spearman est calculé.

Résultats

I. Description de l'échantillon

Tableau 1. Distribution des répondant·es selon la répartition de la population étudiante de l'Université Catholique de Louvain

	Distribution de la population à l'UCL		Nombres de répondant·es obtenu·es	
	n	%	n	%
Femmes	17 086	54,9%	299	84,9
Hommes	14 054	45,1%	53	15,1
Belges	25 477	81,8%	298	84,7
Internationaux	5 663	18,2%	54	15,3
Sciences de la santé	8 755	28,1%	162	46,0
Sciences humaines et technologies	22 385	71,9%	190	54,0
Site Woluwé	6 839	22,0%	159	45,2
Site LLN	21 966	70,5%	193	54,8
TOTAL (W + LLN)	28 805	92,5%	352	100,0
TOTAL	31 140	100,0%		

La distribution de la population étudiante de l'UCL provient du rapport annuel de 2017-2018 (Université Catholique de Louvain, 2018). Dans l'échantillon, nous observons une surreprésentation des femmes et des étudiant·es issu·es du secteur des sciences de la santé et donc du site de Woluwé. A contrario, il y a une sous-représentation des hommes et des étudiant·es issu·es du secteur des sciences humaines et technologiques et donc du site de Louvain-La-Neuve.

Figure 2. Flow-Chart des répondant·es

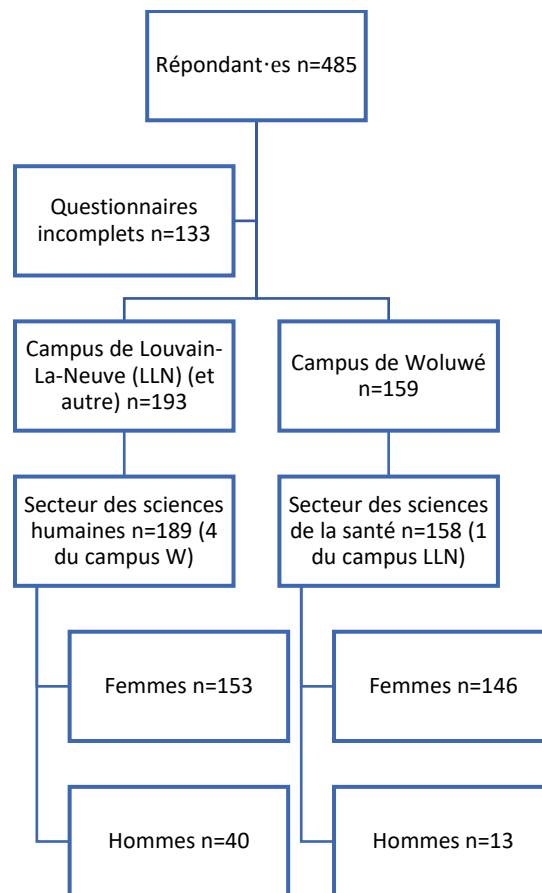


Tableau 2. Différences des variables démographiques entre les étudiant·es issu·es des sciences de la santé et celles·eux issu·es des sciences humaines et technologiques

Variables (n=352)		Etudiant·es issu·es du secteur des Sc. de la santé	Etudiant·es issu·es du secteur des Sc. humaines et technologiques	p-valeur
Age		23,47 ± 3,83	21,67 ± 2,67	0,00*
Sexe (Femmes)		147 (90,7%)	152 (80,0%)	0,01*
Nationalité (Belgique)		125 (77,2%)	173 (91,1%)	0,00*
Statut marital (Avec un·e partenaire)		88 (54,3%)	106 (55,8%)	0,78
Année d'étude (Master)		108 (66,7%)	71 (37,4%)	0,00*
Activité professionnelle		54 (33,3%)	66 (34,7%)	0,78
Niveau d'étude de la mère (ou co-parent) (n=349)	Primaire	8 (4,9%)	5 (2,6%)	0,53
	Secondaire	25 (15,4%)	38 (20,0%)	
	Supérieur type court	51 (35,5%)	68 (35,8%)	
	Supérieur type long	15 (9,3%)	13 (6,8%)	
	Universitaire	62 (38,3%)	64 (33,7%)	
Niveau d'étude du père (ou co-parent) (n=345)	Primaire	8 (4,9)	8 (4,2%)	0,58
	Secondaire	29 (17,9)	43 (22,6%)	
	Supérieur type court	33 (20,4)	40 (21,1%)	
	Supérieur type long	12 (7,4)	21 (11,1%)	
	Universitaire	76 (49,6)	75 (39,5%)	

Variables qualitatives : effectif (%), test X² ou exact de Fisher ; variables quantitatives normales : Moyenne ± Ecart-type, test t student ; variables quantitatives non normales : Médiane ± Espace Interquartile, tests non-paramétriques.

*p-valeur significative avec une marge d'erreur de 5%.

Tableau 3.. Différence de l'activité sexuelle et contraceptive, de la connaissance et de l'attitude face à la contraception entre les étudiant·es issu·es des sciences de la santé et celles·eux issu·es des sciences humaines et technologiques

Variables (n=352)	Etudiant·es issu·es du secteur des Sc. De la santé	Etudiant·es issu·es du secteur des Sc. Humaines et technologiques	p-valeur
CKA ¹	17,17 ± 3,85	14,10 ± 3,44	0,00*
CAS ²	133,71 ± 11,24	131,95 ± 11,90	0,16
UP ³ (femmes seulement, n=299)	14 ± 3	15 ± 3	0,52
MS ⁴ (hommes seulement, n=49 ⁵)	42,79 ± 6,67	44,91 ± 8,19	0,39
ABC ⁶	32,07 ± 5,66	33,94 ± 7,44	0,40
SRS ⁷	10,71 ± 2,89	10,97 ± 2,48	0,76
Déjà eu un rapport hétérosexuel	126 (77,8%)	164 (86,3%)	0,04*
Age du premier rapport hétérosexuel (n=290)	17,75 ± 2,59	17,30 ± 2,04	0,10
Personnellement déjà eu un moyen de contraception	137 (84,6%)	162 (85,3%)	0,86
A eu un rapport hétérosexuel durant les 12 derniers mois (n=290)	122 (96,8%)	153 (93,3%)	0,18
Utilisation d'une méthode contraceptive dans les 12 mois (n =273)	126 (77,8%)	147 (77,4%)	0,93
Age de la première contraception (n=299)	17,22 ± 2,41	16,63 ± 1,87	0,02*
Changement de contraception depuis la première méthode (n=299)	87 (63,5%)	84 (51,9%)	0,04*
Changement de contraception durant les 12 derniers mois (n=166)	30 (36,1%)	23 (28,7%)	0,31
Charge financière de la contraception n= 290	Le.a répondant·e 50/50 Le partenaire Très satisfait·e Satisfait·e Un peu satisfait·e	116 (70,7%) 26 (15,9%) 22 (13,4%) 49 (25,8%) 69 (36,3%) 12 (6,3%)	0,74
Satisfaction de sa contraception n=273	Ni satisfait·e, ni insatisfait·e Un peu insatisfait·e Insatisfait·e Très insatisfait·e	1 (0,5%) 6 (3,2%) 6 (3,2%) 4 (2,1%)	

Variables qualitatives : effectif (%), test X² ou exact de Fisher ; variables quantitatives normales : Moyenne ± Ecart-type, test t student ; variables quantitatives non normales : Médiane ± Espace Interquartile, tests non-paramétriques.

*p-valeur significative avec une marge d'erreur de 5%.

¹ Contraceptive Knowledge Assessment

² Contraceptive Attitude Scale

³ Attitude Toward Using Birth Control Pills Scale

⁴ Male Birth Control Practice and Sex Role Stereotypes Regarding Female Contraceptive Responsibility

⁵ Les hommes ayant des relations sexuelles uniquement avec des hommes n'ont pas été pris en compte pour l'analyse de l'échelle MS car elle porte sur le contrôle des naissances et l'attitude face à la responsabilité contraceptive féminine (échelle hétérocentrée).

⁶ Male birth control practice

⁷ Sex role stereotypes regarding female contraceptive responsibility

Les variables significativement différentes entre les étudiant·es issu·es du secteur des sciences de la santé et celles·eux issu·es du secteur des sciences humaines et technologiques sont : l'âge, le sexe, la nationalité, l'activité professionnelle, avoir déjà eu un rapport hétérosexuel, l'âge de la première contraception, le changement de méthodes depuis la première contraception, le score total du CKA.

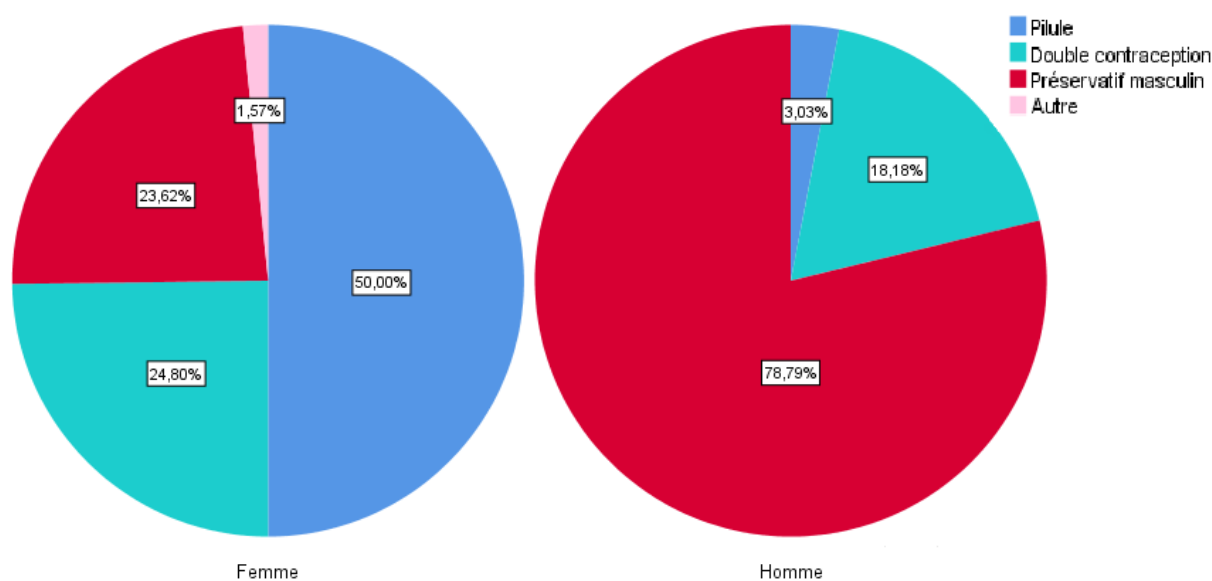
Pour information, 17 répondant·es (6,2%) (16 femmes et 1 homme) n'ont pas eu recours à un moyen de contraception lors de leur dernier rapport hétérosexuel.

En Annexe 06, se trouve la description démographique ainsi que celle de l'activité sexuelle et contraceptive, selon le sexe. Les variables significativement différentes entre les femmes et les hommes sont le statut marital, le secteur d'étude, le niveau d'étude, avoir déjà utilisé une contraception personnellement, l'âge de la première contraception, avoir eu un rapport hétérosexuel durant les douze derniers mois, l'utilisation actuelle d'un contraceptif, le changement de méthode depuis la première contraception, la charge financière de la contraception, le score total du CKA (connaissance) et le score total du CAS (attitude).

Ces variables significativement différentes entre les étudiant·es issu·es du secteur des sciences de la santé et celles·eux issu·es du secteur des sciences humaines et technologiques, sont intégrées dans un modèle de régression logistique binaire (p43) entre les répondants ayant obtenu un score au-dessus du quartile supérieur (Q3) et celles·eux ayant obtenu un score en-dessous du quartile supérieur (Q3).

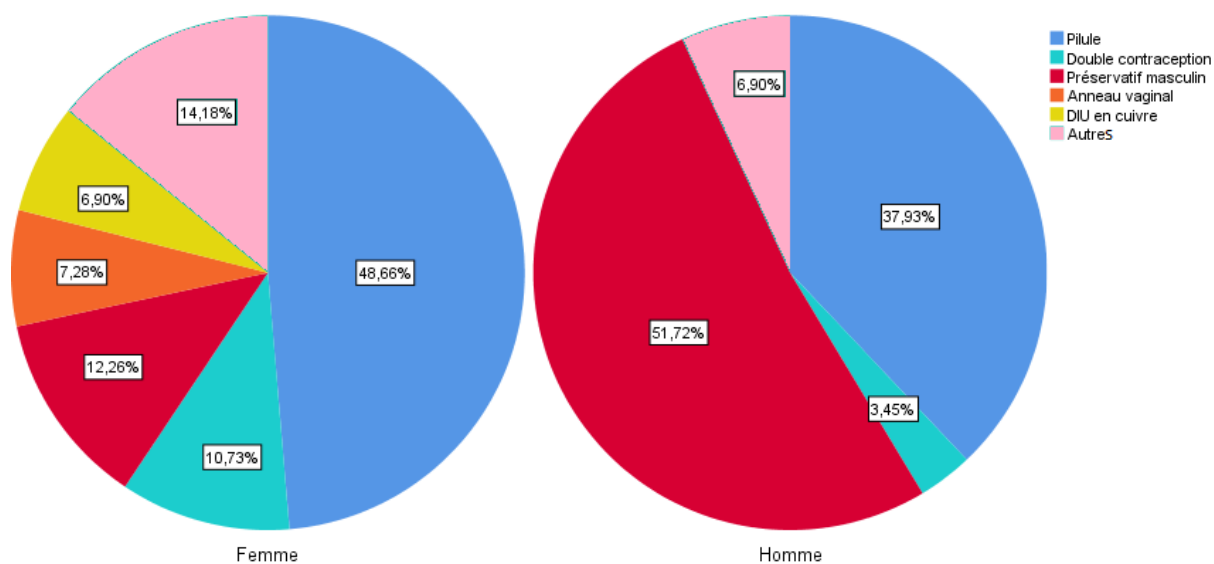
II. A propos de contraception

Figure 3. Première méthode de contraception¹ des répondant-es, selon le sexe



¹Plusieurs méthodes pouvaient être cochées. Lorsque la pilule et le préservatif furent cochés, cela fut considéré comme « double contraception ». Lorsque la pilule ou le préservatif étaient cochés avec une autre méthode, ils furent considérés comme la méthode principale. Les méthodes atteignant moins de 5% ont été fusionnées dans « autre »¹.

Figure 4. Méthode de contraception actuelle¹ des répondant-es, selon le sexe



¹Plusieurs méthodes pouvaient être cochées. Lorsque la pilule et le préservatif furent cochés, cela fut considéré comme « double contraception ». Lorsque la pilule ou le préservatif étaient cochés avec une autre méthode, ils furent considérés comme la méthode principale. Les méthodes atteignant moins de 5% ont été fusionnées dans « autre ».

¹ Cf. Annexe 07 pour le détail des méthodes

Dans notre échantillon, plusieurs hommes déclarent utiliser une contraception féminine (comme par exemple la pilule contraceptive). Nous supposons que cette utilisation est la méthode contraceptive du couple et non pas de l'homme seul lui-même. Le tableau détaillé des méthodes contraceptives utilisées se trouvent en Annexe 07.

Actuellement, la pilule utilisée seule reste majoritaire à 51,8% chez les femmes (51,2% chez tous·tes les répondant·es). Cependant, entre la première méthode employée et celle utilisée actuellement, nous observons une diminution de l'usage de la double contraception et une diversification des méthodes. Pour les hommes, l'usage du préservatif masculin est passé de 78,8% à 53,6%. La diminution de l'usage de ce dernier est largement remplacé par l'utilisation de la pilule à 39,3%, qui nous le supposons est la méthode utilisée par la partenaire du répondant. En général, les répondant·es commencent leur vie sexuelle avec soit le préservatif masculin, soit la pilule (ou les deux). Actuellement, les méthodes utilisées pour éviter une grossesse non désirée sont plus diversifiées.

Tableau 4. Tableau croisé sur le changement de contraception entre la première méthode de contraception et la méthode actuelle

		Première contraception									
		Pilule		Préservatif masculin		Double contraception		Autres		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Contraception actuelle	Pilule	58	55,8%	36	46,2%	34	51,5%	1	25,0%	129	51,2%
	Double contraception	12	11,5%	3	3,8%	12	18,2%	0	0,0%	27	10,7%
	Patch	0	0,0%	1	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%
	Anneau vaginal	11	10,6%	3	3,8%	3	4,5%	2	50,0%	19	7,5%
	DIU hormonal	5	4,8%	4	5,1%	2	3,0%	0	0,0%	11	4,4%
	DIU en cuivre	7	6,7%	6	7,7%	4	6,1%	1	25,0%	18	7,1%
	Retrait	1	1,0%	2	2,6%	2	3,0%	0	0,0%	5	2,0%
	Injections hormonales	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%
	Implant	2	1,9%	4	5,1%	1	1,5%	0	0,0%	7	2,8%
	Préservatif masculin	6	5,8%	22	28,2%	10	15,2%	0	0,0%	38	15,1%
	Méthode de l'ovulation	1	1,0%	2	2,6%	1	1,5%	0	0,0%	4	1,6%
	Abstinence	1	1,0%	0	0,0%	1	1,5%	0	0,0%	2	0,8%
Total		104	41,3%	78	31,0%	66	26,2%	4	1,6%	252	262 100,0%

74,4% des répondant·es utilisent actuellement une contraception. 104 répondant·es (41,3%), utilisaient la pilule seule comme premier moyen de contraception. 55,8% d'entre elles·eux continuent de l'utiliser. 5,8% sont passé·es au préservatif masculin, 10,6% à l'anneau vaginal, 6,7% au DIU en cuivre et 4,8% au DIU hormonal.

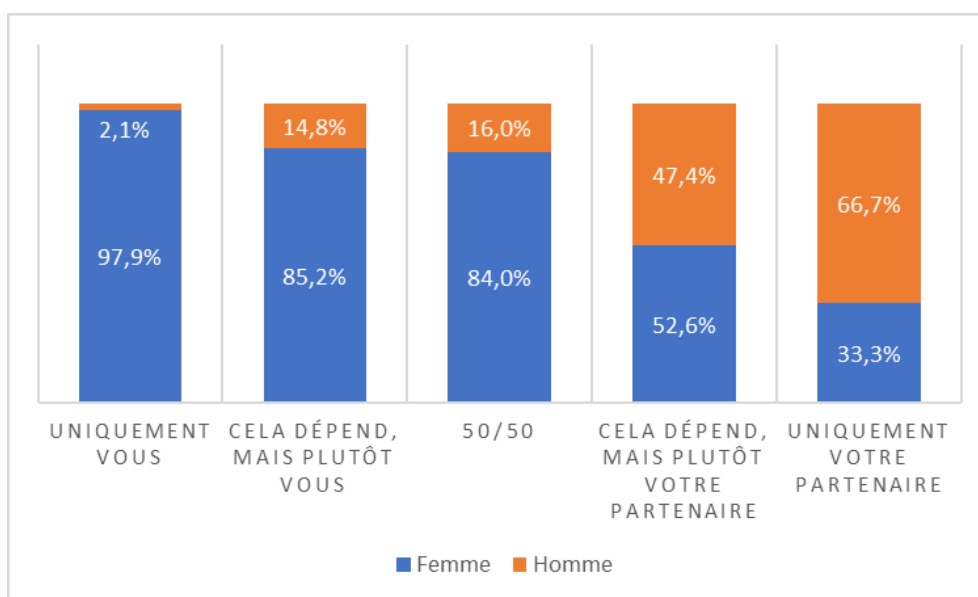
Pour celles et ceux (n=78) qui ont commencé avec le préservatif masculin seul, 28,2% ont continué à l'utiliser et 46,2% sont passé·es à la pilule, 5,1% au DIU hormonal, 6,5% au DIU en cuivre, 3,8% à l'anneau vaginal ainsi qu'à la double contraception.

Les personnes qui ont commencé leur vie sexuelle avec le retrait n'ont pas continué.

90,3% des 290 répondant·es qui ont déjà eu un rapport hétérosexuel ont eu recours à une méthode contraceptive lors de leur premier rapport sexuel. 93,8% des 273 répondant·es qui ont eu une relation hétérosexuelle durant les douze derniers mois ont utilisé une méthode de contraception lors de leur dernier rapport sexuel.

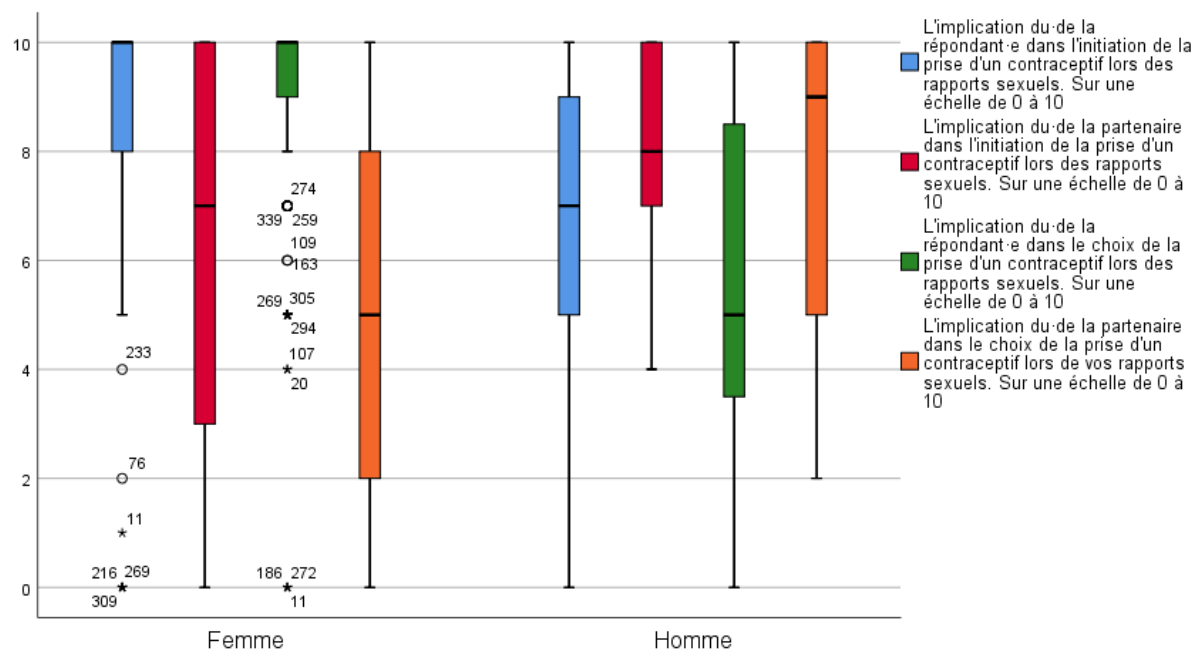
57,2% des répondant·es ont changé de contraception depuis leur première contraception et 32,5% durant les douze derniers mois. Pour le dernier changement de contraception, la nouvelle méthode convenait mieux aux besoins pour 15,6% des répondant·es. 12,0% ont changé à cause des effets secondaires de l'ancienne méthode (qui n'est pas corrélé avec la satisfaction de la méthode contraceptive : Spearman= 0,02 ; p.=0,78). La nouvelle méthode est plus facile d'utilisation pour 9,4% d'entre elles·eux. Un·e professionnel·le de santé est responsable de ce changement dans 9,4% des cas également. Les troubles hormonaux dus à l'ancienne méthode sont responsables dans 5,6% des changements. Le tableau détaillé se trouve en Annexe 08.

Figure 5. Charge financière de la contraception



La charge financière de la contraception est essentiellement aux frais de l'étudiante.

Figure 6. L'implication dans l'initiation de la prise d'un moyen de contraception selon le-a répondant-e et son-a partenaire lors de leurs rapports sexuels et l'implication dans le choix de la prise d'un moyen de contraception selon le-a répondant-e et son-a partenaire



L'initiation de la prise d'un moyen contraceptif et le choix d'en utiliser un est une responsabilité majoritairement féminine.

La différence entre les femmes et les hommes selon les quatre variables sur l'implication dans la contraception ont toute une p-valeur significative, respectivement à 0,00* ; 0,01* ; 0,00* ; 0,00* (test non-paramétrique).

Les raisons d'utiliser une contraception, l'importance de certaines de ses caractéristiques et le·a conseiller·ère de celle-ci évoluent également. Les tableaux détaillés se trouvent en Annexe 09. Nous obtenons 266 femmes et 33 hommes qui ont utilisé une première méthode contraceptive. Nous comptons 245 femmes et 28 hommes qui emploient actuellement un moyen contraceptif.

Tableau 5. Raisons de l'utilisation d'une contraception, selon le sexe et selon la première méthode et la méthode actuelle

		FEMMES	n (%)	HOMMES	n (%)
Première méthode	Eviter une grossesse		181 (68,0%)	Eviter une grossesse	29 (87,9%)
	Se protéger des ISTs/MSTs		106 (39,8%)		
	Diminuer flux / réduire douleurs / réguler les menstruations		117 (44,0%)	Se protéger des ISTs/MSTs	26 (78,8%)
	Raison dermatologique		50 (18,8%)		
Méthode actuelle	Eviter une grossesse		234 (95,5%)	Eviter une grossesse	27 (96,4%)
	Réguler / réduire la douleurs / diminuer le flux des menstruations		92 (37,6%)		
	Protège des ISTs/MSTs		59 (24,1%)	Protège des ISTs/MSTs	14 (50,0%)
	Raison dermatologique		23 (9,4%)		

Tableau 6. Caractéristiques importantes de la contraception, selon le sexe et selon la première méthode et la méthode actuelle

	FEMMES	n (%)	HOMMES	n (%)
Première méthode	Efficacité de la méthode	185 (69,5%)	Efficacité de la méthode	28 (84,8%)
	Facilité d'utilisation	146 (54,9%)	Protège contre les ISTs/MSTs	23 (69,7%)
	Facilité pour l'obtenir	84 (31,6%)	Facilité d'utilisation ;	
	Coût abordable	75 (28,2%)	Facilité pour l'obtenir ;	17 (51,5%)
	Protège des ISTs/MSTs	68 (25,6%)	Sans risques pour la santé	
	Peu d'effets secondaires	66 (24,8%)	Coût abordable	15 (45,5%)
Méthode actuelle			L'opinion de votre partenaire	23 (33,3%)
			Peu d'effets secondaires	8 (24,2%)
	Efficacité de la méthode	199 (81,2%)	Efficacité de la méthode	26 (92,9%)
	Facilité d'utilisation	150 (61,2%)	Facilité d'utilisation	20 (71,4%)
	Peu d'effets secondaires	94 (38,4%)	Protège des ISTs/MSTs	12 (42,9%)
			Coût abordable ;	
	Coût abordable	70 (28,6%)	Sans risques pour la santé ;	10 (35,7%)
			Facilité pour l'obtenir	
	Sans risques pour la santé	66 (26,9%)	L'opinion de votre partenaire	7 (25,0%)
	Facilité pour l'obtenir	63 (25,7%)	Peu d'effets secondaires	7 (25,0%)
	Remboursement d'une partie du prix	57 (23,3%)		
	Sans interférence sur la vie sexuelle et affective	56 (22,9%)	Sans interférence sur la vie sexuelle et affective	3 (10,7%)

Tableau 7. Conseiller·ère de la contraception, selon le sexe et selon la première méthode et la méthode actuelle

	FEMMES	n (%)	HOMMES	n (%)
Première méthode	Gynécologue	108 (40,6%)	Lors d'une activité scolaire	17 (51,5%)
	Membre de la famille	106 (39,8%)	Partenaire	13 (39,4%)
	Médecin traitant	66 (24,8%)	Ami·es	10 (30,3%)
	Ami·es	60 (22,6%)	Internet	9 (27,3%)
	Partenaire	38 (14,3%)	Membre de la famille	8 (24,2%)
	Centre de planning familial	23 (8,6%)	Lors d'une activité extrascolaire ou d'un mouvement de jeunes	6 (18,2%)
	Lors d'une activité scolaire	20 (7,5%)	Gynécologue	1 (3,0%)
	Internet	10 (3,8%)	Centre de planning familial	1 (3,0%)
Méthode actuelle	Gynécologue	158 (64,5%)	Partenaire	12 (49,2%)
	Ami·es	42 (17,1%)	Contact lors d'une activité scolaire	7 (25,0%)
	Membre de la famille	40 (16,3%)	Gynécologue	6 (21,4%)
	Médecin traitant	37 (15,1%)	Ami·es	4 (14,3%)
	Autre	21 (8,6%)	Internet	4 (14,3%)
	Partenaire	20 (8,2%)	Contact lors d'une activité extrascolaire ou d'un mouvement de jeunes	4 (14,3%)
	Internet	19 (7,8%)	Membre de la famille	1 (3,6%)
	Centre de planning familial	12 (4,9%)	Centre de planning familial	1 (3,6%)

En revanche, il existe plusieurs raisons de ne pas utiliser un moyen de contraception. Le tableau détaillé de la non-utilisation d'une contraception selon les femmes et les hommes se trouvent en Annexe 10.

Pour les 81 répondant·es qui n'utilisent pas ou plus de contraception, nous retrouvons à 22,6% le fait de ne pas avoir (encore eu) de relation sexuelle. 8,2% ne souhaitent pas répondre. 6,8% n'ont pas de relations sexuelles stables. 6,2% ont des relations uniquement homosexuelles. 6,2% trouvent que cela est nocif pour leur santé. 5,5% d'entre elles·eux n'en ont pas besoin car c'est leur partenaire qui en utilise une. 4,8% pensent que cela n'est pas naturel. 4,8% estiment également que la contraception dérègle le cycle féminin naturel. 3,4% ont arrêté d'utiliser un moyen de contraception à cause des effets secondaires. 3,4% à leur tour, trouvent que cela était trop contraignant d'y penser tout le temps.

A moins de 3% de répondant·es, nous trouvons les éléments suivants :

- La contraception n'est pas toujours fiable ;
- C'est moins contraignant de ne plus en utiliser ;
- N'en voient pas l'utilité ;
- Cela peut faire grossir ;
- Pour respecter leurs convictions religieuses ;
- Cela concerne les femmes uniquement les hommes s'impliquent peu ;
- Le prix.

III. Les échelles

1. Distribution des échelles

L'échelle *Attitude Toward Using Birth Control Pills Scale* a été mal retranscrite et proposait les adjectifs bipolaires sans les sept points du likert-scale.

Tableau 8. Statistique descriptive des échelles utilisées dans le questionnaire

Echelle ¹	Score théorique	Moyenne	Ecart-Type	IC _{95%}	Cronbach α
CKA ² n=352	0 - 25	15,51	3,94	[15,10 - 15,92]	0,71
CAS ³ n=352	32 - 160	132,76	11,62	[131,54 - 133,98]	0,83
UP ⁴ n=299	13 - 26	(Méd) 14	(EIQ) 3	(Q1-Q3) [13 - 16]	0,79
MS ⁵ n=53	16 - 80	44,06	7,65	[41,95 - 46,17]	0,72
ABC ⁶	12 - 60	33,09	6,97	[31,17 - 35,02]	
SRS ⁷	4 - 20	10,96	2,54	[10,26 - 11,66]	

¹ Pour l'échelle *Attitude Toward Using Birth Control Pills Scale* (UP), la médiane (méd) et l'espace interquartile (EIQ) sont donnés car la distribution est non-normale.

² *Contraceptive Knowledge Assessment* ; Plus le score est élevé, plus la connaissance sur la contraception est élevée.

³ *Contraceptive Assessment Scale* ; Plus le score est élevé, plus l'attitude de la contraception est positive.

⁴ *Attitude Toward Using Birth Control Pills Scale* ; Pour les femmes seulement ; ne suit pas une distribution normale ; Plus le score est bas, plus l'attitude de la pilule est positive.

⁵ *Male Birth Control Practice and Sex Role Stereotypes Regarding Female Contraceptive Responsibility* ; Pour les hommes seulement ; Plus le score est bas, plus l'attitude et la responsabilité de la contraception sont positifs

⁶ *Male birth control practice*

⁷ *Sex role stereotypes regarding female contraceptive responsibility.*

Les scores des échelles suivent une distribution normale sauf pour l'échelle *Attitude Toward Using Birth Control Pills Scale*. Les histogrammes de la distribution des scores se trouvent en Annexe 11. Toutes les échelles ont un coefficient de Cronbach alpha acceptable ($>0,7$).

Tableau 9. Erreur-type de mesure (ETM) des scores des échelles

Echelles	Moy $\pm$ E-T	Cronbach α	ETM ¹	IC _{95%} ²
CKA ³ n=352	15,51 $\pm$ 3,94	0,71	2,14	$\pm$ 4,19
CAS ⁴ n=352	132,76 $\pm$ 11,62	0,83	4,75	$\pm$ 9,31
UP ⁵ n=299	15,05 $\pm$ 2,32	0,79	1,06	$\pm$ 2,08
MS ⁶ n=53	44,06 $\pm$ 7,65	0,72	7,99	$\pm$ 7,99

¹ ETM = $ET\sqrt{(1 - \alpha)}$; (E-T = Ecart-Type)

² Intervalle de Confiance à 95% autour d'un score individuel : IC_{95%}= 1,96ETM

³ Contraceptive Knowledge Assessment

⁴ Contraceptive Assessment Scale

⁵ Attitude Toward Using Birth Control Pills Scale ; Pour les femmes seulement ; ne suit pas une distribution normale ; Plus le score est bas, plus l'attitude de la pilule est positive.

⁶ Male Birth Control Practice and Sex Role Stereotypes Regarding Female Contraceptive Responsibility ; Pour les hommes seulement ; Plus le score est bas, plus l'attitude et la responsabilité de la contraception sont positifs

2. Contraceptive Knowledge Assessment (CKA)

Tableau 10. Distribution bivariée au quartile supérieur (Q3) du Contraceptive Knowledge Assessment (CKA), selon les variables de fond

Variables (n = 352)		CKA ¹ < Quartile supérieur	CKA $\geq$ Quartile supérieur	P-valeur
CAS ² score total		130,98 $\pm$ 12,01	136,79 $\pm$ 9,57	0,00*
Age		22,18 $\pm$ 3,39	23,22 $\pm$ 3,27	0,01*
Sexe	Femmes (n=299)	192 (78,7%)	107 (99,1%)	0,00*
Statut marital	Sans partenaire (n=158)	112 (45,9%)	46 (42,6%)	0,57
Secteur d'étude	Sc. de la santé (n=162)	85 (34,8%)	77 (71,3%)	0,00*
Année d'études	Bachelier (n=173)	144 (59,0%)	29 (26,9%)	0,00*
Niveau d'études de la mère (ou co-parent) (n=349)		242 (69,34%)	107 (30,66%)	0,07

Niveau d'études du père (ou co-parent) (n=345)		238 (68,99%)	107 (31,01%)	0,09
Déjà eu un rapport hétérosexuel (n=290)		195 (79,9%)	95 (88%)	0,07
Age du premier rapport hétérosexuel		17,52 ± 2,20	17,44 ± 2,50	0,79
Utilisation d'une contraception lors du premier rapport (n=262)		172 (88,2%)	90 (94,7%)	0,08
Déjà utilisé personnellement une contraception (n=299)		198 (81,1%)	101 (93,5%)	0,01*
Age de la première contraception		16,96 ± 2,15	16,79 ± 2,16	0,53
Rapport hétérosexuel durant les douze derniers mois n=290		184 (94,4%)	91 (95,8%)	0,61
Utilisation d'une contraception durant les douze derniers mois (n=273)		179 (73,4%)	94 (87%)	0,01*
Changement de contraception depuis la première contraception (n=171)		106 (53,5%)	65 (64,4%)	0,07
Satisfaction de sa contraception (n=273)		179 (65,57%)	94 (34,43%)	0,64
Changement de contraception depuis la première méthode (n=299)		106 (53,5%)	65 (64,4%)	0,07
Charge financière de la contraception (n= 290)	Le.a répondant.e	132 (67,7%)	74 (77,9%)	
	50/50	37 (19,0%)	13 (13,7%)	0,19
	Le.a partenaire	26 (13,3%)	8 (8,4%)	

Test t student pour les variables quantitatives normales, tests non-paramétriques pour les variables quantitatives non normales et test X² ou exact de Fisher pour les variables qualitatives.

¹ *Contraceptive Knowledge Assessment* ; Pour rappel, un score élevé signifie une bonne connaissance de la contraception.

² *Contraceptive Assessment Scale*

Tableau 11. Modèle de régression logistique binaire du CKA au quartile supérieur (Q3)

	OR ¹	IC _{95%} ²	P-valeur
CAS ³ Score total	1,05	[1,02 - 1,07]	0,00*
Age	1	[0,88 - 1,05]	0,40
Sexe (Femme)	18,87	[2,47 - 144,36]	0,01*
Année d'étude (Bachelier)	0,32	[0,17 - 0,61]	0,00*
Faculté (Sciences de la santé)	3,84	[2,22 - 6,64]	0,00*
Déjà utilisé personnellement une contraception (OUI)	1,53	[0,58 - 4,02]	0,40

¹ Odds Ratio

² Intervalle de Confiance à 95%

³ Contraceptive Assessment Scale

Après introduction des variables significativement différentes entre les étudiant·es en science de la santé et celles.eux en sciences humaines et technologiques, quatre variables sont significatives dans le modèle de régression.

3. Attitude Toward Using Birth Control Pills Scale (UP)

Nous observons une corrélation positive entre le score de la connaissance et le score sur l'attitude des femmes face à la pilule (coefficient de corrélation de Spearman -0,13 ; p.=**0,03***f). Il y a également une corrélation significative entre l'attitude de la pilule et l'attitude de la contraception en générale, Spearman= -0,25 ; p.=**0,00***.

Tableau 12. Distribution bivariée au quartile inférieur de l'Attitude Toward Using Birth Control Pills Scale selon les variables de fonds, pour les femmes seulement

Variable (femmes=299)	UP ¹ > Quartile inférieur	UP ≤ Quartile inférieur	p-valeur
CKA ² score total	15,88 ± 3,74	16,90 ± 3,26	0,02*
CAS ³ score total	132,51 ± 11,27	136,88 ± 9,90	0,00*
Age	22,38 ± 3,23	22,93 ± 3,76	0,20
Secteur d'étude (Santé)	99 (48,3%)	48 (51,1%)	0,66

Année d'étude (Bachelier)	99 (48,3%)	39 (41,5%)	0,27
Age du premier rapport hétérosexuel	17,52 ± 2,27	17,47 ± 2,33	0,88
Déjà utilisé une contraception	176 (85,9%)	90 (95,7%)	0,01*
Age de la première contraception	16,96 ± 2,45	16,67 ± 2,02	0,30
Changement de contraception depuis la première contraception	110 (62,5%)	50 (55,6%)	0,27
n=266			
Satisfaction de sa contraception	167 (68,16%)	78 (31,84%)	0,00*
n=245			
Charge financière de la contraception	Le.a répondant.e	126 (74,1%)	68 (84,0%)
n=251	50/50	32 (18,8%)	10 (12,3%)
	Le.a partenaire	12 (7,1%)	3 (3,7%)

Test t student pour les variables quantitatives normales, tests non-paramétriques pour les variables quantitatives non normales et test X² ou exact de Fisher pour les variables qualitatives.

¹ *Attitude Toward Using Birth Control Pills Scale* ; Pour rappel, un score faible signifie une attitude positive de la pilule.

² *Contraceptive Knowledge Assessment*

³ *Contraceptive Assessment Scale*

Tableau 13. Modèle de régression logistique binaire de l'Attitude Toward Using Birth Control Pills Scale au quartile inférieur

	OR ¹	IC _{95%} ²	p-valeur
CKA score total	1,06	[0,97 - 1,16]	0,21
CAS Score total	1,03	[1 - 1,06]	0,06
Déjà utilisé un moyen de contraception (OUI)	0,30	[0,03 - 2,89]	0,30
Satisfaction de sa contraception	0,52	[0,36 - 0,76]	0,00*

¹ Odds Ratio

² Intervalle de Confiance à 95%

³ Contraceptive Assessment Scale

Après introduction des variables significativement différentes entre les femmes ayant une attitude positive face à la pilule (< Q1) et les autres, seule la variable satisfaction est significative (p=**0,00***).

4. Male Birth Control Practice and Sex Role Stereotypes Regarding Female Contraceptive Responsibility (MS)

L'utilisation d'une contraception masculine (ABC) n'a pas de corrélation significative avec la connaissance sur la contraception (CKA) d'après le coefficient de corrélation de Pearson - 0,24 ; p.=0,09. En revanche, elle a une corrélation significative avec l'attitude de la contraception (CAS), Pearson= -0,56 ; p.=**0,00***.

Les attitudes stéréotypées des hommes envers la responsabilité contraceptive des femmes (SRS) n'ont pas de corrélation significative avec la connaissance de la contraception (CKA), Pearson= -0,14 ; p.=0,36. Cependant, le score de SRS a une corrélation significative avec l'attitude de la contraception (CAS). Pearson= -0,37 ; p.=**0,01***.

Le score total de l'échelle MS n'est pas corrélé avec le score de l'échelle du CKA, Pearson=-0,27 ; p.=0,51. Toutefois, il existe une corrélation avec le score de l'échelle CAS, Pearson=-0,58 ; p.=**0,00***

Tableau 14. Distribution bivariée au quartile inférieur du Male Birth Control Practice and Sex Role Stereotypes Regarding Female Contraceptive Responsibility selon les variables de fonds, pour les hommes seulement

Variables (hommes=48 ¹)	ABC ² > Quartile inférieur	ABC ≤ Quartile inférieur	p-valeur	SRS ³ > Quartile inférieur	SRS ≤ Quartile inférieur	p-valeur
Age	21,89 ± 2,55	23,5 ± 4,68	0,13	21,94 ± 3,12	23,14 ± 3,42	0,24
Secteur d'étude (Santé)	9 (24,3%)	5 (41,7%)	0,29	7 (20%)	7 (50%)	0,08
Année d'étude (Bachelier)	25 (67,6%)	8 (66,7%)	1	26 (74,3%)	7 (50%)	0,18
Age du premier rapport hétérosexuel	17,66 ± 2,32	17,20 ± 2,3	0,60	17,55 ± 2,46	17,50 ± 1,84	0,95
Déjà utilisé une contraception	24 (64,9%)	9 (75,0%)	0,73	24 (68,8%)	9 (64,3%)	1
Age de la première contraception	18,04 ± 2,31	17,89 ± 2,37	0,87	18,08 ± 2,50	17,78 ± 1,72	0,74
Changement de contraception depuis la première contraception n=33	9 (37,5%)	2 (22,2%)	0,68	9 (37,5%)	2 (22,2%)	0,41
Satisfaction de sa contraception n=28	21 (75,0%)	7 (25,0%)	0,09	20 (71,4%)	8 (28,6%)	0,22
Charge financière de la contraception n= 39	Le.a répondant.e 50/50 Le.a partenaire	8 (27,6%) 4 (40,0%) 2 (20,0%) 4 (40,0%)	0,75	9 (31,0%) 3 (30%) 6 (20,7%) 2 (20,0%)	3 (30%) 2 (20,0%) 14 (48,3%) 5 (50,0%)	1
CKA ⁴ score total	11,16 ± 3,23	12,75 ± 3,89	0,17	11,29 ± 3,50	12,21 ± 3,26	0,40
CAS ⁵ score total	124,86 ± 13,47	133,42 ± 7,79	0,04*	123,74 ± 13,14	135,00 ± 7,45	0,00*

Test t student pour les variables quantitatives normales, tests non-paramétriques pour les variables quantitatives non normales et test X² ou exact de Fisher pour les variables qualitatives.

¹ Les hommes ayant des relations sexuelles uniquement avec des hommes n'ont pas été pris en compte pour les analyses car les échelles portent sur le contrôle des naissances et l'attitude face à la responsabilité contraceptive féminine (échelle hétérocentrée).

² Male birth control practice

³ Sex role stereotypes regarding female contraceptive responsibility

Pour rappel de ces deux échelles (ABC et SRS), un score faible signifie une attitude positive sur le contrôle des naissances et la responsabilité de la contraception.

⁴ Contraceptive Knowledge Assessment

⁵ Contraceptive Assessment Scale

Tableau 15. Modèle de régression logistique binaire du Male Birth Control Practice and Sex Role Stereotypes Regarding Female Contraceptive Responsibility au quartile inférieur

	MS ¹ (ABC ² +SRS ³)		
	OR ⁴	IC _{95%} ⁵	p-valeur
CAS ⁶ Score total	1,12	[1,02 ; 1,22]	0,02*

¹ Male Birth Control Practice and Sex Role Stereotypes Regarding Female Contraceptive Responsibility

² Male birth control practice

³ Sex role stereotypes regarding female contraceptive responsibility

⁴ Odds Ratio

⁵ Intervalle de confiance à 95%

⁶ Contraceptive Assessment Scale

La corrélation se maintient entre l'échelle MS et CAS.

Discussion

I. Etat des lieux de la contraception de l'échantillon

Dans notre étude, l'échantillon n'est pas représentatif de la population étudiante de l'UCL. Les femmes y sont surreprésentées (84,9%, contre 54,2% à l'UCL), malgré un message de communication demandant tant aux femmes qu'aux hommes de répondre à l'enquête. Nous observons un certain retrait de la part des hommes dans ce domaine, la contraception étant considérée comme une « affaire de femmes » (Amsellem-Mainguy, 2009). Il est possible que la population de notre étude soit conformée à cette idéologie. En effet, l'initiation de la prise d'un contraceptif et le choix d'utiliser une méthode est une responsabilité essentiellement féminine dans notre étude (cf. Figure 06). Marquet, Braghini, de Duve, Marq, et al. (2016) le notent également dans leur enquête sur la vie relationnelle et affective des étudiant·es de l'UCL, malgré l'augmentation de la responsabilité des garçons. De plus, les étudiant·es en sciences de la santé y sont également surreprésentés (46,0%, contre 28,8% à l'UCL), devons-nous y voir un intérêt particulier de ces futur·es professionnel·es de la santé pour ce domaine ? Le sujet intéressait peut-être moins les étudiant·es en sciences humaines et technologiques. Ou bien la diffusion de l'enquête a eu un impact relativement faible sur le site de Louvain-La-Neuve ?

Notre échantillon bénéficie d'une excellente couverture contraceptive, 74,4% des répondant·es utilisent actuellement une contraception, ce qui est sensiblement le même pourcentage (73,8%) relevé lors de l'enquête de santé de 2013 (Charafeddine, 2014) ou encore de celui mentionné par l'enquête de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (2017) (73%). Le vide contraceptif, c'est-à-dire une personne qui ne souhaite pas devenir enceinte (ou sa partenaire) mais qui n'utilise pourtant pas de contraception est très faible. 93% des répondant·es ont utilisé un moyen contraceptif lors de leur dernier rapport hétérosexuel. Ces résultats concordent avec ceux de l'enquête de Marquet, Braghini, et al. (2016a) qui reportent qu'une contraception est utilisée dans neuf rapports sexuels sur dix. Pareillement, Guida et al. (2019) retrouvent sensiblement le même résultat dans leur enquête italienne, où 94% des étudiantes utilisent une contraception.

Pour les pratiques de contraception, les étudiant·es de cette étude suivent la norme contraceptive constatée par Moreau et al. (2009), Amsellem-Mainguy (2009) et Hibo et al. (2014). Elles·ils débute(nt) généralement leur vie sexuelle par la pilule (41,3%), le préservatif

(31,0%) ou par les deux (26,2%). 24% des étudiant·es reportent utiliser un préservatif dans l'enquête de Marquet, Braghini, et al. (2016a).

Nous constatons que la pilule occupe une place centrale (61,9% des répondant·es l'utilisent actuellement), malgré une diversification des méthodes utilisées actuellement. Nos résultats rejoignent ceux de la grande enquête de contraception de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (2017) (62,3% des 21-30 ans utilisent la pilule), ceux de l'enquête de santé de 2013 (Charafeddine) (82% pour les 15-24 ans et 56 % pour les 25-34 ans), ainsi que ceux de Bajos et al. (2014) relevés lors de l'enquête FECOND par l'INSERM-INED (Institut national de la santé et de la recherche médicale et Institut national d'études démographiques) en 2013 (65,7% des femmes de 20-24 ans et 49,4% des 25-29 ans utilisent la pilule). Plusieurs études évoquent le manque d'informations sur les différentes méthodes contraceptives existantes lors des consultations comme étant l'un des facteurs influençant le choix de la contraception vers la pilule (Kopp Kallner et al., 2015 ; Machado et al., 2013 ; Merckx et al., 2011 ; Yeshaya et al., 2014). Mais nous ne pouvons ignorer le rôle normatif et socialisateur des professionnel·les de santé et de l'institution médicale, la structure du système et l'offre de soins qui contribuent à véhiculer des représentations et des attitudes au sein de la population (Ventola, 2014). Cependant notre étude ne permet pas d'en mesurer l'impact.

Bajos et al. (2014) décrivait il y a quelques années, le développement de nouvelles méthodes de contraception et la crise des pilules de 3^e et 4^e génération en France, en 2012, ont respectivement élargi le paysage contraceptif et diminué la cote de popularité du contraceptif oral. Ainsi, le pourcentage d'utilisation des différentes méthodes dans notre étude est sensiblement équivalent à l'enquête FECOND de l'INSERM-INED de 2013 (cf. Annexe 12). Cependant, elles observaient que certaines femmes se sont tournées vers les méthodes naturelles à la suite de la diminution du recours de la pilule (pour les plus précaires par manque de moyen financier et pour les plus aisées dans le but d'abandonner les hormones) alors que dans notre échantillon, un pourcentage très faible utilise ces méthodes (1,6%). En effet, ces méthodes dites naturelles, nécessitent une bonne connaissance de son corps et du cycle féminin, elles permettent également d'inclure le partenaire masculin dans le contrôle de la fécondité du couple. Unseld, Rotzer, Weigl, Masel, et Manhart (2017) observent qu'elles sont majoritairement utilisées par des femmes en couple et économiquement stable. Malgré une efficacité théorique intéressante (cf. Annexe 01), il existe peu d'études sur le terrain. Nous supposons donc que ces méthodes naturelles, peuvent être trop contraignantes et pas assez fiables, aux yeux de la population de l'étude. D'autant plus, qu'il s'agit d'une population

d'étudiant·es universitaires qui verraient leurs études compromises avec l'arrivée d'un nouveau-né.

En effet, dans notre échantillon, les principales raisons d'utiliser une contraception sont pour éviter une grossesse et pour se protéger des ISTs/MSTs. Cependant, les jeunes femmes peuvent débuter une contraception pour traiter leur acné (18,8%) ou pour les aider à réguler leurs menstruations, diminuer le flux, la douleur (44,0%), comme le relève également Amsellem-Mainguy (2009). Dans l'étude de Nelson et al. (2018), 45% des répondantes débutaient une contraception pour une autre raison que le contrôle de leur fertilité.

Kopp Kallner et al. (2015) et Madden et al. (2015) relevaient les trois caractéristiques les plus importantes aux yeux des femmes concernant leur méthode contraceptive : l'efficacité, peu d'effets secondaires et l'absence de risque de thrombose/sans hormones. La population de notre échantillon étant différente nous relevons que l'efficacité et la facilité d'utilisation de la méthode sont les caractéristiques les plus importantes actuellement pour les deux sexes. Le coût de la contraception importe à un·e répondant·e sur trois tandis que le remboursement partiel ou total importe à plus de 20% des femmes mais nullement chez les hommes. Notre étude montre également que la charge financière reste principalement aux frais de la femme comme le constatait déjà à l'époque Lalman (2010). Alors qu'un étudiant sur deux déclare partager le coût de la contraception chez Merki-Feld et al. (2018). Nous supposons dans ce cas, que le remboursement des dispositifs de contrôle des naissances (majoritairement médicalisés et féminins) n'inquiète pas les hommes. Ou bien, comme le préservatif est exclu d'un remboursement¹ en Belgique depuis de nombreuses années, les hommes ont peut-être assimilé cette caractéristique à cette méthode et cela ne fut pas déterminant à son utilisation. Cependant, ces derniers sont davantage préoccupés par la protection contre les ISTs/MSTs (42,9%), tandis que les femmes souhaitent une méthode avec peu d'effets secondaires (38,4%). Cette différence d'attention peut s'expliquer par le fait que les étudiants ont pour seule possibilité de contraception le préservatif masculin (et le retrait², méthode ne nécessitant pas de matériel spécifique ; la stérilisation étant peu probable, voire impossible, dans cette population) qui est avec le préservatif féminin les seules méthodes barrières aux ISTs/MSTs.

Les femmes quant à elles, utilisent majoritairement la pilule et comme toute méthode hormonale, celle-ci peut donner des effets secondaires non négligeables à son usagère. Nous remarquons que l'inquiétude face aux effets secondaires se manifeste moins pour la première

¹ Depuis 2016, deux mutualités remboursent le préservatif masculin à hauteur de 40-50€/an.

(<https://www.mc.be/actualite/communiqu%C3%A9-presse/2018/preservatif-rembourse>)

² D'autres méthodes existent comme la méthode thermique mais elles ne sont pas proposées dans cette étude.

contraception (24,8% chez les femmes, par rapport à 34,8% au moment de l'étude). Par ailleurs, nos répondantes ne sont pas aussi inquiètes que celles de l'étude de Nelson et al. (2018) qui sont 49% à être préoccupées des risques des effets secondaires avant de débiter leur première contraception. Madden et al. (2015) relèvent que 69% des participantes constatent un effet secondaire à la suite de l'utilisation d'une contraception. Nous supposons donc que notre population ait tout autant pu faire les frais d'effets secondaires. Elles sont également plus préoccupées par leur santé en général (26,9%, contre 19,2% pour la première méthode). Tandis que les hommes s'inquiétaient du risque pour leur santé à 51,5% pour la première contraception et 35,7% pour la contraception actuelle. Cette diminution probante signifie-t-elle qu'avec le temps, les hommes ont pu s'apercevoir de l'absence de contraceptif intervenant directement sur leur corps, dirigeant alors leurs préoccupations ailleurs ? Les hommes s'inquiètent-ils plus pour leur santé que les femmes ? Ou ces dernières se sont-elles résignées à utiliser une méthode contraceptive, se rendant compte qu'invariablement le dispositif aurait un impact sur leur corps d'une façon ou d'une autre ?

L'accessibilité géographique et financière peuvent être un frein à l'utilisation d'une contraception (Haute Autorité de Santé, 2013) ou encore, certain·es étudiant·es ne sont pas libres de discuter de contraception avec leur famille (Amsellem-Mainguy, 2009). Dans notre enquête, moins de 3% des répondant·es n'utilisent pas ou plus de contraception à cause du prix. Cela signifie-t-il que les étudiant·es sondé·es n'ont pas de problèmes financiers ? Nous doutons de cette justification. Le coût attribué à la contraception (et principalement supporté par les femmes) fait-il partie d'un « package » des dépenses usuelles comme pourrait l'être un abonnement téléphonique ? Les parents suppléent-ils cette dépense (pour ceux qui le peuvent ou pour ceux au courant que leur enfant utilise une contraception) ? Enfin, les deux sites universitaires (Louvain-La-Neuve et Woluwé) disposent d'un centre de planning familial (Faculté d'AIMER et AIMER à LLN), de nombreux médecins sont également présents aux alentours. L'accessibilité géographique afin d'obtenir une contraception n'est donc pas un problème chez les étudiant·es de l'UCL.

Néanmoins, le planning familial a été peu sollicité par nos répondant·es pour les guider sur leurs méthodes de contraception (6,8% pour la première méthode contraceptive et 3,7% pour la méthode utilisée actuellement). Dans notre échantillon, 8,6% des jeunes filles et 3,0% des jeunes garçons ont demandé conseil à un centre de planning familial pour leur première méthode de contraception (4,9% pour les filles et 3,6% pour les garçons pour leur méthode actuelle). Dans l'enquête de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (2017) se sont 10% de filles contre 3,5% de garçons qui sont allé·es dans un centre de planning familial. Ils relèvent

que les hommes sont plus conseillés par les centres Psycho-Médico-Sociaux (4%) et les animations au sein de l'école (16%). Les plannings familiaux, malgré leur mission d'éduquer et promouvoir la santé relationnelle, affective et sexuelle (Décret du 18 Juillet 1997) sont peu sollicités, d'autant plus chez les garçons que chez les filles.

En effet, les conseiller·ères de la méthode utilisée par les répondant·es diffèrent selon le sexe et évoluent dans le temps entre la première méthode et la méthode contraceptive actuelle. Sans surprise, le·a gynécologue est en tête pour les femmes, 40,6% pour la première méthode et 64,4% pour la méthode actuelle, contre 3,0% et 21,4% chez les hommes. Nos résultats rejoignent ceux de Roux et al. (2017) désignant le·a professionnel·le de santé et notamment le·a gynécologue comme étant le·a conseiller·ère principal·e de la contraception ainsi que ceux de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (2017), le·a gynécologue étant le·a conseiller·ère principale pour 77% de répondantes. Ces résultats soulignent la médicalisation du domaine de la contraception ainsi que la féminisation de ce domaine. Il est intéressant de remarquer que le·a médecin traitant·e occupe une place privilégiée pour la première contraception des jeunes femmes (24,8%, contre 15,1% pour la méthode actuelle). Cette différence peut être expliquée par le fait que ces professionnel·les de la santé ont été les personnes ressources pour aider les jeunes femmes à traiter leur acné, réguler leurs menstruations ou bien prétextant ces motifs afin d'obtenir une contraception sans la demander réellement à leurs parents, comme le relève Amsellem-Mainguy (2009). Les professionnel·les de la santé et les membres de la famille (39,8%) sont les personnes les plus influentes auprès des jeunes filles, elles ont donc un rôle essentiel à jouer dans l'éducation relationnelle affective et sexuelle pour éviter une grossesse non désirée ou pour prévenir la transmission d'ISTs et de MSTs. Alors qu'un membre de la famille n'a conseillé que 7,1% de nos répondants masculins pour leur première contraception. Les parents sont les piliers dans l'éducation de leur enfant, ouvrir le dialogue autour de la contraception avec leur garçon pourrait probablement les responsabiliser et les impliquer davantage dans ce domaine.

Pour nos répondants, ce sont leur partenaire (39,4% pour la première contraception et 42,9% pour la méthode actuelle) et les activités scolaires (51,5% au début de leur vie contraceptive) qui ont été les personnes les plus influentes dans le choix de la méthode contraceptive. Dans l'enquête de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (2017), 37% des répondants citent la partenaire comme conseillère principale. Les hommes se reposent donc sur leur partenaire pour le choix de leur contraception (ou celle du couple), ceci affirme que la responsabilité de la contraception pèse principalement sur les femmes. Cependant, la quasi-totalité des méthodes étant féminines, il est aisé de penser que l'homme laisse sa partenaire

choisir la méthode contraceptive qui lui convienne le mieux. La satisfaction de la partenaire (75,4%) était la deuxième caractéristique la plus importante après l'efficacité (91,3%) chez les étudiants suisses de Merki-Feld et al. (2018).

Internet occupe une place minime dans la recherche sur les méthodes contraceptives chez les jeunes femmes (3,8%, contre 27,3% pour les hommes ; pour la contraception actuelle : 7,8% pour les femmes et 14,3% pour les hommes). Dans notre société, le domaine de la contraception étant un domaine médicalisé réservé aux femmes où les hommes ne s'adressent pas à un·e médecin spécialiste dans ce domaine (ex : gynécologue) lors de visite annuelle pour leur appareil reproducteur, ils sont donc plus nombreux à trouver des informations sur internet. Néanmoins, notre étude ne renseigne pas sur le contenu des informations que les femmes (et hommes) souhaiteraient recevoir de leur contraception par un·e professionnel·le de la santé. Nous ne pouvons pas non plus prédire si les étudiant·es détroneraient la pilule au bénéfice d'autres méthodes s'ils avaient toutes les informations nécessaires pour effectuer une décision éclairée dans le choix de leur contraception.

Le paradigme fondé autour de la contraception s'est construit à la suite de l'offre des méthodes exclusivement féminines développées ces dernières années et ne laissent donc que peu de place au partenaire masculin. Présupposant que l'homme serait centré sur sa sexualité et la femme naturellement plus inquiète pour sa fécondité (Ventola, 2014). Effectivement, dans le début de leur vie contraceptive, 21,2% des jeunes hommes souhaitent que leur méthode n'interfère pas avec leur vie sexuelle contre 10,9% des jeunes femmes. Il est intéressant de remarquer que cette tendance s'inverse pour la méthode actuelle, 22,9% des étudiantes contre seulement 10,9% des étudiants souhaitent que leur contraception n'interfère pas avec leur vie sexuelle. La baisse de la libido étant un effet secondaire possible lors de l'utilisation d'une méthode hormonale, nous soupçonnons que certaines jeunes femmes en ont fait l'expérience, ainsi elles souhaitent que leur méthode actuelle n'interfère pas/plus avec leur vie sexuelle. Cet effet secondaire n'étant pas possible avec les méthodes masculines, les répondants sont donc moins inquiets concernant leur vie sexuelle pour leur contraception actuelle (prise en majorité par la partenaire).

Enfin près de 60% des répondant·es ont changé de moyen de contraception depuis le début de leur vie sexuelle et plus de 30% d'entre elles·eux ont changé durant les douze derniers mois. 12% du dernier changement de contraception est imputable aux effets secondaires. En effet, d'après Kopp Kallner et al. (2015) et Madden et al. (2015), la plupart des personnes utilisant une méthode de contraception subissent au moins un effet indésirable, au cours de leur vie contraceptive. Tandis que 9,4% des changements font suite aux conseils d'un·e

professionnel·le de la santé ; 7,8% ont changé de méthode à la suite des effets négatifs sur la sexualité de l'usager·ère. Dans notre échantillon, seulement deux répondant·es ont changé de contraception à la suite d'un échec contraceptif.

Ainsi, nous constatons des différences basées sur le genre dans le domaine de la contraception. Ces inégalités ancrées obéissent aux dogmes appliqués par les modèles sociétaux et institutionnels dans lesquels nous évoluons. Ventola (2014, p. 2) préconisait « d'analyser l'appréhension du rôle des hommes et des méthodes masculines par les institutions médicales [...] et les professionnel·les de santé pour comprendre le clivage genré qui traverse le domaine de la contraception ». La remise en question de principes fondés sur le genre émerge de plus en plus de nos jours. Dans le domaine de la contraception, nous pouvons citer l'analyse des Femmes Prévoyantes Socialistes (2017) qui s'inscrit dans la campagne « Fifty-Fifty – La contraception, c'est l'affaire des deux partenaires ». Merki-Feld et al. (2018) relèvent dans leur enquête suisse que 86,1% des étudiants interrogés seraient prêts à prendre part lors d'une consultation de contraception de leur partenaire.

II. Les échelles de mesure

En ce qui concerne l'analyse des échelles de notre étude, toutes ont un coefficient de Cronbach acceptable. La distribution de leur score suit une loi normale, sauf pour l'échelle *Attitude Toward Using Birth Control Pills Scale* qui a été mal retranscrite dans le questionnaire (les adjectifs bipolaires furent proposés sans le likert-scale à sept points). Dans le modèle de régression logistique avec comme variable indépendante le *Contraceptive Knowledge Assessment* au quartile supérieur (Q3), nous retrouvons une corrélation significative avec le score du *Contraceptive Attitude Scale* (OR 1,05 ; IC_{95%} [1,02 - 1,07]), le sexe (OR 18,87 ; IC_{95%} [0,17 – 0,61]) le secteur d'étude (OR 3,84 ; IC_{95%} [2,22 – 6,64]) et l'année d'étude (OR 1,53 ; p 0,00). En d'autres termes, dans notre échantillon, être une femme en master dans le secteur des sciences de la santé permet une meilleure connaissance dans le domaine de la contraception. Une attitude positive vis-à-vis de la contraception est également corrélée de façon positive et significative avec une bonne connaissance de celle-ci. Notre hypothèse énonçant que les étudiant·es en science de la santé ont une meilleure connaissance de la contraception est confirmée. Rowen et al. (2011) relevaient également que la connaissance dans le domaine de la contraception était meilleure chez les étudiants en médecine que chez les autres. Nous pouvons également affirmer que les femmes de notre étude ont une connaissance significativement meilleure que les hommes, résultats joignant également ceux de Ritter et al.

(2015). Nous supposons que le clivage genré des responsabilités de la contraception ont donné aux femmes une certaine maîtrise dans ce domaine.

L'attitude positive est significativement différente entre les femmes et les hommes avec une attitude plus positive vis-à-vis de la contraception chez les femmes. Nous rejoignons les résultats de Frost et al. (2012).

Le modèle de régression logistique de l'échelle *Attitude Toward Using Birth Control Pills Scale*, soumise aux femmes seulement, témoigne d'une faible corrélation significative avec la satisfaction de leur contraception (OR 0,52 ; IC_{95%} [0,36 - 0,76]).

Le modèle de régression logistique de l'échelle *Male Birth Control Practice and Sex Role Stereotypes Regarding Female Contraceptive Responsibility*, soumis aux hommes seulement, ressort une corrélation significative entre leur pratique et responsabilité contraceptive et l'attitude envers la contraception.

Des trois modèles de régression logistique, il ressort qu'il existe de nombreux facteurs confondants sur la connaissance et l'attitude vis-à-vis de la contraception. En effet, nous relevons plusieurs variables significativement différentes selon les différents groupes étudiés (sexe et secteur d'étude) mais ces variables, une fois incluses dans le modèle de régression logistique binaire approprié n'ont plus d'impact significatif (cf. Tableau 11, Tableau 13 et Tableau 15).

Enfin, de manière générale, comme pour Heisler et Van Eron (2012), les étudiant·es de notre étude ont une attitude positive face à la contraception, quel que soit leur secteur d'étude. Elles·ils sont sensibles au fait de se protéger de manière efficace lors de leurs rapports sexuels. En effet, l'arrivée d'une grossesse bouleverserait pour la plupart d'entre elles·eux le déroulement de leurs études, comme le relève Amsellem-Mainguy (2010). Les femmes étant plus responsables dans ce domaine ont donc une meilleure connaissance et une attitude plus positive de la contraception que les hommes.

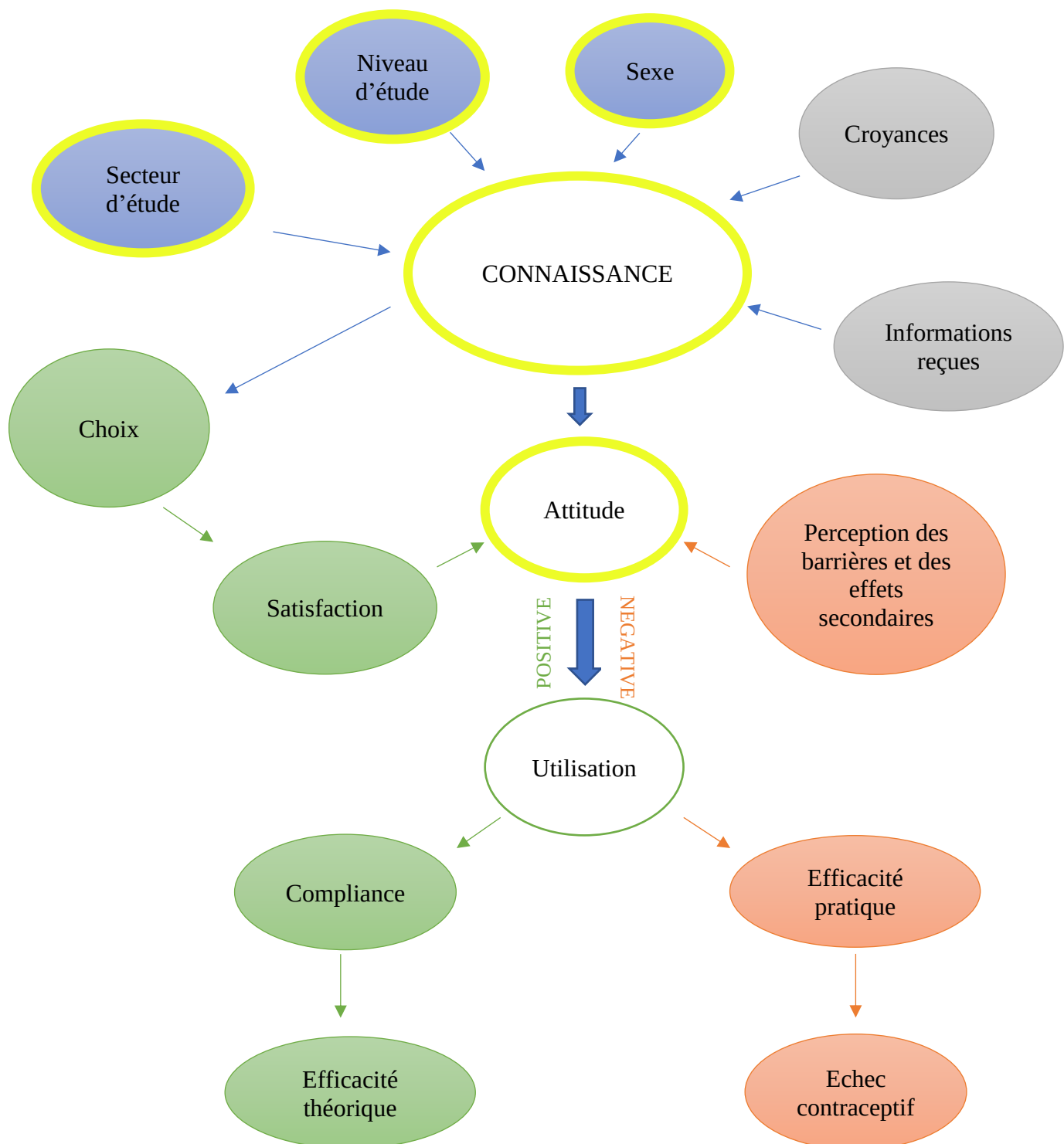
Cependant, nous ne pouvons appliquer ces hypothèses à l'ensemble des étudiant·es de l'UCL, car notre échantillon n'est pas représentatif de la population de l'UCL.

III. Modèle théorique

Dans notre revue de la littérature, nous relevions les facteurs influençant l'utilisation de la contraception (cf. Figure 1). Pour rappel, la connaissance et le choix de la méthode contraceptive amène à une satisfaction de celle-ci. Ce qui amène à une attitude positive envers cette méthode. L'utilisateur·ère est alors compliant·e dans l'utilisation de sa contraception et donc

maintient une bonne efficacité de celle-ci. Dans le cas inverse, la perception des barrières et la perception des effets secondaires de ladite méthode amènent à une attitude négative vis-à-vis de celle-ci. Potentiellement, la contraception peut ne pas être utilisée correctement et cela risque d'aboutir à un échec contraceptif. Suite aux données récoltées dans notre étude, nous développons le modèle suivant :

Figure 7. Modèle théorique des facteurs influençant la connaissance, l'attitude et l'utilisation de la contraception



Ce modèle (Figure 7) tient compte des informations récoltées dans la revue de la littérature et des données récoltées lors de l'enquête. Les cercles bleus sont les facteurs qui influencent la connaissance de la contraception, selon l'appartenance à un groupe ou à un autre, l'individu à une meilleure ou moins bonne connaissance de la contraception. Par exemple, les étudiant·es en science de la santé ont une meilleure connaissance que les étudiant·es en sciences humaines.

Seuls les cercles avec un contour jaune, sont les facteurs influençant de manière significative la connaissance de la contraception relevés dans notre étude (Cf. Tableau 11).

Les cercles verts influencent positivement l'attitude envers la contraception et amène donc à une bonne utilisation de celle-ci.

Les cercles rouges influencent négativement l'attitude vis-à-vis de la contraception et amène donc à une mauvaise utilisation de celle-ci.

Les cercles gris sont des paramètres supplémentaires issus de la revue de la littérature, non explorés dans notre analyse.

Cette étude réalisée auprès d'étudiant·es de l'UCL, permet donc de mettre en évidence des liens entre les concepts et certains facteurs liés à l'activité sexuelle et contraceptive grâce à l'utilisation concomitante d'échelles de construit et de variables. Notons que le taux de réponse nous a permis de produire des résultats statistiquement significatifs.

IV. Limites et perspectives de l'étude

Cependant, cette recherche présente des *limites*. L'échantillon obtenu n'étant pas représentatif de la population étudiante, nous ne pouvons pas extrapoler nos résultats à l'ensemble des étudiant·es de l'UCL. Par ailleurs, nous ne pouvons pas exclure un biais de sélection au vu de la faible participation des sujets masculins. Enfin, la participation à cette étude étant sur base volontaire, les personnes intéressées par le sujet ont potentiellement répondu plus volontiers que les personnes ne s'intéressant (ou n'utilisant) pas/plus à la contraception. Également, certaines questions portent sur la vie intime du·de la répondant·e, et peuvent être considérées comme sensibles, dès lors, elles peuvent avoir été l'objet d'un biais de réponses. Enfin, le temps de complétion sensiblement long du questionnaire a pu être un frein à la participation de certaines personnes ou à la poursuite de celui-ci (133 questionnaires incomplets).

Cette étude retrouve plusieurs idées décrites dans la littérature. Afin de compléter la recherche dans ce domaine, il serait pertinent d'effectuer des recherches qualitatives approfondies sur les concepts et attitudes autour de la contraception auprès de la (jeune)

population. Le domaine de la contraception est complexe et fait intervenir plusieurs sphères (médicales, sociales, culturelles, ...). Le croisement de plusieurs domaines d'études (exemple, la sociologie et l'épidémiologie) pourrait être alors un atout.

Les professionnel·les de la santé jouent un rôle prépondérant dans le domaine de la contraception, une formation approfondie permettrait une meilleure adéquation des besoins du·de la patient·e, de son couple, de son mode de vie et de la contraception conseillée. En effet, l'HAS (2013) relève le manque de formation initiale et continue comme un des freins au choix d'une contraception adaptée, du point de vue des professionnels de santé. Par ailleurs, les efforts doivent être maintenus en termes de communication et d'apprentissage au niveau de la sphère relationnelle, affective et sexuelle au sein de la (jeune) population. Enfin, Merki-Feld et al. (2018) relèvent qu'impliquer les hommes améliorerait la communication et l'utilisation de la contraception. Wigginton et al. (2018), cités par Gava et Meriggiola (2019) notent également dans leur article que de nombreux hommes interrogés seraient intéressés, s'il était possible, d'utiliser une méthode contraceptive masculine dans le but de « partager la planification familiale qui devrait être un droit individuel plutôt qu'une responsabilité » (p.1). Une contraception masculine serait-elle la solution afin d'aboutir à une meilleure égalité femmes/hommes dans ce domaine ? La contraception idéale serait-elle une contraception partagée entre hommes et femmes, avec un large choix possible et une évolution des méthodes en accord avec les événements et les désirs de vie de la personne et de son couple ?

L'inclusion des deux partenaires en termes de contraception, ne pourrait-elle pas déjouer l'adage probablement vérifié depuis des siècles de Simone De Beauvoir : « *La femme n'est victime d'aucune mystérieuse fatalité : il ne faut pas conclure que ses ovaires la condamnent à vivre éternellement à genoux* ». (Le Deuxième Sexe, 1949).

Auteure : SCHMITT Océane

Titre : Attitudes et connaissances de la contraception chez des étudiants de l'Université Catholique de Louvain

Promoteur : Pr. DEGRYSE Jean-Marie

RESUME

INTRODUCTION : De nos jours, la contraception possède une place centrale dans la vie de tout individu. Malgré une politique de santé qui tente de satisfaire au maximum les besoins en contraception de la population, son (non) utilisation reste influencée par de nombreux facteurs. Les étudiant·e·s étant directement concerné·e·s par ce domaine, quelles sont leurs attitudes et connaissances de la contraception ?

METHODES ET MATERIELS : Un questionnaire anonyme, auto-administré fut distribué en ligne aux étudiant·e·s de l'Université Catholique de Louvain du 19 août 2019 au 20 septembre 2019. Le questionnaire comprend des variables démographiques, sur la biographie contraceptive (méthode utilisée, choix, satisfaction, ...) et quatre échelles sur la connaissance, l'attitude de la contraception, l'attitude de la pilule (pour les femmes) et l'attitude et le comportement face à la contraception féminine (pour les hommes).

RESULTATS : 352 questionnaires complets ont été recueillis. L'échantillon se compose de 84,7% de femmes et 46,0% d'étudiant·e·s en science de la santé. 74,4% utilisent actuellement une contraception dont 61,9% la pilule. La connaissance de la contraception est corrélée avec une attitude positive (p. 0,00), le sexe (p. 0,01), l'année d'étude (p. 0,00) et le secteur d'étude (p. 0,00). L'attitude de la pilule est corrélée avec la satisfaction de la contraception (p. 0,00).

DISCUSSION : Les étudiant·e·s ont une bonne connaissance et une attitude positive envers la contraception, avec une différence significative chez les femmes, ceux·elles issu·e·s du secteur des sciences de la santé et ceux·elles plus âgé·e·s. Ce domaine reste en grande partie une responsabilité et une charge financière auprès des femmes. Afin de compléter la recherche dans ce domaine, il serait pertinent d'effectuer des recherches qualitatives approfondies sur les concepts et attitudes autour de la contraception auprès de la population. Le domaine de la contraception est complexe et fait intervenir plusieurs sphères, dès lors le croisement de plusieurs domaines d'études pourrait être un atout.

MOTS CLES : Contraception ; Attitude ; Connaissance ; Etudiants

Bibliographie

- Amsellem-Mainguy, Y. (2009). La première contraception, au-delà de la question de la fécondité. Trois temps pour entreprendre sa biographie contraceptive. *Agora débats/jeunesses*, 53, 21-33. doi:10.3917/agora.053.0021.
- Amsellem-Mainguy, Y. (2010). Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives. *Politiques sociales et familiales*, 100(1), 104-109. doi:10.3406/caf.2010.2531
- Amsellem-Mainguy, Y. (2011). Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé *Santé Publique*, 23(2), 77-87. doi:<https://doi.org/10.3917/spub.112.0077>
- André-Vert, J. (2014). Contraception : aides pour une décision médicale partagée. *Rapport d'élaboration*. Repéré à https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-08/rapport_elaboration.pdf
- Arrêté royal du 9 Juillet 1973. Arrêté royal relatif aux moyens ontraceptifs. Modifié par l'Arrêté Royal du 27-02-1987 1973070908 C.F.R. § Art. 4 et 5.
- Arrêté royal du 16 Septembre 2013. Arrêté royal fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans 2013022482. C.F.R.
- Aubin, C., & Jourdain Menninger, D. (2009). La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049.pdf>
- Bajos, N., Bohet, A., Le Guen, M., & Moreau, C. (2012). La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population et sociétés*, 492, 1-4.
- Bajos, N., & Ferrand, M. (2006). L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. [Abortion and the Reformulation of the Procreative Norm]. *Sociétés contemporaines*, 61(1), 91-117. doi:10.3917/soco.061.0091
- Bajos, N., Rouzeaud-Cornabas, M., Panjo, H., Bohet, A., Moreau, C., & Fécond., l. é. (2014). La crise de la pilule en France: vers un nouveau modèle contraceptif? *Population et sociétés*, 511, 4.
- Brown, W., Ottney, A., & Nguyen, S. (2011). Breaking the barrier: the Health Belief Model and patient perceptions regarding contraception. *Contraception*, 83(5), 453-458. doi:10.1016/j.contraception.2010.09.010

- Chambre des représentants de Belgique. DOC54 3439/001, Proposition de loi, modifiant l'arrêté royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans afin d'étendre les remboursements prévus pour les contraceptifs et la pilule du lendemain, 6e Session de la 54e législature, Bruxelles. (2018).
- Charafeddine, R. (2014). Enquête de santé 2013. Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie (D/2014/2505/70). https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/summ_LS_FR_2013.pdf
- Décret du 18 Juillet 1997. Décret relatif aux centres de planning et de consultation familiale et conjugale, 1997027484. C.F.R.
- Dufey, L. (2013). Femmes et contraception : quel véritable choix ? .
- e.d. (1998). *Handbook of Sexuality-Related Measures* (1st ed.). United States America: SAGE Publications Inc.
- Femmes Prévoyantes Socialistes. (2017). La contraception : l'affaire des deux partenaires. <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/11/Analyse2017-contraception-des-deux-partenaires.pdf>
- Femmes Prévoyantes Socialistes, Fédération de Centres de Planning Familial, Solidaris, & Mutualité Socialiste. (2014). La santé des femmes : Etat des lieux et pistes pour l'avenir. En ligne <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/03/Etude2014-sante-des-femmes.pdf>
- Frost, J. J., Lindberg, L. D., & Finer, L. B. (2012). Young adults' contraceptive knowledge, norms and attitudes: associations with risk of unintended pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health*, 44(2), 107-116. doi:10.1363/4410712
- Gautier, A., Kersaudy-Rahib, D. & Lydié, N. . (2013). Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans: Entre avancées et inégalités *Agora débats/jeunesses*, 63, 88-101. doi:10.3917/agora.063.0088
- Gava, G., & Meriggiola, M. C. (2019). Update on male hormonal contraception. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 10, 2042018819834846. doi:10.1177/2042018819834846
- Goldhammer, D. L., Fraser, C., Wigginton, B., Harris, M. L., Bateson, D., Loxton, D., et al. (2017). What do young Australian women want (when talking to doctors about contraception)? *BMC Fam Pract*, 18(1), 35. doi:10.1186/s12875-017-0616-2

- Gompel & Svacina. (s.d.). Doctor Ferdinand Peeters. The Real Father of the Pill - Karl van den Broeck. Repéré à <https://gompel-svacina.com/product/doctor-ferdinand-peeters-the-real-father-of-the-pill/>
- Guida, M., Troisi, J., Saccone, G., Sarno, L., Caiazza, M., Vivone, I., et al. (2019). Contraceptive use and sexual function: a comparison of Italian female medical students and women attending family planning services. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 1-8. doi:10.1080/13625187.2019.1663500
- Hanson, J. D., Nothwehr, F., Yang, J. G., & Romitti, P. (2015). Indirect and direct perceived behavioral control and the role of intention in the context of birth control behavior. *Matern Child Health J*, 19(7), 1535-1542. doi:10.1007/s10995-014-1658-x
- Haute Autorité de Santé. (2013). État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Document de synthèse]. En ligne https://www.has-sante.fr/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee
- Haynes, M. C., Ryan, N., Saleh, M., Winkel, A. F., & Ades, V. (2017). Contraceptive Knowledge Assessment: validity and reliability of a novel contraceptive research tool. *Contraception*, 95(2), 190-197. doi:10.1016/j.contraception.2016.09.002
- Heisler, K., & Van Eron, D. M. (2012). A descriptive study of undergraduate contraceptive attitudes among students at the University of New Hampshire. *Honors Theses and Capstones*, 8. En ligne <https://scholars.unh.edu/honors/8>
- Hibo, S., Ancel, D., Boutsen, M., Dufey, L., Fabri, V., Laot, J., et al. (2014). La santé des femmes. Etat des lieux et pistes pour l'avenir. *Une étude réalisée par les Femmes Prévoyantes Socialistes, sa Fédération de Centres de Planning Familial et Solidaris - Mutualité Socialiste*. Repéré à
- Hoggart, L., & Newton, V. L. (2013). Young women's experiences of side-effects from contraceptive implants: a challenge to bodily control. *Reprod Health Matters*, 21(41), 196-204. doi:10.1016/s0968-8080(13)41688-9
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. (2011). CONTRACEPTION : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? [Press release]. Repéré à https://campus-umvf.cnge.fr/IMG/pdf/Contraception_des_Francaises_est_elles_adaptee_a_leur_mode_de_vie.pdf
- Kopp Kallner, H., Thunell, L., Brynhildsen, J., Lindeberg, M., & Gemzell Danielsson, K. (2015). Use of Contraception and Attitudes towards Contraceptive Use in Swedish

- Women--A Nationwide Survey. *PLoS One*, 10(5), e0125990. doi:10.1371/journal.pone.0125990
- Lalman, L. (2010). Contraceptions : quels choix pour les femmes aujourd'hui ?
- Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967. Loi n° 67-1176 Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique, 67-1176. C.F.R., France.
- Machado, R. B., Pompei, L. M., Giribela, A., & de Melo, N. R. (2013). Impact of standardized information provided by gynecologists on women's choice of combined hormonal contraception. *Gynecol Endocrinol*, 29(9), 855-858. doi:10.3109/09513590.2013.808325
- Madden, T., Secura, G. M., Nease, R. F., Politi, M. C., & Peipert, J. F. (2015). The role of contraceptive attributes in women's contraceptive decision making. *Am J Obstet Gynecol*, 213(1), 46.e41-46.e46. doi:10.1016/j.ajog.2015.01.051
- Marquet, J., Braghini, F., De Duve, J., Hallet, D., Masureel, A.-S., & Viatour, S. (2016a). IST/SIDA : Quelles connaissances ? Dépistage, préservatif : Quelles pratiques ? *Enquête santé 2016 : Vie affective et sexuelle des étudiant·e·s*. Repéré à https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-cvrc/observatoire/OVE_UCL_Enquete_2016_Vie_affective_et_sexuelle.pdf
- Marquet, J., Braghini, F., De Duve, J., Hallet, D., Masureel, A.-S., & Viatour, S. (2016b). Les relations en cours : Une mise en couple prudente. *Enquête santé 2016 : Vie affective et sexuelle des étudiant·e·s*. Repéré à https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-cvrc/observatoire/UCL_Enqu%C3%AAte_VAS_Cahier_3_Une%20mise_en_couple_prudente_20171102.pdf
- Marquet, J., Braghini, F., De Duve, J., Hallet, D., Masureel, A.-S., & Viatour, S. (2016c). Les relations naissantes : Caractéristiques et significations. *Enquête santé 2016. Vie affective et sexuelle des étudiant·e·s*. Repéré à https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-cvrc/observatoire/UCL_Enqu%C3%AAte_VAS_Cahier_2_Relations_naissantes_20170707.pdf
- Marquet, J., Braghini, F., de Duve, M., Marq, A.-S., & Masureel, A.-S. (2016). Les pratiques sexuelles : Une nécessaire prévention. *Enquête santé 2016 : Vie affective et sexuelle des étudiant·e·s*. Repéré à https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-cvrc/observatoire/UCL_Enqu%C3%AAte_VAS_Cahier_4_Les_pratiques_sexuelles_une_n%C3%A9cessaire_pr%C3%A9vention.pdf

- Marshall, C., Guendelman, S., Mauldon, J., & Nuru-Jeter, A. (2016). Young Women's Contraceptive Decision Making: Do Preferences for Contraceptive Attributes Align with Method Choice? *Perspect Sex Reprod Health*, 48(3), 119-127. doi:10.1363/48e10116
- Marshall, C., Kandahari, N., & Raine-Bennett, T. (2017). Exploring young women's decisional needs for contraceptive method choice: a qualitative study. *Contraception*, 97(3), 243-248. doi:10.1016/j.contraception.2017.10.004
- Merckx, M., Donders, G. G., Grandjean, P., Van de Sande, T., & Weyers, S. (2011). Does structured counselling influence combined hormonal contraceptive choice? *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 16(6), 418-429. doi:10.3109/13625187.2011.625882
- Merki-Feld, G. S., Felder, S., Roelli, C., Imthurn, B., Stewart, M., & Bateson, D. (2018). Is there a need for better sexual education of young men? Sexual behaviour and reproductive health in Swiss university students: a questionnaire-based pilot study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 23(2), 154-160. doi:10.1080/13625187.2018.1458226
- Moreau, C., Spira, A., & Bajos, N. (2009). Évolution des pratiques contraceptives en France, impact social et démographique. *Médecine de la Reproduction*, 11(5), 338-344. doi:10.1684/mte.2009.0263
- Nelson, A. L., Cohen, S., Galitsky, A., Hathaway, M., Kappus, D., Kerolous, M., et al. (2018). Women's perceptions and treatment patterns related to contraception: results of a survey of US women. *Contraception*, 97(3), 256-273. doi:10.1016/j.contraception.2017.09.010
- O'YES. (2018). Mon contraceptif. Repéré à <https://www.o-yes.be/mon-contraceptif/>
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. Troisième édition 2017. 3(3). En ligne https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/fr/
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). Planification familiale/Contraception. Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- Organisation Mondiale de la Santé (Producer). (2019). Contraception. Repéré à <https://www.who.int/topics/contraception/fr/>
- Pereira, S. (2008). *Droits sexuels et reproductifs. Quelle éducation sexuelle et affective des adolescent-e-s à l'aube de ce troisième millénaire ? Un état des lieux en Communauté française* (Vol. Cahier de l'Université des Femmes): Université des Femmes.

- Picavet, C. (2016). *The Contraceptive Cycle*. (PhD). Utrecht, Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/0d35/867c29bfea1657685743aba373ce575b8527.pdf>
Available from google.scholar
- Qualtrics. (2019). Qualtrics Survey Software. Provo, Utah, USA. Repéré à <https://www.qualtrics.com>
- Rahib, D., Le Guen, M., & Lydié, N. (2017). Baromètre santé 2016. Contraception : Quatre ans après la crise de la pilule, es évolutions se poursuivent. *Santé publique France*, 8.
- Ritter, T., Dore, A., & McGeechan, K. (2015). Contraceptive knowledge and attitudes among 14-24-year-olds in New South Wales, Australia. *Aust N Z J Public Health*, 39(3), 267-269. doi:10.1111/1753-6405.12367
- Roublin, S. (2017). La pilule contraceptive masculine, pour bientôt ? En ligne <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/06/Analyse2017-contraception-masculine.pdf>
- Roux, A., Ventola, C., & Bajos, N. (2017). Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France. *Sciences Sociales et Santé*, 35, 41-70. doi:10.1684/sss.2017.0303
- Rowen, T. S., Smith, J. F., Eisenberg, M. L., Breyer, B. N., Drey, E. A., & Shindel, A. W. (2011). Contraceptive usage patterns in North American medical students. *Contraception*, 83(5), 459-465. doi:10.1016/j.contraception.2010.09.011
- Savès, M. (s.d.). *Biais dans les enquêtes épidémiologiques descriptives*. MOOC PoP-Health. Santé Publique. Université de Bordeaux. Repéré à https://www.fun-mooc.fr/c4x/ubordeaux/28004/asset/S5_Transcription_Biais_Enquete_Descriptive.pdf
- Service Public Fédéral Belge. (2019, 2019). Planning familial. Repéré à https://www.belgium.be/fr/famille/enfants/planning_familial
- Skouby, S. O. (2010). Contraceptive use and behavior in the 21st century: a comprehensive study across five European countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 15 Suppl 2, S42-53. doi:10.3109/13625187.2010.533002
- Steiner, M., Dominik, R., Trussell, J., & Hertz-Picciotti, I. (1996). Measuring contraceptive effectiveness: a conceptual framework. *Obstet Gynecol*, 88(3 Suppl), 24s-30s. doi:10.1016/0029-7844(96)00251-7
- Szucs, M., Bito, T., Csikos, C., Parducz Szollosi, A., Furau, C., Blidaru, I., et al. (2017). Knowledge and attitudes of female university students on menstrual cycle and contraception. *J Obstet Gynaecol*, 37(2), 210-214. doi:10.1080/01443615.2016.1229279

- Union Nationale des Mutualités Socialistes. (2017). *Grande Enquête - Contraception*.
- Université Catholique de Louvain. (2018). Les chiffres : les étudiant·es. *Rapport annuel*. Repéré à <https://uclouvain.be/fr/rapport-annuel/les-etudiants-2018.html>
- Unsel, M., Rotzer, E., Weigl, R., Masel, E. K., & Manhart, M. D. (2017). Use of Natural Family Planning (NFP) and Its Effect on Couple Relationships and Sexual Satisfaction: A Multi-Country Survey of NFP Users from US and Europe. *Front Public Health*, 5, 42. doi:10.3389/fpubh.2017.00042
- Van Nieuwenhuysen, J.-P., & D'hoore, W. (2011). *Rédiger un travail de fin d'études*. Université Catholique de Louvain. Bruxelles.
- Ventola, C. (2014). Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées *Genre, sexualité & société*, 12. doi:10.4000/gss.3215
- Weinstein, S. A., & Goebel, G. (1979). The Relationship between Contraceptive Sex Role Stereotyping and Attitudes toward Male Contraception among Males. *The Journal of Sex Research*, 15(3), 235-242. En ligne www.jstor.org/stable/3812280
- Yeshaya, A., Ber, A., Seidman, D. S., & Oddens, B. J. (2014). Influence of structured counseling on women's selection of hormonal contraception in Israel: results of the CHOICE study. *Int J Womens Health*, 6, 799-808. doi:10.2147/ijwh.S45397

Annexes

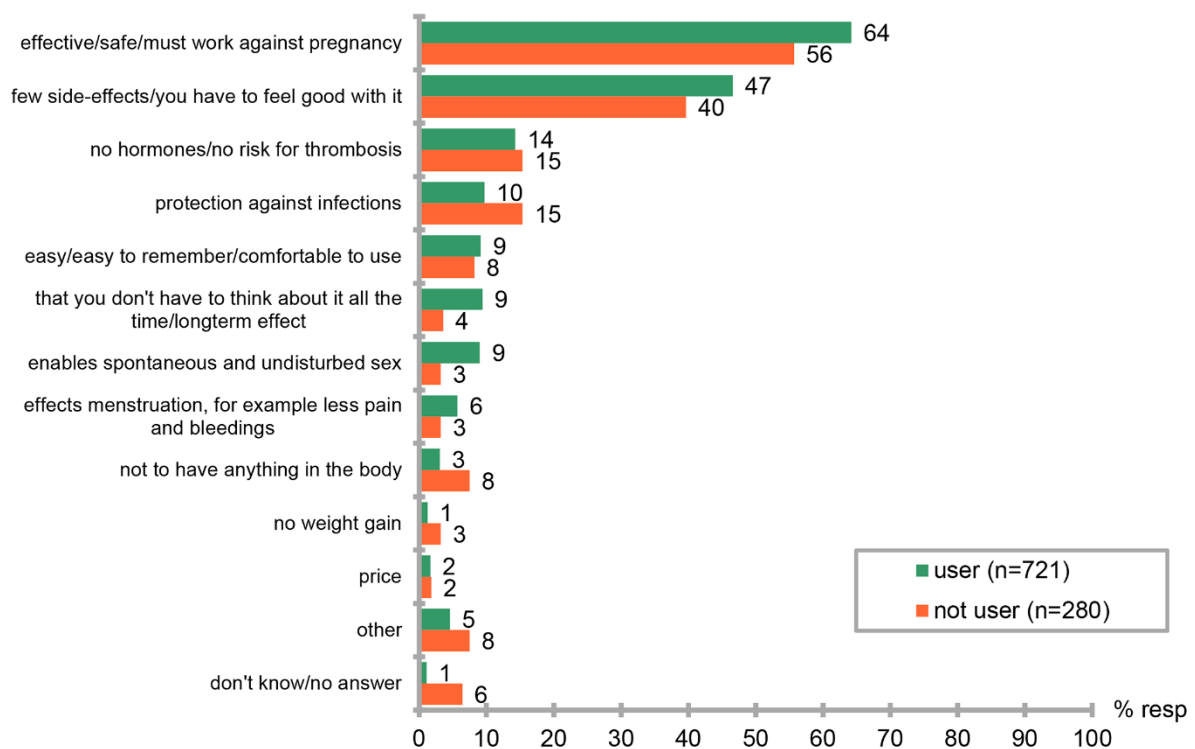
Annexe 01

Figure 8. Pourcentage de femmes ayant une grossesse non intentionnelle pendant la première année d'utilisation typique ou parfaite de la contraception et pourcentage de femmes qui utilisent toujours cette méthode à la fin de la première année (Organisation mondiale de la Santé, 2017, p15)

Méthode	% de femmes ayant une grossesse non intentionnelle pendant la première année d'utilisation		% de femmes continuant à utiliser la méthode au bout d'un an ^c
	Utilisation typique ^a	Utilisation parfait ^b	
Aucune méthode ^d	85	85	
Spermicides ^e	28	18	42
Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité	24		47
Méthode des jours fixes ^{ee}	–	5	–
Méthode des deux jours ^{ee}		4	
Méthode de l'ovulation ^f		3	
Méthode symptothermique		0.4	
Retrait	22	4	46
Éponge			36
Femmes uni/multipares	24	20	
Femmes nullipares	12	9	
Préservatif ^g			
Féminin	21	5	41
Masculin	18	2	43
Diaphragme ^h	12	6	57
Pilule combinée et pilule de progestatif seul	9	0.3	67
Patch Evra	9	0.3	67
NuvaRing [®]	9	0.3	67
Depo-Provera	6	0.2	56
Contraceptifs intra-utérins			
ParaGard [®] (cuivre T)	0.8	0.6	78
Mirena [®] (lévonorgestrel)	0.2	0.2	80
Implanon [®]	0.05	0.05	84
Stérilisation féminine	0.5	0.5	100
Stérilisation masculine	0.15	0.10	100

Annexe 02

Figure 9. Caractéristiques importantes lors du choix de la méthode contraceptive, par les femmes (Kopp Kallner et al., 2015, p8)



Questionnaire contraception

Start of Block: Introduction

Q0 Formulaire d'information et de consentement Chères étudiantes, chers étudiants, Dans le cadre de mon master en santé publique à l'Université Catholique de Louvain, je réalise un mémoire portant sur la connaissance, la perception et l'attitude vis à vis de la contraception auprès de la population étudiante de l'UCL. En effet nous observons une évolution des pratiques et de la perception de celle-ci depuis quelques années.

Que vous vous sentez **concerné ou pas par cette problématique**, que vous soyez une **femme** ou un **homme**, que vous soyez **contre ou pour** l'utilisation d'une contraception, que vous en **utilisez une ou pas**, que vous ayez (**déjà**) **eu des rapports sexuels ou pas.... Peu importe votre orientation sexuelle**,

Je souhaite avoir votre avis !

Ce questionnaire comporte des questions sur votre utilisation (ou pas) de contraception, votre opinion, ainsi qu'un test de connaissance.

La durée du questionnaire est comprise entre 10 et 25 min selon vos réponses.

Votre participation à ce questionnaire est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer à n'importe quel moment, en fermant la fenêtre de votre navigateur web sans terminer le questionnaire. Les données incomplètes seront supprimées. Toutefois, lorsque vous aurez rempli et validé le questionnaire, il sera impossible de détruire les données puisque **aucune information permettant d'identifier les personnes participantes ne sera recueillie. L'anonymat est garanti.**

Le comité d'éthique hospitalo-facultaire des Cliniques Universitaires Saint-Luc et de l'Université Catholique de Louvain a donné son approbation définitive pour ce protocole de recherche et porte le numéro : 2019/15MAI/211.

Merci d'avance pour votre précieuse aide et du temps accordé pour répondre aux questions.

Mémorante : Océane SCHMITT - Faculté de santé publique (UCL)
(contact : oceane.schmitt@student.uclouvain.be)

Promoteur : Jean-Marie DEGRYSE - Faculté de médecine et médecine dentaire / Institut de recherche santé et société (UCL)

Q00 Pour rappel, une contraception se définit comme une **“méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé”** (Larousse).

Dans ce questionnaire, est considéré comme une (méthode de) contraception/un (moyen) contraceptif :

Les méthodes hormonales :

- Pilule (combinée estro-progestative et progestative seule)
- Patch
- Anneau vaginal (Nuvaring®)
- Dispositif Intra Utérin (ou stérilet) hormonal
- Dispositif Intra Utérin (ou stérilet) en cuivre
- Injections hormonales (Depo-Provera®)
- Implant (Nexplanon®)

Les méthodes barrières :

- Préservatif masculin (externe)
- Préservatif féminin (interne)
- Spermicide
- Cape cervicale
- Éponge
- Diaphragme

Les méthodes naturelles (basées sur la connaissance de la période de fécondité) :

- Méthodes des jours fixes
- Méthodes des deux jours
- Méthode de l'ovulation (périodique, température, Billings, Ogino, etc.)
- Méthode symptothermique
- Retrait
- Abstinence

Les méthodes définitives*

- Stérilisation féminine (ligature des trompes)
- Stérilisation masculine (vasectomie)

* Les méthodes définitives ne rentrent pas dans la définition de la contraception mais sont considérées comme telles dans ce questionnaire.

Q000 En cliquant sur le bouton « **J'accepte** », vous attestez : Avoir pris connaissance du
formulaire d'information et de consentement Consentir volontairement et librement à
participer à ce projet de recherche.

☐ J'accepte

End of Block: Introduction

Start of Block: Démographie



Q1 Quel âge avez-vous ? *Inscrivez votre âge en nombre d'années*

Q2 Quel est votre sexe ? *(Celui inscrit sur votre carte d'identité)*

☐ Femme

☐ Homme

Q3 Quelle est votre nationalité ?

- ☐ Afrique du Sud
- ☐ Afghanistan
- ☐ Albanie
- ☐ Algérie
- ☐ Allemagne
- ☐ Andorre
- ☐ Angola
- ☐ Antigua-et-Barbuda
- ☐ Arabie Saoudite
- ☐ Argentine
- ☐ Arménie
- ☐ Australie
- ☐ Autriche
- ☐ Azerbaïdjan
- ☐ Bahamas
- ☐ Bahreïn
- ☐ Bangladesh
- ☐ Barbade
- ☐ Belgique
- ☐ Belize
- ☐ Bénin
- ☐ Bhoutan

- ☐ Biélorussie
- ☐ Birmanie
- ☐ Bolivie
- ☐ Bosnie-Herzégovine
- ☐ Botswana
- ☐ Brésil
- ☐ Brunei
- ☐ Bulgarie
- ☐ Burkina Faso
- ☐ Burundi
- ☐ Cambodge
- ☐ Cameroun
- ☐ Canada
- ☐ Cap-Vert
- ☐ Chili
- ☐ Chine
- ☐ Chypre
- ☐ Colombie
- ☐ Comores
- ☐ Corée du Nord
- ☐ Corée du Sud
- ☐ Costa Rica
- ☐ Côte d'Ivoire

- ☐ Croatie
- ☐ Cuba
- ☐ Danemark
- ☐ Djibouti
- ☐ Dominique
- ☐ Égypte
- ☐ Émirats arabes unis
- ☐ Équateur
- ☐ Érythrée
- ☐ Espagne
- ☐ Estonie
- ☐ États-Unis
- ☐ Éthiopie
- ☐ Fidji
- ☐ Finlande
- ☐ France
- ☐ Gabon
- ☐ Gambie
- ☐ Géorgie
- ☐ Ghana
- ☐ Grèce
- ☐ Grenade
- ☐ Guatemala

- ☐ Guinée
- ☐ Guinée équatoriale
- ☐ Guinée-Bissau
- ☐ Guyana
- ☐ Haïti
- ☐ Honduras
- ☐ Hongrie
- ☐ Îles Cook
- ☐ Îles Marshall
- ☐ Inde
- ☐ Indonésie
- ☐ Irak
- ☐ Iran
- ☐ Irlande
- ☐ Islande
- ☐ Israël
- ☐ Italie
- ☐ Jamaïque
- ☐ Japon
- ☐ Jordanie
- ☐ Kazakhstan
- ☐ Kenya
- ☐ Kirghizistan

- ☐ Kiribati
- ☐ Koweït
- ☐ Laos
- ☐ Lesotho
- ☐ Lettonie
- ☐ Liban
- ☐ Liberia
- ☐ Libye
- ☐ Liechtenstein
- ☐ Lituanie
- ☐ Luxembourg
- ☐ Macédoine
- ☐ Madagascar
- ☐ Malaisie
- ☐ Malawi
- ☐ Maldives
- ☐ Mali
- ☐ Malte
- ☐ Maroc
- ☐ Maurice
- ☐ Mauritanie
- ☐ Mexique
- ☐ Micronésie

- ☐ Moldavie
- ☐ Monaco
- ☐ Mongolie
- ☐ Monténégro
- ☐ Mozambique
- ☐ Namibie
- ☐ Nauru
- ☐ Népal
- ☐ Nicaragua
- ☐ Niger
- ☐ Nigeria
- ☐ Niue
- ☐ Norvège
- ☐ Nouvelle-Zélande
- ☐ Oman
- ☐ Ouganda
- ☐ Ouzbékistan
- ☐ Pakistan
- ☐ Palaos
- ☐ Palestine
- ☐ Panama
- ☐ Papouasie-Nouvelle-Guinée
- ☐ Paraguay

- ☐ Pays-Bas
- ☐ Pérou
- ☐ Philippines
- ☐ Pologne
- ☐ Portugal
- ☐ Qatar
- ☐ République centrafricaine
- ☐ République démocratique du Congo
- ☐ République Dominicaine
- ☐ République du Congo
- ☐ République tchèque
- ☐ Roumanie
- ☐ Royaume-Uni
- ☐ Russie
- ☐ Rwanda
- ☐ Saint-Kitts-et-Nevis
- ☐ Saint-Vincent-et-les-Grenadines
- ☐ Sainte-Lucie
- ☐ Saint-Marin
- ☐ Salomon
- ☐ Salvador
- ☐ Samoa
- ☐ São Tomé-et-Principe

- ☐ Sénégal
- ☐ Serbie
- ☐ Seychelles
- ☐ Sierra Leone
- ☐ Singapour
- ☐ Slovaquie
- ☐ Slovénie
- ☐ Somalie
- ☐ Soudan
- ☐ Soudan du Sud
- ☐ Sri Lanka
- ☐ Suède
- ☐ Suisse
- ☐ Suriname
- ☐ Swaziland
- ☐ Syrie
- ☐ Tadjikistan
- ☐ Tanzanie
- ☐ Tchad
- ☐ Thaïlande
- ☐ Timor oriental
- ☐ Togo
- ☐ Tonga

- ☐ Trinité-et-Tobago
 - ☐ Tunisie
 - ☐ Turkménistan
 - ☐ Turquie
 - ☐ Tuvalu
 - ☐ Ukraine
 - ☐ Uruguay
 - ☐ Vanuatu
 - ☐ Vatican
 - ☐ Venezuela
 - ☐ Viêt Nam
 - ☐ Yémen
 - ☐ Zambie
 - ☐ Zimbabwe
-

Q4 Quel est votre statut marital ?

- ☐ Célibataire
- ☐ En couple - concubinage - partenaire régulier·e
- ☐ En cohabitation légale
- ☐ Marié·e
- ☐ Veuf·ve
- ☐ Divorcé·e

End of Block: Démographie

Start of Block: Etude

Q5 Sur quel campus de l'Université Catholique êtes-vous ?

- ☐ Louvain-La-Neuve
 - ☐ Woluwé
 - ☐ Autre
-

Q6 Dans quelle faculté de l'Université Catholique de Louvain êtes-vous inscrit ?

- ☐ Faculté de médecine et médecine dentaire
 - ☐ Faculté de pharmacie et des sciences biomédicales
 - ☐ Faculté de santé publique
 - ☐ Faculté des Sciences de la Motricité
 - ☐ Ecole Polytechnique de Louvain
 - ☐ Faculté d'architecture, d'ingénierie architecturale, d'urbanisme
 - ☐ Faculté des bioingénieurs
 - ☐ Faculté des sciences
 - ☐ Faculté de droit et de criminologie
 - ☐ Faculté de philosophie, arts et lettres
 - ☐ Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation
 - ☐ Faculté de théologie
 - ☐ Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication
 - ☐ Louvain School of Management
 - ☐ Autre
-

Q7 En quelle année d'études êtes-vous ?

- ☐ Bachelier
- ☐ Master
- ☐ Master de spécialisation
- ☐ Certificat d'université ou interuniversitaire
- ☐ Doctorat
- ☐ Autre (précisez) _____

End of Block: Etude

Start of Block: Travail et niveau d'études des parents

Q8 Quel est le plus haut niveau d'étude atteint par votre mère (ou co-parent) ?

- ☐ Primaire
 - ☐ Secondaire
 - ☐ Supérieur type court
 - ☐ Supérieur type long
 - ☐ Universitaire
 - ☐ Non applicable
-

Q9 Quelle est la catégorie professionnelle de votre mère (ou co-parent) ?

- ☐ Agricultrice
 - ☐ Artisane
 - ☐ Commerçante ; industrielle
 - ☐ Cadre moyen (ex : cheffe de département)
 - ☐ Cadre supérieure (ex : directrice)
 - ☐ Fonctionnaire
 - ☐ Employée
 - ☐ Ouvrière
 - ☐ Freelance ; Indépendante
 - ☐ Profession libérale
 - ☐ Sans emploi
 - ☐ Non applicable
-

Q10 Quel est le plus haut niveau d'étude atteint par votre père (ou co-parent) ?

- ☐ Primaire
 - ☐ Secondaire
 - ☐ Supérieur type court
 - ☐ Supérieur type long
 - ☐ Universitaire
 - ☐ Non applicable
-

Q11 Quelle est la catégorie professionnelle de votre père (ou co-parent) ?

- ☐ Agriculteur
- ☐ Artisan
- ☐ Commerçant ; industriel
- ☐ Cadre moyen (ex : chef de département)
- ☐ Cadre supérieur (ex : directeur)
- ☐ Fonctionnaire
- ☐ Employé
- ☐ Ouvrier
- ☐ Freelance ; Indépendant
- ☐ Profession libérale
- ☐ Sans emploi
- ☐ Non applicable

End of Block: Travail et niveau d'études des parents

Start of Block: Financement

Q12 Qui finance vos études ? *Plusieurs réponses possibles*

- ☐ Vos parents
 - ☐ Un membre de votre famille
 - ☐ Vous-même
 - ☐ Une aide sociale (bourse, CPAS, etc.)
 - ☐ Autre (précisez) _____
-

Q13 Avez-vous une activité professionnelle à côté de vos études ?

- ☐ OUI
- ☐ NON
-

Q14 Si oui, sous quel statut travaillez-vous ?

- ☐ Contrat étudiant (non soumis à l'ONSS) : moins de 475 heures par année civile
- ☐ Contrat soumis à l'ONSS : plus de 475 heures par année civile
- ☐ Autre (précisez) : _____

End of Block: Financement

Start of Block: Activité hétérosexuelle

Q15 Avez-vous déjà eu un rapport sexuel avec un·e partenaire du sexe opposé (relation hétérosexuelle) ?

- ☐ OUI
- ☐ NON
-

Q16 Si OUI, quel était l'âge de ce premier rapport ? *Inscrivez l'âge en nombre d'années*

Q17 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu au moins un rapport sexuel avec une personne du sexe opposé ?

- ☐ OUI
- ☐ NON
-

Q18 Lors de votre première relation hétérosexuelle, avez-vous (ou votre partenaire) recouru à une méthode de contraception ?

☐ OUI

☐ NON

End of Block: Activité hétérosexuelle

Start of Block: Première contraception

Q19 Avez-vous personnellement déjà eu un moyen de contraception ?

☐ OUI

☐ NON



Q20 A quel âge avez-vous eu recours à votre premier moyen de contraception ? *Inscrivez l'âge en nombre d'années*

Q21 Quelle était cette première méthode de contraception ? *Plusieurs réponses possibles si plus d'une méthode était utilisée*

- ☐ Pilule
- ☐ Patch
- ☐ Anneau vaginal
- ☐ Dispositif Intra Utérin (Stérilet) hormonal
- ☐ Dispositif Intra Utérin (Stérilet) en cuivre
- ☐ Retrait
- ☐ Injections hormonales
- ☐ Implant
- ☐ Préservatif masculin (externe)
- ☐ Préservatif féminin (interne)
- ☐ Spermicide
- ☐ Cape cervicale
- ☐ Eponge
- ☐ Diaphragme
- ☐ Méthode de l'ovulation (périodique, température, Billings, Ogino, etc.)
- ☐ Méthode symptothermique
- ☐ Abstinence
- ☐ Stérilisation féminine (ligature des trompes)
- ☐ Stérilisation masculine (vasectomie)

☐

Autre (précisez) : _____

Q22 A l'époque, quelles étaient les raisons de l'utilisation de ce premier moyen de contraception ? *Plusieurs réponses possibles*

☐

Pour éviter une grossesse (vous ou votre partenaire)

☐

Vous protéger des Infections ou des Maladies Sexuellement Transmissibles (IST/MST)

☐

Raisons dermatologiques (acné)

☐

Réguler vos menstruations

☐

Réduire vos douleurs menstruelles

☐

Diminuer le flux de vos menstruations

☐

Aider à contrôler vos humeurs

☐

Autre (précisez) : _____

☐

Je ne sais plus

☐

Je ne souhaite pas répondre

Q23 A l'époque, qu'est ce qui vous tenait à cœur face à votre première contraception ? *Plusieurs réponses possibles*

- ☐ Efficacité de la méthode
- ☐ Sans risques pour la santé
- ☐ Peu d'effets secondaires
- ☐ Facilité d'utilisation
- ☐ Coût abordable
- ☐ Protège contre les Infections ou des Maladies Sexuellement Transmissibles (IST/MST)
- ☐ Présence des menstruations
- ☐ Sans menstruations irrégulières
- ☐ Sans interférence sur la vie sexuelle et affective
- ☐ Facilité pour l'obtenir
- ☐ Remboursement d'une partie (ou totalité) du prix par votre mutuelle
- ☐ L'opinion d'un professionnel de soins de santé
- ☐ L'opinion de votre partenaire
- ☐ L'opinion de votre famille
- ☐ L'opinion de vos ami·e·s
- ☐ L'opinion de votre communauté religieuse
- ☐ Autre (précisez) : _____
- ☐ Je ne sais plus

☐

Je ne souhaite pas répondre

Q24 A l'époque, qui vous a conseillé d'utiliser ce premier moyen de contraception ? *Plusieurs réponses possibles*

☐

Gynécologue

☐

Médecin traitant

☐

Partenaire

☐

Membre de votre famille

☐

Ami·e·s

☐

Contact dans un centre de planning familial

☐

Contact lors d'une activité scolaire

☐

Contact lors d'une activité extrascolaire ou d'un mouvement de jeunes

☐

Internet

☐

Autre (précisez) : _____

End of Block: Première contraception

Start of Block: Utilisation actuelle

Q25 Durant les douze derniers mois, avez-vous utilisé une méthode contraceptive, au moins une fois, dans le but de ne pas tomber enceinte (ou votre partenaire) ?

☐ OUI

☐ NON

Q26 Actuellement, quelle est votre méthode de contraception ?

- ☐ Pilule œstro-progestative
- ☐ Pilule progestative
- ☐ Patch
- ☐ Anneau vaginal
- ☐ Dispositif Intra Utérin (Stérilet) hormonal
- ☐ Dispositif Intra Utérin (Stérilet) en cuivre
- ☐ Retrait
- ☐ Injections hormonales
- ☐ Implant
- ☐ Préservatif masculin (externe)
- ☐ Préservatif féminin (interne)
- ☐ Spermicide
- ☐ Cape cervicale
- ☐ Eponge
- ☐ Diaphragme
- ☐ Méthode de l'ovulation (périodique, température, Billings, Ogino, etc.)
- ☐ Méthode symptothermique
- ☐ Abstinence
- ☐ Stérilisation féminine (ligature des trompes)

- ☐ Stérilisation masculine (vasectomie)
- ☐ Autre (précisez) : _____
-

Q27 Quelles sont les raisons de l'utilisation de ce premier moyen de contraception ? *Plusieurs réponses possibles ?*

- ☐ Pour éviter une grossesse (vous ou votre partenaire)
- ☐ Vous protéger des Infections ou des Maladies Sexuellement Transmissibles (IST/MST)
- ☐ Raisons dermatologiques (acné)
- ☐ Réguler vos menstruations
- ☐ Réduire vos douleurs menstruelles
- ☐ Diminuer le flux de vos menstruations
- ☐ Aider à contrôler vos humeurs
- ☐ Autre (précisez) : _____
- ☐ Je ne sais plus
- ☐ Je ne souhaite pas répondre
-

Q28 Qu'est-ce qui vous importait lors du choix de votre contraception actuelle ? *Plusieurs réponses possibles*

- ☐ Efficacité de la méthode
- ☐ Sans risques pour la santé
- ☐ Peu d'effets secondaires
- ☐ Facilité d'utilisation
- ☐ Coût abordable
- ☐ Protège contre les Infections ou des Maladies Sexuellement Transmissibles (IST/MST)
- ☐ Présence des menstruations
- ☐ Sans menstruations irrégulières
- ☐ Sans interférence sur la vie sexuelle et affective
- ☐ Facilité pour l'obtenir
- ☐ Remboursement d'une partie (ou totalité) du prix par votre mutuelle
- ☐ L'opinion d'un professionnel de soins de santé
- ☐ L'opinion de votre partenaire
- ☐ L'opinion de votre famille
- ☐ L'opinion de vos ami·e·s
- ☐ L'opinion de votre communauté religieuse
- ☐ Autres (précisez) : _____
- ☐ Je ne sais plus

☐

Je ne souhaite pas répondre

Q29 Qui vous a conseillé d'utiliser votre contraception actuelle ? *Plusieurs réponses possibles*

☐

Gynécologue

☐

Médecin traitant

☐

Partenaire

☐

Membre de votre famille (précisez) :

☐

Ami.e.s

☐

Contact dans un centre de planning familial

☐

Contact lors d'une activité scolaire

☐

Contact lors d'une activité extrascolaire ou d'un mouvement de jeunes

☐

Internet

☐

Autre (précisez) : _____

Q30 Diriez-vous que vous êtes satisfait·e de votre/vos contraceptions actuellement utilisée·s lors de vos rapports sexuels ?

- ☐ Très satisfait·e
 - ☐ Satisfait·e
 - ☐ Un peu satisfait·e
 - ☐ Ni satisfait·e, ni insatisfait·e
 - ☐ Un peu insatisfait·e
 - ☐ Insatisfait·e
 - ☐ Très insatisfait·e
-

Q31 Lors de votre dernière relation sexuelle avec un·e partenaire du sexe opposé, avez-vous utilisé une méthode contraceptive ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

End of Block: Utilisation actuelle

Start of Block: Changement de contraception

Q32 Depuis votre première contraception, jusqu'à maintenant, avez-vous changé de contraception ? (*marque, méthode, ...*)

- ☐ OUI
 - ☐ NON
-

Q33 Depuis ces douze derniers mois, avez-vous changé de contraception ?

- ☐ OUI
 - ☐ NON
-

Q34 Si oui, précisez :

☐

Ancienne méthode, marque :

☐

Nouvelle méthode, marque :

☐

Je ne sais pas

Q35 Quelles étaient les raisons de votre dernier changement de contraception ? *Plusieurs réponses possibles*

- ☐ La nouvelle méthode de contraception est plus facile à utiliser que l'ancien
- ☐ Les effets secondaires de l'ancienne méthode étaient mal supportés
- ☐ La nouvelle méthode convient mieux à vos besoins
- ☐ Suite aux conseils d'un professionnel de la santé
- ☐ La nouvelle méthode est moins nocive, agressive pour votre santé
- ☐ La nouvelle méthode respecte plus le cycle féminin naturel
- ☐ La nouvelle méthode est plus fiable
- ☐ La nouvelle méthode diminue mieux les troubles hormonaux
- ☐ Il y a moins d'effets négatifs sur mon désir sexuelle/ma libido
- ☐ Après discussion avec des ami·e·s
- ☐ Après avoir eu une grossesse non planifiée
- ☐ Sur base d'expériences positives de vos proches
- ☐ La nouvelle méthode est moins chère/mieux remboursée
- ☐ L'ancienne méthode ne vous convenait plus
- ☐ Je ne souhaite pas répondre
- ☐ Autre (précisez) : _____

End of Block: Changement de contraception

Start of Block: Responsabilité de la contraception au sein du "couple"

Q36 Lors de vos relations sexuelles avec un·e partenaire du sexe opposé, qui a la charge financière de la contraception ?

- ☐ Uniquement vous
 - ☐ Cela dépend, mais plutôt vous
 - ☐ 50/50
 - ☐ Cela dépend, mais plutôt votre partenaire
 - ☐ Uniquement votre partenaire
-

Q37 Mesurez **votre implication** dans l'initiation de la prise d'un contraceptif lors de vos rapports sexuels. *Sur une échelle de 0 à 10*

- ☐ 0
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
 - ☐ 5
 - ☐ 6
 - ☐ 7
 - ☐ 8
 - ☐ 9
 - ☐ 10
-

Q38 Mesurez **L'implication de votre partenaire** dans l'initiation de la prise d'un contraceptif lors de vos rapports sexuels. *Sur une échelle de 0 à 10*

- ☐ 0
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
 - ☐ 5
 - ☐ 6
 - ☐ 7
 - ☐ 8
 - ☐ 9
 - ☐ 10
-

Q39 Mesurez **votre implication** dans le choix de la prise d'un contraceptif lors de vos rapports sexuels. *Sur une échelle de 0 à 10*

- ☐ 0
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
 - ☐ 5
 - ☐ 6
 - ☐ 7
 - ☐ 8
 - ☐ 9
 - ☐ 10
-

Q40 Mesurez l'implication **de** votre partenaire dans le choix de la prise d'un contraceptif lors de vos rapports sexuels. *Sur une échelle de 0 à 10*

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10

End of Block: Responsabilité de la contraception au sein du "couple"

Start of Block: Non utilisation d'une contraception

Q41 Pour quelles raisons n'utilisez vous pas/plus actuellement un moyen de contraception ?
Plusieurs réponses possibles

- ☐ Votre partenaire utilise un moyen contraceptif, vous n'en avez donc pas besoin
- ☐ Le prix
- ☐ Vous avez peur de parler de contraception
- ☐ A cause des effets secondaires, vous les supportiez mal
- ☐ Le fait de ne pas avoir de relation sexuelle stable
- ☐ Cela diminue la fertilité
- ☐ Vous ne savez pas à qui vous adressez
- ☐ Ce n'est pas toujours fiable
- ☐ C'est nocif, agressif pour la santé
- ☐ Vous n'en voyez pas l'utilité
- ☐ Cela concerne les femmes uniquement, les hommes s'impliquent peu
- ☐ Cela peut faire gonfler la poitrine
- ☐ Vous avez des relations exclusivement homosexuelles
- ☐ Vous ou votre partenaire est ménopausée
- ☐ Les moyens contraceptifs dérèglent le cycle féminin naturel
- ☐ C'est moins contraignant de ne plus en utiliser
- ☐ Vous (ou votre partenaire) souhaitez devenir enceinte
- ☐ Cela fait mal
- ☐ C'était contraignant, il fallait y penser tout le temps

- ☐ Vous n'avez pas (encore) de relations sexuelles
- ☐ Ce n'est pas naturel
- ☐ Vous ou votre partenaire êtes stérile
- ☐ Cela entre en désaccord avec votre famille
- ☐ Cela peut faire grossir
- ☐ Après discussion avec des ami·e·s
- ☐ Après le conseil d'un professionnel de la santé
- ☐ Pour respecter vos convictions philosophiques/religieuses
- ☐ Pour bénéficier d'effets dermatologiques (antiacnéique)
- ☐ Vous êtes actuellement enceinte
- ☐ Pour des raisons médicales
- ☐ Autre (précisez) : _____
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je ne souhaite pas répondre

End of Block: Non utilisation d'une contraception

Start of Block: CKA

Q42 Durant un cycle menstruel, quel est le moment le plus probable pour qu'une femme devienne enceinte ?

- ☐ Pendant ses règles (début du cycle)
 - ☐ 3 jours après la fin de ses règles
 - ☐ 2 semaines avant le début de ses prochaines règles
 - ☐ 3 jours avant d'avoir ses règles (fin du cycle)
 - ☐ Je ne sais pas
-

Q43 Combien de temps un spermatozoïde peut-il rester en vie dans le corps d'une femme ?

- ☐ 1 - 3 heures
 - ☐ 24 heures
 - ☐ 3 - 5 jours
 - ☐ 7 - 10 jours
 - ☐ Je ne sais pas
-

Q44 Lequel des choix suivants concernant la grossesse est VRAI ?

- ☐ Une femme ne peut pas devenir enceinte lors de son premier rapport sexuel
 - ☐ Une femme ne peut pas devenir enceinte lorsqu'elle a un rapport sexuel debout
 - ☐ Une femme ne peut pas devenir enceinte si elle n'a pas un orgasme
 - ☐ Rien de ce qui précède n'est vrai
 - ☐ Je ne sais pas
-

Q45 Lequel des choix suivants concernant la méthode du retrait (se retirer avant l'éjaculation) ou "coïtus interruptus" est VRAI ?

- ☐ Les spermatozoïdes peuvent être libérés avant l'éjaculation
 - ☐ Pour éviter une grossesse, le retrait fonctionne tout aussi bien que les préservatifs
 - ☐ Le retrait peut protéger contre certaines Maladies Sexuellement Transmissibles (MST)
 - ☐ Pour éviter une grossesse, le retrait fonctionne tout aussi bien que la pilule
 - ☐ Je ne sais pas
-

Q46 Quelle méthode contraceptive garantit que vous ne deviendrez pas enceinte (ou votre partenaire) ?

- ☐ Aucune
 - ☐ Utiliser un préservatif chaque fois que vous avez un rapport sexuel
 - ☐ Faire une douche vaginale, prendre une douche ou prendre un bain, immédiatement après le rapport sexuel
 - ☐ "Se retirer" (ou votre partenaire) avant l'éjaculation
 - ☐ Je ne sais pas
-

Q47 Quelle est la seule méthode contraceptive pouvant prévenir des infections ?

- ☐ La pilule contraceptive
 - ☐ Les préservatifs féminins et masculins
 - ☐ Les injections hormonales (Depo-Provera®)
 - ☐ Le DIU (Dispositif Intra Utérin) (ou stérilet)
 - ☐ Je ne sais pas
-

Q48 Tout ce qui suit sur l'utilisation des préservatifs masculins est VRAI, excepté :

- ☐ Vous devriez utiliser un lubrifiant à base d'eau avec du spermicide
 - ☐ Portez deux préservatifs pour une plus grande protection
 - ☐ Evitez les bulles d'air en pinçant l'embout du préservatif lors de sa mise en place
 - ☐ Vérifiez la date de péremption et conservez-les dans un endroit frais et sec (pas dans un portefeuille ou dans une voiture)
 - ☐ Je ne sais pas
-

Q49 Sous laquelle de ces formes, une contraception hormonale peut se présenter ?

- ☐ Pilule prise par voie orale
 - ☐ Patch porté sur la peau
 - ☐ Anneau placé dans le vagin
 - ☐ Toutes ces réponses
 - ☐ Je ne sais pas
-

Q50 Laquelle de ces propositions n'est PAS un avantage de la contraception hormonale ?

- ☐ Amélioration du diabète
 - ☐ Amélioration de l'acné
 - ☐ Réduction des crampes menstruelles et des problèmes de saignements comme l'anémie
 - ☐ Réduction du risque du cancer des ovaires et de l'utérus
 - ☐ Je ne sais pas
-

Q51 Combien de temps l'anneau vaginal (Nuvaring®) doit-il rester en place avant de le changer ?

- ☐ 1 jour
 - ☐ 1 semaine
 - ☐ 3 semaines
 - ☐ 1 mois
 - ☐ Je ne sais pas
-

Q52 Laquelle de ces propositions suivantes rend la contraception hormonale moins efficace ?

- ☐ Médicament contre les crises (épilepsie)
 - ☐ Médicaments anti-HIV
 - ☐ Suppléments à base de plantes
 - ☐ Toutes ces propositions
 - ☐ Je ne sais pas
-

Q53 Quelle est l'action principale de la pilule contraceptive ?

- ☐ Elle empêche l'ovaire de libérer l'ovule (ovulation)
 - ☐ Elle empêche les spermatozoïdes de pénétrer dans l'utérus
 - ☐ Elle empêche l'ovule fécondé de s'implanter dans l'utérus
 - ☐ Elle empêche l'embryon de dépasser une certaine taille
 - ☐ Je ne sais pas
-

Q54 Lequel de ces éléments est présent dans la pilule ?

- ☐ Testostérone
 - ☐ Œstrogène
 - ☐ Magnésium
 - ☐ Calcium
 - ☐ Je ne sais pas
-

Q55 Vous ne devrez PAS utiliser une pilule contraceptive si vous présentez l'une des caractéristiques suivantes :

- ☐ Fibromes
 - ☐ Vous buvez de l'alcool
 - ☐ Vous prenez actuellement des antibiotiques
 - ☐ Aucune : il est prudent d'utiliser la pilule contraceptive dans toutes ces situation citées ci-dessus
 - ☐ Je ne sais pas
-

Q56 Combien de temps après l'arrêt de la contraception, une femme peut-elle devenir enceinte ?

- ☐ Immédiatement
 - ☐ 1 mois
 - ☐ 3 mois
 - ☐ 6 mois
 - ☐ Je ne sais pas
-

Q57 Si une femme oublie de prendre un comprimé de sa pilule contraceptive et qu'elle s'en souvient le lendemain, que doit-elle faire ?

- ☐ Jeter le comprimé oublié et continuer les jours suivants, là où vous vous étiez arrêté
 - ☐ Prenez le reste des comprimés de la semaine en une seule fois, puis commencer les comprimés placebo
 - ☐ Prendre deux comprimés puis continuer
 - ☐ Jeter le comprimé oublié puis attendre un mois avant de commencer une nouvelle plaquette
 - ☐ Je ne sais pas
-

Q58 Laquelle de ces propositions est FAUSSE sur les injections hormonales (Depo-Provera®) ?

- ☐ Elles sont administrées tous les 3 mois
 - ☐ Une prise de poids progressive est possible
 - ☐ Après l'arrêt, cela peut prendre quelques mois avant de devenir enceinte
 - ☐ On ne peut pas les utiliser pendant l'allaitement
 - ☐ Je ne sais pas
-

Q59 Laquelle des méthodes contraceptives suivantes peut être réversible si vous (ou votre partenaire) décidez de devenir enceinte ?

- ☐ Ligature des trompes (en les sectionnant ou en les pinçant avec un clip)
 - ☐ Le contraceptif Essure® (micro-implants dans les trompes de Fallope)
 - ☐ La vasectomie
 - ☐ Le DIU (Dispositif Intra Utérin) (ou stérilet)
 - ☐ Je ne sais pas
-

Q60 Quelle méthode contraceptive n'est pas facilement repérable par un homme lors d'un rapport sexuel ?

- ☐ Le DIU (Dispositif Intra Utérin) (ou stérilet)
 - ☐ L'anneau vaginal
 - ☐ Le préservatif masculin
 - ☐ Le préservatif féminin
 - ☐ Je ne sais pas
-

Q61 Dans quelle partie du corps le médecin place le DIU (Dispositif Intra Utérin) (ou stérilet) ?

- ☐ Les trompes de Fallopes
 - ☐ L'utérus
 - ☐ Le col de l'utérus
 - ☐ Le vagin
 - ☐ Je ne sais pas
-

Q62 Quelle est la meilleure méthode contraceptive pour éviter une grossesse ?

- ☐ Le DIU (dispositif Intra Utérin) (ou stérilet)
 - ☐ L'injection hormonale (Depo-Provera®)
 - ☐ Le préservatif masculin
 - ☐ La méthode du retrait
 - ☐ Elles sont toutes aussi efficaces les unes que les autres
 - ☐ Je ne sais pas
-

Q63 Laquelle de ces propositions est FAUSSE concernant le DIU (Dispositif Intra Utérin) (ou stérilet) ?

- ☐ Les femmes de tous âges peuvent se faire poser un DIU (Dispositif Intra Utérin) (ou stérilet)
 - ☐ Les femmes qui n'ont jamais eu d'enfants peuvent se faire poser un DIU (Dispositif Intra Utérin) (ou stérilet)
 - ☐ Les femmes peuvent se faire poser un DIU (dispositif Intra Utérin) (ou stérilet) après avoir eu un enfant ou avoir subi une Interruption Volontaire ou Médicale de Grossesse (IVG/IMG)
 - ☐ Les femme ayant déjà eu une MST (Maladie Sexuellement Transmissible) ne peuvent pas se faire poser de DIU (Dispositif Intra Utérin) (ou stérilet)
 - ☐ Je ne sais pas
-

Q64 Dans quelle partie du corps, le médecin place-t-il l'implant contraceptif (Nexplanon®) ?

- ☐ La cuisse
 - ☐ Le vagin
 - ☐ Le bras
 - ☐ La fesse
 - ☐ Je ne sais pas
-

Q65 Jusqu'à combien de temps après le rapport sexuel peut-on recourir à la "pilule du lendemain" (pilule contraceptive d'urgence) pour que celle-ci soit efficace ?

- ☐ 1 heure
 - ☐ 24 heures
 - ☐ 5 jours
 - ☐ 20 jours
 - ☐ Je ne sais pas
-

Q66 Comment pouvez-vous vous procurer la pilule contraceptive d'urgence (ou la "pilule du lendemain") ?

- ☐ Si vous avez moins de 18 ans, vous ne pouvez pas vous la procurer, même avec une prescription médicale
- ☐ Si vous avez moins de 21 ans, vous devez demander à vos parents de vous accompagner chez le médecin pour obtenir une prescription médicale
- ☐ Toutes les femmes doivent avoir une prescription médicales, peu importe leur âge
- ☐ Vous pouvez l'acheter en pharmacie, sans prescription médicale, peu importe votre âge
- ☐ Je ne sais pas

End of Block: CKA

Start of Block: CAS

Q67 Répondez à ces affirmations selon vos opinions. Il n'y a pas de réponses justes ou fausses

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en désaccord ni d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Je pense que l'utilisation de contraceptifs est mal	☐	☐	☐	☐	☐
Les méthodes contraceptives diminuent la libido	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser une contraception est bien plus souhaitable que de recourir à un avortement	☐	☐	☐	☐	☐
Les hommes qui utilisent un contraceptif paraissent moins virils que les hommes qui n'en utilisent pas	☐	☐	☐	☐	☐
J'encourage mes ami·e·s à utiliser un moyen de contraception	☐	☐	☐	☐	☐
Je ne m'engagerais pas à avoir des relations sexuels avec mon/ma partenaire s'il/elle n'accepterait pas de prendre ses responsabilités dans la contraception	☐	☐	☐	☐	☐
Les adolescent·e·s ne devraient pas avoir besoin de la permission de leurs parents pour obtenir une contraception	☐	☐	☐	☐	☐

La contraception n'est pas vraiment nécessaire à moins qu'un couple n'ait eu des rapports sexuels plus d'une fois	☐	☐	☐	☐	☐
Les contraceptifs rendent les rapports sexuels moins romantiques	☐	☐	☐	☐	☐
Les femmes qui utilisent une méthode contraceptive sont de mœurs légères	☐	☐	☐	☐	☐
Je n'aurais pas de rapports sexuels si aucune méthode contraceptive n'était disponible	☐	☐	☐	☐	☐
Je ne crois pas que les contraceptifs empêchent réellement les femmes de tomber enceintes	☐	☐	☐	☐	☐
L'utilisation de la contraception est une façon de montrer que vous tenez à votre partenaire	☐	☐	☐	☐	☐
Je ne parle pas de contraception avec mes ami·e·s	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sentirai gêné·e de discuter de contraception avec mes ami·e·s	☐	☐	☐	☐	☐

Il faut utiliser une contraception quelle que soit la longévité du mariage	☐	☐	☐	☐	☐
Il est difficile d'obtenir une contraception	☐	☐	☐	☐	☐
Les contraceptifs peuvent en fait rendre les rapports sexuels plus agréables	☐	☐	☐	☐	☐
J'estime que la contraception est de la seule responsabilité de mon/ma partenaire	☐	☐	☐	☐	☐
Pendant les rapports sexuels, je me sens plus détendu·e si une méthode contraceptive est utilisée	☐	☐	☐	☐	☐
Je préfère utiliser une contraception lors d'un rapport sexuel	☐	☐	☐	☐	☐
A l'avenir, j'ai l'intention d'utiliser une méthode contraceptive à chaque fois que j'aurai des rapports sexuels	☐	☐	☐	☐	☐
J'utiliserai une contraception même si mon/ma partenaire ne le voudrait pas	☐	☐	☐	☐	☐
Ce n'est pas compliqué d'utiliser des moyens de contraception	☐	☐	☐	☐	☐

L'utilisation d'une contraception rend la relation trop sérieuse	☐	☐	☐	☐	☐
Les rapports sexuels ne sont pas amusants si un moyen contraceptif est utilisé	☐	☐	☐	☐	☐
Les contraceptifs valent la peine d'être utilisés, même si leur coût est élevé	☐	☐	☐	☐	☐
Les contraceptifs encouragent la promiscuité sexuelle	☐	☐	☐	☐	☐
Les couples devraient parler de contraception avant d'avoir des relations sexuelles	☐	☐	☐	☐	☐
Si moi ou mon/ma partenaire avons eu des effets secondaires négatifs suite à une méthode contraceptive, nous utiliserions une méthode différente	☐	☐	☐	☐	☐
Les moyens de contraception donnent l'impression que le rapport sexuel est trop planifié	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens mieux quand j'utilise une contraception	☐	☐	☐	☐	☐

End of Block: CAS

Start of Block: Using pill

Q68 Répondez à ces affirmations selon vos opinions. Il n'y a pas de réponses justes ou fausses - Je pense qu'utiliser la pilule contraceptive c'est... :

☐ Bien

☐ Mal

Q69 Je pense qu'utiliser la pilule contraceptive c'est... :

☐ Utile

☐ Inutile

Q70 Je pense qu'utiliser la pilule contraceptive c'est... :

☐ Sain

☐ Malsain

Q71 Je pense qu'utiliser la pilule contraceptive c'est... :

☐ Fiable

☐ Peu fiable

Q72 Je pense qu'utiliser la pilule contraceptive c'est... :

☐ Bénéfique

☐ Nuisible

Q73 Je pense qu'utiliser la pilule contraceptive c'est... :

- ☐ Positif
 - ☐ Négatif
-

Q74 Je pense qu'utiliser la pilule contraceptive c'est... :

- ☐ Efficace
 - ☐ Inefficace
-

Q75 Je pense qu'utiliser la pilule contraceptive c'est... :

- ☐ Sûr
 - ☐ Dangereux
-

Q76 Je pense qu'utiliser la pilule contraceptive c'est... :

- ☐ Adéquat
 - ☐ Inadéquat
-

Q77 Je pense qu'utiliser la pilule contraceptive c'est... :

- ☐ Agréable
 - ☐ Désagréable
-

Q78 Je pense qu'utiliser la pilule contraceptive c'est... :

- ☐ Courageux
- ☐ Lâche

Q79 Je pense qu'utiliser la pilule contraceptive c'est... :

- ☐ Tranquillisant
 - ☐ Angoissant
-

Q80 Je pense qu'utiliser la pilule contraceptive c'est... :

- ☐ Efficient
- ☐ Inefficient

End of Block: Using pill

Start of Block: Male survey

Q81 Répondez à ces affirmations selon vos opinions. Il n'y a pas de réponses justes ou fausses

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en désaccord ni d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Une procédure de stérilisation pour éviter une grossesse devrait être l'affaire de ma partenaire, pas la mienne	☐	☐	☐	☐	☐
Je n'ai aucune objection à utiliser un moyen de contraception tant que c'est ma partenaire qui l'utilise	☐	☐	☐	☐	☐
Savoir que ma partenaire utilise une méthode contraceptive me libère de tout sentiment et/ou responsabilité liés à la grossesse	☐	☐	☐	☐	☐
Les rapports sexuels ne semblent pas aussi bien quand on utilise un moyen de contraception	☐	☐	☐	☐	☐
Interrompre le rapport sexuel pour utiliser un contraceptif casse généralement l'ambiance	☐	☐	☐	☐	☐
L'utilisation de certains moyens de contraception exige des connaissances particulières que je n'ai pas envie d'apprendre	☐	☐	☐	☐	☐

L'anticipation nécessaire à l'utilisation de certains moyens de contraception gâche la spontanéité (ex : mise en place du préservatif avant le rapport sexuel)	☐	☐	☐	☐	☐
Il y a plus de plaisir sexuel quand je n'ai pas à me soucier d'utiliser un moyen de contraception	☐	☐	☐	☐	☐
Mon manque de connaissances sur les différents moyens de contraception disponibles n'est pas important pour moi	☐	☐	☐	☐	☐
La principale responsabilité d'éviter une grossesse incombe à ma partenaire plutôt qu'à moi-même.	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de planification et la spontanéité de mes relations sexuelles sont les aspects les plus excitants	☐	☐	☐	☐	☐
Je suis plus performant sexuellement lorsque je sais que ma partenaire utilise une méthode contraceptive	☐	☐	☐	☐	☐

Le retrait comme contraception entraîne un sentiment sexuel inachevé	☐	☐	☐	☐	☐
Ma performance sexuelle est diminuée si j'utilise un moyen de contraception	☐	☐	☐	☐	☐
Une vasectomie réduit la fréquence et/ou la performance sexuelle	☐	☐	☐	☐	☐
L'utilisation d'un préservatif diminue la stimulation et la sensibilité chez ma partenaire	☐	☐	☐	☐	☐

End of Block: Male survey

Start of Block: Commentaire



Q82 Avez-vous un commentaire à formuler ? *Optionnel*

Q999 Le questionnaire est terminé. Pour valider et enregistrer vos réponses, cliquer sur "Valider mes réponse" :

☐ Valider mes réponses

End of Block: Commentaire

Protocole de recherche - Océane SCHMITT – Université Catholique de Louvain

Dans le cadre du mémoire en master de santé publique (Université Catholique de Louvain, Woluwé).

Mémorante : Océane Schmitt (UCL) *mail*

: oceane.schmitt@student.uclouvain.be

tél : 04 70 46 92 34

Promoteur : Pr. Jean-Marie Degryse (SSS/MEDE -- Faculté de médecine et médecine dentaire ; SSS/IRSS -- Institut de recherche santé et société) *mail* : jean-marie.degryse@uclouvain.be

Titre de l'étude

Connaissance, perception et barrières de la contraception chez les étudiants

Introduction

Depuis la loi Neuwirth en 1960, la place de la contraception dans notre société évolue constamment. Le paysage contraceptif est longtemps resté figé et la médicalisation de la contraception et du corps des femmes, leurs ont donné la responsabilisation de la fertilité au sein du couple (Amsellem-Mainguy, Y., 2011 ; Moreau, C., 2009).

Bajos et al. (2014) observent cependant une évolution du paysage contraceptif depuis ces dix dernières années grâce à la diversification des méthodes contraceptives. De plus, les connaissances de la jeune population dans ce domaine s'améliorent mais présente encore des lacunes importantes (IGAS, Inspection générale des affaires sociales., 2009 ; Szűcs M., 2016 ; Solidaris Institut., 2017).

La grande enquête contraception, effectuée par Solidaris en 2017 montre une évolution des pratiques contraceptives. Cette évolution se constate également chez nos voisins en France (Bajos, N., et al., 2012 ; Bajos, N., et al., 2014). Cependant une stabilité du recours à la contraception d'urgence et des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) face à l'augmentation de l'utilisation d'une contraception révèle le paradoxe contraceptif ancré dans notre société. La multiplication des changements de type de contraception reste un facteur important des risques d'une grossesse non planifiée. Le changement de méthode étant directement lié par la satisfaction de l'utilisatrice et donc son adhérence (IGAS., 2009 ; Moreau, C., 2009).

En effet, une contraception reste un choix personnel et relève de l'intimité de la personne. La perception positive ou négative sur les attributs de la méthode restent subjective (Marshalli, C., 2016).

Cependant l'influence du choix du médecin sur la méthode contraceptive peut entraîner une insatisfaction et donc une mauvaise utilisation voire un arrêt de la méthode. De nombreuses femmes se disent insatisfaites de leur méthode contraceptive (Marshalli, C., 2016 ; Amsellem-Mainguy, Y., 2011).

Enfin, le manque de standardisation dans les prescriptions de contraception donne à la pilule une place centrale dans les actions visant à améliorer la couverture contraceptive de la population. Malgré un large panel des méthodes, la pilule maintient sa première place (Machado, R-B., 2013 ; Merckx, M., 2011). Pourtant, sa popularité est en baisse, notamment suite à la crise des 3e et 4e générations et suscitent de nombreux débats, divisant la population (Moreau, C., 2009 ; IFOP., 2018).

Ainsi, depuis la révolution sexuelle de mai 68, la place de la contraception au sein de la société, du couple et de la femme est en perpétuelle évolution. Les jeunes adultes étant directement concernées par ce domaine, comment perçoivent-ils la contraception actuellement ? Quels sont leurs attitudes et l'utilisation de la contraception ? Enfin, la contraception a longtemps été "une affaire de femmes". De ce fait, la médicalisation de la contraception a développé de nombreuses méthodes, exclusivement féminines. Comment les jeunes hommes se positionnent-ils actuellement face à la contraception ?

Problématique

Quelle sont les connaissances, les barrières et la perception de la contraception chez les étudiants ?

Hypothèse de travail

Une meilleure compréhension de la connaissance, perception et barrières auprès de la population étudiante permettrait une offre en adéquation avec leur besoin. Nous pouvons supposer que :

- les étudiants ont de bonnes connaissances sur la contraception
- les étudiants dans le domaine des sciences de la santé ont une meilleure connaissance sur la contraception et le cycle féminin en comparaison aux autres étudiants
- la couverture contraceptive dans la population étudiante est excellente (vide contraceptif faible)
- La perception des effets secondaires influence la perception de la contraception de façon négative
- La contraception est perçue de façon positive au sein de la population étudiante
- La perception de la pilule est plus négative qu'auparavant
- Les effets secondaires ressentis ne permettent pas une totale satisfaction de la méthode de contraception utilisée
- Les femmes demandent plus d'égalité dans la responsabilité sur la contraception
- Les hommes restent en retrait dans la prise de responsabilité de la contraception (les formes médicales actuelles ne leur permettent pas un grand investissement pour autant)

La compréhension de la perception, des connaissances et des barrières de la contraception chez la jeune population permet l'utilisation d'un moyen de contraception adapté (moins d'échecs contraceptifs, moins de recours à l'IVG, informations plus pertinentes de la part des professionnels de la santé, méthode contraceptive plus adaptée au mode de vie de la personne).

Objectif de l'étude

1. Objectif général

- Mesurer l'utilisation d'un moyen de contraception auprès des étudiants de l'Université Catholique de Louvain = État des lieux

2. Objectifs spécifiques

- Mesurer la connaissance des différentes méthodes de contraception (et leurs moyens d'actions)
- Mesurer l'attitude et l'opinion de la contraception chez les étudiants
- Mesurer les changements de contraception chez un individu dans la population étudiante de l'Université Catholique de Louvain
- Mesurer les barrières à l'utilisation d'une contraception

Généralité

Soumission d'un questionnaire en ligne, auto-administré, auprès de la population étudiante de l'UCL via les réseaux sociaux.

- un groupe issu des facultés en sciences de la santé sur le site de Woluwé
- autre groupe issu des autres facultés sur le site de Louvain-la-Neuve

Le questionnaire comprend :

1. Des variables de fond :

a. Démographiques

- i. Âge ii. Sexe
- iii. Nationalité
- iv. Statut marital

b. Etudes

- i. Campus ii. Faculté
- iii. Année d'étude

c. Classes sociales

- i. Diplôme de la mère
- ii. Catégorie professionnelle de la mère

- iii. Diplôme du père
- iv. Catégorie professionnelle du père
- v. Financement des études vi. Activité professionnelle

d. Activité hétérosexuelle

- i. Rapport hétérosexuel
 - 1. Âge du premier rapport hétérosexuel
- ii. Personne sexuellement active ces 12 derniers mois

e. Première contraception

- i. Première méthode contraceptive
 - 1. Âge de la première contraception ii. Raisons de cette première contraception
- iii. Préoccupations face à cette première méthode
- iv. Conseillers de cette première contraception

f. Utilisation actuelle

- i. Utilisation actuelle d'une méthode contraceptive
 - 1. Raison du choix de la méthode actuelle
 - 2. Raison de la non utilisation d'une contraception
- ii. Conseillers de la méthode actuelle
- iii. Satisfaction de la méthode actuelle
- iv. Utilisation d'une contraception lors du dernier rapport hétérosexuel =
Vide contraceptif

g. Responsabilité de la contraception au sein du couple

- i. Charge financière de la contraception
- ii. Implication dans l'initiation de l'utilisation iii. Implication dans le choix de la méthode

Population visée : Femmes et Hommes

- 2. Un test mesurant la connaissance

Contraceptive Knowledge Assessment (CKA), Meagan Campol Haynes, Nessa Ryan, Mona Saleh, Abigail Ford Winkel, Veronica Ades (2016).

Ce test permet d'évaluer de façon fiable le niveau de connaissance de la contraception selon les méthodes actuellement disponibles, chez les hommes et les femmes en âge de procréer. Les 25 questions portent sur les domaines de connaissances connues comme les contraceptifs réversibles à longue durée d'action, la contraception d'urgence, les mythes courants et les taux d'efficacité.

Population visée : Femmes et Hommes

⇒ Le CKA s'inspire du gold standard autrefois utilisés (CKI, Contraceptive Knowledge Inventory), les questions sont mises à jour avec les méthodes actuelles.

- 3. Une échelle d'évaluation sur la perception de la contraception

Contraceptive Attitude Scale (CAS), Black, K. J. & Pollack, R. H. (1987)

Cette échelle mesure l'attitude des répondants face à l'utilisation de la contraception en général. 17 items positifs et 15 items négatifs = 32 items

Population visée : Femmes et Hommes

⇒ Échelle s'adressant aux hommes comme aux femmes. Elle est générale et permet de connaître la perception de l'individu sur la contraception en générale.

4. Une échelle pour les femmes qui permet de mesurer la perception face à la pilule

Attitude Toward Using Birth Control Pills Scale, Herold, E. S., & Goodwin, M. S. (1980)

14 items avec adjectifs bipolaires sur une échelle à 7 points

Population visée : Femmes

⇒ Échelle permettant de connaître la perception de la pilule exclusivement. Cette méthode étant controversée de nos jours par certains groupes de la population. Cette échelle a l'avantage d'être courte.

5. Une échelle permettant de mesurer la perception des hommes face à la contraception féminine et leur positionnement face à cette responsabilité

Male Birth Control Practice and Sex Role Stereotypes Regarding Female Contraceptive Responsibility. Weinstein, S. A., & Goebel, G. (1979) 2 échelles sont présentes :

- **ABC** : Male birth control practice = 16 items
- **SRS** : Sex role stereotypes regarding female contraceptive responsibility = 4 items

Population visée : Hommes

⇒ Cette échelle est la seule disponible permettant de connaître l'attitude et le sens de la responsabilité des hommes sur leur contraception ou de celle au sein de leur relation.

Au total :

Pour les femmes répondantes : 39 items

Pour les hommes répondants : 48 items

- + 25 questions de connaissances sur la contraception
- + 40 questions pour les variables de fonds

Méthode de l'étude

• Echantillonnage :

Le calcul de l'échantillon a été réalisé sur le site "surveymonkey" :

The image shows a screenshot of the SurveyMonkey sample size calculator. At the top, it says "Calculez la taille de votre échantillon". Below this, there are three input fields: "Taille de la population" with the value 28500, "Niveau de confiance (%)" with a dropdown menu showing 95, and "Marge d'erreur (%)" with the value 5. Below these fields, it says "Taille de l'échantillon" followed by the result "380" in large green font.

Paramètre	Valeur
Taille de la population	28500
Niveau de confiance (%)	95
Marge d'erreur (%)	5
Taille de l'échantillon	380

Source : <https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>

L'échantillon est stratifié par campus.

Sur base de la population étudiante UCL des 2 campus : 28 500 étudiants → **380** répondants

avec un niveau de confiance de 95% et 5% de marge d'erreur. Soit :

- Campus Woluwé : 7000 étudiants → **95** répondants
- Campus Louvain-La-Neuve : 21 500 étudiants → **285** répondants

● Critère d'inclusion

La population cible pour le questionnaire est :

- les étudiants de l'Université Catholique de Louvain issus des campus Woluwé et Louvain-La-Neuve.

Pour toucher cette population cible, les délégués de classes issus de différentes facultés seront contactés. En effet, grâce à leur contact et à la proximité qu'ils maintiennent avec la population cible (eux-même en faisant partie), la diffusion du questionnaire en ligne par les délégués sur les groupes de classes sur facebook sera un atout.

Les délégués des BAC 1, 2 et 3, ainsi que ceux des Master 1 et 2 des facultés seront contactés :

- Campus de Woluwé :
 - Faculté de médecine et médecine dentaire
 - Faculté de pharmacie et des sciences biomédicales
 - Faculté de santé publique
- Campus de Louvain-La-Neuve :
 - Faculté de droit et de criminologie
 - Faculté de philosophie, arts et lettres
 - Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation
 - Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication

Ce critère d'inclusion est inclus dans les variables de fond. Par la question n°5 "Sur quel campus de l'Université Catholique êtes-vous ?" les répondants cochant "autre" seront exclus de l'analyse des données.

● Critères d'exclusions

Les critères d'exclusion de l'échantillon :

- Les étudiants issus d'une autre université
- Les étudiants issus d'un autre campus que Woluwé et Louvain-La-Neuve
- Les personnes qui ne sont pas étudiantes

Les critères d'inclusion et d'exclusion sont volontairement peu spécifique, afin d'avoir l'opinion et la connaissance de la contraception chez un profil varié de la population étudiante (personne en couple, célibataire, femmes, hommes, d'orientations sexuelles variées).

- **Validité externe**

Les résultats de l'enquête peuvent être généralisés à la population étudiante en générale. Ce questionnaire peut être soumis à n'importe quel échantillon de la population (hormis les questions sur le lieu d'études et le programme de l'étude).

Il sera aussi possible de comparer les résultats avec ceux obtenus par l'enquête de Solidaris sur la contraception auprès de la population des 14-55 ans.

- **Validité interne**

Pour le questionnaire, il faut éviter :

- les biais de sélection, par une définition claire de la population de l'étude ; explicite des critères d'inclusion et d'exclusion
- les biais d'observation (information) : par la soumission d'un questionnaire en ligne, auto-administré et anonyme.
- les biais de confusion : La réalisation d'une étude comparative, randomisée en double aveugle n'étant pas possible, le biais de confusion reste limité dans cette étude par la diffusion auprès des étudiants. Les répondants sont aléatoires.

Comment éviter le biais de sélection ?

Le biais de sélection est une erreur systématique lors de la sélection des sujets.

Le biais de sélection peut être évité par randomisation ou tirage aléatoire dans la population cible. Ceci n'est pas possible pour cette enquête.

Une autre possibilité est la **stratégie de communication** ⇒ Une bonne communication/un bon "hameçonnage" permettra de diminuer l'effet du biais de sélection, sans pour autant le supprimer. En effet, si le texte d'accroche captive un large panel d'étudiants, y compris ceux ne se sentant pas concernés par le sujet de la contraception, le biais de sélection pourrait être minimisé.

Cette stratégie de communication implique :

- le contact avec les délégués de classes afin qu'ils diffusent le questionnaire auprès de leurs "camarades de classe"
- Un texte introductif expliquant le but de l'enquête lors de la diffusion du questionnaire.

Le But est :

- Inclure autant les hommes que les femmes
- Inclure toutes les orientations sexuelles
- Inclure autant les non-utilisateurs que les utilisateurs de contraception
- Inclure toutes les formes de contraception
- Inclure une tranche d'âge uniformément répartie
- Inclure une grande variabilité de facultés différentes

- Atteindre les objectifs du nombre de répondants requis pour le campus de Woluwé et le campus de LLN

- **Qualité des données**

Lors du remplissage du questionnaire par le répondant, il ne sera pas possible de passer à la page suivante si une question a été oubliée. Ceci dans le but d'éviter un maximum la perte d'information due à des non-réponses.

Pour l'exportation des réponses dans le logiciel spss, une double vérification des data sera effectuée afin d'avoir un recueil de données de qualité.

- **Analyse**

Les données seront analysées par le logiciel spss version 24. Je ferais :

- Une statistique descriptive des données démographiques de l'échantillon
- Une analyse descriptive comparative entre différents sous-groupes (sexe, âge du premier rapport, etc.) selon les variables issues de la littérature, pouvant avoir une influence positive ou négative sur la contraception
- Une analyse des échelles de mesures avec les variables de fond
- Une comparaison des résultats des échelles selon les différents sous-groupe de l'échantillon
- Une analyse multivariée pour faire ressortir les tendances vis à vis de la contraception auprès de la population étudiante

Calendrier

- Mai 2019 : demande au Comité Éthique Hospitalo-Facultaire
- Mai-Juin 2019 : recueil des données
- Septembre 2019 : Analyses des données
- Novembre 2019 : Rédaction du mémoire
- Janvier 2020 : Défense orale

Bibliographie

Amsellem-Mainguy, Y. (2011). Enjeux de la consultation pour la première contraception.

Jeunes femmes face aux professionnels de santé. *Santé Publique*, 23(2), 77.

doi:10.3917/spub.112.0077

Aubin, C., Jourdain Menninger, D., IGAS, Inspection générale des affaires sociales. (2009).

La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence, RAPPORT N°RM2009-104A. En ligne,

<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049.pdf>

Bajos, N., Moreau, C., Bohet, A., et al. (2012). La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population et Sociétés, bulletin mensuel d'informations démographiques, économiques, sociales*, 492(492). En ligne :

https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf

- Bajos, N., Rouzaud-Cornabas, M., Panjo, H., et al. (2014). La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population et Sociétés*, 511(511). En ligne, https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19893/population.societes.2014.511.crise.pilule.fr.pdf
- FPS, Femmes Prévoyantes Socialistes. (2013). Femmes et contraception : quel véritable choix ? En ligne, <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/09/Analyse2013-FemmesEtContraception.pdf>
- IFOP., IllicoMed. (2018). Sondage, Contraception : Pourquoi les femmes délaissent la pilule ? En ligne, https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/09/115238_Rapport_Ifop_IllicoMed_25.09.2018.pdf
- Inspection Générales des Affaires Sociales, IGAS. (2009). [Rapport N°RM2009-104A] : La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. En ligne : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049.pdf>
- Machado, R. B., Pompei, L. M., Giribela, A., & Melo, N. R. (2013). Impact of standardized information provided by gynecologists on women's choice of combined hormonal contraception. *Gynecological Endocrinology*, 29(9), 855-858. doi:10.3109/09513590.2013.808325
- Marshall, C., Guendelman, S., Mauldon, J., & Nuru-Jeter, A. (2016). Young Women's Contraceptive Decision Making: Do Preferences for Contraceptive Attributes Align with Method Choice? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 48(3), 119-127. doi:10.1363/48e10116
- Merckx, M., Donders, G. G., Grandjean, P., Sande, T. V., & Weyers, S. (2011). Does structured counselling influence combined hormonal contraceptive choice? *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 16(6), 418-429. doi:10.3109/13625187.2011.625882
- Moreau, C., Spira, A. & Bajos, N. (2009). Évolution des pratiques contraceptives en France, impact social et démographique, 11(5), 338-345. DOI : 10.1684/mte.2009.0263
- Solidaris Institut, FCPF-FPS. Fédération des Centres de Planning Familial des Femmes Prévoyantes Socialistes. (2017). Grande Enquête – Contraception 2017. En ligne : http://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2017/04/Contraception-2017_FINAL.pdf
- Szücs, Márta, et al. (2016). “Knowledge and Attitudes of Female University Students on Menstrual Cycle and Contraception.” *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 37, no. 2, pp. 210–214., doi:10.1080/01443615.2016.1229279.

Annexe

Questionnaire soumis auprès de la population cible (version pdf) : Cf. autre document “Qualtrics Survey Software VERSION FINALE.pdf”

FORMULATION de l'AVIS DU CEHF

Cocher la ou les case(s) correspondante(s).

- ☐ étude rétrospective
- ☐ étude sur matériel corporel humain résiduel
- ☐ mémoire non interventionnel
- ☒ mémoire interventionnel consistant uniquement en un questionnaire ou une enquête hors routine

Titre de l'étude : « Connaissances, perception et barrières de la contraception chez les étudiants. »

Schmitt Océane (nom, prénom) soumet pour approbation les documents ou demande repris ci-dessous (indiquer les versions et les dates):

- X Document d'information et de consentement participant, Version 1 reçu le 10MAY2019
- X Résumé de l'étude, Version 1 reçu le 10MAY2019
- X Protocole reçu le 24MAY2019
- X Questionnaire, Version 2 dd.27JUN2019
- X CV de l'étudiant
- X CV de l'investigateur principal - promoteur de mémoire
- X L'assurance en responsabilité civile "même sans faute" (art. 29 de la loi du 7/05/2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine) Ethias dd. 08MAY2019
- X Autre(s): Formulaire de soumission simplifiée reçu le 24MAY2019 ; Lettre de réponse aux remarques du CEHF dd. 27 jun 2019 ; Questionnaire 1 GDPR dd. 30MAY2019.

A compléter par le CEHF

Le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCL a bien reçu, examiné l'ensemble des documents relatifs au projet de recherche susmentionné.

L'avis du CEHF est :

- X **favorable: le projet peut être initié**
- ☐ provisoire: tenir compte des remarques et modifications suivantes:
 - ☐ Formulaire d'information:
 - ☐ Formulaire de consentement:
 - ☐ Respect de la confidentialité:
 - ☐ Anonymisation des données:
 - ☐ Autre(s):
- ☐ défavorable: le projet ne peut pas être initié

Référence du CEHF:2019/15MAY/211..... (à mentionner lors de toute correspondance ultérieure)

N° d'enregistrement belge:B 403201940631.....

Date et signature:
 Professeur J.M. MALOTEAUX
 Président CEHF

Comité d'Éthique
 UCL - SAINT-LUC
 Professeur J.M. MALOTEAUX
 Président

05.07.2019

Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire

COMPOSITION DU COMITE D'ETHIQUE (au 01 juillet 2019)

Président :	MALOTEAUX Jean-Marie, Docteur en médecine
Vice-Présidents :	DUVEILLER Véronique, Pharmacien MAES Marc, Docteur en médecine SCHAMPS Geneviève, Juriste
Secrétaire :	LIESSE Marie-Chantal, Infirmière
Docteurs en médecine (Cliniques Universitaires Saint-Luc et/ou à la Faculté de Médecine) :	BERLIERE Marine HORSMANS Yves HOUTEKIE Laurent HUMBLET Yves REDING Raymond ROGIERES Luc OTTE Jean-Bernard (i) van den HOVE-VANDENBROUCKE Marie-France (i)
Médecins omnipraticiens ou extérieur aux Cliniques :	LAMY Dominique EVRARD Patrick (Cliniques Mont-Godinne) (i)
Ethicien :	GAZIAUX Eric
Juristes :	VAN HELLEPUTTE Emmanuelle (i)
Infirmières (Cliniques Universitaires Saint-Luc) et assistante sociale :	COUPEZ Cécile DETENNE Claire (i) VANDEUREN Carine (AS, représentante des patients*)
Psychologue :	TERLINDEN Guilbert (i)
Collaborateurs scientifiques permanents du comité d'éthique :	
Pharmaciennes hospitalières :	de PIERPONT Pascale (i) HALLEUX Séverine (i)
Méthodologiste, PhD :	de HEMPTINNE Isabelle (i) GABRIEL Anne (i)
Représentant Volontaires Sains :	BLEUS Olivier (i) / CHAPUT Stéphanie (i)

(i) Invité

*Membre remplaçant comme représentante des patients: Aurélie Carlier

Pour l'analyse des protocoles d'études cliniques, tous les membres reçoivent l'ensemble des documents nécessaires pour formuler un avis et doivent déclarer tout conflit d'intérêt éventuel.

Le Comité d'Éthique fonctionne selon les directives des Bonnes Pratiques Cliniques (BPC/GCP)

Nom du Comité d'Éthique attribué par le Comité Consultatif de Bioéthique : 483 (agréement complet 2014-2018)

Agreement of Institutional (non-US) Review Board: IRB 00001538 (Cliniques Universitaires Saint-Luc, v.d. August 2020)

Federalde Assurance (FWA) for the protection of human subjects: FWA 00083749 (Cliniques Universitaires Saint-Luc, v.d. September 2021)

Agreement of Institutional (non-US) Review Board: IRB 00008533 (Université Catholique de Louvain, v.d. August 2020)

Federalde Assurance (FWA) for the protection of human subjects: FWA 00018229 (Université catholique de Louvain, v.d. September 2021)

Accreditation by the Association for Accreditation of Human Research Protection Programs (AAHRPP) 2015 -

Accreditation by the Belgian Federal Agency for Medicines and Health Products (FAMHP/AFMPS) 2015 -

Annexe 06

Tableau 16. Description démographique et de l'activité sexuelle de l'échantillon, selon le sexe

		FEMMES n=299	HOMMES n=53	p-valeur
Age (en année)		22,55 ± 3,41 [16 ; 44]	22,19 ± 3,16 [19 ; 33]	0,47
Nationalité (Belgique)		251 (83,9%)	47 (88,7%)	0,38
Relation (avec un·e partenaire)		177 (59,2%)	17 (32,1%)	0,00*
Campus (Woluwé)		146 (48,8%)	13 (24,5%)	0,00*
Secteur d'études (santé)		147 (49,2%)	15 (28,3%)	0,01*
Niveau d'études (bachelier)		138 (46,2%)	35 (66,0%)	0,01*
Niveau d'études de la mère (ou co-parent) n=349	Faible	63 (21,3%)	13 (24,5%)	0,85
	Moyen	101 (34,1%)	18 (34,0%)	
	Elevé	132 (44,6%)	22 (41,5%)	
Niveau d'études du père (ou co-parent) n=345	Faible	71 (24,2%)	17 (32,7%)	0,32
	Moyen	61 (20,8%)	12 (23,1%)	
	Elevé	161 (54,9%)	23 (44,2%)	
Activité professionnelle		107 (35,8%)	13 (24,5%)	0,11
CKA		16,20 ± 3,62	11,60 ± 3,36	0,00*
CAS		133,89 ± 11,03	126,40 ± 12,84	0,00*
Déjà eu une relation hétérosexuelle n=352		251 (83,9%)	39 (73,6%)	0,07
Age du premier rapport hétérosexuel (en année) n=290		17,49 ± 2,305	17,54 ± 2,292	0,90
Utilisation d'une contraception lors du premier rapport hétérosexuel n=290		228 (90,8%)	34 (87,2%)	0,47
Déjà utilisé personnellement une contraception n=352		266 (89,0%)	33 (62,3%)	0,00*
Age de la première contraception (en année) n=299		16,77 ± 2,10	18 ± 2,29	0,00*
Rapport hétérosexuel durant les douze derniers mois n=290		242 (80,93%)	33 (62,26%)	0,00*
Utilisation d'une contraception durant les douze derniers mois n=352		245 (81,9%)	28 (52,8%)	0,00*

Utilisation d'une contraception lors du dernier rapport hétérosexuel = 273		229 (93,5%)	29 (96,4%)	0,54
	Très satisfait·e n=89	81 (33,1%)	8 (28,6%)	
	Satisfait·e	120 (49%)	12 (48,9%)	
	Un peu satisfait·e	19 (7,8%)	3 (10,7%)	
Satisfaction de sa contraception n=273	Ni satisfait.e, ni insatisfait.e	4 (1,6%)	0 (0,0%)	0,62
	Un peu insatisfait·e	8 (3,3%)	1 (3,6%)	
	Insatisfait·e	9 (3,7%)	3 (10,7%)	
	Très insatisfait·e	4 (1,6%)	1 (3,6%)	
Changement de contraception depuis la première méthode n=299		160 (60,2%)	11 (33,3%)	0,01*
Changement de contraception durant les douze derniers mois n=163		51 (33,6%)	2 (18,2%)	0,29
Charge financière de la contraception n= 290	Le.a répondant·e	194 (77,3%)	12 (30,8%)	
	50/50	42 (16,7%)	8 (20,5%)	0,00*
	Le partenaire	15 (6,0%)	19 (48,7%)	

Annexe 07

Tableau 17. Tableau montrant le changement de moyen de contraception entre la première méthode et la méthode utilisée actuellement

		Première contraception																				Total	
		Pilule		Patch		Anneau vaginal		DIU cuivre		Retrait		Implant		Préservatif masculin		Préservatif féminin		Méthode de l'ovulation		Abstinence		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Contraception actuelle	Pilule	125	69,1%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	80,0%	0	0,0%	94	60,6%	1	100,0%	1	50,0%	0	0,0%	165	63,0%
	Patch	0	0,0%	0	0,0%	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%
	Anneau vaginal	14	7,7%	1	50,0%	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	3,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	19	7,3%
	DIU hormonal	8	4,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	3,9%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	12	4,6%
	DIU en cuivre	11	6,1%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%	1	20,0%	0	0,0%	10	6,5%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	18	6,9%
	Retrait	11	6,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	10	6,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	13	5,0%
	Injections hormonales	1	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%
	Implant	3	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	5	3,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7	2,7%
	Préservatif masculin	44	24,3%	0	0,0%	1	33,3%	1	33,3%	1	20,0%	0	0,0%	51	32,9%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	69	26,3%
	Méthode de l'ovulation	2	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	1,5%
	Abstinence	4	2,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	1,5%
Total		181	69,1%	2	0,8%	3	1,1%	3	1,1%	5	1,9%	1	0,4%	155	59,2%	1	0,4%	2	0,8%	1	0,4%	262	100,0%

Tableau 18. Première contraception des répondant-es, selon le sexe

		Femme		Homme		Total
		n	%	n	%	
Première contraception	Pilule	127	50,0%	1	3,0%	128
	Double	63	24,8%	6	18,2%	69
	contraception					
	Préservatif masculin	60	23,6%	26	78,8%	86
	Retrait	5	2,0%	1	3,0%	6
	DIU en cuivre	3	1,2%	0	0,0%	3
	Patch	2	0,8%	0	0,0%	2
	Anneau vaginal	2	0,8%	1	3,0%	3
	Méthode de l'ovulation	2	0,8%	0	0,0%	2
	Abstinence	2	0,8%	0	0,0%	2
	Implant	1	0,4%	0	0,0%	1
	Préservatif féminin	1	0,4%	0	0,0%	1
Total		254		33		287

Tableau 19. Contraception actuelle des répondant-es, selon le sexe

		Femme		Homme		Total
			%	n	%	
Contraception actuelle	Pilule	127	51,8%	11	39,3%	138
	Préservatif masculin	32	13,1%	15	53,6%	47
	Double contraception	28	11,4%	1	3,6%	29
	Anneau vaginal	19	7,8%	0	0,0%	19
	DIU en cuivre	18	7,3%	0	0,0%	18
	DIU hormonal	11	4,5%	0	0,0%	11
	Retrait	8	3,3%	1	3,6%	9
	Implant	6	2,4%	1	3,6%	7
	Méthode de l'ovulation	6	2,4%	0	0,0%	6
	Abstinence	4	1,6%	0	0,0%	4
	Patch	1	0,4%	0	0,0%	1
	Injections hormonales	1	0,4%	0	0,0%	1
	Total	245		28		273

Annexe 08

Tableau 20. Raisons du dernier changement de contraception

	Réponses		Pourcentage d'observations
	n	%	
La nouvelle méthode convient mieux à vos besoins	73	15,6%	42,7%
Les effets secondaires de l'ancienne méthode étaient mal supportés	56	12,0%	32,7%
L'ancienne méthode ne vous convenait plus	48	10,3%	28,1%
La nouvelle méthode de contraception est plus facile à utiliser que l'ancien	44	9,4%	25,7%
Suite aux conseils d'un professionnel de la santé	44	9,4%	25,7%
La nouvelle méthode est moins nocive, agressive pour votre santé	40	8,5%	23,4%
Il y a moins d'effets négatifs sur mon désir sexuelle/ma libido	37	7,9%	21,6%
La nouvelle méthode diminue mieux les troubles hormonaux	26	5,6%	15,2%
La nouvelle méthode est plus fiable	24	5,1%	14,0%
La nouvelle méthode respecte plus le cycle féminin naturel	23	4,9%	13,5%
Autre (précisez) :	17	3,6%	9,9%
Sur base d'expériences positives de vos proches	13	2,8%	7,6%
La nouvelle méthode est moins chère/mieux remboursée	12	2,6%	7,0%
Après discussion avec des ami·e·s	8	1,7%	4,7%
Après avoir eu une grossesse non planifiée	2	0,4%	1,2%
Je ne souhaite pas répondre	1	0,2%	0,6%
Total	468	100,0%	273,7%

Annexe 09

Tableau 21. Raisons d'utilisation de la première méthode contraceptive et celle utilisée actuellement, selon le sexe

		Femme		Homme		Total
		n	%	n	%	n
Première méthode	Pour éviter une grossesse	181	68,0%	29	87,9%	210
	Diminuer flux / réduire douleurs / réguler les menstruations	117	44,0%	0	0,0%	117
	Se protéger des IST/MST	106	39,8%	26	78,8%	132
	Raison dermatologique	50	18,8%	0	0,0%	50
	Autre	10	3,8%	2	6,1%	12
	Aider à contrôler ses humeurs	4	1,5%	0	0,0%	4
	Ne sais plus	1	0,4%	0	0,0%	1
Total		266		33		299
Méthode actuelle	Pour éviter une grossesse	234	95,5%	27	96,4%	261
	Réguler / réduire la douleurs / diminuer le flux des menstruations	92	37,6%	2	7,1%	94
	Vous protéger des ISTs/MSTs	59	24,1%	14	50,0%	73
	Raisons dermatologiques	23	9,4%	1	3,6%	24
	Autre	14	5,7%	1	3,6%	15
	Aider à contrôler vos humeurs	3	1,2%	0	0,0%	3
	Je ne souhaite pas répondre	1	0,4%	0	0,0%	1
Total		245		28		273

Tableau 22. Caractéristiques importantes de la première méthode contraceptive et celle utilisée actuellement, selon le sexe

		Femme		Homme		Total
		n	%	n	%	
Première méthode	Efficacité de la méthode	185	69,5%	28	84,8%	213
	Facilité d'utilisation	146	54,9%	17	51,5%	163
	Facilité pour l'obtenir	84	31,6%	17	51,5%	101
	Coût abordable	75	28,2%	15	45,5%	90
	Protège contre les ISTs/MSTs	68	25,6%	23	69,7%	91
	Peu d'effets secondaires	66	24,8%	8	24,2%	74
	Sans menstruations irrégulières	63	23,7%	0	0,0%	63
	Sans risques pour la santé	51	19,2%	17	51,5%	68
	L'opinion d'un professionnel de soins de santé	51	19,2%	1	3,0%	52
	Remboursement d'une partie du prix	43	16,2%	0	0,0%	43
	L'opinion de votre famille	36	13,5%	3	9,1%	39
	Sans interférence sur la vie sexuelle et affective	29	10,9%	7	21,2%	36
	Présence des menstruations	24	9,0%	1	3,0%	25

Méthode actuelle	L'opinion de votre partenaire	19	7,1%	11	33,3%	30
	L'opinion de vos ami·e·s	10	3,8%	2	6,1%	12
	Autre	8	3,0%	0	0,0%	8
	Je ne sais plus	6	2,3%	0	0,0%	6
	L'opinion de votre communauté religieuse	1	0,4%	0	0,0%	1
	Total	266		33		299
	Efficacité de la méthode	199	81,2%	26	92,9%	225
	Facilité d'utilisation	150	61,2%	20	71,4%	170
	Peu d'effets secondaires	94	38,4%	7	25,0%	101
	Coût abordable	70	28,6%	10	35,7%	80
	Sans risques pour la santé	66	26,9%	10	35,7%	76
	Facilité pour l'obtenir	63	25,7%	10	35,7%	73
	Remboursement d'une partie du prix	57	23,3%	0	0,0%	57
	Sans interférence sur la vie sexuelle et affective	56	22,9%	3	10,7%	59
	L'opinion d'un professionnel de soins de santé	45	18,4%	1	3,6%	46
	Sans menstruations irrégulières	44	18,0%	1	3,6%	45
	Qu'entre les ISTs/MSTs	36	14,7%	12	42,9%	48
	Présence des menstruations	25	10,2%	0	0,0%	25

	L'opinion de votre partenaire	22	9,0%	7	25,0%	29
	L'opinion de votre famille	10	4,1%	0	0,0%	10
	L'opinion de vos ami·e·s	9	3,7%	0	0,0%	9
	Autre	6	2,4%	0	0,0%	6
	L'opinion de votre communauté religieuse	1	0,4%	0	0,0%	1
	Je ne sais plus	1	0,4%	0	0,0%	1
	Je ne souhaite pas répondre	1	0,4%	1	3,6%	2
Total		245		28		273

Tableau 23. Conseiller·ères de la première méthode contraceptive et celle utilisée actuellement, selon le sexe

		Femme		Homme		
		n	%	n	%	Total
Première méthode	Gynécologue	108	40,6%	1	3,0%	109
	Membre de votre famille	106	39,8%	8	24,2%	114
	Médecin traitant	66	24,8%	0	0,0%	66
	Ami·e·s	60	22,6%	10	30,3%	70
	Partenaire	38	14,3%	13	39,4%	51
	Centre de planning familial	23	8,6%	1	3,0%	24
	Lors d'une activité scolaire	20	7,5%	17	51,5%	37

	Autre	14	5,3%	2	6,1%	16
	Internet	10	3,8%	9	27,3%	19
	Lors d'une activité extrascolaire ou d'un mouvement de jeunes	3	1,1%	6	18,2%	9
Total		266		33		299
Méthode actuelle	Gynécologue	158	64,5%	6	21,4%	164
	Ami·e·s	42	17,1%	4	14,3%	46
	Membre de votre famille	40	16,3%	2	7,1%	42
	Médecin traitant	37	15,1%	1	3,6%	38
	Autre	21	8,6%	2	7,1%	23
	Partenaire	20	8,2%	12	42,9%	32
	Internet	19	7,8%	4	14,3%	23
	Contact dans un centre de planning familial	12	4,9%	1	3,6%	13
	Contact lors d'une activité scolaire	6	2,4%	7	25,0%	13
	Contact lors d'une activité extrascolaire ou d'un mouvement de jeunes	3	1,2%	4	14,3%	7
Total		245		28		273

Annexe 10

Tableau 24. Raisons de la non-utilisation d'un moyen contraceptif, selon le sexe

	Femmes		Hommes		Total
	n	%	n	%	
Vous n'avez pas (encore) de relations sexuelles	25	46,3%	8	29,6%	33
C'est nocif, agressif pour la santé	9	16,7%	0	0,0%	9
Je ne souhaite pas répondre	9	16,7%	3	11,1%	12
Ce n'est pas naturel	7	13,0%	0	0,0%	7
Les moyens contraceptifs dérèglent le cycle féminin naturel	7	13,0%	0	0,0%	7
Le fait de ne pas avoir de relation sexuelle stable	6	11,1%	4	14,8%	10
Je ne sais pas	5	9,3%	4	14,8%	9
Vous avez des relations exclusivement homosexuelles	5	9,3%	4	14,8%	9
C'était contraignant, il fallait y penser tout le temps	5	9,3%	0	0,0%	5
Ce n'est pas toujours fiable	4	7,4%	0	0,0%	4
Vous n'en voyez pas l'utilité	4	7,4%	0	0,0%	4
Cela diminue la fertilité	3	5,6%	0	0,0%	3
Cela peut faire grossir	4	7,4%	0	0,0%	4
Votre partenaire utilise un moyen contraceptif, vous n'en avez donc pas besoin	2	3,7%	6	22,2%	8
C'est moins contraignant de ne plus en utiliser	3	5,6%	1	3,7%	4
Vous avez peur de parler de contraception	1	1,9%	0	0,0%	1
Pour respecter vos convictions philosophiques/religieuses	3	5,6%	0	0,0%	3
Le prix	2	3,7%	0	0,0%	2
Après discussion avec des ami·e·s	1	1,9%	0	0,0%	1
A cause des effets secondaires, vous les supportiez mal	5	9,3%	0	0,0%	5
Cela concerne les femmes uniquement, les hommes s'impliquent peu	2	3,7%	1	3,7%	3
Cela entre en désaccord avec votre famille	1	1,9%	0	0,0%	1
Vous êtes actuellement enceinte	1	1,9%	0	0,0%	1
Pour des raisons médicales	0	0,0%	1	3,7%	1

Total	54	27	81
-------	----	----	----

Annexe 11

Tableau 25. Histogramme de la distribution des scores de l'échelle Contraceptive Knowledge Assessment

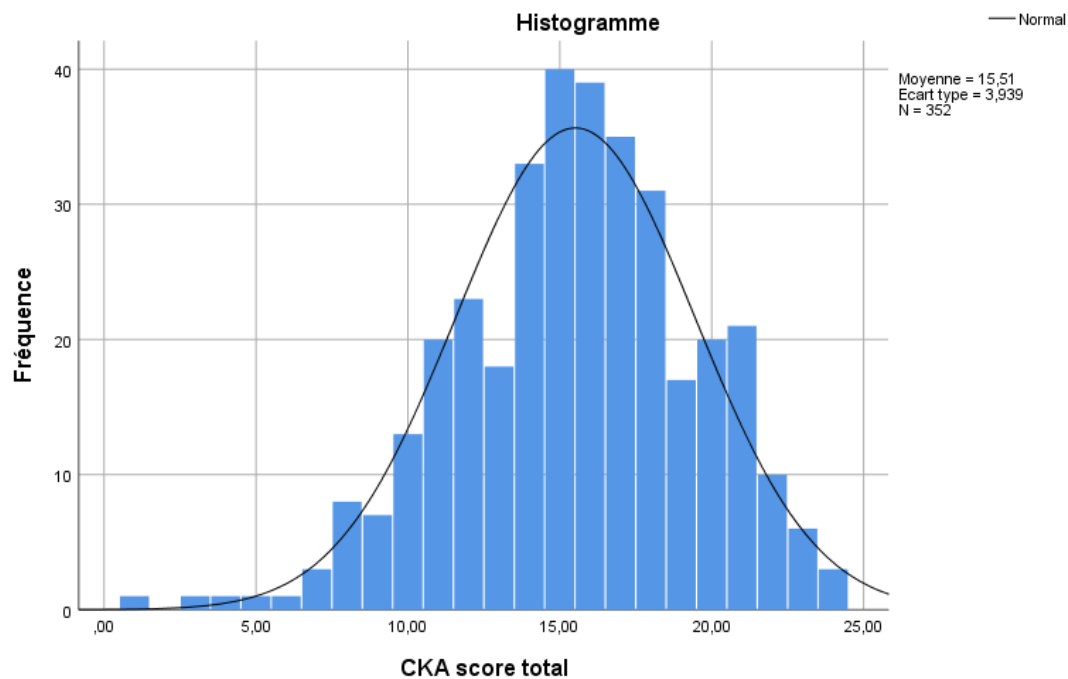


Tableau 26. Histogramme de la distribution des scores de l'échelle Contraceptive Attitude Scale

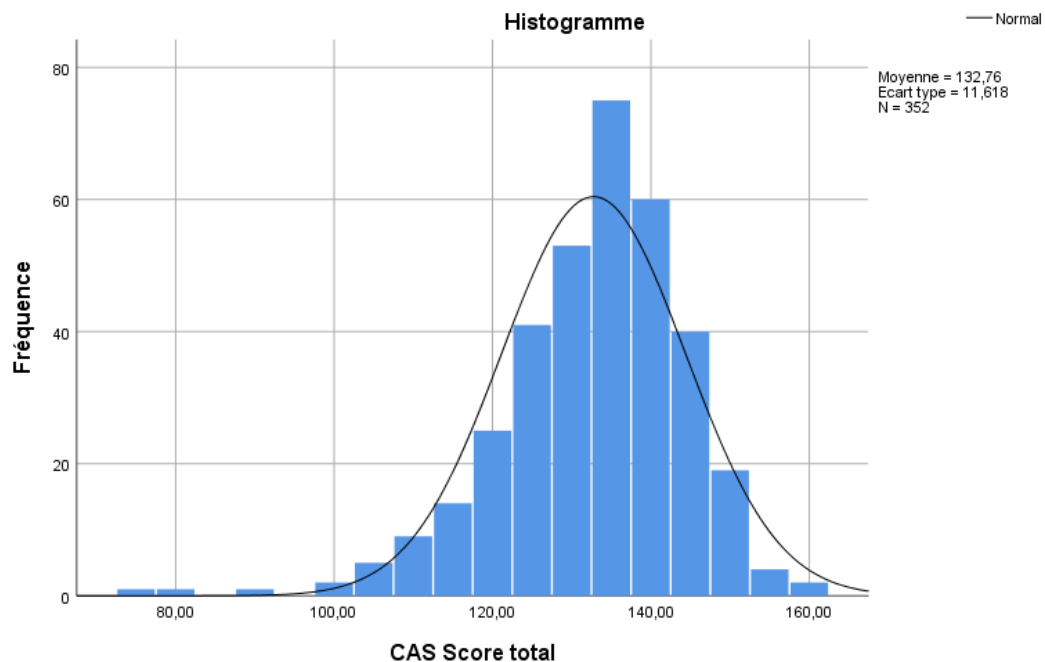


Tableau 27. Histogramme de la distribution des scores de l'échelle Attitude Toward Using Birth Control Pills Scale, chez les femmes seulement

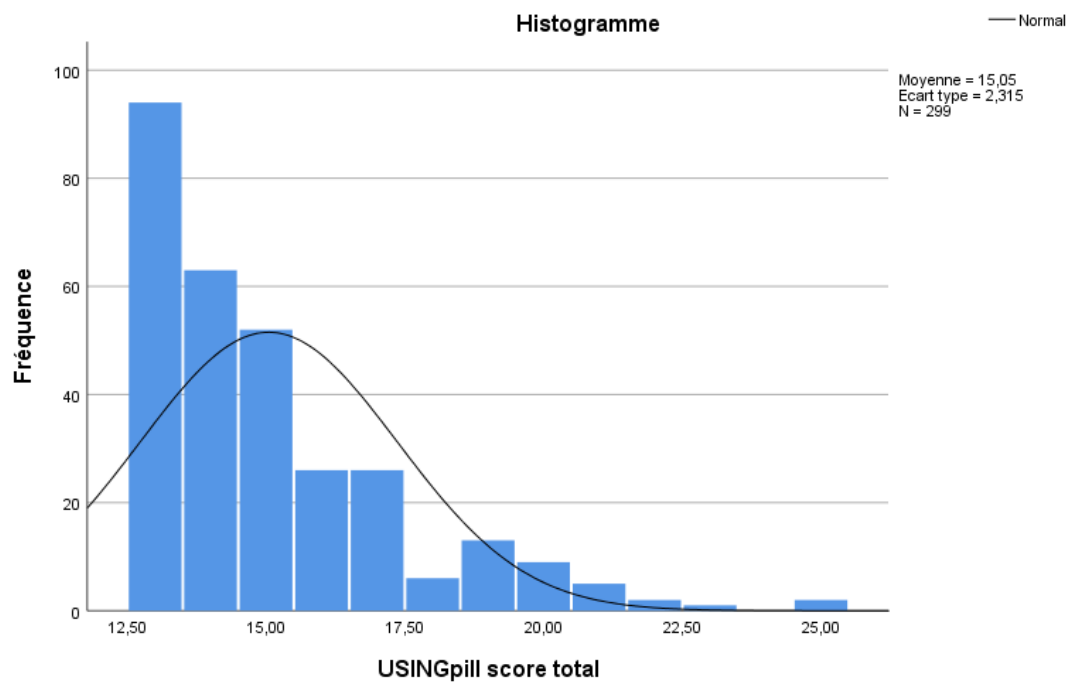
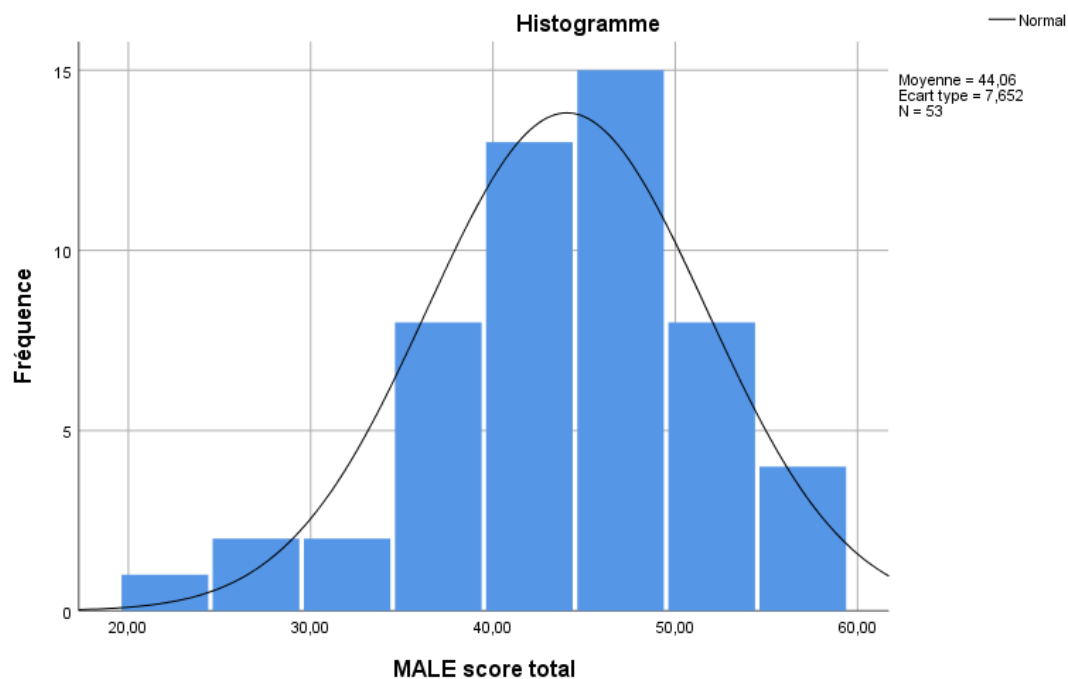


Tableau 28. Table Histogramme de la distribution des scores de l'échelle Male Birth Control Practice and Sex Role Stereotypes Regarding Female Contraceptive Responsibility, chez les hommes seulement



Annexe 12

Tableau 29. Comparaison des pourcentages d'utilisation de méthodes contraceptives entre l'enquête FECOND et notre enquête

	Enquête FECOND ¹		Notre enquête
	20-24 ans	25-29 ans	
Pilule	53,0%	44,7%	51,2%
Préservatif masculin	15,2%	17,7%	15,1%
Double contraception	12,7%	4,7%	10,7%
Autres méthodes hormonales	5,2%	6,2%	11,1
Autres méthodes	7,1%	8,6%	4,4%

¹Bajos et al. (2014)

