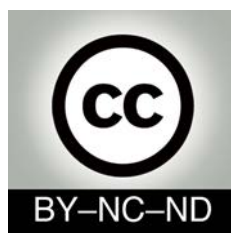




<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de

L'Université Claude Bernard-Lyon 1

UFR de médecine et maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

Site de Formation Maïeutique de Boug En Bresse

LE CHOIX D'UNE CONTRACEPTION NON HORMONALE EN POST PARTUM, ETUDE QUALITATIVE

Julie HABRARD

Née le 03 novembre 1997

Promotion 2017-2021

JUSSEAU Céline,

Sage-femme hospitalière, centre hospitalier de Bourg en Bresse

MOREL Françoise, sage-femme directrice

Site de formation Maïeutique de Bourg en Bresse

Directrice de mémoire

Sage-femme enseignante

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier :

Mme Céline JUSSEAU, directrice de mémoire, d'avoir accepté de m'accompagner et de me soutenir dans l'élaboration de ce travail.

Mme Françoise MOREL, sage-femme formatrice, directrice et guidante, d'avoir toujours été présente lorsque j'en avais besoin, et de m'avoir éclairée et soutenue dans ce travail.

Toutes les patientes, d'avoir accepté de faire partie de cette étude, avec une grande amabilité.

L'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de Bourg En Bresse, Paola, Bérengère, Nathalie, Myriam, pour ces quatre années de formations à mes côtés, de m'avoir accompagnée dans l'ensemble de mes projets.

A mes colocataires, mes amies, **Gaëlle et Alexia**, pour ces soirées de travail, de folie, pour votre soutien à tout instant.

A mes amis, sans qui ces quatre années n'auraient pas été aussi belles, **Edouard, Tanguy, Côme, Foucaud, Aymeric, Quentin, Naomi, Manon, Chloé, Marion**

A ma cousine : **Claire Lise**, qui aura été là tout au long de ma vie

A mes frères et sœur, pour votre présence indispensable, pour votre patience

A ma famille, de m'avoir permis de faire ces études, merci de votre soutien

A Ségolène et Gaspard, pour la relecture et tous vos conseils

Sommaire

Sommaire.....	1
Abréviations.....	2
I. Introduction :.....	3
II. Matériel et méthode	5
III. Résultats et analyse	8
IV. Discussion	37
V. Conclusion	41
Références bibliographiques	45
Annexes	48

Abréviations

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DIU : dispositif intra utérin

DMPA : depot medroxyprogesterone acetate

DNC : délai normal conception

FIV : fécondation in vitro

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques

IVG : interruption volontaire de grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMA : procréation médicalement assistée

SIU : système intra utérin

I. Introduction :

La contraception est depuis toujours au cœur de la vie des couples. Les premières données sur les origines de la contraception datent des nomades et des communautés sédentaires du Paléolithique (1). Les Romains sont les premiers à décrire l'utilisation de « préservatif ». Ceux-ci avaient un usage contraceptif, ils étaient fabriqués à partir d'intestin ou de vessie d'animaux.

A l'heure d'aujourd'hui, la contraception se présente de différentes manières. Elle existe sous différentes formes : pilules, implants, patch, DIU (SIU ou DIU au cuivre), méthodes barrières (cap, préservatifs féminin et masculin, diaphragme), injection, spermicides, méthodes naturelles (coït interrompu, période d'abstinence, méthodes Billings, thermo symptomatologie...), et les contraceptions définitives (vasectomie, ligature des trompes). Elles ont toutes pour fonction d'empêcher la conception, la survenue d'une grossesse (2). Certaines méthodes, comme les méthodes barrières ont aussi une fonction de protection contre les infections sexuellement transmissibles.

En France, 71,9 % des femmes de 15 à 49 ans sont concernées par la contraception, d'après le baromètre de santé de 2016. (3) On sait qu'au cours de sa période fertile la majorité des femmes va changer de moyen contraceptif. En effet les événements de vie, début de vie sexuelle, grossesse, maladie... peuvent favoriser le changement de contraception.

D'ailleurs, la « crise des pilules » de 2013 en est un bon exemple. En effet, il a été noté une baisse de l'utilisation des pilules au profit des DIU (3). Cette controverse médiatique semble avoir conduit certaines femmes à demander aux professionnels de santé la prescription du DIU en lieu et place de la pilule (4).

Dans notre pratique courante, il est important de répondre aux demandes des patientes et d'apporter l'ensemble des données dont nous disposons pour qu'elles puissent faire

un choix éclairé. Les médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes sont présents pour accompagner au mieux les patientes.

Les consultations gynécologiques et les préparations de départ en suite de couche, permettent de comprendre les attentes des patientes en matière de contraception. Nous avons tout de même pu remarquer que dans la formulations de demandes de contraception, certaines nous disent : « je ne souhaite pas d'hormones », « je veux quelques choses de naturel ». Chaque professionnel prescrivant des contraceptions, a été confronté à l'une de ces demandes.

Les contraceptions non hormonales les plus connues et utilisées actuellement sont les DIU au cuivre et les préservatifs. Cependant une part de la population utilise les diaphragmes, les caps qui ont la même fonction que les préservatifs : un rôle de barrière. D'autres utilisent les méthodes naturelles : le coït interrompu, la méthode Billings, la méthode Ogino, la thermo-symptomatologie. Et certaines personnes se tournent vers la contraception définitive, qui elle aussi appartient aux contraceptions non hormonales.

Il me semble important de comprendre les attentes des patientes, lorsqu'elles demandent une contraception sans hormones. Ce travail a pour objectif de répondre à la problématique : « sur quels critères de choix, une patiente en post partum préfère-t-elle une contraception non hormonale ? »

Le post partum semble une période intéressante pour réfléchir sur la contraception. En effet une grossesse permet de se questionner autour de la contraception. Une remise en question est « forcée », pensée, car il y a eu un arrêt de contraception.

Ce travail va nous permettre de donner des clés aux professionnels, pour l'accompagnement du choix contraceptif après le retour de couche. Il va nous permettre de comprendre ce qui forge le choix contraceptif d'une patiente.

II. Matériel et méthode

1. Type d'étude

Ce travail de recherche est une étude qualitative, dans le domaine de la sociologie. Nous avons effectué des entretiens semi-directifs, avec des patientes pour répondre à notre problématique. Ces entretiens permettent aux patientes de garder une liberté d'expression et nous permettent d'avoir un maximum de données.

2. Demande d'autorisation

L'ensemble du protocole de cette étude a été validé par l'équipe enseignante de l'école de Bourg en Bresse (annexe 1). De plus, puisqu'il s'agit d'une recherche impliquant la personne humaine, non interventionnelle (RIPH3), cette étude est soumise à la validation auprès du comité de protection des personnes (CPP). Le dossier a été envoyé au mois de mars 2020.

3. Population interrogée :

La population recrutée pour ce travail est toute patiente, ayant accouchée, sortant de la maternité avec l'ordonnance d'une contraception non hormonale ou sans contraception. Le mode d'accouchement, la parité ne sont pas pris en compte dans le recrutement.

Les patientes ne parlant pas français, ayant subies une hystérectomie, ayant une contre-indication au progestatif et/ou œstrogène ne sont pas incluses dans cette étude. Nous avons aussi exclu les patientes n'ayant pas de contraception avec le souhait d'une nouvelle grossesse rapidement ; ainsi que les femmes faisant partie d'un couple homoparental.

De plus, les patientes ne souhaitant pas participer à cette étude ou refusant de signer le consentement n'ont pas été intégrées.

4. Mode de recrutement

Le recrutement de ces patientes est effectué au Centre Hospitalier de Bourg en Bresse. En effet, cette maternité de niveau 2 B, accueille une population variée, similaire à la population générale. De plus, sa proximité du lieu de formation, a permis de faciliter le recrutement des patientes.

Après avoir demandé l'accord aux différents cadres, respectivement : cadre de service et cadre supérieur du pôle mère-enfant, et mis une note dans le service, nous avons débuté le recrutement. Nous nous rendions au sein du service de suite de couches. Les sages-femmes du service nous indiquaient les patientes incluses dans l'étude. Par la suite, nous rencontrions les patientes dans leur chambre pour leur expliquer les modalités de cette étude et leur faire signer un consentement (annexe 2). Les patientes sont recontactées avant leur visite du post partum, pour effectuer l'entretien de manière physique, ou par téléphone, ou en visioconférence.

5. Les entretiens :

Les entretiens semi-directifs ont été effectués à l'aide d'une trame d'entretien (annexe 3), élaborée pour répondre à l'objectif de cette étude. Cette trame d'entretien a été testée en juin 2020, pour permettre de confirmer sa pertinence. Cet entretien-test est inclu dans cette étude.

Les entretiens ont été effectués entre juin et octobre 2020. Les patientes ont été recontactées entre 2 et 5 semaines après leur recrutement à la maternité, avant leur visite du post partum. Elles ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone.

En tout, 17 entretiens d'une durée de 9 minutes à 18 minutes ont été effectués. Le temps moyen des entretiens étant de 15 minutes. Cinq d'entre eux ont été réalisés en face à face, un en visioconférence et les onze autres par téléphone. En effet, la situation sanitaire liée au Covid19 n'a pas permis de continuer des entretiens physiques. Deux des entretiens téléphoniques ont été exclus car les patientes avaient un souhait de grossesses rapprochées, donc ne souhaitaient pas de contraception. Ce qui nous revient à 15 entretiens exploitables pour cette étude.

Nous nous sommes arrêtés à 15 entretiens car nous avons atteint une saturation des données.

Pour ce travail, l'ensemble des données ont été anonymisées. Ce ne sont pas les prénoms des patientes. Il s'agit de prénoms fictifs.

III. Résultats et analyse

1. Population :

Nous avons effectué 15 entretiens. Les patientes ont entre 20 et 38 ans, il y a huit primipares, cinq deuxième pares et deux troisièmes pares.

Nous pouvons constater qu'il s'agit d'une population assez hétérogène.

Nous nous sommes intéressés au niveau d'éducation de cette population. Dans cette population, nous constatons qu'une seule patiente n'a pas eu le bac, 7 patientes ont au moins le bac, ou bac +1, +2. Trois patientes ont un niveau bac + 3 et quatre patientes ont un bac +5 ou plus.

L'INSEE 2018 nous indique que 11 % des femmes de 25 à 35 ans n'ont aucun diplôme (5). Dans cet échantillon, nous pouvons constater que seulement 6.6 % de cette population n'ont aucun diplôme.

Est-ce que la notion d'hormone dans la contraception, questionne les personnes ayant un niveau de scolarité plus élevé ? Est-ce que ces deux données sont-elles corrélées ? La taille de l'échantillon ne permet pas d'affirmer cela. Une étude quantitative aurait été plus appropriée pour répondre à cela.

2. Analyse :

Pour ce travail, il semble important de noter quelques données quantitatives. Toute en gardant en tête qu'elles ne pourront être valables que dans le cas de cette étude. Dans le choix, d'une contraception non hormonale, la majorité se tourne vers le DIU au cuivre comme contraception en post partum. Pour l'ensemble des patientes interrogées, le DIU est posé lors de la visite du post partum, en attendant beaucoup ne font rien, sont en période d'abstinences, ou d'autres utilisent les préservatifs. Sur les 15 patientes de cette étude, 12 d'entre elles, ont choisi le DIU au cuivre. Deux autres

patientes se sont tournées vers l'utilisation de préservatifs associé ou non avec des spermicides, et une patiente utilise la méthode Billings, une méthode naturelle.

En France aujourd'hui, les contraceptions non hormonales qui existent, sont : les DIU au cuivre, les spermicides, les préservatifs (masculins et féminins), les capes cervicales, les diaphragmes, les méthodes naturelles et la stérilisation à visée contraceptive (6).

On remarque une méconnaissance de l'ensemble des contraceptions non hormonales au cours des entretiens. Les DIU et les préservatifs sont ce qu'il y a de plus cité. On note quand même que la stérilisation est aussi évoquée à plusieurs reprises.

Constance : « bah le seul contraceptif sans hormone c'est le stérilet au cuivre »

Maéva : « comme je dis, y a surement d'autres moyens de contraception que je ne connais pas »

Séverine : « non en fait c'est le seul (le DIU au cuivre) où y a pas d'hormone hormis le préservatif »

Rania : « bah c'est le seul moyen de contraception sans hormones qu'on ait en fait »

La notion d'habitude intervient aussi. En effet, lorsque les femmes ne sont pas habituées, pour elles-mêmes ou leur entourage à utiliser certaines méthodes, il peut être plus difficile d'y penser. De plus, lors des consultations, nous évoquons rarement les caps, les diaphragmes, ou même les méthodes naturelles. Cela maintient aussi cette méconnaissance.

Il semble important de noter aussi, que toutes les contraceptions ne sont pas remboursées par la sécurité sociale. A ce jour, l'assurance maladie rembourse certaines pilules, les implants, les DIU ou stérilets et les diaphragmes. Et 2 marques de préservatifs masculins sont pris en charge à hauteur de 60% (7). Ce paramètre doit intervenir auprès des professionnels de santé. En effet, ils proposent en premier lieu ce qui est remboursé par l'assurance maladie, et les patientes font leur choix.

Il est vrai que la notion de coûts intervient sûrement dans ce choix. Il faudrait cependant proposer l'ensemble des contraceptions disponibles. Pour qu'elles puissent faire un choix plus éclairé.

Par ailleurs, dans ce choix, on note que 6 patientes sur les 15 refusent, de reprendre ou prendre des hormones. Elles ne veulent plus utiliser ces méthodes :

Christelle : « Non je ne veux pas de truc hormonal, voilà, en fait je sens vraiment la différence de quand je ne prenais pas la pilule et bah ... c'est des moments où je me sens bien, donc je ne veux pas revenir »

Une patiente est ouverte à l'ensemble des contraceptions, elle a choisi le DIU au cuivre car c'est ce qui lui convenait le plus à ce jour. Et 8 des patientes préfèrent une contraception non hormonale, cependant si cela ne leur convient plus elles ne refusent pas de prendre des hormones.

3. Les connaissances des patientes

3.1 le tabac et les hormones

Pour le choix d'une contraception, comme pour l'ensemble de leurs choix, les personnes utilisent leurs connaissances. En effet, pour faire un choix éclairé, nous mettons un maximum d'informations à notre disposition. Dans le choix d'une contraception non hormonale, une donnée du tabagisme est ressortie à plusieurs reprises lors des entretiens.

Emilie : « j'ai choisi d'arrêter (la pilule) et puis euh j'étais fumeuse [...] enfin comme j'étais fumeuse depuis autant de temps que je prenais la pilule, bah je me suis dit qu'à un moment donné faudra faire un choix parce qu'il y avait des risques [...] oui tabac et pilule c'est très mauvais pour la circulation. »

Amélie : « est- ce-que je fume et je prends la pilule ça va pas tout péter ? »

Nina : « *Oui parce que je fume, enfin je fumais et c'est vrai je sais que ce n'est pas très bien de fumer en ayant la pilule [...] oui surtout par rapport à ce qu'on entend dire par rapport à la cigarette* »

Paulette : « *je ne fume pas donc ça, c'est bien je pense* »

En effet, il est connu que l'association du tabac et de la pilule augmente les risques d'accidents cardiovasculaires. Cette association est génératrice d'hypercoagulabilité. L'étude : « pilule et tabac », publiée dans le journal des maladies vasculaires nous le montre : " 3 cigarettes/jours multiplie par 3 le risque d'infarctus du myocarde chez la femme mais la combinaison à la pilule œstroprogestative multiplie ce danger par 20" (8). Cette donnée est connue et bien prise en compte par les femmes interrogées.

Le tabac, lui seul augmente les risques cardiovasculaires. En effet, une campagne d'information nationale pour limiter le tabagisme a été lancée, en France en 2004 (9). Cette campagne d'information permet bien aux patientes de prendre conscience des risques liés à la cigarette. Et cela aussi intervient dans leur choix d'une contraception non hormonale. Une patiente a décidé d'arrêter la pilule car elle fumait, et une autre a choisi de ne jamais prendre de contraception hormonale car elle fumait. Et plusieurs autres patientes étant sous pilule avant, se disaient rassurées car elles ne fumaient pas.

Ces données sont très importantes, car elles marquent qu'une campagne d'information à bien été réalisée. En effet, les femmes sont conscientes des risques liés à la pilule. Il est aussi important de noter que les risques sont majorés par les oestroprogestatifs. Pour l'ensemble des femmes les risques sont liés aux hormones. Mais il est important de garder en tête que les contraceptifs progestatifs sont moins à risque.

Ainsi cette connaissance au niveau du tabac est biaisée. Lors des entretiens, les femmes nous parlent des effets de l'association hormones/tabac, sans connaissances plus précises des hormones incriminées. Peut-être serait-il pertinent de réinformer et de corriger ces données au travers d'une campagne d'information ou lors des consultations.

3.2 la durée d'efficacité

En plus des connaissances sur les risques liés aux contraceptions, les femmes choisissent une contraception non hormonale en fonction de ce qu'elles connaissent sur ces contraceptions. La durée d'efficacité aide aussi à ce choix. Mais aussi ce que le type de contraception engendre :

Tina : « *c'est très simple, parce que une fois que c'est posé, c'est posé pour 5 à 6 ans, même un peu plus puisque c'est au cuivre on peut un peu dépasser le délai.* »

Christelle : « *je ne voulais pas quelque chose qu'il fallait que je prenne chaque jour, et donc c'était presque tout hormonal et sauf le stérilet au cuivre [...] je sais que j'ai mes règles* »

En effet, il est important de noter : suivant le DIU au cuivre utilisé, l'efficacité va de 4 à 10 ans (10). Une fois le DIU installé, il n'y plus besoin d'y penser pendant les 5 ans à venir. Les DIU les plus fréquemment prescrit ont une durée d'efficacité de 5 ans noté sur la notice. Il ne semble cependant pas négligeable de penser qu'ils ont une efficacité plus longue pour certains.

De plus, les DIU au cuivre, sont connus pour augmenter les règles, un des effets secondaires. Mais on sait qu'il s'agit de règles « naturelles ». Il n'y a aucune hormone qui intervient dans le corps, donc ce sont les hormones de la femme qui régulent les cycles. Le DIU au cuivre a plusieurs fonctions. Il a un effet tératogène sur les spermatozoïdes et s'il y a fécondation, il a un effet anti nidatoire avec l'altération de l'endomètre (11). En aucun cas il n'intervient sur le cycle naturel.

Certaines femmes choisissent cette contraception car elles se sentent rassurées d'avoir des règles naturelles et d'autres pour la durée d'efficacité. C'est la connaissance qu'elles ont sur ces contraceptions qui leur ont permis de faire ce choix.

On note que d'autre en ayant connaissance des différents moyens de contraceptions, ont choisi de se tourner vers un DIU. Et par la suite, en ayant le choix entre le DIU au Lévonorgestrel et le DIU au cuivre, elles se sont tournées vers les DIU au cuivre.

Amélie : « Bah je me dis quitte à mettre un stérilet, autant mettre un stérilet où il n'y a rien dedans quoi »

Les DIU aux hormones sont composés de progestatif : lévonorgestrel. Il aura la même fonction qu'une pilule progestative. Il provoque une modification de la glaire sécrétée par le col, la rendant imperméable aux spermatozoïdes. De plus, il a un rôle mécanique au niveau de l'endomètre (10).

Certaines femmes choisissent un DIU au cuivre, car elles ont le choix entre 2 types de DIU. Elles choisissent leur contraception par rapport à la durée d'efficacité et ensuite elles affinent leur choix avec ce qui reste. Leur choix premier n'étant pas d'avoir une contraception non hormonale.

Ces femmes ont un mode de vie, avec lequel une contraception longue durée est nécessaire. En l'acceptant, elles ont conscience des inconvénients que cela peut engendrer. En effet, le DIU a comme effet secondaire, d'augmenter les règles. Cela ne touche pas l'ensemble des femmes. Une étude sur la tolérance au DIU au cuivre chez les nullipares nous indique que 84.6 % des patientes présentent une augmentation des pertes (12). Elles acceptent cela dans leur choix.

3.3 Connaissances des risques de leur moyen de contraception :

Dans cette étude, une femme a choisi comme contraception les préservatifs masculins. Elle utilisait déjà cette méthode avant d'avoir un enfant.

Olivia : « J'avais pas d'enfant mais j'envisageais de faire un enfant et euh... voilà si je tombe enceinte... voilà... c'est euh... c'est... ça me dérangerait pas. C'est pour ça aussi que j'ai choisi les préservatifs »

Le préservatif est une contraception avec un risque assez élevé de grossesse, ce risque est évalué grâce à l'indice de Pearl. Plus il est élevé, plus le risque de tomber enceinte avec cette contraception est élevé. L'indice de Pearl en pratique du préservatif est égal à 15 (10). Il existe une distinction entre l'indice de Pearl théorique et l'indice de Pearl en pratique. Celui-ci représente l'efficacité de la contraception en pratique courante. C'est celui-ci qui nous intéresse le plus en effet, il représente la pratique actuelle.

Mais on note que cette femme est consciente des risques qu'elle prend. En effet, elle est ouverte à l'arrivée d'une grossesse. Après ce premier accouchement, elle souhaite continuer avec cette contraception. La grossesse est arrivée quand elle et son conjoint l'ont souhaitée. Elle souhaite donc continuer avec cette méthode. Et quand elle ne souhaitera plus de nouvel enfant elle se tournera vers une autre méthode. Car elle est consciente des risques que le couple prend.

Il est intéressant de constater que la notion de risque est connue. Au sein des professionnels de santé, le risque est évalué via l'indice de Pearl. Qui est calculé pour chaque moyen de contraception. Pour cette patiente, le risque est connu vis-à-vis de l'utilisation des préservatifs. Le professionnel de santé joue un rôle essentiel à ce niveau. En effet, il doit accompagner et informer la patiente dans son choix. Il semble essentiel de transmettre l'information à ses patientes. L'HAS met à disposition un document décrivant l'efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS, pouvant appuyer

l'argumentation du professionnel (10). Il semble pertinent aussi d'évaluer, si la patiente est ouverte à une grossesse pour lui proposer une contraception adaptée à ses besoins.

Pour d'autres femmes, leur profession leur apporte des connaissances sur les contraceptifs hormonaux. Par exemple, Paulette est préparatrice en pharmacie.

Paulette : « *en fait les hormones ça fait beaucoup de choses, enfin il peut y avoir beaucoup d'effets [...] pour tous les risques, [...] ce qui est cardiovasculaire, après les migraines* »

Lors de la pratique de sa profession, elle a été confrontée à beaucoup de personnes utilisant des contraceptions. Elle doit par son travail connaître les risques, les contre-indications. Cela l'a poussé à changer de contraception. Par la suite, nous développerons sur ces risques cardiovasculaires, les migraines.

Dans cette situation, il est difficile d'intervenir. Il serait pertinent d'évaluer le choix de la contraception en fonction du milieu professionnel. Est-ce que les professionnels de santé utilisent plus telle ou telle contraception ?

La connaissance des moyens de contraception est indispensable dans un choix.

4. L'expérience

4.1 Effets secondaires : la prise de poids, migraines, troubles de l'humeur

Le deuxième élément qui ressort aussi en priorité dans le choix d'une contraception non hormonale est l'expérience. En effet, ces femmes ont utilisé une contraception hormonale ou plusieurs dans le passé et ne souhaitent plus revenir dessus.

Constance : « *parce que cela me faisait énormément grossir, ça m'a fait prendre 10 kg en un an à chaque fois* »

Tina : « *pour le coup, j'ai eu des problèmes de poids quand j'étais petite et effectivement euh j'ai pas envie de, voilà j'ai pas envie de me bourrer d'hormones* »

Christelle : « *Bah en fait j'avais grossi, [...] euh, bah j'ai changé de pilules et bah en fait je supporte pas les hormones* »

Si nous regardons de plus près les effets indésirables décrits par les patientes, plusieurs patientes ont indiqué avoir pris de poids. Or, des études ont été menées, et les prises pondérales ne semblent pas liées à la prise d'hormone. En effet, seuls les implants et l'injection trimestrielle de DMPA ont révélé un risque de prise de poids (13). Dans la population de notre étude, les patientes ayant décrit ces effets indésirables ont toujours utilisé une pilule. Par ailleurs, une fluctuation du poids peut être décrite.

D'autres ont noté :

Christelle : « *après j'avais mal à la tête* »

Rania : « *j'avais des migraines...* »

Pour ce qui est des migraines, les études sont difficilement interprétables, car de nombreux critères entrent en jeu : l'arrivée des migraines avant ou après la prise de contraception, la fréquence, si les migraines sont cycliques ou non... d'après l'étude : « migraine et contraception », nous pouvons constater que la prise d'oestro-progestatif peut augmenter ou aggraver les migraines dans 18 à 50 % des cas (14). Par ailleurs, le pic d'incidences se situe entre 30 et 39 ans, l'âge de la moitié de notre population. Il est difficile de dire si ces migraines sont dues aux hormones ou si elles sont physiopathologiques. L'arrêt de la contraception hormonale va pouvoir répondre à cela pour les patientes.

Plusieurs des patientes interrogées ont aussi noté des troubles de l'humeur sous pilule :

Christelle : « je sentais qu'il y avait toujours quelque chose qui clochait euh... mes humeurs c'était pas terrible [...] Je me sentais lourde et j'avais les jambes lourdes par rapport à la circulation. [...] je sens vraiment la différence de quand je ne prenais pas la pilule »

Olivia : « elle m'a perturbée [...] en fait j'avais l'impression que j'étais tout le temps triste comment on dit, des fois j'avais envie de pleurer, j'étais triste »

On note qu'en fonction du contraceptif hormonale, de la prise continue ou non et la voie d'administration, il y a une variation sur les troubles de l'humeur (15). Le CNGOF recommande : « tout trouble de l'humeur sous contraceptif hormonal doit être exploré par un interrogatoire afin d'évaluer notamment les autres aspects psychologiques de cette plainte ».

Dans certaines situations, nous constatons que les patientes ont un moyen de contraception qui leur convenait. Et seulement après l'arrêt de leur contraception elles ont décrit des effets.

Emilie : « en fait je me suis rendu compte des, on va dire des bienfaits de l'arrêt de la pilule euh..., sur tout ce qui était humeurs du corps »

Ces effets décrits sont très bien tolérés, durant la prise de contraception. Cette patiente a le même contraceptif durant 18 ans utilisé. Il lui convenait très bien. Pour une toute autre raison l'a arrêté. Cependant, après l'arrêt elle a constaté des effets sur son corps.

On note que l'ensemble des effets secondaires sont décrits au sein des notices des contraceptifs oestro-progestatifs (16). Nous n'avons pas connaissance de quel type de pilule, progestative ou oestro-progestative, les patientes ont bénéficié.

Tous ces effets sont décrits chez de nombreuses patientes. Il est difficile de toujours définir leur origine exacte. Il y a une fluctuation du poids chez les femmes en dehors de la prise d'hormones. Cependant, dans les effets secondaires décrits, la prise de poids est citée, ainsi que les migraines et les troubles de l'humeur. Durant une consultation pour une contraception, il semble important de décrire, les plus fréquents pour que la patiente ne soit pas surprise. Il faut aussi la rassurer, car ceux-ci n'apparaissent pas chez l'ensemble de la population. Cela leur permettra de les appréhender différemment. Mais si ces effets sont très présents, il est important de pousser la recherche, cela peut être physiopathologique. Il ne faut pas négliger une plainte. Il est possible simplement qu'elles ne supportent pas la contraception qu'elles utilisent. Il faut bien comprendre la demande de la patiente.

4.2 Difficultés de conception

Trois femmes ont aussi indiqué des difficultés de grossesse. Elles n'ont jamais décrit d'effets indésirables durant l'utilisation de leur contraception. Cependant au moment de tomber enceinte :

Thérèse : « on a eu des soucis [...] la première on a mis plus d'un an et demi j'ai fait des consultations avec le docteur X, à Fleyriat en PMA, on a fait beaucoup d'examens [...] y avait une procédure pour faire une FIV [...] mais je ne sais pas si c'est dû à ma pilule ou si c'est mon corps qui est comme ça. »

Séverine : « si je veux un deuxième enfant je veux que ce soit plus rapide quoi ! »

Une étude de recherche pour un mémoire, nous montre que le type de contraception n'influe pas sur le délai normal de conception (DNC). Dans ce travail la population étudiée utilise des contraceptions hormonales, seul 1 % de la population est sous DIU au cuivre. L'étude permet d'affirmer que la durée de contraception a un impact sur le DNC (17). On note tout de même que Thérèse souhaite se faire sa propre expérience. Elle recherche par elle-même en changeant de contraception, les causes des difficultés de la survenue de la grossesse.

Il y a peu de données actuellement sur la durée moyenne de contraception qui permettraient de définir que telle ou telle contraception pourrait l'augmenter le DNC. Il est quand même important de noter que la durée de contraception joue. Cependant nous ne savons pas si une contraception de type oestroprogestative, ou progestative ou au cuivre a un impact différent. Il serait intéressant d'étudier ces données. Pour ces patientes, il faut les accompagner dans leur choix tout en les rassurant que ce n'est pas nécessairement dû à la contraception. Il faut aussi les informer du DNC actuelle en France. L'observatoire épidémiologique de la fertilité en France de 2007-2008, nous indique que 46% des couples n'ont pas obtenu de grossesse durant les 6 premiers mois et 11% au bout de 24 mois (18). Il faut informer les patientes que chaque cycle n'est pas

fécond et que cela ne relève pas nécessairement d'une infertilité. Il est important que les patientes sachent qu'une grossesse n'arrive pas systématiquement lorsqu'elles le désirent. Il faut du temps pour qu'une grossesse s'installe. Il est important d'en discuter avec elles lorsqu'elles ont un désir de grossesse. Il faut tout de même les accompagner dans ce projet et les guider vers un professionnel si cela est nécessaire.

Cependant est-il nécessaire de leur indiquer lors du début d'une contraception, que le DNC est augmenté en cas d'une prise longue de contraception ? Peu d'études nous permettent d'affirmer cela. Et comme nous l'avons dit précédemment, il est difficile de déterminer si c'est valable pour l'ensemble des contraceptions.

4.3 Comportement, caractère

Dans d'autres situations, avec l'expérience et la connaissance de leurs propres limites, les patientes choisissent leur contraception. La durée d'efficacité est assez importante dans leur choix.

Léa : « j'ai utilisé plusieurs pilules, mais cela ne me correspond pas je suis trop tête en l'air [...] je la zappais tout le temps, donc ce n'est pas les hormones. »

Nathalie : « c'était pas forcément un moyen de contraception qui m'allait super bien, parce que j'avais une forte tendance à l'oublier à un moment donné »

Pour certaines patientes, les hormones ne sont pas le critère principal dans le choix de la contraception. Cependant, vis-à-vis de la durée d'efficacité et des choix de contraceptif, elles finissent par se tourner vers une contraception non hormonale.

Il est important de discuter du passé contraceptif d'une patiente. En effet, plusieurs des patientes ont pris la pilule mais disent l'avoir oubliée à plusieurs reprises. Il semble important d'adapter la contraception pour limiter au maximum les risques de grossesses. Pour une femme qui décrit de nombreux oublis, il est important de lui

prescrire une contraception avec une durée d'efficacité plus longue de ne surtout pas lui remettre une pilule. Il est important de connaître ses habitudes de vie, comment la patiente se sent avec ce contraceptif.

Il est essentiels de comprendre les habitudes de vie, et d'adapter au mieux la contraception pour limiter la prise de risque.

Dans un des entretiens, nous avons aussi retenu :

Ondine : « Euh bah parce que je suis tombée enceinte sous pilule »

Aucune contraception, ne peut garantir l'absence de grossesse. Donc lorsque que celle qui est utilisée ne répond pas à sa fonction première, éviter une grossesse, nous notons une perte de confiance en ce moyen de contraception. La patiente souhaite utiliser une autre méthode car elle se rend compte que les hormones n'ont pas fonctionné avec elle.

Dans cette situation, il semble légitime pour la patiente de ne plus souhaiter de pilule. Il faut cependant bien la rassurer et essayer de comprendre s'il y a eu un oubli ou autre. Il ne faut pas remettre toute la responsabilité sur la pilule. Cependant il s'agit d'une contraception en laquelle elle n'aura plus confiance, il est important de l'adapter.

D'autres patientes ont essayé d'autres méthodes sans succès donc se sont tournées vers une contraception non hormonale :

Amélie : « j'ai essayé l'implant aussi, par contre moi ça ne me correspondait pas du tout euh donc j'ai gardé... je l'ai pas gardé longtemps, j'ai dû le garder un an un truc comme ça »

Si la patiente ne souhaite pas continuer une contraception pour telle ou telle raison, il semble évident de répondre à sa demande. Cependant, il est important de dire qu'il

faut au moins 3 cycles pour que le corps s'habitue, s'adapte à ce nouveau moyen de contraception. Mais il ne faut pas insister si la patiente ne souhaite pas continuer.

En effet, si elle ne se sent pas à l'aise avec cette contraception, elle trouvera toujours quelque chose qui lui déplaît. Elle ne l'acceptera pas, cela augmentera les risques de mauvaise observance, donc les risques de grossesses. Il est important de répondre à sa demande.

4.4 : satisfaction de leur contraception

A l'inverse, nous avons des patientes qui ont toujours gardé, leur contraception, elles ont toujours bien toléré ce qu'elles utilisaient :

Tina : « *puisque cela me convenait bien je suis restée avec ça* »

Maéva : « *j'ai toujours utilisé ça avec mon mari, et euh... ça a plutôt bien marché* »

Ici dans ces 2 cas, les patientes ont toujours utilisé la même contraception : ici le DIU et la méthode Billings. Cela leur correspondait, l'expérience leur a permis de dire que c'est ce qu'elles souhaitaient.

Nous observons que l'expérience est indispensable dans le choix. Elle va orienter la patiente dans son choix de contraception, ou simplement valider un choix qui a été posé précédemment.

Les professionnels de santé s'assurent qu'il n'y ait pas de risque, pas de nouvel évènement pouvant contre-indiquer le moyen de contraception. Mais puisque la patiente est satisfaite de son moyen de contraception, il semble important de la garder.

5. Vu, entendu :

5.1 Expérience des autres

Dans notre vie courante, lorsque nous ne savons pas, nous ne connaissons pas, nous nous tournons vers les autres pour avoir leur avis.

Dans l'ensemble des entretiens, les patientes se sont tournées vers d'autres personnes, vers des sites, des forums pour discuter de leur choix ou même faire leur choix. Dans cette partie, nous ne parlerons pas du point de vue du professionnel de santé, qui sera abordé par la suite.

Nina : « sur les implants [...], après euh j'entends aussi dire qu'il y a beaucoup de femmes qui sont tombées enceinte comme ça donc c'est vrai que ça fait peur, [...] c'est des amis proches, ou des collègues de boulot, »

Thérèse : « je ne voulais pas non plus d'implant parce que... parce que j'ai dans mon entourage deux copines qui en ont eu un et ça c'est pas très bien passé donc ça m'a pas trop rassurée [...] la plupart de mes copines ont un stérilet et ça c'est bien passé »

Constance : « une appréhension parce que moi tous les bébés accidents que je connais c'est tous sous stérilet, »

Olivia : « c'était ma mère qu'elle l'a fait (le DIU au cuivre), et en faite ça a mal passé, mais vraiment mal passé »

Nous notons que le type de contraception, sa forme : pilule, implant, DIU est très discuté autour de soi. Il y a une comparaison avec ce qu'utilisent les autres. Olivia ne souhaitait plus d'hormone à la vue des troubles de l'humeur qu'elle avait eu avec. Ensuite, pour faire son choix de contraception non hormonale, elle s'est tournée vers le préservatif. En effet, l'expérience de sa mère rend, le DIU au cuivre une contraception non envisageable pour elle.

Dans ces situations, il est important de dire aux patientes que chaque femme est différente. Les réactions vis-à-vis des contraceptions sont différentes. Il n'est pas possible de déterminer à l'avance comment elle réagira. Il faut rassurer les patientes, répondre à toutes leurs interrogations. Prendre le temps d'entendre ce qu'elles ont à dire, ce dont elles ont peur.

On peut noter aussi que les effets indésirables des hormones sur les autres, marquent les patientes et les confortent dans leur choix.

Rania : « puis moi j'ai une amie qui travaillait à Lyon en cancérologie et elle m'a dit les cancers du sein c'est principalement à des femmes qui ont pris beaucoup la pilule des choses comme ça »

Maëva : « puis aussi j'avais des copines aussi qui prenaient la pilule qui se retrouvaient avec des poitrines énormes alors ça a quand même un peu un impact »

De nombreuses études ont été menées, pour définir un lien entre la prise d'une contraception hormonale et la survenue d'un cancer du sein. L'étude « Hormones et cancer du sein », de Gompel A., nous montre une faible augmentation du risque de cancer du sein lié à la prise d'hormone (19). Cependant il est important de noter aussi le facteur protecteur des hormones vis-à-vis du cancer de l'ovaire. Il est important de faire la balance bénéfice/risque. Il faut prendre en compte l'ensemble des données. Dans le témoignage de l'amie de Rania, elle décrit ce qu'elle voit dans le service où elle travaille. Mais il ne s'agit pas d'un représentatif de l'ensemble de la population. Il s'agit d'une population atteinte d'un cancer. Il ne faut pas généraliser cela à toute la population.

Pour Maëva, elle décrit des effets sur ses amies. Ces amies, après la prise d'une pilule, ont décrit une augmentation du volume mammaire qui a été associée à la prise de contraceptif. Ce qui confirme à Maëva que la pilule a des effets sur le corps.

Dans cette situation, ces femmes recherchent à confirmer leur choix. Elles souhaitent le meilleur pour elles-mêmes. Elles se basent sur l'expérience des autres sur ce qu'elles voient sur les autres pour argumenter, confirmer leur choix.

Il est difficile d'intervenir dans ces situations. Il est seulement possible d'expliquer ce qui est possible ou pas, de bien donner les effets les plus fréquents, mais pas de généraliser. Chaque femme est unique, chacune réagit différemment.

5.2 Internet : sites, articles, forum

De nos jours, un outil est devenu indispensable : internet. Il nous permet l'accès à de nombreuses informations : via des sites, des forums, des articles, des revues... c'est pour de nombreuses personnes une source indispensable pour faire leur choix :

Emilie : « après aussi en me renseignant sur internet sur des sites je ne pourrai pas vous redire le nom, sur quel site euh sur des forums aussi. »

Amélie : « c'est ce que peuvent dire les gens en général sur les réseaux, ou même des articles, on voit souvent le pire, celles qui ont eu des problèmes de santé »

Nathalie : « c'était un choix personnel d'échange avec des amies, de recherche sur internet euh... voilà en me disant bien que je pense qu'il y a les pour et les contre de tout moyen de contraception de toute façon »

Pour beaucoup Internet est une source essentielle. Cependant il est important de garder en tête que l'ensemble des informations qui se trouvent sur l'internet ne sont pas applicables à tous. Il est nécessaire de faire la part de choses.

Dans ce cas il est difficile d'intervenir. En effet, sur internet il y a une liberté d'expression. De nombreux témoignage s'y trouvent : des témoignages aussi bien positifs que négatifs. Les femmes recherchent des réponses à leurs questions. Il est

important de discuter avec ces patientes de ce qu'elles ont lu, vu. Il faut se baser sur des études scientifiques pour argumenter ce qui est décrit par les patientes. Il faut comprendre ce qui leur fait le plus peur, il faut expliquer ce qu'elles ont vu. Il peut aussi être intéressant de les guider vers des sites officiels : Ameli.fr ; HAS ; OMS... pour qu'elles aient accès à des données sûres et qu'elles aient des réponses à leur questionnement.

5.3 Mouvement actuel

D'autres nous disent :

Amélie : « *c'est un peu un cheminement de tout ce qui se passe actuellement, en fait comme il y a beaucoup de controverse avec la pilule* »

Constance : « *quand on voit [...] tout ce qui se passe autour de la pilule maintenant* »

Rania : « *c'est trop controversé, tout ce qu'on entend avec les prises de pilule tout ça... c'est vraiment mauvais à mon sens, c'est vraiment mauvais pour nous. D'avoir des hormones animales alors qu'on est des êtres humains, on a pas du tout le même métabolisme, c'est normal que ça détraque d'autre chose quoi* »

La notion de controverse semble importante à explorer. Une controverse se définit comme une "discussion suivie sur une question, motivée par des opinions ou des interprétations divergentes" (20). Nous notons que l'incertitude, la divergence des opinions fait peur aux patientes. En creusant un peu plus, nous constatons une absence d'arguments par la suite. Elles font leur choix, en prenant le moins de risques possibles. Elles ne souhaitent plus d'hormone. Elles ne connaissent pas assez les risques, les bienfaits. C'est au cœur de nombreux débats actuellement.

Lors des entretiens, nous avons essayé de pousser l'argumentation. Amélie décrit des problèmes liés à de nombreuses pilules. Après avoir demandé des exemples, elle répond :

Amélie : « Bah euh... y a eu pas mal sur Diane, et puis je pense qu'au quotidien se bourrer d'hormones bah c'est pas terrible quand même (rigole), mais à ce moment-là quand j'ai posé le stérilet c'était uniquement dans l'objectif de ne pas regrossir »

Nous constatons qu'il ne s'agit pas de la première raison de ce choix. Mais ce qui peut être dit, lu, ou vu, influence quand même ce choix.

Il est vrai que depuis la crise de la pilule de 2013, de nombreux débats et études autour de la pilule sont menés, même autour des hormones. C'est un sujet au cœur des débats actuels. Il est important d'écouter l'avis de chacun, sans pour autant généraliser l'ensemble. Les hormones ont des risques bien connus actuellement, il y a d'ailleurs des contre-indications bien développées. Il reste cependant des interrogations. Certaines femmes préfèrent limiter complètement les risques, en n'ayant pas de données sûres. Il faut comprendre leur demande mais ne pas les inquiéter pour autant. Le doute et l'incertitude de l'ensemble des données interviennent dans ce choix.

Par ailleurs, il y a des dires par l'entourage ou lu sur internet qui sont les mêmes que retrouvés précédemment dans les expériences personnelles :

Olivia : « Alors que la pilule des fois quand je lis des articles et tout ils disent que quand on arrête il faut qu'on attende et tout, pour pouvoir tomber enceinte. »

Amélie : « oui y en a qui... bah déjà au début y en avait plein qui me disait : bah oui comme tu la prends depuis des années bah tu n'arriveras pas à avoir d'enfant, machin etc... euh... »

Maëva : « *des femmes qui prennent la pilule tôt que quand tu veux avoir un enfant, il faut attendre que le cycle se remette en route que, on voit bien quand même que ça a un impact sur ton corps que tes règles ne sont plus comme elles sont quoi elles sont plus artificielles, c'est pas pareil quoi* »

Nous avons déjà pu argumenter là-dessus. Nous pouvons constater que les mêmes idées et arguments ressortent. Cela permet aussi aux patientes qui ne prennent pas ou ne veulent plus d'hormones de se conforter dans leur choix.

Une autre notion a quand même été abordée à la fin d'un entretien. En effet, le conjoint était présent durant l'entretien. Et à la fin pour conclure ; il a abordé une autre notion :

Conjoint d'Amélie : « *c'est un peu un mouvement écolo actuel* »

Durant l'élaboration de ce travail, la notion d'impact écologique appartenait aux hypothèses. Aucune des femmes interrogées, n'a mentionné cela, excepté le conjoint d'Amélie.

Les pollutions médicamenteuses sont décrites dans certaines études. Les hormones elles aussi sont présentes dans la pollution. Des études montrent la pollution des eaux autour des grands producteurs pharmaceutiques (21). L'homme recherche par lui-même des raisons valables pour prôner le choix de sa conjointe. Mais il ne s'agit pas d'un motif évoqué par les femmes interrogées. Il est difficile d'évaluer, précisément, l'effet des hormones sur notre éco système, peu d'études ont été réalisées à ce jour, mais il ne peut être négligé.

Pour ce travail, il semble important de prendre cette parenthèse en compte. Cependant elle ne permet pas de conclure quelque chose. En effet, les conjoints ne font pas partie de la population interrogée.

Il pourrait être intéressant d'interroger les hommes sur le choix d'une contraception non hormonale, pour comprendre sur quoi leur choix se base.

6. Le professionnel de santé :

Dans le choix de la contraception l'avis du professionnel de santé est indispensable. En effet lui seul peut prescrire un contraceptif. Seul les préservatifs, les méthodes naturelles peuvent être utilisés sans l'avis d'un professionnel de santé. Mais ces deux méthodes ne présentent pas de risque de complication. En effet, pour le préservatif il y a des risques d'allergies à l'un des composants et pour les méthodes naturelles il n'y a pas de risques médicaux, si ce n'est un risque de grossesse, comme pour l'ensemble des contraceptifs.

Dans plusieurs situations, c'est le médecin traitant ou gynécologue qui a conseillé une contraception non hormonale.

Tina : « y a des antécédents dans ma famille y a des problèmes gynécologiques, donc euh... enfin on s'est orienté tout de suite là-dessus [...] on est suivi par le même médecin au niveau familial et du coup le choix s'est porté sur le stérilet à ce moment-là un peu par rapport à tous ces éléments quoi [...] donc effectivement je n'ai pas cherché à comprendre j'ai écouté les directives qui venaient »

Dans cette situation, on note que le médecin a conseillé directement une méthode non hormonale. En effet, les oestroprogestatifs sont contre indiqués en cas de cancer du sein (22). Nous ne notons pas de cancer du sein direct sur cette patiente mais

beaucoup d'antécédents. De plus, le médecin ayant un suivi familial, il propose une contraception adaptée. On note une totale confiance de cette patiente en son médecin.

L'avis du professionnel est indispensable dans cette situation. En effet, il conseille tout de suite à la patiente de se tourner vers une contraception non hormonale, pour limiter les risques liés aux hormones. En effet, à la vue du contexte des antécédents personnels et familiaux de la patiente, il est important d'éviter les risques liés aux hormones. Le professionnel fait de la prévention. Il semble essentiel. Il faut continuer à suivre et bien conseiller les patientes en suivant les recommandations, indispensable pour une bonne pratique.

D'autres patientes discutent avec un professionnel pour faire leur choix :

Léa : « Ah bah j'en avais parlé un petit peu avec ma sage-femme et elle m'avait demandé ce que je préférais en fait, elle m'avait expliqué un peu comment ça allait se passer »

Emilie : « après c'est toujours bien d'en discuter aussi physiquement avec un professionnel de santé, j'aurais certainement des précisions à apporter à ce que j'aurais pu lire, des confirmations d'informations ou bien me dire que ces informations-là sont fausses »

Ondine : « du coup j'en ai énormément parlé avec mon gynécologue, j'en ai énormément parlé avec mes amies qui en avaient un et du coup j'ai fait mon choix »

Nous notons que pour beaucoup, l'avis du professionnel est indispensable. Certes, les patientes ont déjà fait leur choix mais elles souhaitent le confirmer avec un professionnel de santé. Ou bien même les professionnels de santé peuvent guider le choix et aider à le confirmer. Nous remarquons aussi qu'Emilie vient rechercher des réponses et souhaite confirmer ses réponses avec celui-ci.

Par ailleurs pour d'autres personnes leur choix est déjà posé :

Amélie : « *j'en ai jamais discuté spécialement avec quelqu'un* »

Maëva : « *professionnel de santé : plutôt informer* »

Le choix était déjà fait, pour Maëva qui utilise la méthode Billings avec son conjoint. Elle n'a pas eu besoin d'un professionnel de santé. Cependant elle l'a informée de ce qu'ils utilisaient. Amélie souhaite utiliser un DIU au cuivre, elle n'a pas ressenti le besoin d'en parler nécessairement avec quelqu'un. Elle a informé le professionnel de son choix et celui-ci ne voyant aucune contre-indication le lui a prescrit. En effet, le professionnel s'assure tout de même de l'absence de contre-indications pour prescrire une contraception.

Comme nous l'avons constaté un peu plus haut, la majorité des patientes ont déjà posé leur choix avant de venir en consultation. Elles savent ce qu'elles souhaitent. Il est difficile d'intervenir en tant que professionnel lorsqu'elles utilisent par exemple les méthodes naturelles. Cependant il est important de les accompagner dans leur choix, de créer une relation de confiance. En effet, il faut les informer des risques liés à la contraception qu'elles utilisent sans pour autant les empêcher de l'utiliser. Il faut aussi discuter du risque de grossesse, de comment elles l'envisagent si cela se produit. Le professionnel peut les informer sur les risques liés aux IVG pratiquées systématiquement. En effet, il faut penser aux dérives avec l'IVG. Qui n'est pas un moyen de contraception et qui peut être utilisé abusivement. Une IVG présente des risques aussi.

7. Représentation :

7.1 la prise d'un médicament

La contraception renvoie une image pour certaines patientes. En effet, plusieurs patientes étant sous pilule nous ont rapporté :

Emilie : « dans les médicaments tout ça je ne suis pas pro médicaments non plus antibiotiques, doliprane ou n'importe »

Tina : « je suis un peu une anti-médicament »

Il semble important de définir la notion de médicament. Si nous prenons la définition du dictionnaire un médicament est une « substance ou composition possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies » (23). Si nous prenons la définition telle qu'elle, une contraception ne rentre pas dans la définition de médicament. En effet, la contraception ne permet pas de soigner une maladie. Il est important de faire la part de chose et de séparer les différentes contraceptions. En effet, la majorité des contraceptions comme nous les avons décrites un peu plus haut, sont obtenues par une prescription médicale. De plus, nous savons que les pilules ou même le stérilet ont des contres indications. Ils peuvent présenter des effets secondaires, pouvant plus ou moins mettre en danger la santé de la personne qui le prend. De plus, la pilule est sous forme de cachet, à prendre tous jours. Ce qui renvoie encore plus à la notion de médicament.

Ces femmes changent leur contraception, car elles n'acceptent pas l'image renvoyée : la prise de médicament, être malade.

7.2 Idées reçue : pas de stérilet chez une nullipare

Par ailleurs, dans cette étude 8 patientes, donc plus de 50 % ont fait le choix de changer de contraception suite à une grossesse. La grossesse est un moment idéal de remise en question de la contraception. De plus, cela peut s'expliquer par ces données :

Rania : « en fait, j'avais un médecin qui était un peu de l'ancienne école qui se refusait de poser de stérilet tant qu'il n'y avait pas eu au moins une grossesse »

Amélie : « on disait toujours que fallait avoir des enfants avant d'avoir le stérilet alors du coup on ne le mettait pas »

Constance : « le stérilet y a quand même une « rumeur qui court » qu'avant d'avoir eu un enfant c'est plus douloureux c'est moins conseillé quoi »

Aujourd'hui, la HAS recommande la prescription de DIU chez les nullipares (24). Cependant, nous pouvons noter que certaines personnes, le médecin ou l'entourage n'ont pas l'habitude, la coutume de mettre un DIU chez une nullipare. Une étude menée chez des médecins, nous indique que peu d'entre eux pensent que le DIU est contre-indiqué. Cependant plus de la moitié des professionnels interrogés pense que le DIU est plus difficile à poser chez une nullipare (25). Les patientes souhaitent un DIU au cuivre comme contraception mais n'ayant jamais eu d'enfant, elles attendent leur grossesse pour faire ce changement de contraception.

Une formation serait pertinente pour ces médecins. Ils ont déjà accès aux recommandations de l'HAS ou du CNGOF vis-à-vis de la pose des DIU chez les nullipares. Il est vrai qu'une formation de ces médecins sur la pose peut être une solution. Ou s'ils ne souhaitent pas poser des DIU sur les nullipares, il faudrait que ceux-ci renvoient ces patientes vers des professionnels de santé qui pratiquent cela.

7.3 « se bourrer d'hormones »

Par ailleurs, les patientes décrivent les hormones, la représentation qu'elles en ont :

Olivia : « avec les hormones qu'on ingère j'ai l'impression que ça fait plus de mal que du bien... et euh... un préservatif une fois qu'il est utilisé on le jette et c'est bon y a pas de... quoi dire entre guillemet... y a pas de euh.... Effet collatéral »

Rania : « ... on nous bourre d'hormones [...] pourquoi j'irais me pourrir la santé avec ça »

Maëva : « je sais qu'il y a des trucs qui sont moins mauvais pour la santé. Il y a des trucs [...] des trucs un peu chimiques, qui ne sont pas naturels quoi, tandis que là (méthode billings) c'est le truc le plus naturel qui puisse exister et je me dis que ça n'a pas d'impact sur mon corps »

Ondine : « juste que j'en ai marre que je ne sois pas maître de mon corps de mes hormones, tout ça donc j'ai décidé d'arrêter parce que tout simplement »

Les femmes interrogées ont notion que les hormones font forcément plus de mal que ce qui est naturel. Il est vrai que ne rien prendre aura forcément moins d'impact sur le corps que de prendre quelque chose. La notion de « pourrir la santé » est intéressante ici. Cette femme se sent atteinte en elle-même avec les hormones. Cela la pousse dans son choix de contraception. Or dans le cas d'une contraception, les hormones ont un rôle essentiel. Elles vont avoir pour but de bloquer le cycle féminin, et ainsi de bloquer l'ovulation.

Il peut être pertinent d'expliquer le fonctionnement, de plus les informer des dosages. En effet, naturellement au cours d'un cycle : la progestérone va jusqu'à 15 ng/ml et les œstrogènes jusqu'à 500 pg/ml (26). Ces hormones varient au cours du cycle c'est ce qui permet l'ovulation. Les contraceptions hormonales vont permettre l'abaissement des concentration plasmatiques des gonadotrophines. Celles-ci sont

responsables du pic d'œstrogène et du pic de LH. L'abaissement des concentrations va donc permettre la suppression de ces pics (27). Il est vrai que des hormones de synthèses sont apportées, cependant elles vont permettre de limiter les variations hormonales. Lors de la prise d'une contraception hormonale la femme est beaucoup moins soumise à des variations hormonales, bien qu'elle ne soit plus maîtresse de ces hormones.

Il est difficile d'intervenir dans ces ressentis. Les femmes vivent toutes différemment leur prise de contraception. Cependant si elles connaissent les mécanismes d'action auparavant, cela peut les aider à mieux supporter. Après, chaque femme est différente et certaine ne se préoccupent pas de comment cela marche, cela ne les intéresse pas.

8. Autre

Il y a une notion qui n'a été abordée qu'une seule fois dans cette étude. En effet, une patiente a choisi en couple sa contraception pour des convictions :

Maëva : « *Euh bah déjà des convictions religieuses, de dire accueillons la vie quand elle nous sera donnée et ne pas voir la relation juste comme... le voir comme un don de soi* »

Nous notons que ce couple met leur conviction religieuse au cœur de leur vie. Et donc celle-ci entre en compte dans le choix d'une contraception. Nous constatons que durant l'entretien Maëva parle d'un choix de couple. La place de l'homme pour cette méthode est indispensable, il faut donc que le choix soit pris à deux.

Une autre dimension intervient, il faut accompagner au mieux ces couples dans leur choix. En leur mettant à disposition les connaissances dont nous disposons sur leur méthode utilisée. Il est vrai que les professionnels de santé, ne sont pas nécessairement

formés vis-à-vis de ces méthodes. Mais s'assurer que le couple est bien suivi et formé dessus.

L'intervention du conjoint dans ce choix :

Olivia : « *c'est un choix avec votre conjoint aussi, cela lui convient aussi parfaitement [...] d'ailleurs c'est lui qui après que j'ai eu le problème avec la pilule c'est lui qui m'a proposé de... d'essayer avec le préservatif* »

Emilie : « *ça ne dérange pas mon conjoint non plus donc, on est tous les deux d'accord là-dessus* »

Au sein de ces deux couples le conjoint intervient dans le choix de la contraception. Il semble essentiel qu'ils choisissent aussi. En effet, c'est une contraception qui demande l'implication de l'homme. Uniquement lors de l'utilisation des préservatifs, les femmes demandent l'avis au conjoint.

Dans l'ensemble des autres entretiens, les femmes choisissent une contraception, et seulement si cela interfère, gêne leur conjoint, elles leur demandent leur avis :

Constance : « *Clairement non, (rigole) non parce que je pense qu'il s'en fout et considère que c'est à moi de décider et que moi je considère que c'est à moi de décider qu'il a pas tellement son mot à dire, c'est mon corps* »

Dans le choix d'une contraception, le conjoint n'a pas beaucoup de place pour la majorité. Les femmes leur demandent leur avis uniquement si cela interfère dans la relation, ou s'ils ont un rôle à jouer, par exemple lors de l'utilisation de préservatifs ou de la méthode Billings.

IV. Discussion

1. Forces et limites de cette étude

Cette étude a permis de répondre aux objectifs. Dans la population étudiée nous avons pu retrouver différentes méthodes de contraceptions non hormonales. Elles représentent les pratiques actuelles en France. Il aurait été intéressant d'avoir des patientes ayant choisi une stérilisation définitive. En effet, est ce que cette contraception est utilisée pour son caractère de définitif ou son caractère de non hormonale ? Même si d'après ce travail le choix répond souvent à plusieurs critères.

Cette étude qualitative présente certaines limites et biais. En effet, nous avons recruté notre population au Centre Hospitalier de Bourg en Bresse. Cela nous permet d'étudier une population variée. Cependant, c'est une population d'une seule région, d'un seul département. Les pratiques varient peut-être en fonction des régions.

De plus, nous avons un biais d'interprétation. Une seule personne a étudié et analysé l'ensemble des entretiens. Les interprétations sont donc assez personnelles, notre position professionnelle et nos convictions personnelles ont pu intervenir dans cette étude. Mais l'impartialité est restée maître dans cette analyse. Cependant il aurait été intéressant d'avoir plusieurs points de vue, pour une analyse plus objective.

Par ailleurs, la situation sanitaire nous a obligé à terminer les entretiens par téléphone. Cela nous limite dans l'analyse des entretiens. En effet, tous les renseignements corporels ne peuvent pas être utilisés. De plus les discussions en face à face permet de revenir plus facilement sur des points. Elle permet une meilleure analyse.

Cependant cette étude a permis de répondre à ses attentes. Elle nous permet de comprendre les critères de choix d'une contraception non hormonale. Il est vrai que de plus en plus de femmes se tournent vers ces méthodes et ce travail va permettre de nous donner les clés pour accompagner au mieux les patientes dans leurs choix. Il

permet de comprendre la réflexion des femmes dans leur choix de contraception. De plus peu d'études se sont intéressées sur le choix d'une contraception non hormonale.

2. Critères de choix d'une contraception non hormonale

Notre travail permet de répondre à notre problématique : sur quels critères de choix une patiente en post partum, choisit-elle une contraception non hormonale ?

Les post partum est une période idéale pour réfléchir à sa contraception. En effet, après une grossesse, un arrêt de contraception on remet en question la contraception. De nouveau choix se pose. Notre étude nous permet de constater que le choix de la contraception non hormonale est basé sur l'expérience personnel ou celle de l'entourage et sur des connaissances personnelles principalement. Mais un choix se fait le plus souvent grâce à de multiples facteurs. C'est l'accumulation d'un ensemble de choses. Les médias, réseaux aussi interviennent dans ce choix sans être la première raison de ce choix. Cependant, les témoignages permettent de le confirmer. Lors des entretiens, il était parfois difficile pour les patientes d'argumenter. En effet, elles parlaient beaucoup de ce qui été dit sur les réseaux. Mais derrière il y avait peu ou pas d'exemple, d'argument. On note, une influence des médias. Il y a un mouvement actuel, depuis la crise de la pilule de 2013 où tout est remis en question.

Il semble aussi évident que lorsque nous faisons une recherche, avec les outils actuels, il est possible de trouver ce que nous l'information que nous souhaitons. Il est très aisé de rechercher des données qui vont à l'encontre des hormones. Une recherche d'assurance est notée. La patiente souhaite le meilleur pour elle, elle recherche donc à s'assurer dans son choix.

Les recommandations sont aussi importantes dans ce choix. En effet plusieurs patientes se sont tournées vers une contraception non hormonale à la suite des recommandations d'un professionnel de santé. Par ailleurs, une donnée intéressante à noter, est que les convictions personnelles, religieuses entrent en compte dans le choix d'une contraception. Pour beaucoup, c'est cette nouvelle grossesse qui va permettre ce

changement. Les patientes souhaitent se tourner vers quelque chose de plus naturelle. Et cette grossesse permet de passer le pas. Nous remarquons aussi que ce choix d'une contraception non hormonale n'est pas définitif pour toutes. En effet, seules 6 patientes sur les 15 ne souhaitent plus du tout d'hormones. Plus de 50 % des femmes sont quand même ouvertes à une contraception hormonale.

Il est important qu'en tant que professionnel de santé nous écoutions les demandes des patientes pour les accompagner au mieux dans leur choix. Cependant il est aussi nécessaire de bien informer les patientes des risques qu'elles prennent. Et lors de la prescription d'une contraception hormonale ou non de les informer des effets secondaires possibles. Il faut que la patiente fasse un choix éclairé. Il est quand même important de noter que la majorité des patientes ont déjà fait leur choix avant la consultation. Durant les entretiens, pour 13 patientes de la population étudiée, leur choix était personnel. Elles savent ce qu'elles souhaitent avant qu'un professionnel de santé leur prescrive quoi que ce soit. La décision, le choix est déjà posé.

La notion d'habitude aussi est importante à prendre en compte. En effet, en France nous avons une certaine pratique au niveau contraception. On remarque que chez nos voisins anglais les habitudes sont différentes. Ces habitudes interviennent sûrement dans le choix : les habitudes des professionnels et des patientes. La notion de coût à été noté cependant nous n'avons pas eu l'occasion d'en discuter avec les patientes. Il serait intéressant de comprendre si cette notion de coût intervient implicitement dans ce choix.

Nous constatons tout de même que le choix d'une contraception se fait de la même manière que tout autre choix : la connaissance et l'expérience sont les principaux critères.

3. Implications et perspectives

Le rôle des soignants est indispensable ce jour. Du moins pour la majorité des cas en effet, lorsque les patientes choisissent d'utiliser les préservatifs ou bien même les méthodes naturelles elles n'ont pas besoin de professionnel de santé pour la prescription cependant le rôle du professionnel de santé ne s'arrête pas à la prescription. Il a un rôle d'accompagnement tout aussi important, ce rôle peut être mal connu par les patientes.

De plus, avec le mouvement actuel de plus en plus de femmes se tourne vers des méthodes contraceptives non hormonale, que ce soit en post partum, au début de la vie sexuelle ou même plus tard. En effet, de plus avec les recommandations actuelles au niveau de l'écologie il n'est pas impossible que dans quelque année, la pollution médicamenteuse devienne une préoccupation, et pousse les populations à changer leur habitudes leur pratiques, et donc les habitudes contraceptives. Les méthodes actuellement disponibles semblent convenir aux patientes. Cependant elle déplore le manque de choix pour ce qui est du non hormonal. En effet, pour la majorité seul le DIU au cuivre existe en dehors du préservatif. Il est vrai que peu de moyen aussi efficace que les DIU existe. Est-ce que la recherche actuelle se tourne vers des méthodes non hormonales pour ce qui est des contraceptifs ? les décisions avenir vont peut-être pousser ces recherches.

V. Conclusion

La contraception reste un sujet essentiel de nos jours. Les consultations dédiées à cela sont indispensables pour un bon suivi. En effet, le choix d'une contraception est difficile, il faut prendre en compte les antécédents, le passé, les besoins, les envies des patientes. Comme pour l'ensemble des choix, de nombreux facteurs interviennent. En tant que professionnel, il est indispensable d'écouter la demande des patientes et de comprendre leur choix, de répondre à leur demande en leur donnant les clés pour choisir. Il est important aussi lorsqu'elles hésitent dans leur choix de les guider au mieux de leur donner des outils pour les aider au mieux. Il est important aussi de ne pas idéaliser un moyen de contraceptions, de donner les risques, les effets secondaires les plus fréquents. Il faut que les patientes sachent ce à quoi elles vont être confrontées. Les consultations de contraception sont guidées par le modèle BERCER : bienvenue, entretien, renseignement, choix, explication, retour. Ce modèle répond aux attentes, de ce travail. Les patientes ont la majorité du temps déjà fait leur choix. Cependant il est indispensable de faire une consultation complète pour bien leur expliquer l'ensemble des risques, les avantages et inconvénients de leur contraception. De plus, dans certains choix, l'avis du conjoint est indispensable. Il serait pertinent de faire une consultation avec le couple pour les accompagner au mieux.

On remarque que les hommes ont peu de place dans le choix contraceptif. Dans la pratique actuelle en France, les hommes n'ont pas un rôle essentiel, cependant ils sont présents quand même dans certain choix. Il serait pertinent d'étudier la place réelle de l'homme dans le choix d'une contraception. En post partum, une vie de couple existe. La contraception prend une autre dimension. Il serait intéressant de comprendre comment évolue la place du conjoint au cours de la vie d'une femme, pour le choix d'une contraception.

Table des matières

Sommaire.....	1
Abréviations.....	2
I. Introduction :.....	3
II. Matériel et méthode	5
1. Type d'étude.....	5
2. Demande d'autorisation.....	5
3. Population interrogée :.....	5
4. Mode de recrutement	6
5. Les entretiens :	6
III. Résultats et analyse	8
1. Population :.....	8
2. Analyse :.....	8
3. Les connaissances des patientes	10
3.1 le tabac et les hormones	10
3.2 la durée d'efficacité	12
3.3 Connaissances des risques de leur moyen de contraception :	14
4. L'expérience.....	16
4.1 Effets secondaires : la prise de poids, migraines, troubles de l'humeur.....	16
4.2 Difficultés de conception.....	19
4.3 Comportement, caractère	20

4.4 : satisfaction de leur contraception.....	22
5. Vu, entendu :.....	23
5.1 Expérience des autres.....	23
5.2 Internet : sites, articles, forum	25
5.3 Mouvement actuel	26
6. Le professionnel de santé :.....	29
7. Représentation :	32
7.1 la prise d'un médicament.....	32
7.2 Idées reçue : pas de stérilet chez une nullipare	33
7.3 « se bourrer d'hormones ».....	34
8. Autre	35
IV. Discussion	37
1. Forces et limites de cette étude	37
2. Critères de choix d'une contraception non hormonale	38
3. Implications et perspectives.....	40
V. Conclusion	41
Références bibliographiques	45
Annexes	48

Références bibliographiques

- (1) DELLUCG.,DELLUC B.–Le sexe au temps des Cro-Magnons–Périgueux : Pilote 24, 2006, 368 p.
- (2) Dictionnaire HACHETTE, Edition illustrée, 2008, p369
- (3) Rahib D, Le Guen M, Lydie N. Baromètre santé 2016 contraception. 2017 p. 8 p. (Baromètres santé).
- (4) Le Guen M, Agius R, Panjo H, Moreau C. La « crise des pilules » en France : les femmes ont-elles davantage consulté un.e gynécologue afin d'accéder plus facilement au DIU ? Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 1 nov 2020;68(6):347-55.
- (5) Niveau d'éducation de la population – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 3 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238409?sommaire=4238781>
- (6) ChoisirSaContraception [Internet]. [cité 27 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.choisirsacontraception.fr/>
- (7) Contraception [Internet]. [cité 4 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/contraception-ivg/contraception>
- (8) Elalamy I. Pilule et tabac : les risques d'un mauvais mariage et d'une double peine. Journal des Maladies Vasculaires. Mar 2012;37(2):41.
- (9) Pai C-W, Leong D, Chen C-Y, Wang G-S. Occurrences of pharmaceuticals and personal care products in the drinking water of Taiwan and their removal in conventional water treatment processes. Chemosphere. Oct 2020;256:127002.
- (10) HAS ; méthodes contraceptives : focus sur les méthodes contraceptives les plus efficaces disponibles, p4 [internet]. [cité 10 févr 2021]. Disponible sur : [synthese methodes contraceptives format2clics.pdf \(has-sante.fr\)](#)

- (11) FSRH Clinical Effectiveness Unit. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance. Current Clinical Guidance. 26 septembre 2019. [PDF]
- (12) Guicheteau C, Boyer L, Somé DA, Levêque J, Poulain P, Denier M, et al. Tolérance du dispositif intra-utérin au cuivre chez les patientes nullipares : étude prospective unicentrique. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 févr 2015;43(2):144-50.
- (13) Robin G, Plouvier P, Delesalle A-S, Rolland A-L. Contraception hormonale en pratique hors dispositifs intra-utérins. *RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 1 déc 2018;46(12):845-57.
- (14) Cappy H, Lucas C, Catteau-Jonard S, Robin G. Migraine et contraception. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 mars 2015;43(3):234-41.
- (15) Robin G, Plouvier P, Delesalle A-S, Rolland A-L. Contraception hormonale en pratique hors dispositifs intra-utérins. *RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 1 déc 2018;46(12):845-57.
- (16) ANSM et HAS : Vous et ... vos contraceptifs œstroprogestatifs, flyer
- (17) Bourguignon E. Fertilité et contraception: quel est le délai moyen d'attente entre l'arrêt de la contraception et la procréation? :66.
- (18) Leridon H. L'espèce humaine a-t-elle un problème de fertilité ? *Population et sociétés*. Octobre 2010; 471
- (19) Gompel A. Hormones et cancers du sein. *La Presse Médicale*. 1 oct 2019;48(10):1085-91.
- (20) Larousse É. Définitions : controverse - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/controverse/18941>

- (21) Pai C-W, Leong D, Chen C-Y, Wang G-S. Occurrences of pharmaceuticals and personal care products in the drinking water of Taiwan and their removal in conventional water treatment processes. Chemosphere. oct 2020;256:127002.
- (22) RICHARD Matis. Memento de la sage femme. 3^{ème} édition. Elsevier Masson ; 2018 ; 273p
- (23) dictionnaire HACHETTE, collection 11 édition illustrée Hachette, 2008, p1018
- (24) AS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Mars 2013, mis à jour septembre 2016
- (25) COLMAS N. Etat des lieux des connaissances des médecins généralistes sur la prescription de dispositif intra utérin (DIU) chez les patientes nullipares. Thèse de médecine : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2017, 29p
- (26) GARDEZ S. les principaux traitements alternatifs de la ménopause : phytothérapie, aromathérapie et homéopathie. Thèse de Pharmacie. Université de Lille 2 ; 2016, 16p
- (27) FMPMC-PS - Pharmacologie - Niveau DCEM1 [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/pharmaco/poly/contracep.html>

Annexes

Annexe 1 : synopsis



PROTOCOLE DE RECHERCHE

Résultat de l'enquête exploratoire

Etude qualitative

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Faculté de médecine et de maïeutique Charles
Mérieux

Site Bourg en Bresse



Auteur : HABRARD Julie

Directeur de recherche : JUSSEAU Céline

Titre provisoire :

Sur quels critères de choix, une patiente en post partum, préfère-t-elle une contraception non hormonale ?

CONSTAT/JUSTIFICATION / CONTEXTE

Aujourd'hui en France, une femme est libre de choisir une contraception, pour 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. Mais elle peut être aussi utilisés pour limiter la transmission des Infections Sexuellement Transmissibles.

Chaque femme est libre de son choix et peut être accompagnée par un professionnel de santé (médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme). Depuis 1967, il est légal de prescrire une contraception dans le but de réguler les naissances. Cela concerne toutes les femmes en âge de procréer.

En France, 92 % des femmes de 15 à 44 ans utilisent un moyen de contraception. Il existe de nombreux moyens de contraception : pilules, dispositif intra utérin, implant, méthodes barrières (cap, préservatifs féminin et masculin, diaphragme), patch, anneau vaginale, spermicides, méthodes naturelles (coït interrompu, période d'abstinence, méthodes Billings, thermo symptomatologie...), contraceptions définitives.

Nous pouvons les répartir en deux catégories : méthodes hormonales et méthodes non hormonales. Nous remarquons depuis quelques années une baisse de l'utilisation d'hormones, en France. Dans notre pratique, lors des stages, nous avons l'occasion régulièrement de discuter de contraception avec les patientes. Il est aussi

important de remarquer, que le nombre de patientes ne souhaitant plus d'hormone est loin d'être négligeable. Les données actuelles montrent aussi une baisse de l'utilisation de la pilule depuis quelques années, depuis la crise de la pilule 3^{ème} et 4^{ème} génération en 2013.

OBJECTIFS

Comprendre les causes et les faits qui conduisent les femmes en post partum à ne pas utiliser de contraception hormonale.

METHODOLOGIE / SCHEMA DE LA RECHERCHE

- ✓ Patientes recrutées par la sage-femme de suites de couches, une fois que celle-ci a pris connaissance du moyen de contraception que veulent utiliser les patientes.
- ✓ La sage-femme transmet la demande de consentement aux patientes incluses dans l'étude.
- ✓ Le consentement signé avec les coordonnées de la patiente sont récupérés par la sage-femme.
- ✓ Je passe dans le service deux fois par semaine, pour récupérer les consentements et les coordonnées des patientes.
- ✓ Je recontacte les patientes par téléphone et convient d'un rendez-vous (physique) avec elle, dans la limite du premier mois en post partum.
- ✓ J'effectue l'entretien

TRAME D'ENTRETIEN (PREVISIONNELLE)

- Pouvez-vous me parler de la contraception qui a été envisagée à la sortie de maternité

Questionnaire d'entretien :

- Présentations : âge, niveau études, nombre d'enfants,
- Pouvez-vous me dire quels moyens de contraceptions vous a été prescrit en suite de couches ?

Rien, préservatif, DIU au cuivre. spermicide, cap....

- Est-ce que vous l'avez utilisé ou pas ? Si non, pourquoi ? si oui, vous convient-elle ?

Oui, Non, abstinence, utilisation d'autre chose

- Sur quels critères avez-vous voulu cette contraception ? qu'est ce qui a motivé pour ce choix ?

Expérience personnel, choix du couple, choix avec un professionnel de santé...

- Qu'est-ce que vous envisagez sur le long terme, pour la contraception ?

POPULATION CIBLE :

Patientes en suites de couches, période de réflexion et de remise en question de la contraception.

CRITERES D'INCLUSION :

Patientes ayant accouché, sortant de la maternité avec une ordonnance d'une contraception non hormonale ou sans contraception pour la suite de couche.

CRITERES DE NON-INCLUSION

- Patientes partant avec une contraception hormonale, ou une ordonnance de contraception hormonale
- Patientes ne souhaitant pas d'hormone, mais repartant avec une contraception hormonale
- Patientes ne parlant pas français
- Patientes ayant subi une hystérectomie
- Patientes qui ne signent pas le consentement
- Patientes ayant une contre-indication aux hormones : progestatif et/ou œstrogène
- Patientes en couple homoparental

CRITERES DE SORTIE D'ETUDE

Entretiens n'ayant pas aboutis

NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES

Une vingtaine de femmes

DUREE DE L'ETUDE

1 mois et demi

LIEU DE LA RECHERCHE

Région Rhône Alpes, département de l'Ain : centre Hospitalier de Bourg En Bresse

RETOMBEES ATTENDUES :

- Mauvais vécus

- Influence médiatique, sociale
- Convictions personnelles
- Mouvements écologiques

Aspects éthiques et réglementaires :

Formulaire de demande au CPP

Demande d'autorisation à la cadre de santé du service pour effectuer mon étude.

Signature du consentement de la part des patientes.

Références bibliographiques

Vigoureux S, Le Guen M. Contexte de la contraception en France. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 déc 2018;46(12):777-85.

Serfaty D. Le marché de la contraception en France et son évolution depuis 2011 : la France serait-elle atteinte d'hormonophobie ? Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 juill 2018;46(7):561-2.

Mamadou Makhtar Mbacké Leye, Adama Faye, Mayassine Diongue, Issa Wone, Ibrahima Seck, Papa Ndiaye, et al. Déterminants de l'utilisation de la contraception moderne dans le district sanitaire de Mbacké (Sénégal). Santé Publique. 2015;(1):107.

Hassoun D. Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières. RPC contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 déc 2018;46(12):873-82.

Grondin C, Duron S, Robin F, Verret C, Imbert P. Connaissances et comportements des adolescents en matière de sexualité, infections sexuellement transmissibles et vaccination contre le papillomavirus humain : résultats d'une enquête transversale dans un lycée. Archives de Pédiatrie. 1 août 2013;20(8):845-52.

Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, Fécond L. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population Societes. 2014;N° 511(5):1-4.

Calendrier prévisionnel :

Validation du synopsis

Mars 2020 : Approfondissement et test de la trame d'entretien

Juin 2020 : Demande d'autorisation au cadre du service et informer les sages-femmes sur le recrutement des patientes

Juillet Aout 2020 : recrutement et début des entretiens

Octobre 2020 : analyse des entretiens

Décembre- janvier- février : rédaction et relecture du mémoire

Mars 2021 : rendu de l'écrit

Avril 2021 : préparation de la soutenance

Mai 2021 : soutenance du mémoire

Mots clés : contraception, méthodes contraceptives non hormonale, hormono-phobie, post partum.

Annexe 2 : demande de consentement

Madame,

Je me présente je suis Julie HABRARD, étudiante sage-femme en fin de cursus.

Je me permet de vous contacter par l'intermédiaire de l'étudiante sage-femme car je réalise dans le cadre de mon mémoire de fin d'études de sage-femme une enquête sur la contraception en post partum (juste après un accouchement).

J'ai besoin de vos témoignages, que je recueillerai en réalisant un entretien confidentiel, en face à face, ou vidéo.

Avant de participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- ✓ que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat,
- ✓ que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez sans en supporter aucune responsabilité,
- ✓ que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions qui vous seront posées,
- ✓ que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle et anonymes
- ✓ qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- ✓ que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail,
- ✓ que les éventuels enregistrements seront détruits dès la fin des travaux

Si vous acceptez de participer à cette recherche je vous laisse remplir ce volet et le transmettre à la personne qui vous l'a remis. Je vous recontacterai pour définir d'un jour pour effectuer un entretien (d'environ 30 min).

Merci de votre réponse.

Je soussigné.....(Nom, prénom) accepte d'être contactée par HABRARD Julie, pour participer à son étude sur le choix du mode de contraception après l'accouchement.

Adresse.....

Tel

Mail.....

Signature

Annexe 3 : trame d'entretien :

Pouvez-vous me parler de la contraception qui a été envisagée à la sortie de maternité

Questionnaire d'entretien :

- Présentations : âge, niveau études, nombre d'enfant,
- Pouvez-vous me dire quels moyens de contraception vous a été prescrits en suite de couches ?

Rien, préservatif, DIU au cuivre. spermicide, cap....

Votre histoire contraceptive » qu'est-ce que vous avez utilisé comment ?

- Est-ce que vous l'avez utilisé ou pas ? Si non, pourquoi ? si oui, vous convient-elle ?

Oui, Non, abstinence, utilisation d'autre chose

- Sur quels critères avez-vous voulu cette contraception ? qu'est ce qui a motivé pour ce choix ?

Expérience personnelle, choix du couple, choix avec un professionnel de santé...

- La place du professionnel de santé dans votre choix ?
- Qu'est ce que vous envisagez sur le long terme, pour la contraception ? Pourquoi ?

Auteur : HABRARD Julie ; hjulie97@gmail.com	Diplôme d'Etat de sage-femme
Titre : Choix d'une contraception non hormonale en post partum étude qualitative	
<p>Aujourd'hui, la moitié des femmes pense à la contraception. Il existe de nombreuses contraceptions différentes. Préservatifs pour hommes et femmes, pilule et pilule du lendemain, caps, diaphragme, patch, anneau vaginal, méthodes naturelles, ligature des trompes, vasectomie... dans ces méthodes, on repère deux groupes distincts : contraceptif hormonal et contraceptif non hormonal. Dans la société d'aujourd'hui, il est majoritairement utilisé une méthode hormonale de contraception, mais beaucoup de femmes veulent changer pour la contraception non hormonale. La crise de la pilule peut expliquer cette tournure, mais quelles sont les raisons qui conduisent les femmes à changer. Un mouvement écologique ? Une expérience personnelle ou une conviction ? Comment motiver les femmes à utiliser une contraception non hormonale.</p> <p>La grossesse et le post partum sont deux aspects qui interrogent les femmes sur la contraception. Beaucoup de femmes décident de changer leur contraception après la naissance, ou de prendre la même chose avant. Rencontrer des femmes pour en parler peut aider à comprendre ce qui les pousse à une contraception non hormonale. Dans cette recherche de travail, les femmes en post-partum et qui veulent une contraception non hormonale seront interviewées. Celles qui ont une contre-indication pour une hormone, qui ne veulent pas participer, qui ne parlent pas français n'apparaîtront pas dans cette étude. Cette analyse pourrait éventuellement aider les professionnels à accompagner et à aider les femmes à choisir leur propre contraception, mais aussi à comprendre le choix d'une contraception non hormonale, connaître la réflexion du patient.</p>	
Mots clés : contraception non hormonale, choix, post partum	
Titre : Choice of non-hormonal contraception in postpartum, qualitative study	
<p>Nowadays, half of women think about contraception. There are many different contraception methods. Condoms for men and women, pill and morning-after pill, cap, patch, vaginal ring, natural methods, tubal ligation, vasectomy... In these methods, there are two distinct groups hormonal contraceptive and non hormonal contraceptives. In today's French society, the majority use an hormonal method of birth control, but many women want to change for the non-hormonal contraception. The French pill's crisis can explain this twist, but what are the reasons which drive women to change : An ecological movement? A personal experiment or conviction? How to motivate the women to use a non-hormonal contraception.</p> <p>Birth and delivery are two aspects which questioned women about contraception. Many women decide to change their contraception after giving birth, or to take the same as before. Meeting women to talk about it can help understanding what pushes them to a non hormonal contraception. In this research, women in post partum and who want a non hormonal contraception will be interviewed. Those who have a contra-indication for a hormone, who don't want to participate, who don't speak French will not appear in this study. This study could possibly help professionals to accompany and assist women to choose their own contraception method, but also to understand the choice of a non hormonal contraception. Knowing the reflexion of the patient can be interesting for the caregiver.</p>	
Key words : non-hormonal contraception, choice, postpartum	