



<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>



Université Claude Bernard  Lyon 1

UFR DE MEDECINE LYON EST

Année 2018 – n° 34

**Déterminants du choix contraceptif chez les utilisatrices de
nouveaux moyens de contraception (patch, anneau vaginal,
implant)**

Une enquête qualitative menée auprès de 14 femmes de la région Rhône-Alpes

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1

et soutenue publiquement le **06/03/2018**

En vue d'obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

CHAMOT ANAIS

Née le 24/04/1988 à Ambilly (74)

Sous la direction de **Madame le professeur Marie Flori**

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président de l'Université

Frédéric FLEURY

Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales
Directrice Générale des Services

Pierre COCHAT
Dominique MARCHAND

Secteur Santé

UFR de Médecine Lyon Est

Doyen : Gilles RODE

UFR de Médecine Lyon Sud-
Institut des Sciences Pharmaceutiques
Biologiques (ISPB)
UFR d'Odontologie
Sciences et Techniques
De Réadaptation (ISTR)

Doyen : Carole BURILLON Charles Mérieux
Directrice : Christine VINCIGUERRA Et

Directeur : Denis BOURGEOIS Institut des
Directeur : Xavier PERROT

Département de Biologie Humaine

Directrice : Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie

UFR de Sciences et Technologies
et Techniques des
Physiques et Sportives (STAPS)
Polytech Lyon

Directeur : Fabien de MARCHI UFR de Sciences
Directeur : Yannick VANPOULLE Activités

Directeur : Emmanuel PERRIN

I.U.T.

Directeur : Christophe VITON

Institut des Sciences Financières
(ISFA)
Observatoire de Lyon
Professorat
(ESPE)

Directeur : Nicolas LEBOISNE Et Assurances

Directrice : Isabelle DANIEL Ecole Supérieure du
Directeur : Alain MOUGNIOTTE Et de l'Education

Faculté de Médecine Lyon Est, Liste des Enseignants 2017/2018

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers, Classe exceptionnelle

Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers, Classe exceptionnelle

Echelon 1

Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers, Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers, Seconde Classe

Bacchetta	Justine	Pédiatrie
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Crouzet	Sébastien	Urologie
Cucherat	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dubourg	Laurence	Physiologie
Ducray	François	Neurologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquín-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Levrero	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Poulet	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ;

Robert	Maud	médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Chirurgie digestive
Souquet	Jean-Christophe	Physiologie
		Gastroentérologie ; hépatologie ;
		addictologie
Thaumat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et
stomatologie Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ;
addictologie Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la
		santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Mauguière	François	Neurologie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ;
		médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie
		addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la
		reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques

Tardy Guidollet

Véronique

Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Charrière	Sybil	Nutrition
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Roman	Sabine	Physiologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

Bouchiat Sarabi	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Cour	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
Coutant	Frédéric	Immunologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Josset	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Menotti	Jean	Parasitologie et mycologie
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe
De Fréminville	Humbert

Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Georges Mellier

Merci d'avoir accepté si rapidement la présidence de ma thèse, et d'avoir usé de votre précieux temps pour la lecture de mon travail. Vous rencontrer et apprendre à mieux vous connaître autour de cette table ronde a été un réel plaisir. Je suis heureuse de remarquer qu'il n'y a pas que la médecine que nous ayons en commun ! Soyez assuré de mon estime et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Jean-Pierre Dubois

Merci d'avoir accepté de participer à cette thèse. En tant qu'ancienne étudiante de Laënnec, et sœur d'un de vos anciens thésards, votre présence est le symbole de mon cursus Lyonnais, et je suis heureuse d'apporter le point final de ma formation universitaire à vos côtés. Soyez assuré de toute ma reconnaissance, et de mon profond respect.

Madame le Professeur Marie Flori

Merci pour votre précieux encadrement dans la direction de cette thèse, et de m'avoir soutenue activement tout au long de mon travail. Je vous ai rencontrée lors d'un stage d'externe dans votre cabinet, et cette expérience chez vous a été capitale pour moi. Elle m'a confortée dans mon désir de devenir médecin généraliste. C'est à travers vos consultations que j'ai pu voir toute la complexité de la relation médecin-patient, mais aussi tout son intérêt et l'épanouissement que je pouvais en espérer. Vous compter parmi les membres de mon jury est très symbolique, et je suis honorée et heureuse de votre présence.

Madame le Docteur Joanna Bertrand

Merci énormément d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Notre rencontre a eu lieu il y a quelques années maintenant, et travailler à tes côtés a été un grand plaisir. Ta gentillesse, ton écoute et ta disponibilité sont des qualités qui m'ont permis de débiter mon internat en toute sérénité, et de me rendre compte du côté passionnant de la gynécologie. Sois certaine que je t'adresserai mes patientes les yeux fermés lorsque je travaillerai vers Valence !

Monsieur le Docteur Matthieu Legendre

On se connaît depuis tellement longtemps (Rock'n'Poche 2000 ou quelque chose comme ça ?) ! C'est avec joie que je te découvre au cours des années, à travers des soirées tout d'abord, puis le travail ensuite ! Travailler dans ton cabinet m'épanouit pleinement et je ne pouvais pas espérer mieux pour débiter ma vie professionnelle. Reste plus qu'à tester les trails ensemble (pourquoi pas un doublé au Grand Raid après le Duo de l'Hermitage ?). Merci beaucoup d'avoir accepté d'être membre du jury, et à très bientôt à SJM.

Aux patientes

Merci aux 14 patientes qui ont accepté de participer activement à cette étude. Vous avez pris le temps pour me faire avancer, et je vous en suis très reconnaissante.

A ma famille

Maman (*Vivaldi - I will survive*), tu es la personne qui me connaît le mieux au monde. Chacun de tes conseils avisés sont sages, justes ; et même si c'est parfois rageant... tu as toujours raison !! Je ne te serai jamais assez reconnaissante de tout l'amour et toute la douceur que tu m'as apportés, ce sont les bases solides de mon équilibre actuel. Je t'aime.

Papa (*Allumer le feu!*) Cartésien mais pas tant que ça, tu m'as appris à être curieuse et toujours essayer de comprendre le monde qui m'entoure. J'aime nos discussions philosophiques autour de tes lectures partagées chaque fois à haute voix... Tu es ma référence, mon héros, mon conteur d'histoires préféré. Je t'aime.

Sébastien (*Ulysse - N'TO*), mon gourou, tu es un modèle pour moi. C'est toi qui m'as donné envie de faire ce métier, et qui ne cesse de me guider dans mon épanouissement personnel et professionnel... Merci pour tout et tu connais la prochaine étape (la régence de SJM !!)

Jessica (*L'invitation – Toutouyouyou*), ma foldingue de sœur, ma protectrice de toujours envers et contre tout, ma Davi, mon meilleur binôme de grimpe, ski nautique ou quad en Grèce, à toutes ces folles soirées et escapades en France ou ailleurs... Je crois tellement en toi, et te soutiendrai toujours pour la parution du fameux « C.T. et le dauphin argenté » !

Elodie (*Désenchantée - I get around*), ma jumelle, ma confidente, tu m'as accompagnée à chaque étape importante de ma vie... Chaque moment avec toi n'est que joie et amour, et je suis si heureuse de notre complicité. J'admire la force dont tu fais preuve pour affronter les difficultés. Mes samedi pluvieux ne seront plus jamais les mêmes grâce à toi et ma poupinette... POUNCHA!!!

Mes princesses Chloé (*Kids United*), **Eléa** (*Libérée délivrée*), **Alice** (*J'aime la galette...et le poussin Piou*), **mon petit Louka** (*Iron Maiden*). Vous êtes du bonheur à l'état pur, vous incarnez l'amour simple et sans condition qui m'aide à me construire au quotidien. Vous êtes mon centre, ma référence lorsque je me sens perdue. Merci de tout cet amour, je vous souhaite d'être toujours heureux, et de venir danser plus tard avec votre vieille tante !!

Anne-So, ma super belle-sœur, championne 2018 de Karaoké, tu es la plus rock'n'roll et la plus forte des mamans, je te souhaite de continuer à t'épanouir chaque jour dans cette magnifique famille que tu as construite avec mon frère !

Karine (*Valtari*), tu fais partie de la famille, ta gentillesse est sans faille et sans limite. Merci pour ta participation active à ce projet !

Mes grands-parents. Mes grands-pères, mes héros et modèles, Mamie (*Ah! Le petit vin blanc*) et ses remèdes à l'ail et au citron. En ce jour important de ma vie, je pense fort à vous, vous êtes présents en mon cœur. Mémé (*A bicyclette*) et tes conseils avisés de pendule, tu es la plus tolérante et douce des grands-mères, je pense fort à toi.

Les tantines, et tout ce que vous avez fait pour moi. Merci pour nos escapades inoubliables et folles, toujours pleines de rires (mon premier rêve d'enfant réalisé : un séjour chez Mickey ! Le ski en été, les supers resto...).

Mon Kikou et tata Patricia, les Zuner, merci pour ces moments agréables passés à vos côtés.

A mes amis

La Yaute : Ma Inge-Mouloud (*Billie Jean* - de la primaire à la P1 en passant par la Grèce et la Mayenne avec Giselda, je ne me souviens pas de moment sans fou-rire avec toi !), ma Grunch (*Happy* - quel plaisir de te voir fonder cette belle famille !), ma sœur de Tarédechezpataré (tu es une aventurière, je t'admire !), ma ptite fée, Nico (quel beau chemin parcouru depuis la 1S2 !)

Les Lyonnais : ma Elise (*Up down funk* - mon poooooote ! Ton histoire a radicalement changé ma vie et ma façon de me comporter face aux difficultés. Tu m'as appris la force et le courage, je ne t'en remercierai jamais assez), Maud (tu m'as montré ce qu'était l'amitié sincère sans conditions, tu m'as aidée à m'ouvrir aux autres, merci de ton soutien sans faille et ta présence quand il le faut), ma Kekette (tu es la meilleure, je suis honorée de toutes nos discussions philosophiques (what else ?!)... Ta vision de la vie m'aide à améliorer la mienne), Nanou (*VAGAL!* - du WE d'inté jusqu'en Drôme-Ardèche, en passant par les sous-conf-goûters-raclette, je suis heureuse de partager tout ça avec toi), Salim (*Rather be/Ya rayah* - mon premier coupain ! Supers aprèm Chicha-NetFlix, merci the perfume !), Brubru (*Cumbia Cumbia* - le plus cool de tous les médecins, je suis toujours heureuse de te proposer un café-bière sur ma terrasse !), Loïc (*Down* - impossible de ne pas te remercier pour le soutien sans faille que tu m'as apporté durant les moments difficiles de mon cursus. Je te souhaite d'être heureux).

L'Internat : Ma couille (oui, j'ai osé MOI ! Ma première super co-interne, au moins aussi folle que moi, il faut toujours qu'on teste le ski de rando, la course, et qu'on se fasse plus de soirées ensemble !) **Valence** (*KUDURO - Get Lucky*) Mention spéciale promise à Kaka, chaque fois que tu viens squatter mon canapé tout défoncé, j'avance dans ma vie ! Sylvain (à quand la crêpe bretonne en Inde ?), DuduLulu (les plus fous addicts à tout!! c'est décidé demain j'arrête de vous suivre dans vos idées Lundi-foutoir !), Soso et Fredo (à nos supers Dimanches Lyonnais, merci de votre écoute, vos bons conseils et votre générosité), PIAmélie (vous êtes le noyau du groupe, notre moteur, toujours pleins d'idées folles, et à vous plier en 4 pour tout le monde, merci pour tous ces moments incroyables !), Jean-Guigui et Mômman (le prochain trail on le fera tous les 3, promis Jean-Guillaume, on t'attendra !), Mamaude (toujours un plaisir de se croiser par hasard... Lyon 8 en force !), Marianne et Guillaume (le couple parfait, votre harmonie est un exemple pour moi), Agathe (toujours aussi douce et belle, tu me manques !), Clem (quand est-ce qu'on regrimpe?!), Ana, Clem et Pierre-Mi (et tous nos apéros ensemble !), les bébés : William-Valentin et Alexandre-Valentin, Nono-Valentine, mini-blond(e ?) et mini-brun(e ?), et tous ceux à venir, je vous aime déjà !!

Mes rencontres et l'épanouissement que j'ai trouvé dans chaque rayon de soleil de mon quotidien :

- **La médecine** : Bruno Tallon (te rencontrer a été une étape importante, merci de tout ce que tu m'as appris), toute l'équipe de Saint-Jean-de-Muzols (merci pour votre accueil chaleureux au monde des Bisounours !)

- **La danse** (*Lloraras – Besos escondidas – Milonga triste*) : Axelle la linda, la plus enjouée des salseras (Ninkasi for ever chica !), mon salsam et tes interminables mais incroyables récits de père castor (fini les recettes pompettes !), Chouquette (*Moriarty*), Liunes (merci pour ma première milonga !), Cédric (le plus geek, et le meilleur de tous mes salseros !), Doudou (la star de Capsao!!) tous mes salseros et tangueros (Dju, Smaïn, Solo, JM, Juan-F, Aurelio, Jérôme ...)

- **Le sport** : Faicel (*Lik*), mon coach et ami, tu m'as appris que la bière était bonne pour la récup, mais aussi à me dépasser et ne jamais lâcher... Te côtoyer a changé ma façon de voir la vie. Merci.

- **Le piano** (*Sonate Op.10 n°1, Beethoven*) : Fred mon mentor et ami, Ingrid toujours aussi classe et souriante.

- **Mes voyages** : Saskia la plus Argentino-française des hollandaises (*Gezellig !*), Pedrito, Nono, Moni y Roberto, ma famille argentine (*Shaky Shaky*) ; Max et Marie-Ange, Clem, François et Jen, ma famille réunionnaise (*Sega Jacquot*) ; Marc et Axel, mes sœurette presque hongroises (Egészségedre !) ; Damir et Sijana, ma famille Serbo-croate Luxembourgeoise (Brzo et polaaaaako!) ; Les Tsitsias, ma famille grecque (ευχαριστώ για όλα !)

Sergio (*SOY – Dame vida*): My turn for a theory! I think that in a lifetime, you can count few meetings or events that radically change everything ... And you are one of them. Since I know you, we've had only perfect crazy moments (even our black day!) I can't wait for the next one! Be sure that a part of me will always remember these moments in Tilcara (sportive), Potosi (cold), Cochabamba (Dino), Frankfurt, Greece (Spain?), Albarracin... With you I can fly all over the world, cause there is no frontiers anymore...

« - Il y a des méthodes plus efficaces que d'autres.

Mais, quand une grossesse n'est pas désirée, n'importe quelle contraception vaut mieux que pas de contraception du tout ;

- La meilleure contraception n'est pas celle que le médecin préfère mais celle que l'utilisatrice choisit en connaissance de cause ;

- La sexualité change avec la vie. La contraception aussi. »

M. Winckler

(Contraception mode d'emploi 2001. Ed. Au Diable Vauvert, p. 447)

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS.....	14
LISTE DES TABLEAUX ET CARTES HEURISTIQUES	15
LISTE DES ANNEXES	16
INTRODUCTION.....	17
1. Etat des lieux.....	17
2. La question posée : problématique de l'étude	20
MATERIELS ET METHODE.....	22
1. Bibliographie.....	22
2. Type d'étude.....	22
3. Constitution de l'échantillon	23
4. Réalisation du guide d'entretien	24
5. Recrutement des patientes	26
6. Entretiens semi-dirigés	26
7. Analyse des données.....	28
RESULTATS.....	29
1. Caractéristiques de l'échantillon	29
2. Compréhension de la contraception	31
3. La contraception : Pourquoi ?	33
4. La contraception : Pour qui ?.....	36
5. Comment choisir ?.....	39
6. Aspects positifs et négatifs des moyens de contraception actuels	55
7. Quelle contraception idéale ?.....	65
8. Des comparaisons inattendues	69
DISCUSSION.....	70
1. La patiente.....	72
2. L'information des patientes.....	77
3. La contraception.....	83
4. Limites et points forts de l'étude.....	88
CONCLUSION	91
BIBLIOGRAPHIE.....	94
Annexe 1 : Les 6 étapes de la consultation sur le modèle BERCER.....	101
Annexe 2, sur support numérique	102

LISTE DES ABREVIATIONS

IVG : Interruption volontaire de grossesse

AMM : Autorisation de mise sur le marché

COP : Contraception oestroprogestative

CO : contraception orale

HAS : Haute autorité de santé

ANSM : L'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé

DIU : Dispositif intra-utérin

CHOICE : the Contraceptive Health Research Of Informed Choice Experience

ITG : Interruption thérapeutique de grossesse

FIV : Fécondation In Vitro

IA : Insémination artificielle

ATCD : Antécédent

MST : Maladie sexuellement transmissible

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

OMS : Organisation mondiale de la santé

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

FSH : Follicle Stimulating Hormone

TEV : thromboembolique veineux

LISTE DES TABLEAUX ET CARTES HEURISTIQUES

Tableau 1. *Récapitulatif des patientes interrogées*

Tableau 2. *Utilisation de la contraception en tant que médicament*

Tableau 3. *Risques d'accidents TEV pour des populations de femmes données.*

Tableau 4. *Résumé des campagnes INPES entre 2007 et 2015*

Tableau 5. *Efficacité des différentes méthodes contraceptives selon l'OMS et l'HAS*

Carte heuristique 1. *La contraception, pour qui ? Pourquoi ?*

Carte heuristique 2. *Comment choisir sa contraception, facteurs intrinsèques*

Carte heuristique 3. *Comment choisir sa contraception, les influences externes*

Carte heuristique 4. *Idées d'amélioration pour une contraception idéale*

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1. *Méthode BERGER (OMS)*

Annexe 2. (Support numérique)

- *Travail personnel préalable : rappels sur la contraception*

- *Fiche de participation*

- *14 entretiens*

INTRODUCTION

La contraception féminine est une pratique courante, afin d'éviter une grossesse non désirée.

Son autorisation légale voit le jour en France en 1967 avec la loi Neuwirth. Mais il faut attendre 1972 pour voir surgir ses premiers décrets d'application et son remboursement, seulement quelques jours avant la loi Veil, qui régit initialement l'IVG.

1. Etat des lieux

De nombreuses études se penchent sur la question de la contraception féminine, et l'on trouve chaque fois un large recours à celle-ci, avec presque 90% d'utilisation pour les femmes sexuellement actives. (1)

1.1 Les nouveaux moyens de contraception

Depuis les années 2000, de nouveaux moyens de contraception ont fait l'objet d'une AMM et sont désormais commercialisés.

Les femmes ont à présent à leur disposition l'implant contraceptif depuis 2001 (contraception progestative), le patch (Evra®) et l'anneau vaginal (Nuvaring®) depuis 2004 (COP de 3^{ème} génération). Si cette diversification a permis une évolution des pratiques contraceptives, et une baisse de l'utilisation de la CO (de 59.1% en 2000, elle passe à 33.2% en 2016), cette dernière reste néanmoins le contraceptif le plus utilisé, et ce, quel que soit l'âge (44.4% des 15-19 ans et 52.6% des 20-24 ans) (2).

En Novembre 2012, un rapport de la HAS vient entacher la réputation de la COP, en attestant un sur-risque thromboembolique veineux pour les utilisatrices de COP de 3^{ème} et 4^{ème} génération (0,04%), en comparaison aux 1^{ère} et 2^{ème} génération (0,02%) (3).

A la suite de la procédure européenne de réévaluation du bénéfice/risque des COP, introduite par la France en janvier 2013, des modifications des AMM des produits concernés ont été réalisées.

L'ANSM établit notamment pour Evra® et Nuvaring®, qu'il est nécessaire d'informer chaque patiente concernée par cette méthode, que « l'utilisation de tout contraceptif oral combiné augmente le risque thromboembolique veineux par rapport à une non utilisation. Cette mise en garde s'applique également à Nuvaring® dont les effets sur ce risque par rapport aux autres contraceptifs hormonaux combinés ne sont pas encore connus. (...) Des données épidémiologiques suggèrent que le risque thromboembolique avec Evra® est 1,5 fois plus élevé qu'avec un COP contenant du lévonorgestrel » (4) (5).

Si l'utilisation de ces 2 moyens contraceptifs n'est pas contre-indiquée, elle doit donc être réfléchie en prenant en compte les risques de chacune, ainsi que les avantages qu'une nouvelle galénique pourrait apporter aux patientes pour le patch et l'anneau vaginal.

1.2 Un plus large éventail de choix contraceptif, mais un modèle Français plutôt figé

Si la réputation des COP de 3^{ème} et 4^{ème} génération s'est détériorée au terme de ce « scandale » médiatique, il n'est pas observé de modification radicale des attitudes contraceptives dans notre pays (2).

L'histoire contraceptive chez les Françaises reste globalement la même, avec les étapes suivantes : un début de vie sexuelle avec une utilisation majoritaire du préservatif (souvent associé à une CO) ; une CO exclusive dès qu'une relation de couple stable s'installe ; puis une méthode à longue durée d'action telle que le DIU pour les femmes déjà mères (6).

1.3 La consultation contraceptive : une étape majeure

Les enjeux du conseil médical dans ce contexte pourraient être de deux ordres principaux. Il s'agit premièrement du *counseling* lors de la prescription d'un moyen contraceptif, qui intervient en amont de son utilisation. Ce terme est employé pour définir la démarche du praticien qui vise à conseiller, mais aussi à accompagner la patiente dans son choix de manière personnalisée, en prenant en compte son histoire biopsychosociale, sans être paternaliste. Puis, une fois que le moyen a été

choisi, de toujours vérifier l'attitude des utilisatrices par rapport à ce choix (compréhension, utilisation optimale, tolérance, etc.).

- Avant le choix

Tout d'abord, une information optimale permettrait d'aiguiller la patiente dans son choix contraceptif. Il est important de fournir à toutes les femmes et à tous les hommes une information complète sur les avantages et les inconvénients des méthodes contraceptives disponibles, afin qu'ils puissent choisir celle qui sera la mieux adaptée à leurs besoins.

La patiente qui vient consulter le praticien dans le but d'un conseil contraceptif, sait (ou pense savoir) en général ce qu'elle veut. Certaines études montrent que le choix est étroitement lié à des craintes (7), ou idées reçues, qu'un conseil médical clair et exhaustif pourrait modifier (8).

Ce choix dépend de l'histoire de chaque patiente (antécédent de grossesse, d'IVG (9), etc.), mais aussi de facteurs externes, tels que les différents modes d'information possibles (entourage, médecins, médias). Malheureusement ces méthodes d'information peuvent être source de freins à l'utilisation de certaines méthodes, que le praticien devrait pouvoir évaluer (10).

L'étude CHOICE vient appuyer cette idée qu'un choix contraceptif doit se faire dans la lumière d'une explication précise, claire, et adaptée à chaque patiente. (7)

Cette étude montre qu'actuellement, la proportion d'utilisatrices de contraception orale reste élevée, alors que l'utilisation de contraceptifs à longue durée d'action pourrait être plus souvent choisie après un conseil optimisé.

Pour cela, il faut prendre en compte les facteurs individuels (socio-économiques, médicaux, affectifs, intellectuels) de chaque personne concernée. Il ne faut pas oublier les moyens mis en place pour expliquer aux patientes le mode de fonctionnement d'un moyen contraceptif à l'échelle individuelle (information personnelle via la famille, les amis, les praticiens référents...) et à la population générale (campagnes ministérielles, spots publicitaires, sites internet...).

Parallèlement à cette problématique la HAS rappelle que la contraception n'est pas qu'une histoire féminine. La responsabilité partagée entre hommes et femmes doit être appuyée par chaque praticien, et mise en valeur (11). Et ce, d'autant plus que les utilisatrices de contraceptifs sont désireuses d'une telle implication masculine (12).

- Après le choix

Une fois la méthode choisie, il est important de faire régulièrement le point *a posteriori*, afin de toujours s'enquérir de la qualité de la compréhension, du degré de satisfaction, et l'utilisation que la patiente fait de sa contraception.

L'efficacité pratique de la CO est largement liée à une observance régulière, voire rigoureuse pour les pilules les moins dosées. Or, toutes les études portant sur des traitements au long cours mettent en évidence des difficultés d'observance avec le temps (13).

2. La question posée : problématique de l'étude

Tout d'abord, il semble important de comprendre le mode de fonctionnement d'un outil pour pouvoir s'en servir de manière optimale. Il est donc aisé d'imaginer qu'il en est de même pour la contraception, premier outil utilisé afin d'éviter une grossesse. Ce traitement, qui va agir sur différentes étapes du cycle féminin, ou utilisé comme barrière, nécessite une compréhension de son utilisation.

Toutefois il se peut que, malgré un mode d'information efficace, il reste difficile à gérer. Oublis (CO) ou risque de décollement (patch) pour les uns, geste invasif (pose de DIU, d'implant) ou risque de rupture (préservatif) pour les autres, chaque mode contraceptif porte son lot d'effets indésirables et de risque de mauvaise utilisation (14).

Si « La meilleure contraception est celle que l'on choisit » (15), ce choix doit être éclairé, et s'intègre dans le contexte bio-psycho-social de chaque patiente.

Il est alors légitime de se poser la question des facteurs qui influencent le choix contraceptif. Certaines craintes, croyances, voire des méconnaissances peuvent être autant de freins à l'utilisation d'une méthode, qui aurait pu convenir à la patiente.

L'implant, le patch et l'anneau vaginal, restant peu utilisés, la question de recherche a essayé de mieux comprendre les comportements individuels des utilisatrices de ces nouvelles méthodes.

Il était gardé à l'esprit que pour l'anneau et le patch, la patiente gère seule sa contraception au quotidien, alors que pour l'implant (contraceptif de longue durée d'action) ce n'est pas le cas. Le DIU hormonal (autre moyen de contraception de longue durée d'action hormonal) n'a pas été inclus à l'étude, car il ne s'agit pas d'une nouvelle méthode contraceptive (apparue avant les années 2000).

Il est important de savoir ce qui entraîne les patientes à utiliser ces nouvelles formes galéniques de contraception, afin d'adapter au mieux le conseil du médecin généraliste, en insistant sur les freins, certaines croyances, voire des craintes, mises en exergue dans cette étude.

MATERIELS ET METHODE

La question des déterminants du choix contraceptif des utilisatrices de nouveaux moyens de contraception, nécessitait une investigation centrée sur le ressenti des patientes.

Les étapes nécessaires à l'établissement de cette recherche sont décrites comme suit.

1. Bibliographie

La recherche bibliographique s'est appuyée sur les moteurs de recherches suivants : PubMed®, CAIRN®, SUDOC®, Google scholar®, Google®.

De plus, le portail de la bibliothèque universitaire de la faculté de sciences Lyon 1 a été utilisé via Spiral Connect®.

Les thèses déjà réalisées ont été étudiées, afin d'éviter un sujet redondant.

Le thème de la contraception a déjà été abordé à maintes reprises. Toutefois, l'évaluation qualitative des moyens de contraception les plus récents n'a pas encore été abordée, dans le cadre de la médecine générale.

Les MeshTerms utilisés étudiaient (liste non-exhaustive) :

- la contraception : « contraception », « long acting hormonal methods », « contraception efficiency », « male contraceptive methode »
- l'étude des comportements sociaux en matière de santé et de contraception : « Health Belief model AND contraception », « contraception AND qualitative », « contraception AND knowledge basis », « contraception comprehension ».

La bibliographie a été établie selon les normes de Vancouver, via le logiciel ZOTERO®.

2. Type d'étude

La méthode qualitative phénoménologique a été choisie afin de répondre au mieux à la problématique, en prenant en compte la subjectivité que peut connaître le choix contraceptif.

Ce type d'exploration offrait une liberté de réponse, et semblait adaptée à une meilleure compréhension des comportements individuels à travers des critères de choix personnels, où peuvent se mêler croyances, connaissances, sentiments, etc.

Les entretiens étaient semi-dirigés et individuels afin de faciliter l'échange entre chaque patiente et l'interlocuteur.

Le consentement éclairé était obtenu avant l'entretien, après information claire et précise du déroulement de l'étude.

L'anonymat était établi dès le début de l'entretien.

3. Constitution de l'échantillon

Les patientes étaient sélectionnées selon des critères prédéfinis, et non de manière aléatoire comme le requerrait une étude quantitative.

3.1 Critères d'inclusion

- Femmes majeures,
- Non-ménopausées,
- qui utilisaient les moyens de contraception comprenant : implant contraceptif, patch hormonal, anneau vaginal hormonal,
- qui acceptaient de participer à l'étude (Annexe 2).

Dans un but d'échantillonnage en variation maximale, et afin de diversifier au mieux les comportements individuels de chacune lors des entretiens, certaines caractéristiques étaient recherchées pour sélectionner les patientes.

Les sujets interrogés répondaient à des critères qui semblaient pertinents et raisonnés, en fonction de caractères qui auraient pu influencer sur la décision finale de la patiente.

Ces caractéristiques secondaires étaient répertoriées si le sujet entrait dans les critères d'inclusion.

3.2 Caractéristiques pertinentes

Les caractéristiques qui semblaient pertinentes dans cette étude étaient :

- Physiologiques (ou tranches d'âge) : 18-25ans, 26-35ans, 36-45ans, plus de 45ans ;
- Affectives : Célibataire, en couple ;
- Socio-économiques : étudiante, en recherche d'emploi, au foyer, active ;
- Obstétricales : nullipare, primipare, multipare, antécédent d'IVG ou ITG ;
- Démographiques : rural, semi-rural, urbain, départements différents.

Le nombre nécessaire de sujets interrogés a été défini au fur et à mesure de l'étude, jusqu'à obtenir une saturation des données (c'est à dire lorsque l'on obtenait des informations redondantes pour chaque thème abordé).

4. Réalisation du guide d'entretien

La grille d'entretien a été réalisée afin de répondre au mieux à la question posée.

4.1 Début de l'étude

Les thèmes abordés nécessitaient tout d'abord de faire le point sur ce que pensait la patiente de la contraception en général.

Puis l'entrevue se focalisait sur son histoire personnelle, afin de mieux comprendre les déterminants de son choix actuel. Cette anamnèse permettait de réaliser la transition sur la question des moyens d'information utilisés par la patiente, pour se renseigner sur la contraception.

Finalement, afin de mieux cerner les attentes des femmes interrogées, la question d'une contraception idéale était soulevée.

Les questions fermées étaient posées à la fin, afin de ne pas instaurer une dynamique de réponses courtes dès le début du dialogue.

4.2 Evolution de la grille

Au fur et à mesure des entretiens, la grille a été corrigée, afin de favoriser la fluidité du discours de la patiente interrogée, et améliorer la communication entre les deux interlocutrices.

Le canevas d'entretien final comptait 4 parties :

- Histoire contraceptive.

Le choix de débiter par une question vaste (la contraception en général) permettait d'instaurer un dialogue grâce à une question simple, qui ne mettait pas la patiente en difficulté.

Parler ensuite de son histoire personnelle semblait la mettre en confiance, favorisait son expression, tout en restant dans sa subjectivité, et améliorait l'expression de son ressenti personnel et de son vécu.

Dans ce thème, les sujets abordés permettaient d'évaluer les points positifs de la contraception actuelle, et les points négatifs ayant amené l'interviewée à ne pas choisir d'autres méthodes.

Si la patiente le désirait, elle pouvait expliquer le mode de fonctionnement de sa contraception.

- Les moyens d'information utilisés pour l'aiguiller dans le choix.
- L'idéal contraceptif. Une question, non pressentie initialement, a été rapidement ajoutée, celle de la « contraception idéale ».
- Les données personnelles. Finalement, les données plus précises des caractéristiques du sujet interrogé étaient établies à la fin.

L'entretien ne s'arrêtait que lorsque la patiente le décidait. C'est à dire qu'après l'énumération des caractéristiques personnelles, il lui était demandé si elle souhaitait ajouter quelque chose, ou si elle avait des questions, afin que l'entretien reste le plus équilibré possible.

La femme interrogée était alors libre de s'exprimer, et pouvait demander des informations à l'investigatrice si elle le souhaitait.

5. Recrutement des patientes

La population a été recrutée selon un mode multicentrique dans toute la région Rhône-Alpes, dans des zones rurales et urbaines, afin d'assurer une bonne représentativité de l'échantillon.

Le recrutement s'est effectué dans différents cabinets de médecine générale et en pharmacies, plus précisément en Haute-Savoie, dans le Rhône, l'Ardèche, la Drôme et l'Ain.

Les patientes étaient recrutées tout d'abord directement lors de consultations effectuées par la chercheuse (quel que soit le motif de consultation), ou via une note informative exposée dans les salles d'attente des différents cabinets où travaillait l'investigatrice (Annexe 2). Un des posters de recrutement a aussi été affiché au centre de planning familial de Villeurbanne.

Elles étaient parfois incluses à l'aide de pharmaciens lyonnais, informés par cette même note suscitée.

Certains médecins ont été informés des modes de recrutement et ont participé à celui-ci (gynécologue lyonnaise, médecins généralistes, remplaçants ou non, de Rhône-Alpes, collègues internes en gynécologie obstétrique).

Les patientes étaient contactées par mail, ou téléphoniquement (si ce n'était fait directement en consultation) par l'investigatrice de l'étude, afin de déterminer des modalités de l'entretien.

Les informations sur le déroulement de l'entretien étaient de nouveau précisées le jour même.

6. Entretiens semi-dirigés

Les entretiens semi-dirigés avaient pour but d'améliorer l'expression libre de la patiente, et se sont toujours déroulés dans un lieu calme et non public afin de laisser libre cours à son expression, même lorsque le sujet interrogé évoquait des thèmes difficiles à aborder (IVG par exemple).

Le lieu pressenti pour la réalisation des entretiens était donc principalement en salle de consultation des cabinets médicaux disponibles. Il était aussi proposé au sujet

inclus d'effectuer l'interview au domicile, ou encore dans une salle vacante du département de médecine générale de la faculté Rockefeller à Lyon.

Au cours de l'étude, un bureau dans une pharmacie lyonnaise (11 cours Charlemagne) a été disponible à plusieurs reprises.

Le consentement éclairé était oralement recueilli avant chaque début d'entretien, après un rappel sur le déroulement de l'enquête. Cela a permis la réalisation d'une étude éthiquement acceptable.

L'anonymat était établi dès le début de l'interview. Chaque patiente interrogée s'est vue attribuer un code, indiquant la première lettre de son prénom ou nom, ainsi que son ordre de passage correspondant au nombre d'entretiens déjà réalisés.

L'adresse mail était parfois récupérée en fin d'entretien, à la demande de la patiente, et ce, afin de lui envoyer les conclusions de l'étude.

Les questions étaient ouvertes et progressives.

L'enquêtrice avait noté des questions de relance, en cas de difficulté de réponse de la part de la patiente interrogée, et toujours dans un but d'améliorer la fluidité verbale. Elle restait libre de rebondir sur certaines remarques, et de poser des questions non inscrites sur la grille d'entretien, si elle jugeait cette action nécessaire.

L'enregistrement a été obtenu par dictaphone, afin d'éviter le biais de mémorisation, puis retranscrit manuellement via le logiciel Word®. Des notes écrites étaient présentes durant l'entretien, afin de prendre en compte des détails importants qui ne seraient pas passés sur la bande son du dictaphone, ou afin de mieux rebondir face aux remarques de l'interviewée.

La restitution *ad integrum* des propos respectait les délais de réponse, onomatopées, ou parfois même les modifications de postures si cela paraissait pertinent pour l'analyse.

7. Analyse des données

L'analyse des données s'est faite de façon verticale et selon un mode inductif au départ (c'est à dire que chaque entretien a été analysé un par un, en isolant les verbatims importants, permettant de définir des thématiques), cela a permis d'affiner la grille lorsque cela semblait nécessaire. Puis l'analyse s'est faite de manière déductive en fin d'étude.

Les verbatims, transcrits via le logiciel Word®, ont été rangés en thématiques grâce au logiciel Microsoft Office OneNote®, permettant la création de sous-groupes.

Par la suite, des cartes heuristiques ont été créées afin de rendre plus lisible l'analyse finale, via le logiciel Freemind®.

Une triangulation des données a été réalisée à plusieurs reprises avec le docteur Beaufumé Sophie ainsi que le Professeur Flori Marie, qui ont relu certains entretiens de façon indépendante, afin d'obtenir une analyse la plus objective et la plus exhaustive possible.

RESULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

Au total, 14 entretiens ont été réalisés dans différents départements de la région Rhône-Alpes entre Mars 2016 et Novembre 2017.

Il s'agissait de 6 utilisatrices de l'implant contraceptif, 4 utilisatrices de l'anneau, et 4 du patch.

L'âge moyen des patientes interrogées était de 30.4 ans, avec des âges s'étalant de 19 à 46 ans.

La durée moyenne des entretiens était de 22'00, avec des durées comprises entre 9'17 pour l'entretien le plus court, et 40'22 pour le plus long.

Sur les 14 patientes, 3 avaient déjà eu recours au moins une fois à une interruption de grossesse.

Il n'y avait qu'une seule patiente célibataire, et toutes les autres caractéristiques importantes ont été répertoriées selon le tableau suivant.

Patientes interrogées							Entretiens	
	Age	C*	Statut	Travail	GP**	Particularité	Lieu	Durée
L1	23	P	Couple	étudiante	G0 P0	-	Pharmacie Perrache (69)	15'23
A2	22	P	Couple	étudiante	G0 P0	-	Pharmacie Perrache	21'38 +1'15
S3	34	A	Couple	Immobilier	G2 P0	Endométri- ose, 1IVG, 1ITG	Cabinet Gaillard (74)	18'38
A4	27	A	Couple	IDE***	G0 P0	Ovaires poly- kystiques	Pharmacie Perrache	9'17
S5	37	P	Couple	IDE	G2 P2	-	Pharmacie Perrache	23'11 +1'51
D6	25	I	Couple	au foyer	G2 P2	Retrait de l'implant organisé après l'entretien	Cabinet Gaillard	11'39
L7	25	I	Couple	bâtiment	G0 P0	-	Cabinet Bonne (74)	13'08
C8	19	I	Couple	étudiante	G0 P0	-	Cabinet Bonne	14'50
V9	46	I	Couple	Manager ferroviaire	G3 P2	1 IVG	Domicile Lyon (69)	37'25
P 10	28	P	Couple	Création d'entre- prise	G0 P0	-	Cabinet St Jean-de- Muzols (07)	20'27 +1'45
C 11	32	I	Couple	Ingénieur	G2 P2	3 FIV	Domicile Thil (01)	10'17 +21'25
L 12	38	I	Célibat	Assistante dentaire	G2 P2	-	Cabinet Beynost (01)	22'20
G 13	35	A	Couple	communicat ion	G1 P0	1 IVG	Domicile Villeurban- ne (69)	40'22
H 14	34	A	Couple	Au foyer	G2 P2	1IA, 2 FIV	Domicile La-Roche- de-Glun (26)	23'07

* C : Contraception (P : Patch, A : Anneau, I : Implant) - ** G : ATCD obstétricaux - *** E :
Enfant - **** IDE : Infirmière diplômée d'état

Tab. 1 : Récapitulatif des patientes interrogées dans la période du 14/03/2016 au 30/11/2017

2. Compréhension de la contraception

Dans un premier temps, il a été remarqué que certains sujets interrogés présentaient de vraies lacunes sur la compréhension des différentes facettes de la contraception, telles que ses risques, le mode de fonctionnement, ou les conséquences d'une mauvaise utilisation.

2.1 Des risques mal compris

Si les sujets étaient au courant que l'utilisation de chaque méthode contraceptive pouvait comporter des risques, ceux-ci restaient parfois mal compris.

Plus qu'un manque de compréhension, il était parfois observé qu'elles ne cherchaient pas à comprendre ces risques.

A1	« Déjà je suis porteuse d'un strepto B, (...) Et puis j'avais des mycoses, enfin plein de trucs, de termes que je comprenais pas (...).A chaque fois que j'ai des antibiotiques aussi, faut que je refasse un traitement derrière pour reconstruire la flore (...) c'est peut-être pour ça que par rapport à la contraception, avoir ses règles une fois par mois, ça permet de (...) faire un peu le ménage »
A2	« Aucune idée... Peut-être qu'il y en aura plus tard, comme pour la pilule il y a eu des scandales qui ont éclaté à propos de pilules de 2ème génération ? Je ne me souviens plus... C'est le genre de choses qu'on ne sait qu'après. »
A4	« J'ai pas assez d'information, de comment ça fonctionne , pour que je dise : « ben oui c'est mieux ».
S5	« Alors j'ai relu un petit peu les principes généraux du patch contraceptif, et j'ai vu (...) Que ça fonctionnait dans 99% des cas, (...) mais qu'en vrai ça fonctionnait que chez 91% des femmes, parce qu'il y avait 9% de problèmes (...) Et ça, ça m'a vraiment surprise (...)»
L7	« Comme je suis fumeuse du coup on me l'a déconseillé. Alors qu'on me l'avait conseillé justement parce que j'étais fumeuse à la base »
V9	« J'imagine pas spécialement un risque »
P10	« elle m'avait dit qu'on pouvait prendre du poids je crois... Je sais plus si c'était le stérilet ou l'implant... Mais un des 2... »
C11	« J'avoue que j'ai pas forcément creusé plus loin , est-ce que c'est juste des a priori (...) ou est-ce que c'est quand même pas très très bon pour la santé cette prise d'hormones au quotidien et à fortes doses ? »
G13	« je pense que le stérilet c'est assez ... Si peut y avoir des accidents je sais pas » « je crois qu'elle m'a pas parlé de ... Elle a du me dire rapidement, je m'en souviens plus trop »

2.2 Méconnaissance du mode de fonctionnement

Il était parfois observé des incompréhensions portant sur le mode de fonctionnement de la contraception du sujet interrogé. Ce manque de connaissances allait même, pour certaines, jusqu'à un refus d'en savoir plus.

A1	« stérilet enfin l'implant c'est pareil je crois »
S3	« au lieu d'avoir un cycle de 7 jours par exemple, ça va durer 15... Ça peut durer jusqu'à 15 jours si on le laisse, si effectivement on le fait en continu»
S5	« Au quotidien, c'est un outil qui est nécessaire donc voilà, je ne me pose pas la question ».
L7	« Je sais pas si c'est des hormones ou pas , je me suis pas renseignée plus que ça »
V9	« je me dis, ouais les hormones, après c'est peut être de la méconnaissance de ma part »
P10	« 1 semaine, je le change tous les mercredis. Donc je le change 1 fois par semaine, et après j'arrête pendant 1 semaine, j'ai mes règles, je reprends une semaine, et j'ai plus mes règles... »
C11	(à propos de l'implant) « on m'avait expliqué que c'était l'équivalent à peu près de 3 pilules , en quantité sur un mois, en quantité de 3 pilules classiques »
G13	« L'anneau ... Je sais plus comment il s'appelle mais qu'on garde tout le temps là » (en parlant du DIU)

G13 évoque aussi une idée floue de son anatomie par le verbatim suivant : « *Au fond du vagin, et moi je me souviens au départ aussi il était peut être au début de mon col quoi il était devant* »

2.3 Banalisation de l'échec ou de l'oubli

L'échec du moyen contraceptif, ou l'oubli, pouvaient être banalisés par certaine patientes.

A2	« Mais c'est pas très grave . Je l'arrête, j'en remets pas un autre pour terminer la semaine, j'attends que la semaine passe et puis je remets après le prochain. »
A4	« Je le mets, je l'enlève 3 semaines après, et je le remets une semaine après, toujours à la même heure... Mais bon plus ou moins... »
L12	« petit accident de stérilet que j'ai éjecté »
G13	« j'utilise même pas de calendrier (...) J'ai ma date en fait de règles, je sais quand est-ce que je l'ai mis, et ensuite des fois (...) je reprends juste mon planning et je refais mon calcul même si je dois remonter à 3 mois quoi.» « tomber enceinte par oubli »

3. La contraception : Pourquoi ?

De manière générale, les patientes ont régulièrement évoqué les mêmes objectifs justifiant une utilisation contraceptive. Toutefois, le statut de cette méthode n'a pas fait l'unanimité.

3.1 Protection des MST

Il s'agit d'un rôle qui a été évoqué très régulièrement.

A2	« empêcher la transmission de maladies sexuellement transmissibles »
P10	« la pilule protège plus des bébés, et le préservatifs protège des bébés, et du SIDA... Enfin de tout ce qui est maladie sexuellement transmissible... »

Aborder la question des MST, était aussi pour certaines l'occasion de corréliser le choix contraceptif, à la confiance qu'elles pouvaient porter en leur partenaire.

L7	« c'est stable, on se respecte , on sait tout l'un de l'autre donc (les maladies) c'est pas le problème »
C8	« Enfin moi personnellement j'ai un partenaire régulier donc j'ai plus à faire attention au SIDA ».
G13	« utiliser que le préservatif quand on connaît son compagnon et qu'on a fait les contrôles , ben voilà c'est pas pareil (...) Donc on préfère quand même (...) Prendre plus de plaisir »

Par contre, une nuance était apportée par P10, pour qui la contraception n'entrait pas dans le cadre de la prévention des MST : « Ca protège pas de tout ce qui est SIDA ».

3.2 Planification des naissances

La gestion des naissances a été une problématique primordiale pour justifier l'utilisation d'une contraception efficace.

C11	« c'est vraiment pour pas tomber enceinte »
L12	« ne pas vouloir d'enfants et de se protéger de cette manière là oui. »

Dans cette optique de gérer soi-même sa parentalité, la contraception était parfois représentée comme permettant de choisir de manière plus libre le moment pour devenir mère.

S5	« quand on veut fonder une famille on doit planifier un petit peu au niveau professionnel ,
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------

	<i>le moment où ça arrive ».</i>
V9	« gérer ma vie familiale (rires) et de réguler on va dire, les naissances de mes enfants... »

Et encore plus qu'un outil de planification, la contraception semblait parfois correspondre à une idée plus générale de liberté :

S5	« C'est un outil de choix en fait. Un outil de liberté . C'est inscrit au quotidien » « C'est un moyen de choisir de disposer ou pas de son corps (...) nous donne la liberté d'avoir une profession ».
V9	« finalement j'ai rien eu besoin de demander à personne quand j'ai voulu mettre en route mes enfants »
G13	« De contrôler » « j'ai envie de choisir le moment où à 2 quand je déciderai d'être maman »

3.3 Un médicament ?

Le statut de la contraception ne faisait pas l'unanimité. Parfois, elle endossait le rôle d'un traitement à part entière, qui peut être synthétisé dans le tableau suivant :

	Contexte clinique	Verbatim
A2	Dysménorrhées	« la pilule, j'ai démarré très tôt, non pas pour de la contraception à proprement parler, mais plutôt pour réguler mes règles »
S3	Endométriose	« on m'a remis un traitement, avec une pilule en plus pour limiter les bouffées de chaleur »
A4	Dysménorrhées	« Soit je laissais comme ça, soit je prenais une contraception pour avoir mes règles tous les mois »
S5	Syndrome menstruel	« Avant de prendre la pilule, j'avais plutôt des menstruations assez importantes, j'avais des maux de tête énormes »
C11	Acné	« C'était la Diane 35 je crois ? Qui... Voilà qui m'avait été prescrite à l'époque aussi pour l'acné »
L12	dysménorrhées	« Moi j'avais besoin de me stabiliser au niveau hormonal »
G13	dysménorrhées	« ce qui a répondu et qui m'a permis d'avoir une vie je dirais normale même avec les petites douleurs, c'était le moyen de contraception » « ça reste un médicament quoi »
H14	Régulation des cycles	« c'était vraiment pour avoir des règles régulières »

Tab. 2 : Utilisation de la contraception en tant que médicament

Parfois, le sujet interrogé ne voyait pas de statut médicamenteux à la contraception.

S5	« En fait, le fait qu'on prenne une petite gélule, ça pourrait faire penser à un médicament, mais ça ne guérit pas »
V9	« on n'est pas malades , on n'a pas besoin de médicaments quoi.»
L12	« Enfin je suis peut-être dans l'erreur, mais je considère pas ça comme un médicament ».
G13	« un anneau qui s'enlevait toutes les 3 semaines, du coup y avait pas de médicament à prendre »

3.4 L'IVG

La contraception, utilisée pour éviter une grossesse non désirée, soulevait parfois la question de l'IVG.

- En cas d'échec de contraception

V9	« y a sans doute pas eu à un moment donné une bonne utilisation, mais comme quoi ça peut arriver »
P10	« si on était plus protégées, avec une double protection , ben il y aurait pas tous ces bébés ou toutes ces grossesses non désirées, et qui finissent en IVG »
G13	« je suis tombée enceinte... Par accident... (...) y a des choix à faire dans la vie et pour le coup (...) c'était sur une fin de relation »

- Une liberté

C8	« En ce moment on entend quelques bruits comme quoi il faudrait peut-être supprimer l'avortement (...) Nos prédécesseuses (je sais pas si ça se dit) qui se sont battues pour ça, et c'est vraiment un droit qu'on doit avoir »
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Un choix difficile

G13	« Ben on pouvait pas le garder , et en même temps (...) j'étais contre l'avortement » « j'avais eu une IVG (...) l'idée c'était que ça se reproduise pas, parce que c'est très dur »
-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. La contraception : Pour qui ?

4.1 Les femmes

La contraception était, pour certaines, avant tout une affaire de femmes.

A2	« <i>ce sont plus les femmes qui apportent leur contribution</i> ».
V9	« <i>La contraception c'est quand même quasiment à 100% une affaire de femme</i> »

4.2 Les Hommes

Malgré tout, le rôle du conjoint, et plus globalement de l'homme, était évoqué par plusieurs patientes interrogées. Ce sujet s'inscrivait soit dans un désir de responsabiliser les hommes vis-à-vis de la contraception, soit dans le cadre d'une relation de confiance où celui-ci avait un rôle actif dans la gestion de la méthode contraceptive.

A2	« <i>plus de moyens contraceptifs pour les hommes</i> ».
S5	« <i>une contraception qui est un peu (...) partagée avec le conjoint</i> »
C11	« <i>Quand c'est quelqu'un en qui on a confiance, pouvoir partager aussi (...) ce côté-là</i> »
G13	« <i>je suis pas la seule à pouvoir me protéger (...) y a aussi le préservatif qui existe</i> »
H14	« <i>on a repris une contraception</i> »

4.3 La place de l'adolescent

L'adolescence a été évoquée à plusieurs reprises lors des entretiens, plaçant ces personnes au centre de la discussion sur la contraception.

- L'importance d'une information adaptée dispensée dès l'adolescence

C8	« <i>quand on est à l'école on te rabâche les généralités mais c'est avant qu'on ait une sexualité donc on entend mais on ne se rend pas trop compte des besoins qu'on a</i> »
V9	« <i>à 15 ans, à 14 ans, régulièrement on disait « vous savez qu'il y a des préservatifs » et puis tout le monde prenait ça à la rigolade, mais en tout cas le message était passé.</i> »
P10	« <i>Faire des petits dépliants pour remettre aux lycées, voire aux collèges (...) Après pourquoi pas en discothèque aussi</i> »
C11	« <i>des jeunes filles qui pourraient être en âge de prendre la pilule, je sais pas si l'implant (...) est proposé facilement ou pas</i> »
G13	« <i>à l'école, je pense que sur le plan aussi de l'éducation (...) il faut l'introduire aussi</i> »

- Adolescente, un statut parfois difficile à assumer

C8	« c'est pas évident quand on est (...) une adolescente de devoir assumer cette responsabilité là toute seule, prendre la pilule. (...) Adolescente, c'est le moment où on n'est pas hyper à l'aise dans son corps , tu commences la contraception avec ta pilule, il faut y penser tous les jours et tu te tapes du poids et de l'acné »
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Précocité des rapports sexuels

V9	« C'est pas parce qu'on parle pas de contraception avec ses enfants qu'il va rien se passer »
P10	« maintenant les rapports sexuels sont de plus en plus tôt »

- Difficulté d'aborder le thème de la sexualité de son adolescent en tant que parent

V9	« C'est pas forcément facile d'aborder avec les jeunes quoi, sans être trop indiscrets » « Après je veux pas en savoir plus (...) Ce que je veux juste c'est (...) qu'ils sachent que s'ils ont besoin ils peuvent nous en parler quoi. »
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Le rôle du médecin généraliste sur l'accompagnement de l'adolescent

V9	« sa démarche justement de les voir seuls, depuis un petit moment, ça a aussi pour but de les voir évoluer, et qu'ils se libèrent un peu dans leur dialogue... »
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

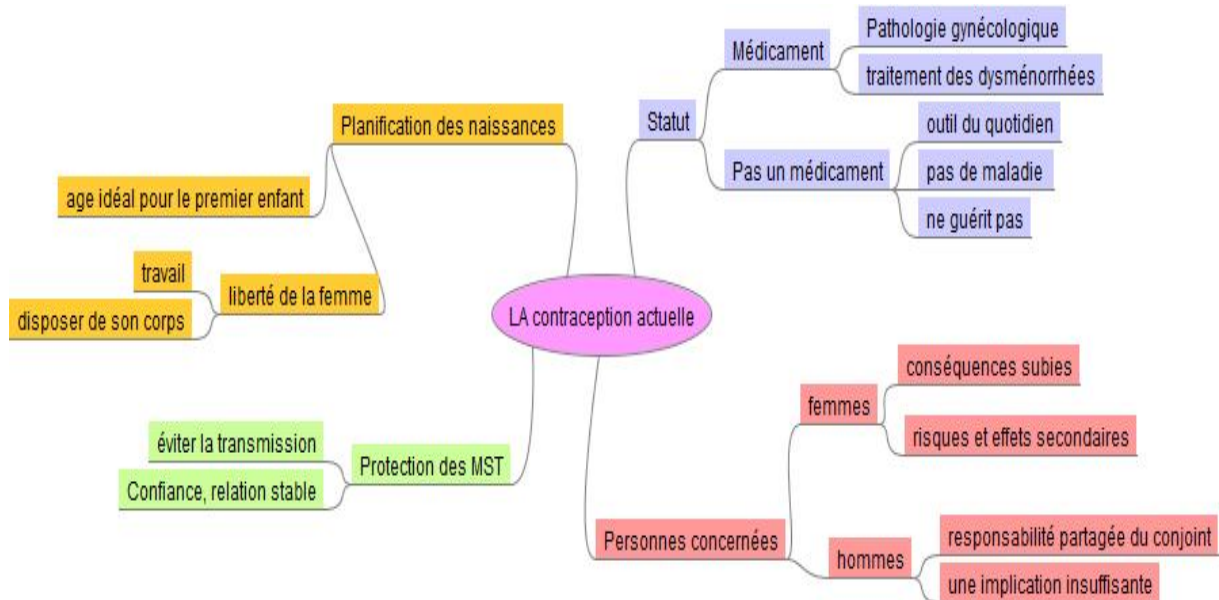
- L'angoisse de l'incertitude des parents

V9	« Quelque part j'aimerais qu'il me dise « t'inquiète pas, ma copine elle prend la pilule, et on utilise des préservatifs » mais ça il va pas me le dire. (...) En tout cas il me l'a pas dit... »
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Différence filles/garçons

V9	« A un moment, moi j'aimerais bien que son père il lui dise des trucs des fois. Aussi. Qu'il lui dise entre garçons... » « Je pense que si c'était une fille (...) disons que c'est plus facile de s'identifier »
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Selon les résultats énumérés ci-dessus, voici un résumé de ce qui a été mis en avant à propos de la contraception en général chez les patientes interrogées.



Carte heuristique 1 : La contraception, pour qui ? Pourquoi ?

5. Comment choisir ?

Afin de mieux comprendre ce qui amène chaque patiente à utiliser un moyen de contraception particulier, il était intéressant d'analyser les différentes étapes du choix contraceptif.

Lors de l'étude, plusieurs mécanismes récurrents ont été mis en exergue.

5.1 Les implications psychologiques

Le mécanisme du choix s'inscrivait dans le contexte bio-psycho-social de la patiente. Ces deux derniers paramètres étaient régulièrement évoqués lors des entretiens.

Fatalité

Le sujet interrogé évoquait parfois un événement nécessaire, amené par un concours de circonstances qui paraissaient inévitables. Une impression d'impuissance était parfois ressentie.

A1	« Depuis je suis aussi passée aux patchs, ça va mieux. Je touche du bois »
A2	« Bon après y en a pas d'autres mais... C'est comme ça... »
V9	« C'est comme ça c'est comme ça. La nature elle est faite comme ça bon ben ma foi »
L12	« Quelque chose contre lequel je peux pas lutter »
G13	« Mais je me dis qu'on est des femmes, qu'on est conçues pour ça aussi »
H14	« forcément , nous les femmes on est sujettes à subir ces changements hormonaux »

Injustice

L'idée d'une implication inéquitable dans l'utilisation contraceptive, revenait dans quelques entretiens. Il s'agissait d'inégalités entre les femmes elles-mêmes concernant la contraception et sa tolérance, mais aussi une idée d'inégalité homme/femme apparaissait.

- Entre les femmes

A2	« C'est comme quelqu'un qui par exemple va prendre toute sa vie un médicament parce qu'il fait de l'anémie, alors qu'il mange suffisamment de fer, et à côté de lui il va y avoir une autre personne qui ne mange pas suffisamment de fer mais qui ne fera pas d'anémie... Et ben c'est un peu le ressenti qu'on a... »
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Inégalité hommes/femmes

A2	« ce sont plus les femmes qui apportent leur contribution que les hommes »
S3	« c'est pas facile d'être une femme hein »
C8	« c'est elle qui doit prendre sa pilule(...) c'est elle qui a les enfants, (...) c'est juste pas juste par rapport aux hommes... »

Représentations négatives

Au-delà du sentiment de crainte par rapport aux hormones (cf. infra), il était extrait une impression plus générale que des patientes redoutaient certaines conséquences liées à l'utilisation des moyens de contraception.

- Liée à la grossesse, ou à l'oubli de contraception

A1	« à un moment donné je me suis un peu perdue, j'étais plus sure de moi, donc là ça m'a fait peur (...). Je me suis dit que peut-être j'en avais mis un de trop, peut-être pas assez»
A2	« Est-ce que cela (...) ne rendra pas plus difficile plus tard l'envie d'avoir un enfant je ne le sais pas non plus »
S5	« j'avais sans arrêt l'angoisse de tomber enceinte »
C8	« Combien de fois, même si tu prends ta pilule, t'as peur parce que t'as 3 jours de retard dans tes règles et du coup tu flippes, tu vas vite acheter un test de grossesse »
C11	« On se dit aussi qu'on a intérêt à ce que le dispositif ne soit pas défaillant , parce que finalement on peut pas le mesurer le taux d'hormones, y a jamais de contrôle(...) Donc on se dit qu'on fait confiance aussi au dispositif »
L12	« j'espère qu'il y aura pas des « bébés-implant »
G13	« j'ai cru... être enceinte... J'ai eu un moment de panique »

- Des effets indésirables, des risques

A1	« Moi je fume , donc là ça fait un petit peu peur »
A2	« Mais peut être que dans quelques années il va arriver quelque chose en disant que le patch n'était pas bon »
C8	« j'ai repoussé vraiment le plus possible le moment où j'allais prendre la pilule parce que j'avais pas envie d'avoir des effets secondaires genre acné et prise de poids... »
P10	« l'implant c'était encore trop nouveau je pense »
C11	« le stérilet ça peut faire peur , surtout avant une grossesse, la pause...»
L12	(à propos de l'implant) « j'ai toujours peur que ça se casse »

- Des MST

C8	« on a toujours le doute en fait de est-ce que la capote est bien mise, si elle a été mal mise, ça se trouve on a le SIDA... »
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Comparaison

Les sujets interrogés évoquaient à plusieurs reprises un besoin de se comparer aux autres. Tantôt cette comparaison s'inscrivait dans un contexte d'identification à d'autres groupes de personnes, pouvant rassurer et même influencer directement le choix contraceptif ; tantôt elle s'inscrivait dans une idée négative de jugement.

- S'identifier aux autres

A4	« J'avais acheté la robe, et j'ai des copines qui sont tombées enceintes entre le changement des 2 du coup j'avais trop peur de changer... Et voilà c'est pour ça que j'ai préféré attendre pour arrêter »
S5	« Le fait que ce soit pas très connu , les personnes ne (...) considèrent pas ça comme une option »
D6	« moi j'ai l'impression que des personnes qui racontent leur histoire c'est la même chose que moi , et c'est ce qui m'a poussé à l'enlever aussi. »
L7	« J'espère que je suis pas la seule non plus parce que ça me ferait peur »
P10	« Comme très peu de personnes en avaient dans mon entourage, voir personne(...) ça me faisait peur d'essayer pour les autres. » (à propos du DIU) « Parce qu'on voit aussi sur internet des personnes qui portent un stérilet et qui tombent enceintes quand même »
C11	« Je sais qu'il y a certaines femmes qui pensent que c'est pas naturel, et qu'il faut qu'il y ait des saignements chaque mois pour que le corps fonctionne bien, moi je pense pas que ce soit indispensable »
G13	« Moi par exemple (...) on m'a jamais fait prendre une prise de sang... (...)Je sais même pas voyez, pourquoi est-ce qu'on le fait à certaines , pourquoi est-ce qu'on le fait pas » « on se pose un peu la question quand on est des femmes, entre nous , de savoir qu'est-ce que tu prends, est-ce qu'elle est bien ou pas ? »

- Impression de jugement

D6	« On n'en parle pas beaucoup avec nos parents (...) j'ai pas osé poser des questions »
L7	« quand on arrive sur le chantier et que juste avec une musique on se met à pleurer, et les gars ils commencent à rigoler, ça le fait pas trop quoi »

P10	« j'avais pas vraiment osé poser toutes les questions (...) par peur de paraître bête peut-être ? »
L12	« J'y suis quand même très sensible parce que... quand j'en parle avec des copines, elles ont jamais eu vraiment ce... »

Contradictions

Tout au long des entretiens, il était observé que les sujets se contredisaient parfois.

S5	« C'est pas curatif, c'est préventif (...), c'est pas non plus du préventif... » « je commençais tout juste à travailler... Et du coup j'oubliais ma pilule (...). Je suis pas tête en l'air hein » « les hormones c'est naturel... Mais c'est des hormones synthétiques »
D6	« c'est pour le 2 ^{ème} qu'on m'a proposé l'implant. Mais sans m'en parler » « j'ai pas changé non plus complètement, mais j'assume plus mon corps (...), j'étais pas comme ça du tout avant. »
L7	« C'est HORRIBLE (...) Autrement il est bien hein ! »
P10	« Je sais pas... On ne s'est pas assez renseigné... Y a pas assez d'information sur tout ce qui est contraceptif je pense que c'est un manque d'information. » « Je sais pas depuis quand ça existe mais pour moi c'était pas assez développé »
L12	« j'avais besoin de me stabiliser au niveau hormonal en fait (...) ; pour moi la contraception c'est uniquement le fait de ne pas tomber enceinte »
G13	« j'ai un âge où... oui je veux être maman, c'est sur cette période là qu'il faut commencer à y penser (...) j'ai cru... être enceinte... J'ai eu un moment de panique »
H14	Je pense que c'est beaucoup plus contraignant d'avoir quelque chose de permanent (...). La solution de l'implant était bien sur le papier, mais voilà en réalité... Enquêteur : <i>Donc avec le côté permanent du coup ?</i> H14 : <i>Ouais ouais...</i>

Besoin de cacher

L'idée d'une nécessité de préserver son intimité était un sujet évoqué lors de certains entretiens.

C8	« toutes les femmes y sont confrontées, de là faire des grosses affiches publicitaires enfin... C'est pas la même chose qu'une pub pour du shampoing quand même, enfin moi ça me gênerait un peu. »
P10	« C'est assez discret. On peut le cacher. » « quand on me demandait, je pouvais dire que c'était un patch pour arrêter de fumer... Si c'était trop indiscret, que je voulais pas lui expliquer... »

5.2 Idées reçues

On notait quelques idées reçues qui avaient pu influencer le choix contraceptif.

- A propos de l'indication et des risques du DIU, une idée de nécessité de parentalité avant la première pose bien ancrée, et d'autres impressions quant au suivi spécifique :

A4	« j'étais trop jeune, j'avais pas d'enfants, donc elle conseillait pas le stérilet »
S5	« maintenant que j'ai des enfants, je serais peut-être plus prête à envisager ce genre de dispositif »
D6	« Et y a juste un contrôle tous les 6 mois il me semble, ou 3 mois... »
P10	« J'avais peur (...) que... Ca m'empêche d'avoir des enfants tout court... »

- A propos de l'anneau vaginal :

A2	« il ne s'utilise qu'une seule fois, il faut en avoir constamment sur soi »
L7	« on m'a dit que je pouvais faire des œdèmes pulmonaires avec ça »
G13	« FIABLE (...) je pense à plus de 99% »

- A propos d'autres moyens de contraception :

A1	« j'ai entendu parler de rejet d'implant , qu'on ne pouvait pas forcément supporter » « la contraception d'urgence ca me fait un peu peur justement. J'ai déjà entendu que c'était pas (...) bon de prendre ça parce que du coup ça bloque les hormones »
D6	« je pensais que le préservatif c'était 100% sûr »
C8	(à propos de l'implant) « on m'avait prévenue que des fois, on pouvait avoir plus d'acné, on pouvait grossir , qu'on pouvait avoir un dérèglement alimentaire »
L12	« il m'a dit qu'effectivement j'étais très sensible à la progestérone »

- Quelques idées reçues par rapport aux MST :

A2	« si je prends pas la pilule, il y a des risques de maladies sexuellement transmissibles » « nous sommes dans des pays où l'hygiène est quand même à un niveau très élevé donc on peut éviter ce genre de maladies ... »
C8	« Enfin moi personnellement j'ai un partenaire régulier donc j'ai plus à faire attention au SIDA »

- A propos de la surveillance biologique sous contraception hormonale, et son intérêt :

G13	« <i>Moi à 35 ans, on m'a jamais fait de prise de sang pour savoir quel était le moyen de contraception le plus adapté »</i>
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5.3 Histoire contraceptive

Dans la majorité des cas, les sujets avaient essayé plusieurs moyens de contraception avant d'en arriver à celui en cours d'utilisation.

Cette histoire contraceptive dépendait du contexte de vie du sujet, mais l'âge et le nombre d'enfants venait influencer ce choix.

- Une première utilisation contraceptive majoritairement sous forme orale, débutée jeune, parfois associée au préservatif, ou pour traiter des symptômes dans un premier temps :

A1	« <i>j'en ai essayé plusieurs... des pilules, avant de trouver celle qui me correspondait»</i>
V9	« <i>j'ai toujours pris la pilule avant mes enfants »</i> « <i>il y a le préservatif, pour des jeunes aujourd'hui c'est juste obligatoire, »</i>
P10	« <i>A l'époque, j'étais jeune, j'avais à peine 20 ans... »</i>
L12	« <i>je pense qu'on évolue, au fil du temps, ben quand on est adolescente, après maman, après (rires) quand on a eu des enfants et qu'on en veut plus (...) on adapte sa contraception par rapport à tout ça... »</i>

- Puis d'autres méthodes utilisées selon le contexte personnel :

C11	« <i>ben tiens l'implant pourquoi pas ? Ca change un peu et... Et on va faire le test ! Et là ça fait 2 ans que j'ai un implant, donc c'était en Juillet 2015 »</i> « <i>c'est que normalement elles sont avec un partenaire un peu stable, et que elles ont plus besoin de préservatif »</i>
L12	« <i>du coup, ne voulant plus d'enfants je suis passée à un stérilet »</i> « <i>Donc après le stérilet naturel j'ai essayé le Mirena »</i> « <i>Enfin a retiré le stérilet qui était quasiment sorti tout seul, et on a testé cet implant »</i>
G13	« <i>C'est à peu près 10 ans, après mon ... J'ai eu un avortement, j'ai fais une grosse ... Période de pause, et puis après je crois que je suis partie là-dessus »</i>

- L'idée d'un âge limite à respecter avant d'avoir son premier enfant

L7	« Pas avoir d'enfants à mon âge surtout »
C8	« Ça peut pourrir la vie d'une jeune femme avoir un enfant très tôt »
V9	« Je veux juste pas qu'il se (...) à l'insu de son plein gré papa. Et qu'à 17 ans c'est pas cool quoi. D'être mis devant des responsabilités finalement qu'on n'est pas prêts à assumer »
G13	« J'avais un âge en plus où j'aurais pu le garder... »

5.4 Une contraception hormonale ?

La question de la contraception ne va pas sans celle de la place des hormones dans ces méthodes.

Les idées qui ressortaient étaient plutôt en faveur d'une limitation d'hormones de synthèse dans les modes de contraception proposé, par peur de celles-ci.

Contre nature

Tout d'abord, il était mis en évidence l'idée que les hormones de synthèses agissaient à l'encontre de la physiologie de base de la patiente. Autrement-dit, pour certains sujets, l'utilisation de ce type d'hormones apportait l'idée d'agir contre-nature.

A1	« il faut avoir ses règles 1 fois par mois. Le fait de pas l'arrêter... Enfin je me dis que le corps est comme ça donc... »
A2	« J'ai bien senti que ça avait changé quelque chose. (...) Mais si la nature a voulu que j'aie des règles abondantes pendant 7 jours par exemple, c'est peut-être pour quelque chose... »
S3	« Donc j'évite de dérégler trop... On se bourre assez de cochonneries comme ça sans en rajouter par dessus qui soit chimique »
L12	« Alors j'ai voulu un stérilet naturel en me disant, peut-être que finalement c'est le trop d'hormones qui fait que je suis si mal donc on va essayer un truc naturel. »
G13	« c'est bien de laisser le corps (...) s'exprimer (...) Réagir tout seul (...) comme il se doit. »
H14	« on lui ment quelque part (...) Pour dire : tu fais pas d'ovules quoi ! Parce que c'est ça en définitive, on fait en sorte qu'il en fasse pas et... alors qu'il est prévu pour ! (rires) » « on triche avec la nature »

Modifications personnelles

Les variations hormonales (entraînées par les hormones de synthèses, ou les variations physiologiques lors des cycles menstruels) étaient parfois corrélées à des modifications tant psychiques, que corporelles.

- Modifications psychiques

A2	« avec les hormones que je reçois avec le patch cela ne modifie pas trop mes humeurs »
A4	« Je sais que ça peut faire perdre l'envie d'avoir des relations »
D6	« D'avoir cette année, trop trop de disputes avec mon mari . Je trouve hein. J'ai changé complètement . Je parle pas calmement, toujours énervée (...) Je dors pas de la nuit (...) je suis toujours stressée, stressée, stressée... »
L7	« je me mets à pleurer tout le temps (...) depuis que j'ai l'implant (...). Je suis une vraie FILLE quoi. J'ai mes sautes d'humeur alors que je les avais pas avant non plus »
L12	« des moments où j'étais plus énervée que d'autres. Et tout ça, je sentais très souvent que c'était lié à mon cycle. Et ce qui a été une vraie révélation en fait ça a été mes grossesses. C'est-à-dire que je me suis sentie BIEN (rires), ENFIN , enceinte. »
H14	« je passais beaucoup de temps à pleurer, j'étais pas bien alors que j'avais mes 2 enfants, que ça va très bien (...) j'avais le moral dans les chaussettes »

- Modifications corporelles

A2	« la contraception m'a aidé à maigrir pendant une période. » « règles soient moins abondantes (...) Ou aussi que cela dure moins longtemps... »
P10	« nous les femmes, on prend beaucoup de poids avec les hormones ... »
V9	« est-ce que la part finalement de l'implant, et des hormones qu'il contient, est véridique ? (...) le mode de vie, (...) l'alimentation, (...) peuvent entrer en ligne de compte »
D6	« j'assume plus mon corps (...) vraiment mon visage c'est une catastrophe (...) Trop de boutons , plein de points noirs, alors que j'étais pas comme ça du tout avant. » « oui et puis le poids ... Je sais que l'implant a quelque chose à voir avec » « Ca m'énerve aussi par rapport au règles . Je suis restée presque un an sans les avoir ; après je les ai eues pendant un mois »
L12	« période où j'étais un peu énervée, fatiguée, euh... Un peu de migraines ... »
G13	« on le sent de toute façon au niveau des ovaires , on sent qu'il y a un petit dérèglement »

Distinction bonnes hormones / mauvaises hormones

Une idée récurrente lors de cette étude, à propos des hormones, était de séparer les « bonnes hormones » (moins dangereuses, avec un dosage « plus adapté », ou encore entraînant moins d'effets secondaires) des « mauvaises ».

- Les « bonnes » hormones

S3	« Je les ressens pas »
L7	« Je pense qu'il donne les bonnes hormones , parce que du coup je me mets à pleurer tout le temps »
V9	«Vu qu'il y avait pas de risques d'oubli comme une pilule, au niveau hormonal c'était (...) dosé beaucoup plus légèrement qu'une pilule donc je trouvais que c'était plutôt mieux... »
C11	« c'était moins dosé qu'une pilule (...) Donc quelque chose de plus naturel »
L12	« Là je me sens plutôt pas mal donc... Vive la progestérone! »

- Les « mauvaises » hormones

S3	(à propos de l'implant) « en terme de dosage , on me l'avait pas forcément recommandé »
V9	« je sais que des problèmes de poids, enfin souvent on parle des hormones (...) Voilà j'avais pas trop envie de rajouter une prise de pilule... »

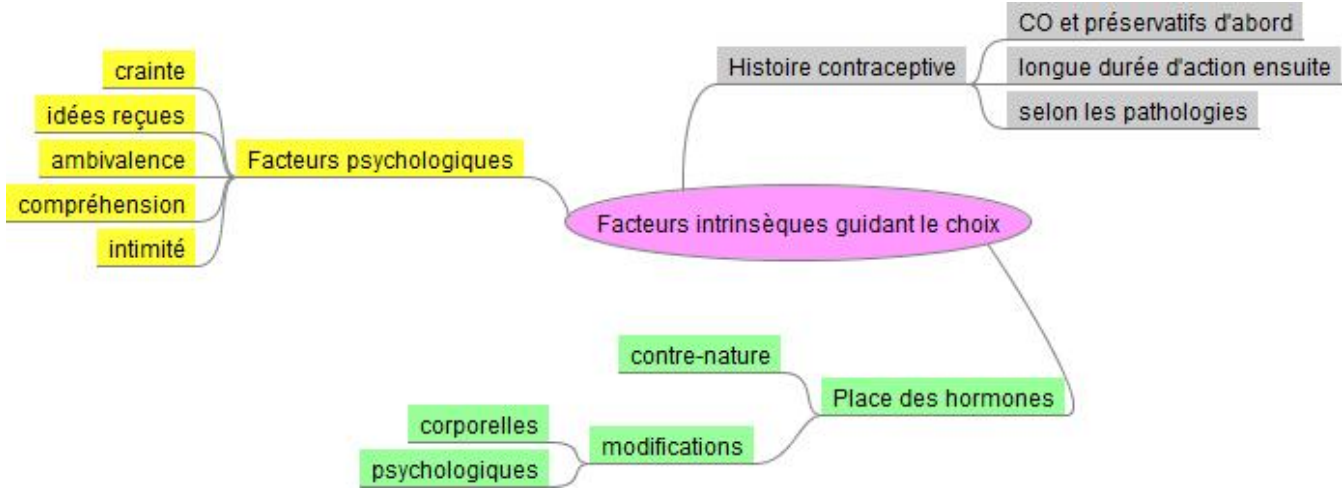
Représentations négatives

Le sentiment plusieurs fois perçu lors des entretiens, en ce qui concerne les hormones, était plutôt la crainte, pouvant porter sur les effets directs, ou sur les risques d'utiliser des substances de synthèse.

A1	« peur des pilules qu'on n'arrête pas (...) je me disais que c'était pas normal , j'entendais des gens dire qu'on n'avait pas forcément ses règles quand on prenait ces pilules là »
A2	« Mais peut être que dans quelques années il va arriver quelque chose en disant que le patch n'était pas bon »
S3	« En même temps, vu que tout est chimique , aujourd'hui, qu'est-ce qui fait pas peur ? »
S5	« la diffusion, la manipulation des hormones ça pose toujours question »
V9	« il y a quelques années de ça, j'ai essayé d'enlever l'implant, (...) justement par rapport aux hormones »
C11	« on entend que la prise d'hormones en grosses quantités peut avoir des effets négatifs sur la santé »
G13	« ça m'est arrivé de faire des pauses quand même parce que ... Laisser le corps se reposer aussi »

« *je me dis que c'est bien de faire une petite pause pour juste une petite cure où je prends rien quoi, aucun traitement, aucun moyen de contraception, aucun médicament* »

Aux vues de ces résultats, la carte heuristique suivante permet de résumer les facteurs intrinsèques du choix contraceptif chez les patientes interrogées.



Carte heuristique 2. Comment choisir sa contraception, facteurs intrinsèques

5.5 Les moyens d'information

Les différents acteurs apportant des informations sur la contraception se trouvaient dans certains métiers de la santé, mais aussi dans le cercle intime (familial ou amical), ou encore via des supports immatériels (médias).

Il s'agissait des moyens d'information suivants :

- Milieu médical et paramédical (médecin traitant, gynécologue, planning familial, sage femme, pharmacien).

A4	« Moi je vais toujours chez ma gynécologue »
L7	« les pharmaciens je pense qu'ils sont pas... Je pense qu'ils y connaissent aussi »
C8	« je suis allée au planning familial avant de prendre ma pilule, pour bien me renseigner »
V9	« j'en parle pas mal à mon médecin traitant »
P10	« Deux médecins différents pour avoir 2 avis aussi... Et savoir le ressenti de chacun, savoir tout ce qui s'est passé avant depuis. »
C11	« ma sage-femme , qui m'avait suivi tout le long de la grossesse, et qui m'a proposé les différents types de contraception. »
G13	« la pharmacienne elle m'a déjà dit « ah vous prenez Nuvaring ? Vous en êtes contente ? »

- Amis, entourage :

A2	« L'implant, c'est une amie qui m'en a parlé»
S5	« J'ai parlé dans mon entourage , à mes amis »
C8	« copines qui prennent la pilule, ben forcément on en parle entre nous (...) puis après tu découvres qu'une copine elle a un autre truc, du coup tu t'intéresses... »
V9	« c'est pas des médecins qui me l'ont dit c'est plutôt entre copines (...) Les conseils des unes et des autres »
C11	« C'est vrai qu'on en parle assez facilement. J'ai une amie qui est médecin »
G13	« au départ je sais que je l'ai conseillé à une amie , qui a eu des problèmes aussi » « il y a toujours le bouche à oreille qui se fait mais bon je pense que ça reste très léger»
H14	« ma patronne qui m'avait raconté que la pose du stérilet c'est vraiment l'enfer pour elle »

- Famille :

V9	« j'ai un neveu qui est étudiant en médecine et à qui je demande aussi des trucs »
P10	« Ca a jamais été un tabou avec ma mère... »

- Médias, avec une certaine méfiance vis-à-vis d'internet, et pour C8, une notion d'intrusion de son intimité :

A1	« J'ai été amenée à me documenter sur internet mais on trouve de tout et de rien, donc au final je l'ai jamais pris comme une source d'information fiable »
A2	« publicités c'est bien mais il vaut mieux l'avis d'un professionnel »
D6	« regarder sur internet c'est plus négatif que positif »
L7	(médias) « je suis pas très convaincue ; je préfère parler à quelqu'un en face » (internet) « C'est encore pire ; A part si c'est vraiment sur des sites qui sont recommandés avec des certificats »
C8	« c'est sûr que c'est quelque chose qu'il faut pas cacher (...) de là faire des grosses affiches publicitaires enfin... C'est pas la même chose qu'une pub pour du shampoing »
V9	« la plupart du temps c'est pas des avis médicaux qu'on trouve sur internet (...) sur les blogs, des forums (...) on peut croire à juste titre ou justement de façon erronée, que ça a une incidence sur les choses alors que ça ne l'est pas j'en sais rien... »
C11	« magazines spécialisés , ou dans des émissions à la télé , de pouvoir bien comparer »
L12	« c'est vrai que sur internet on peut trouver toutes les infos qu'on veut mais bon, c'est des généralités »
G13	« la télé (...) y a de la publicité à voir, je pense que dans le domaine médical on sait mettre aussi aujourd'hui et marketter des produits » « TOUT passera par la communication en fait. Après ça pourra être de la communication TV , (...) des panneaux publicitaires (...) vraiment, attirer l'attention »

On trouvait aussi dans la recherche d'information une sorte de manque d'intérêt, selon lequel le sujet interrogé se disait en manque d'information, et parfois n'allait pas la chercher pour autant.

A1	« je me suis pas forcément renseignée, je suis pas allée chercher plus loin... »
A4	« J'ai pas assez d'information , de comment ça fonctionne, pour que je dise « ben oui c'est mieux »
D6	« En fait on n'en parle pas beaucoup avec nos parents et tout, et peut-être aussi j'ai pas osé poser des questions »
P10	« Parce qu'ils font beaucoup d'informations sur le préservatif, mais sur tout le reste non »
C11	« c'est même dommage qu'on n'en parle pas plus finalement de l'implant »

D6 insistait aussi sur l'importance de l'expérience personnelle, avant de prendre tout avis en compte (médical ou non) pour son choix contraceptif: « Je préfère tester tout,

comme ça, ça sera **ma propre expérience**, et j'aurai aucun... Parce que écouter quelqu'un aussi après c'est pas avantageux ».

5.6 Un choix personnalisé...

Le choix s'inscrivait dans une interaction directe patiente/prescripteur, nécessitant une approche centrée sur le patient.

La contraception semblait devoir être adaptée à chacune, selon son mode de vie, la tolérance des produits délivrés, ses craintes et représentations.

A2	« Je pense aussi que cela dépend de nos corps. Comme on est tous différents , on n'assimile pas de la même manière des hormones injectées par un produit. »
S3	« on m'a préconisé l'anneau puisque ce serait ce qu'il y aurait de moins contraignant pour ma vie actuelle »
C8	« je trouve que c'est quand même mieux d'avoir un interlocuteur direct . Parce qu'on a quand même toujours nos craintes personnelles , (...) c'est toujours mieux d'échanger que juste de lire quelque chose... L'accompagnement est meilleur... »
V9	« c'est vraiment personnel hein, moi je sais que dans mon entourage, j'ai des amies pour qui c'est important d'avoir cette perte de sang tous les mois »
P10	« elle m'avait conseillé plus tout ce qui était patch par rapport à moi »
L12	« je me tournerais plus vers mon médecin pour que ce soit adapté à mon cas »
G13	« c'était plus facile pour moi, surtout par rapport aussi à (...) mon tempérament, à ma vie professionnelle, qui me prend pas mal de temps » « le moyen de contraception aujourd'hui il est propre à chaque personne . »

5.7 ... Mais parfois un non-choix

Malgré tout, quelques cas ont vécu leur choix contraceptif comme imposé, parfois par une tierce personne, ou suite à un contexte particulier.

A1	« pour moi c'était obligatoire » « je supportais ni les pilules, ni l'implant, donc on va dire c'était mon dernier moyen... »
A2	« Je regrette c'est de l'avoir commencée si tôt mais bon je n'ai pas tellement eu le choix »
S3	« Y a trop de choses en fait auxquelles j'ai pas eu droit donc le choix a été très vite limité... » (à propos du DIU) « l'obstétricien (...) avait refusé en raison de l'état de mon utérus »

D6	« Ben en fait j'ai pas décidé ... C'est directement les infirmières de l'hôpital qui ont prescrit ça à mon mari, et il est parti me le ramener quoi... Ils m'ont pas proposé en fait. »
L7	« je suis venue voir le Dr. X, vraiment pour lui poser des questions, qu'elle m'a dit « non non faut surtout pas prendre le Nuvaring, c'est quand même mieux de prendre l'implant, (...) C'est pour ça que je me suis mise à l'implant, autrement j'aurais continué avec le Nuvaring... »
L12	« ce qui m'a toujours guidée c'est (...) Ces hormones un peu en folie »
H14	« commencé par l'implant, parce que mon mari était pas très chaud pour un stérilet » « j'avais déjà éliminé le stérilet et la pilule, donc on n'avait plus trop le choix »

5.8 Le rôle du médecin

La question du choix contraceptif soulevait celle du rôle du médecin (généraliste ou spécialiste).

Les idées mises en avant lors de cette étude étaient les suivantes.

- Le médecin généraliste, une personne de confiance, avec qui la décision est partagée, et qui garde une place privilégiée pour le suivi de la femme en ambulatoire.

A1	« j'ai une grande confiance en mon médecin »
S5	« l'interlocuteur le plus rapidement accessible , qui est toujours de bons conseils »
L7	« Avec le médecin il y a un lien qui est quand même un peu plus unique (...) c'est plus facile de pouvoir en parler, de donner le bon conseil à son patient »
V9	« qui est mieux placé que mon médecin traitant finalement pour ça ? Elle me connaît depuis quasiment 20 ans , (...) elle a toujours été là pour moi pour le quotidien et au-delà »
P10	« A l'époque, c'est mon médecin traitant qui était aussi mon gynécologue , plus ou moins puisqu'il me faisait tout ce qui était frottis... »
C11	« Oui y a pas besoin d'aller spécialement chez un gynécologue pour les frottis, pour les poses de stérilet, etc., y a des choses que vous pouvez faire aussi au final »
L12	« Donc votre consœur a enlevé... Enfin a retiré le stérilet qui était quasiment sorti tout seul, et on a testé cet implant »
G13	« c'est vrai qu'elle m'a suggéré ce produit, elle m'a dit « on pourrait tester ça, je pense que ça pourrait répondre à vos attentes »
H14	« le Dr. M. m'avait dit que ça venait fort probablement de l'implant. Donc du coup on l'a retiré, et on a pris l'anneau à la place »

- Le médecin, une personne de premier choix pour accompagner la patiente dans sa compréhension de la contraception, et de son corps :

G13	« Il faut accompagner , ou conseiller, (...) dire « n'ayez pas peur de le pousser au fond du vagin »
-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

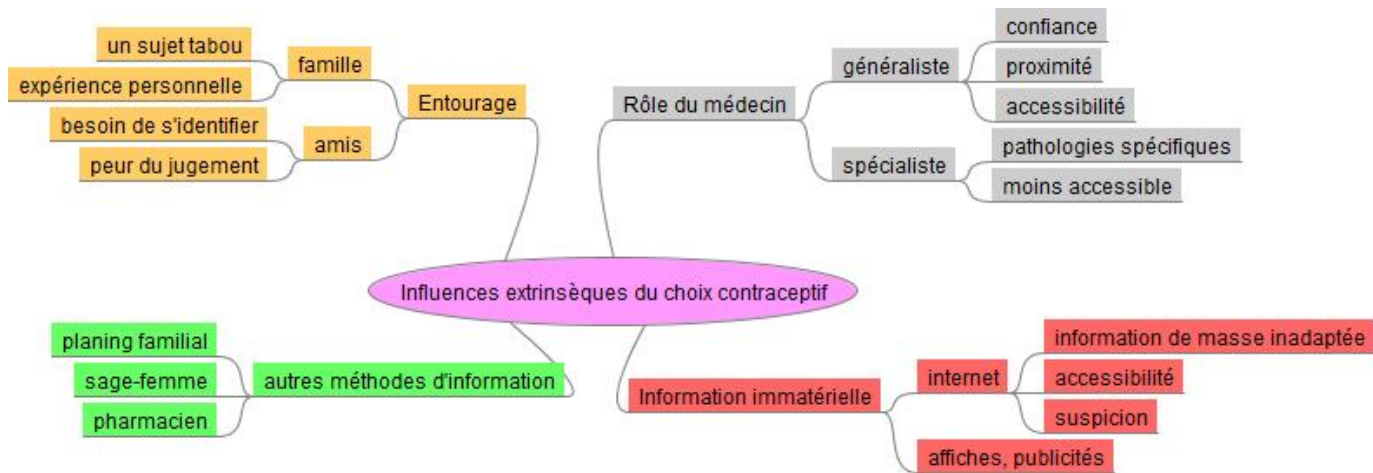
- Un corps médical vécu comme intrusif :

C8	« il a vu que j'avais toujours pas de moyen de contraception, et il m'a dit 'Ah mais il faudra y penser' (...) Et moi je l'ai mal pris parce que pour moi il se mêle de quelque chose qui le regardait pas . Enfin si on va vers le médecin et qu'on lui demande, OK (...) mais je trouvais que c'était un peu déplacé de sa part . » « c'est hyper privé , et ça m'embête qu'il y ait une intrusion matérielle , (...) De devoir lui montrer, et qu'il me mette un bout de plastique dans le vagin... »
V9	« Est-ce que le médecin il a vraiment besoin de savoir qu'on a envie de mettre un enfant en route ? Enfin je trouve que ça enlève quelque chose de l'intime un petit peu... »

- Le spécialiste (gynécologue), plutôt pour la prise en charge d'une pathologie spécifique, parfois moins accessible que le médecin généraliste :

S5	« difficultés à trouver un gynécologue »
V9	« exercer dans le cadre de pathologies , à l'hôpital, pour les suivis de grossesse, dès qu'il y a un petit peu des complications, ou à la limite la fin de grossesse » « tout ce qui est suivi quotidien, c'est clair que je vois absolument pas l'intérêt . »
C11	« pour le suivi gynécologique et même tout ce qui est frottis etc., pendant longtemps j'ai pensé que seul un gynécologue pouvait le faire »

Le choix contraceptif dépend aussi de facteurs extérieurs aux patientes interrogées, qui sont répertoriés sur la carte heuristique suivante.



Carte heuristique 3. Comment choisir sa contraception, les influences externes

6. Aspects positifs et négatifs des moyens de contraception actuels

Afin de comprendre les besoins des patientes en matière de contraception, il était intéressant d'étudier ce qui les satisfaisait dans les moyens contraceptifs déjà existant, et ce qui leur déplaisait.

6.1 Points positifs des moyens de contraception existant

Le Patch

- Praticité d'utilisation

A2	« on peut avoir plusieurs rapports sexuels avec ce même moyen »
S5	« le patch contraceptif c'était un intermédiaire entre la pilule orale, et le stérilet (...) C'était pas une pilule à prendre tous les jours, et en même temps je me faisais pas implanter quelque chose... »
P10	« Ben on le prend qu'une fois par semaine au lieu de tous les jours ».

- Peu de risques d'oubli

A2	« Je risque pas de l'oublier »
----	--------------------------------

- Bonne tolérance

A2	« pas trop de problèmes avec les hormones que je reçois avec le patch cela ne modifie pas trop mes humeurs ou mon corps... »
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Une utilisation partagée rendue possible par un moyen de contraception visible à l'œil nu

S5	« Le fait que ce soit visible aussi, je trouve ça vraiment bien parce que je trouve que c'est une contraception (...) qui est partagée avec le conjoint »
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Amélioration des signes cliniques menstruels

S5	« Ca a en tout cas diminué énormément mes menstruations. »
----	------------------------------------------------------------

- Une galénique discrète

P10	« Et puis c'est assez discret. On peut le cacher . Je le mets au niveau de la hanche ou des fesses, comme ça c'est sous les sous-vêtements... »
-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Courte durée d'action

P10	« le patch si on veut avoir un enfant, on a juste à l'enlever , et voilà... »
-----	--------------------------------------------------------------------------------------

L'anneau vaginal

- Peu de risques d'oubli, simplicité d'utilisation

S3	« j'ai plus, comment dire... Plus peur de l'oublier »
A4	« c'est juste 2 fois par mois qu'il faut que je m'en rappelle »
G13	« J'avais pas de médicament à prendre , je devais simplement le placer, l'enlever dans 3 semaines, laisse une semaine de pause la période des règles et ensuite le remettre. »
H14	« C'est pas difficile à mettre, c'est pas difficile à enlever . Voilà ça se fixe tout seul »

- Gestion personnalisée des cycles

S3	« permet de repousser en fait mes règles de quelques jours » « on peut contrôler un peu son cycle »
G13	« on sait précisément quand est-ce qu'on va avoir ses règles, quand est-ce qu'on remet l'anneau (...) c'est vraiment très précis »

- Amélioration des signes cliniques menstruels, ou pas d'effets secondaires

S3	« ça a carrément diminué (les règles), j'ai plus de douleurs (...), j'ai plus ces nausées »
G13	« Ça a pas créé d'assèchement » ; « Y a pas vraiment de symptômes indésirables »

- Une galénique discrète

S3	« bien pour les femmes actives justement qui aiment bien pratiquer du sport » « Limite si on oublie pas qu'il est dans notre corps . Ça c'est plutôt bien aussi... »
G13	« pas du tout de gêne pendant les rapports , on sent vraiment rien donc ça c'est top »

- Pas de geste invasif

G13	« je préfère en fait qu'il soit dans mon vagin que dans un bras »
H14	« ça change pas trop de la mise d'un tampon »

L'implant

- Efficacité

D6	« pas être tombée enceinte personnellement »
L7	« On n'a pas eu un seul rapport protégé, et on est toujours tous les 2 c'est ce qui compte ! »

- Pas de risque d'oubli

C11	« ça peut limiter les risques d'oublis de pilule pour des jeunes filles »
L12	« ce qu'il y a de génial dans l'implant c'est que (...) on n'oublie pas sa pilule, on a à penser à rien »

- Galénique discrète, une contraception à laquelle on ne pense plus

L7	« Je le sens pas, (...) il est super agréable à porter, même au niveau de la peau »
L12	« même en appuyant fort dessus(...) j'ai absolument plus aucune douleur, ni gêne »
H14	« on s'en occupe pas pendant plusieurs années »

- Moins de risques thromboemboliques qu'avec une COP

L7	(à propos de l'association avec le tabac) « Comme ça j'ai moins de problèmes de santé »
----	------------------------------------------------------------------------------------------------

- Contraception à longue durée d'action

L7	« Ca dure 3 ans, c'est génial »
C8	« c'est une protection sur une longue durée mine de rien »
V9	« ça va, c'est tous les 3 ans (...) C'est quelque chose qui revient pas très souvent »
C11	« envie de partir sur une solution à long terme »

- Amélioration des signes cliniques liés aux modifications hormonales, parfois confort d'une aménorrhée secondaire

C8	« Grace à ça j'ai plus mes règles »
V9	« ça dure peut être 2 jours à peine, et puis c'est des perdes très très légères , donc même si par mégarde j'ai rien sur moi, c'est gérable »
L12	« ça fait disparaître les symptômes qui, moi, me pourrissaient la vie »

- Pose sans douleur

C8	« si y a possibilité de me mettre un implant dans le bras plutôt que dans le vagin ben je réfléchis pas, je me le mets dans le bras... »
C11	« C'est vrai que la pose en plus ça s'est fait super facilement , elle m'avait mis quand même un patch anesthésiant, aucune douleur, donc ça s'est très bien passé »

- Peu de modifications physiologiques négatives

C11	« Y a pas eu d'acné par exemple, y a pas eu de prise de poids , y a pas eu de fatigue , pas de changement sur la libido , enfin pas de choses en particulier »
-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Les autres moyens de contraception évoqués

- Préservatif

C8	Double protection: « Ca protège des maladies sexuellement transmissibles et pour pas avoir d'enfants » « c'est la meilleure solution qu'on a trouvée jusqu'à maintenant par rapport à une relation sexuelle occasionnelle ... » Utilisation non contraignante : « c'est rapide » Une contraception facile d'accès : « ça s'achète partout, c'est pas très couteux »
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- DIU

D6	Discrétion : « ça pose aucun problème dans la vie de tous les jours. Qu'on le sent pas aussi » Pas de modifications corporelles : « Apparemment ça fait aucun effet par rapport au poids, ou les boutons »
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Stérilisation

C11	« C'est définitif »
-----	----------------------------

6.2 Les points négatifs des moyens de contraception existant

Le patch

- Risque de décollement

A1	« ma peau elle acceptait pas du tout , donc oui ça se décollait pas mal »
A2	« quand je me baigne , ou quand je le place mal » « Des fois quand je m'assieds , je me plie , et il peut avoir tendance à se détacher » « Ou quand je transpire cela arrive aussi, cela bouge »
L7	« il se décollait tout le temps , c'était pas pratique »
P10	« Parce que moi ça m'est arrivé qu'il parte avec une douche »
H14	« je suis pas très confiante au niveau de la tenue... »

- Visible

S5	« Il existe que dans une couleur de peau » ; « peut être amené à se voir »
----	-----------------------------------------------------------------------------------

- Doute sur l'efficacité

S3	« je suis pas convaincue »
C11	« s'il fait chaud, si on transpire, c'est peut-être moins efficace »

- Risque d'oubli

C11	« puis faut quand même le changer toutes les semaines »
-----	----------------------------------------------------------------

- Peur d'une intolérance locale

G13	« j'ai une peau allergique . (...) je pense que ça m'aurait créé des petites démangeaisons »
H14	« Avoir quelque chose de collé en permanence sur moi »

L'anneau vaginal

- Une mise en place et un retrait parfois contraignants

S3	« <i>il faut quand même insérer, il faut pas avoir peur de son corps</i> »
C11	« <i>de se dire aussi pour peu qu'il soit un peu mal placé ou qu'il gêne</i> »
G13	« <i>on n'a pas l'habitude donc il faut (...) savoir le placer, c'est un peu étrange au départ,</i> »
H14	« <i>On a des petits a priori au départ parce qu'on a peur de mal le mettre</i> »

- Expulsion possible

G13	« <i>dans mes premiers rapports (...) ben il a pu sortir</i> »
H14	« <i>il peut ressortir en cas de constipation</i> »

- Mauvaise tolérance

A4	« <i>en fait au début j'avais pas de migraines non plus (...) avec le temps elles ont apparues.</i> »
G13	« <i>il y a quelques pertes, au départ on le sent vraiment</i> »

- Senti par le partenaire sexuel

L7	« <i>quand on faisait l'amour avec mon compagnon (...) il le sentait</i> »
G13	« <i>quand je posais la question que finalement ... Il se disait « Ah oui c'est vrai j'ai senti »... »</i> »
H14	« <i>on peut le sentir lors des rapports... Pas moi mais mon époux... »</i> »

- Risques thromboemboliques

L7	« <i>comme je suis fumeuse du coup on me l'a déconseillé</i> »
----	----------------------------------------------------------------

- Courte durée d'action

C11	« <i>le fait que ce soit éphémère</i> »
-----	-----------------------------------------

- Un risque d'oubli qui persiste

G13	« <i>bien sur faut bien penser à se mettre dans son calendrier quand est-ce qu'on l'a pris</i> »
-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------

L'implant

- Le corps étranger

A2	« Ce qui me rebute à porter un implant, c'est le fait de savoir qu'on va avoir quelque chose sous notre peau constamment (...) Je crains un petit peu le fait d'avoir un objet sur moi. »
S3	« je suis pas adepte des trucs sous la peau »
V9	« quand je vais en parler, je vais avoir le réflexe de toucher effectivement c'est un peu bizarre »
L12	« je me faisais bien à l'idée, mais ce petit corps étranger là, je le sentais régulièrement »

- La pose et le retrait parfois mal vécus, entre intrusion médicale et geste invasif

S5	« moi-même je peux pas l'ôter »
V9	« la pose, c'est pas très agréable (...) enfin c'est pas tellement la pose qui est désagréable, c'est plutôt le retrait d'ailleurs. » « Y a une incision, enfin voilà c'est une petite intervention chirurgicale quand même. »
L12	« la pose c'était pas terrible (...) quand elle a fait rentrer j'ai fait un peu la grimace »

- Crainte d'une irréversibilité

S5	« ça paraît irréversible » ; « je trouve ça un peu drastique comme moyen »
----	------------------------------------------------------------------------------------------

- Modification corporelles

D6	« j'assume plus mon corps, (...) vraiment mon visage c'est une catastrophe (...)»
V9	« Bien sur j'ai pris du poids depuis que j'ai mon implant »
L12	« pendant la période (...) des règles (...) j'ai les seins très très douloureux »

- Modifications psychiques

D6	« Je trouve que je suis plus énervée »
L7	« depuis que je l'ai, je suis différente. Je pense pas de la même manière » « depuis que j'ai l'implant que je deviens folle »
H14	« j'étais carrément DEPRESSIVE »

- Modification du cycle menstruel

D6	« par rapport au règles. Je suis restée presque un an sans les avoir ; après je les ai eues pendant un mois »
C8	« j'ai des pertes marron depuis 6 mois , et qu'on sait pas quand ça s'arrête »
V9	« Le seul point négatif, c'est que les cycles ils sont (...) pas très réguliers »
C11	« y a régulièrement des saignements. C'est très irrégulier , y a des périodes où y en a plus, des périodes où y en a moins (...) De ce côté-là c'est un petit peu embêtant »
H14	« je pouvais perdre du sang un peu n'importe quand »

- Visible, que l'on sent sous la peau

V9	« à l'endroit où il est posé, c'est quand même potentiellement quelque chose de visible. »
L12	« au début ça me tirait, je le sentais quand même régulièrement , ça me tirait »

- Longue durée d'action

G13	« j'ai pas forcément envie d'avoir quelque chose en moi pendant (...) plusieurs années »
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------

La contraception orale

- Difficultés d'observance

A2	« J'ai laissé tomber la pilule parce que je ne sais plus pourquoi, j'arrêtais de la prendre régulièrement »
S3	« l'oubli surtout »
S5	« Parce que j'ai des horaires décalés (...) Et du coup j'oubliais ma pilule »
C8	« j'étais incapable de prendre la pilule. Je l'ai prise pendant 6 mois et j'oubliais toujours au moins 4 pilules sur ma plaquette »

- Mauvaise tolérance, modifications corporelles

S3	« nausées, des vertiges , donc je la supportais assez mal »
V9	« le fait que ça favorisait la prise de poids... »
P10	« une amie qui a beaucoup de douleurs dans la poitrine à cause de la pilule »

- Risque d'échec

S3	« tomber enceinte sous pilule déjà c'est pas facile à digérer »
S5	« j'avais sans arrêt l'angoisse de tomber enceinte »
C8	« Enfin on n'est jamais sûres à 100% en fait »

- Hormones de synthèse

V9	« Le fait d'avoir des hormones »
----	-----------------------------------------

- Impression de prendre un traitement médicamenteux sans être malade

V9	« J'ai pas l'impression d'avoir un traitement (avec l'implant). Contrairement à la pilule, où il faut tous les jours prendre un comprimé. »
G13	« toujours eu du mal avec cette ... D'avaler des cachets, avec les médicaments »

Le DIU

- Corps étranger, parfois ressenti au quotidien

A4	« c'est un corps étrange qu'on met dans notre corps »
S5	« barrière psychologique de me faire implanter un dispositif »
L12	« beaucoup plus de gêne avec le stérilet que parfois je sentais »

- Longue durée d'action, avec parfois une idée d'irréversibilité

S5	« barrière psychologique de me faire implanter un dispositif (...) presque permanent à l'intérieur »
G13	« On s'imagine plein de choses hein, et de pas pouvoir tomber enceinte »

- Pose douloureuse nécessitant un geste invasif

L7	« me faire un petit peu charcuter »
C8	« ça m'embête qu'il y ait une intrusion matérielle »
C11	« ce qui me faisait un peu peur dans le stérilet c'était aussi la pose, je sais que c'est parfois un peu douloureux »
H14	« la pose du stérilet c'est vraiment l'enfer pour elle »

- Intrusion médicale nécessaire

C8	« le stérilet, faut aller chez le gynécologue pour le mettre... »
C11	« les médecins interviennent régulièrement dans cette région , (...) Entre les implants, les ponctions, les écho, etc... Et J'avais aussi (...) un peu envie d'être tranquille »

- Ménorragies du DIU au cuivre

V9	« c'était la cata! (...) j'avais des saignements quasiment tout le temps, c'était hyper contraignant (...) J'avais l' impression littéralement de me vider de mon sang »
L12	« c'était 3 semaines de règles sur un mois »

- Risques

C11	« le potentiel risque d'infection ou autre qui pourrait affecter la fertilité »
L12	« l'avoir perdu en route »

- Echec

L12	«le stérilet on disait que c'était sur « sur sur », et pourtant il y a des « bébés-stérilet » »
G13	« J'ai ma maman qui a eu une grossesse ultra... euh... (...) Extra-utérine (...) Je m'en souvenais donc j'avais pas du tout envie de partir là-dessus »
H14	« ma mère a eu 2 grossesses sous stérilet »

Les autres moyens de contraception évoqués

- Le préservatif (masculin, féminin) : un moyen de contraception d'utilisation contraignante

A2	« préservatif, masculin ou féminin (...) il ne s'utilise qu'une seule fois , il faut en avoir constamment sur soi. »
S3	« je réagis mal au latex! » ; « C'est trop compliqué » (à propos du préservatif féminin) « aller le prendre et le rechercher , c'est déjà assez chiant une fois par mois alors si c'est à chaque fois, sans façon »
C8	« quand c'est un partenaire occasionnel on se dit (...) 'oh punaise est-ce que la capote a été bien mise ', on a toujours le doute (...) si elle a été mal mise, ça se trouve on a le SIDA... » « c'est chiant parce que forcément c'est moins agréable avec un préservatif »
P10	« la date de péremption (...), ça peut se déchirer , mais (...) ça m'est jamais arrivé »

- La stérilisation tubaire : une peur de l'irréversibilité

S5	« être stérilisée (...) Parce que j'ai fondé ma famille... C'est trop définitif... »
----	---------------------------------------------------------------------------------------------

7. Quelle contraception idéale ?

La question du choix contraceptif a permis de se poser la question d'une contraception idéale pour chacun des sujets interrogés.

Cela a permis de préciser les attentes des patientes en matière de contraception.

7.1 Ambivalence

La question de la satisfaction des sujets par rapport à leur contraception, appelait quelques réponses ambivalentes.

En effet, l'idée que le mode de contraception utilisé était idéal pour la patiente interrogée, était parfois suivie par une impression d'attente d'un « mieux ».

A2	« à quand le prochain nouveau moyen contraceptif ? » « Ben si ça me convient très très bien mais... Dans l'idéal c'est mieux de ne pas avoir tout ceci »
S3	« en terme d'inconvénient, moi j'en trouve pas, au contraire je trouve que c'est plutôt pratique (...) A l'instant T c'est ce que j'ai trouvé (...) de mieux en fin de compte (...) après effectivement, si on se fixe uniquement sur la notice ça peut faire peur. »
A4	« Pour moi l'anneau c'est parfait (...) J'ai oublié mais rarement (...) - Enquêtrice : Donc là, pour toi, c'est le moyen de contraception idéal ? - A4 : Non (...) »
S5	« ça fait près de 10ans que je l'ai, et je vais pas en changer (...) toujours dans l' attente d'un nouveau moyen contraceptif » « Vous m'avez posé la question de la contraception idéale, de mes attentes, mais est-ce qu'il y a des choses qui se préparent dans le monde pharmaceutique ? »
L7	« J'ai pas envie d'enlever l'implant parce qu'il est vraiment efficace et que du coup, comme je vous dis, il est agréable à vivre. Mais faut que je trouve une autre contraception »
G13	« le conseil que je donnerais c'est (...) de continuer peut-être à développer des moyens »

7.2 Idées d'amélioration

La question de l'idéal contraceptif était posée aux sujets interrogés, afin de mettre en avant les possibilités envisagées pour améliorer la contraception.

- Se libérer des hormones

A2	« à quand le moyen contraceptif (...) naturel ? Avec moins d'hormones ? Peut-être qu'on peut trouver une solution aussi en évitant d'injecter des hormones dans les personnes »
S5	« c'est des hormones synthétiques donc... Moins synthétiques (...) Sans pour autant vouloir dire que c'est prélevé chez des personnes vivantes (...) là ça laisse un peu une impasse... »
L7	« que les hormones agissent correctement comme il le faut mais pas en surdosage ; (...) il en faut quand même, mais pas trop non plus »
C11	« c'est quelque chose qui ira pas de paire avec le fait de limiter les saignements, mais d'en avoir forcément le moins possible »

- Pas de risque d'oubli, une utilisation pratique au quotidien

D6	« Pas en cachet parce que je trouve aussi que c'est un peu compliqué, si on oublie... »
C8	« Qu'on n'ait pas besoin d'y penser »
P10	« Qui soit prise une seule fois »
C11	« moins contraignant (...) où j'aurais pas forcément besoin d'y penser chaque jour »
L12	« peut pas y avoir d'oublis »
G13	« pas un moyen de contraception qu'on avale »

- Efficacité

D6	« un truc comme l'implant, mais en un peu plus efficace »
C8	« un moyen sûr à 100% »

- Pas de modifications corporelles ou psychiques

D6	« moins d'inconvénients (...) par rapport au poids et à l' énervement aussi, le stress... »
L7	« Qu'on sente pas émotionnellement »
V9	« qui fassent pas grossir, qu'il y ait pas d'effet, je sais pas moi sur le moral, la libido »
P10	« pas prendre trop de poids »
G13	« Avec moins d'effets secondaires pour une personne »

- Mise en place et arrêt simples

D6	« plus facile peut-être, à mettre et à enlever (que l'implant)... (...) Un patch qu'on peut nous-mêmes enlever »
L7	« quelque chose qui soit simple à poser »
V9	« Que ça soit la main (...) de la patiente de décider quand elle arrête... »
C11	« qui fasse pas mal »

- Durée d'action, réversibilité rapide

S5	« une injection qui durerait tant de temps, et qui permettrait (...) en une fois, de couvrir 2-3 mois »
L7	« qu'on puisse mettre à long terme »
P10	« Ce serait quelque chose où on fixe une date , qu'on arrête à une date si on veut avoir un enfant, et que ça s'arrête tout de suite »
C11	« si on peut après arrêter une contraception pour pouvoir tomber enceinte rapidement derrière , c'est bien d'avoir quand même toujours cette liberté »

- Cycles menstruels

V9	« l'implant idéal, pour moi, c'est de pas avoir de règles »
C11	« contraception qui perturbe pas trop le cycle... enfin, qui limite un maximum les saignements... »

- Eviter la médicalisation

V9	« quelque chose qui nécessite pas l'intervention d'un médecin »
----	------------------------------------------------------------------------

- Galénique discrète, pas de corps étranger

V9	« si c'était situé ailleurs , ou si l'implant en lui-même était plus petit... »
P10	« Un peu comme un implant, mais sans le corps étranger à l'intérieur »

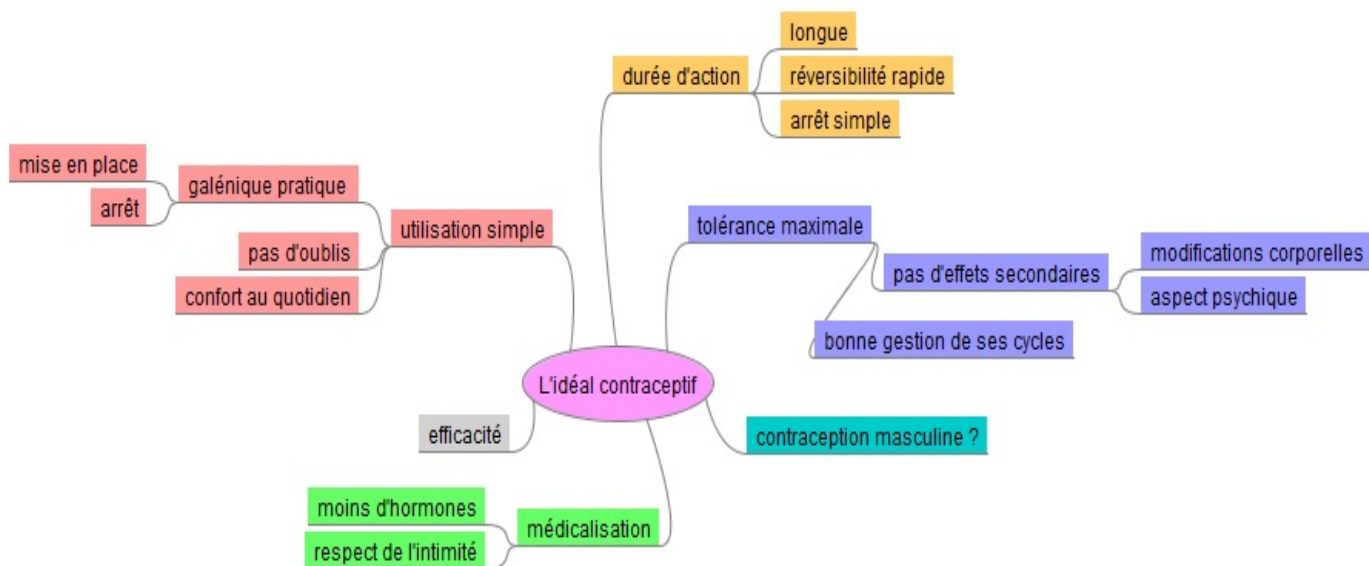
- Spontanéité des rapports sexuels

C8	« qu'on n'ait même plus besoin de la capote même pour un rapport occasionnel . Vraiment qu'on puisse avoir des rapports de manière très spontanée , (...) qu'on puisse être libre de le faire quand on veut, être comme on veut, sans se poser vraiment de questions... »
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Contraception masculine, une responsabilité partagée

A2	« plus de moyens contraceptifs pour les hommes »
C8	« Moi j'aimerais bien qu'il y ait une responsabilité vis-à-vis de l'homme aussi... Peut-être, je sais pas, une sorte de traitement à prendre à 2 j'en sais rien... »
C11	« une contraception pour les hommes ... Mais je sais pas si c'est le sujet ! (rires) »

Les caractéristiques d'une contraception idéale imaginée par les patientes de l'étude ont été résumées à l'aide de la carte heuristique suivante.



Carte heuristique 4 : Idées d'amélioration pour une contraception idéale

8. Des comparaisons inattendues

Parfois les entretiens faisaient l'objet de comparaisons inattendues...

- La médecine « qui sauve »

P10	« une prothèse , c'est un corps étranger (...). Je pense que le jour où (...) je devrai avoir une prothèse pour X ou Y raison, (...) ça me dérangerait de pas d'avoir un vrai os » « oui mais après c'est pour sauver une vie . Ou un ressort, oui c'est un corps étranger, c'est pareil »
H14	« C'est comme la médecine, on peut sauver des vies mais voilà y a un prix à payer » « Quand on est malades ben on va prendre des médicaments, le médicament va soigner d'un côté, mais va détraquer de l'autre , et c'est normal puisque c'est une action chimique sur un corps biologique »

- Traitement de l'anémie et CO

A2	« C'est comme quelqu'un qui par exemple va prendre toute sa vie un médicament parce qu'il fait de l'anémie, alors qu'il mange suffisamment de fer, et à côté de lui il va y avoir une autre personne qui ne mange pas suffisamment de fer mais qui ne fera pas d'anémie... Et ben c'est un peu le ressenti qu'on a »
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- L'implant

P10	« Pourtant je suis tatouée (...) mais là encore c'est différent c'est pas à l'intérieur de moi, c'est sur moi. C'est moins profond les tatouages »
C11	« j'ai même mon beau-frère qui m'a fait la réflexion, parce qu'il est dans la police, il m'a dit « mais c'est ce qu'on met généralement aux femmes (...) pas délinquantes , (je sais plus quel terme il a utilisé mais...) aux femmes (...) Qui doivent pas avoir d'enfants parce que ça serait dangereux pour l'enfant ou... Et on leur met des implants apparemment»
P10	« Un peu comme une " puce qu'on met aux chiens " »
G13	« La puce aussi... Quoi l'implant »

- Fonctionnement global de la société actuelle

G13	« Parallèlement, que ce soit dans le milieu médical on voit qu'il y a la partie technologique qui arrive, qui est en train de s'installer dans le milieu médical, la partie digitale , la partie... Donc je dirais en fait que ça va avec notre progrès, avec notre génération »
H14	« C'est la société actuelle voilà on est comme ça, on triche hein »

DISCUSSION

L'étude présentée tente de répondre à la question des déterminants du choix contraceptif, chez les utilisatrices de nouveaux moyens de contraception mis sur le marché depuis les années 2000, chez 14 patientes de la région Rhône-Alpes.

Les résultats montrent principalement 3 facteurs majeurs influençant le choix contraceptif de la patiente. Il s'agit tout d'abord de caractéristiques propres à chacun des sujets interrogés (histoire personnelle, idées reçues, connaissances). Ensuite, il s'agit des différentes sources d'information utilisées. Puis les caractéristiques propres à la contraception, avec une envie de tendre vers un contraceptif idéal, ont été prises en compte.

Ces données ont été comparées avec la littérature.

Il est tout d'abord intéressant de faire un parallèle avec le modèle psychologique développé en 1960 par Rosenstock (16) (appelé aussi le « Health Belief Model »), afin de comprendre au mieux le comportement des patientes face à leur choix contraceptif.

Selon ce modèle, il est admis qu'une personne va décider de mener une action pour sa santé si :

- 1/ Elle prend en compte un état de santé non-voulu, qu'elle pourrait éviter (ici une grossesse non désirée) ;
- 2/ Elle accepte de manière positive qu'un changement d'attitude de sa part, guidé par des recommandations médicales, pourrait éviter cet état de santé négatif (ici, l'utilisation d'un moyen de contraception adapté, ainsi qu'une bonne observance) ;
- 3/ Elle a confiance en les recommandations données par le corps médical pour changer son attitude (ici, confiance en la contraception).

Les étapes psychologiques du choix peuvent aussi se résumer comme tel, selon une étude de Rimer et Glanz (17), appliquées au choix contraceptif :

Concept	Définition	Application au choix contraceptif
Le risque perçu (« <i>Perceived susceptibility</i> »)	Perception des comportements à risque, individuels ou d'une population donnée	Risque de grossesse non-désirée en cas de mauvaise ou non-utilisation d'une contraception adaptée, chez une patiente donnée
La gravité perçue (« <i>Perceived Severity</i> »)	Perception par la patiente de la gravité et des conséquences liées au risque	Conséquence d'une grossesse non-désirée : IVG et les risques liés au geste, ou enfant mené à terme non-désiré
Les bénéfices attendus (« <i>Perceived Benefits</i> »)	Connaissance des bénéfices que pourrait apporter une action spécifique, afin de réduire le risque ou ses impacts	L'utilisation d'une contraception adaptée, avec une amélioration de l'observance du moyen de contraception choisi, permettant d'éviter une grossesse non désirée
Les freins perçus (« <i>Perceived Barriers</i> »)	Les freins à la mise en place d'une telle action (psychologiques, financiers, etc. ...)	Craintes vis-à-vis des hormones, des risques et effets secondaires des moyens de contraception, coût de certains contraceptifs non remboursés
Mise en œuvre de l'action (« <i>Cues to Action</i> »)	Les moyens mis en œuvre pour enclencher l'action de l'individu	Amélioration de l'information des patientes (médias, médecins et paramédicaux), et de l'accès aux soins
Estime de soi, confiance (« <i>Self efficacy</i> »)	Confiance en l'action menée par l'individu	Confiance en la contraception, connaissance du mode de fonctionnement, amélioration de l'observance

Ces modèles permettent d'inscrire le choix contraceptif dans un ensemble, qui prend en compte non seulement la patiente, mais aussi les caractéristiques propres à son moyen de contraception, et son environnement.

C'est ce qui est précisé ci-dessous, en s'appuyant sur les données de la littérature, afin de se rendre compte des données concordantes, ou discordantes, analysées lors de l'étude.

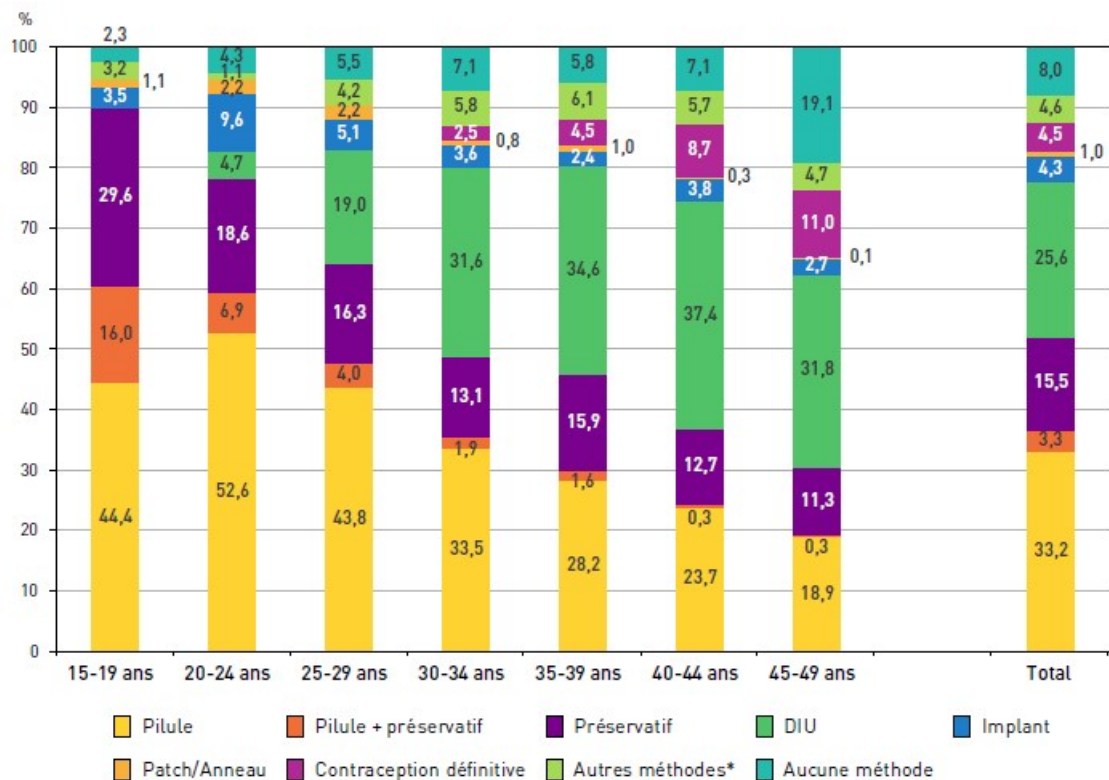
1. La patiente

L'utilisation d'une méthode contraceptive semble s'inscrire dans une impression plus globale d'émancipation de la femme, avec une possibilité de dissocier maternité et sexualité, et même plus globalement, une liberté de disposer de son corps (18). Malgré tout, on retrouve, dans cette étude, l'idée qu'une norme Française persiste.

1.1 Une histoire contraceptive concordante avec la littérature

- En début de vie sexuelle : toujours une grande place au préservatif et à la CO.

Les patientes de l'étude présentée décrivent une contraception initiale majoritairement représentée par la CO. Cette tendance a été décrite dans plusieurs études (18), dont l'enquête *Fecond* menée en 2010 puis en 2013 par l'INSERM et l'INED (19), et est explicitée par le schéma ci-dessous, selon les dernières données du Baromètre santé de 2016.



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

L'utilisation initiale du préservatif est corrélée avec l'importance d'une protection efficace contre les MST (20), mais soulève aussi la question de stabilité de son couple. En effet, l'idée selon laquelle être en couple avec un partenaire en qui l'on peut avoir confiance, a pour conséquence l'arrêt de l'usage du préservatif, est aussi retrouvée dans plusieurs données de la littérature (21).

Malgré tout, l'utilisation du préservatif montre aussi des contraintes qui ont été décrites ici, et qui ont déjà été observées (2) (22) (23).

- L'adolescence, une étape majeure

Lors de l'initiation de la pratique contraceptive, l'utilisation du préservatif est majoritaire, avec malgré tout un taux d'utilisation en baisse chez les jeunes Françaises, aux dépens d'une plus grande utilisation de la CO (44.4% des 15-17ans pour l'enquête *Fecond* 2013, contre 59.2% en 2010 qui utilisent le préservatif+/-CO, et 58.3% utilisatrices de CO+/-préservatif en 2013, contre 51.8% en 2010)

L'adolescence représente un enjeu majeur de santé publique, puisqu'elle inscrit la femme dans une période à risque élevé de grossesse non désirée et de transmission de MST (2). Les connaissances théoriques des adolescents en matière de contraception semblent parfois insuffisantes (24) et c'est ce qui a été plusieurs fois soulevé lors de l'étude présentée ici.

Pour améliorer la prise en charge de cette population à risque, plusieurs démarches ont été entamées.

Tout d'abord, la Loi 2015-1702 du 21 Décembre 2015 (Décret n° 2016-856 du 29 Juin 2016) rend possible plusieurs consultations prises en charges à hauteur de 100% par la sécurité sociale, en cabinet de médecine générale pour la mineure d'au moins 15 ans (25).

Ensuite, depuis le 1^{er} Novembre 2017 on note une revalorisation de l'acte de première consultation contraceptive de cette tranche d'âge, avec une cotation spéciale (CCP pour « Consultation de première Contraception-Prévention), applicable par le médecin généraliste.

On observe aussi l'apparition de moyens d'anonymisation et d'obtention gratuite de contraception ou de consultation contraceptive, dans certaines régions. Ainsi, on

peut trouver le « Pass Contraception Prévention » de la carte M'RA, en Région Rhône-Alpes-Auvergne (26). Dans ce cas, la consultation contraceptive (sous certaines conditions (27)) est à la charge du Service Jeunesse Rhône-Alpes, dans la mesure d'une somme maximale (par exemple, 30 euros pour la première consultation médicale).

- Puis d'autres méthodes selon les histoires de vie

La CO devenant souvent trop contraignante, en présentant trop de risques d'oublis, les patientes de l'étude se tournent vers d'autres moyens contraceptifs dans un second temps. Cette thématique représente ici une grande ampleur, et paraît concorder avec d'autres données de la littérature (28).

La modification de la contraception est dictée par une nécessité de changer les modalités d'administration du traitement, ou par l'apparition de pathologies rendant nécessaire ce changement (29). En fin d'utilisation contraceptive, les patientes se tournent plus facilement vers l'utilisation de méthodes contraceptives à longue durée d'action, comme le DIU ou la stérilisation (19) ; même si la tendance actuelle semble relater une utilisation plus précoce de ce genre de méthode (excepté la stérilisation), avec par exemple (selon l'étude *Fecond*) une proportion d'utilisation du DIU chez les femmes entre 25 et 29 ans, qui a augmenté de 9 points de pourcentage entre 2010 et 2013 (30).

1.2 Facteurs psychologiques et connaissances

Scandale des COP de 3^{ème} et 4^{ème} génération (4), dénonciation récente de « maltraitements gynécologiques » (31), mais aussi de manière plus générale, réticences à propos du schéma vaccinal (32) (33), ou encore problèmes liés au changement de formule de traitements thyroïdiens de synthèse (34) ... Le climat médical semble s'inscrire dans une tendance de méfiance globale à l'encontre des prises en charge proposées.

Les patientes se posent des questions quant à l'innocuité des mesures médicales suivies, et ceci vient s'ajouter aux idées reçues et méconnaissances que les femmes peuvent avoir en matière de contraception (35).

- Méconnaissances

Malgré cette remise en cause constante du discours médical, et une nécessité de comprendre par soi-même le fonctionnement des médicaments prescrits, les patientes ne semblent pas actives dans leur recherche d'information. En plus d'une certaine passivité, il est décrit des incompréhensions sur le mode de fonctionnement de leur contraception, sur les risques d'une telle médication, voire même sur leur physiologie (36) (37).

- Idées reçues et concordance bibliographique

En terme d'idées reçues, l'impression d'une nécessité de parité avant la pose d'un premier DIU semble toujours bien ancrée (9), alors qu'on ne trouve pas de contre-indication à l'utilisation de ce moyen contraceptif chez les jeunes nullipares (38). L'impression d'une prise de poids due aux hormones (et principalement sous progestatifs seuls) est aussi retrouvée, alors qu'il n'a pas été prouvé de tel effet de manière formellement significative dans les données de la littérature actuelle, en ce qui concerne l'implant ou la COP (39).

- Craintes

La crainte principale par rapport aux méthodes contraceptives étudiée réside surtout en un fort doute quant à l'innocuité des hormones délivrées. Malgré tout, aucune patiente ne fait de lien entre les hormones contraceptives et le risque cancérigène (40).

On trouve surtout la crainte d'une mauvaise efficacité des moyens de contraception, parfois liés à une suspicion non expliquée par la patiente, ou parfois en lien avec une difficulté d'utilisation (peur de décollement de patch (41), d'expulsion de l'anneau (42), migration de l'implant (43)).

La peur du corps étranger est souvent évoquée en ce qui concerne l'implant contraceptif. Cela vient s'inscrire en parallèle de certaines études relatant la peur du corps étranger comme le DIU (9).

- Autres aspects psychologiques concordants avec la littérature

La subjectivité des patientes interrogées trouve d'autres aspects, tels qu'un besoin de garder leur contraception pour elles, sans intrusion du corps médical. L'idée de l'intimité est présente, et vient faire écho avec l'idée de T. Parsons selon laquelle (en parlant de la pratique médicale moderne) « *Voir une personne nue dans une situation qui n'est pas courante, toucher et manipuler son corps, constitue un « privilège » qui demande une explication* » (44). Ce concept d'intimité à préserver va de pair avec un désir de médicaliser le moins possible tout ce qui entoure la régulation des naissances, et de décider de la modification de sa physiologie (45).

Les patientes ressentent une certaine fatalité selon laquelle leur situation ne les satisfait pas vraiment, mais qu'elles n'ont pas d'autre choix que de l'accepter. L'idée d'un certain paternalisme médical, avec une contraception parfois plus subie que réellement choisie, rappelle certaines remarques de M. Winckler (46).

Enfin, une injustice par rapport aux autres femmes quant aux effets secondaires, voire aux hommes (47), est aussi retrouvée. Cela soulève la question de la place des hommes dans la contraception, avec un désir de plus les responsabiliser, voire les rendre acteurs via une possible contraception masculine (48).

- Différences avec la littérature

La connaissance des risques thromboemboliques a rarement été retrouvée (49). Ce risque n'a jamais été comparé à celui d'une grossesse évolutive (50).

Pour rappel, selon un rapport de l'ANSM (4), il est important d'expliquer le sur-risque TEV sous COP, mais aussi de le pondérer, comme cela est montré dans le tableau suivant. Ce risque est maximal lors de la première année d'utilisation de la COP (et plus précisément les 3 premiers mois d'utilisation(51)), puis il diminue par la suite, tout en restant supérieur à une non-utilisatrice de COP. Par contre, à l'arrêt du traitement, ce risque revient identique à celui de la population générale au bout de 3 mois.

Traitement utilisé, ou type de population	Nombre d'accident TEV pour 100 000 par an
Femmes en bonne santé, âgées entre 15 et 44 ans	5 à 10
Femmes sous COP « 2 ^{ème} génération »*	20
Femmes sous COP transcutané (patch Evra®)	30
Femmes sous COP « 3 ^{ème} génération »**	40
Femmes sous COP « 4 ^{ème} génération»***	40
Femmes enceintes	60
Post partum	>100 (51)

* Type Minidril®, contenant moins de 50µg d'éthinylestradiol, associé à du lévonorgestrel

** type Méliane®, contenant au moins 20 µg d'éthinylestradiol, associé au désogestrel ou au gestodène

*** comme Yasmin® contenant 30 µg d'éthinylestradiol, associé au drospirénone

A noter : le sur-risque d'accident TEV sous Nuvaring® n'est pas établi par rapport à une COP de 2^{ème} génération.

Tab. 3 : Risques d'accidents TEV chez des populations de femmes données.

Aucune patiente n'a parlé des liens entre la contraception et certains cancers hormonodépendants (35) (40).

Devant les craintes et attentes subjectives des patientes, s'inscrit le deuxième thème décisif du choix : celui des facteurs extérieurs qui vont influencer la patiente, comme les moyens d'information utilisés, ou le rôle du médecin.

2. L'information des patientes

Afin de lutter contre cette tendance actuelle de suspicion quant à l'innocuité des actions médicales, il faut toujours garder à l'esprit que le médecin a une obligation de moyens envers les patients, qui concerne aussi l'information éclairée dispensée à chaque consultation. Cette obligation légale a été concrétisée par la loi Kouchner le 4 Mai 2002 (52). Il a été remarqué que pour obtenir l'adhésion thérapeutique de la patiente, et s'assurer une bonne observance, une information médicale claire est primordiale (53).

Il semble donc nécessaire de toujours renforcer la confiance de la patiente via un *counseling* adapté¹.

¹ Génération Y et la contraception : le besoin évolue. Web débat. 08/11/2017 (Pr. O. Graesslin, Dr. T. Harvey, Dr. S. Heckel, Dr. P. Fournet)

Les démarches informatives de la patiente sont dans cette étude de 3 ordres : informations immatérielles (représentées par les médias et internet), de l'entourage, et médicale.

2.1 La place des médias

Pour ce qui est des informations médiatiques, rares ont été les patientes qui ont évoqué les campagnes d'informations de type télévisées ou sous formes d'affiches. Malgré tout, on peut observer la mise en place de telles campagnes, renouvelées annuellement par l'INPES depuis Septembre 2007.

Période	Support	Population cible	Thème
Septembre 2007	Cinéma, TV, radio, internet	Grand public	Choisir sa contraception
Octobre-Décembre 2008	TV	15-20 ans	Sexualité, contraception
Octobre-Novembre 2009	TV, radio	Femmes et hommes, 18-30 ans	Responsabilité des hommes dans la contraception
Avril 2010	TV, radio	filles-garçons, 13-19 ans,	Responsabilité des hommes dans la contraception
Octobre-Novembre 2011	TV, presse, affiches	Femmes, professionnels de santé	Envisager une autre contraception que la pilule en cas d'oublis fréquents
Juin-Juillet 2012	Radio, internet	Femmes	Contraception d'urgence
Mai 2013	Radio, internet	Femmes 15-30 ans	Adapter sa contraception
Juillet-Octobre 2014	Presse, internet	Femmes	Adapter sa contraception
Novembre 2015	TV, affiches, internet	Grand public	Dépistage MST (particulièrement VIH)

Tab. 4 : Résumé des campagnes INPES entre 2007 et 2015

Il sera noté en plus la campagne décidée par Marisol Touraine en Juin 2016, visant à sensibiliser les femmes et professionnels de santé sur le rôle de la sage-femme pour le suivi de la femme en ambulatoire.

L'impact de telles campagnes n'est pas clairement établi, mais il peut se refléter dans les différents résultats d'enquêtes nationales telles que *Fecond* 2010-2013, ou encore en comparant les données des différents Baromètres Santé (2010-2013-2016).

Pour ce qui est du support papier, les patientes qui y pensent déplorent un affichage insuffisant. En effet, si elles peuvent se retrouver en nombre dans certaines salles d'attente de médecins, centres de planning familiaux ou laboratoires, les utilisatrices ne semblent pas satisfaites.

Parmi ces campagnes en support papier, on citera le programme « *Vitrines d'éducation et de prévention pour la santé* », mis en place avec l'aide de l'INPES (54), ou encore des affiches à commander par les professionnels de santé auprès du même organisme (« *A chacun sa contraception* »), voire des brochures (« *Choisir sa contraception* »), ou une annonce de presse dans certains magazines (55).

Internet est souvent évoqué, mais avec une forte suspicion quant aux informations de masse délivrées par ce support, que les patientes trouvent souvent inadaptées à leur cas. Elles ont généralement peur de lire des informations erronées sur les sites non médicaux, ou les forums internet (9).

On peut noter cependant l'existence de sites reconnus par la communauté médicale, tels que <http://www.choisirsacontraception.fr/>. Afin de cibler au mieux les adolescentes (56), il peut être intéressant de conseiller le site <http://onsexprime.com/>, recommandé aussi par l'INPES. D'autres sites peuvent être conseillés : www.planning-familial.org ou www.filsantejeunes.com .

Dans cette étude, il n'a jamais été évoqué la possibilité de se renseigner par téléphone. Pourtant, il existait, durant la médiatisation de la remise en cause des COP de 3^{ème} et 4^{ème} génération, un numéro vert prévu à cet effet, organisé par le Ministère de la Santé. Il s'agissait du 0800.636.636 (opérationnel à partir du 23/01/2013, régulé par des médecins et des sages-femmes, afin de répondre aux questions que soulevaient les COP de 3^{ème} et 4^{ème} génération. L'appel était gratuit).

Les autres numéros actuellement fonctionnels et nationaux sont :

- 3224 ou 0800.235.236 (appel gratuit et possible de 8h à minuit) pour le « *Fil santé Jeunes* ». Celui-ci gère au quotidien 219 appels (soit une moyenne de 78840 appels par an), chez des jeunes de 18.6 ans en moyenne, et pour une majorité de femmes (seulement 29.5% des appelants étaient des hommes en 2016). 39.8% des appels concernent la contraception (57) ;
- 0800.08.11.11 pour le numéro vert national « *Sexualité, contraception, IVG* » depuis 2015, lancé par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits de Femmes. Ici, c'est 73 appels qui sont traités

chaque jour depuis 2015 (soit en moyenne 26250 appels par an), avec 35% des appels concernant la contraception (58).

2.2 Le rôle de l'entourage

Le rôle du conseil parental de l'adolescent est évoqué en matière de contraception, et plus globalement de sexualité (59). Parfois un sujet tabou dans certaines familles (60), les parents semblent être des figures éducatives rassurantes, et en qui les patientes peuvent avoir confiance. Afin d'améliorer ce genre d'information, il peut être intéressant de guider les parents qui en ressentent le besoin. Il est aussi possible de les orienter sur des sites dédiés, comme sur le site du réseau de santé « Horizon » (61).

Il en est de même de l'importance des discussions avec les amies, et les personnes liées à la scolarité pour l'adolescente (infirmières scolaires, cours de biologie de la reproduction). Malgré tout, les patientes déplorent toujours un manque d'information, et c'est ce que l'on retrouve dans la littérature (62) (24).

Si la meilleure contraception est celle que la patiente choisit, il faut garder à l'esprit l'importance du rôle du prescripteur dans ce choix.

2.3 Le rôle des soignants

2.3.1 Une importance majeure du prescripteur, vu par le soignant...

Les organisations sanitaires mettent un point d'honneur à améliorer les pratiques des prescripteurs, puisqu'ils sont placés à côté des patientes, c'est-à-dire, au centre de la décision contraceptive.

Pour orienter le praticien dans son *counseling* à propos de la contraception, plusieurs modèles ont été établis et validés. Nous en citerons trois dans ce travail :

- Le modèle BERCER de l'OMS (63), pour Bienvenue / Entretien / Renseignement / Choix / Explication / Retour (Annexe 1) ;
- Les recommandations complétées par la HAS (64), avec la mise en place de fiches mémo d'aide à la prescription, consultables sur internet par le professionnel de santé (65).

Mais aussi un modèle de consultation visant à : accueillir / clarifier la décision / évaluer le besoin de changement / évaluer la compréhension de la patiente / décision partagée / explication et validation de la compréhension ;

- Le modèle de l'INPES, qui propose un « diagnostic éducatif » via quelques questions simples, permettant de cibler les besoins et attentes de la patiente. Il s'agit de savoir pour la patiente en consultation, ce qu'elle : a / fait / sait / croit / ressent, et ce dont elle a envie (15).

Cette systématisation de la prise en charge, permet de mettre en avant les points importants à connaître sur la contraception (par le médecin mais surtout la patiente), tels que :

- Le mode d'action du moyen contraceptif envisagé,
- Son mode d'emploi et la procédure (de pose, de retrait),
- Les risques,
- Les alternatives possibles,
- Les effets indésirables (principalement énumération des effets graves et des effets fréquents),
- Le coût,
- Possibilité de remettre un document explicatif en fin de consultation.

Malgré tout, il faut garder à l'esprit qu'il s'agit de modèles théoriques, idéaux, vers lesquels chaque praticien devrait essayer de tendre. Mais la médecine porte son lot d'imprévus et, à l'image même de la contraception, l'écart entre la théorie et l'exercice en pratique se creuse. Avec une consultation de médecine générale qui dure en moyenne 16 minutes, et une majorité d'actes qui durent entre 15 et 19 minutes (66), il est aisé de comprendre que les modèles proposés ci-dessus sont parfois compliqués à appliquer. Périodes d'épidémies avec des plannings médicaux terriblement chargés, exercice médical visant des consultations courtes et rémunératrices pour certains, implication moindre dans la prévention contraceptive pour d'autres, retard lié à l'accumulation de cas compliqués et chronophages dans une journée... Cet écart peut trouver plusieurs explications.

Mais l'avantage qu'a le médecin généraliste, par rapport au spécialiste, est qu'il reste le référent du suivi au long cours. Si toutes les informations ne sont pas dispensées lors d'une séance, elles pourront l'être lors de la prochaine par exemple.

Malgré tout, il faut garder à l'esprit l'importance d'une information complète et claire, soulignée par l'étude CHOICE déjà citée. Lorsque celle-ci est efficace, il est prouvé une modification des tendances en terme de choix contraceptif (dans cette étude, principalement un choix plus porté pour les méthodes de longue durée d'action au lieu d'une contraception orale) (10).

Ce conseil contraceptif complet (incluant donc les méthodes de longue durée d'action) devrait débiter dès la première demande, et donc parfois même à l'adolescence (67). Il semble que certaines des patientes interrogées dans l'étude aient été en manque d'information en début d'histoire contraceptive, et cela concorde avec certaines études relatant des freins de la part du médecin généraliste, lors de la consultation pour contraception de l'adolescente (68).

On voit bien qu'une information éclairée reste l'objectif principal d'une consultation contraceptive. Cela entraînerait une satisfaction suffisante de la part de la patiente, et impliquerait donc une meilleure compliance avec une durée d'utilisation longue du moyen choisi (69). Tout ceci s'inscrit dans une idée d'efficacité de la méthode élue.

2.3.2 ...En décalage avec l'attente des patientes ?

Dans cette étude, le médecin a souvent été décrit comme un informateur fiable, et vers lequel les patientes se tournent parfois même en première intention pour leur contraception. Mais il est important de rappeler ici que cette idée n'est pas retrouvée dans toutes les études.

En effet, lorsqu'une sage-femme réalise ce type d'étude dans différents centres de planning familiaux, c'est ce dernier lieu qui est cité en termes de ressource principale. Selon le mémoire de Screve O., le planning familial, les amis, et les personnes du milieu scolaire « détrônent » le médecin généraliste, comme source d'information (36).

Dans cette étude, lorsque l'interview était réalisée dans le bureau prêté par la pharmacie Lyonnaise déjà citée, le pharmacien est plus facilement remarqué pour le suivi et le conseil contraceptif.

Il est donc possible que pour cette étude, l'enquêtrice étant médecin, les patientes aient été orientées dans leurs réponses, afin de satisfaire la chercheuse. Car il est quand même parfois observé un climat de méfiance vis-à-vis des médecins dans d'autres études (11), et ceci peut même aller jusqu'à une idée de complot dans la thèse de I. Laplace (9).

Le rôle du prescripteur est important, mais il faut garder à l'esprit la place centrale de la patiente dans son choix, tout ceci pour prescrire à chacune le moyen contraceptif le plus efficace possible. Pour cela, la contraception doit aussi répondre à plusieurs critères que la patiente va rechercher. C'est ce qui est détaillé dans le paragraphe suivant.

3. La contraception

3.1 La place des hormones

A l'aube du XXIème siècle, la modification de l'humain par l'humain devient « monnaie courante ». Il est actuellement plus simple que lors des précédents siècles, de traiter certaines pathologies via l'utilisation de matériaux de synthèse afin de remplacer ou réparer un organe endommagé (70).

L'utilisation des hormones pourrait même s'inscrire dans ce mouvement intellectuel international qu'est le transhumanisme², selon lequel la science se met au service de l'amélioration de la condition humaine. Les modifications chimiques attendues lors d'un traitement contraceptif permettent une régulation des cycles avec amélioration des dysménorrhées, du syndrome prémenstruel, inhibition de l'ovulation... Et tout ceci dans un but principal d'éviter une grossesse non-désirée. Ceci fait aussi écho à la notion d'anthropotechnie, bien décrite par J. Goffette qui se tourne plus précisément vers l'idée de « l'augmentation humaine », visant à « *modifier l'être humain en intervenant sur son corps, et ceci dans un but médical* » (71).

² France Culture : Transhumanisme, invité Luc Ferry – 13/12/2015

Mais la crainte des hormones est toujours très présente dans cette étude, avec parfois une impression d'agir « contre-nature ».

Que ce soit pour les utilisatrices de l'implant (progestatif seul) ou de l'anneau et du patch (COP), les patientes évoquent régulièrement des idées négatives par rapport à l'utilisation d'hormones de synthèse, tout en gardant une idée floue de la cause de cette suspicion. Ceci concorde avec ce qui a été retrouvé dans la littérature, notamment au sein de la thèse de Périchon S. (11). Aucune patiente n'a fait le lien entre sa contraception, et le scandale médiatique récent des contraceptifs de 3^{ème} et 4^{ème} génération.

Dans ce contexte de représentations négatives, certains effets secondaires liés aux hormones sont notés, tels qu'une modification du poids, ou de l'état psychologique, ce qui a déjà été décrit dans d'autres études (72).

Malgré tout, on observe une ambivalence importante avec une satisfaction vis-à-vis de l'amélioration des symptômes de type dysménorrhées, acné, et parfois une aménorrhée bien acceptée, sans effets secondaires décrits. D'autant que, si l'on se tourne vers l'étude de Grossman Barr, la plupart de ces effets semblent s'amender au bout de quelques mois d'utilisation du même contraceptif (73). Il est observé de manière générale une bonne tolérance des hormones administrées malgré les craintes que celles-ci entraînent chez les sujets interrogés, avec des patientes globalement satisfaites de leur moyen de contraception (35).

Devant les craintes liées à une contraception hormonale, associées à l'envie d'une méthode efficace et bien tolérée, la question d'un idéal contraceptif paraît adaptée.

3.2 Quelles attentes pour une contraception idéale ?

Les critères d'une contraception idéale font presque l'unanimité par rapport aux caractéristiques suivantes : efficacité d'action, et praticité d'utilisation au quotidien avec une réduction maximale du risque d'oubli.

L'étude CHOICE (10), a permis de mettre en avant les déterminants du choix de méthodes contraceptives de longue durée d'action, lié à un conseil éclairé. Mais cette étude a permis aussi l'analyse de sous-groupes en Europe, afin de comprendre

de manière plus globale les facteurs liés au choix d'autres types de contraception (74).

Attentes des patientes, et concordance avec la littérature :

- Moins, voire pas d'hormones, avec une contraception la plus « naturelle » possible (8) (30) ;
- Moins de risques d'oublis et praticité d'utilisation au quotidien. Même si des possibilités d'oublis persistent pour l'anneau et le patch, ce risque semble réduit par rapport à une prise de CO (75). L'implant remplit ces critères de manière unanime ;
- Efficacité maximale (indice de Pearl faible, afin d'éviter une grossesse non-désirée). Pour rappel, l'enquête COCON (pour COhorte CONtraception) (76) permet un état des lieux contraceptif, plutôt centré sur les raisons des échecs et les recours choisis par les patientes interrogées en cas de grossesses non désirées. Il est aussi intéressant de remarquer (tout comme dans le rapport de l'IGAS d'Octobre 2009) (77), qu'au cours d'une vie, une femme utilisant une CO entre 17 et 50ans, devra gérer la prise de plus de 8000 comprimés... Ce qui permet de rendre compte du risque d'oubli ou de mauvaise observance, statistiquement élevé sur le long terme lors d'une prise de CO, surtout si la situation personnelle de l'utilisatrice évolue (couple stable, période de transition affective, célibat avec des rapports sexuels occasionnel/imprévu).

Le tableau suivant permet de refaire le point sur l'efficacité (optimale et pratique) des moyens contraceptifs actuellement proposés. Il est établi à l'aide des taux publiés par l'OMS (basés sur des taux étudiés aux Etats-unis par Trussel en 2011 (78)) et l'étude française COCON, via une fiche HAS (79).

Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives			
Méthode	Indice de Pearl ¹	Efficacité pratique	Efficacité selon OMS
Vasectomie	0.1	0.1	Toujours très efficace (Indice de Pearl <1)
Stérilisation féminine	0.5	0.5	
Implant	0,05	0,05	
Progestatifs injectables (Depoprovera)	0.3	6	
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	0,2	1.1 (FR) 0,2 (US)	
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,6	1.1 (FR) 0,8 (US)	
Progestatifs oraux	0,3	8	Très efficace en utilisation optimale, efficace en emploi courant (<10)
Œstroprogestatifs (CO, patch, anneau)	0,3	8	
Préservatifs masculins	2	3.3(FR) 15 (US)	Efficace en utilisation optimale, moins efficace en emploi courant (<20)
Préservatif féminin	5	21	
Retrait	4	10 (FR) 22 (US)	
Diaphragme + spermicides	6	16	
Spermicides	18	22 (FR) 29 (US)	Moins efficace (>20)
Cape cervicale	9 ² à 26 ³	16 à 32	
Méthode « naturelle » (de connaissance de l'ovulation)	0.4 à 5 ⁴	25	
Aucune méthode	85	85	

¹ % de grossesses sur 12 mois d'utilisation ; ²nullipare ; ³uni ou multipare ; ⁴méthode symptothermique ; (FR) : France ; (US) : Etats-Unis

Tab. 5 : Efficacité des différentes méthodes contraceptives selon l'OMS et l'HAS

- Peu ou pas d'effets secondaires indésirables. On remarque que certaines raisons de modification de contraception sont dictées par l'apparition d'effets secondaires mal tolérés (29) ; il a été observé toutefois que la plupart de ces effets indésirables s'amendent avec le temps d'utilisation (73) ;

- Une mise en place et un arrêt simples avec une réversibilité rapide à l'arrêt, inscrits dans un désir de médicalisation limitée au maximum (8) ;

- Choix de modifier ou non ses cycles menstruels (45) ;

- Une responsabilité contraceptive partagée avec des hommes plus impliqués (48) (80), voire, l'attente d'une contraception masculine efficace (81) ;

- Des avantages autres que contraceptifs : protection des MST (35).

Il pourrait aussi être cité l'étude de Merkatz RB, à propos du degré de satisfaction des utilisatrices de l'anneau. L'étude prend en compte 4 critères : la facilité d'utilisation, peu d'effets secondaires, le confort (en opposition à l'inconfort lié à une expulsion ou au fait de sentir l'anneau), et peu de modifications lors des rapports sexuels (82) .

Données de la littérature non retrouvées dans cette étude

- Coût : une accessibilité suffisante aux patientes en condition de précarité économique a souvent été décrite. Cependant, le coût du traitement n'a jamais été évoqué dans cette étude, alors qu'il a été observé qu'il s'agissait d'un frein majeur à l'obtention de certains moyens contraceptifs non-remboursés (19) (77) ;

- Facilité d'accès : possibilité de délivrance sans prescription médicale (83), accès facilité dès l'adolescence (84) , avec la possibilité de délivrance anonyme et gratuite (77), ou encore, autorisation de délivrance par les sage-femmes (Loi HPST du 21 Juillet 2009) (85) ;

- Une protection contre certains cancers (endomètre, ovaires et dans une moindre mesure, cancer colorectal) (40)

- Une affaire de femmes. Il a été parfois décrit une préférence des patientes que la contraception reste principalement féminine, afin qu'elles restent maitresses de leur fécondité et de leur histoire parentale, sans dépendre des hommes (86) ;

- Acceptabilité indépendante de la culture ou de la religion de la patiente (87)

Avenir contraceptif

Malgré une satisfaction globale par rapport à l'éventail de choix contraceptif déjà existant, il est fréquent de remarquer une attente d'un mieux chez les patientes interrogées. Voici quelques avancées possibles en matière de contraception.

- Contraception masculine : Différentes méthodes peuvent être décrites dans la littérature (88). Parmi les méthodes reconnues et validées par la

communauté scientifique, il y a le préservatif masculin, et la stérilisation masculine par vasectomie.

Il est possible de trouver aussi d'autres méthodes en cours d'évaluation et d'amélioration (89). Il s'agit de la contraception hormonale (90), immunologique, par inhibition des fonctions spermatiques, par inhibition des fonctions testiculaires ou épидидymaires, et de l'hyperthermie testiculaire (une méthode bien Française peut être citée : celle du RCT ou le « *Remonte-Couilles Toulousain* » (91)).

- Immunothérapies : il est décrit dans la littérature la recherche de méthodes immunologiques visant à moduler l'expression de l'interleukine 11 ou du *Leukemia Inhibitory Factor*, dans un but contraceptif (92).

- Hormonothérapie, biologie moléculaire : possibilité de patchs avec des types et dosages d'hormones différents (93), blocage de l'ovulation via un traitement anti-progestérone, des antagonistes de la FSH, blocage de la méiose, blocage de l'activation ovocytaire, blocage de l'implantation de l'œuf fécondé (94), développement de modulateurs spécifiques de récepteurs hormonaux (*Selective Estrogen Receptor Moderator*) (95) .

4. Limites et points forts de l'étude

4.1 Limites

4.1.1 La question

La question des déterminants du choix contraceptif chez les utilisatrices de nouveaux moyens de contraception, peut initialement paraître peu originale. En effet, de nombreuses revues de la littérature font déjà état de la problématique contraceptive de manière générale, et cette étude ne s'écarte que peu de certaines déjà réalisées (36).

4.1.2 La méthode, la population étudiée

S'agissant d'une enquête qualitative, aucune conclusion statistiquement significative n'a été recherchée.

Le nombre de sujets interrogé est faible, et on note un déséquilibre dans les groupes représentés en faveur du groupe « utilisatrices de l'implant ». En effet, le recrutement des patientes utilisatrices de l'anneau contraceptif et du patch a été compliqué.

Cela reste malgré tout cohérent à l'état actuel des connaissances, puisque le résultat peut être expliqué par une plus grande représentation d'utilisatrices d'implant, au détriment des deux autres moyens examinés (4.3% d'utilisatrices de l'implant entre 15 et 49ans, contre 1% pour l'anneau et le patch en 2016 selon le Baromètre santé de 2016) (2).

Certaines questions faisaient appel aux souvenirs des patientes par rapport à leur histoire contraceptive, entraînant parfois peut-être un biais de mémorisation.

Les entretiens semi-dirigés menés par l'enquêtrice, qui est aussi médecin généraliste, ont pu biaiser les réponses. En effet, il se peut que, malgré un canevas de questions établi en début d'étude, certaines questions additionnelles aient pu orienter les réponses des patientes. Comme il l'a déjà été soulevé plus haut, les patientes ont pu orienter leur discours en plaçant le médecin généraliste au centre de la décision partagée, afin de satisfaire l'investigatrice.

4.1.3 Validité interne

L'enquêtrice a pu faire preuve de subjectivité dans l'analyse des résultats (tous les entretiens n'ont pu être triangulés).

De plus, il s'agissait de sa première expérience de recherche qualitative, et cela a pu affecter la validité interne de l'étude.

4.2 Points forts

4.2.1 La question

Si la question de la contraception n'est pas un sujet très original, il n'en reste pas moins particulièrement intéressant, et représentant un enjeu majeur de santé publique.

L'originalité de cette étude réside en l'idée de s'intéresser au choix des utilisatrices des plus récents moyens de contraception mis sur le marché depuis les années 2000.

De plus, la question de la contraception a parfaitement sa place dans une activité de médecine générale, puisque le médecin généraliste reste au premier plan en termes de prévention et de dépistage, mais il représente aussi celui qui prescrit ou renouvelle la contraception. Il garde un rôle de conseiller, et est un acteur majeur dans le suivi médical de la femme.

4.2.2 La méthode, la population étudiée

Le type de l'étude (qualitative) semble le plus adapté dans ce cas. En effet, la problématique cherche à mieux comprendre les déterminants d'un choix chez les patientes interrogées, en explorant leur ressenti, et les facteurs influençant ce choix (psychologiques notamment).

Afin d'éviter le biais d'interprétation que peut entraîner l'analyse des données, une triangulation des données a été réalisée par deux collègues de médecine générale pour une partie des entretiens.

Les résultats trouvés lors de cette étude paraissent cohérents, en comparaison avec les études déjà présentes dans la littérature.

4.2.3 Amélioration de la pratique professionnelle

Réaliser une enquête qualitative a été particulièrement passionnante pour l'enquêtrice. L'apprentissage et l'application de questions ouvertes, permet d'améliorer de manière plus globale l'entretien en médecine générale.

De plus, aux vues des idées reçues et craintes exposées par les patientes, le conseil contraceptif a pu être modifié et amélioré.

CONCLUSION

La question de la contraception représente un sujet important de santé publique, et cette pratique ne cesse d'évoluer depuis sa législation en 1967.

En effet, on peut observer depuis les années 60 une évolution de la pratique contraceptive, marquée régulièrement par l'apparition de nouvelles méthodes : différents types d'hormones (avec les contraceptifs oraux de 3^{ème} et 4^{ème} génération), différents dosages en œstrogènes pour la contraception oestroprogestative, ou encore nouveaux modes d'administration.

Enjeu majeur de santé publique, la contraception s'inscrit aussi, et plus précisément, dans la pratique quotidienne du médecin généraliste. En tant que professionnel de santé de premier recours dans beaucoup de cas, il l'est aussi souvent pour la prescription contraceptive (première prescription, ou renouvellement).

Si la meilleure contraception est celle que la patiente choisit, il est important de comprendre les mécanismes de ses choix, afin d'orienter au mieux le conseil en médecine générale. L'obligation légale du médecin généraliste de dispenser une information éclairée à la patiente, implique qu'il comprend les attentes de cette dernière.

Pour cela, cette étude a été réalisée afin d'établir les critères du choix d'une nouvelle galénique contraceptive. Les patientes interrogées étaient les utilisatrices des moyens contraceptifs apparus dans les années 2000, à savoir : l'implant contraceptif, le patch et l'anneau. L'enquête qualitative a été réalisée à l'aide d'entretiens semi-dirigés, auprès de 14 patientes de la région Rhône-Alpes (6 départements représentés). L'analyse des données a permis de mettre en avant 3 thèmes principaux, influençant le choix final.

Il s'agit tout d'abord de la contraception en elle-même.

Les patientes choisissent ces nouveaux moyens contraceptifs car ils présentent des intérêts inhérents au mode d'administration, par rapport aux « anciennes » méthodes. Les avantages principalement recherchés sont une diminution du risque d'oubli, une praticité d'utilisation au quotidien, et une efficacité suffisante.

Le deuxième critère de choix dépend de la patiente.

En effet, plusieurs étapes d'un choix vont passer par des mécanismes mentaux incluant l'histoire de la patiente, ses idées reçues, ses impressions subjectives.

On retrouve dans cette étude l'idée d'une histoire contraceptive, avec un début marqué par l'utilisation du préservatif et de la contraception orale, puis un changement dicté par un événement personnel.

Les sentiments évoqués sont variés. On trouve des représentations négatives, avec un besoin de cacher sa contraception, parfois une impression de jugement ou un besoin de se comparer aux autres utilisatrices. La principale crainte concerne les hormones, leur dosage, leurs risques, avec quelques fois une impression d'aller à l'encontre de la nature. Des idées reçues sont présentes, et la plus retrouvée est l'idée d'une nécessité de parité avant la pose d'un dispositif intra-utérin.

Enfin, le 3^{ème} facteur de choix mis en exergue dans l'étude est lié à l'information de la patiente.

Cela intéresse les moyens d'informations immatériels, tels que les médias ou internet. A noter, une grande méfiance par rapport aux informations trouvées dans ce dernier persiste. Il s'agit aussi de personnes de l'entourage (amis, famille), qui peuvent parfois être vues comme des repères, des sujets de comparaison ; ou du milieu médical ou paramédical (pharmacien, sage-femme, planning familial).

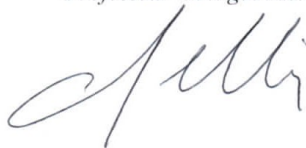
Le médecin généraliste trouve une place centrale dans l'information, de par son rôle privilégié dans l'histoire médicale de la patiente. La relation de confiance souvent décrite, permet un conseil adapté à chacune, afin de rendre la consultation contraceptive unique et personnalisée.

Malgré tout, un désir de limiter au maximum la médicalisation reste évoqué.

Finalement, le choix contraceptif (quel qu'il soit), implique l'intégration des attentes de la patiente, son environnement, et la connaissance des possibilités galéniques actuelles.

Ceci rend compte de la complexité passionnante de la contraception, où le rôle du médecin généraliste a toute son importance. Cette activité nécessite une pluridisciplinarité incluant des connaissances médicales (pharmacologie, physiologie, santé publique), mais aussi personnelles, en acceptant toute la subjectivité que comporte le choix, et la prise en charge globale d'un patient.

Le Président de la thèse,
Professeur Georges Mellier



Vu :
Pour Le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 01 FEV. 2018

BIBLIOGRAPHIE

1. INPES. Baromètre santé 2005 - Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée [Internet]. Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. 2005 [cité 9 juin 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/BS2005/synthese/sexualite.asp>
2. INPES. Baromètre santé 2016 - Contraception : Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Santé publique en France. 2016 [Études et enquêtes] [Internet]. [cité 27 déc 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf>
3. CONTRACEPTION : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? - [Internet]. [cité 13 juin 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>
4. ANSM. Pilules oestroprogestatives et risque thromboembolique. [Internet]. 2016 [cité 13 juin 2016]. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Annexes/\(offset\)/7](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Annexes/(offset)/7)
5. INPES. Contraception : ce que savent les Français. 5 Juin 2007. [Internet]. [cité 13 juin 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/07/dp070605.pdf>
6. INPES. La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit [Internet]. Santé Publique France. 2007 [cité 13 juin 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/07/cp070911.asp>
7. Brunner Huber LR, Ersek JL. Perceptions of contraceptive responsibility among female college students: an exploratory study. *Ann Epidemiol.* mars 2011;21(3):197-203.
8. RENON E. Trajectoire contraceptive en post-IVG : analyse qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de 14 femmes majeures de la région Rhône Alpes en 2014. [Thèse de Doctorat d'Université, médecine] Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.
9. Laplace I. Questionnement et représentations à propos du dispositif intra-utérin sur les forums internet. [Thèse de Doctorat d'Université, médecine] Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.
10. Secura G, Allsworth J, Madden T, Mullersman J, Peipert J. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol.* 1 août 2010;203(2):115.e1-115.e7.
11. Périchon S. Les craintes et les représentations des patientes concernant les hormones utilisées en contraception. Enquête qualitative à partir de l'entretien de 12 patientes de la région lyonnaise [Thèse de Doctorat d'Université, médecine] Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1; 2013.
12. CELIER S, =Université Claude Bernard Lyon 1. Villeurbanne. FRA / com. Dispositif intra utérin et contraception des nullipares de 18 à 30 ans : représentations et impact d'une fiche d'information. Étude qualitative de cas autour de seize entretiens individuels semi-dirigés en région lyonnaise. 2013.

13. Merckx M, Donders GG, Grandjean P, Van de Sande T, Weyers S. Does structured counselling influence combined hormonal contraceptive choice? *Eur J Contracept Reprod Health Care*. déc 2011;16(6):418-29.
14. Moreau C, Trussell J, Rodriguez G, Bajos N, Bouyer J. Contraceptive failure rates in France: results from a population-based survey. *Hum Reprod*. 1 sept 2007;22(9):2422-7.
15. INPES. Comment aider une femme à choisir sa contraception? Sept 2013 [Internet]. [cité 13 juin 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>
16. Rosenstock IM. What Research in Motivation Suggests for Public Health. *Am J Public Health Nations Health*. mars 1960;50(3 Pt 1):295-302.
17. Rimer B, Glance K. Theory at a glance: a guide for health promotion practice (Second edition) [Internet]. 2005 [cité 18 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.popline.org/node/276257>
18. Moreau C, Spira A, Bajos N. Evolution des pratiques contraceptives en France, impact social et démographique. *Mt Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie* 2009 ; 11 (5-6) : 338-4
19. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, et l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques? *Population et Sociétés*. Sept 2012 ; 492
20. Barkley TW, Burns JL. Factor analysis of the Condom Use Self-Efficacy Scale among multicultural college students. *Health Educ Res*. 1 août 2000;15(4):485-9.
21. Santelli JS, Kouzis AC, Hoover DR, Polacsek M, Burwell LG, Celentano DD. Stage of behavior change for condom use: the influence of partner type, relationship and pregnancy factors. *Fam Plann Perspect*. juin 1996;28(3):101-7.
22. Guilbert E, Dufort F, Saint-Laurent L. L'usage de la contraception à l'adolescence : perceptions des adolescents et des professionnels. 2017.
23. Fennell J. « And Isn't that the point? » : pleasure and contraceptive decisions. *Contraception*. Avr 2014; 89(4):264-70.
24. Bennia-Bourraï S, Asselin I, Vallée M. Une enquête un jour donné auprès de 232 lycéens. *JL Eurotext Médecine*. Fév 2006; 2(2):84-9.
25. Assurance maladie. Contraception des mineures d'au moins 15 ans, aide à la facturation. 2016 [Internet]. [cité 29 janv 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4026/document/contraception-mineures-15-ans_assurance-maladie.pdf
26. Decottignies O. Le pass contraception-prévention de la carte M'RA, Etat des lieux de son utilisation chez les 15-25ans. [Mémoire, maïeutique] Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1; 2016.
27. Région Rhône-Alpes. Guide à l'attention des professionnels de santé, Pass contraception prévention M'RA. [Internet]. [cité 29 janv 2018]. Disponible sur: http://www.lyon-metropole-solidaire.org/files/Pass-contraception-guide_professionnels_de_sante.pdf

28. Jamin C, André G, Audebert A, Christin-Maître S, Elia D, Harvey T, et al. Oublis de la contraception hormonale : réflexions sur leur prise en charge en pratique quotidienne. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 nov 2011;39(11):644-55.
29. Johnson S, Pion C, Jennings V. Current methods and attitudes of women towards contraception in Europe and America. *Reprod Health.* 2013;10:7.
30. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C et l'équipe Fecond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif? *Population et Sociétés.* Mai 2014;511
31. Mallaval C, Moran A. Contre les violences gynécologiques, la lutte prend corps [Internet]. *Libération.fr.* 2017 [cité 14 janv 2018]. Disponible sur: http://www.liberation.fr/france/2017/08/15/contre-les-violences-gynecologiques-la-lutte-prend-corps_1590109
32. Cellier C, Lechopier N. Réticences autour de la vaccination: analyse des discours des forums de discussion internet. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2016.
33. Épaulard O. Vaccination : les dangereux mensonges d'une pétition « anti-vaccin ». *Médecine Mal Infect.* 2 oct 2015;45(8):311-2.
34. Comité technique de pharmacovigilance. Levothyrox[®], Levothyroxine, Laboratoire Merck. oct 2017 [Rapport d'enquête] [Internet]. [cité 14 janv 2018]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/824c8f2d371ee7b39415859451dc6730.pdf
35. INPES-BVA. Les Français et la contraception. [Internet]. [cité 14 janv 2018]. Disponible sur: http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf
36. Screve O. Les alternatives à la pilule : Implant sous-cutané, patch contraceptif, anneau vaginal : Evaluation des connaissances et des représentations des femmes de 15 à 24 ans et impact de ces connaissances sur leur choix. [Mémoire, maïeutique] Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1; 2012.
37. Marquet D. Contraception orale et observance : Que retiennent les patientes des consultations? [Thèse de Doctorat d'Université, médecine] Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1; 2016.
38. Berenson AB, Tan A, Hirth JM, Wilkinson GS. Complications and Continuation of Intrauterine Device Use Among Commercially Insured Teenagers. *Obstet Gynecol.* mai 2013;121(5):951-8.
39. Lopez LM, Edelman A, Chen M et al. Progestin-only contraceptives : effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev.* Juil 2013;7CD008815.
40. Graesslin O, Quéreux C, Fortier D, Espié M. Contraception et cancer. Extrait des mises à jour en gynécologie médicale. *CNGOF* Nov 2006 ; 2006 [Internet]. [cité 24 janv 2018]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2006_GM_073_quereux.pdf
41. Archer DF, Stanczyk FZ, Rubin A, Foegh M. Pharmacokinetics and adhesion of the Agile transdermal contraceptive patch (AG200-15) during daily exposure to external conditions of heat, humidity and exercise. *Contraception.* févr 2013;87(2):212-9.

42. Brache V, Faundes A. Contraceptive vaginal rings: a review. *Contraception*. nov 2010;82(5):418-27.
43. Choi JH, Kim H-Y, Lee SS, Cho S. Migration of a contraceptive subdermal device into the lung. *Obstet Gynecol Sci*. mai 2017;60(3):314-7.
44. Parsons T. Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne. Walter de Gruyter; 1970. 179-92 p. (Médecine, Maladie et Société : Recueil de textes présentés et commentés).
45. Merki-Feld GS, Breitschmid N, Seifert B, Kreft M. A survey on Swiss women's preferred menstrual/withdrawal bleeding pattern over different phases of reproductive life and with use of hormonal contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2014 Aug;19(4):266-75.
46. Barthélémy C. Contraception : entre liberté de choix et paternalisme médical [Internet]. *L'imprévu*. 2016 [cité 14 janv 2018]. Disponible sur: <https://l'imprevu.fr/affaire-a-suivre/contraception-entre-liberte-de-choix-paternalisme-medical/>
47. Hermann-Mesfen J. Remarques sur le préservatif féminin et la pilule masculine. *Bulletin Amades*. 2013;87.
48. Smet M, Vallée J. L'implication des hommes de 18 à 50 ans dans la contraception. *Etude qualitative en Rhône-Alpes*. *Exercer*. 201;104(23):210-1
49. Jick H, Kaye JA, Vasilakis-Scaramozza C, Jick SS. Risk of venous thromboembolism among users of third generation oral contraceptives compared with users of oral contraceptives with levonorgestrel before and after 1995: cohort and case-control analysis. *BMJ*. 11 nov 2000;321(7270):1190-5.
50. Nelson AL, Rezvan A. A pilot study of women's knowledge of pregnancy health risks: implications for contraception. *Contraception*. 2012 Jan;85(1):78-82.
51. Bouchard P, Spira A, Ville Y, et al. Contraception orale et risque vasculaire. Académie nationale de médecine. Rapport Fév 2013 [Internet]. [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: [http://pharmacie.ma/uploads/pdfs/contraception_et_risque_vasculaire_academie\(1\).pdf](http://pharmacie.ma/uploads/pdfs/contraception_et_risque_vasculaire_academie(1).pdf)
52. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
53. Lopez LM, Tolley EE, Grimes DA, Chen M, Stockton LL. Theory-based interventions for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Aug 7;8:CD007249.
54. Ordre National des Pharmaciens. Campagne d'affichage sur la contraception [Internet]. Cespharm. 2011 [cité 15 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Actualites/Archives/Campagne-d-affichage-sur-la-contraception>
55. INPES. Nouvelle campagne grand public : « La contraception qui vous convient existe » [Internet]. Santé Publique France. 2013 [cité 15 janv 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/13/cp130515-contraception.asp>
56. Jones RK, Biddlecom AE. Is the internet filling the sexual health information gap for teens? An exploratory study. *J Health Commun*. 2011 Feb;16(2):112-23.

57. Fil Santé Jeunes en chiffres [Internet]. Fil santé jeunes. 2016 [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.filsantejeunes.com/fil-sante-jeunes-en-chiffres-7038>
58. Planning Familial. « Sexualités, Contraception, IVG », Le Numéro Vert National Fête Ses 2 Ans ! [Internet]. 2017 [cité 2 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/actualites/sexualites-contraception-ivg-le-numero-vert-national-fete-ses-2-ans-0029745>
59. Picod C. Sexualité: leur en parler, c'est prévenir. Nouvelle éd. rev. et corr. Ramonville Saint-Agne: Erès; 1998. 1 p. (Pratiques du champ social).
60. Bravi S. Maman, comment on fait les bébés ? Paris: Loulou & Cie-l'École des loisirs; 2015. 1 p.
61. Les parents et l'éducation sexuelle saine de leurs enfants - Réseau de santé Horizon [Internet]. Réseau de santé Horizon. [cité 15 janv 2018]. Disponible sur: <http://fr.horizonnb.ca/accueil/centre-des-m%C3%A9dias/nouvelles-d%E2%80%99horizon/les-parents-et-l%E2%80%99%C3%A9ducation-sexuelle-saine-de-leurs-enfants.aspx>
62. Verdure F, Rouquette A, Delori M, Aspee F, Fanello S. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Étude réalisée auprès d'adolescents de classes de troisième. Arch Pédiatrie. mars 2010;17(3):219-25.
63. Direction générale de la santé. Contraception, pour une prescription adaptée. Mars 2005 [Internet]. [cité 15 janv 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_contraception.pdf
64. Anaes. Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme : Recommandations pour la pratique clinique. Déc 2004 [Dossier de presse] [Internet]. [cité 15 janv 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf>
65. HAS. Contraception : Prescriptions et conseils aux femmes. Juil 2013 Mis à jour Janv 2015 [Internet]. [cité 15 janv 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf
66. DRESS. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et résultats. Avr 2006(481) [Internet]. [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>
67. Dumont A, Letombe B, Collier F, Robin G. La contraception des adolescentes : aspects pratiques. MT Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie 2013 ; 15 (4) : 342-57
68. Decaen M-A, Benedini E. Les freins des médecins généralistes pour aborder la contraception avec les adolescents. [S.l.]: s.n.; 2013.
69. Halpern V, Lopez LM, Grimes DA, Stockton LL, Gallo MF. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods of contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Oct 26;10:CD004317.
70. Goffette J. Naissance de l'anthropotechnie: de la médecine au modelage de l'humain. Vrin; 2006. 194 p.

71. Goffette J. De l'humain réparé à l'humain augmenté : naissance de l'anthropotechnie. In:E. Kleinpeter. L'Humain augmenté. Paris;2013.pp 85-106.
72. Martin C, Tanguy M, Aspeepele F, Fanello S. Evaluation de la tolérance de l'implant contraceptif selon le contexte de prescription (post-IVG ou non) : étude prospective chez 127 patientes. J de gyn obst et biol de la rep. 2010; 39:632-36
73. Grossman Barr N. Managing adverse effects of hormonal contraceptives. Am Fam Physician. 2010 Dec 15;82(12):1499-506.
74. Egarter C, Ferry Tirri B, Bitzer J, et al. Women's perception and reason for choosing the pill, patch or ring in the CHOICE study : a cross-sectional survey of contraceptive method selection after counseling. BMC Women health. Fév 2013;13:9.
75. Martínez-Astorquiza-Ortiz de Zarate , Díaz-Martín T, Martínez-Astorquiza-Corral T; MIA Study Investigators. Evaluation of factors associated with noncompliance in users of combined hormonal contraceptive methods: a cross-sectional study: results from the MIA study.BMC Womens Health. 2013 Oct 20;13:38.
76. Bajos N, Leridon H, Job-Spira N. Introduction au dossier. Population. 2004;59(3):409-18.
77. IGAS. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. [Rapport RM2009-104A]. Oct 2009
78. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. mai 2011;83(5):397-404.
79. HAS. Efficacité des méthodes contraceptives. [Internet]. [cité 24 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf>
80. Corbett A, Figon S. Le rôle du jeune homme dans la contraception du couple: enquête qualitative par des entretiens semi-dirigés auprès de 14 jeunes hommes de 18-25 ans en région Rhône-Alpes. [Lieu de publication inconnu]: éditeur inconnu; 2016.
81. Soufir J, Mieusset R. La contraception masculine [Internet]. Springer. 2013 [cité 13 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.contraceptionmasculine.fr/>
82. Merkatz RB, Plagianos M, Hoskin E, Cooney M, Hewett PC, Mensch BS. Acceptability of the Nestorone®/ethinyl estradiol contraceptive vaginal ring: development of a model; implications for introduction.Contraception. 2014 Nov;90(5):514-21.
83. Trussell J, Stewart F, Potts M, Guest F, Ellertson C. Should oral contraceptives be available without prescription? Am J Public Health. août 1993;83(8):1094-9.
84. Kavanaugh ML, Frohwirth L, Jerman J, Popkin R, Ethier K. Long-acting reversible contraception for adolescents and young adults: patient and provider perspectives. J Pediatr Adolesc Gynecol. avr 2013;26(2):86-95.
85. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 86 | Legifrance [Internet]. [cité 24 janv 2018]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_86

86. Gosselin C. La contraception chez les femmes en situation de précarité dans l'agglomération nantaise : étude auprès de 93 patientes. [Thèse de Doctorat d'Université, médecine] Nantes : Université de Nantes; 2004.
87. Winckler M. Contraceptions mode d'emploi [Internet]. www.martinwinckler.com. [cité 14 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.martinwinckler.com/spip.php?article16>
88. Christin-Maitre S, Guérin JF, Bouchard P. LA contraception masculine. *médecine/sciences. Avr* 1995;11(4):579-90
89. Winckler M. Contraception masculine, pourquoi pas ? [Internet]. J'ai Lu. 2007 [cité 14 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.cite-sciences.fr/archives/science-actualites/home/webhost.cite-sciences.fr/fr/science-actualites/enquete-as/wl/1248140764638/contraception-masculine/index.html>
90. Soufir JC. La contraception hormonale masculine : une faisabilité immédiate? *mt Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie* 2013 ; 15 (1) : 52-63
91. Bonnefond X, Dardel P. Le remonte-couilles toulousain, slips chauffants et contraception masculine. *Bout d'ficelle*. Oct 2016 (2) [Internet]. [cité 27 déc 2017]. Disponible sur: http://jefklak.org/wordpress/wp-content/uploads/2016/10/Site_RCT_JK.pdf
92. Dimitriadis E, Menkhorst E. New generation contraceptives: interleukin 11 family cytokines as non-steroidal contraceptive targets. *J Reprod Immunol*. 2011 Mar;88(2):233-9.
93. Nelson AL. Transdermal contraception methods: today's patches and new options on the horizon. *Expert Opin Pharmacother*. 2015 Apr;16(6):863-73.
94. Sonalkar S, Schreiber C, Barnhart K, éditeurs . *Contraception*. ed Nov 2014. South Dartmouth (MA): De Groot LJ, Chrousos G, Dungan K, et al;2000-2014.
95. Singh M. Centchroman, a selective estrogen receptor modulator, as a contraceptive and for the management of hormone-related clinical disorders. *Medicinal Research Reviews*. juill 2001;11(4):302-47.

Annexe 1 : Les 6 étapes de la consultation sur le modèle BERCER

Bienvenue

En pratique, en dehors de l'accueil lui-même de la consultante et de la présentation du soignant, la première phase vise essentiellement à favoriser une relation d'équivalence et à rassurer la consultante. Le soignant l'assure de la confidentialité des entretiens et présente le rôle, les objectifs et le déroulement possibles de la ou des consultations.

Entretien

La phase d'entretien se veut interactive. Elle a pour objectif prioritaire le recueil d'information sur la femme, son état de santé, ses besoins propres et ses éventuels problèmes. Elle donne lieu à un «entretien» et à un examen clinique. Au cours de cet entretien, le soignant explore en complément de la clinique le contexte de vie de la consultante, son expérience en matière de contraception, sa vision des choses. Cette phase est propice au développement d'un diagnostic éducatif.

Renseignement

La phase de renseignement vise à la délivrance par le soignant d'une information hiérarchisée et sur mesure, compréhensible et adaptée au rythme et aux connaissances de la consultante. Il est essentiel que le soignant s'assure de la compréhension de l'information qu'il aura fournie. Celle-ci concerne en particulier les méthodes qui intéressent la consultante ou qu'elle préfère (leurs bénéfiques, leurs contre-indications, les risques graves mêmes exceptionnels, leurs intérêts, leurs inconvénients, leurs coûts). Le soignant l'informe des options et alternatives qu'il juge adaptées à sa situation personnelle. Il est possible de fournir un document écrit en complément de l'information orale.

Choix

Le soignant souligne que la décision finale appartient à la consultante seule. Pour l'aider à la décision, son attention et sa réflexion peuvent être attirées sur sa situation de famille, ses préférences et les préférences éventuelles de son partenaire, les bénéfiques et les risques des différentes méthodes, les conséquences de son choix. Le soignant s'assure au final de son plein accord et de l'absence de réticences sur la méthode choisie.

Explication

La phase d'enseignement est orientée sur l'explication de la méthode et de son emploi et vise, s'il y a lieu, à l'établissement d'une prise en routine (par exemple des conseils sur la prise à heure régulière d'une pilule, le soir après un repas). En pratique, elle comprend si possible une démonstration de son usage et peut avantageusement même donner lieu à un apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même. Le soignant renseigne la consultante sur les possibilités de rattrapage en cas de problème et lui indique où et dans quelles conditions elle peut se procurer ces différentes méthodes. Sont enfin abordées les raisons médicales qui peuvent justifier son retour ainsi que la programmation et la planification de la consultation suivante.

Retour

Les consultations de suivi sont l'occasion de réévaluer la méthode et de vérifier que la celle-ci est adaptée à la personne (au besoin de corriger son emploi) et qu'elle en est satisfaite. Ces consultations sont également l'opportunité de compléter la contraception ou éventuellement de changer de méthode si celle choisie se révèle inadaptée (en raison par exemple d'effets indésirables) ou insuffisante (en raison par exemple d'une exposition aux IST). Le cas échéant sont notamment abordés les points qui n'auront pu être évoqués lors de la ou des précédentes consultations. Le soignant s'intéresse également aux questions que se pose la consultante et s'attache à résoudre les problèmes, cliniques ou d'emploi, qu'elle a pu rencontrer dans l'intervalle des 2 consultations. Il prend en compte les modifications de sa trajectoire individuelle et sociale.

L'entretien se termine par la programmation et la planification de la consultation suivante.

Annexe 2, sur support numérique :

- Travail personnel préalable : rappels sur la contraception
- Fiche de participation
- Entretiens

CHAMOT Anais

Déterminants du choix contraceptif chez les utilisatrices de nouveaux moyens de contraception (patch, anneau vaginal, implant) : Une enquête qualitative menée auprès de 14 femmes de la région Rhône-Alpes

Nb. p. 104, Ill. 5, Tab. 5

Th. Méd. : Lyon 2018 ; n°34

RESUME

Introduction : La question de la contraception représente un sujet important de santé publique, et cette pratique ne cesse d'évoluer depuis sa législation en 1967. La question des déterminants du choix contraceptif pour les nouvelles méthodes est posée ici, chez les utilisatrices des méthodes parues dans les années 2000 (implant, patch, anneau vaginal).

Matériel et méthode : Une enquête qualitative a été réalisée à l'aide d'entretiens semi-dirigés, auprès de 14 patientes de la région Rhône-Alpes majeures utilisatrices de moyens contraceptifs sus-cités.

Résultats : Les facteurs influençant le choix de la patiente ont été les suivants : les caractéristiques contraceptives (principalement la recherche d'une contraception idéale, avec un risque d'oubli faible, une efficacité suffisante, et une praticité d'utilisation au quotidien) ; les caractéristiques de la patiente (histoire de vie personnelle, idées reçues et craintes, des hormones notamment, connaissances et autres mécanismes psychologiques), le rôle de l'information (médias et internet souvent sous-estimés ou empreints de représentations négatives ; l'information médicale plaçant le médecin généraliste au centre de la décision partagée).

Conclusion : Le mécanisme complexe du choix contraceptif met en jeu plusieurs facteurs qu'il est intéressant de connaître en tant que soignant, afin d'orienter au mieux la patiente.

MOTS CLES

Contraception ; Choix contraceptif ; Information contraceptive ; Connaissances ; Idées reçues ; Anneau, patch, implant ; Femme en médecine générale ; Hormones

JURY

Président : Monsieur le Professeur Georges Mellier

Membres :

Monsieur le Professeur Jean-Pierre Dubois

Madame le Professeur Marie Flori

Madame le Docteur Joanna Bertrand

Monsieur le Docteur Matthieu Legendre

DATE DE SOUTENANCE

6 Mars 2018

COORDONNEES DE L'AUTEUR

23 passage des alouettes, 69008 Lyon

anais.chamot@etu.univ-lyon1.fr