

**Université de Limoges
Faculté de Médecine**

Année 2019

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le 22 novembre 2019

par

Pauline LACHAMBRE

née le 11 avril 1989, à Montluçon

**Représentations et ressentis des femmes à propos de leur
contraception de nos jours**

Thèse dirigée par le Docteur Nadège LAUCHET

Examineurs de la thèse :

M^{me} le Professeur Nathalie Dumoitier

M^r le Professeur Daniel Buchon

M^r le Professeur Tristan Gauthier

M^{me} le Docteur Nadège Lauchet

Président

Juge

Juge

Juge



**Université de Limoges
Faculté de Médecine**

Année 2019

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le 22 novembre 2019

par

Pauline LACHAMBRE

née le 11 avril 1989, à Montluçon

**Représentations et ressentis des femmes à propos de leur
contraception de nos jours**

Thèse dirigée par le Docteur Nadège LAUCHET

Examineurs de la thèse :

M^{me} le Professeur Nathalie Dumoitier

M^r le Professeur Daniel Buchon

Mr le Professeur Tristan Gauthier

M^{me} le Docteur Nadège Lauchet

Président

Juge

Juge

Juge



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 1^{er} septembre 2017

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L. (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE



DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE



MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE



**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES
MEDICALES**

BRIE Joël

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BARRAUD Olivier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

CHABLE Hélène

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
(Retraite au 31-07-2018)

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

JACQUES Jérémie

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

JESUS Pierre

NUTRITION

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE et
CARDIOVASCULAIRE

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

MURAT Jean-Benjamin

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

QUELVEN-BERTIN Isabelle

BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TCHALLA Achille

GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS



PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel	(Maintenu en fonction jusqu'au 31.08.2019)
DUMOITIER Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique	(du 1 ^{er} septembre 2016 au 12 janvier 2018)
PREVOST Martine	(du 1 ^{er} septembre 2015 au 31 août 2018)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan	(du 1 ^{er} septembre 2016 au 31 août 2019)
LAUCHET Nadège	(du 1 ^{er} septembre 2017 au 31 août 2020)
PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule	(du 1 ^{er} septembre 2015 au 31 août 2018)

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul	du 01.09.2017 au 31.08.2019
ALDIGIER Jean-Claude	du 01.09.2016 au 31.08.2018
BONNAUD François	du 01.09.2017 au 31.08.2019
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel	du 01.09.2017 au 31.08.2019
DENIS François	du 01.09.2017 au 31.08.2019
GAINANT Alain	du 01.09.2017 au 31.08.2019
MERLE Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2019
MOULIES Dominique	du 01.09.2015 au 31.08.2018
VALLAT Jean-Michel	du 01.09.2014 au 31.08.2018
VIROT Patrice	du 01.09.2016 au 31.08.2018



Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} janvier 2018

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BASTIEN Frédéric	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
BAUDRIER Fabien	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
CHARISSOUX Aurélie	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
CHARPENTIER Mathieu	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
FAYE Piere-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAUTHIER François	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
KONG Mélody	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LARRADET Matthieu	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE (Démission à compter du 1 ^{er} janvier 2018)
LEGRAS Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION (Surnombre du 1 ^{er} novembre 2017 au 20 février 2018 inclus)
MARQUET Valentine	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

AZAÏS Julie	MEDECINE INTERNE A
BAUDONNET Romain	OPHTALMOLOGIE
BIDAUT-GARNIER Mélanie	OPHTALMOLOGIE (A compter du 11 mai 2016)
BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
BOUKEFFA Nejma	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BOUSQUET Pauline	PEDIATRIE (A compter du 09 janvier 2017)

CHAMPIGNY Marie-Alexandrine	PEDIATRIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
COLOMBIÉ Stéphanie	MEDECINE INTERNE A (A compter du 02 mai 2017)
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
CROSSE Julien	PEDIATRIE
DANTHU Clément	NEPHROLOGIE
DARNIS Natacha	PEDOPSYCHIATRIE
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE (A compter du 02 mai 2017)
DIDOT Valérian	CARDIOLOGIE
DUSSAULT-JARLAN Lucile	CARDIOLOGIE
EVARD Bruno	REANIMATION
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GORDIENCO Alen	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
GOUDELIN Marine	REANIMATION
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
JASMIN Michèle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (à compter du 1er janvier 2018)
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
LACHATRE Denis	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
LACOSTE Marie	MALADIES INFECTIEUSES
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE



LATHIERE Thomas	OPHTALMOLOGIE
LEHMAN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
LEPETIT Hugo	GASTROENTEROLOGIE
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MARTINS Elie	CARDIOLOGIE
PRUD'HOMME Romain	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
RAMIN Lionel	ORL
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (NRI)
ROUSSELLET Olivier	NEUROLOGIE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SANGLIER Florian	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
TAÏBI Abdelkader	ANATOMIE
USSEGLIO-GROSSO Julie	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et STOMATOLOGIE
VAYSSE VIC Mathieu	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
VITAL Pauline	MEDECINE INTERNE B
VITALE Gaetano	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

DOIN Corinne

RUDELLE Karen

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

BALLOUHEY Quentin
CHIRURGIE INFANTILE
(du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)

CROS Jérôme
ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
(du 1er mai 2014 au 31 octobre 2018)



LERAT Justine

O.R.L. (du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)

MATHIEU Pierre-Alain

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et
TRAUMATOLOGIQUE
(du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)



Rien n'est jamais perdu tant qu'il reste quelque chose à trouver

Pierre Dac



Remerciements

A ma Présidente de Jury, Madame le Professeur Nathalie Dumoitier,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A ma Directrice de thèse, Madame le Docteur Nadège Lauchet,

Vous m'avez soutenue et accompagnée tout au long de ce travail. Merci pour votre gentillesse, votre patience et vos conseils. Cela a été un plaisir de travailler avec vous. Recevez mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Daniel Buchon,

Vous me faites l'honneur de venir siéger dans mon jury de thèse. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

A Monsieur le Professeur Tristan Gauthier,

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

Aux médecins généralistes qui ont accepté que je réalise les entretiens au sein de leur cabinet. Vous avez permis la réalisation de ce travail. Un grand merci.

Aux patientes qui ont accepté de répondre à ces questions qui touchent la sphère de l'intime. Ces moments d'échanges ont été très enrichissants et m'ont permis la réalisation de ce travail.

A Cédric, pour toutes ces années où tu m'as toujours soutenue, du début à la fin... Merci pour ton amour, ta présence, ton écoute et bien sûr ta patience ! Tu m'es si précieux... Et pour ne rien gâcher, tu es un papa formidable. Merci pour tout.

A Lucien et Emile, vous êtes ma plus belle réussite ! Je suis très fière de vous mes amours.

A mes parents, pour vos sacrifices et votre soutien tout au long du chemin parcouru, pour être toujours là dans les moments qui comptent pour moi. C'est grâce à vous si j'en suis là aujourd'hui. Merci pour tout.

A mes grands-parents,

Renée et Jean Baptiste, j'espère que vous êtes fiers de nous, là où vous êtes.

Pépé, à tes larmes de joie le jour du concours, ce moment reste gravé dans ma mémoire. Je te dois d'être ici aujourd'hui, je t'en remercie grandement.

Merci à toi Mémé, pour tout ton amour et tout ce que tu nous a inculqué à nous cinq ! C'est grâce à vous tout cela ...

A mes sœurs, Camille et Estelle, pour tous les bons moments passés à vos côtés. Je vous souhaite beaucoup de bonheur à toutes les deux. Camille, que tu puisses mener une vie heureuse aux côtés de Nicolas. Estelle, que ta vie soit comblée de réussite et de bonheur.

A mes beaux-parents, vous m'avez accueillie, soutenue et choyée comme votre fille. Je vous en remercie. Vous avez une grande place dans mon cœur. Merci à vous et plus particulièrement à Véronique, qui vous êtes grandement impliquée dans la finalisation de ce travail.



A ma famille si chère : Isabelle, Claude, Antoine et Charlotte, Charlotte et Mattieu. Vous avez suivi le parcours d'un œil attentionné, je vous en remercie.

A toi Eve Marie, pour ton soutien sans faille et tous ces moments partagés. J'espère qu'ils seront encore nombreux !

A vous Aurélie, Emilie et Justine, pour tous ces moments passés ensemble.

A vous Romain et Emilie, mes amis de toujours.

Et à tous ceux que j'ai oubliés, j'espère qu'ils ne m'en tiendront pas rigueur...



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction	24
I. Contexte.....	25
I.1. Définition de la contraception.....	25
I.2. Histoire de la contraception et de l'avortement.....	25
I.2.1. Découverte des différents moyens de contraception	25
I.2.1.1 Moyens de contraception utilisés dans le monde antique.....	26
I.2.1.1.1. En Egypte.....	26
I.2.1.1.2. Dans la Grèce antique	26
I.2.1.1.3. La religion chrétienne vis-à-vis de la contraception.....	28
I.2.1.1.4. Le monde hébraïque et la contraception.....	28
I.2.1.2 La contraception au Moyen-Age.....	28
I.2.1.3 La contraception à la Renaissance	29
I.2.1.4 Du XIX ^{ème} siècle à nos jours.....	30
I.2.2. Histoire de la légalisation de la contraception en France	33
I.2.2.1 Au XVIII ^{ème} siècle	33
I.2.2.2 Le courant malthusien.....	33
I.2.2.3 La France mène de son côté une politique d'incitation aux naissances.....	34
I.2.2.4 Le combat pour la légalisation de la contraception commence.....	35
I.2.2.5 La contraception après la légalisation	41
I.2.2.6 Le combat pour la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse (IVG).....	44
I.2.3. Sur le plan religieux	46
I.2.3.1 L'Eglise catholique	46
I.2.3.2 Le culte protestant.....	48
I.2.3.3 Le culte juif.....	48
I.2.3.4 Le culte musulman	49
I.3. La contraception dans le monde	49
I.4. La contraception de nos jours, en France	52
I.4.1. Evolution des comportements sociétaux depuis l'autorisation de la contraception.....	52
I.4.2. Succès atténué de la contraception.....	55
I.4.2.1 Un taux d'IVG qui reste élevé (mais stable)	55
I.4.2.2 Comportement médical vis-à-vis de la contraception	57
I.4.2.3 Difficulté d'observance des moyens contraceptifs	57
I.4.2.4 Effets secondaires et indésirables de la contraception	58
I.4.2.5 Des scandales sanitaires médiatisés	58
I.4.2.6 De nouvelles questions émergent	60
I.4.3. Données chiffrées plus récentes concernant l'utilisation de la contraception	62
I.4.3.1 Etude <i>Fécond</i> 2010.....	63
I.4.3.2 Etats des lieux des pratiques contraceptives de l'HAS en 2013	66
I.4.3.3 Etude <i>Fécond</i> 2013.....	67
I.4.3.4 Enquête du Baromètre Santé 2016	70
I.4.3.5 Rapport de l'ANSM en mars 2017	72
I.4.3.6 Au total.....	72
I.5. Méthodes de contraception	73
I.5.1. Les différents moyens de contraception	73
I.5.1.1 La contraception orale.....	74



I.5.1.1.1. Pilule oestro-progestative (POP)	75
I.5.1.1.2. Pilule progestative	81
I.5.1.2 Le patch contraceptif	82
I.5.1.3 L'anneau vaginal	83
I.5.1.4 L'implant contraceptif	83
I.5.1.5 Contraceptif injectable	84
I.5.1.6 Le dispositif intra-utérin (DIU), communément nommé « stérilet »	84
I.5.1.6.1. DIU au cuivre	86
I.5.1.6.2. DIU à la progestérone	87
I.5.1.7 Les méthodes dites barrières	88
I.5.1.7.1. Barrières physiques : cape cervicale et diaphragme	88
I.5.1.7.2. Préservatif masculin	88
I.5.1.7.3. Préservatif féminin	89
I.5.1.7.4. Barrières chimiques : les spermicides	89
I.5.1.8 Les méthodes dites « naturelles » et « traditionnelles » [7].	90
I.5.1.8.1. La douche vaginale ou lavement vaginal	90
I.5.1.8.2. Le coït interrompu (retrait)	90
I.5.1.8.3. La méthode Ogino-Knauss, ou méthode du calendrier, ou méthode des jours fixes (MJF)	90
I.5.1.8.4. Les méthodes des températures, d'auto-observation et symptothermie	92
I.5.1.8.5. L'aménorrhée lactationnelle du postpartum	93
I.5.1.9 La stérilisation à visée contraceptive	93
I.5.1.9.1. La stérilisation féminine	94
I.5.1.9.2. La stérilisation masculine : la vasectomie	95
I.5.1.10 La contraception d'urgence	95
I.5.1.11 La contraception chez les hommes	97
I.5.2. Quelques outils pour aider à la mise en place d'une contraception	97
II. Matériels et méthode	99
II.1. Objectifs de l'étude	99
II.2. Méthode de recherche bibliographique	99
II.3. Choix de la méthode utilisée	99
II.3.1. Etude qualitative	99
II.3.2. Choix de l'entretien individuel	99
II.3.3. Choix de l'entretien semi-dirigé	100
II.3.4. Nombre d'entretiens	100
II.4. Conception de l'enquête	100
II.4.1. Fiche de présentation	100
II.4.2. Guide d'entretien	100
II.5. Matériels de l'étude	101
II.5.1. Objectif et processus de recrutement	101
II.5.2. Population de l'étude	101
II.6. Réalisation des entretiens	101
II.6.1. Lieu des entretiens	101
II.6.2. Enregistrement des entretiens	102
II.7. Méthodes d'analyse	102
III. Résultats	103
III.1. Description de la population étudiée	103



III.1.1. Age.....	103
III.1.2. Catégorie socio-professionnelle.....	104
III.1.3. Situation familiale	104
III.1.4. Nombre d'enfants	105
III.1.5. Religion, croyance	105
III.1.6. Type de contraception utilisée	105
III.2. Résultats de l'analyse thématique.....	106
III.2.1. Liberté	106
III.2.2. Nécessité, contraintes	108
III.2.2.1 Nécessité contraceptive	108
III.2.2.2 Contrainte quotidienne	109
III.2.2.3 Coût	110
III.2.2.4 Dépendance contraceptive.....	110
III.2.2.5 Contraintes par décisions médicales	111
III.2.2.6 Méthodes naturelles contraignantes.....	112
III.2.3. Peurs, effets secondaires et indésirables	113
III.2.3.1 Peur de l'utilisation du DIU	113
III.2.3.2 Peur des hormones.....	113
III.2.3.3 Peur des effets secondaires et indésirables	114
III.2.3.4 Effets indésirables.....	116
III.2.3.5 Echecs contraceptifs	117
III.2.3.6 Ambivalence de satisfaction	117
III.2.4. Méfiance.....	118
III.2.4.1 Sources d'informations.....	118
III.2.4.2 Choix contraceptif imposé	119
III.2.4.3 Corps médical non à l'écoute	119
III.2.4.4 Impact médiatique.....	120
III.2.4.5 Difficultés d'accès aux sources d'informations	120
III.2.4.6 Méfiance	121
III.2.5. Désir de naturel	121
III.2.5.1 Désir de contraception naturelle.....	121
III.2.5.2 Désir de contraception masculine	123
III.3. Résultats de l'analyse matricielle	124
IV. Discussion	130
IV.1. Validité externe : analyse des résultats.....	130
IV.1.1. Liberté.....	130
IV.1.2. Nécessité, contraintes	130
IV.1.3. Peur, effets secondaires et indésirables.....	136
IV.1.4. Méfiance	138
IV.1.5. Désir de naturel.....	142
IV.2. Validité interne : limites de l'étude.....	144
IV.2.1. Biais inhérents à la méthode qualitative	144
IV.2.2. Biais de sélection des patientes	144
IV.2.3. Biais de déclaration	145
IV.2.4. Biais d'intervention	145
IV.2.5. Biais d'interprétation.....	145
Conclusion	146



Références bibliographiques	147
Annexes	155
Serment d'Hippocrate.....	164



Table des illustrations

Figure 1 : Préservatif en caoutchouc réutilisable.	30
Figure 2 : Affiche éditée en 1978 par le MFPF. Trois visages de femmes vues de profil en cascade, souriantes, représentant trois générations [16].....	36
Figure 3 : Méthodes de contraception les plus utilisées dans quelques pays du monde (pour 100 couples mariés pratiquant la contraception en 2000) [36].....	50
Figure 4 : Prévalence contraceptive par type de méthode par pays, Union Européenne (et autres) [37].	51
Figure 5 : Evolution du nombre des IVG et du ratio d'avortements de 1990 à 2016 [45].....	56
Figure 6 : Risque thromboembolique veineux selon le progestatif (pour des pilules dosées à 30 ou 40 microgrammes d'éthinylestradiol) [50].....	58
Figure 7 : Méthode contraceptive pour 100 femmes âgées de 20 à 44 ans et de 15 à 44 ans [51].	63
Figure 8 : Les méthodes de contraception utilisées en France. Evolution 1978-2010 [70]. ...	64
Figure 9 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes [70].	65
Figure 10 : Evolution des méthodes de contraception utilisées en France entre 2010 et 2013 selon l'âge des femmes [72].	67
Figure 11 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2013 selon l'âge des femmes [72].	68
Figure 12 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge. L'enquête porte sur 4 315 femmes âgées de 15 à 49 ans [1].....	70
Figure 13 : Part de marché (%) des pilules oestroprogestatives [76].	72
Figure 14 : Résumé des méthodes contraceptives utilisées en France métropolitaine, de 1968 à 2013, chez les femmes de 18 à 44 ans ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne cherchant pas à concevoir [35].	72
Figure 15 : Le patch contraceptif.	82
Figure 16 : L'anneau vaginal.	83
Figure 17 : L'implant contraceptif.....	83
Figure 18 : Le DIU au cuivre.....	86
Figure 19 : DIU à la progestérone.....	87
Figure 20 : Le diaphragme.	88
Figure 21 : La cape cervicale.....	88
Figure 22 : Préservatif féminin.....	89
Figure 23 : Méthode Ogino-Knaus.....	91
Figure 24 : Collier de perles, méthode des jours fixes.	91



Figure 25 : Exemple de tableau Billings.....	92
Figure 26 : Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, HAS 2004 [36].....	96
Figure 27 : Première prescription d'une contraception orale.....	98
Figure 28 : Première prescription d'une contraception non orale.....	98
Figure 29 : Répartition de la population étudiée en fonction des tranches d'âge.....	103
Figure 30 : Répartition de la population selon les catégories socio-professionnelles.....	104
Figure 31 : Répartition de la population selon les situations familiales.....	104
Figure 32 : Répartition de la population selon le nombre d'enfants.....	105
Figure 33 : Répartition de la population selon le type de contraception utilisée.....	105
Figure 34 : Provenance des connaissances sur la pilule en fonction de l'âge.....	140



Table des tableaux

Tableau 1 : Efficacité comparative des principales méthodes de contraception [77], [78], [79], [37].	74
Tableau 2 : Les contraceptifs oestro-progestatifs oraux commercialisés en France [80], [81].	77
Tableau 3 : Les contraceptifs progestatifs oraux commercialisés en France [80] [81].	82
Tableau 4 : Nombre de références d'encodages pour les 5 thèmes abordés en fonction de chaque valeur d'attribut.	124
Tableau 5 : Nombre de femmes utilisant les différents types de contraception en fonction de leur classe d'âge.	125
Tableau 6 : Nombre de femmes utilisant les différents types de contraception en fonction de leur catégorie socio-professionnelle.	125
Tableau 7 : Nombre de femmes utilisant les différents types de contraception en fonction de leur situation familiale.	125
Tableau 8 : Nombre de femmes qui ont un désir de contraception masculine et de partage de la préoccupation de la contraception au sein du couple en fonction des différents attributs.	126
Tableau 9 : Nombre de femmes qui désirent d'utiliser des méthodes naturelles en fonction des différents attributs.	127
Tableau 10 : Nombre de patientes qui se disent impactées médiatiquement dans leur choix contraceptif en fonction des différents attributs de valeur.	128
Tableau 11 : Nombre de références d'encodage à propos de la peur des hormones en fonction des différents attributs de valeur.	129



Introduction

La contraception est un enjeu à la fois philosophique, religieux et politique majeur depuis toujours. Elle a constamment été utilisée mais selon les époques et les lieux, elle était alors plus ou moins autorisée. La contraception a longtemps été interdite et elle l'est toujours dans certains pays.

Les religions décrivent les rapports sexuels comme étant des actes relevant du pécher et elles défendent l'idée de respecter « l'ordre naturel » en s'opposant à l'usage de toute contraception artificielle.

Médicalement, le serment d'Hippocrate, rédigé au IV^{ème} siècle av. J.-C., considéré comme le texte fondateur de la déontologie médicale mentionne cette citation : « *Je ne remettrai à personne de poison si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une telle suggestion. Semblablement, je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif* ».

Politiquement, le combat pour obtenir la légalisation de la contraception, telle qu'elle est mise en place de nos jours, a donc été une lutte compliquée. Au XX^{ème} siècle, les mouvements pour la libération sexuelle ont fait évoluer cette perception.

Actuellement, en France, la contraception est largement utilisée : en 2016, seules 8% des femmes déclarent ne pas utiliser de moyen pour éviter une grossesse et 71,8% des femmes qui sont concernées par la contraception utilisent des méthodes de contraception médicalisées [1]. Et souvent en consultation, lorsque nous posons la question aux femmes afin de savoir si elles prennent un traitement, elles omettent de citer leur contraception : cette dernière serait donc devenue banale et parfois même négligeable.

Mais malgré une prévalence contraceptive élevée avec une forte médicalisation, un discours nouveau apparaît dans les médias. Les générations actuelles, ayant toujours connu la contraception comme un acquis, se poseraient aujourd'hui des questions sur les potentiels effets secondaires, sur les enjeux écologiques, sur les risques à l'utiliser au long cours, etc...

Les femmes deviennent-elles méfiantes vis-à-vis de leur contraception ? Ont-elles des craintes à l'utiliser ? Sont-elles aujourd'hui heureuses d'avoir obtenu le droit à la contraception ? Comment vivent-elles le fait de prendre une contraception ? La contraception est-elle toujours une liberté ou est-elle devenue une contrainte ?

Pour répondre à ces questions, nous étudierons dans un premier temps l'Histoire de la contraception, à la fois en termes de découverte des différentes méthodes contraceptives et à la fois sur le plan du combat sociologique, politique et religieux qu'elle représente. Puis, nous vous exposerons notre étude qualitative, réalisée auprès de 18 femmes en Limousin, dont l'objectif était de connaître leurs représentations et leurs ressentis à propos de leur contraception.



I. Contexte

I.1. Définition de la contraception

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la contraception se définit par « *l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter* » [2].

Afin que la contraception soit largement disponible et facilement accessible pour toutes les personnes sexuellement actives, l'OMS propose aussi une définition de la planification familiale qui a pour but de mettre en place des « *méthodes de contraception localement disponibles et culturellement acceptables* ». La planification familiale « *permet aux populations d'atteindre le nombre souhaité d'enfants et de déterminer quel sera l'espacement des naissances. Elle consiste à utiliser des méthodes contraceptives et à traiter l'infécondité. (...) La promotion de la planification familiale (et la garantie de l'accès aux méthodes de contraception de leur choix pour les femmes et pour les couples) est essentielle si l'on veut assurer le bien-être et l'autonomie des femmes tout en soutenant la santé et le développement des communautés* ».

D'autres définitions de la contraception ont été données, notamment dans *La revue du praticien* [3] : « *les méthodes de contraception sont utilisées afin d'empêcher de façon réversible et temporaire la fécondation, et donc la grossesse. Ainsi, une femme peut, par définition, envisager une grossesse dès l'arrêt du contraceptif, et quel que soit le contraceptif* ». Ainsi, dans cette définition-là, les moyens de stérilisation (à but contraceptif), ne sont pas considérés comme des moyens de contraception, car ils ne sont pas réversibles.

I.2. Histoire de la contraception et de l'avortement

Nous aborderons à la fois l'histoire des différents moyens de contraception et à la fois l'histoire de la légalisation de la contraception. Il est difficile d'aborder ces thèmes sans parler de l'avortement, maintenant nommé Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) car comme le rappelle le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) dans les années 2000 : « *le recours excessif à l'interruption volontaire de grossesse met en évidence avec force les insuffisances du maniement et de la mise à disposition de la contraception en France. Une société mieux éclairée dans son mode de contraception subirait dans une moindre mesure la violence de l'interruption de grossesse* » [4].

I.2.1. Découverte des différents moyens de contraception

La contraception ou du moins le désir de contrôler les naissances ne sont pas des éléments qui ont été créés récemment. Effectivement, durant toutes les périodes de l'Histoire, les hommes et les femmes ont inventé des recettes diverses et variées afin d'obtenir une contraception : de la pommade à base d'excréments de crocodile, aux huiles de figue dans le vagin, à l'eau froide pour tuer le sperme... Depuis plusieurs millénaires les hommes se protégeaient le pénis avec des branchages lors des déplacements, avec aussi l'idée d'éviter certaines maladies vénériennes (qui étaient déjà connues) : une statuette égyptienne qui date de plus de 6000 ans montre déjà un homme muni d'un étui au niveau du pénis. Mais la principale technique utilisée pour limiter les grossesses au cours des siècles reste l'abstinence sexuelle. Cette technique serait connue au moins depuis 4000 ans avant J.-C.

Nous allons découvrir dans ce chapitre, quelles sont les méthodes de contraception qui ont été utilisées en fonction des grandes périodes de l'Histoire [5].



I.2.1.1 Moyens de contraception utilisés dans le monde antique

Les connaissances en termes de contraception étaient déjà développées. En effet, depuis l'Antiquité le principe du stérilet (aujourd'hui appelé dispositif intra-utérin (DIU)) était connu : il est raconté que les bédouins glissaient des cailloux dans l'utérus des chamelles pendant les traversées du désert et chez les mésopotamiens (en 1600 avant J.-C.), les femmes utilisaient des pierres ovales ou arrondies qu'elles s'introduisaient dans le vagin, le plus loin possible, le but étant bien évidemment de ne pas concevoir. Différents courants contraceptifs ont été appliqués en fonction des croyances, des régions du monde, de la démographie, etc...

I.2.1.1.1. En Egypte

Dans la société égyptienne, la famille et le couple sont des notions fondamentales. Le rôle principal de la femme est alors réduit au rôle d'épouse et de mère. Il n'empêche que de nombreux papyri médicaux prouvent que la contraception était déjà pratiquée à cette époque, notamment chez les prostituées (pour lesquelles une grossesse aurait été une entrave à leur activité professionnelle), pour les filles non mariées ou encore pour des motifs médicaux. Ces raisons médicales sont à cette époque : les femmes pour qui les accouchements pouvaient représenter un grand danger et les femmes fragiles (cas de problèmes psychiatriques). Certains papyri égyptiens rapportent des écrits de Ramsès, qui pour limiter la surpopulation et les risques de famine, aurait distribué à la population des contraceptifs.

Plusieurs moyens contraceptifs étaient donc utilisés :

- Les premiers préservatifs masculins auraient été confectionnés à cette époque, en Egypte, avec des intestins de petits animaux tels que les chats.
- Dans le papyrus de Kahun (qui est un des plus anciens traités de médecine connus, qui date d'environ 2000 ans av. J.-C.), on retrouve la préparation suivante : « *Des épines d'acacia finement broyées, mélangées à des dattes et du miel et étendues sur un tampon de fibre introduit profondément dans le vagin* ». Plus récemment, la recherche biologique a d'ailleurs montré que les épines d'acacia renferment une sorte de latex qui s'enrichit en acide lactique au fur et à mesure du processus de fermentation et c'est cet acide qui entre dans la composition de certains spermicides modernes.
- Le papyrus d'Ebers (qui est un des traités médicaux de cette époque) décrit plusieurs recettes contraceptives composées d'excréments de crocodile, de natron (roche cristalline), de miel et de gomme arabique (aujourd'hui utilisée comme épaississant alimentaire).
- De plus, sans connaître le rôle des hormones dans la fécondation, les Egyptiens avaient déjà pensé à une contraception orale en proposant aux femmes de prendre des graines de grenades moulues mélangées à de la cire. Nous savons aujourd'hui que la grenade contient des œstrogènes, alors peut-être, avaient-ils découvert ici la première contraception orale hormonale...

I.2.1.1.2. Dans la Grèce antique

Des théories concernant la conception font surface comme celle très amusante de Parménide au IV^{ème} siècle avant J.-C. qui affirme que les hommes comme les femmes produisent de la semence : si la graine provenant du testicule droit est recueillie du côté droit de l'utérus alors



un garçon naît ; si cette graine est recueillie du côté gauche de l'utérus alors c'est une fille. Les autres combinaisons donnent un garçon qui ressemble à sa mère ou une fille à son père.

Les connaissances à propos des cycles menstruels se sont développées durant cette période. Par exemple, on retrouve dans le traité d'un médecin grec, Soranos d'Ephèse, des explications à propos de certaines périodes du cycle menstruel où la fertilité est plus importante [6] : « *De même que toute saison n'est pas propre pour faire pousser les semailles, de même aussi tout mouvement n'est pas favorable à la semence projetée dans l'utérus par les rapprochements sexuels (...). Le meilleur pour la conception est celui de la cessation de l'écoulement menstruel, les femmes sont alors portées vers l'acte vénérien et le désir* ». Ainsi, nous remarquons dans ce traité, que dès cette époque, le désir de la femme est pris en compte dans la conception : « *La conception peut avoir lieu à d'autres moments, quand les femmes le désirent vraiment, car de même qu'il ne peut se faire d'éjaculation chez les hommes sans excitation vénérienne, il ne peut se faire aussi que les femmes conçoivent sans désir* ».

Le contrôle des naissances et la priorité à l'héritier mâle sont des enjeux majeurs de cette société. Effectivement, il s'agit d'une société où la place des hommes est prépondérante, ce qui a eu une grande influence sur le contrôle des naissances. D'ailleurs, les pères qui n'ont eu que des filles ont souvent recours à l'adoption. Pour qu'il y ait suffisamment d'héritiers masculins, sans pour autant obtenir une surpopulation, la cité a trouvé pour solution de reculer l'âge du mariage de la femme et ainsi de limiter le nombre d'années pendant lesquelles elle est fertile. L'importance que les grecs apportent à la contraception est visible dans le fait qu'ils ont même un mot pour la désigner : *atokion* ; alors qu'en latin, on utilise le terme très vague de poison pour désigner tous les contraceptifs : *venerum*. Mais il faut savoir qu'à cette époque-là, la contraception sert avant tout à éviter les grossesses issues d'un riche citoyen et de son esclave.

Les grecs et les romains utilisent principalement des drogues et des amulettes. Cependant, différentes techniques de contraception sont utilisées : pour les hommes, le coït interrompu est la forme la plus simple de contraception mais les rapports anaux sont aussi souvent utilisés. Quant aux femmes, elles ont remarqué que l'allaitement arrêtait l'ovulation donc elles n'hésitent pas à prolonger cette période et elles utilisent aussi le calcul des cycles menstruels pour connaître leur période de fécondité. Au 1^{er} siècle après J.-C., Dioscoride écrit un traité de botanique *De materia medica* où il énumère de nombreuses nouvelles recettes contraceptives : breuvage à base d'écorce d'aubépine, de feuilles de lierre, de saule et de peuplier. Les baies de genièvre permettaient une stérilité temporaire si elles étaient placées sur le pénis ou sur la vulve. Il préconise aussi l'utilisation de suppositoires à la menthe et au miel avant le rapport et un pessaire poivré après le rapport. Aristote, lui, recommande d'utiliser les feuilles de saule comme contraceptif. Pour éviter la fécondation, certains écrits préconisaient aux femmes de sauter plusieurs fois après le rapport sexuel pour faire sortir un produit composé de glaire et de sperme. Le sulfate de cuivre, alors appelé *mysi*, est recommandé dans les récits hippocratiques.

En cas d'échec de ces techniques, ils n'hésitent pas à utiliser l'avortement voire l'infanticide. Concernant l'avortement, chez les grecs, bien que considéré comme cause d'impureté (qui interdit donc l'accès à certains lieux de culte de manière temporaire), il est tout de même réalisé par les femmes, et aucun texte de loi l'interdisant n'a été retrouvé jusque-là. Plusieurs techniques sont utilisées : pessaires contenant des substances irritantes, coïts répétés, fièvres, vomissements, perforation de la poche des eaux, introduction de dilatateurs en bois, plomb ou étain dans le col de l'utérus préalablement ramolli par des fumigations... Chez les



romains, la vision des choses est un peu différente, surtout par peur de dépopulation (du fait des guerres et des épidémies) et différentes lois ont d'ailleurs été ordonnées sous Auguste : la *loi Julia* qui encourage les citoyens au mariage et à la procréation d'enfants pour maintenir la pureté de la race, surtout chez les sénateurs et la *loi Papia Poppaea* qui sanctionne les célibataires et les couples sans enfant.

I.2.1.1.3. La religion chrétienne vis-à-vis de la contraception

L'arrivée de l'ère chrétienne marque un tournant majeur dans la contraception car l'avortement et la contraception sont des synonymes de recherche de plaisir pour l'Eglise. Ainsi, jusqu'au V^{ème} siècle, l'Eglise tout en glorifiant la virginité, à l'image de Marie, est plutôt favorable à l'abstinence sexuelle : elle appelle à faire « *observer la continence* ». Le coït interrompu et la surveillance des cycles menstruels sont condamnés (sachant qu'on considérait alors que les périodes de fertilité étaient celles juste avant et après les menstruations). Pour condamner la sexualité et la contraception, l'Eglise se fonde sur l'anecdote biblique du châtiment d'Onan : « *tous les accouplements sous contraceptifs sont contre nature car ils mésusent les organes prévus pour le coït et gaspillent une semence faite pour la génération* ».

L'Eglise n'approuve donc pas non plus la politique de contrôle des naissances. Les condamnations chrétiennes du contrôle des naissances visent surtout les femmes (on ne parle pas, à cette époque, des pratiques contraceptives que peuvent utiliser les hommes). L'Eglise considère les femmes ayant recours à une quelconque méthode contraceptive, comme poussées par l'avarice et le désir.

Quant à l'avortement, il est associé à l'infanticide et pour Saint Augustin, recourir à cette pratique fait de la femme une prostituée : cette pratique est donc vivement condamnée.

I.2.1.1.4. Le monde hébraïque et la contraception

Différents courants existent dans le monde hébraïque. Souvent, la contraception n'est autorisée que dans certains cas et pour une durée définie. Par exemple, les anciens hébreux qui pratiquent la polygamie, sont parfois autorisés à utiliser des moyens contraceptifs, surtout si la grossesse peut mettre en jeu la vie des femmes. La prévention peut donc être admise mais, par contre, elle est uniquement laissée à l'initiative des femmes. On peut aussi noter que certains groupes, comme les araméennes, sous conseil de leur rabbin, utilisaient le *moukh*, qui est une éponge que l'on place dans le vagin pour empêcher le sperme d'atteindre l'utérus.

Cependant, le contrôle des naissances va à l'encontre de deux des fondements du judaïsme : l'obligation de concevoir et l'interdiction d'onanisme (qui correspond à une éjaculation en dehors du vagin et qui est donc assimilé à du gaspillage de semence).

I.2.1.2 La contraception au Moyen-Age

La contraception devient un choix plus personnel, mais elle reste formellement interdite par la religion. A cette époque, l'Eglise catholique condamne toute relation sexuelle dont le but n'est pas d'être procréatrice ou qui s'accompagne de pratiques contraceptives. Cependant la contraception est tout de même utilisée au Moyen-Age, d'ailleurs la fécondité est modérée à cette époque. La contraception n'est pas la seule explication : les guerres, les épidémies jouent alors un rôle majeur.

Les matrones accoucheuses participent au contrôle des naissances : elles doivent les signaler aux autorités. On les accuse d'utiliser les *maleficium*, qui sont en quelque sorte des moyens



contraceptifs. Les moyens contraceptifs utilisés alors sont très surprenants : boire à telle fontaine, cracher trois fois dans la bouche d'une grenouille, etc... Cependant, les pessaires utilisés sont légèrement améliorés : ils sont fabriqués à base de métaux précieux (des balles d'or ou de cuivre), d'étoffes ou encore de liège.

Le rôle des médecins est d'expertiser les avortements et les infanticides, ils sont chargés du contrôle moral et hygiéniste de la sexualité.

I.2.1.3 La contraception à la Renaissance

La sexualité est, à cette époque, toujours, un vrai tabou. Des procès de femmes appelées « sorcières » ont lieu, afin d'éliminer les femmes qui ont des recettes contraceptives. On retrouve les recettes appliquées au Moyen-Age, plus ou moins étonnantes : enflammer un trognon de chou et l'éteindre dans le sang des règles, se faire une ceinture avec des poils d'oreilles de mulet (animal stérile), ou boire son urine, ou encore réaliser des talismans avec ses oreilles ou ses testicules, etc...

Les préservatifs existent depuis très longtemps, mais on ne sait pas si leur utilisation est vraiment à but contraceptif ou s'il s'agit d'une protection contre les parasites ou les piqûres d'insectes. Il faut attendre le XVI^{ème} siècle, pour qu'apparaissent les premiers préservatifs à but contraceptif. En Asie, ils sont réalisés en papier de soie huilée en Chine et en écaille de tortue ou en cuir au Japon. En Europe, en 1564, l'anatomiste chirurgien Gabriel Fallope, invente un fourreau en lin « à la mesure du gland » qu'il imbibe de décoctions à base de plantes astringentes. Il faut le lubrifier avec de la salive. Il appelle cet outil le « *Condom* » ou la « *Redingote anglaise* » : il a la même forme que le préservatif actuel mais il s'agit pour son créateur d'un remède à utiliser après la relation sexuelle, en tant que mesure de prophylaxie. Au XVII^{ème} siècle, les boyaux d'animaux et notamment ceux des ovidés sont toujours utilisés, avec un ruban coloré pour les maintenir : ils sont alors fabriqués par les bouchers. Shakespeare les appelle le « *gant de Vénus* » en référence à la déesse de l'amour. Louis XIV utilise lui des modèles en soie et en velours mais il en interdit l'utilisation à la population sous peine de prison. Il faut attendre la fin du XVIII^{ème} siècle, pour que les préservatifs commencent à être vendus en France. A Paris, c'est en 1780 qu'ouvre le *Maison du Gros Millan* qui se dit être une : « *Fabrique de préservatifs de toute sécurité (...), bandages, suspensoirs, articles d'hygiène (...), exportation discrète pour la France et l'étranger* » [5]. Il s'agit alors de la population aisée et instruite qui a recours à cette contraception, et principalement dans le cadre de l'adultère.

On expérimente aussi différentes injections intravaginales, on parle alors « *d'étreintes réservées et de manœuvres post-coïtales* ». Madame de Sévigné, en 1661, dans *Lettres à sa fille* parle d'utiliser des « *restringents* » ou « *de faire chambre à part* ».

En 1677, les premiers spermicides voient le jour. Ils ne seront commercialisés en France qu'en 1906.

Jusqu'à la fin du XVII^{ème} siècle, l'infanticide toléré a persisté, bien qu'il soit un crime puni, il est souvent pratiqué sous forme d'accidents.

Au XVII^{ème} siècle, la fécondité diminue ainsi au sein de la bourgeoisie : il ne s'agirait pas seulement des nouvelles techniques de contraception, mais surtout du fait de l'âge des premiers rapports, du veuvage et de la durée des allaitements. Les registres paroissiaux du XVIII^{ème} siècle indiquent eux un contrôle très actif des naissances, qu'ils mettent sur le compte



de la contraception, de la continence et du coït interrompu. Cette limitation des naissances est également causée par l'importante mortalité infantile, les épidémies et les famines.

En 1775, John Hunter pratique la première vasectomie surtout dans le but de protéger des orchites après adénomectomie prostatique (les antibiotiques n'existant pas à cette époque).

I.2.1.4 Du XIX^{ème} siècle à nos jours

C'est en 1803, époque où les guerres et les épidémies sont en net recul, que Thomas Malthus, un prêtre scientifique anglais, publie un des premiers essais sur l'importance du contrôle des naissances pour limiter la misère et la surpopulation mondiale, pour des raisons économiques. Ses trois principaux conseils pour obtenir un contrôle des naissances sont : se marier tardivement, pratiquer la continence conjugale et une absence de relation sexuelle en dehors du mariage. Il donne ainsi naissance au courant appelé « *néomalthusien* », qui va se développer dans les années 1880 dans les pays anglo-saxons. Ce courant a le même objectif mais avec des moyens différents : par exemple, l'utilisation du diaphragme et d'autres moyens contraceptifs de ce type.

En 1830, un gynécologue allemand met au point la cape cervicale. Elle sera fabriquée en France en 1908, avec du métal ou parfois en celluloïd (matière considérée comme la première matière plastique artificielle).

En 1839, les évolutions sur le préservatif continuent : le préservatif en caoutchouc est inventé (avec l'industrialisation du caoutchouc par Charles Goodyear). Il faut le laver après chaque utilisation, le sécher et le talquer. Grâce à cette nouvelle matière, en 1850, on généralise la fabrication des préservatifs masculins. Effectivement, cette nouvelle technologie permet la production en série de préservatifs et ainsi, la population moins aisée peut s'en prémunir. Pour l'utiliser, il est alors conseillé de l'acheter grand car il rétrécit aux lavages, il faut l'insuffler d'air pour s'assurer de sa rigidité et de son intégrité, le conserver à l'abri de la lumière, de la chaleur ou du froid et ne pas le mettre au contact de corps gras. En 1889, avec la révolution française, le préservatif est commercialisé. Le premier, en latex, ne verra le jour qu'en 1930.



Figure 1 : Préservatif en caoutchouc réutilisable.

Source : Histoire de la contraception, de la grossesse subie à la grossesse désirée [5]



En 1882, sont inventés le diaphragme et de nouveaux pessaires. De nos jours, ces derniers servent majoritairement à traiter les descentes d'organes.

Dès le début du XX^{ème} siècle, l'utilisation de la douche vaginale est mise en place avec des poires qui envoient dans le vagin un mélange d'eau et de produits censés détruire les spermatozoïdes après chaque rapport sexuel (du vinaigre, de l'acide citrique, etc...). De plus, le préservatif féminin, en caoutchouc, est créé, il est alors appelé *Le Pratique*. Ce n'est qu'en 1992, que le préservatif féminin en latex est commercialisé en France.

Différentes anecdotes existent, mais c'est en 1928, qu'est créé le premier stérilet, appelé *anneau de Gräfenberg*, par Ernst Gräfenberg. C'est un dispositif intra-utérin, qui a été internationalement reconnu comme moyen contraceptif, deux ans après sa mort, en 1959. Il s'agit alors d'un anneau en argent. Il faut attendre 1964, pour que Pierre Simon (gynécologue qui a lutté pour la légalisation de la contraception), revienne de Singapour où s'est tenue la réunion mondiale des spécialistes de la contraception. Malgré les risques qu'il encourt à cette époque, il présente aux médecins un objet en forme de spirale mis au point par un médecin américain, le Dr Margulies : *l'intra uterine contraceptive device*, que le Dr Pierre Simon rebaptise « *le stérilet* » et qu'il décrit alors comme « *une sorte de crosse d'évêque* ». Le cuivre ne sera ajouté à ce dispositif qu'en 1969 et c'est en 2004, qu'il devient possible de poser des DIU au cuivre chez les nullipares. En France, c'est en 2002 qu'est commercialisé le système intra-utérin hormonal (Mirena®).

Dans les années 1930, le Dr Kiasuku Ogino met au point la méthode Ogino qui consiste à calculer la période de fécondité et qui préconise l'abstinence sexuelle pendant ces périodes, c'est-à-dire entre le 12^{ème} et le 16^{ème} jour du cycle. Au même moment, est mise au point par Hermann Knauss, une méthode équivalente qui repère le moment de l'ovulation. Ainsi, est diffusée la « *méthode du calendrier Ogino-Knauss* ». Dans ces années 1930-1940, est aussi découverte la technique de la température qui permet à la femme de mieux connaître son cycle menstruel, son fonctionnement hormonal et ainsi d'identifier le moment de l'ovulation dans le but de favoriser ou non une grossesse.

Concernant l'histoire de la découverte de la pilule, c'est en 1930, qu'une première pilule aurait été inventée en Hongrie (Infecundin®), mais elle n'a jamais été commercialisée. En 1937, les chercheurs découvrent la progestérone et son utilité : bloquer l'ovulation.

C'est en 1951, que le Dr Grégory Pincus ouvre un des premiers centres de recherche sur les hormones sexuelles. Il est aujourd'hui considéré comme l'inventeur de la pilule. Grégory Pincus est issu d'une famille d'immigrés et l'aîné d'une fratrie de six enfants. Il devient un endocrinologue américain très controversé principalement pour avoir réalisé, en 1934, la première fécondation in vitro de lapines, en faisant naître des lapins sans l'intervention d'un mâle mais en refroidissant des œufs de la femelle vierge avant de les replacer dans l'utérus maternel. Il publie, en 1936, un livre sur le système reproducteur des mammifères, qui a un retentissement mondial, mais ses idées de manipulations du vivant effraient. Les journaux le qualifient de « *déviant qui souhaite créer un monde où les femmes domineraient* » [7]. Au cours de ses recherches autour de la pilule, il est soutenu moralement et aidé financièrement dans cette aventure par deux femmes : Margaret Sanger et Katharine Dexter Mac Cormik.

Margaret Sanger, issue d'une famille nombreuse de 11 enfants, est une orpheline qui deviendra infirmière dans une maternité, auprès des migrants massés dans les ghettos new-yorkais où elle assistera aux ravages de la prohibition contraceptive. Ces deux événements de vie feront d'elle une des plus grandes féministes du XX^{ème} siècle qui luttera pour la mise en



place de la pilule. Mais, devant ses idées trop révolutionnaires pour l'époque, elle est mise en accusation aux Etats-Unis, avec pour principal motif, d'avoir donné des informations sur la contraception. Elle s'enfuit en Europe pour échapper à l'emprisonnement. C'est là qu'elle rencontre le vice-président de la société eugéniste et elle profite de son voyage pour se former à l'utilisation des diaphragmes et des préservatifs. Quand elle revient aux Etats-Unis en 1915, sa condamnation est annulée car il est alors devenu possible de faire la promotion des contraceptifs ; elle ramène avec elle des idées eugénistes et elle popularise le terme de « *contrôle des naissances* ». En 1916, elle ouvre le premier centre de contrôle des naissances. Elle va continuer son combat pour la révision des lois américaines : entre 1918 et 1936, 46 Etats sur 48 abrogeront leurs lois prohibitives de contraception. Margaret Sanger récupère de nombreux dons pour aider à la recherche du Dr Pincus. De plus, la veuve multimillionnaire, Katharine McCormick adhère au projet en finançant une bonne partie des recherches. Le Planning Familial américain contribuera aussi, mais de manière plus modeste.

Pour aider à la recherche sur la pilule, une autre motivation émerge aux Etats-Unis : la volonté de barrer la route au communisme, en pleine période de guerre froide. C'est aussi en 1960 que la contraception est devenue un vrai sujet de politique internationale, lorsque les émeutes raciales se sont multipliées, afin d'encourager les classes noires et hispaniques à diminuer leur fertilité.

Revenons en 1951, année où le Dr Pincus ouvre son premier laboratoire. Il est alors illégal de faire des recherches sur la contraception. Il va tester ses produits sur des patientes d'un l'asile en premier lieu, puis faire d'autres essais humains sur la pilule contraceptive à Porto Rico dans un faubourg pauvre, sur une population de femmes « *désignées comme volontaires* » [8]. Les résultats sont positifs, mais les effets secondaires de la pilule sont peu mis en évidence. Ainsi, Ellen Grant, une chercheuse britannique qui a travaillé au développement de la pilule en Angleterre, écrit qu'il existait alors une grande misogynie de la part des scientifiques avec « *une tendance à minimiser les multiples plaintes des femmes, réputées exagérées* » [7]. Ainsi, la pilule nommée Enovid® est, pour la première fois, mise sur le marché aux Etats-Unis le 10 juin 1957, d'abord en tant que régulateur des menstruations. Elle est composée d'un progestatif (le noréthynodrel) et d'un œstrogène (le mestranol). C'est en 1960 que cette pilule sera prescrite en tant que contraceptif oral aux Etats-Unis, avec une restriction : le traitement ne doit pas durer plus de deux ans. La pilule Enovid® est introduite pour la première fois en France en 1960 et sera suivie en 1964 de l'Anovlar® qui est alors prescrite pour régulariser les règles (les vertus contraceptives ne sont alors pas mentionnées). Les doses d'hormones présentes dans cette pilule seront par la suite réduites et les laboratoires se verront obligés de faire figurer sur les boîtes, la liste des effets secondaires.

La promulgation des premiers décrets d'application autorisant la pilule en France, n'a lieu qu'en 1972. La première pilule qui obtient une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) est Stédiril® (elle est déjà utilisée par près de 600 000 femmes en 1969 [9]). La progression de la pilule va alors être particulièrement fulgurante de 1970 à 1976 [10]. Aussi, durant les années 1970, années qui correspondent à l'âge d'or de la pilule en France, la pilule étant alors considérée comme un emblème sociétal, des réflexions de plusieurs groupes d'hommes sur leur participation à la contraception ont lieu. Ils expérimentent différentes techniques contraceptives comme le slip chauffant et quelques produits hormonaux. En mars 1978, est même créée l'Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine.



En 1973, une première demande d'autorisation de commercialisation du Dépo-Provera®, progestérone injectable à longue durée d'action, est réalisée pour être utilisé en tant que contraceptif aux Etats-Unis. Il sera introduit en France en 1980.

Dans le début des années 1980, le virus du SIDA contribue à orienter les stratégies contraceptives vers l'utilisation du préservatif, ce qui complexifie la situation car il faut expliquer aux patients l'intérêt d'une double protection : contraceptive contre la grossesse et prophylactique contre les IST (Infection Sexuellement Transmissible). Ainsi, durant cette période, on note une diminution de recours aux différents types de contraception avec une augmentation de l'utilisation du préservatif.

Dans les années 1990, la pilule de 3^{ème} génération est commercialisée en France.

En 1993, est mis sur le marché aux Etats-Unis un bâtonnet de silicone implanté sous la peau. En France ce premier implant cutané (Implanon®) est commercialisé en 2001.

En 1999, en France, est mis en place la contraception d'urgence (Norlevo®) qui peut être délivrée sans prescription médicale.

Les années 2000 ouvrent une nouvelle page dans l'histoire de la contraception en France. Pour la première fois, le recours à la pilule diminue : seulement 36% des femmes l'utilisent en 2016, mais elle reste la méthode la plus utilisée [11].

En 2001, les stérilisations féminine et masculine sont reconnues comme un mode de contraception définitif et elles peuvent être réalisées dans un cadre législatif bien précis.

En mars 2004, sont commercialisées deux nouvelles formes de contraception hormonale : le patch et l'anneau vaginal.

I.2.2. Histoire de la légalisation de la contraception en France

Nous venons de découvrir l'historique des différentes méthodes de contraception utilisées au fil du temps, mais il faut savoir que la lutte pour la légalisation de la contraception est davantage une lutte sociale qu'une lutte thérapeutique.

I.2.2.1 Au XVIII^{ème} siècle

En France, dès le XVIII^{ème} siècle, autour de la période de la Révolution Française, nous retrouvons une baisse marquée de la fécondité alors qu'à cette époque, il existe un niveau relativement élevé de fertilité. Le faible taux de natalité [9] qui en résulte, est la preuve qu'un début de contrôle des naissances a lieu. Il s'agit là, d'une particularité bien française, car cette volonté de réduire la taille des familles a lieu, cent ans avant qu'elle n'ait lieu dans les autres pays d'Europe. Ainsi, la France est un des premiers pays au monde où la population a entamé sa transition démographique dans les années 1750. Une des principales explications retrouvées est, avec la Révolution, la suppression du droit d'aînesse entraînant la crainte du partage des propriétés. Cependant, les politiques françaises mises en place seront toujours opposées à la contraception.

I.2.2.2 Le courant malthusien

Dès la fin du XIX^{ème} siècle, dans les pays anglo-saxons, les politiques de contrôle des naissances deviennent plus populaires, notamment suite à la publication de Thomas Malthus en 1803. En effet, il s'agit d'un des premiers essais qui ait été publié sur l'importance du contrôle des naissances pour limiter la misère et la surpopulation mondiale. L'essor de ces



nouvelles politiques est dû à plusieurs éléments : une crainte de l'explosion des naissances dans les populations des pays colonisés, la popularité des thèses eugénistes, le progrès de la laïcité et du féminisme, etc... Ce courant a ensuite dépassé les frontières anglaises et en France, il a été revendiqué par Paul Robin puis par Nelly Roussel (une militante féministe). Paul Robin est un anarchiste, qui est à l'origine, en 1889, de l'ouverture à Paris d'un des premiers centres de consultations et de vente de produits dits *anticonceptionnels*. En 1906, sont ainsi commercialisés les spermicides, qui sous la Troisième République (qui mène une politique nataliste) seront « *vendus sous le manteau* ».

En 1898, dans *La Sexualité dans l'étiologie des névroses*, Sigmund Freud explique l'importance d'une dissociation nécessaire entre l'acte sexuel et l'acte de procréation. D'autres écrits concernant la contraception sont publiés durant cette même époque : en 1908, Eugène Humbert publie un article sur la question de la naissance d'un enfant en termes de choix, il enseigne les découvertes scientifiques concernant la contraception et en 1909, le premier guide de la contraception est publié : *Moyens pour éviter la grossesse*.

I.2.2.3 La France mène de son côté une politique d'incitation aux naissances

En France, ce courant de pensée malthusien, n'est pas celui qui est privilégié. En 1810, l'avortement est d'ailleurs inscrit au code pénal napoléonien comme un crime : la femme qui en est coupable, tout comme la personne qui l'a aidée sont passibles de 5 ans de prison. La France s'inscrit donc dans une politique d'incitation aux naissances. Démographiquement parlant, durant cette période (fin du XIX^{ème} siècle), la population a augmenté en raison de l'augmentation de la durée de vie. Mais le renouvellement des populations reste faible, avec un taux de natalité en 1911 qui est le plus faible d'Europe [8]. Ainsi, au début du XX^{ème} siècle, la France ayant une population moindre que l'Allemagne, choisit de maintenir sa politique nataliste et des lois, ayant pour objectif d'inciter les parents à concevoir sont créées : le congé maternité est institué, puis une indemnisation de la perte de salaire est mise en place, etc...

Dans les années 1920, les associations féministes luttent aussi pour le droit de vote, ce qui favorise indirectement la politique nataliste car le droit à la contraception est mis de côté. De plus, suite à la Première Guerre Mondiale qui a entraîné une chute démographique très importante, est adoptée, le 31 juillet 1920, la loi dite *de 1920* qui réprime « *la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle* » [12] avec des peines de prison pouvant aller de 6 mois à 3 ans et des amendes. Il faut repeupler la France. Cette loi représente un recul énorme dans l'histoire de la contraception : jusque-là, le code pénal napoléonien interdisait l'avortement mais ne comportait aucune mention relative à la contraception. Dans cette loi dite de 1920, les articles 1 et 2 punissent la provocation à l'avortement même non suivie d'effets et les articles 3 et 4 prévoient des pénalités contre « *quiconque aura écrit, ou divulgué, ou offert de révéler des procédés propres à prévenir la grossesse, ou encore facilité l'usage des procédés et quiconque par des écrits ou discours se sera livré à une propagande anticonceptionnelle ou contraire à la natalité* » [13]. Cette loi passe sous silence : aucune réaction de la presse ou de l'opinion à l'époque. Elle entraîne pourtant l'arrêt de la vente dans les pharmacies de moyens contraceptifs tel que le diaphragme et l'arrestation de quelques néo-malthusiens afin d'interrompre « leur travail de propagande ».

Cette politique sera poursuivie tout au long de la Troisième République, mais les retombées immédiates de cette loi seront un accroissement des avortements clandestins. C'est pourquoi, en 1923, le code pénal fait de l'avortement un délit afin de pouvoir poursuivre devant la Cour



d'Assise toutes les personnes se faisant avorter mais aussi les avorteurs : « *Les jurys populaires étaient trop indulgents, jugeait la majorité nataliste, il était temps d'envoyer les inculpés devant des magistrats professionnels* » [13]. En 1937 est créée une brigade policière dite « anti-avorteuse ». En 1939, face aux menaces d'un conflit imminent avec l'Allemagne, le code de la famille accroît la répression de l'avortement et une prime à la naissance est créée. La répression est accentuée sous le régime de Vichy, avec le général Pétain qui érige comme seules vertus possibles en France : le travail, la famille et la patrie. Il renforce ainsi, par des mesures autoritaires et répressives, son opposition à la contraception, à l'avortement et au travail des femmes. En 1942, l'avortement est même considéré comme « un crime envers l'Etat français » et la peine de mort est encourue : plusieurs avorteurs sont guillotins.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, de l'autre côté de l'Atlantique, les choses évoluent différemment : à New York, en 1923, s'ouvre avec Margaret Sanger, le premier centre de Planning Familial.

1.2.2.4 Le combat pour la légalisation de la contraception commence

Malgré ces réglementations, certaines mesures vont voir le jour en France. Comme le précise Bibia Pavard (historienne spécialisée du féminisme) [14], la loi de 1920 est ambiguë car elle n'interdit pas en tant que telle la contraception mais elle interdit la vente et la circulation de contraceptifs.

Ainsi, en 1935, s'ouvre la première consultation du contrôle des naissances, à Suresnes avec le Docteur Jean Dalsace : il informe les femmes au sujet de la contraception et leur propose des diaphragmes et des spermicides (venus clandestinement d'Angleterre). Ces actions sont rares, et après la guerre, personne n'ose ouvertement promouvoir l'usage des moyens contraceptifs.

Mais malgré la persistance de l'interdiction de la contraception, dès les années 1950, les couples ont en moyenne 2 enfants [15]. Ainsi, la contraception est déjà pratiquée mais avec des techniques peu efficaces comme le coït interrompu, ce qui amène aux drames des avortements clandestins. C'est d'ailleurs cet argument qui est utilisé par l'une des ferventes meneuses de ce combat pour la légalisation de la contraception, le Dr Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé. En 1953, elle publie un article dans *La semaine des hôpitaux* où elle explique que tous les médecins savent que la contraception est largement pratiquée dans toutes les familles, quelles que soient leur classe sociale ou leur appartenance religieuse. Le problème principal étant que les femmes riches utilisent des anticonceptionnels efficaces parce qu'elles en ont les moyens, alors que la plus grande partie de la population se contente de moyens mineurs de contraception (méthode Ogino, etc...). Elle explique aussi que la loi de 1920 sous-estime la conscience professionnelle du médecin et elle demande de lui restituer la liberté de ses décisions afin de lutter contre « *l'avortement criminel* » et ainsi de diminuer « *les risques de stérilité secondaire* » pour permettre « *un plus grand nombre de grossesses ultérieures* » [13].

En juillet 1955, pour appuyer son discours, elle utilisera l'histoire d'un jeune couple (les époux Bac) condamné à 7 ans de prison pour privation de soins à un enfant, ayant entraîné la mort sans intention de la donner. La mère âgée de 23 ans, infirme d'une main, enceinte du cinquième enfant, épuisée par toutes ses grossesses et dépressive, avait laissé son quatrième enfant mourir de faim. Elle mit donc au monde son cinquième enfant en prison alors que l'expert médical avait conclu à l'irresponsabilité. Cette affaire fait scandale et médiatisée, elle touche l'opinion publique.



En 1955, l'avortement thérapeutique est autorisé.

Le Dr Weill-Hallé rencontre Evelyne Sullerot (sociologue, mère d'une famille nombreuse) et elles fondent, en 1956, le mouvement appelé la « Maternité Heureuse » qui deviendra en 1960 le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) correspondant aujourd'hui au Planning Familial. C'est un mouvement qui milite pour la libéralisation de la contraception, qui a pour objectif de permettre aux couples d'avoir des enfants seulement s'ils le désirent grâce à la contraception et qui lutte pour l'abolition de la loi de 1920. Le Planning Familial est donc apparu en France comme un mouvement révolutionnaire qui revendiquait une maternité libre et voulue, qui défiait les lois en vigueur en faisant le choix de diffuser à la fois des informations et des moyens de contraceptions. Ce mouvement est un tel succès que l'on passe de 5 000 adhérents en 1961 à 95 000 en 1966 [15].



Figure 2 : Affiche éditée en 1978 par le MFPF. Trois visages de femmes vues de profil en cascade, souriantes, représentant trois générations [16].

Cependant, le succès n'est pas complet : le Dr Weill-Hallé reçoit un blâme de l'ordre des médecins. Les mœurs ne sont pas encore ouvertes sur la sexualité et toutes les sortes de contraception. Le Dr Weill-Hallé, elle-même qui est pourtant la fondatrice du Planning Familial en France, déclare en 1960 : « *Il est à craindre que si les pilules étaient diffusées librement en France, les femmes les emploieraient de façon tout à fait anarchique, ce qui pourrait aboutir à une baisse de la fécondité que je ne souhaite pas plus que vous. Cette pilule magique et auréolée de mystère n'offre, au fond, qu'une solution de facilité ; je suis partisane, au contraire, de centres où seraient enseignés les moyens de contraception habituels qui nécessitent un effort et développent le sens des responsabilités des couples* » [13]. Ainsi, la lutte qu'elle mène est avant tout pour la mise en place du diaphragme et elle choisit de militer pas seulement pour la contraception mais surtout pour les drames que son absence suscite.



A cette époque, les pouvoirs économiques et politiques étant aux mains des hommes, les femmes fondatrices de ce mouvement choisissent de faire appel à Henri Fabre, gynécologue de Grenoble, ancien résistant, qui assiste à cette époque, aux grossesses non désirées des femmes et aux complications de leurs avortements. Il dit de l'avortement : « *C'est une véritable plaie que nous traînons après nous. (...) Tous les gynécologues, les médecins connaissent les septicémies, les perforations, les tétanos... toutes cette quincaillerie de malheurs que l'on voit dans les utérus* » [17]. Henri Fabre rassemble donc les militants, pour libéraliser la contraception, il prescrit des contraceptions en dehors du cadre législatif, convaincu que son combat est juste. En juin 1961, en trouvant une faille à la loi de 1920, à titre privé, s'ouvre le premier Planning Familial à Grenoble, dans la quasi-clandestinité : on y distribue des diaphragmes et des crèmes spermicides que l'on va chercher en Grande Bretagne. Des patientes de toute la France viennent dans ce centre pour consulter.

Un second centre ouvre ses portes en octobre 1961, à Paris, avec l'aide de Dr Pierre Simon, gynécologue parisien, aussi ancien résistant, qui a lutté contre le principe religieux « *Tu enfanteras dans la douleur* » et qui a ainsi mis en place, en France, l'accouchement sans douleur. Il souhaite ainsi lutter contre d'autres principes religieux avec pour but que « *la femme ne souffre plus moralement d'avoir une sexualité* » et contre « *les jugements archaïques des hommes* » [17].

Parmi les médecins, les psychiatres ont aussi été dans les premiers à soutenir ce combat de la contraception, en prenant en charge des patientes plus ou moins affectées par des grossesses non désirées. Dès 1958, le Dr Duchêne, psychiatre, déclarait : « *La législation française nous paraît insoutenable, aussi bien au point de vue moral et démographique qu'au point de vue médical* » ; ou encore le Dr Berger, psychiatre très attaché aux problèmes de l'enfance expliquait : « *Il est aussi important de permettre aux enfants souhaités de naître que de permettre aux enfants non souhaités de ne pas naître. La loi, suscitant des pratiques dangereuses dans une population ignorante des mesures efficaces et inoffensives en usage dans les deux tiers du monde, aboutit à un péril social* » [13] [15].

Mais de son côté, l'ordre des médecins s'alarme et communique alors en 1962 : « *Le médecin n'a aucun rôle à jouer, ni aucune responsabilité à assumer dans l'application des moyens anticonceptionnels, dans les conseils au public, dans les démonstrations relatives à l'emploi de ces moyens* ». Ainsi l'ordre des médecins exprime son refus d'assumer la prescription des produits contraceptifs. Ces déclarations retranscrites par la presse ne sont pas populaires auprès des femmes. Il faut attendre quatre ans pour que l'ordre des médecins revienne sur ses déclarations et pour qu'il explique en 1966 : « *tolérer, avec diverses restrictions, l'indication de méthodes contraceptives lorsqu'une grossesse est contre-indiquée* » [13]. Il faut dire qu'à cette époque, les connaissances scientifiques et médicales d'une majorité des praticiens sur la contraception sont très limitées : aucune formation n'est donnée pendant le cursus médical, ni en post-universitaire. Et d'autres questions sont soulevées par les médecins :

- Le problème du respect du secret professionnel : le mari étant considéré comme une tierce personne et certains médecins demandant l'autorisation écrite du mari pour la prescription de contraceptif, le secret médical est rompu.
- Concernant les mineures, le consentement écrit du représentant légal ne paraît pas suffisant aux yeux des médecins pour les dégager de leur responsabilité morale et le problème du secret médical est encore soulevé.



- L'innocuité des contraceptifs (notamment sur les risques cardio-vasculaires) n'étant pas absolue, alors qu'il s'agit de la prise d'un traitement chez une femme en bonne santé, les médecins s'inquiètent de l'engagement de leur responsabilité dans cette prescription.

C'est pourquoi beaucoup de médecins demandent alors le droit de réaliser plutôt des certificats de non-contre-indication plutôt que des ordonnances de prescription.

Les centres de Planning Familiaux se multiplient en France mais malgré tout, la contraception reste interdite et l'opposition au Planning reste très forte notamment dans le milieu agricole rural : beaucoup refusent la contraception car ils ne croient pas à l'efficacité des contraceptifs. Quant au monde ouvrier, souvent les hommes plaisantent entre eux et les femmes n'osent pas aborder le sujet et ne savent pas où s'adresser. Concernant les milieux favorisés : les traditions familiales persistent même si la presse et la télévision ont tout de même fait avancer les mentalités dans ces milieux. Les contraceptifs étant interdits, on continue à faire venir les produits d'Angleterre. Les colis qui arrivent par La Poste, contenant des contraceptifs, sont bloqués au niveau des douanes et saisis.

Devant les difficultés d'approvisionnement, Pierre Simon et Henri Fabre décident de faire appel à Jean Coméro pour fabriquer des produits. Ainsi, ce dernier crée à Grenoble Alpagel® qui est un gel spermicide, que l'on dénomme aussi pour être plus discret « *la crème des chartreux* ». Mr Coméro est inculpé plusieurs fois pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie avec des amendes sévères à régler, ce qu'il ne fera jamais. Il dira plus tard « *qu'il y avait de la part des autorités une certaine bienveillance* » [17]. De leur côté, le Dr Weill-Hallé et son équipe du MFPF essaient de fabriquer eux-mêmes les diaphragmes qu'ils n'arrivent plus à se fournir. La formule du latex à utiliser est fournie par le Planning Hollandais mais c'est un échec car trop compliqué à créer : il faut fabriquer à la main des diaphragmes de tailles différentes selon les mesures de chaque femme.

L'opinion publique commence à changer et donc le pouvoir commence à fermer les yeux. Au début des années 1960, le journaliste communiste, Jacques Derogy, qui travaille à *Libération* se voit confier une vaste enquête sur le contrôle des naissances et il travaille alors sur la réalité de l'avortement en France. Derogy publie ensuite son enquête dans un livre *Des enfants malgré nous*. Il l'envoie à Maurice Thorez, secrétaire général du parti communiste, mais sa réaction n'est pas celle attendue : Maurice Thorez lui répond que les femmes des classes populaires aimeraient avoir autant d'enfants qu'elles le souhaitent. Il explique qu'il s'agit d'un problème de classe, que la sexualité est un problème de la bourgeoisie, qu'il s'agit surtout d'un vice et que la femme doit garder son rôle de mère. L'épouse de Mr Thorez, Jeannette Vermeersch, dénonce la contraception comme « *un luxe de privilégiés* ». Thorez, lui, affirme l'opposition du parti communiste au « *néo-malthusianisme* ». De plus, le Parti Communiste voit dans la contraception une manière d'affaiblir numériquement « *l'armée des prolétaires* ».

Les médias ont, à ce moment-là, un rôle majeur sur les questions de l'avortement et donc de la contraception. *France Observateur* (l'ancêtre du *Nouvel Observateur*), publie à son tour *600 000 avortements valent-ils mieux que le contrôle des naissances ?*, avec des lettres portant le témoignage d'expériences vécues, confrontant les avis sur la question ; *France-Dimanche* publie *Faut-il permettre aux femmes de n'avoir que les enfants qu'elles veulent ?* ; *Marie-Claire* présente le point de vue de l'Eglise tout en publiant des lettres de lectrices accablées de grossesses non désirées. Mme Anne-Marie Dourlen-Rollier (avocate, membre du conseil d'administration du mouvement de la Maternité Heureuse) écrit dans *La vérité sur l'avortement* : « *L'avortement fait plus de victimes que les accidents de la circulation, la grippe*



et ses complications, au moins autant que l'alcoolisme et la cirrhose du foie, que la tuberculose » [13]. Ces articles aident à lever un tabou et les femmes acceptent de parler. De plus, les français commencent à douter de la nécessité d'une politique nataliste. En 1964, la situation de l'emploi commence à être précaire et le peuple craint qu'une augmentation de la natalité n'entraîne un surpeuplement et du chômage. Pour la première fois, la dimension idéale du nombre d'enfants dans une famille diminue et différentes enquêtes montrent que 40% des femmes regrettent leur grossesse et qu'elles l'auraient évitée si elles avaient pu utiliser un contraceptif plus sûr.

En 1965, lors de l'élection qui oppose le Général de Gaulle à François Mitterrand, ce dernier va choisir de prôner la contraception. C'est la première fois que la contraception devient un thème de campagne. Il la place au cœur de son discours de Nevers : « *Le droit de ne pas avoir d'enfants, vous devez l'avoir* ». Il dira par la suite : « *Il faut que les femmes soient maîtresses de leur foyer, qu'elles puissent décider en toute conscience avec leur mari de ce qui convient et de ce qui ne convient pas (...). Il faudra abroger les articles de 1920 qui les frappent et décider que notre société fera place sur le plan de l'épanouissement moral aux femmes autant qu'aux hommes* » [17].

La jeunesse française souhaite un changement de société. Ceci est bien illustré par une chanson à succès de l'époque, d'Antoine, *Les Elucubrations* où il chante : « *J'ai reçu une lettre de la présidence me demandant, Antoine, vous avez du bon sens, comment faire pour enrichir le pays ? Mettez la pilule en vente dans les Monoprix* ».

Lucien Neuwirth, surnommé « *lulu la pilule* », homme de confession catholique, est le fondateur d'une loi majeure dans l'histoire de la légalisation de la contraception. C'est à Londres, à l'âge de 17 ans, alors qu'il vient de rejoindre les résistants gaullistes au début de la Deuxième Guerre Mondiale, qu'il découvre que les Anglaises utilisent la contraception naturellement, notamment la *gynomine*, cachet effervescent présentant une action spermicide. Il découvre aussi que la pilule est en vente libre dans les parfumeries de Londres. A la fin de la Guerre, il s'engage dans le gouvernement du Général de Gaulle. En 1947, alors qu'il est adjoint au maire de Saint Etienne, deux événements vont inspirer son combat : il se rend compte que de nombreux logements de sa ville sont beaucoup trop exigus pour les familles nombreuses et une jeune fille de son équipe, issue d'une famille aisée, se suicide juste après avoir annoncé sa grossesse à ses parents qui lui ont demandé de quitter le domicile. C'est de là que commence son combat contre la loi de 1920 : « *Il faut changer la loi et autoriser la contraception* » [17].

C'est en 1965 que le Dr Pierre Simon devient le conseiller de Lucien Neuwirth dans le domaine de la contraception. Le combat de Lucien Neuwirth va plus loin en expliquant l'importance de l'information et de la formation des médecins. Ainsi, il dira en novembre 1966 [14] : « *On parle beaucoup de contraception mais il faut regarder l'origine : c'est la procréation. On a fait une espèce de silence sur tout ce qui entoure les conditions de la vie, qui faisait que pendant 46 ans, dans nos facultés de médecine on n'a surtout pas parlé de la contraception, on a évité de parler de ces problèmes de la vie même, de la procréation et maintenant nous sommes condamnés à rattraper ce retard* ». Ainsi, ils décident tous les deux (avec le Dr Pierre Simon) de proposer au Général de Gaulle une loi sur la contraception : discussion peu évidente et combat qui n'est pas gagné d'avance quand on sait que le Général de Gaulle dira en juin 1967 : « *La pilule c'est pour la distraction (...). La Sécurité Sociale n'a pas plus de raisons de rembourser la pilule que les automobiles* » [13]. Mais, du fait du lien fort existant entre De Gaulle et Neuwirth, cette proposition est acceptée : le Général de Gaulle répondra à Lucien



Neuwirth [18] : « *C'est vrai, transmettre la vie c'est important, il faut que ce soit un acte lucide. Continuez !* ». Une deuxième étape plus compliquée les attend : celle de l'Assemblée Nationale qui est majoritairement composée d'hommes (11 femmes pour 467 hommes) qui sont peu disposés à comprendre le sujet. Il s'agit pour la plupart de gaullistes, d'hommes ayant des idées catholiques, ainsi c'est dans son groupe politique que Lucien Neuwirth aura de grandes difficultés. Même de nombreux médecins choisiront de s'opposer à cette loi en utilisant comme argumentaire les dangers probables de la pilule [17] : « *La pilule rend chauve* » ou encore « *La pilule fait pousser la barbe* ». Il faut dire qu'à cette époque, un comprimé de pilule contient autant d'hormones que toute une plaquette aujourd'hui... Mais les préoccupations de l'époque sont davantage d'ordre moral que des préoccupations d'ordre sanitaire. Certains députés expliquent plus clairement qu'il y a danger à ce que les femmes gagnent en autonomie et échappent au contrôle des hommes ; ainsi Jean Coumaros, député gaulliste dit : « *Les maris ont-ils songé que désormais c'est la femme qui détiendra le pouvoir absolu d'avoir ou de ne pas avoir d'enfants en absorbant la pilule même à leur insu ?* » [17]. A la crainte de la débauche sexuelle et érotique, s'ajoute celle de voir notre pays se dépeupler. Les démographes alimentent cette menace en expliquant que pour que la France ait la densité de l'Allemagne, il faut qu'elle atteigne 125 millions de personnes.

Devant tant de réticences, en 1965, le ministre de la Santé, Mr Marcellin, ouvre une commission pour étudier le problème du contrôle des naissances, il dira : « *Il faudrait, étudier les méthodes, en comparant non seulement leur efficacité et leurs inconvénients, mais en tenant compte des réactions humaines, psychologiques et sociales* » [13]. Il demande donc à l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques) de lui présenter un rapport sur la régulation des naissances en France. Les principales conclusions qui en ressortent sont les suivantes [8] : la pratique de la contraception est changeante en fonction du moment de la vie ; 50% des femmes en âge de procréer utiliseraient la pilule si elle était légalisée ; ceci aurait pour conséquence de diminuer d'au moins 5 à 10% la natalité française.

De son côté, le Général de Gaulle demande à 13 sages de travailler sur la pilule : ils sont tous contre sauf le Pr Baulieu, qui est un membre de l'OMS, qui a rencontré Gregory Pincus aux Etats-Unis et qui s'est formé avec lui à propos de la pilule. Il explique avoir compris [15] que « *c'était une révolution, pas seulement pour la reproduction mais pour les rapports entre hommes et femmes sur le plan affectif, moral, mental...* ». De plus, il apporte des documents réalisés dans le monde entier qui montrent que la France est en très retard sur la question de la contraception. La réponse des sages est finalement positive concernant la pilule.

Ainsi, devant une haine violente et des menaces importantes, le Dr Pierre Simon et le député Lucien Neuwirth choisissent de continuer leur combat. Lucien Neuwirth dira : « *Nous estimons que l'heure est désormais venue de passer de la maternité accidentelle et due souvent au seul hasard, à une maternité consciente et pleinement responsable* » [17]. Finalement en 1965, le Parti Communiste choisira de soutenir la contraception. Lucien Neuwirth présente sa proposition de loi, non pas comme une libération de la femme, mais comme la mesure essentielle pour supprimer les avortements clandestins. Il explique que le but est de différer les naissances et non pas de les diminuer. Pour faire adopter la loi, il use d'un stratagème : un vote nocturne, à main levée, qui permet de ne pas afficher les noms des opposants et des partisans.



Ainsi, les principales avancées permises par la loi Neuwirth, votée le 19 décembre 1967, sont [19] :

- L'abrogation des articles du code de la santé qui répriment le courant anticonceptionnel, c'est-à-dire l'abrogation de la loi de 1920.
- La fabrication et l'importation des contraceptifs sont autorisées dans les conditions fixées par un règlement d'administration publique.

L'abrogation de la loi de 1920 a donc été obtenue principalement par des hommes, qui sont d'horizons très différents : des socialistes, des gaullistes, des communistes, la franc-maçonnerie, des militants du Planning Familial, etc...

La victoire reste cependant mitigée car de nombreuses restrictions réduisent la portée de la loi :

- Jusqu'à la majorité (21 ans) une autorisation parentale est nécessaire pour la délivrance de la pilule ;
- Toute publicité commerciale concernant les contraceptifs est interdite sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens ;
- La loi ne fait pas mention ni de recherche ni d'information. Il n'est toujours pas question d'enseignement de la contraception dans les facultés de médecine, ni de pharmacie ;
- Les activités des centres du Planning Familial doivent obtenir un agrément par le ministère ;
- Les prescriptions des pilules doivent être faites sur un carnet à souche : ce qui les assimile à la prescription des toxiques. En fait, ces carnets à souche ne seront jamais distribués ;
- Il n'y a pas de notion de remboursement de la contraception, ce qui est très injuste pour les classes les plus pauvres ;
- En ce qui concerne les DIU, leur insertion ne doit être pratiquée que par un médecin dans un centre hospitalier ou un centre de soins agréé.

Cette loi ne sera appliquée qu'en 1972, du fait de nombreux freins des administrations : il faut 5 ans pour que les décrets soient adoptés ! Dans le même temps, un décret est publié sur les conditions de fonctionnement, d'information, de consultation, de conseil familial dans les centres de planification et d'éducation familiale.

1.2.2.5 La contraception après la légalisation

Le conditionnement social des femmes reste longtemps identique, malgré le passage de cette loi : les idées traditionnelles restent admises. Un sondage réalisé un an après la légalisation, indique que 81% de françaises et de français disent ignorer l'existence de la loi, malgré la place considérable qui lui a été faite dans la presse et pendant la campagne présidentielle. Pour beaucoup de femmes, les contraceptifs représentent alors le moyen d'avoir des relations illégitimes.

Mais, peu à peu, avec les années 1968 notamment, l'expérience sexuelle a été valorisée. L'accroissement du nombre de femmes professionnellement actives a permis l'acceptation plus évidente du contrôle des naissances : elles se sont mises à choisir d'abord leur activité professionnelle afin d'être indépendantes financièrement. La pilule connaît donc une diffusion



croissante à partir de l'autorisation de son utilisation : 20% d'utilisatrices en 1973 versus 58% en 2000 [11].

En 1969, est créé le Mouvement pour la Libération des Femmes (MLF). En 1970, la mère devient l'égal du père en matière d'autorité parentale.

La loi du 11 juillet 1973 vient compléter la loi de Neuwirth en créant le Conseil Supérieur de l'Information Sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale.

La contraception ainsi que les frais d'examens de laboratoire en vue de prescriptions contraceptives, ne seront remboursés par la Sécurité Sociale qu'à partir du 4 décembre 1974. Simone Veil est alors ministre de la Santé. Ainsi, la loi élargit le dispositif de la loi de Neuwirth : elle permet la libéralisation de la contraception, avec notamment la suppression de l'autorisation parentale pour les mineures [20]. De plus, les centres de planification sont autorisés à délivrer gratuitement des produits contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineurs et aux personnes ne bénéficiant pas de prestation maladie. Et même si la publicité pour la contraception reste toujours interdite, cette loi de 1974 va la banaliser.

En mai 1981, il est décidé par le gouvernement de créer un Ministère des Droits des Femmes et une campagne nationale sur la contraception est lancée. Celle-ci est diffusée à la télévision sous le nom de *Pouvoir choisir*. Il s'agit là d'un réel changement de positionnement : l'Etat ne fait pas qu'accepter la présence de la contraception, désormais il l'encourage.

En 1991, une loi autorise, sous certaines conditions, la publicité pour les préservatifs (qui protègent des IST avec, à cette époque, le SIDA en tête) et certains autres contraceptifs. Il faut attendre 1999 pour que la publicité soit autorisée pour toutes les contraceptions.

En 1998, Michèle Uzan, gynécologue, publie un rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes [21] : « *Dans le monde, 10 % des 50 millions d'avortements provoqués chaque année concernent des adolescentes âgées de 15 à 19 ans (...) et dans tous les pays développés où une contraception efficace est aisément accessible et disponible, de même qu'une éducation sexuelle diffusée de façon appropriée, le taux d'I.V.G. des mineures diminue (...). On sait que chez les mineures, 60 % des premiers rapports se déroulent sans contraception* ». Après ce constat, elle rappelle qu'il est urgent de mettre en place des mesures de prévention, d'utiliser des campagnes d'informations et surtout d'en multiplier les sources. La prévention passe par une éducation sexuelle précoce dans les collèges, voire dès la fin de l'enseignement primaire. L'enseignement de la sexualité doit s'adresser tant aux filles qu'aux garçons avec un double message : « *celui du P + P : pilule + préservatif* ». Elle explique qu'il faut développer la contraception d'urgence et généraliser la gratuité de la contraception partout en France pour les mineurs avec un meilleur accès aux planning familial. De plus, elle précise les modalités de réalisation du premier examen chez l'adolescente en demande de contraception : il faut mettre les patientes en confiance par un interrogatoire court (cycles et leur durée, tabac, antécédents, traitements...) ; et concernant l'examen clinique, il faut se contenter du poids, de la taille, d'une prise de la pression artérielle, du repérage d'un éventuel acné ou hirsutisme, les examens gynécologique et biologique peuvent être réalisés dans un second temps ; il faut insister sur la notion de contraception d'urgence et informer sur les risques du tabac et des IST.

Le 13 décembre 2000, une loi relative à la contraception d'urgence (Norlevo®) est publiée : elle autorise son administration par les infirmières scolaires des collèges et lycées (décret le 27 mars 2001) et elle autorise sa délivrance gratuite aux mineures désirant garder le secret



dans les pharmacies (décret en janvier 2002), c'est-à-dire une délivrance de la pilule du lendemain sans prescription.

Le 4 Juillet 2001, est publiée la loi dite *loi Aubry*, relative à l'IVG et à la contraception. Concernant la contraception, les nouveautés sont les suivantes :

- Instauration de 3 séances annuelles d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires de la maternelle à l'université.
- Prescription médicale contraceptive aux mineures possible sans consentement parental ou du représentant légal par les médecins libéraux.
- Autorisation de la stérilisation à visée contraceptive chez les personnes majeures. Avant 2001, ceci était considéré comme une mutilation, sauf si elle était pratiquée pour des raisons médicales.

Le 9 août 2004, la loi Santé Publique a pour objectif « *d'assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'interruption volontaire de grossesse dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours* ». De plus, elle autorise les sages-femmes à prescrire une contraception hormonale dans les suites d'une naissance et d'une interruption de grossesse.

En 2007, est créée une journée mondiale de la contraception.

Le 23 juillet 2009, la loi dite *loi Bachelot* permet la délivrance de contraceptifs par les pharmaciens même si l'ordonnance est dépassée de date : renouvellement pendant 6 mois maximum sur présentation d'une ordonnance datant de moins d'un an. Un article précise que les sages peuvent poser des DIU. De plus, en 2009, les pilules de 3^{ème} génération commencent à être remboursées.

En mai 2011, une loi est publiée, permettant aux infirmières de renouveler les prescriptions de contraception hormonale « *pour tous les infirmiers y compris les infirmières des établissements scolaires du second degré, les infirmières des services de PMI, et celles des Centres d'Education et de Planification Familiale* ».

En octobre 2011, un arrêté fixe la liste des médicaments qui peuvent être prescrits par les sages-femmes, dont les contraceptifs sous toutes leurs formes et leurs voies d'administration. C'est en juillet 2012 qu'un décret les autorise à poser et à retirer l'implant contraceptif.

En juillet 2012, un arrêté permet la délivrance gratuite de la contraception d'urgence dans les services universitaires de médecine préventive.

En novembre 2012, la méthode Essure®, implant disposé dans les trompes de Fallope en tant que méthode de stérilisation contraceptive, est remboursée sans limite d'âge. Effectivement, la pose du dispositif Essure® n'était plus remboursée pour les femmes de moins de 40 ans depuis 2010.

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de mars 2013 prévoit le remboursement à 100% par l'Assurance Maladie des contraceptifs remboursables (pilules de 1^{ère} et 2^{ème} générations, implant contraceptif hormonal et DIU) pour les jeunes filles de 15 à 17 ans, dans toutes les pharmacies, sur présentation d'une ordonnance, ainsi que le droit au secret pour toutes les personnes mineures [22]. Ainsi, les moins de 15 ans sont dans une situation pour le moins ambiguë : la LFSS leur garantit le secret mais ne leur offre pas la dispense d'avance de frais.



En mars 2013, les pilules de 3^{ème} génération sont déremboursées suite à la « *crise de la pilule* » : elles entraîneraient un surrisque de thromboses). Il est précisé que la pilule Diane 35®, qui est un traitement anti acnéique aux propriétés contraceptives, ne doit plus être prescrite dans un but contraceptif.

La loi LFSS 2016 renforce les lois précédentes pour les mineurs de plus de 15 ans en précisant : que le tiers payant doit être réalisé pour les consultations au cours desquelles sont prescrits une contraception ou un examen de biologie médicale en vue d'une contraception, pour les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif et pour la délivrance des contraceptifs remboursables. De plus, il est précisé l'importance du secret médical sur l'ensemble du parcours contraceptif (consultations, examens de biologie médicale, délivrance et prise en charge des contraceptifs).

De nombreuses campagnes publicitaires, autour de la contraception, ont eu lieu ces dernières années. En 1981, est lancée la première campagne nationale télévisuelle sur la contraception avec pour thème « *Pouvoir Choisir* » : les spots télévisés provoquent de vives réactions d'opposition surtout de la part des associations familiales et des représentants des cultes. Puis les campagnes vont se multiplier, elles sont pour la majeure partie, basées sur l'importance du choix de la contraception : en 2000 « *La contraception, à vous de choisir la vôtre* » ; en 2002 « *La contraception, ne laissez pas l'imprévu décider à votre place* » ; en 2007 « *La meilleure contraception, c'est celle qu'on choisit* », avec la création d'un site internet référent (www.choisirsacontraception.fr) [23], et la mise en place d'un numéro gratuit d'information (0 800 235 236) ; en 2011 « *Choisir sa contraception* » est aussi destinée aux professionnels de santé ; et en 2012, le slogan de la nouvelle campagne est : « *Ton avenir, ton choix, ta contraception* ».

I.2.2.6 Le combat pour la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse (IVG)

Dès 1971, on note une amélioration au niveau de la vision populaire de l'avortement : le *Nouvel Observateur* publie le *Manifeste des 343* [24] aussi appelé par les initiatrices le *Manifeste des 343 salopes*, dans lequel 343 femmes (des personnalités de la littérature, du spectacle, etc...) affirment avoir avorté, et demandent : « *De même que nous réclamons le libre accès aux moyens anticonceptionnels, nous réclamons l'avortement libre (...). Nous lutterons jusqu'au bout parce que nous ne voulons rien de plus que notre dû : la libre disposition de notre corps* ». Aucune poursuite n'est engagée par le gouvernement. Et en réponse en 1973, des médecins publient dans le *Nouvel Observateur* le *Manifeste des 331 médecins* qui revendiquent avoir pratiqué des avortements.

En 1973, est créé le Mouvement pour la Libération de l'Avortement et de la Contraception (MLAC).

Comme pour la légalisation de la contraception, de nombreux débats houleux ont lieu à propos de l'avortement. Nous connaissons tous le fameux discours prononcé par Simone Veil à l'Assemblée le 26 novembre 1974 [25], où elle explique que : « *L'avortement doit rester l'exception, l'ultime recours pour des situations sans issue (...). Aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'avortement, il suffit d'écouter les femmes : c'est toujours un drame. (...) Nous ne pouvons plus fermer les yeux sur les 300000 avortements qui chaque année mutilent les femmes de ce pays* ».

C'est en 1975, qu'est adoptée la loi dite *loi Veil* [26] qui autorise l'IVG : « *La loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie. (...) La femme enceinte que son*



état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse (...). L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin. Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement d'hospitalisation ». De plus, la loi laisse la possibilité à tout médecin ou à tout établissement hospitalier privé de refuser de donner suite à une demande d'IVG.

La loi limite les IVG à des cas de nécessité afin d'empêcher que les IVG ne deviennent un moyen de réguler les naissances : ainsi, le droit à l'avortement est toléré (plus que réellement admis) mais il s'agit, tout de même, d'une avancée majeure. Par contre, elle ne prévoit pas le remboursement par la Sécurité Sociale, mais une prise en charge sur demande au titre de l'aide médicale. Cette loi sera d'abord adoptée pour 5 ans, puis reconduite définitivement en 1979. Le remboursement de l'IVG à 80% par la Sécurité Sociale ne sera mis en place qu'en 1982 par la loi Roudy.

De plus, avec cette loi de 1975, des lieux dédiés sont créés pour accompagner et informer à propos de la contraception : les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF) et les établissements d'information, de consultation et de conseil familial.

En 1989, l'IVG médicamenteuse est autorisée. Ce principe qui paraît évident de nos jours, a pourtant essuyé de vives critiques, y compris des médecins [13] : *« L'IVG survenant relativement tôt et étant considérée comme un acte relativement banal, la grossesse est rarement perçue comme une réalité. Elle le sera d'autant moins avec le développement du RU486 qui favorise encore plus un déni de la grossesse ».*

Les premières opérations « *commando anti-IVG* » voient le jour en 1990. On entend alors dire aux militantes du droit à l'avortement : *« Ce sont nos enfants que vous tuez ! C'est pour ça qu'on ne peut pas vous laisser faire. C'est comme votre pilule. Ça aussi, ça empêche des enfants de venir au monde. C'est à Dieu de décider de qui doit vivre ou ne pas vivre ! »* [13]. Les membres des associations anti-IVG n'hésitent pas à comparer l'avortement à un génocide et les centres d'IVG à des camps d'extermination ; ainsi, on peut lire dans le journal *Présent* : *« Le bureau politique du Front National attire l'attention des Français, sensibles à juste titre à l'horreur des fours crématoires dans l'univers concentrationnaire, sur le fait que de tels fours sont installés dans les hôpitaux et qu'y sont brûlés chaque jour les corps de centaines d'enfants arrachés vivants du sein de leur mère en vertu des lois Veil et Roudy ».*

Mais en 1993, la loi Neiertz va plus loin concernant l'avortement, en créant le délit d'entrave à l'IVG. En juin 1995, pour la première fois, des membres d'un commando anti-IVG sont condamnés à des peines de prison ferme.

En 1998, le rapport de M^{me} Uzan sur la prise en charge des adolescentes, rapporte des éléments concernant l'IVG [21] : en France, près de 10 000 adolescentes sont confrontées chaque année à une grossesse non désirée, dont 7 000 ont recours à une IVG. Ainsi, dans ce rapport, elle demande d'envisager une autorisation parentale plus "souple" dans les cas de mineures au-delà de 15 ans et de définir une " *majorité sanitaire*" qui autoriserait la réalisation de l'IVG sans avoir recours à l'autorisation parentale.

En juillet 2000, une ordonnance est publiée afin de permettre aux femmes étrangères la réalisation d'une IVG, sans avoir à attester d'une résidence régulière en France depuis au moins 3 mois.



Le 4 Juillet 2001, la *loi Aubry*, relative à l'IVG et à la contraception, passe le délai légal de l'IVG de 10 à 12 semaines et il est maintenant possible de recourir, dans certaines conditions, à l'IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville. Cette loi Aubry a alors soulevé de nombreux débats : le fait de repousser le délai légal de l'IVG est accusé de créer une zone de chevauchement avec le diagnostic prénatal et donc de permettre à la femme de décider d'interrompre la grossesse en fonction des renseignements qu'elle a obtenus sur l'enfant. Ce texte est accusé de déresponsabiliser les femmes et de faire des médecins de simples prestataires de services.

En août 2014, la loi pour l'égalité entre les femmes et les hommes, remplace les mots « *femme en situation de détresse* » qui étaient dictés dans la loi Veil par « *femme qui ne souhaite pas poursuivre sa grossesse* ».

En septembre 2015, les sages-femmes obtiennent le droit de réaliser les IVG médicamenteuses.

La loi de modernisation de notre système de santé, promulguée en janvier 2016, supprime le délai de réflexion obligatoire de 7 jours entre la première et la deuxième consultation pour obtenir une IVG. De plus, tous les actes nécessaires pour la réalisation d'une IVG sont remboursés à 100% depuis le 1^{er} avril 2016.

En 2017, dans sa feuille de route de stratégie nationale de santé sexuelle, Agnès Buzyn propose, entre autres, comme objectifs pour 2018-2020 : d'étendre les missions des services universitaires en leur permettant de pratiquer des consultations de contraception, prévention et dépistage des IST ; et de transformer la consultation longue IST/contraception pour les filles entre 15 et 18 ans (prise en charge à 100% et qui permet de valoriser l'implication des médecins généralistes) vers une consultation longue « santé sexuelle » au bénéfice de tous les jeunes [27].

Le 10 décembre 2018, Agnès Buzyn annonce que le préservatif fait maintenant l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie à 60% [28], qui concerne les femmes comme les hommes. La délivrance, sous forme de boîtes de 6 ou 12 préservatifs de la marque Eden®, s'effectue en officine sur présentation d'une prescription d'un médecin ou d'une sage-femme, pour les plus de 15 ans [29]. Cette mesure a pour but de renforcer la lutte contre les IST.

I.2.3. Sur le plan religieux

Différents points de vue sont abordés en fonction des cultes religieux à propos de la contraception et de l'IVG. On note aussi des différences d'utilisation des méthodes contraceptives en fonction des religions. Ainsi, le DIU est souvent associé à une méthode inadaptée à certaines convictions religieuses. Une patiente rapporte par exemple ceci [30] : « *Mon mari est pasteur. Moi je suis très, très pratiquante. (...) Je n'en voulais pas parce que ça empêche la nidation mais ça n'empêche pas que l'ovule rencontre le spermatozoïde, donc pour moi il y a déjà un début de vie, donc ça me choquait un peu* ».

I.2.3.1 L'Eglise catholique

Malgré ces avancées majeures au cours du XX^{ème} siècle, le catholicisme défend toujours l'idée « *de respecter l'ordre naturel* » et l'Eglise s'oppose à l'usage de toute contraception. Ainsi, en 1930, le pape Pie XI interdit toute méthode artificielle qui entraverait la possibilité de la procréation : la contraception est donc totalement interdite.



En 1950, une évolution a lieu : le pape Pie XII recommande l'abstinence sexuelle périodique et incite un petit peu plus à la régulation des naissances pour des raisons qu'il dit économiques, sociales et médicales. Cependant, la contraception autre que l'abstinence reste interdite : en 1961, l'Assemblée des cardinaux et archevêques de France condamne « *tout procédé contraceptif ou moyen stérilisant qui a pour but d'entraver la venue au monde des enfants* » et précise dans l'encyclique *Casti Conubiae* : « *Même avec la femme légitime, l'acte conjugal devient illicite et honteux, dès que la conception de l'enfant y est évitée* ». La contraception est même associée à un viol dans le manuel des jeunes prêtres intitulé *Le mariage, précis théologique et canonique* : « *Si l'épouse désire faire une injection post coïtum, le mari s'y opposera de toute son autorité. Si le mari se sert de préservatif, l'épouse a le devoir de s'opposer à l'acte conjugal comme s'il s'agissait d'un viol et si elle n'y parvient pas, elle devra se défendre de toute délectation volontaire* » [13].

Heureusement, certains catholiques osent dire leur désaccord avec l'Eglise de manière publique comme l'abbé Oraison qui explique qu'il ne faut pas confondre la notion d'artificiel et celle d'antinaturel : il défend ainsi la contraception. D'autres médecins catholiques mènent le combat aussi, tel que le Dr Le Sueur-Capelle, gynécologue accoucheur qui explique que : « *Les méthodes dites Ogino et de températures ont un effet contre nature. Elles préconisent l'abstention à la période où précisément, ainsi que Dieu l'a voulu en créant la nature, l'attrait des époux l'un pour l'autre est le plus constant* » [13]. En 1967, un colloque réunit les médecins catholiques et la conclusion est la suivante : « *le rôle du médecin catholique doit être : d'informer en toute loyauté et en toute objectivité, d'assister le couple dans le choix d'une méthode qui lui permette d'assurer au mieux sa maturation* » [13].

En 1968, le Pape Paul VI publie *Humanae vitae* [31], où il réaffirme l'hostilité de l'Eglise catholique aux méthodes de contraception : « *Beaucoup manifestent la crainte que la population mondiale n'augmente plus vite que les ressources à sa disposition, et grande est la tentation pour les autorités d'opposer à ce péril des mesures radicales. (...) Mais l'Eglise, enseigne que tout acte matrimonial doit rester ouvert à la transmission de la vie. Est absolument à exclure, comme moyen licite de régulation des naissances l'avortement directement voulu et procuré, même pour des raisons thérapeutiques. Est pareillement à exclure, la stérilisation directe, qu'elle soit perpétuelle ou temporaire, tant chez l'homme que chez la femme* ». En écrivant ceci, au moment de l'abrogation de la loi de 1920, le Pape déclenche des réactions défavorables, y compris de l'OMS. Les médecins catholiques français se refusent à l'application de ce texte en expliquant que le choix des méthodes contraceptives revient au couple lui-même car l'abstinence périodique est inapplicable et qu'elle peut entraîner des dysharmonies graves au sein des couples.

Ce désaccord avec le peuple catholique, n'empêche pas l'épiscopat français, réuni à Lourdes, en 1982, de maintenir ses positions en adoptant une déclaration intitulée *L'avenir d'un peuple*. Il réaffirme aussi sa condamnation de l'avortement et du principe de son remboursement. Cet avis sera réitéré en janvier 1995 : dans une publication le pape Jean-Paul II condamne les législations à propos de l'avortement et de l'euthanasie, ainsi que les États « *tyrans* » qui légalisent ces pratiques « *violant le droit à la vie* ». Il prône, au bénéfice des médecins, des parlementaires et des personnels de santé, un droit à l'objection de conscience pour s'opposer à « *la culture de mort* ». De même, dans son encyclique *Evangelicum vitae*, il réitère son opposition au contrôle des naissances en dehors de la méthode de continence périodique.



Plus récemment, en 2009, l'Eglise catholique se soucie de l'environnement par rapport à la problématique de la contraception. Ainsi, l'idée actuellement relayée par le Vatican est que [32] : « *cette pollution environnementale causée par la pilule serait due aux tonnes d'hormones relâchées dans la nature à travers les urines des femmes qui la prennent* ».

En 2010, le pape Benoît XVI admet l'utilité du préservatif pour se protéger des IST. C'est la première fois que l'Eglise prend une telle position car jusque-là elle était complètement opposée au préservatif même dans un but préventif. Effectivement, lorsque la question est posée au pape [33] : « *L'Église catholique n'est pas fondamentalement contre l'utilisation de préservatifs ?* », celui-ci répond que « *dans certains cas, quand l'intention est de réduire le risque de contamination, cela peut quand même être un premier pas pour ouvrir la voie à une sexualité plus humaine, vécue autrement* ». Cependant, les questions de la contraception et de la sexualité ne sont pas encore résolues, car il ajoute que, pour le Vatican, le préservatif « *n'est pas la façon à proprement parler de venir à bout du mal de l'infection du VIH. Se polariser sur le préservatif signifie une banalisation du sexe et c'est exactement le danger que beaucoup de gens considèrent le sexe non plus comme une expression de leur amour, mais comme une sorte de drogue, qu'ils s'administrent eux-mêmes* ».

Ainsi, la doctrine catholique a peu bougé mais les pratiques ont évolué : peu de pratiquants catholiques sont aujourd'hui opposés à la contraception. Par contre, ils ont plus tendance à choisir la pilule du fait de son efficacité et de l'absence du « caractère abortif » que peut présenter le DIU.

I.2.3.2 Le culte protestant

Les protestants ont milité pour le Planning Familial, dès la création de la Maternité Heureuse et ils étaient favorables à l'abrogation de la loi de 1920.

Concernant l'IVG, les protestants ont été plutôt favorables à la légalisation : elle n'est pas considérée comme un bien, mais comme un moindre mal face à des situations de détresse.

Et à propos de la contraception, le pasteur André Dumas, professeur d'éthique à la faculté théologique protestante de Paris, à qui l'on a demandé si l'usage de la contraception était moral au sein d'un couple, il répondait : « *Un acte moral ne peut être inspiré par la peur et la peur de l'enfant à venir ne touche vraiment que la femme, ce qui est parfaitement injuste* » [13].

I.2.3.3 Le culte juif

Pour des cas exceptionnels, la contraception peut être tolérée : en cas de mise en cause de l'état de santé, les contraceptifs féminins peuvent être utilisés afin de permettre à un acte conjugal de s'effectuer.

Mais de manière générale, la contraception et l'IVG ne sont pas tolérées. Les juifs expliquent que « *la vie morale, ne se réduit pas à la sensibilité neurologique, elle apparaît dès la vie intra-utérine. (...) L'œuf est "appelé au monde", dès qu'a lieu la nidification* ». L'emploi de ces techniques est donc d'une faute morale liée à la destruction de la vie à sa source.

Le rabbin Gugenheim qui s'exprimait pour la communauté juive dans les années 1970, considérait comme une faute « *l'emploi de toutes les méthodes contraceptives répondant à des raisons de simple confort matériel, d'égoïsme ou de jouissance sexuelle* » [13].



I.2.3.4 Le culte musulman

Le culte musulman estime que « *L'homme, lui-même soumis à cette création continue qui va le mener, d'étape en étape, vers la mort, ne peut être fondé, pour intervenir, annuler, modifier un stade particulier de cette vie considérée comme un continuum dont lui échappent les règles de causalité* ».

Dans les années 1960, la position de l'islam sera précisée de la sorte : la loi islamique autorise la régulation des naissances et non leur limitation. La contraception et l'IVG sont donc autorisées, dans certains cas exceptionnels : « *la limitation des naissances est contraire aux buts du mariage, tels qu'ils ont été définis par notre sainte Loi et par le Coran, qui déclare qu'une des faveurs dont jouissent les hommes et les femmes est la procréation. Quant à la limitation des naissances, dans des cas tels que les grossesses fréquentes, la maladie de l'un des conjoints ou l'incapacité d'assumer les responsabilités familiales, elle peut être envisagée mais à titre préventif (...). De même, nos grands ulémas s'opposent à la procréation en cas de maladie d'un des conjoints, en vue de donner au monde des enfants sains et vigoureux* » [13].

I.3. La contraception dans le monde

Dans le monde, les politiques de contrôle des naissances ont suivi différents objectifs et ont été réalisées avec des moyens différents au cours de l'Histoire :

- Certains ont pratiqué des politiques de stérilisation contrainte : au Japon, aux Etats-Unis jusque dans les années 1960, en Suède, dans l'Allemagne nazie, au Pérou dans les années 1990.
- D'autres ont plutôt incité à des comportements visant à une baisse des taux de fécondité, surtout avec l'explosion démographique qui a eu lieu au XX^{ème} siècle avec une population mondiale passant de 1,6 à 6 milliards d'habitants de 1900 à 2000.
- Au contraire, des politiques natalistes ont été réalisées : en France sous la Troisième République, dans l'Italie fasciste ou dans l'Allemagne nazie (politique qui allait de pair avec l'eugénisme).

La promotion de la maîtrise des populations, soutenue par l'OMS, a permis de déployer la contraception dans les pays où l'économie est fragile et où la population est en forte croissance : ceci a particulièrement été mis en place dans les années 1950 en Inde et au Pakistan et de manière beaucoup plus brutale en Chine et de nouveau en Inde dans les années 1980. En effet, dans ces pays, qui sont les plus peuplés du XX^{ème} siècle, des politiques de l'enfant unique, ont été mises en place avec un recours massif à la contraception, à l'avortement forcé et à la stérilisation. A l'inverse, on peut noter qu'au Brésil, une baisse du taux de fécondité a eu lieu dans les années 1970, sans qu'il n'y ait eu de mise en place de programme de Planning Familial. Cette baisse serait principalement due à la hausse du niveau d'éducation des femmes.

Lors d'une conférence internationale tenue au Caire en 1994, une définition de la santé sexuelle et reproductive est donnée [34] : elle correspond au « *bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement ; (...) une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, (...) capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette (...) condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, (...) méthodes qui*



doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables ». Ainsi, un accès universel aux services de santé reproductive est demandé. Sur le plan de l'information, on note une nette amélioration [30] : les femmes connaissent de mieux en mieux les méthodes contraceptives, cependant les écarts entre les régions et les groupes sociaux subsistent, le niveau d'éducation module les résultats. Par exemple, en Afrique, les connaissances restent moins répandues, même à un niveau équivalent de développement économique et social.

De nos jours, selon l'OMS, l'utilisation des contraceptifs a augmenté dans de nombreuses régions du monde (en particulier en Asie et en Amérique latine), mais on estime à 225 millions le nombre de femmes dans les pays en développement qui souhaiteraient retarder le moment d'avoir un enfant ou ne plus avoir d'enfants mais qui n'utilisent aucun moyen de contraception [2].

Dans certains pays comme au Burkina Faso, en Irak ou au Mozambique : moins de 50% des femmes (en union et en âge de procréer) utilisent des moyens de contraception, contre 71% en France [2]. L'usage de la contraception est très variable entre les pays au sein d'un même continent. Ainsi, d'après l'OMS en 2010 [30], en Afrique la prévalence de la contraception varie entre 75,9% à l'île Maurice et 2,8% au Tchad ; pour le continent américain elle varie entre 78,2% en Colombie et 32% en Haïti ; pour l'Europe elle varie de 82% au Royaume Uni et 13,5% pour la Macédoine, etc...

L'utilisation des différentes méthodes de contraception varie, elle aussi, beaucoup d'un pays à l'autre. La France se caractérise par un taux de couverture contraceptive élevée, par la place considérable que prend la contraception orale et avec seulement 5% des femmes qui ont recours à la stérilisation en 2010 [35], alors que cette méthode serait le premier moyen de contraception utilisé au monde (stérilisation féminine le plus souvent). Cette méthode est suivie du DIU et en troisième place la pilule, deuxième méthode favorite des pays développés. La stérilisation est très utilisée, après avoir fondé leur famille, avec pour motif le confort, par la moitié des Américains, 56% des Brésiliens et 61% des Canadiens [7]. La stérilisation est aussi beaucoup utilisée dans d'autres pays mais pour d'autres raisons : certains couples sont obligés d'y avoir recours du fait de la pauvreté ou d'une difficulté d'accès à des soins ou encore du fait de politiques eugénistes (surtout en Inde et en Amérique du Sud).

De même, si l'injection hormonale est peu utilisée en France, elle est prépondérante dans certains pays : elle est utilisée par 45% des femmes au Kenya en 2015, 44% des femmes au Mozambique et 24% des femmes au Pérou en 2014 [35].

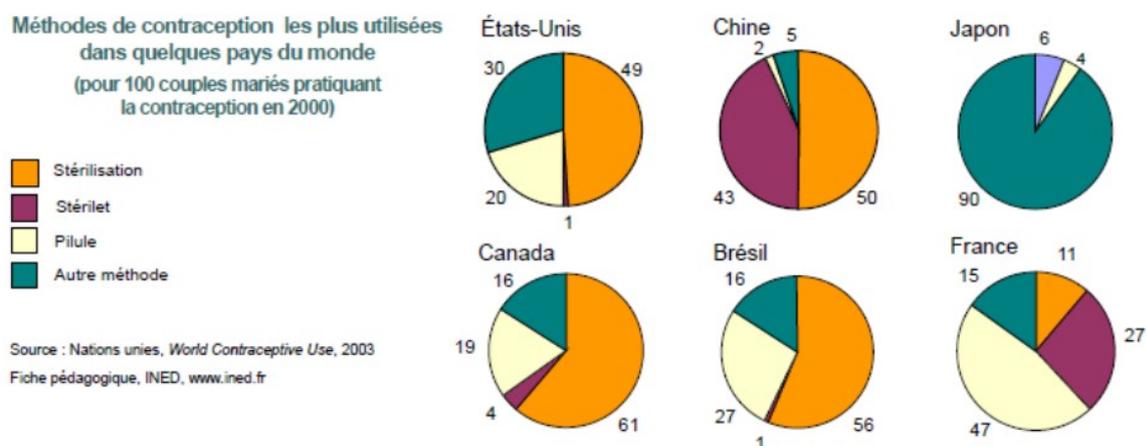


Figure 3 : Méthodes de contraception les plus utilisées dans quelques pays du monde (pour 100 couples mariés pratiquant la contraception en 2000) [36].



En Europe, en 2011 nous constatons ce type de différences d'utilisation des différentes méthodes contraceptives :

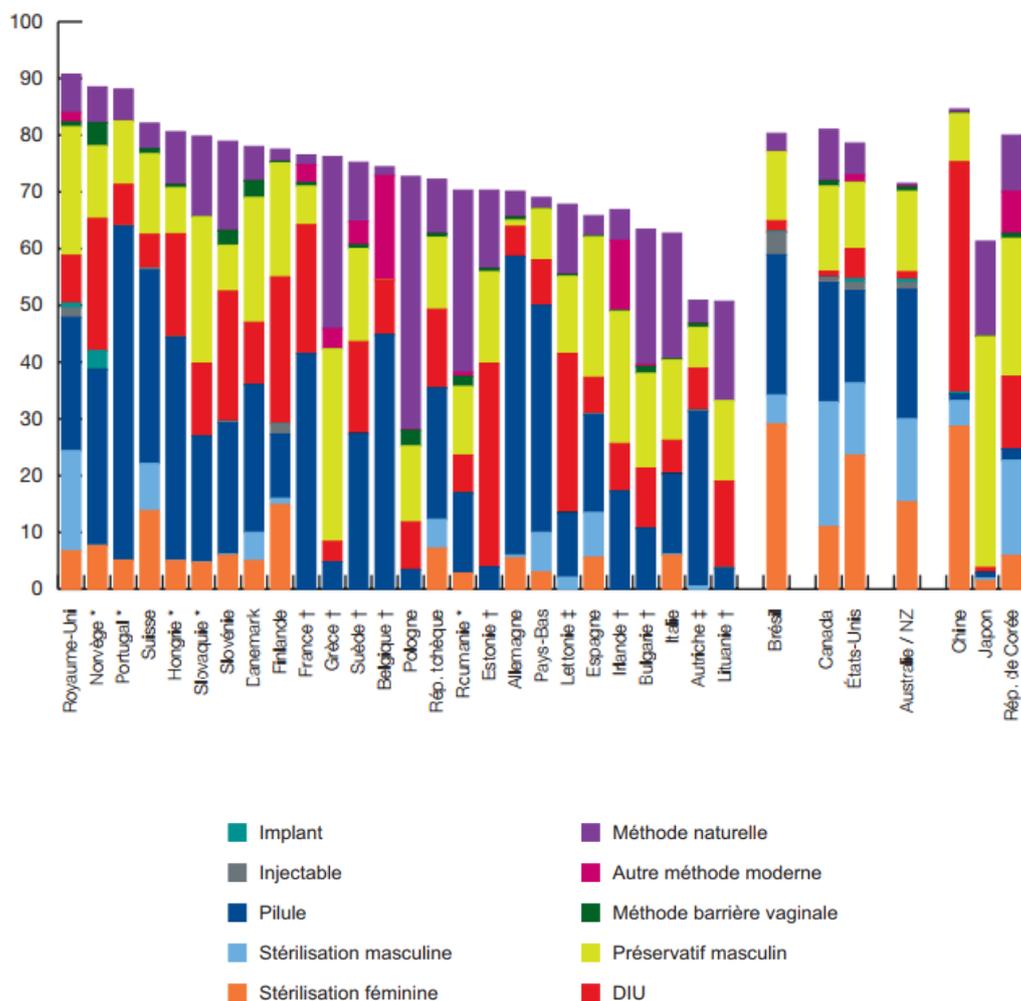


Figure 4 : Prévalence contraceptive par type de méthode par pays, Union Européenne (et autres) [37].

Ces différentes données constatées suggèrent que les facteurs économiques et sociétaux sont déterminants en termes de choix de contraception. L'étude des représentations socioculturelles est donc nécessaire dans le choix et la mise en place des contraceptifs.

D'ailleurs, une étude réalisée à propos de l'usage des méthodes contraceptives dans le monde à partir des banques de données colligées par l'Organisation des Nations Unies (ONU) [30] indique que, de façon générale, le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en cohabitation hors mariage, et qui ont recours à un moyen de contraception quel qu'il soit, augmente en fonction du niveau de développement humain. Ainsi, l'écart en termes de couverture contraceptive, entre les sociétés considérées comme les plus pauvres et les sociétés les plus riches est d'environ 30%.

Concernant le recours aux méthodes réversibles, dans les pays les plus riches, la pilule est la méthode la plus utilisée, suivie par le préservatif, et ceci s'explique en partie par l'importance des représentations sociales. Par exemple, en Afrique, les contraceptifs oraux sont souvent



perçus comme des substances contre nature, étrangères au corps et dont les effets entraîneraient la stérilité et la ménopause. L'usage des contraceptifs est aussi associé à une vie sexuelle problématique : vie de débauche sexuelle, rapports extra conjugaux, etc... Aussi, le préservatif se heurte à des problèmes tels qu'une mise en jeu du plaisir érotique, des problèmes de négociation compliquée pour pouvoir l'utiliser, son coût parfois problématique, ses liens présumés avec le SIDA, etc... Les injections et les implants sont plus utilisés dans les pays pauvres, même si là encore nous retrouvons des obstacles : coût important, peur de la disparition de l'implant dans le corps, craintes de l'impact sur la santé, de l'absence de règles... Ces méthodes sont moins utilisées dans les pays riches car les femmes préféreraient maîtriser d'avantage, par elle-même, leur contraception.

Concernant les méthodes irréversibles, qui sont les principales méthodes de contraception utilisées dans le monde : 39% selon l'ONU en 2005 [38], leur utilisation est nettement plus faible dans les pays pauvres et il existe une disparité de genre : elles sont nettement plus utilisées chez la femme et c'est dans les sociétés les plus riches que le taux de stérilisation masculine est le plus élevé. Ceci s'explique surtout par la place que les sociétés plus traditionalistes accordent à la maternité et à la reproduction. Cependant, ce n'est pas une généralité : par exemple, en Inde et en Chine, souvent pour des raisons de politiques démographiques, ces méthodes sont très utilisées alors qu'elles restent très marginales en France.

Ainsi, pour choisir les stratégies de contraception les plus adaptées, il paraît indispensable de travailler de manière transversale en prenant en compte autant le plan social que le plan politique, que le plan culturel, etc... pour choisir la contraception la plus adaptée possible pour nos patientes.

I.4. La contraception de nos jours, en France

I.4.1. Evolution des comportements sociétaux depuis l'autorisation de la contraception

La contraception a connu un succès grandissant en France assez rapidement et ainsi les femmes ont pu intégrer dans leur vie quotidienne la contraception médicalisée. L'âge d'or de la pilule (et de la contraception) se situe dans les années 1970. Les chiffres de l'INED en 1988 indiquent :

- 2 femmes sur 3 âgées de 18 à 49 ans utilisent une méthode de contraception.
- Concernant le tiers restant : 5% désirent un enfant, 5% sont enceintes, 13% n'ont pas de partenaire, 11% sont stériles ou ménopausées et il ne reste que 2% de femmes susceptibles de connaître une grossesse non désirée.

Démographiquement, dans les années 1960, on supposait que la contraception allait faire chuter le taux de natalité, or il est resté stable par rapport au début 1900 avec, en moyenne, 2 enfants par couple : 1,93 est le nombre moyen d'enfants par femme en France en 2016. Une légère baisse est constatée ces dernières années (depuis 2015), mais elle serait due à une diminution de la population féminine en âge de procréer et à une baisse de sa fécondité. Malgré cette très légère baisse, au sein de l'Union Européenne, la France reste le pays le plus fécond selon les chiffres de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) 2017 [39]. La population au 1^{er} janvier 2017 est au nombre de 66 991 000 d'habitants, ainsi, la France est le deuxième pays le plus peuplé d'Europe (après l'Allemagne) et elle



compte le plus grand nombre de mineurs : 14,6 millions en 2013 [40]. Ainsi, grâce à la loi Neuwirth, ce n'est pas le nombre d'enfants par foyer qui a changé mais plus la possibilité de choisir de façon précise le moment où le couple souhaite une grossesse.

Grâce à la légalisation de la contraception, la société évolue de manière différente. Dans *Population*, en 1991, on parle de changement de société [41] : « *En un quart de siècle, on parle de révolution, car la participation accrue des femmes à la vie active, le recul du mariage, le développement de la cohabitation, la baisse de la fécondité sont dus en partie à la possibilité nouvelle de choisir le nombre et les dates de naissance de ses enfants* ». De même, Cyril Desjeux, dans un article étudiant la sociologie de la pilule [42], explique que la pilule apparaît comme une innovation car « *en donnant la possibilité de planifier les naissances, elle permet aux femmes d'accéder à un nouveau statut (...). En maîtrisant leur fécondité elles (les femmes) peuvent choisir leur entrée dans la vie de famille* ». Il explique aussi le terme « d'infécondabilité » qui est prôné par certains sociologues, qui correspond au fait de ne pas être exposée au risque d'une grossesse sans l'avoir préalablement décidé. Ce qui aura avant tout permis aux femmes de favoriser leur entrée dans le monde du travail.

Ainsi, la pilule a été généralisée à partir de 1973, suite au premier choc pétrolier, surtout pour reculer l'âge du premier enfant alors que le contrôle des naissances avait servi jusque-là, à espacer les enfants ou à en éviter de nouveaux. Effectivement, nous remarquons qu'avant 1973, les femmes avaient leur premier enfant à 23 ans ; en 1995, l'âge du premier enfant est à 28 ans ; et en 2015, il est à 28,5 ans [43]. Ainsi, l'âge du premier enfant a reculé.

Concernant la sexualité, pas de changement majeur comme il avait été prédit par les détracteurs de la pilule et de la contraception, avec des discours qui attendaient des événements de la sorte : « *une flambée d'érotisme entretenue et attisée par la propagande politique en faveur des techniques hormonales* ». Alfred Spira qui réalise en 1993 une enquête sur le comportement sexuel en France écrit : « *Contrairement à une idée très répandue, il n'y a pas eu de changement profond ou subit dans ce domaine depuis une vingtaine d'années* » [13]. Effectivement, une vingtaine d'années auparavant une baisse de l'âge du premier rapport sexuel de 1,2 an pour les hommes et 3,2 ans pour les femmes avait été constatée, mais depuis la situation est stable. La différence majeure qui est constatée est que l'âge du premier rapport sexuel chez la femme et chez l'homme se rapproche (la différence est tombée à moins de 1 an). Par contre, on note que le nombre d'individus n'ayant pas de rapport sexuel a diminué depuis 40 ans [42] : en 1970 les femmes étaient 21,7% à ne pas avoir de rapport sexuel, 12,6% en 1992 et 10,8% en 2008.

Il reste parfois difficile d'effacer les inégalités sociales face au recours à la contraception : les femmes démunies (qui souvent sont des femmes du monde agricole et ouvrier, qui manquent d'aisance avec le corps médical) ont du mal à formuler des requêtes sur ce thème. Il faut attendre 1988 (selon une étude de l'INED) pour que l'écart entre les cadres supérieurs et les autres catégories sociales soit comblé, face à la contraception. Ainsi, en 1995, Brigitte Baccaïni (chercheur à l'INED qui a travaillé sur *Les contrastes géographiques des comportements de contraception*), conclut [13] qu'il n'y a pas de différence significative, face à la contraception, entre les femmes de la campagne et celles de la ville si ce n'est que les premières consultent moins souvent à ce sujet. Par contre, elle met en avant les exclues et les catégories sociales les plus défavorisées, pour lesquelles, la contraception n'est toujours



pas une évidence : inégalité en fonction du type de quartier fréquenté, des modes de vie, du niveau d'étude... Ces patientes défavorisées ont donc plus recours aux moyens de contraception traditionnels (retrait, etc...) pour plusieurs raisons : par manque de moyens financiers (les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations, à une époque, jugées mieux tolérées, étaient peu ou pas remboursées ; le DIU n'a pas toujours été pris en charge à 100% (en 1996 : un DIU coûte 200 francs et est seulement remboursé 70 francs) ; le prix du préservatif qui pouvait parfois être dissuasif), pour des raisons culturelles, par manque d'informations, etc... D'où l'intérêt majeur des centres de Planning Familiaux dans les zones défavorisées pour informer correctement les patientes.

Sur le plan sociétal, se pose aussi la question de l'évolution de la vision de la contraception chez les hommes. Avant la légalisation de la contraception, le contrôle des naissances était une angoisse vécue principalement par les femmes. Puis, dans les années 1970, les couples ont commencé à consulter dans les cabinets de gynécologie en expliquant que « *la contraception était une préoccupation partagée entre eux* » [13]. Cependant, on peut penser, qu'avec la légalisation de la contraception, les hommes se sont trouvés dans une situation plutôt idéale car « *ils pouvaient faire l'amour sans risques, et sans avoir rien à faire pour cela !* » [13]. Mais, avec l'arrivée du VIH dans les années 1980, la situation a changé : les hommes ont dû reprendre part à la protection sexuelle et ils ont dû aborder le sujet avant d'avoir une relation sexuelle.

Ceci n'a pas duré et très vite la contraception est redevenue une histoire de femmes. Ainsi, d'après le Dr Irène Borten-Krivine, gynécologue-psychosomaticienne [13] : « *il est très rare de trouver des hommes dans les salles d'attente des gynécologues (en dehors de ceux qui accompagnent les femmes enceintes)* ». La décision finale de la contraception revient donc souvent à la femme elle-même, après discussion avec le gynécologue, en l'absence de son conjoint. Sandrine Treiner, sociologue, explique que certains hommes vont même jusqu'à faire comme si le problème de la contraception ne se posait pas et que ceci peut sûrement s'expliquer par l'évolution de la représentation de la sexualité : elle prend l'exemple du cinéma, avec beaucoup de films au cours desquels des scènes d'amour sont filmées, sans que jamais ne soit abordée la question de la contraception. De plus, la contraception serait responsable chez les hommes d'un réel changement dans leur rapport à la sexualité, ainsi que le Dr Irène Borten-Krivine l'explique « *Tant que la femme n'était pas toujours disponible, ils pouvaient se sentir extrêmement puissants, toujours prêts et toujours en demande. Désormais, la disponibilité potentiellement permanente de leur compagne les renvoie plutôt vers un sentiment d'impuissance* ». Ainsi, de nos jours, c'est bien sur la femme que pèse la charge mentale, matérielle et financière de la responsabilité contraceptive.

Cyril Desjeux essaie de donner une explication au fait que la contraception ne soit pas une affaire d'homme en écrivant ceci [42] : « *certaines femmes ne souhaitent pas partager la maîtrise de la fécondité avec les hommes, considérant ce partage comme une menace pour leur autonomie* ». L'argument de la préservation de l'intimité peut aussi être mis en avant. Ainsi, il s'agit d'un réel paradoxe : « *considérer la contraception comme une responsabilité partagée par l'homme et la femme est perçu de manière positive (...), cependant les hommes ne doivent pas être présents pendant l'examen gynécologique, mais accompagner leur partenaire chez le gynécologue, c'est-à-dire qu'ils doivent ni trop, ni pas assez s'investir dans la contraception : ne pas être dans une logique de contrôle ; participer tout en préservant l'intimité* ». Il explique aussi que les femmes qui vivent leur contraception comme contraignante



vont plus facilement solliciter leur partenaire : « *dans cette situation, il s'agit moins d'une maîtrise de la fécondité féminine qu'une maîtrise de la fécondité du couple* ».

Aussi, on constate que la stérilisation masculine, une des rares méthodes de contraception masculine, est une méthode qui reste très peu utilisée dans notre pays. Le principal argument retrouvé à l'utilisation de cette contraception en France [30] est le recours à « *une méthode sûre permettant des échanges sexuels agréables, sans avoir à recourir au condom* ». Ainsi, ce serait plus un argument hédoniste qui viendrait en premier lieu plutôt qu'un réel partage de la contraception dans le couple.

C'est pourquoi, Sabrina Debusquat est plus mitigée quant à l'obtention d'une égalité des sexes, soi-disant permise par la contraception. Ainsi, dans son livre provocateur et à succès récemment publié, *J'arrête la pilule* [7], elle explique que la pilule n'a pas réglé la question de l'égalité des sexes, même 60 ans après sa création. Effectivement, elle parle des carrières freinées à cause de grossesses, des salaires de 12% moins élevés pour les femmes, etc... Ainsi, selon elle « *les femmes savent ce qui les attend si elle ne prennent pas de contraception et c'est pour cela qu'elles en acceptent les risques* ». Les femmes restent responsables de la fertilité et de leur côté, « *les hommes se montrent encore réticents à l'idée de perturber leur système reproducteur mais les femmes doivent le faire, tout naturellement* ». Selon elle, il serait nécessaire de créer un plan gouvernemental (tels que ceux qui ont été réalisés contre la maladie d'Alzheimer ou contre les cancers), afin de développer des moyens de maîtrise de la fertilité pour une plus grande égalité des sexes.

Carl Djerassi (chimiste qui a participé à la création de la progestérone de synthèse) affirme d'ailleurs en 2014 que des solutions pourraient exister : « *l'absence de la pilule pour les hommes n'a rien à voir avec la science, on sait exactement comment la développer. Mais il n'existe pas une seule boîte pharmaceutique qui accepterait d'y toucher, pour des raisons économiques et sociales, mais pas scientifiques* » [44].

D'un point de vue médical, une autre différence sociétale est constatée : les médecins ne sont plus seulement amenés à soigner des femmes malades, mais ils doivent être là aussi pour parler de contraception et donc d'épanouissement individuel et familial. Effectivement, les femmes qui consultent pour une contraception ne sont pas malades, ce qui n'est pas sans perturber l'habituel déroulement d'une consultation médicale, la sexualité n'étant pas un sujet facile à aborder pour tout le monde.

I.4.2. Succès atténué de la contraception

La légalisation de la contraception et son entrée dans la vie des couples, a profondément modifié notre société. Cependant, son succès est à l'heure actuelle remis en cause pour plusieurs raisons. Le contrôle de la fécondité est une chose moins aisée qu'elle n'y paraît : il ne s'agit pas simplement d'une mise à disposition de moyens contraceptifs.

I.4.2.1 Un taux d'IVG qui reste élevé (mais stable)

Effectivement, malgré le recours massif à des méthodes de contraception jugées efficaces, de nos jours, le taux de grossesses non désirées reste élevé avec environ un tiers des grossesses qui interviennent alors qu'elles n'étaient pas prévues et elles donnent lieu dans 60% des cas à une IVG [36].



Différents facteurs sont retrouvés dans l'augmentation du risque d'être exposée à une grossesse non désirée [30] : l'âge, le niveau social, le nombre d'enfants à charge par rapport au nombre d'enfants souhaités, la culture en prenant en compte la religion et la nationalité. Les femmes de 20 à 24 ans restent les plus concernées par l'IVG. On note des écarts régionaux très importants avec des recours plus fréquents dans les DROM (Départements et Régions d'Outre-Mer), en Ile-de-France et dans le Sud (Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse).

Beaucoup d'articles expliquent que le nombre de femmes contraintes à l'IVG n'a pas diminué avec la diffusion de la contraception mais nous constatons aussi que le nombre d'IVG n'a pas augmenté suite à sa légalisation en 1975. Même si le nombre d'avortements n'a pas baissé, le taux d'avortement lui aurait diminué du fait d'une augmentation de la population. Cependant, les chiffres sont discutables car il n'y avait pas de réel registre des IVG avant leur pratique légale : certains articles rapportent 600 000 avortements clandestins par an en France. En 2016, 211 900 IVG ont été réalisées [45], c'est-à-dire environ 1 IVG pour un peu moins de 4 naissances. Leur nombre est en légère baisse pour la troisième année consécutive, suite à une légère hausse observée en 2013 (suite à la « crise de la pilule »).

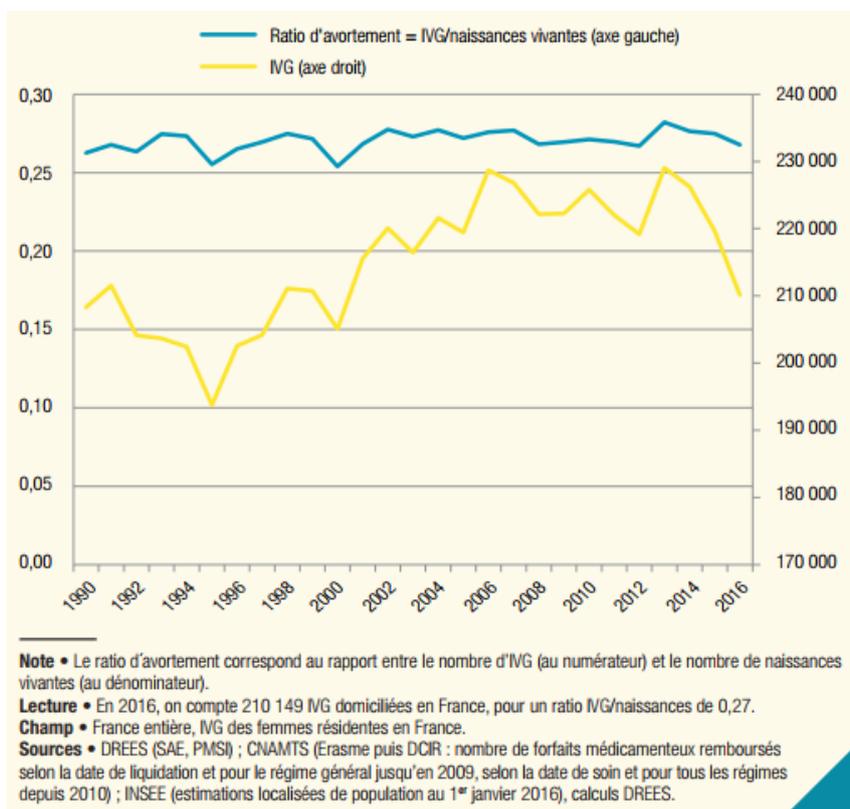


Figure 5 : Evolution du nombre des IVG et du ratio d'avortements de 1990 à 2016 [45].

Sandrine Treiner, sociologue, explique en 1996, [13] que les femmes n'avortent plus dans le même état d'esprit que lorsque la contraception était interdite : la culpabilité serait plus importante chez les femmes d'aujourd'hui, alors qu'auparavant il s'agissait à la fois d'un « drame et d'une fatalité ».

Le Dr Marie Laure Brival, gynécologue, explique en janvier 2017 dans une émission télévisée [18], qu'il ne faut plus penser les choses de la sorte. Il faut considérer qu'il existe deux façons de maîtriser sa fécondité : la prévention en utilisant la contraception (tout en sachant



qu'aucune contraception n'est parfaitement efficace), puis l'IVG en cas d'échec de la prévention.

I.4.2.2 Comportement médical vis-à-vis de la contraception

Véronique Séhier, coprésidente actuelle du Planning Familial, indique aussi un problème d'accès uniforme à la contraception [18] avec notamment « *le refus des médecins à poser des DIU aux nullipares* » (alors même que 50% des français croient qu'on ne peut pas utiliser de DIU si on n'a pas eu d'enfant [30]). A propos de la pilule, certaines femmes expliquent qu'elle est perçue comme « *obligatoire* », qu'il n'y a pas le choix de la contraception [37] : « *ne pas rentrer dans un certain moule normatif peut rendre la contraception difficile à vivre* ». Ainsi, la pilule est parfois prescrite de manière systématique, sans proposer les autres modes de contraception. De même, concernant la contraception définitive : trop souvent il est demandé aux patientes leur âge et le nombre d'enfants qu'elles ont. Ces considérations n'ont normalement pas à être prises en compte, c'est illégal. Les seuls préalables sont le fait d'être majeur et le délai de 4 mois de réflexion.

I.4.2.3 Difficulté d'observance des moyens contraceptifs

Un autre problème se pose concernant la contraception : le défaut d'observance correcte qui est souvent constaté concernant ce traitement. En 2005, une majorité de femmes a déclaré avoir eu recours à la contraception d'urgence suite à une erreur d'utilisation de la contraception régulière. Ce recours à la contraception d'urgence indique un défaut d'observance qui est primordial à l'efficacité correcte de la pilule (mais aussi des autres contraceptions). Un chiffre est d'ailleurs marquant, à propos des conséquences de cette inobservance : en 2000, 20,9% des grossesses non désirées ont eu lieu chez des femmes qui étaient sous pilule [36].

Ainsi, la contraception est largement utilisée en France mais la problématique n'est pas tant celle de la disponibilité de méthodes contraceptives efficaces que celle des difficultés que les femmes rencontrent dans la gestion quotidienne de leur contraception orale. Or, un calcul rapide montre que sur l'ensemble d'une vie de femme de 17 à 50 ans, la pilule représente la gestion quotidienne de plus de 8000 comprimés, qui doivent être absorbés 3 semaines sur 4, sans oubli, sans période de diarrhée ou de vomissement, sans décalage horaire, etc... les risques d'oubli sont donc majeurs. La contraception n'est donc pas toujours aussi facile à prendre et les femmes ressentent souvent un sentiment de honte à oublier quelque chose qui est censée être évident.

Si les différentes contraceptions médicalisées ont fait preuve de leur efficacité biologique, il faut prendre en compte les éléments médicaux et psychosociaux qui impactent sur l'adhésion des patients. En situation courante, l'efficacité de la contraception orale passe de 99,9% à 92,0% [36]. Il a été démontré [30] que la pilule paraît être moins adaptée chez les femmes ayant des relations sexuelles irrégulières ou chez les femmes ayant un projet d'enfant terminé. Une étude [30] effectuée en 2008 dans des cabinets de médecine générale dans les Hauts-de-Seine met en évidence d'autres facteurs sociodémographiques qui modulent l'oubli : oublis plus fréquents chez les moins de 20 ans, chez les célibataires, chez les femmes ayant 3 enfants, chez les cadres supérieurs et les étudiantes, chez celles qui prennent la pilule le midi ou le soir et chez celles qui ont une moins bonne tolérance à la pilule.



I.4.2.4 Effets secondaires et indésirables de la contraception

Certaines femmes rapportent des effets indésirables comme des troubles psychologiques et sexuels : troubles de l'humeur, état dépressif, nervosité, baisse de la libido, sécheresse, infections vaginales... D'autres parlent de migraines, de nausées, de douleurs à la poitrine, de saignements, de problèmes de peau (acné, tâches lors des expositions au soleil, dartres...), des problèmes veineux (avec des jambes lourdes, des crampes...), de prise de poids, etc...

Il faut savoir écouter les patientes et prendre en charge les éventuels effets secondaires rapportés. Il faut bien garder en tête que la pilule est un médicament, ce qui implique qu'il y ait des effets secondaires mais que la balance bénéfico-risque de la pilule reste pour le moment largement en sa faveur.

I.4.2.5 Des scandales sanitaires médiatisés

Des scandales sanitaires nouveaux émergent à propos de la contraception et jouent un rôle majeur pour beaucoup de femmes.

Deux plaintes ont été déposées : une en 2012 contre le laboratoire qui commercialisait une pilule oestro-progestative (POP) de 3^{ème} génération (Méliane®) qui est tenue pour responsable d'un accident thrombo-embolique artériel et une deuxième plainte a été déposée en 2013 pour le même motif. Une médiatisation importante s'ensuit : les effets indésirables possibles des contraceptifs sont ainsi mis en avant et a éclaté ce qu'on appelle « la crise de la pilule ». En réponse à cette crise médiatique et sanitaire, le gouvernement a modifié les conditions d'accès à certaines pilules et a décidé le déremboursement des pilules de 3^{ème} génération en mars 2013 (celles de 4^{ème} génération n'avaient jusque-là jamais été remboursées). Un paradoxe notable de cette histoire est que les patientes ayant porté plainte ont été victimes d'AVC or, l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) a conclu qu'il existait un surrisque de thrombose veineuse avec les pilules de 3^{ème} génération par rapport à celles de 2^{ème} génération. Concernant le risque artériel, l'ANSM a reconnu qu'il y avait un surrisque chez les utilisatrices de POP par rapport à celles qui ne l'utilisent pas, mais que ce risque artériel ne varie pas en fonction des différentes POP utilisées : un amalgame a donc été réalisé... [46] [47]. Depuis cette crise de la pilule, des associations de patients réclament de réaliser systématiquement un test sanguin avant la prescription de pilule afin de chercher les mutations génétiques d'hypercoagulabilité [48] : non réalisé pour le moment selon les recommandations de l'HAS [49].

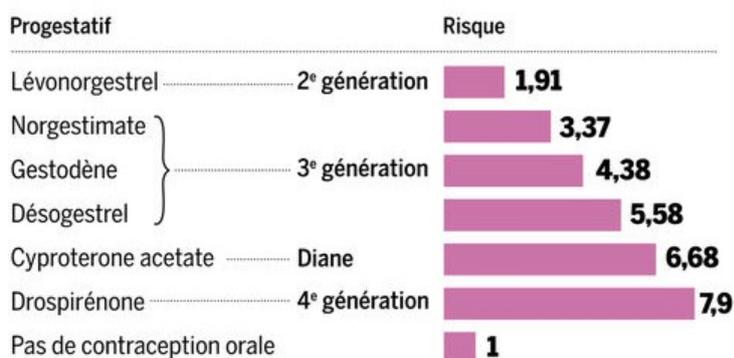


Figure 6 : Risque thromboembolique veineux selon le progestatif (pour des pilules dosées à 30 ou 40 microgrammes d'éthinylestradiol) [50].



Une seconde polémique porte sur le médicament Diane 35® qui possède une AMM depuis 1987 en tant que traitement de l'acné chez les femmes, mais qui est largement prescrit à titre contraceptif. Effectivement, selon l'ANSM en 2012, Diane35® et ses génériques sont prescrits à 60% par des généralistes, à 37% par des gynécologues qui disent la prescrire dans 7% des cas pour de l'acné et seulement à 3% par des dermatologues [51]. Ce traitement est responsable au même titre que les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations d'un surrisque thrombo-embolique. En février 2013, près de 200 plaintes s'apprêtent à être déposées contre Diane35®. La peur du scandale pousse alors les autorités sanitaires au choix radical de retirer ce traitement de la vente dans un premier temps. Mais l'Agence Européenne du Médicament (EMA) impose à la France sa remise sur le marché en juillet 2013, en précisant bien que ce traitement ne doit pas être prescrit à visée contraceptive.

La crise de la pilule s'est manifestée principalement par une baisse globale de l'utilisation des pilules contraceptives avec une augmentation de l'utilisation des DIU et du préservatif. Ainsi, selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et l'INED, près d'une femme sur cinq déclarait alors avoir changé de moyen de contraception depuis cette polémique autour de la pilule [52]. Depuis le déremboursement de ces pilules et ce scandale, selon le rapport de l'ANSM de juin 2014, on note une baisse de 60% des ventes de pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations de janvier 2012 à janvier 2014 [52], au profit d'autres types de contraception. Une thèse réalisée, en 2014, à la faculté de Limoges sur l'impact de la polémique [53], indique que 29% des patientes utilisant ces pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations, ont décidé d'arrêter leur pilule sans poursuivre leur contraception par un autre moyen. Cependant, cette thèse précise que 59% des femmes ont modifié leur contraception en choisissant de la poursuivre par un autre moyen, et 12% ont conservé leur pilule de 3^{ème} ou 4^{ème} génération.

Le Dr Marie Laure Brival, gynécologue, explique en 2017, dans une émission télévisée, [18] que même si le prescripteur a une influence majeur, depuis la crise de la pilule de 2012, les femmes se posent plus de questions, elles demandent plus de liberté, souvent elles arrivent au cabinet en s'étant renseignées, en ayant choisi leur contraception et demandent juste aux médecins de confirmer leurs choix. Ainsi, un des bénéfices notable de cette crise est que l'exigence d'informations de la part des femmes devient plus importante et que, de ce fait, on avance sur plusieurs thèmes comme la contraception définitive ou le préservatif féminin.

Aussi, suite à cette crise, naissent des mouvements tels que *la génération no pilule* qui revendiquent « *une contraception sans souffrance, non polluante et égalitaire* ». Ils se questionnent sur le fait « *d'avoir à subir les effets secondaires d'un médicament alors que l'on n'est pas malade (...), que ce soit systématiquement aux femmes de rogner sur leur bien-être* ». Ils estiment que « *au-delà des risques de cancer ou d'embolie, voir sa libido diminuée, souffrir de migraines, de mycoses à répétition ou de quelque douleur que ce soit qui gâche de nombreux moments de vie n'est pas bénin* » [54] .

Les autorités sanitaires et le monde médical ont alors craint la réplique du *pill scare* qui a eu lieu au Royaume Uni en 1995 : beaucoup de femmes prévenues du risque de phlébite avec les pilules de 3^{ème} génération, ont arrêté leur pilule, ce qui a engendré une augmentation de plus de 10% des avortements au Royaume Uni [51]. En France, suite à ce scandale, il a été notée une augmentation de 4,7% du recours à l'IVG en 2013 par rapport à l'année précédente [51]. Cette hausse n'a donc rien eu à voir avec celle constatée au Royaume Uni en 1995 et elle a été suivie depuis par une tendance à la baisse.



D^r Gaudry, gynécologue obstétricienne, [55] explique que depuis cette crise, il existe aussi une crainte grandissante de la part des professionnels de santé, par peur de l'aspect médico-légal. Effectivement, cette question se pose avec cette affaire : dès 1995, les études scientifiques ont démontré l'accentuation du risque thrombo-embolique avec ces pilules et depuis 2007, l'HAS (Haute Autorité de Santé) recommandait aux médecins de ne plus prescrire ces pilules de 3^{ème} génération en première intention [50]. Ainsi, ce scandale a permis de remettre en question les habitudes de prescription de beaucoup de praticiens.

De nouveaux scandales médiatiques ont eu lieu plus récemment :

- Une action en justice a été menée en 2015 contre l'implant contraceptif irréversible Essure®. Il est soupçonné de causer de nombreux troubles : neurologiques, psychiatriques, musculaires, pathologies auto-immunes, pathologies hémorragiques ou ORL, etc... Les associations de patientes ont demandé la suspension de ce produit. Des études ont donc été réalisées entre autres par l'ANSM en France [56] : « *Si les effets secondaires concernant ces implants sont en hausse d'après l'agence du médicament, celle-ci ne dispose à ce stade d'aucun élément qui remettrait en cause le rapport bénéfice/risque (...). Les complications signalées relevaient de la pratique de pose et non du dispositif en lui-même* ». Les principaux problèmes retrouvés sont : un recours élevé à l'anesthésie lors de la pose ; le contrôle à 3 mois après la pose qui n'a pas lieu dans 80% des cas ; le surrisque de réaction allergique de 10% chez les femmes ayant des antécédents d'allergie, des affections tubulaires plus fréquentes par rapport à la ligature des trompes, des manifestations extra-gynécologiques qui sont rares (1087 femmes concernées pour 200 000 porteuses d'Essure®). Ces problèmes sont améliorés dès le retrait de l'implant. Ainsi, les experts [57] ne recommandent pas le retrait de l'implant en dehors des femmes symptomatiques et ils maintiennent une surveillance renforcée [58]. En juin 2016, l'ANSM précise [59] qu'il faut mieux encadrer les conditions d'implantation de cet implant. En septembre 2017, le laboratoire Bayer décide de ne plus le commercialiser [60].
- En mai 2017, un scandale a touché le DIU Mirena® [61] : l'ANSM a constaté une augmentation des déclarations d'effets indésirables à type d'anxiété, vertiges, asthénie, irritabilité. L'importance de respecter les recommandations et l'obligation d'informer les patientes ont été rappelées par l'ANSM [62] et des investigations ont été réalisées : « *A ce jour, au regard des données disponibles, l'augmentation et la nature des déclarations ne remettent pas en cause le rapport bénéfice/risque de Mirena, qui reste positif dans ses indications actuelles* ».

I.4.2.6 De nouvelles questions émergent

Avec des scandales médiatiques de ce type, des questions nouvelles émergent. Mais, le Dr Danielle Gaudry (gynécologue et militante féministe) [14], explique que la peur de la contraception a commencé dès les années 1980. Par exemple, dès 1988, le Dr Ellen Grant sonne l'alarme sur les dangers de la pilule dans son livre *Amère pilule, la vérité sur le contraceptif chimique* [51]. De même, en 1996, Catherine Valabrière (sociologue, ancienne secrétaire générale du Planning Familial lors de sa fondation) écrivait déjà : « *Il y a un avant la pilule et un après. (...) Hier, il fallait disposer des méthodes contraceptives ; aujourd'hui il s'agit de savoir, puisqu'on les possède, ce que l'on veut en faire* » [13]. Plus récemment, dans son livre, *J'arrête la pilule* [7], Sabrina Debusquat, rend compte du rejet de la pilule.



Ainsi, nous remarquons que l'envie d'enfant et les contre-indications potentielles (hypertension artérielle, tabac...) ne semblent pas être les principaux facteurs d'arrêt de prise de la pilule. Les craintes rapportées dans la littérature ne sont pas uniquement liées à l'usage de la pilule. Ainsi, par rapport au DIU, sont rapportées des craintes telles que [30] la douleur à la pose ou au retrait, la gêne potentiellement ressentie par le partenaire, le risque du rejet du DIU et le risque de grossesses non désirées, la notion contraignante de corps étranger dans l'utérus avec la dépendance à un tiers (médecin) pour le faire contrôler et retirer, les risques d'hémorragies, de crampes, d'infections ou encore de stérilité.

De nos jours, de nombreux articles sont publiés dans la presse ou sur internet. Se pose alors la question du rejet de la pilule et du recours aux méthodes dites naturelles pour certaines femmes. Le rejet du paternalisme imposé par une certaine pratique de la médecine est mis en avant [63]. De plus, on retrouve le rejet des industriels, des laboratoires et de l'influence qu'ils peuvent avoir sur le corps médical [63] : dans l'introduction du livre *J'arrête la pilule* [7], le Dr Joël Spiroux de Vendômois, médecin généraliste, explique que « *Donner la pilule aux jeunes femmes âgées de quatorze à quarante-huit ans puis leur prescrire un traitement hormonal post ménopausique représente un « Eldorado » pour l'industrie pharmaceutique* ».

Il existe aussi une réelle défiance vis-à-vis des hormones et plus généralement vis-à-vis des produits médicamenteux. Une thèse réalisée en 2013 [64] le confirme : les femmes ont une incapacité à définir le terme « hormone », une mauvaise connaissance de la physiologie et la connaissance de mauvaises expériences de leurs proches. Ainsi, les hormones sont extrêmement médiatisées et vues comme un réel danger : Sabrina Debusquat écrit [7] que « *prendre des hormones de synthèse, c'est ingérer, par des circuits inhabituels, des molécules étrangères dans le but de dompter une fonction naturelle précise. Or, comme toucher une seule fonction hormonale sans en perturber de nombreuses autres n'est pas possible, cet acte n'est jamais anodin* ».

Ainsi, de plus en plus de femmes ont le désir d'utiliser des méthodes qu'elles appellent « naturelles » [18] afin disent-elles de se « *réapproprier leur fertilité* ». On a d'ailleurs remarqué une tendance actuelle à une diffusion de renseignements sur ces méthodes, surtout par le biais de sites internet comme par exemple le centre Billing France [65]. Ce besoin de recours à la nature, comme argumentaire de refus de la pilule, la sociologue M. Ferrand le réfute en expliquant que la pilule permet de « *dissocier sexualité et procréation et, de ce fait, la contraception permet de sortir d'une soumission à la nature* ». Ainsi, l'égalité hommes-femmes est plus importante en accédant à un plaisir sexuel non contraint par la peur de tomber enceinte [66].

Bibia Pavard (historienne) [14] explique que la pilule est révélatrice d'un nouveau rapport à la nature, au corps, au médicament. La pilule est un médicament, qui est soumis à la prescription médicale, délivré en pharmacie et pourvu d'une longue notice d'utilisation. Cette notion de prise médicamenteuse quotidienne n'est pas toujours prise en compte par la patiente elle-même : en effet, il n'est pas rare qu'en consultation lorsque nous posons la question « *Est-ce que vous prenez des médicaments ?* », la réponse est souvent « *Non* » ; et si nous enchaînons par « *Est-ce que vous prenez la pilule ?* », alors la réponse est souvent affirmative... Ainsi, les femmes utilisent tous les jours un médicament bien qu'elles ne soient pas malades. Effectivement, rappelons la définition d'un médicament selon le code de la Santé Publique [67] : « *On entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou*



pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique ».

Le Dr Danielle Gaudry, gynécologue obstétricienne [55], explique qu'il y a « une tendance écologique, à l'heure actuelle, avec un besoin de retour à la nature ». Certains n'hésitent pas à comparer les contraceptifs aux pesticides : « *la contraception hormonale fonctionne sur nos corps avec la même logique que les pesticides dans nos champs* » [68]. En effet, les hormones de la pilule, sont souvent accusées d'être un polluant majeur des eaux usées avec un impact important sur l'environnement. Cependant, en 2009, la France a décidé de considérer l'éthinylestradiol (EE) comme une substance « *non dangereuse* » en matière de pollution des eaux souterraines.

Une autre crainte est apparue et ce, dès le moment de la diffusion de la pilule : la peur du cancer, peur largement médiatisée par les propos de M^r Joyeux [51] (propos évidemment démentis par ses pairs). Au contraire, la pilule pourrait protéger de certains cancers comme celui des ovaires par leur mise au repos et les risques de développer un cancer avec la POP sont donc qualifiés de faibles.

De nos jours, la peur de la stérilité suite à l'utilisation de la contraception semble prendre une place grandissante, surtout quand la contraception est utilisée pour retarder la naissance du premier enfant. Cette thèse est encore une fois animée par M^r Joyeux [51]. Il est important de préciser que l'altération de la fertilité n'a jusque-là pas été démontrée. Le Dr Marie Laure Brival répond simplement aux femmes [18] : « *L'oubli d'un seul comprimé sur la plaquette peut entraîner une grossesse non désirée donc non la pilule n'entraîne pas de stérilité. Tout comme le dispositif intra utérin... D'où l'intérêt de rappeler aux médecins qu'il n'est pas nécessaire de réaliser de fenêtre thérapeutique de pilule !* ».

Ces peurs sont parfois vivement critiquées. Ainsi, des gynécologues écrivent dans *Libération* [69] : « *Oubliant la libération que représentent la pilule, la péridurale ou le traitement hormonal de la ménopause, les Françaises se détournent de ces acquis de la science pour des méthodes naturelles d'un autre âge* ».

1.4.3. Données chiffrées plus récentes concernant l'utilisation de la contraception

Malgré ces différentes difficultés rencontrées, nous pouvons considérer aujourd'hui que l'objectif premier du Planning Familial, de promouvoir l'utilisation de contraceptifs efficaces est atteint. Effectivement en France, 71,8% des femmes concernées par la contraception [1], c'est-à-dire les femmes de 15 à 49 ans, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des 12 derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant, utilisent une contraception médicalisée (pilule, DIU, implant, anneau, injection ou contraception définitive).

Nous avons vu les différentes évolutions des moyens de contraception avec, à l'arrivée, de nouveaux produits tels que les patches, les implants, etc... Bien que l'éventail des solutions contraceptives se soit élargi depuis la légalisation de la contraception, on constate qu'en France, le choix de la méthode semble être dicté par des normes qui restent très ancrées : le préservatif au début de la vie sexuelle, puis recours à la pilule quand le couple se stabilise et enfin emploi du DIU pour les femmes ayant eu des enfants. Ceci est en partie expliqué par l'idée que les risques infectieux et de stérilité, associés au DIU, persistent. Ainsi, le recours au



DIU au début de la vie sexuelle reste faible. Cependant, depuis les effets secondaires décriés de la pilule, le recours à d'autres moyens de contraception (le plus souvent le DIU) est noté. Quant aux autres types de contraception, elles sont en constante évolution.

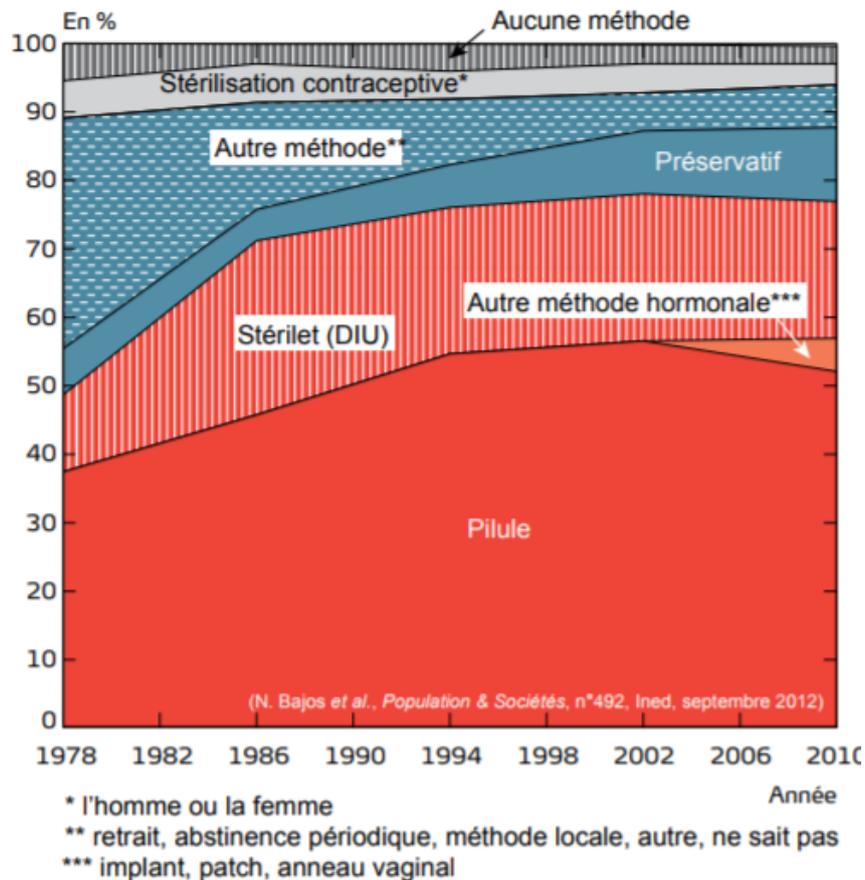
I.4.3.1 Etude *Fécond* 2010

L'enquête *Fécond* (analysée dans *Populations et Sociétés* en 2012 [70]) a été réalisée en 2010, par l'INSERM et l'INED, afin d'analyser les différents enjeux de santé sexuelle et reproductive (contraception, grossesse non prévue, avortement, infertilité, dysfonctions sexuelles), en France, sur un échantillon représentatif de la population avec 5275 femmes et 3373 hommes de 15 à 49 ans. Cette étude a permis de montrer l'évolution des comportements contraceptifs qui a eu lieu depuis la légalisation de la contraception.

Année de naissance	Pour 100 femmes âgées de 20 à 44 ans				
	Année d'enquête				
	1978 1933-1957	1988 1943-1967	1994 1949-1973	2000 1956-1980	2010 1966-1990
Proportions de femmes :					
Utilisant une méthode actuellement	67,8	67,8	67,7	74,6	72,9
dont Implant	-	-	-	-	2,6
Pilule	28,3	33,8	40,2	45,4	40,7
Stérilet	8,6	18,9	15,8	17,3	14,9
Injections hormonales	-	-	-	-	0,0
Patch	-	-	-	-	0,4
Anneau vaginal	-	-	-	-	0,9
Abstinence	5,5	5,0	3,9	1,3	2,0
Préservatifs	5,1	3,4	4,6	7,4	8,6
Retrait	18,0	4,8	2,4	2,3	2,8
Autres méthodes ⁽¹⁾	2,1	1,8	0,8	0,9	0,0
Stérilisation (but contraceptif) (*)					
la femme	4,1	4,2	3,0	4,7	2,3
le partenaire (masculin)	4,1	3,9	3,0	4,7 (*)	2,3
le partenaire (masculin)	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
N'utilisant pas de méthode	28,5	28,2	29,4	20,7	24,6
dont Stérilisées ⁽²⁾	3,2	1,8	1,5	(*)	0,9
Stériles	1,4	2,8	2,6	1,3	2,4
Enceintes	4,8	5,4	5,1	4,0	4,3
Sans partenaire	9,1	9,9	11,3	8,2	9,5
Veulent encore un enfant ⁽³⁾	6,3	6,6	6,4	5,4	6,0
Ne veulent plus d'enfant	3,7	1,7	2,6	1,8	1,6
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Population (milliers)	8 899	10 177	10 662	10 364	

Figure 7 : Méthode contraceptive pour 100 femmes âgées de 20 à 44 ans et de 15 à 44 ans [51].





Sources : Enquête Mondiale de Fécondité (1978), Enquête Régulation des naissances (1988), Enquête Situation Familiale et Emploi (1994), Enquête CoCon (2000), Enquête Fecond (2010).

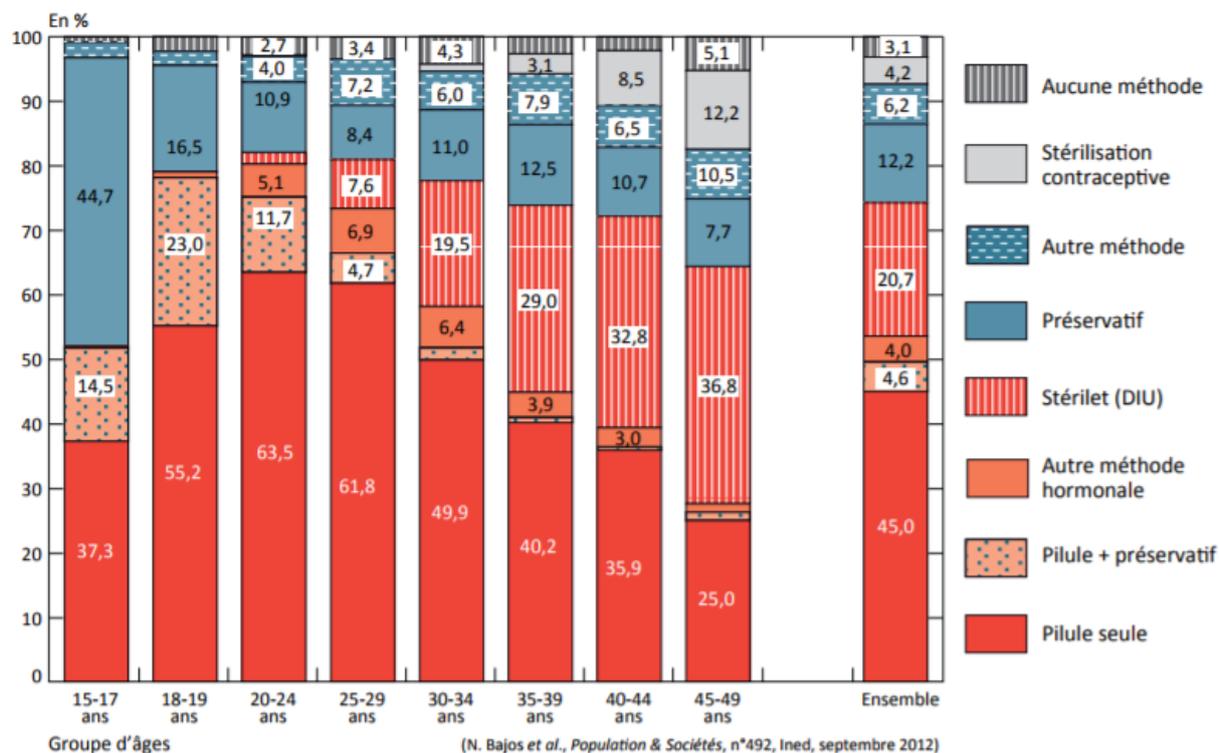
Champ : femmes de 20 à 44 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant.

Figure 8 : Les méthodes de contraception utilisées en France. Evolution 1978-2010 [70].

Nous constatons qu'à la fin des années 1970, la méthode du retrait est très répandue et les méthodes naturelles restent très utilisées. Puis ces dernières vont laisser place à l'utilisation d'autres types de contraception. Parmi les femmes concernées, 1 femme sur 2 utilise la pilule en 2010, mais on note déjà une diminution de l'utilisation de la pilule de 5 points entre le milieu des années 2000 et l'année 2010, alors que la proportion y ayant recours n'avait jusque-là cessé d'augmenter depuis sa légalisation en 1967. Cette baisse est globalement compensée par l'utilisation de nouvelles méthodes qui sont mises sur le marché au cours de ces années. Le recours à la pilule a diminué de façon différente selon l'âge des femmes, avec aussi des différences d'utilisation selon l'âge. Quant au préservatif, comme nous l'avons vu, il suit une évolution tout à fait différente : son utilisation décroît dans un premier temps puis remonte dans les années 1990 qui correspondent aux « années SIDA ».



Les méthodes de contraception utilisées en 2010 selon l'âge des femmes sont les suivantes :



Sources : Enquête Fécond (2010), Inserm-Ined.

Champ : femmes de 15 à 49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant.

Figure 9 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes [70].

Ainsi, en 2010, l'étude *Fécond* rapporte un « modèle contraceptif figé » avec le DIU qui reste très faiblement utilisé depuis 1970, surtout chez les nullipares, malgré les recommandations de la HAS datant de 2004. Ce faible recours tient aux idées reçues mais aussi aux professionnels de santé : 69% des gynécologues et 84% des médecins généralistes estiment que cette méthode n'est pas indiquée chez la nullipare.

Des inégalités sociales sont constatées : les femmes des milieux favorisés ont plus souvent recours à la pilule (et surtout celle de 3^{ème} génération) et au DIU ; de manière générale, elles obtiennent un meilleur accès à la contraception ; le type de suivi médical varie (plus de recours aux gynécologues qu'aux médecins généralistes chez les femmes issues de milieux favorisés) ; les représentations contraceptives ne sont pas les mêmes autant pour les femmes que pour les professionnels de santé (plus d'implants pour les personnes en difficultés financières et les femmes originaires d'Afrique subsaharienne car les médecins préféreraient prescrire à cette patientèle une « méthode dont l'efficacité ne dépend pas de leur observance supposée a priori défailante »).

I.4.3.2 Etats des lieux des pratiques contraceptives de l'HAS en 2013

L'HAS fait un état des lieux des pratiques contraceptives en France en 2013 [37]. Les principaux points qui en ressortent sont les suivants :

- Malgré une prévalence contraceptive élevée en France, une grossesse sur trois est déclarée « non prévue » : un tiers de ces grossesses non prévues est dû à l'absence de contraception, tandis que les deux autres tiers de ces grossesses surviennent sous contraception.
- Les experts en sciences sociales confirment la notion de « norme contraceptive ».
- La pilule reste, globalement, la méthode la plus utilisée : 45% des femmes concernées par la contraception et à tout âge, sauf chez les 45-49 ans où le DIU prédomine.
- L'utilisation de la pilule a légèrement diminué depuis 2000, au profit d'autres méthodes telles que l'implant en premier lieu puis l'anneau puis le patch, mais ces méthodes restent utilisées par moins de 5% des femmes et ce type de recours n'a pas eu lieu chez les 20-24 ans. Ces méthodes sont très rarement prescrites par les médecins généralistes.
- 50% des POP utilisées en 2012 sont des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations (augmentation régulière d'utilisation au cours des dernières années, au détriment des pilules de 1^{ère} et 2^{ème} générations), mais cette proportion diminue depuis 2013 : 39% en mars 2013.
- Les POP de 3^{ème} et 4^{ème} générations sont plus souvent prescrites par les gynécologues alors que les médecins généralistes prescrivent majoritairement des 1^{ères} et 2^{èmes} générations.
- Les pilules progestatives représentent moins de 15% de l'ensemble des pilules utilisées.
- Le DIU est utilisé chez 1 femme sur 5 et 50% des DIU utilisés sont des DIU hormonaux. Moins de 10% des DIU sont prescrits par les médecins généralistes.
- L'utilisation du préservatif est en augmentation : 60% des 15-17 ans, dont 15% l'utilisent avec la pilule.
- Le recours à la stérilisation reste faible : 3,9% des femmes et 0,3% des hommes.
- Les méthodes naturelles sont utilisées par 6% des femmes (chiffre stable depuis 2000).
- 3% des femmes ne souhaitant pas être enceintes n'utilisent pas de contraception.
- Concernant les CPEF : la réponse à la demande est adéquate mais il existe des limites d'accessibilité avec, notamment, de grandes variabilités de répartition géographique (surtout en zones périurbaines ou rurales).
- Concernant l'information à la sexualité et à la contraception des jeunes dans le milieu scolaire (qui est une obligation légale depuis 2001), on constate de nombreuses difficultés matérielles et logistiques d'organisation des séances, une absence d'évaluation de ces dispositifs (avec une qualité de formation sûrement inégale), des réticences persistantes à la tenue de ces séances et une mobilisation très inégale des collectivités concernées (Education Nationale, conseils régionaux, Assurance Maladie, etc...).

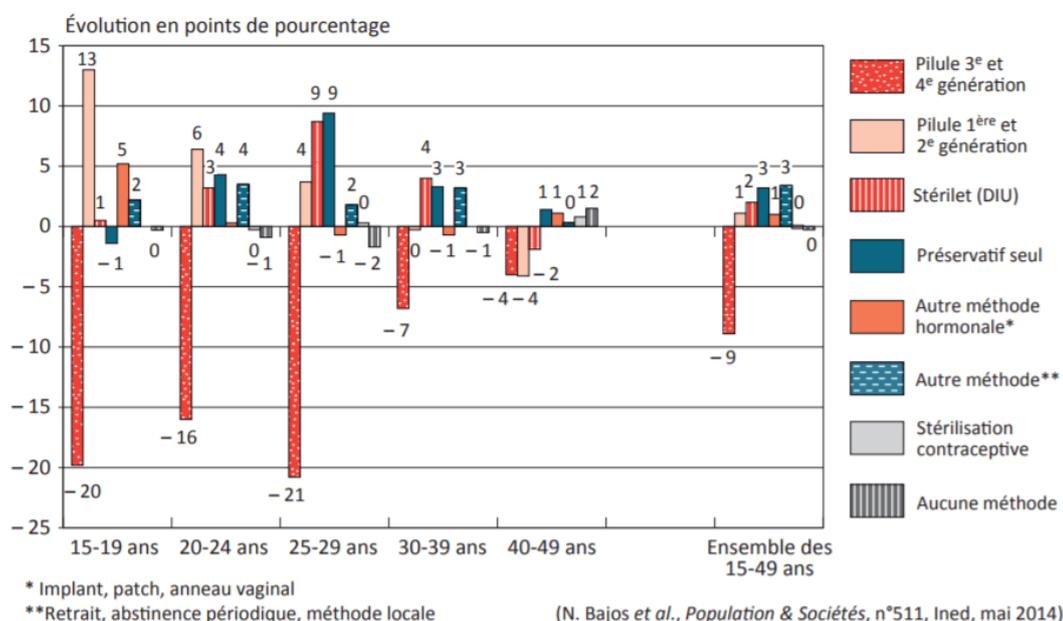


- Il existe des freins d'accès à la contraception du côté des professionnels de santé, surtout liés aux représentations socio-culturelles : sexualité en fonction de l'âge, d'un éventuel handicap, etc... Or, la formation initiale et continue des médecins ne prévoit pas d'information sur la prise en compte de ces facteurs socio culturels.
- Il existe des freins à la contraception du point de vue des usagers : du fait d'une ambivalence avec le désir plus important de grossesse que de contraception, du fait d'une réticence à consulter des professionnels de santé qui vont probablement poser des questions qui relèvent de l'intime, du fait d'un manque d'information concernant la sexualité et la contraception, du fait d'idées reçues sur la fertilité (surtout chez les mineures et les femmes de plus de 40 ans), du fait de contraintes économiques (baisse du recours à la pilule chez les 20-24 ans sans compensation par d'autres méthodes), ou encore du fait de situations de grandes difficultés sociales (précarité, dépendance affective sexuelle matérielle ou psychologique par rapport au partenaire...).

L'ANSM confirme la diminution de prescription des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations à partir de décembre 2012, avec une augmentation de l'utilisation de l'implant et du DIU et souligne « la pertinence des pratiques des prescripteurs qui (..) ont bien pris en compte les recommandations de l'ANSM » [71].

I.4.3.3 Etude Fécond 2013

L'enquête *Fécond*, réalisée en 2013 par l'INSERM et l'INED (première enquête réalisée depuis la crise de la pilule, auprès de 4453 femmes et 1587 hommes) rapporte les éléments suivants à propos de l'évolution des méthodes de contraception utilisées en France entre 2010 et 2013 selon l'âge des femmes :



Source : Enquête *Fécond* (2013), Inserm-Ined.

LECTURE : la proportion de femmes de 25-29 ans utilisant une pilule de 3^e ou 4^e génération a baissé de 21 points entre 2010 et 2013 (28 % en 2010 et 7 % en 2013).

CHAMP : femmes de 15-49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant.

Figure 10 : Evolution des méthodes de contraception utilisées en France entre 2010 et 2013 selon l'âge des femmes [72].

Ce schéma permet d'étudier l'impact des événements médiatiques (« crise de la pilule ») sur les pratiques et les représentations contraceptives.

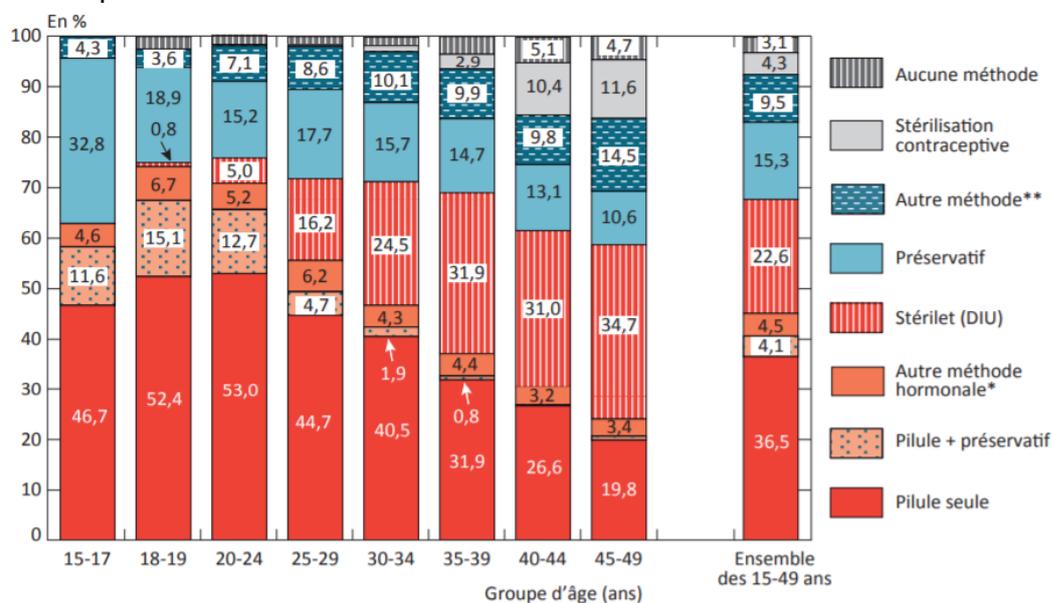
Seulement 3% des femmes n'utilisent aucune contraception : on ne peut donc pas parler de désaffection envers la contraception suite à ce débat médiatique, car il s'agit de la même proportion qu'en 2010.

Par contre, le recours à la pilule a baissé, passant de 50% à 41% entre 2010 et 2013 [72] : cette baisse prolonge celle observée entre le milieu des années 2000 et l'année 2010, mais cette dernière était moindre. Ainsi, le recours à la contraception orale a reculé de 14 points en France en l'espace d'une décennie. La baisse observée depuis 2010 semble bien être liée au débat médiatique car elle concerne de manière quasi exclusive les pilules incriminées dans le débat : les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations représentent, en 2010, 19% des méthodes contraceptives utilisées contre 10% en 2013.

Le débat semble avoir provoqué une désaffection plus large vis-à-vis de la méthode elle-même : les utilisatrices de ces pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations se sont peu reportées vers les pilules de 2^{ème} génération (22% d'utilisatrices de 2^{ème} génération en 2010 et 23% en 2013 [72]), optant plutôt pour le DIU (+ 1,9 point), le préservatif (+ 3,2 points) ou les autres méthodes dites naturelles ou traditionnelles telles que le retrait (+ 3,4 points) [73].

Cette « crise de la pilule » a probablement eu l'avantage de diversifier les méthodes utilisées : près d'1 femme sur 5 déclare avoir changé de méthode de contraception depuis le débat médiatique de 2012 [72] ; et ainsi, on constate qu'entre 2010 et 2013, le recours au DIU est passé de 2% à 5% chez les 20-24 ans, de 8% à 16% chez les 25-29 ans [1]. Malheureusement, aucune progression n'a été notée chez les moins de 20 ans.

Ainsi en 2013, on note une utilisation plus diversifiée des différentes méthodes de contraception :



* Implant, patch, anneau vaginal

**Retrait, abstinence périodique, méthode locale

(N. Bajos et al., Population & Sociétés, n° 511, Ined, mai 2014)

Source : Enquête Fécond (2013), Inserm-Ined.

Champ : femmes de 15-49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant (soit 75 % de l'ensemble des femmes de 15-49 ans).

Figure 11 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2013 selon l'âge des femmes [72].

Cette crise de la pilule a donc permis un léger assouplissement de la norme contraceptive. Ceci est aussi la conséquence des modifications de prescription des professionnels de santé. Ainsi, lorsque l'étude *Fécond* a été menée, il était trop tôt pour savoir si les professionnels s'en tenaient à prescrire des pilules de 2^{ème} génération pour une première prescription comme le recommandaient les autorités de santé depuis 2013 (à savoir qu'en 2010 : 1 femme sur 2 s'était vue prescrire une pilule de 3^{ème} ou 4^{ème} génération comme toute première pilule [72]). Par contre, on constate qu'il y a moins de réticence de la part des professionnels de santé à prescrire des DIU chez les nullipares (en partie grâce à la demande des femmes elles-mêmes). En effet, entre 2010 et 2013, le recours au DIU passe de 2% à 5% chez les 20-24 ans et de 8% à 16% chez les 25-29 ans (augmentation enregistrée chez ces dernières même si elles n'ont pas d'enfant : de 0,4% à 8%). On ne constate aucune évolution d'utilisation du DIU chez les moins de 20 ans, ni chez les 20-24 ans nullipares.

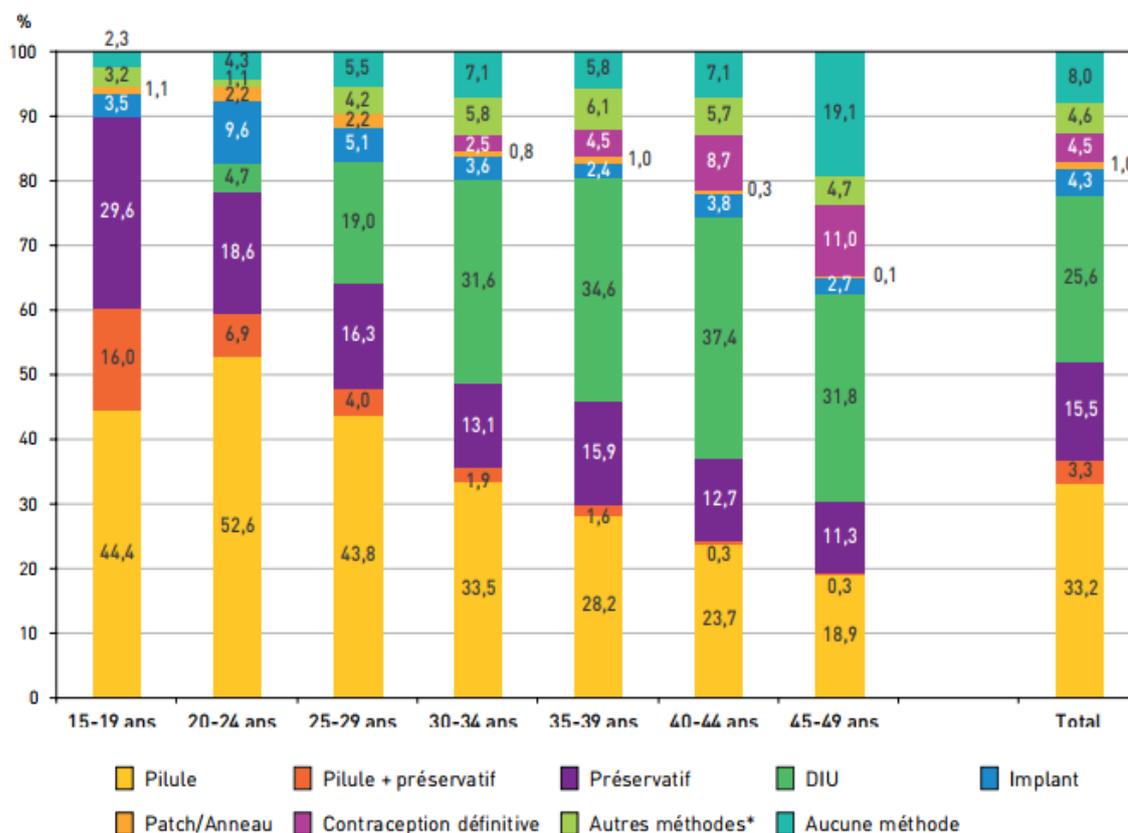
Par contre, on note la résurgence plus importante d'inégalités : les femmes en situation de précarité ou non diplômée, sont passées pour des raisons économiques, aux méthodes naturelles ; alors que les diplômées se sont tournées soit vers des moyens de contraception efficace comme le DIU ou vers les méthodes naturelles mais dans un mouvement de rejet des hormones et non pas pour des raisons économiques. Ainsi, plus largement, Mme Bajos évoque une [73] « *recomposition des inégalités sociales* » avec les catégories sociales précaires qui ont, de fait, une couverture contraceptive moins efficace en 2013.

De plus, la baisse du recours à la pilule est d'autant plus marquée chez les jeunes [72]. Une des explications donnée à la baisse de l'utilisation de la contraception chez les jeunes est qu'il s'agit de la classe d'âge qui a le plus été touchée par la crise économique de 2008 (surtout les 20-24 ans) [11]. Mais une autre explication est aussi donnée par le fait que les moins de 30 ans sont moins sensibles au symbole de libération que pouvait représenter la pilule pour les générations précédentes [66].

On constate aussi des disparités d'origine géographique [72] : « *les femmes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne ont fortement réduit leur usage des pilules (- 39%) pour se tourner vers ces méthodes (naturelles) (26% en 2013 contre 5% en 2010)* ».



I.4.3.4 Enquête du Baromètre Santé 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.

Figure 12 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge. L'enquête porte sur 4 315 femmes âgées de 15 à 49 ans [1].

Ces chiffres ont été comparés à ceux de 2010 (avant la « crise de la pilule ») et à ceux de 2013 (l'année de la « crise de la pilule »), toujours suite à l'enquête du Baromètre santé en 2016 [1] et nous constatons les éléments suivants (Annexe 1) :

- La baisse du recours à la pilule constatée en 2013, s'est poursuivie en 2016 avec une baisse significative de 3,1 points entre 2013 et 2016, tout âge confondu. Ceci a lieu avec parallèlement une augmentation de l'utilisation du DIU (+ 6,9 points), du préservatif (+ 4,7 points) et de l'implant (+ 1,9 points).
- Mais cette baisse globale doit être interprétée en fonction de l'âge :
 - ✓ Chez les 15-19 ans : peu d'évolution du schéma contraceptif. On note une augmentation significative de l'utilisation de l'implant entre 2010 et 2013 (non retrouvée en 2016) et dans une moindre mesure une augmentation significative de l'utilisation des patchs et d'anneaux (non retrouvée en 2016). La pilule reste le premier moyen de contraception (baisse d'utilisation non significative), souvent utilisée avec le préservatif. Le recours à la contraception est massif : près de 99,1% des femmes de 15-17 ans sexuellement actives et ne souhaitant pas avoir d'enfant déclaraient en 2010 utiliser un moyen de contraception. Pour autant, d'importants problèmes d'observance et une très mauvaise connaissance de la reproduction peuvent entraîner des échecs contraceptifs,

comme en atteste le fait que 70% des IVG sur mineures interviennent chez des jeunes femmes qui prenaient un contraceptif à la date de la conception [22].

- ✓ Chez les 20-24 ans : diminution significative de l'utilisation de la pilule qui a été progressive entre 2010 et 2013 et qui continue entre 2013 et 2016. Le taux d'utilisation du DIU a surtout augmenté entre 2010 et 2013 puis l'implant a été beaucoup utilisé entre 2013 et 2016. L'usage du préservatif double entre 2010 et 2016.
- ✓ Chez les 25-29 ans : importante baisse de l'utilisation de la pilule entre 2010 et 2013, qui se poursuit entre 2013 et 2016 mais de manière moindre (baisse non significative). L'utilisation du DIU a beaucoup augmenté (de 6,9% en 2010 à 19% en 2016). Il en est de même pour le préservatif mais dans une moindre mesure. Ces variations ont principalement eu lieu entre 2010 et 2013.
- ✓ Chez les 30-34 ans : baisse marquée de l'utilisation de la pilule, d'autant plus significative entre 2010 et 2013. De même, on note une hausse de l'utilisation du DIU et du préservatif. Entre 2013 et 2016, on met en évidence une baisse de la proportion des femmes qui déclarent n'avoir recours à aucune contraception.
- ✓ Chez les 45-49 ans : pas de baisse d'utilisation de la pilule constatée sur la période 2010-2016. Cependant, concernant cette classe d'âge [74], au-delà de 40 ans, la couverture contraceptive décline, atteignant 40% lorsque la femme à 50 ans, alors que la proportion des couples désirant un enfant est négligeable. Ces couples estiment souvent ne plus être en mesure d'avoir d'enfant. Pourtant, le relâchement de la vigilance à cet âge n'est pas sans conséquence : la proportion des IVG atteint 60% à 45 ans.

Malgré les polémiques autour des méthodes contraceptives [1] il n'existe pas de réelle désaffection vis-à-vis de la contraception. La principale désaffection qui est constatée est celle envers la pilule (surtout depuis 2012) : en 2010, 45% des femmes utilisaient la pilule comme moyen de contraception, elles n'étaient plus que 40,5% en 2013 et 36,5% en 2016 [75].

L'utilisation des méthodes traditionnelles qui avaient connu une augmentation entre 2010 et 2013, n'a pas poursuivi sa hausse. Cependant, nous remarquons bien que des évolutions concernant les moyens de contraception utilisés continuent d'avoir lieu avec des stratégies de remplacement de la pilule variables et que les dynamiques sont différentes en fonction des classes d'âge : les principales modifications ont eu lieu sur la classe d'âge des 20-29 ans et en même temps, il s'agit de la classe d'âge dans laquelle on observe le plus haut taux d'IVG. Pourtant, les recours plus importants au DIU (+ 3,6 points entre 2010 et 2013) et à l'implant (+ 5,5 points entre 2013 et 2016), plutôt qu'à la pilule, qui sont des méthodes plus efficaces (car pas d'oubli) [75], ne devraient pas être à l'origine d'un taux important d'IVG. Mais ceci peut, peut-être, être expliqué par l'utilisation plus importante du préservatif, dans cette classe d'âge, en remplacement de la pilule. L'utilisation de cette méthode a, en effet, doublé dans cette tranche d'âge passant de 9% en 2010 à 19% en 2016 [75]. Cette méthode, qui est considérée comme une méthode liée à l'acte sexuel, est moins efficace avec un taux d'échec relativement élevé, mais cette dynamique a commencé dès 2013 et notamment dans les classes sociales précaires. Cette dynamique se poursuit en 2016... Delphine Rahib, qui est chargée d'études à l'unité Santé sexuelle de Santé publique France explique que « *Les principaux changements*



contraceptifs observés chez les 20-29 ans suivent deux tendances contraires. Soit elles abandonnent la pilule pour des méthodes à l'efficacité plus élevée (DIU, implant), soit au contraire, pour le préservatif, certes efficace contre les infections sexuellement transmissibles mais moins sur le plan contraceptif ».

I.4.3.5 Rapport de l'ANSM en mars 2017

L'ANSM confirme l'utilisation plus importante des pilules de 1^{ère} et 2^{ème} générations [76] :

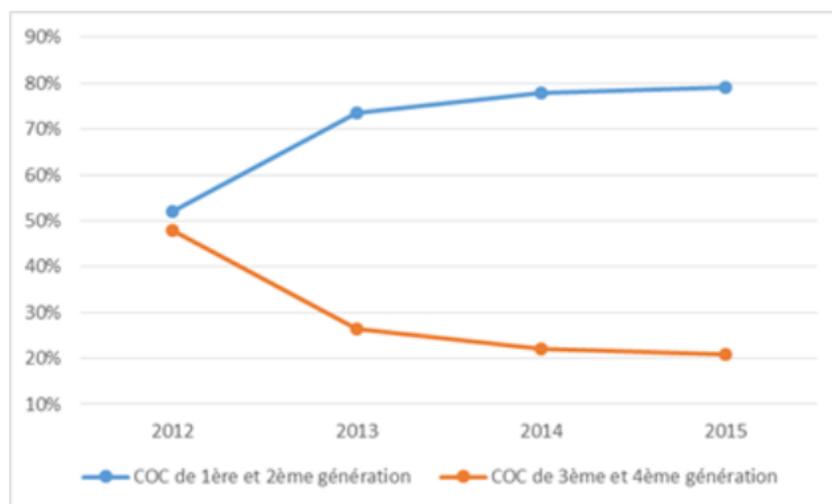


Figure 13 : Part de marché (%) des pilules oestroprogestatives [76].

I.4.3.6 Au total

Ainsi, en 50 ans de légalisation de la contraception en France, les usages ont radicalement changé : d'une contraception « traditionnelle » de couple nous sommes passés à une contraception médicale et féminine.

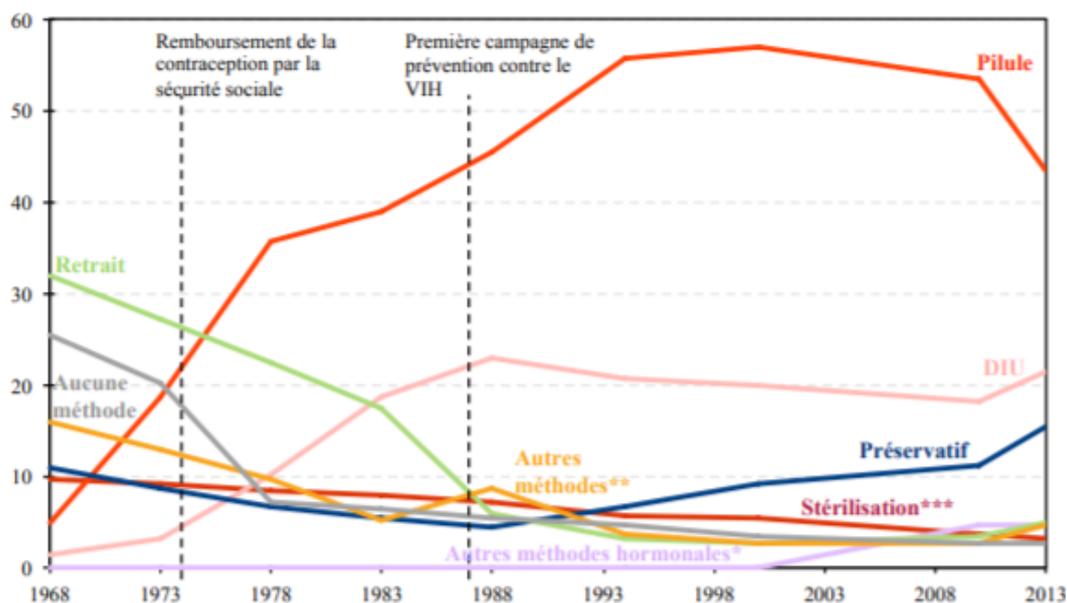


Figure 14 : Résumé des méthodes contraceptives utilisées en France métropolitaine, de 1968 à 2013, chez les femmes de 18 à 44 ans ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne cherchant pas à concevoir [35].

I.5. Méthodes de contraception

I.5.1. Les différents moyens de contraception

Il est important d'offrir aux patientes le choix de leurs contraceptifs et de les informer correctement afin qu'elles puissent faire, pour elles-mêmes, un choix éclairé.

Pour les aider, un site a été créé par Santé Publique France. Ce site est utile car il est complet et donne des informations objectives, fiables et compréhensibles pour les patientes. Il s'agit de : www.choisirsacontraception.fr

Il faut savoir qu'aucun moyen de contraception n'est efficace à 100%. L'efficacité des différents types de contraception est étudiée à partir de la probabilité qu'une grossesse non désirée survienne, en dépit de l'utilisation de la contraception. On distingue :

- L'efficacité dans la théorie qui est mesurée grâce à l'indice de Pearl qui correspond au pourcentage de grossesses « accidentelles » sur un an d'utilisation de la contraception donnée. Par exemple : un indice de Pearl à 2 signifie que 2 femmes sur 100 utilisant la méthode de contraception analysée pendant un an ont été enceintes dans l'année.
- L'efficacité pratique, qui est calculée sur l'ensemble de l'échantillon, y compris les couples n'ayant pas respecté la méthode (oubli de pilule, mauvais usage du préservatif, etc...), afin d'évaluer le risque de grossesse propre au moyen de contraception lui-même, mais aussi à son utilisation dans la vie courante.

En fonction du taux de grossesses au cours de la première année d'utilisation, la méthode est considérée par l'OMS comme :

- Inférieur à 1 : très efficace.
- Entre 1 et 9 : efficace.
- Entre 10 et 25 : modérément efficace.
- Entre 26 et 32 : moins efficace.

Les données suivantes sont principalement issues d'études américaines, mais il faut savoir que l'efficacité pratique peut varier selon la population : elle est d'ailleurs plus élevée en France qu'aux États-Unis [37].



Tableau 1 : Efficacité comparative des principales méthodes de contraception [77], [78], [79], [37].

Méthode de contraception	Indice de Pearl (%)	Efficacité pratique aux Etats-Unis (%)	Efficacité pratique en France (%)
Aucune contraception*	85	85	
Pilule oestroprogestative	0,3	9	2,4
Pilule progestative	0,3	9	2,4
Patch contraceptif	0,3	9	
Implant contraceptif	0,05	0,05	
Anneau vaginal	0,3	9	
Contraceptif injectable	0,2	6	
DIU cuivre	0,6	0,8	1,1
DIU progestérone	0,2	0,2	1,1
Préservatif masculin	2	18	3,3
Préservatif féminin	5	21	
Spermicide	18	28	22
Diaphragme et spermicide	6	12	
Cape cervicale	9 à 26	16 à 32	
Méthodes dites naturelles	0,4 à 5	24	8
Retrait	4	22	10
Stérilisation féminine	0,5	0,5	
Stérilisation masculine	0,10	0,15	

*Population qui n'utilise pas de contraception ou qui a interrompu sa contraception pour favoriser une grossesse.

I.5.1.1 La contraception orale

Il s'agit d'un comprimé à prendre quotidiennement, à heure régulière, pendant 21 ou 28 jours selon le type de pilule. Les plaquettes de 28 comprimés permettent généralement de réduire les oublis. Il a été choisi de réaliser ce schéma de 21 jours pour recréer la physiologie du cycle menstruel. Les nouveaux schémas de pilule ont tendance à augmenter le nombre de jours de prise des comprimés actifs afin de diminuer la fréquence et l'intensité des saignements (Seasonique®). Elle est prescrite par le médecin ou une sage-femme et est délivrée sur ordonnance en pharmacie. Elle peut être renouvelée par une infirmière pour 6 mois maximum et le pharmacien peut renouveler la délivrance pour 6 mois maximum. Il est important de préciser aux patientes l'importance d'un bon suivi médical.

Aucune contraception ne modifie la réserve ovarienne en follicules. Ainsi aucune contraception n'interfère sur la fertilité. L'impact de ces contraceptions est réversible et peut survenir en moins de 24 heures : l'oubli d'un seul comprimé pouvant entraîner une grossesse. Sous pilule,



les règles qui surviennent sont simplement dues à une hémorragie de privation car elles sont la conséquence de l'imprégnation hormonale et non pas de la sécrétion endogène d'œstrogène ou de progestérone. Ainsi, la contraception oestro-progestative ne régularise pas les cycles mais provoque régulièrement des règles artificielles et elle peut ainsi masquer des troubles du cycle qui sont préexistants. Il faut savoir que, quelle que soit la voie d'administration des oestro-progestatifs : il est possible de supprimer la phase d'interruption pour ne pas avoir d'hémorragie de privation, afin d'améliorer le confort. Cependant, il est conseillé de provoquer ces hémorragies, 3 à 4 fois par an afin d'améliorer la tolérance mammaire (mastodynies fréquentes) et endométriale (spottings par atrophie) [3].

En cas de vomissements dans les 2 heures qui suivent la prise de la pilule, il faut reprendre une pilule. En cas de vomissements sévères ou de diarrhées pendant plus de 24 heures : la femme devra continuer à prendre la pilule. Et si ceux-ci durent plus de 2 jours, il faudra que la femme applique les procédures identiques à celles de l'oubli de pilule (cf. chap. I.5.1.10.).

A noter, qu'une application a été conçue par le Planning Familial afin d'éviter les oublis de pilule et permettre ainsi une meilleure observance et surtout le respect des créneaux horaires : il s'agit de *Pill' Oops*.

I.5.1.1.1. Pilule oestro-progestative (POP)

La POP contient un œstrogène et un progestatif :

- Le progestatif joue un rôle anti-gonadotrope en diminuant la sécrétion de FSH et donc la croissance folliculaire terminale et il diminue la production d'œstrogène endogène. Donc, sous pilule, les taux de FSH et de LH sont bas et il y a ainsi une suppression du pic ovulatoire. D'autre part, le progestatif rend la glaire cervicale plus épaisse, empêchant ainsi le passage des spermatozoïdes dans le tractus génital supérieur. Et enfin, il a un effet antiprolifératif sur l'endomètre, gênant ainsi l'implantation de l'œuf.
- Les œstrogènes ont un effet proliférant sur l'endomètre et ont aussi un rôle anti gonadotrope (en freinant la sécrétion de FSH) mais qui est faible. Ces derniers permettent surtout de réguler les saignements et d'améliorer la tolérance aux pilules : imprégnation oestrogénique suffisante pour les os, les vaisseaux, la peau...

Ainsi, l'effet contraceptif est obtenu grâce à 3 verrous : une action anti gonadotrope au niveau hypothalamo-hypophysaire, un impact au niveau de la glaire et un impact au niveau endométrial.

Le principal œstrogène utilisé est de l'éthinylestradiol (EE). Plus récemment, les nouvelles pilules mises en avant dans une stratégie « du naturel » sont aujourd'hui Qlaira® (commercialisée en 2009) et Zoely® (depuis 2012) qui sont des pilules monophasiques « à estradiol dit naturel ». Ces pilules seront classées dans le tableau 2 dans la génération « autre ». Il faut savoir que la revue *Prescrire* s'interroge déjà depuis 2009 [50] sur ces pilules : « *Le profil d'effets indésirables reste mal connu malgré l'aspect « physiologique » de la composition* ».

Le dosage initial en œstrogène a pu être diminué au fil du temps. Ainsi, on est passé des pilules dites « normo-dosées » (contenant 50 µg d'EE) aux pilules dites « minidosées » qui contiennent de 15 à 35 µg d'EE.



On parle de « génération de pilule » en fonction du type de progestatif utilisé car, petit à petit, on a essayé de diminuer les effets androgéniques tout en augmentant l'activité anti gonadotrope :

- 1^{ère} génération : commercialisée en France dans les années 1960, sa commercialisation a été arrêtée en juillet 2016.
- 2^{ème} génération : avec 20 à 40 µg d'EE + lévonorgestrel en monophasique (pas de variation de dose sur les 21 comprimés) ou en biphasique ou encore en triphasique. Ces pilules sont remboursées à 65% par l'Assurance Maladie, gratuites pour les mineures et sans condition d'âge dans les CPEF. Elles sont sur le marché en France depuis 1973.
- 3^{ème} génération : diminution de l'EE jusqu'à 15 µg + norgestimate ou désogestrel ou gestodène (à des dosages variables). De la même manière, on retrouve des pilules en mono ou triphasique. Elles sont utilisées en France depuis 1984. Le but était alors de trouver de nouveaux progestatifs pour diminuer les effets indésirables comme l'acné, etc... Elles ne sont pas remboursées.
- Puis, on a les pilules que l'on appelle parfois de « 4^{ème} génération » ou « autres » : ces pilules contiennent des progestatifs différents, qui sont des dérivés de la progestérone (toujours associés à de l'EE) : acétate de chlormadinone (activité androgénique très faible, Bélara®) ; acétate de cyprotérone (il s'agit de Diane 35® qui n'a une AMM que pour l'acné modéré à sévère en deuxième intention après échec des traitements topiques et antibiotiques systémiques) ; de la drospirénone (Jasmine®...) qui est un dérivé de la spironolactone qui a une activité anti-androgénique doublée d'une action anti-minéralocorticoïde. Ces pilules sont plus récentes (2001).

Pour tous ces contraceptifs, on parle de « phases » :

- Les pilules monophasiques : les comprimés sont tous de la même couleur, de même dose, ils sont à prendre 21 jours avec une pause de 7 jours (durant ces 7 jours, 7 comprimés de placebo peuvent aussi être mis en place pour éviter les oublis).
- Les pilules biphasiques : avec en général 7 comprimés moins dosés suivis de 14 comprimés plus dosés (puis une pause de 7 jours).
- Les pilules triphasiques : chaque semaine a un dosage différent durant 3 semaines puis la pause de 7 jours. Le but étant de reproduire au maximum le cycle naturel de la femme.



Tableau 2 : Les contraceptifs oestro-progestatifs oraux commercialisés en France [80], [81].

Génération	Princeps	Générique	Progestatif	Estrogène	Posologie	Remb. S.S.	Approximation prix pour un cycle
2	Minidril	Ludéal Zikiale	Lévonorgestrel 150 µg	EE 30 µg	21 cp puis 7j d'arrêt	Oui	1,62 €
2	Optidril	-	Lévonorgestrel 150 µg	EE 30 µg	21 cp puis 7j de placebo	Oui	1,62 €
2	Seasonique	-	Lévonorgestrel 15 puis 0 µg	EE 30 puis 10 µg	91 cp en continu (84 1 ^{ers} cp = 150 µg lévo + 30 µg EE ; puis 7 cp de 10 µg EE)	Non	≈ 10 €
2	Leeloo Gé	-	Lévonorgestrel 100 µg	EE 20 µg	21 cp puis 7j d'arrêt	Oui	1,62 €
2	Optilova	-	Lévonorgestrel 100 µg	EE 20 µg	21 cp puis 7j de placebo	Oui	1,62 €
2	Adépal	Pacilia	Lévonorgestrel 150 puis 200 µg	EE 30 puis 40 µg	21 cp (7+14) puis 7j d'arrêt	Oui	1,62 €
2	Trinordiol	Amarance Daily Evanecia	Lévonorgestrel 50 puis 75 puis 125 µg	EE 30 puis 40 puis 30 µg	21 cp (6+5+10) puis 7j d'arrêt	Oui	2,39 €
3*	Effiprev	-	Norgestimate 250 µg	EE 35 µg	21 cp puis 7j d'arrêt	Non	≈ 10 €
3*	Triafemi	-	Norgestimate 180 puis 215 puis 250 µg	EE 35 µg	21 cp (7+7+7) puis 7j d'arrêt	Non	≈ 11 €
3	Minesse Mélodia	DCI	Gestodène 60 µg	EE 15 µg	24 cp puis 4 cp de placebo	Non	≈ 13 € (3,96 € pour la DCI)
3	Méliane Harmonet	DCI Carlin 20 Efezial 30	Gestodène 75 µg	EE 20 µg	21 cp puis 7j d'arrêt	Non	≈ 9,30 € (5€ pour Carlin)
3	Minulet Moneva	DCI Carlin 30 Efezial 30 Felixita 30	Gestodène 75 µg	EE 30 µg	21 cp puis 7j d'arrêt	Non	≈ 10 €



3	-	Perléane	Gestodène 50 puis 70 puis 100 µg	EE 30 puis 40 puis 30 µg	21 cp (6+5+10) puis 7j d'arrêt	Non	≈ 8-10 €
3	Mercilon	DCI Desobel 20	Désogestrel 150 µg	EE 20 µg	21 cp puis 7j d'arrêt	Non	≈ 10 € 3,40 € pour la DCI
3	Varnoline	DCI Desobel 30	Désogestrel 150 µg	EE 30 µg	21 cp puis 7j d'arrêt	Non	≈ 5-10 €
3	Varnoline continu	-	Désogestrel 150 µg	EE 30 µg	21 cp puis 7j de placebo	Non	≈ 10 €
Autre	Bélara	-	Chlormadinon e 2mg	EE 30 µg	21 cp puis 7 j d'arrêt	Non	≈ 10 €
Autre	Bélara continu	-	Chlormadinon e 2mg	EE 30 µg	21 cp puis 7j de placebo	Non	≈ Plus de 10 €
Autre	Yaz	Rimendia DCI	Drospirénone 3 mg	EE 20 µg	24 cp puis 4 cp de placebo	Non	≈ 13 €
Autre	Jasminelle continu	DCI	Drospirénone 3 mg	EE 20 µg	21 cp puis 7j de placebo	Non	≈ 13 € 5€ pour la DCI
Autre	Jasminelle	Belanette Drospibel 20 DCI	Drospirénone 3 mg	EE 20 µg	21 cp puis 7j d'arrêt	Non	≈ 13 € (8€ pour Drospibel et 6 € pour la DCI)
Autre	Jasmine	Convuline Drospibel 30 DCI	Drospirénone 3 mg	EE 30 µg	21 cp puis 7j d'arrêt	Non	≈ 13 € (16 € pour Convuline)
Autre	Qlaira	-	Diénogest 0 puis 2 puis 3 puis 0 mg	Valérate d'estradiol 3 puis 2 puis 2 puis 1 mg	26 cp (2+5+17+2) puis 2 placebo	Non	≈ 13 €
Autre	Zoely	-	Nomegestrol 2,5mg	Estradiol 1,5mg	24 cp puis 4 placebos	Non	≈ 13 €

3* : Pilules de 3^{ème} génération qui peuvent être prescrites en première intention, comme une 2^{ème} génération.

cp= comprimé

Remb. = remboursement

≈ = approximation du prix car médicament en vente libre



La contraception oestroprogestative se met classiquement en route du 1^{er} au 5^{ème} jour du cycle : elle est alors efficace immédiatement. Elle peut aussi être commencée plus tardivement dans le cycle, c'est la méthode du *Quick Start* : l'efficacité est alors différée de 7 jours.

Toutes ces pilules ont une tolérance à l'oubli de 12 heures.

Le seul examen nécessaire avant la prise de cette pilule est la mesure de la tension artérielle. De plus, certaines équipes préconisent la mesure du poids. L'OMS recommande de fournir une prescription permettant d'avoir des pilules pendant 1 an pour que la femme puisse obtenir facilement des pilules en quantité suffisante pour éviter le risque de grossesse non désirée. Une consultation doit être prévue 3 mois après la mise en route de la contraception : vérifier l'observance, la tolérance sur le plan clinique (tension artérielle, poids, etc...) et sur le plan biologique (bilans lipidique et glucidique à 6 mois après la première prescription puis tous les 5 ans si pas d'anomalie). Puis une visite annuelle de suivi est recommandée.

Les principaux effets indésirables retrouvés avec la contraception oestro-progestative, sont :

- Effets indésirables bénins : troubles digestifs surtout à type de nausées et de vomissements, migraines, mastodynies, prise modérée de poids (1 à 2 kg maximum par rétention hydrosodée), candidose vaginale, modification de l'humeur et de la libido, acné et perturbations du cycle à type de spotting, métrorragies... L'oligoménorrhée et l'aménorrhée sont fréquentes et très inquiétantes pour les patientes : il faut dans ce cas-là les rassurer et chercher à éliminer une grossesse.
- Effets indésirables graves : augmentation du risque thromboembolique veineux par hypercoagulabilité liée aux estrogènes (un bilan de thrombophilie avant la mise en place du traitement est à réaliser uniquement chez les patientes présentant des antécédents familiaux au premier degré d'accidents thromboemboliques veineux sans facteur favorisant retrouvé [49]), augmentation du risque thromboembolique artériel (fortement influencé par les facteurs de risque cardiovasculaires), modification de l'équilibre glucido-lipidique, cholestase, augmentation du risque d'adénomes du foie et d'hyperplasie nodulaire focale, accélération du processus lithiasique, survenue d'une hypertension artérielle.

Concernant le risque thromboembolique veineux (phlébite ou thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire) [53] : plusieurs travaux publiés ont montré un risque accru de faire un événement thromboembolique veineux avec une pilule de 3^{ème} génération par rapport aux 1^{ère} et 2^{ème} générations. Ainsi, chez une femme en bonne santé, ce risque est annuellement de 2 pour 10 000 femmes qui ne prennent pas de contraceptifs oraux, de 5 à 7 pour 10 000 qui utilisent une pilule de 2^{ème} génération et de 9 à 12 chez les utilisatrices de la pilule de 3^{ème} génération [72]. Ce risque serait maximal lors de la première année de prise. Dès 1995, l'EMA avait déjà constaté ces failles sans pour autant retirer du marché ces molécules car les résultats n'étaient alors pas assez concluants. Il faut attendre 2013 pour que le comité d'évaluation des risques en matière de pharmacovigilance de l'EMA recommande aux prescripteurs de dépister les patientes à risque. Et c'est suite au scandale de la pilule, qu'en France, le ministère de la Santé a décidé de ne plus rembourser les pilules de 3^{ème} génération.

Concernant le risque de thrombose artérielle (accident vasculaire cérébral (AVC) et infarctus du myocarde (IDM)) [53] : en 2013, l'EMA mentionne que le risque est très faible et ne dépend pas du type de progestatif associé (il serait plutôt croissant en fonction de la dose d'œstrogène utilisée). Ce risque est plus élevé chez les femmes ayant une hypertension artérielle, chez les femmes de plus de 35 ans et chez les femmes qui présentent un tabagisme actif.



Ainsi, les principales contre-indications à la contraception oestro-progestative en découlent :

- Contre-indications absolues : antécédent personnel de cancer hormonodépendant (sein ou endomètre), migraine avec aura, antécédent personnel thromboembolique artériel (IDM ou signes précurseurs ou AVC) ou veineux (thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire), prédisposition héréditaire ou acquise à la thrombose veineuse ou artérielle (résistance à la protéine C activée, déficit en protéine S, hyperhomocystéinémie, anticorps anti-phospholipides), lupus avec syndrome des anti-phospholipides (SAPL), présence d'un facteur de risque de thrombose artérielle (hypertension artérielle (même équilibrée sous traitement), valvulopathie, trouble du rythme thrombogène, diabète compliqué, dyslipoprotéinémie sévère c'est à dire hypercholestérolémie et hypertriglycéridémie), tabagisme actif chez une femme de plus de 35 ans (avec une consommation de plus de 15 cigarettes par jour), altération de la fonction hépatique, tumeur hépatique bénigne (adénome, hyperplasie nodulaire focale) ou maligne, pancréatite ou antécédent de pancréatite associée à une hypertriglycéridémie sévère, saignements vaginaux non explorés, connectivite, porphyrie, hypersensibilité aux substances actives ou à un des excipients.
- Contre-indications relatives (qui doivent donc nécessiter une discussion) : symptômes évoquant un événement thromboembolique veineux ou artériel (douleur dans le mollet, faiblesse hémicorps...), antécédents familiaux thromboemboliques veineux ou artériels (chez un apparenté du premier degré de moins de 60 ans), âge supérieur à 35 ans, immobilisation prolongée, intervention chirurgicale majeure, diabète non équilibré, tabagisme, dyslipoprotéinémie, migraines, mastopathies bénignes, obésité, lupus sans SAPL, syndrome hémolytique et urémique, entéropathies inflammatoires chroniques, drépanocytose.

Pour aider à la prescription des contraceptifs à base d'oestro-progestatifs, l'ANSM a mis au point, en février 2014, un document qui regroupe les facteurs de risque qui engendrent la non-prescription de ces traitements (Annexe 2).

Les contraceptions hormonales oestro-progestatives peuvent présenter des avantages autres que celui de la contraception [82] :

- La prévention des troubles du cycle : souvent, on note une diminution de 40 à 50 % du volume des règles, des dysménorrhées moins fréquentes et moins intenses et une diminution du syndrome prémenstruel ;
- Sur le plan cancérologique : une réduction de plus de 50 % du risque de cancer de l'endomètre, réduction de plus de 40 % du risque de cancer de l'ovaire et il semble exister un effet protecteur sur le cancer colique. Aucune relation de causalité n'a pu être établie entre la prise d'oestro-progestatifs et le cancer mammaire ;
- Une réduction de près de 50 % du risque de kystes fonctionnels ovariens ;
- Un bénéfice sur l'acné surtout avec les pilules contenant 30 à 35 µg d'EE : la pilule Triafémi® possède d'ailleurs la double AMM [83] : « *Contraception orale chez la femme ayant une acné légère à modérée* » ;
- Un effet favorable sur la densité minérale osseuse chez les femmes en aménorrhée ou en oligoménorrhée ;
- Une réduction du risque d'infection utéro-annexielle a aussi été évoquée, du fait d'une modification de la glaire cervicale et des contractions utérines.



I.5.1.1.2. Pilule progestative

Elle ne contient pas d'œstrogène. Il existe des pilules dites « micro-progestatives » qui ont moins d'activité anti gonadotrope que les POP, elles ont surtout une activité locale, intra-utérine, elles modifient la glaire cervicale et diminuent ainsi la mobilité des spermatozoïdes. Au contraire, les pilules dites « macro-progestatives » ont une activité anti gonadotrope importante lorsqu'elles sont administrées 21 jours sur 28. Ces molécules n'ont pas l'AMM dans le cadre de la contraception (Lutéran®, Androcur®, Lutényl®...) mais elles sont utilisées pour lutter contre les effets de l'hyper-estrogénie que présentent certaines femmes.

Le principal avantage de ce type de contraception est qu'il n'y a pas d'impact au niveau hépatique, métabolique ou vasculaire.

Dans les examens préalables à réaliser, seule la mesure de la tension artérielle est retenue par l'OMS. De plus, l'OMS [77] conseille de fournir une prescription allant jusqu'à 1 an de pilules selon les préférences de la femme et l'usage prévu afin d'éviter le risque de grossesse non désirée.

Concernant le suivi, aucun suivi systématique n'est nécessaire mais on recommande une consultation à 3 mois pour évaluer la bonne tolérance de cette pilule.

Les principaux effets indésirables retrouvés avec la contraception progestative pure (donc valable aussi pour l'implant) sont :

- Un contrôle du cycle menstruel qui est imprévisible : principale cause d'arrêt de ce type de contraception ;
- Une hyper-estrogénie relative qui peut être responsable de mastodynies, d'œdèmes cycliques ou de douleurs pelviennes ;
- Survenue de kystes fonctionnels ovariens ;
- Altération de la motilité tubaire qui induit donc un risque accru de grossesse extra utérine. Mais ce n'est pas le cas pour les contraceptions qui bloquent l'ovulation comme Cerazette® par exemple.

Les principales contre-indications à l'utilisation de ces progestatifs sont : les métrorragies non explorées, les accidents thromboemboliques veineux récents (datant de moins de 3 mois), les antécédents d'accidents thromboemboliques artériels sous micro-progestatifs, les cancers hormonodépendants, les affections hépatiques (hépatite virale évolutive, adénome hépatique, cirrhose décompensée, carcinome hépatocellulaire...). Ne sont plus considérées comme des contre-indications la survenue d'une grossesse extra-utérine antérieure et les thrombophilies constitutionnelles ou acquises.

Il faut être très prudent avec Microval®, qui du fait de son faible dosage et de son action contraceptive qui repose principalement sur les actions périphériques (action principalement sur la glaire cervicale), impose une prise à heure fixe, sans interruption, avec une tolérance à l'oubli de seulement 3 heures. Cette tolérance est de 12 heures concernant les autres pilules progestatives car le désogestrel possède chez certaines femmes une action anti-gonadotrope supplémentaire.



Tableau 3 : Les contraceptifs progestatifs oraux commercialisés en France [80] [81].

Génération	Princeps	Générique	Progestatif	Estrogène	Posologie	Remboursement S.S.	Approximation prix pour un cycle
2	Microval	-	Lévonorgestrel 30 µg	-	28 cp	Oui	1,33 €
3	Cérazette	Desopop DCI	Désogestrel 75 µg	-	28 cp	Non	10,96 € (1,33 € pour Desopop)
3	-	Antigone Clareal Optimizette Desogestrel	Désogestrel 75 µg	-	28 cp	Oui	1,33 €

I.5.1.2 Le patch contraceptif



Figure 15 : Le patch contraceptif.

Il mesure environ 4,5 cm par 4,5 cm. Il est à coller par la patiente sur une peau saine, propre, sèche et glabre ; de préférence sur le bas de l'abdomen, les fesses et les faces externes des bras ; il ne faut pas l'appliquer au niveau mammaire et sur les zones de frottement. Il s'applique une fois par semaine et il est à renouveler chaque semaine, pendant 3 semaines. Durant la quatrième semaine : le patch est retiré, ce qui provoque l'arrivée des règles.

Ce patch contient des œstrogènes et de la progestérone : il délivre quotidiennement environ 20 µg d'EE et 150 µg de norgestimate. Il a l'avantage de s'affranchir du premier passage hépatique, mais ce n'est pas pour cela qu'il s'affranchit des risques vasculaires et métaboliques : c'est pour cela qu'il présente les mêmes contre-indications que la POP.

Il est prescrit par un médecin ou une sage-femme et est délivré en pharmacie, sur ordonnance. Il n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie. Son coût est d'environ 14 euros par cycle. En France, il est commercialisé sous le nom de patch Evra®.

La mise en place du patch et le suivi à réaliser sont équivalents à ceux de la POP.



I.5.1.3 L'anneau vaginal

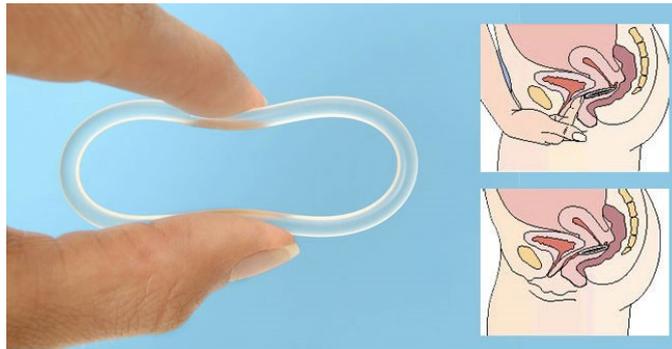


Figure 16 : L'anneau vaginal.

Il s'agit d'un anneau souple, transparent, flexible, de 54 mm de diamètre et 4 mm de diamètre de section, que la femme place elle-même en intra vaginal, comme un tampon. Il est efficace 3 semaines, puis on le retire. Il n'y a pas d'utilisation de l'anneau durant la quatrième semaine, ce qui déclenche les règles. Il peut être retiré pendant les rapports sexuels pour une durée maximale de 3 heures.

Il délivre quotidiennement à travers la paroi vaginale 15 µg d'EE et 120 µg de d'étonogestrel. Comme pour le patch, il a l'avantage de s'affranchir du premier passage hépatique, mais ce n'est pas pour cela qu'il s'affranchit des risques vasculaires et métaboliques : c'est pour cela qu'ils présentent les mêmes contre-indications que la POP.

Il est prescrit par un médecin ou une sage-femme et délivré sur ordonnance, en pharmacie. Il n'est pas pris en charge par l'Assurance Maladie. En France, il est commercialisé sous le nom de Nuvaring® et il coûte 16 euros par cycle alors que son générique Etoring® coûte 10 euros.

La mise en place de l'anneau vaginal et le suivi à réaliser sont équivalents à ceux de la POP.

I.5.1.4 L'implant contraceptif



Figure 17 : L'implant contraceptif.

Il s'agit d'une contraception à longue durée d'action. C'est la contraception ayant la plus grande efficacité, autant dans la théorie que dans la pratique. C'est un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de diamètre, qui est inséré sous la peau du bras non dominant, dans le sillon séparant le biceps du triceps, après une anesthésie locale. Il est efficace pendant 3 ans (2 ans chez les femmes en surpoids).



Il délivre un progestatif seul (l'étonogestrel qui est un métabolite biologiquement actif du désogestrel), qui est régulièrement libéré en faible quantité. Il peut avoir une action anti-gonadotrope chez certaines femmes mais son principal mode d'action repose sur la modification de la glaire cervicale.

Il est prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme et délivré sur ordonnance, en pharmacie. Il est remboursé par l'Assurance Maladie à 65%, gratuit pour les mineures et sans condition d'âge dans les CPEF. Il coûte 100 euros. Il est commercialisé sous le nom de Nexplanon®.

Il faut s'assurer de l'absence de grossesse pour le poser. L'OMS recommande de réaliser une mesure de la tension artérielle avant sa pose. La femme devra s'abstenir de relation sexuelle ou utiliser une méthode de contraception supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent la pose.

On note parfois une tolérance moyenne et beaucoup d'implants sont retirés : acné, prise de poids ou de troubles du cycle. Les règles peuvent être irrégulières, parfois très abondantes (en cas de spotting ou de saignements très abondants il est possible de prescrire des AINS type ibuprofène ou une POP faiblement dosée en EE) ou parfois absentes. Il faut bien préciser aux femmes, qu'elles peuvent le retirer à tout moment et que son action est rapidement réversible. Il est important de leur expliquer ces effets secondaires possibles avant la pose de l'implant, afin d'atténuer les inquiétudes et ainsi encourager les femmes à poursuivre l'utilisation de cette méthode.

Aucun suivi systématique n'est nécessaire avec l'implant, en dehors du fait que les femmes doivent revenir pour le faire retirer et si elles ont des questions ou des problèmes, etc...

I.5.1.5 Contraceptif injectable

Actuellement, le seul progestatif administré sous forme injectable, en France, est l'acétate de méthoxyprogestérone (DMPA). Il s'agit d'un macro-progestatif. Il est administré à la dose de 150 mg tous les 3 mois, en intra-musculaire. Il est remboursé à 65% par l'Assurance Maladie. Son coût est d'environ 3,40 euros par mois. Il est commercialisé sous le nom de Dépoprovera®.

Il faut s'assurer avant la première injection que la femme n'est pas enceinte. De plus, une mesure de la tension artérielle est nécessaire avant la mise en route de ce traitement.

Ce contraceptif peut être responsable de nombreux effets indésirables : troubles du cycle (spotting et métrorragies ou aménorrhées), prise de poids, acné, ostéopénie, anomalies lipidiques et glucidiques, injection souvent douloureuse, etc...

I.5.1.6 Le dispositif intra-utérin (DIU), communément nommé « stérilet »

Il s'agit d'une méthode de contraception à longue durée d'action. Il mesure 3 cm environ, il est en plastique souple. Il est placé dans l'utérus et retiré par un médecin ou une sage-femme. Il se termine par 1 ou 2 fils en nylon pour pouvoir le retirer. Il est délivré sur ordonnance, à la pharmacie, et remboursé à 65% par l'Assurance Maladie (gratuit pour les mineures en pharmacie et sans condition d'âge dans les CPEF). Il est laissé en place 3 à 10 ans selon les modèles.

Pour poser un DIU : il est nécessaire de réaliser un toucher vaginal avant la pose pour connaître la position de l'utérus, puis il faut mettre en place le spéculum, désinfecter le col de



l'utérus, il est parfois nécessaire d'utiliser une pince de Pozzi pour tracter l'utérus afin de le mettre dans le même axe que celui du col, une hystérométrie est réalisée, l'inserteur est introduit doucement jusqu'au fond utérin en fonction de l'hystérométrie réalisée auparavant, puis l'inserteur est retiré tout en laissant en place le DIU et enfin, les fils sont sectionnés à 1 cm de l'orifice externe.

Il peut être utilisé par la plupart des femmes, y compris les adolescentes et les nullipares. Il n'est pas nécessaire d'attendre les menstruations pour le poser, il faut juste s'assurer de l'absence de grossesse. Les patientes doivent utiliser des préservatifs en cas de changement de partenaire du fait du risque infectieux. Selon l'OMS [77], les seuls examens nécessaires avant la pose d'un DIU sont un examen pelvien et l'évaluation du risque d'IST (antécédents médicaux et examens physiques).

Selon l'OMS, le suivi nécessaire après la pose est le suivant :

- Une visite de suivi après les premières règles ou 3 à 6 semaines après la pose : les risques infectieux sont majeurs durant cette période.
- On conseille aux femmes de revenir à tout moment si elles souhaitent discuter d'éventuels effets secondaires ou si elles souhaitent changer de méthodes, etc...
- Visite pour retirer le DIU quand il arrivera à expiration.

Il ne faut pas hésiter à demander un examen échographique de contrôle au moindre doute de complication.

Les principales complications sont les suivantes : troubles du cycle menstruel, survenue d'une grossesse intra ou extra utérine (mais il est démontré que la contraception intra-utérine n'augmente pas le risque de grossesse extra-utérine), expulsion du DIU, perforation utérine lors de la pose et survenue de maladies inflammatoires pelviennes (endométrite, salpingite... d'origine infectieuse principalement). Ces maladies inflammatoires représentent la complication la plus sévère car elles peuvent entraîner une stérilité tubaire ultérieure. Les principaux facteurs favorisant ces maladies sont l'exposition aux IST (c'est-à-dire partenaires multiples et âge inférieur à 25 ans) et l'immunodépression. Ce risque semble plus important dans les 3 premiers mois qui suivent la pose du DIU [3]. C'est pourquoi il faut différer la pose en cas de vaginite ou de cervicite évolutive. Certaines équipes proposent la réalisation d'un prélèvement vaginal avant la pose du DIU (recherche de chlamydia non symptomatique surtout chez les patientes à risque). Il n'est pas recommandé d'utiliser une antibiothérapie prophylactique systématiquement, mais elle peut être réalisée dans certains contextes : gonorrhée cervicale, infections... Ainsi souvent, chez les nullipares, il n'est pas rare de proposer un dépistage du portage de chlamydiae et de discuter de la prise de 4 comprimés de 250 mg d'azithromycine en prise unique. Pour limiter les risques infectieux, il faut réaliser une désinfection cervico-vaginale soigneuse.

Ainsi, les principales contre-indications à la pose d'un DIU sont les suivantes : métrorragies non explorées, infections génitales hautes (en cours ou datant de moins de 3 mois), anomalies de la cavité utérine (fibromes sous muqueux, certaines malformations utérines), cancer du col utérin, cancer de l'endomètre, maladies trophoblastiques, immunodépression et grossesse en cours.



I.5.1.6.1. DIU au cuivre

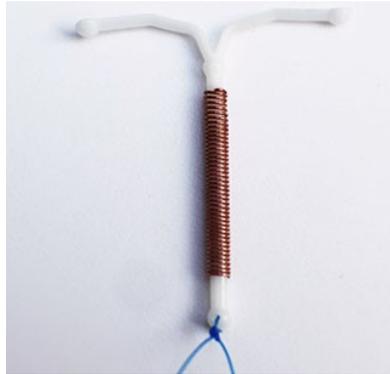


Figure 18 : Le DIU au cuivre.

Il empêche la nidation de l'embryon dans l'utérus : cette action anti-nidatoire est souvent appelée par les détracteurs du DIU « action abortive ». Il s'agit d'un moyen de contraception qui est donné pour ne pas avoir d'impact sur le fonctionnement ovarien. Cependant il a, tout de même, un effet sur la fécondation puisqu'on retrouve des taux indiquant une fécondation que dans moins de 1% des cycles menstruels [84]. Plusieurs phénomènes expliquent ceci :

- Action sur la glaire cervicale qui entraîne une altération de la mobilité et de la capacitation des spermatozoïdes (spermatozoïdes rendus peu aptes à la fécondation) ;
- Effet de toxicité sur les spermatozoïdes, dans la cavité utérine, dû principalement au cuivre ;
- Perturbation de la mobilité des gamètes dans les trompes ;
- Altération des interactions entre les gamètes et donc du processus de fécondation au niveau ampullaire ;
- Traumatisme de l'endomètre qui induit une réaction inflammatoire locale, qui entraîne un retard de maturation de la muqueuse, qui devient alors un lieu défavorable à toute implantation, si jamais la fécondation a pu avoir lieu. Ceci n'empêche pas d'utiliser des anti-inflammatoires non stéroïdiens, comme ceci a pu être dit à une époque.

Ce DIU a parfois l'inconvénient d'entraîner des règles plus abondantes et plus douloureuses, surtout les 3-6 premiers mois d'utilisation. Des traitements peuvent alors être proposés pendant les jours de règles : AINS (en évitant l'aspirine) ou acide tranexamique. Si ces saignements sont trop importants, que la femme les trouve non acceptables ou qu'il sont responsables d'une anémie, il faut retirer le DIU et utiliser un autre mode de contraception. Il est efficace 5 à 10 ans mais impose tout de même une surveillance régulière et il faut préciser aux femmes l'importance de consulter, en urgence, en cas de douleur pelvienne, leucorrhées, retard de règles ou saignement anormal afin d'éliminer une potentielle grossesse extra utérine ou des infections pelviennes hautes.

Il coûte environ 28 euros. Il peut être utilisé chez la nullipare : des versions « short » existent.

Le DIU au cuivre peut être utilisé en tant que contraception d'urgence, dans les 5 jours suivant un rapport sexuel non protégé. Il s'agit alors d'une méthode extrêmement efficace : moins de 0,2% de grossesse quel que soit le moment du cycle [84]. Mais souvent, le manque d'accessibilité du personnel soignant empêche la pose précoce de ce DIU.



I.5.1.6.2. DIU à la progestérone



Figure 19 : DIU à la progestérone.

Il diffuse en continu une faible quantité de lévonorgestrel sur 5 ans, qui bloque l'ovulation. Son mécanisme repose sur l'inhibition de la croissance endométriale ; ainsi, il a souvent tendance à diminuer les règles voire à les faire disparaître. C'est pourquoi il est parfois prescrit en cas de métrorragies notamment sur des fibromes si ceux-ci n'ont pas une composante intra-cavitaire trop importante. Cependant, le profil des cycles reste imprévisible :

- En cas d'aménorrhée : aucun traitement n'est nécessaire mais si la femme ne tolère pas cette aménorrhée, il faut lui retirer ce dispositif.
- En cas de spotting : souvent ce phénomène diminue au cours du temps. Il n'existe aucun traitement mais s'ils sont insupportables, il faut retirer le DIU.
- En cas de saignements menstruels plus importants ou plus longs que d'habitude : surtout retrouvés les 3-6 premiers mois, s'ils sont trop importants, insupportables pour la patiente ou qu'ils entraînent une anémie, il faut retirer le DIU.

De plus, ce DIU a une action de coagulation sur la glaire cervicale et son faible passage hormonal systémique permet une inhibition partielle de l'ovulation. Il en existe 3 types en France : le Mirena® (52 mg de lévonorgestrel), le Kyleena® (52 mg) et le Jaydess® (13,5 mg). Ce dernier est principalement prescrit pour les nullipares (car plus petit), mais il n'est efficace que 3 ans alors que les 2 autres sont efficaces 5 ans. Comme le Kyleena®, il a l'avantage de disposer d'un anneau en argent, pour le repérer plus facilement à l'échographie.

Le passage plasmatique de lévonorgestrel est faible mais il explique certains effets indésirables systémiques : acné, mastodynies, céphalées (que l'on retrouve surtout durant les 3 premiers mois d'utilisation).

Les contre-indications spécifiques à ce produit sont les suivantes : hypersensibilité à un des composants du système, hépatopathies aiguës sévères et les accidents thromboemboliques en cours ou datant de moins de 3 mois.

Ces DIU coûtent entre 97 à 110 euros selon les modèles.



I.5.1.7 Les méthodes dites barrières

I.5.1.7.1. Barrières physiques : cape cervicale et diaphragme



Figure 20 : Le diaphragme.

Le diaphragme est une coupelle en silicone moulée sur un anneau, qui empêche le passage des spermatozoïdes en recouvrant le col de l'utérus, que la patiente place elle-même dans le vagin. Il faut l'utiliser en association avec un spermicide.



Figure 21 : La cape cervicale.

La cape cervicale est un dôme très fin, en silicone, rigide, qui recouvre le col de l'utérus. Elle est maintenue en place par un mécanisme de succion qui est favorisé par le gel spermicide.

Ces deux techniques sont réutilisables mais il est important de les garder au moins 8 heures après un rapport sexuel. Elles sont prescrites par un médecin ou une sage-femme qui doivent en déterminer la taille et apprendre aux patientes à les poser correctement. Le diaphragme est délivré en pharmacie et les capes cervicales sont disponibles dans les CPEF. La cape cervicale n'est pas remboursée par l'Assurance Maladie et le diaphragme, lui, est pris en charge à hauteur de 3,14 euros alors qu'il coûte en moyenne 62 euros.

I.5.1.7.2. Préservatif masculin

Il s'agit de la technique barrière la plus utilisée dans les pays occidentaux. En latex ou en polyuréthane (plus onéreux mais utile pour les allergiques au latex), il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration et retient ainsi le sperme. On recommande en première intention les préservatifs en latex car les risques de rupture ou de glissement sont moindres qu'avec les préservatifs en polyuréthane. Il faut le retirer avec la fin de l'érection en retenant le préservatif à la base du pénis, faire un nœud et le jeter à la poubelle. Il est à usage unique.

On peut associer l'utilisation de gel lubrifiant adapté (pas de gel huileux qui risque de détériorer le latex mais seulement des gels aqueux).

Avec le préservatif féminin, il s'agit de la seule technique qui permette de protéger des IST. Il est déconseillé de l'utiliser avec un préservatif féminin : le frottement des deux plastiques risque de déplacer le préservatif féminin.

Il est disponible sans ordonnance, en pharmacie, en grande surface ou dans des distributeurs automatiques. Il est important d'expliquer aux patients que la norme CE (Communauté Européenne) est le marquage qui atteste que les normes sont respectées pour ce produit, que l'on peut trouver un peu partout, à des tarifs très variés. Depuis peu, il peut être pris en charge par l'Assurance Maladie si il est prescrit sur ordonnance [29]. Il peut être délivré gratuitement dans les CPEF et les CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections sexuellement transmissibles).

I.5.1.7.3. Préservatif féminin



Figure 22 : Préservatif féminin.

Il s'agit d'une gaine en nitrile ou en polyuréthane munie de deux anneaux souples disposés à chacune des extrémités, avec une extrémité fermée et une ouverte, il se place dans le vagin, en tapissant les parois vaginales. Ainsi, il recouvre les organes génitaux externes et empêche le passage du sperme. Il peut être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel et retiré plusieurs heures après. Il est à usage unique. Il est pré-lubrifié et peut être utilisé avec n'importe quel type de lubrifiant. Avec le préservatif masculin, il s'agit de la seule technique qui permette de protéger des IST.

Il est disponible, sans ordonnance, à la pharmacie et n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie. Il est gratuit dans les CPEF et les CeGIDD. La boîte de 3 préservatifs coûte environ 8,30 euros. Il est commercialisé sous le nom de Fémidon®.

I.5.1.7.4. Barrières chimiques : les spermicides

Ils se présentent sous forme de gel et d'ovule qui se placent dans le vagin quelques minutes avant chaque rapport. En France, ils sont disponibles à base de chlorure de benzalkonium (Pharmatex®) et à base de chlorure de miristalkonium (Alpagelle®). Ils détruisent les spermatozoïdes en déséquilibrant les échanges hydroélectrolytiques et en provoquant ainsi



un choc osmotique. L'action contraceptive serait renforcée par une condensation de la glaire cervicale qui deviendrait ainsi impropre au passage et à la capacitation des spermatozoïdes.

Ils sont considérés comme une contraception de dépannage et, souvent, ils sont associés à une autre méthode contraceptive (préservatif, diaphragme...). Ils sont disponibles, sans ordonnance, en pharmacie, ils ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie et coûtent environ entre 5 et 20 euros, selon le type, pour plusieurs doses.

I.5.1.8 Les méthodes dites « naturelles » et « traditionnelles » [7].

Selon l'OMS en 2005 [30] : « *les méthodes naturelles de planification des naissances sont les méthodes basées sur l'identification des jours où la femme est féconde. Ces méthodes supposent l'abstinence sexuelle pendant la période féconde* ». Ainsi, le coït interrompu (ou retrait) et la douche vaginale sont classés parmi les méthodes traditionnelles et non pas parmi les méthodes naturelles.

Souvent les couples n'utilisent pas une seule de ces techniques mais en combinent plusieurs pour obtenir une meilleure efficacité.

I.5.1.8.1. La douche vaginale ou lavement vaginal

Méthode qui consiste à recourir à un lavement à l'eau seule ou associée à des plantes ou à des substances chimiques comme l'acide citrique (citron) ou acétique (vinaigre), après l'éjaculation pour retirer le sperme du vagin. En France, cette méthode est très utilisée dès le XVIII^{ème} siècle et conseillée par les médecins et les pharmaciens jusque dans les années 1960.

I.5.1.8.2. Le coït interrompu (retrait)

Le retrait consiste à retirer le pénis du vagin avant l'éjaculation. C'est une méthode très ancienne, qui est utilisée depuis la Préhistoire. L'efficacité de cette méthode est faible car une fécondation peut avoir lieu par simple contact génital, même sans éjaculation, car les liquides pré-éjaculatoires contiennent des spermatozoïdes. De plus, il est important de préciser aux patients que cette technique n'apporte aucune protection contre les IST (ce qui est fréquemment ignoré).

I.5.1.8.3. La méthode Ogino-Knauss, ou méthode du calendrier, ou méthode des jours fixes (MJF)

Elle est considérée comme naturelle car elle consiste à éviter les rapports sexuels durant la période féconde : c'est-à-dire du 10^{ème} au 18^{ème} jour du cycle. Effectivement, les spermatozoïdes ayant un pouvoir fécondant de 4 à 5 jours après leur entrée dans la cavité utérine et l'ovule étant fécondable 12 à 24 heures après la date présumée de l'ovulation : les rapports sexuels sont donc à exclure dans les 4 jours qui précèdent l'ovulation et les 4 jours qui suivent l'ovulation.



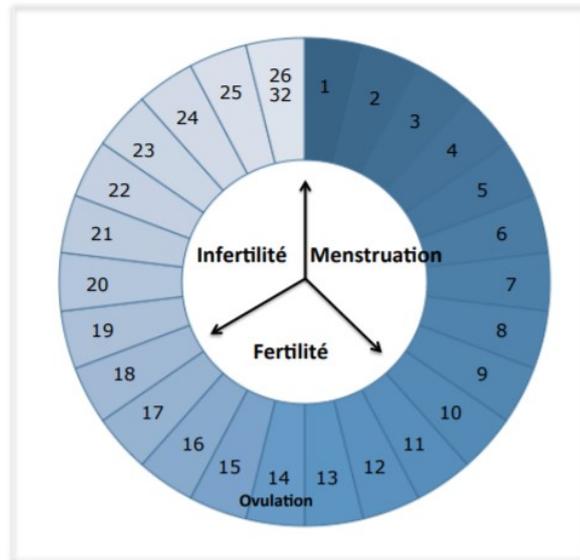


Figure 23 : Méthode Ogino-Knaus.

Source : Histoire de la contraception, de la grossesse subie à la grossesse désirée [5].

Il s'agit d'une méthode peu efficace : de nombreux « bébé Ogino » ont vu le jour avec cette méthode. Elle peut être contraignante, d'autant plus chez les femmes avec des cycles irréguliers. C'est pourquoi, certaines utilisent un calendrier pour évaluer sur plusieurs mois la durée de leur cycle afin de faire des moyennes et de mieux connaître leur période de fertilité.

D'autres outils sont utilisés, par exemple le « Cycle Beads » [2], qui est un collier de perles qui permet de compter les jours. Ce collier est particulièrement utilisé avec la méthode des jours fixes : la perle rouge représente le début du cycle (le début des règles), les perles de couleur marron clair représentent la période infertile et les perles de couleur blanche représentent la période de fertilité ; il faut donc éviter les rapports entre le 8^{ème} et le 19^{ème} jour du cycle.

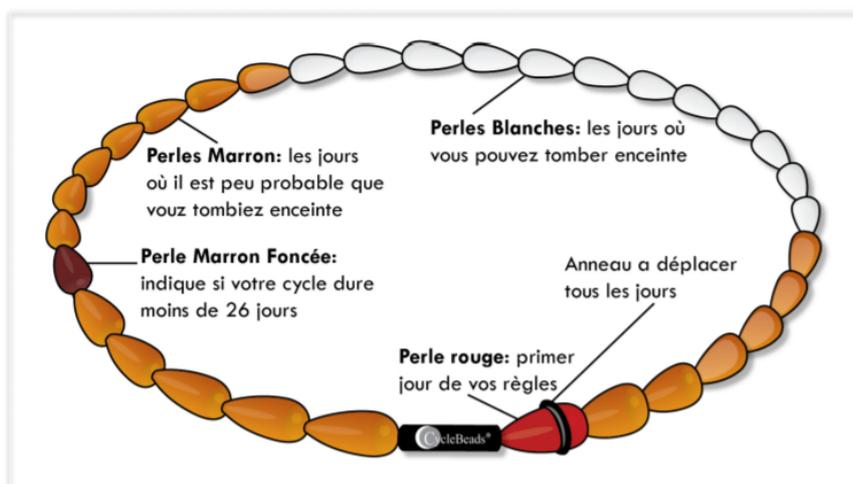


Figure 24 : Collier de perles, méthode des jours fixes.

Sources : Histoire de la contraception, de la grossesse subie à la grossesse désirée [5].



I.5.1.8.4. Les méthodes des températures, d'auto-observation et symptothermie

La méthode des températures qui consiste à repérer le moment où la température corporelle augmente : la progestérone augmente de quelques dixièmes de degrés la température corporelle (0,2 à 0,5°C), ce qui correspond à la période d'ovulation et donc à la période de fécondation. Pour repérer ces différences de température, la femme doit prendre sa température tous les matins, toujours à la même heure, avant de se lever du lit, après avoir dormi au moins 3 heures. Les résultats de la prise de température sont notés afin de réaliser une courbe de température : on remarque alors qu'il y a un plateau bas puis, on considère que la température est montée si elle a augmenté au moins de trois dixièmes de degrés par rapport à ce plateau bas. La période non féconde commence le troisième jour de la température haute. Les relations sexuelles peuvent donc reprendre jusqu'aux menstruations suivantes.

Pour les aider, les patientes utilisent maintenant des applications sur leur smartphones, qui sont plus ou moins fiables, pour réaliser plus facilement ces courbes et avoir une interprétation en direct. Une des plus connues étant *Natural Cycles*, mais il en existe de nombreuses disponibles. Cette méthode impose de très longues périodes sans rapport sexuel, d'autant plus pour les femmes aux cycles longs. Il est important d'être très bien formé à la prise de la température mais aussi aux différentes interprétations qu'il faut faire selon les courbes de température.

La méthode d'auto-observation de la glaire cervicale, souvent appelée *méthode Billings*, repose sur l'observation quotidienne de la glaire cervicale. Il existe de nombreuses méthodes qui nécessitent plus ou moins de formation pour apprendre à observer de manière quotidienne ou non la consistance de la glaire cervicale avec, par exemple, la *méthode Creighton* aussi appelée *Fertility Care*, etc... Ainsi, des tableaux de ce type peuvent être réalisés pour aider les patientes à comprendre ces techniques :

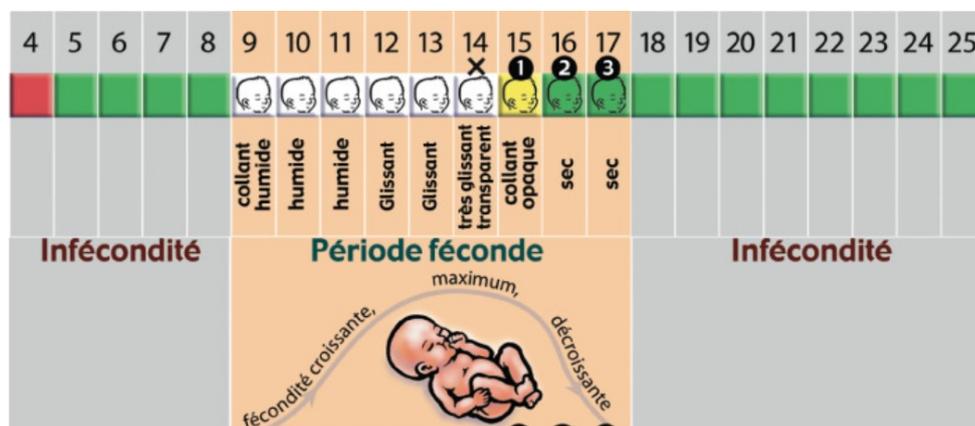


Figure 25 : Exemple de tableau Billings.

La symptothermie utilise un double contrôle : évaluation de la glaire cervicale (plus ou moins associée à une évaluation du col de l'utérus : à la recherche d'un ramollissement) et courbes thermiques. Cette méthode s'est développée dès 1964 pour augmenter la fiabilité des méthodes type *Billings*. Cette méthode semble être la plus fiable des méthodes naturelles mais elle est très exigeante en matière de motivation et de rigueur dans le couple. Souvent, les patientes qui l'utilisent, l'associent avec des méthodes de contraception dites barrières : elles observent leur température 10 à 15 jours par mois, de même concernant leur glaire cervicale, puis elles utilisent une méthode barrière ou l'abstinence durant les périodes fertiles (ce qui peut facilement durer 10 à 15 jours par mois).



I.5.1.8.5. L'aménorrhée lactationnelle du postpartum

Cette méthode est reconnue par l'OMS. Elle est efficace dans des conditions précises d'utilisation : allaitement maternel exclusif, à la demande, sans diversification alimentaire (si diversification alimentaire avant les 6 premiers mois du nourrisson, il faut continuer à allaiter son enfant avant chaque prise alimentaire), avec au moins 6 tétées par 24 heures (durée minimum de 10 minutes), avec au moins une tétée toutes les 4 heures le jour et toutes les 6 heures la nuit, pendant les 6 premiers mois du nourrisson et en présence d'une aménorrhée stricte depuis l'accouchement (les saignements se produisant durant les 56 premiers jours n'étant pas pris en compte) [2].

Le phénomène physiologique qui explique la suppression de l'activité ovarienne est le suivant : le réflexe de succion du nourrisson stimule la libération de prolactine et d'ocytocine via l'axe hypothalamo-hypophysaire ; ces deux hormones induisent la production et l'éjection du lait et agissent, dans le même temps, au niveau de l'appareil génital en inhibant la croissance folliculaire.

Les conditions d'utilisation de cette méthode étant très difficiles à respecter, il est conseillé d'associer un autre moyen de contraception.

I.5.1.9 La stérilisation à visée contraceptive

Malgré son côté non réversible, j'ai choisi de parler de cette méthode qui permet de ne plus avoir d'enfant. Encore peu de praticiens pratiquent la stérilisation et cette technique est encore plus difficile à appliquer, en France, chez les hommes (pour des questions d'ordre culturel, surtout par peur de la perte de leur virilité car la contraception est définitive) alors que cette contraception est très utilisée dans les pays anglosaxons (Etats-Unis, Canada...). Le Dr Gaudry, gynécologue-obstétricienne [55], explique qu'en France, si cette méthode est si peu utilisée, il s'agit peut-être aussi du fait des laboratoires qui seraient peu intéressés par cette approche contraceptive.

La stérilisation à but contraceptif n'est autorisée, en France, que depuis 2001 : « *Elle ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences* ». Elle nécessite plusieurs étapes [85] [86] :

- Une première consultation préalable à l'intervention avec un médecin qui pratique la ligature des trompes ou la vasectomie : la personne concernée doit faire état de sa demande et des motifs, le médecin donne des informations orales et écrites à propos des autres modes de contraception et sur les techniques de stérilisation (avec les conséquences, les risques, etc...) et une attestation de consultation médicale est délivrée. Si besoin, le médecin doit proposer des aides : entretien avec un conseiller conjugal ou un psychologue... Si le médecin ne souhaite pas réaliser cet acte, la personne en est informée ;
- Délai de réflexion de 4 mois au minimum ;
- Une deuxième consultation préalable à l'intervention : l'intéressé confirmera par écrit sa volonté d'accéder à cette intervention. Le seul consentement de la personne concernée sera recueilli (pas celui de sa partenaire ou autre...) ;
- Intervention chirurgicale de stérilisation dans un établissement de santé (hôpital ou clinique).



La loi précise que pour les patientes sous tutelle ou curatelle, présentant une contre-indication médicale absolue aux autres méthodes de contraception, la décision est alors soumise au juge des tutelles après avoir entendu le représentant légal.

Il s'agit d'un acte qu'il faut considérer comme irréversible. Ces interventions ne protègent pas des IST. Les différentes techniques utilisées sont les suivantes :

I.5.1.9.1. La stérilisation féminine

Les indications sont :

- Patiente majeure et motivée, ne désirant plus avoir d'enfant ;
- Patiente ne pouvant ou ne voulant pas utiliser d'autres moyens de contraception ;
- Patiente pour laquelle la maternité représente un risque vital (cancer, cardiopathie...).

Les principales contre-indications sont :

- Patientes mineures ;
- Incertitudes quant au souhait d'interrompre sa fertilité ;
- Grossesse avérée ou suspectée ;
- Saignements anormaux ou inexplicables ;
- Maladie pelvienne maligne.

Ces interventions n'ont pas d'impact sur l'équilibre hormonal, le désir et le plaisir sexuel. Le but est d'empêcher la rencontre des spermatozoïdes et de l'ovule :

- En provoquant une occlusion immédiate des trompes, soit en les ligaturant et en les sectionnant, soit en les électrocoagulant, soit en les pinçant avec un anneau ou un « clip ». Cette technique est réalisée soit par coelioscopie, soit à l'occasion d'une autre intervention chirurgicale, soit par culdoscopie (qui est une coelioscopie faite à travers le cul-de-sac postérieur du vagin), soit plus rarement par laparoscopie.
- Ou en provoquant une occlusion progressive, en insérant un micro implant par hystéroscopie, dans les deux trompes (l'obstruction par fibrose est alors obtenue au bout de 3 mois). Cette méthode était connue sous le nom de Essure®, il s'agissait de la méthode de référence car elle présentait un taux de succès important et un faible coût. Mais elle a été retirée du marché en France en septembre 2017 [60].

La stérilisation est très efficace. Les grossesses qui surviennent sont le résultat d'une conception antérieure à l'intervention, d'une occlusion incomplète de la trompe ou d'une fistule secondaire.

Les principales complications (rares) sont les suivantes : douleurs abdominales passagères, échec (rarissime) et donc grossesse souvent extra utérine du fait des lésions présentes sur les trompes. Un retard de règle ou tout autre signe de grossesse extra utérine doivent donc amener à une consultation en urgence chez un médecin.

Les opérations de reconstruction sont très complexes, souvent inefficaces et parfois le recours à la fécondation in vitro est proposé.

Cette technique est prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie depuis novembre 2012 (y compris pour les femmes de moins de 40 ans).



I.5.1.9.2. La stérilisation masculine : la vasectomie

L'intervention consiste à bloquer le passage vers la verge des spermatozoïdes qui sont produits par les testicules, en coupant ou en obturant les canaux déférents (ceux qui conduisent les spermatozoïdes). Ainsi, le sperme ne contient plus aucun spermatozoïde.

Il s'agit d'une intervention simple, réalisée généralement sous anesthésie locale et qui nécessite une courte hospitalisation (souvent réalisée en ambulatoire). La vasectomie n'a pas de conséquence sur l'apparence physique, sur la qualité de l'érection et de l'éjaculation, elle n'affecte pas le désir sexuel, ni le comportement psychologique et affectif.

Les principales complications sont : douleurs modérées en post opératoires, parfois un hématome local et des infections. La stérilité n'est pas immédiate : 3 mois sont nécessaires pour que tous les spermatozoïdes aient disparu ; on retrouve aussi le chiffre de 20 éjaculations nécessaires à la disparition des spermatozoïdes. L'azoospermie est contrôlée par un spermogramme à 3 mois. Pendant ce délai, il faut utiliser une autre contraception.

La reperméabilisation des canaux déférents est une technique complexe et souvent la restauration de la fécondité n'est pas obtenue. Cependant, il est possible de réaliser une auto-conservation du sperme.

I.5.1.10 La contraception d'urgence

Les enquêtes indiquent une augmentation du recours à la contraception d'urgence [30] : de 12,2 % à 30,3 % entre 2000 et 2005 chez les 15-19 ans et de 16 % à 31,8 % chez les 20-24 ans.

Il existe 2 pilules du lendemain (appelées aussi méthode de rattrapage) :

- Lévonorgestrel (à 30 µg) : efficace jusqu'à 3 jours après le rapport sexuel non ou mal protégé. Elle peut être utilisée plusieurs fois dans le même cycle en cas de besoin. Lorsqu'elle est administrée en phase pré-ovulatoire, elle interfère avec le pic de LH et elle inhibe l'ovulation. Mais son efficacité est médiocre quand le follicule a déjà atteint une taille de 18-20 mm car son action sur le pic de LH, une fois que celui-ci est amorcé, est faible. Il est donc important d'utiliser cette contraception avant que l'ovulation ne se soit produite. Cette pilule aurait aussi un effet sur la mobilité des spermatozoïdes ainsi que sur leur pouvoir fécondant. En revanche, aucun essai n'a montré d'efficacité sur l'endomètre [87]. Son efficacité est diminuée si l'IMC est supérieur à 25 ou lors d'interactions avec des inducteurs enzymatiques. Par contre, elle a l'avantage de ne présenter aucune contre-indication, c'est d'ailleurs pour cela qu'elle est en vente libre sans prescription médicale. En cas d'échec de cette méthode, il n'y a pas de contre-indication à poursuivre la grossesse. Elle est commercialisée sous le nom de Norlevo® qui coûte 4,34 euros la boîte et son générique (lévonorgestrel) coûte 2,65 euros.
- Ulipristal-acétate : il s'agit d'un modulateur des récepteurs de la progestérone, qui agit comme un anti-progestérone. Elle est efficace jusqu'à 5 jours après le rapport sexuel non ou mal protégé. Son administration en milieu ou fin de phase folliculaire limite la croissance du follicule dominant et elle retarde ou inhibe le pic de LH ; l'ovulation peut ainsi être décalée de 5 jours, ceci même sur un follicule pré-ovulatoire de 18 mm. Elle ne doit pas être utilisée plusieurs fois au cours du même cycle menstruel, ni être utilisée simultanément avec le lévonorgestrel. Son efficacité est diminuée à partir d'un IMC supérieur à 35. Si elle est prescrite, alors que la patiente utilise déjà une POP ou progestative seule, elle risque de diminuer l'efficacité de la contraception habituelle par



son action anti-progestéronique, donc il est nécessaire d'utiliser un préservatif les 7 jours suivants. Elle est délivrée, en pharmacie, uniquement sur ordonnance. Les contre-indications sont : allergie, grossesse, allaitement. Son coût est d'environ 17 euros la boîte. Elle est commercialisée sous le nom d'EllaOne®.

Ces contraceptions ne sont pas efficaces à 100% : il s'agit d'une méthode de rattrapage. Elles sont en partie remboursées par l'Assurance Maladie et pour les mineurs sa dispensation est anonyme et gratuite (lévonorgestrel). La minorité est justifiée par la simple déclaration orale faite au pharmacien par l'intéressée. Lors de la délivrance de ces traitements, il faut apporter une information autant sur la contraception, que sur l'existence des Plannings Familiaux, que sur les IST, etc... Il peut être intéressant de prescrire une contraception d'urgence par avance, lors de la prescription de la contraception, afin d'éviter au maximum le risque de grossesse non désirée. Cette contraception de rattrapage ne protège pas pour les rapports suivants : il faut utiliser une autre contraception jusqu'aux prochaines règles.

Les gynécologues expliquent qu'il serait important de développer l'usage du DIU au cuivre, qui, s'il est posé en urgence (c'est-à-dire dans les 5 jours après le rapport sexuel à risque), agit comme un moyen efficace de contraception d'urgence et, en même temps, fait ensuite office de contraception efficace. Il agit par ses effets toxiques directs sur la pré-fécondation et par une action inflammatoire sur l'endomètre qui empêchera la nidation.

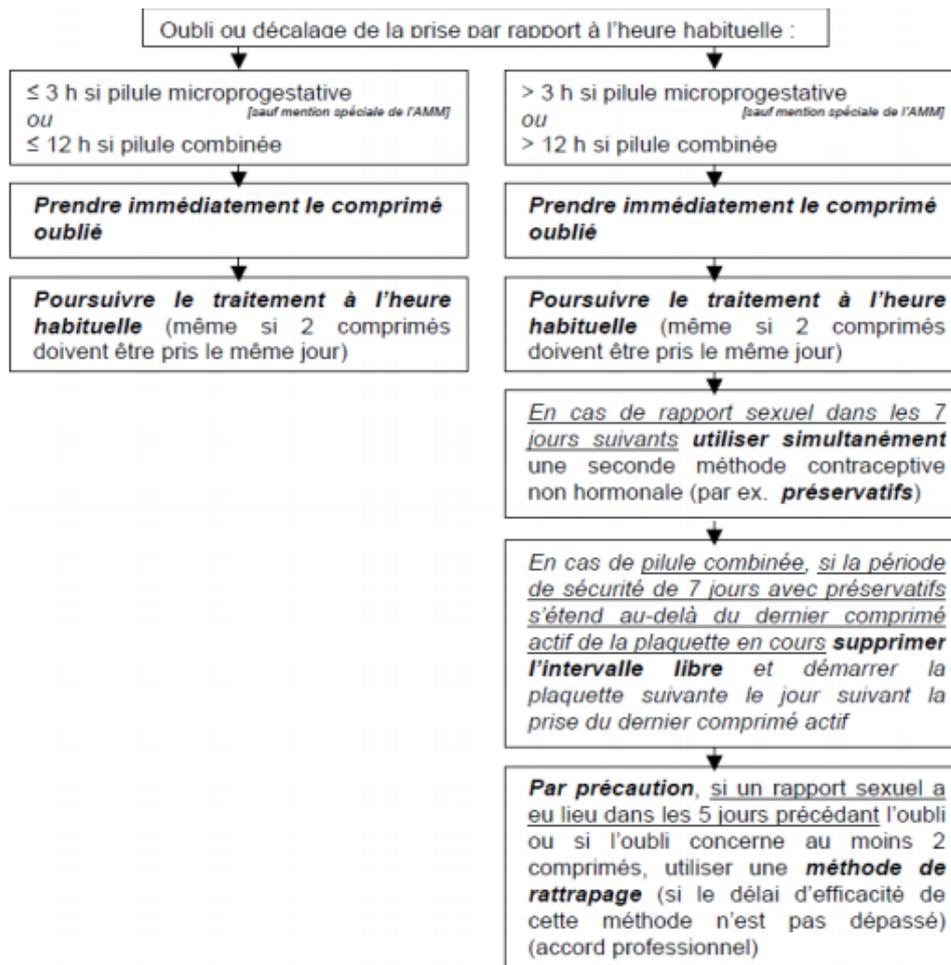


Figure 26 : Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, HAS 2004 [36].



I.5.1.11 La contraception chez les hommes

Jusque-là, les laboratoires étaient peu intéressés pour travailler sur la contraception masculine car il s'agissait d'un problème avant tout féminin. Les hommes n'ont jamais été dans l'urgence de trouver une solution, alors que les femmes oui : ce qui les a amenées à prendre des pilules extrêmement dosées sans se poser de questions à une époque.

Les contraceptions qui existent à l'heure actuelle pour les hommes sont :

- La vasectomie : moins de 1% des hommes ont recours à cette méthode en France (proportion plus importante en Angleterre et au Pays Bas) ;
- Le préservatif.

Actuellement, des travaux sont réalisés, concernant la contraception masculine :

- Travaux sur l'injection intramusculaire hormonale de testostérone qui entraîne une azoospermie : tous les hommes ne répondent pas de la même façon au traitement, les effets secondaires sont variables et donc la recette n'est pas encore trouvée... Actuellement, un andrologue utilise cette méthode en France avec une injection par semaine et une utilisation limitée à 18 mois [68].
- Travaux sur la contraception thermique : utilisation des slips chauffants les testicules au-delà de 37°C, aussi appelés « boulocho ». Il ne s'agit pas d'un slip électriquement chauffé mais c'est un slip qui maintient les testicules en position haute afin d'augmenter leur température de 2 degrés. Il existe aussi l'anneau testiculaire (Androswitch®) qui fonctionne sur le même principe en remontant les testicules. Ces méthodes sont, à priori, peu confortables et le taux d'échec n'est pas connu pour le moment.
- Travaux sur une injection de gel dans les canaux déférents qui obstrue de manière réversible le passage en bloquant les spermatozoïdes tout en laissant passer le liquide séminal (Vasalgel®) ; ou encore sur des patchs associés à un progestatif oral...

I.5.2. Quelques outils pour aider à la mise en place d'une contraception

Pour la mise en place de la contraception, il est intéressant d'utiliser la méthode BERCER (Annexe 3).

Le choix de la première contraception peut être réalisé en expliquant à la patiente toutes les méthodes disponibles que nous venons de voir. En l'absence de pathologie, le choix pourra donc être large. Il faut pour cela s'assurer qu'il n'existe aucune pathologie personnelle, aucun antécédent familial, aucune prise médicamenteuse pouvant interférer avec la contraception, aucun facteur de risque cardio-vasculaire ni aucune conduite à risque d'IST.

Il faut toujours réévaluer le choix contraceptif, en fonction de la tolérance gynécologique (pelvienne et mammaire), de la compliance, des éventuels effets secondaires, etc... Il faut toujours se poser la question de la balance bénéfique/risque. La HAS a rappelé que « *la contraception doit être adaptée à chaque femme et choisie par et avec elle, en fonction de sa réalité quotidienne* ». Les prescriptions doivent aussi s'adapter aux particularités des patientes. Nous avons donc tout intérêt à chercher une adhésion de la patiente vis-à-vis de la contraception recommandée.



Si la femme se dirige vers une contraception orale, on commencera par une POP de 2^{ème} génération. En cas de mauvaise tolérance, ce choix sera réévalué.

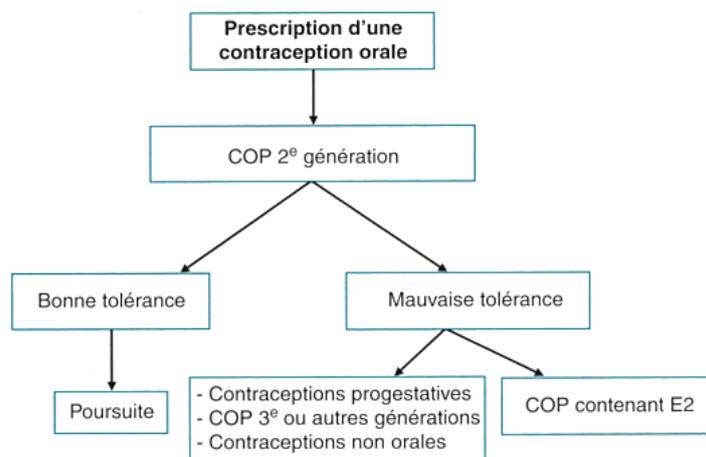


Figure 27 : Première prescription d'une contraception orale.

Source : La contraception en pratique [79].

Mais si la femme craint de ne pas pouvoir s'astreindre à la régularité de la prise orale quotidienne, alors les autres voies d'administration seront étudiées.

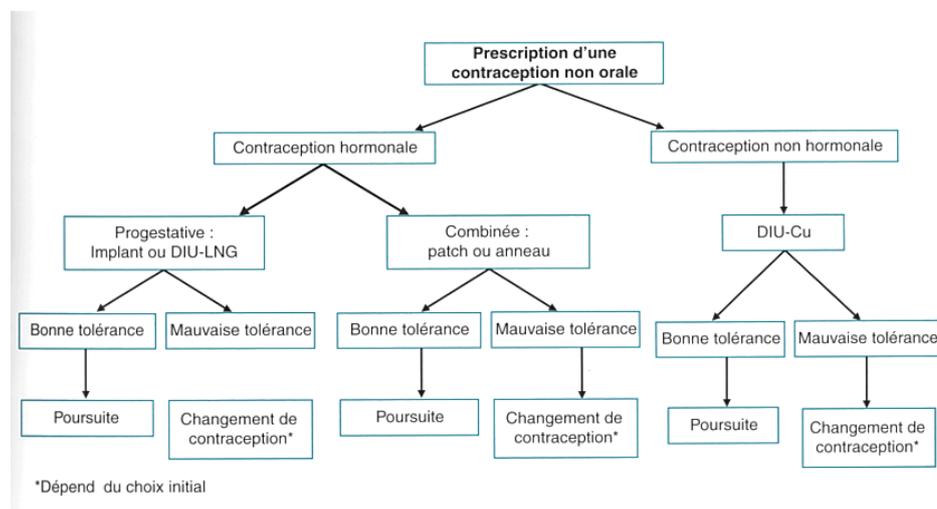


Figure 28 : Première prescription d'une contraception non orale.

Source : La contraception en pratique [79].

En cas de nécessité de changement de méthode de contraceptive, un tableau a été réalisé, par l'université de Brest, pour permettre de réaliser un chevauchement de contraception, sans risquer d'échec (Annexe 4).



II. Matériels et méthode

II.1. Objectifs de l'étude

Les dernières études épidémiologiques indiquent qu'il existe une désaffection qui concerne principalement la pilule, que depuis 2010 l'utilisation des méthodes traditionnelles a connu une augmentation et qu'il existe une évolution concernant les moyens de contraception avec des dynamiques différentes en fonction des classes d'âge : recours plus importants au DIU, à l'implant et au préservatif de manière générale.

Malgré une haute couverture contraceptive : 2/3 des grossesses non désirées surviennent chez des patientes sous contraceptifs.

Au vu de ces changements d'utilisation de moyens de contraception sans amélioration sur le taux de grossesses non désirées, nous avons donc choisi d'étudier quelles sont les représentations actuelles que se font les femmes de leur contraception.

II.2. Méthode de recherche bibliographique

Nous avons réalisé nos recherches concernant l'histoire et la légalisation de la contraception (et donc de l'interruption de grossesse) à travers diverses ressources : à la fois d'origine scientifique mais aussi sociologique. Nous avons emprunté des thèses à propos de la contraception. Mais nous avons aussi lu des livres, écouté des émissions radiophoniques et télévisuelles rapportant l'histoire de la lutte pour la légalisation de la contraception. Enfin, nous avons consulté les sites d'épidémiologie : INED, INPES, OMS... pour pouvoir évaluer l'évolution de l'utilisation de la contraception.

II.3. Choix de la méthode utilisée

II.3.1. Etude qualitative

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative en théorisation ancrée pour répondre à notre question de recherche. Le guide d'entretien a été créé à partir d'éléments précis répondant à la question de recherche. Cette méthode permet d'éprouver les données issues de la littérature en fonction des données socio-culturelles d'une population choisie.

Dans notre cas, si la presse féminine est riche sur le sujet des aléas de la contraception, la revue de littérature scientifique est pauvre. L'enquête qualitative permet de détailler le vécu et la représentation des femmes concernant leur contraception. Elle permet ainsi la restitution de l'expérience propre de chaque femme tout en prenant en compte la subjectivité qu'elle implique.

Il n'y a pas d'intérêt ici à quantifier mais l'idée est de donner des réponses aux changements d'attitude que l'on observe en consultations et de les confronter aux précédentes recherches épidémiologiques.

II.3.2. Choix de l'entretien individuel

L'enquête qualitative peut se dérouler de deux façons : avec des entretiens collectifs (focus group) ou bien des entretiens individuels.

L'entretien collectif permet de déterminer la réponse d'un groupe à une question donnée, d'obtenir des informations sur des phénomènes de comportement collectif. L'entretien collectif permet une dynamique de parole entre les différents participants en favorisant les échanges



et l'expression des points de vue convergents et divergents. Cependant, l'effet de groupe peut aussi être un frein à l'expression singulière, en particulier, lors de sujets très intimes comme celui de la contraception.

L'entretien individuel permet d'obtenir des informations sur les comportements individuels sans caractère représentatif. Par sa confidentialité, il permet le recueil d'informations plus intimes en favorisant l'expression individuelle. Nous avons donc fait le choix de réaliser ce type d'entretien pour recueillir nos données.

II.3.3. Choix de l'entretien semi-dirigé

Le choix de l'enquête qualitative oriente vers des entretiens semi-dirigés. L'entretien semi-dirigé est fréquemment utilisé dans les recherches en sciences humaines et sociales. Il permet d'orienter en partie le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable et consignés dans un guide d'entretien. Ce type d'entretien apporte une richesse et une précision, grâce aux possibilités de relances et d'interactions : ainsi, il révèle les représentations inscrites dans l'esprit des personnes interrogées, qui ne peuvent pas s'exprimer au travers d'un questionnaire quantitatif.

Ce type d'enquête suppose une mise en confiance parfaite du patient, avec une animation adaptée de l'entretien.

II.3.4. Nombre d'entretiens

Le nombre d'entretiens n'était pas défini à l'avance car l'étude devait durer jusqu'à saturation des données obtenues.

En pratique, nous avons arrêté notre enquête lorsque deux entretiens successifs n'apportaient pas de nouvelles données. Ainsi, nous avons obtenu une saturation des données au bout de 18 entretiens. Les entretiens ont débuté en octobre 2017 et se sont terminés en juillet 2018. La durée de l'étude a donc été de 10 mois.

II.4. Conception de l'enquête

II.4.1. Fiche de présentation

Avant de commencer les entretiens, nous avons fait remplir à nos patientes, une fiche d'identification (Annexe 5.1.). Cette fiche permettait de connaître : l'âge, la profession, la situation familiale, le nombre d'enfants, la religion et le type de contraception utilisée par la patiente.

Nous avons modifié la fiche de présentation, suite au deuxième entretien, car en termes de types de contraception utilisée, il manquait les injections hormonales type Dépo-Provera® (Annexe 5.2.).

II.4.2. Guide d'entretien

Nous avons réalisé un premier guide d'entretien (Annexe 6.1.). Il comprenait 6 questions courtes, ouvertes, qui permettaient des réponses plus détaillées concernant les modalités de choix contraceptifs mais aussi la satisfaction et les craintes qu'engendre la contraception. Il permettait aussi de connaître les sources d'informations utilisées par les patientes pour répondre à leurs questions concernant la contraception.



Ce premier guide a été testé lors des 2 premiers entretiens semi dirigés. Afin de m'approprier les techniques d'animation d'un tel entretien, nous avons choisi de réaliser un entretien à trois, avec ma directrice de thèse comme animatrice et moi en tant qu'observatrice.

Après avoir réalisé cet entretien, nous avons retravaillé le guide afin qu'il soit le plus clair possible et que je puisse ainsi continuer les entretiens seule. C'est ainsi, que suite à l'entretien numéro 2, réalisé le 30 octobre 2017, il nous a semblé judicieux de changer l'énoncé de la troisième question car, à deux reprises, les femmes ont eu du mal à comprendre la question et ce que nous attendions d'elles. Au lieu de dire : « Pourquoi n'utilisez-vous (ou n'utiliserez-vous) pas une contraception ? », nous avons choisi de demander : « Qu'est-ce qui ferait que vous n'utiliserez pas une contraception ? » (Annexe 6.2.).

Les 16 entretiens suivants ont été réalisés avec la même méthode.

II.5. Matériels de l'étude

II.5.1. Objectif et processus de recrutement

L'objectif était de recruter un échantillon varié. Ce recrutement a été guidé par les limites géographiques : recrutement fait en Creuse et en Haute Vienne. L'objectif était, avant tout, d'obtenir des entretiens avec des femmes ayant des origines géographiques, sociales, culturelles, religieuses différentes afin d'avoir un échantillon le plus varié possible.

Les femmes interrogées ont été recrutées au cours de consultations pour des motifs variés, lors du stage chez le praticien (niveau 1 et niveau 2), avec l'accord des praticiens et des patientes. Il s'agissait de cabinets de médecins généralistes dans les départements de la Haute-Vienne et de la Creuse.

Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat. Dès la première prise de contact, sans précision sur la question de recherche, je leur demandais si elles souhaitaient me parler de leur contraception, tout en étant enregistrées, dans le but de réaliser une thèse. Je les rassurais sur le fait que l'anonymat était préservé.

II.5.2. Population de l'étude

Les critères d'inclusion à l'étude sont les suivants : femmes de 18 à 49 ans, en âge de procréer, qui ne sont ni stériles, ni enceintes, qui ont des rapports hétérosexuels et qui ne désirent pas d'enfant.

Les critères de non inclusion sont les suivants : femmes de moins de 18 ans, femmes de plus de 49 ans, femmes stériles, femmes enceintes ou désirant un enfant et les femmes homosexuelles.

En pratique, nous avons inclus des patientes au sein des cabinets de médecine générale où j'effectuais mes stages praticiens.

II.6. Réalisation des entretiens

II.6.1. Lieu des entretiens

J'ai réalisé ces entretiens au sein des cabinets médicaux dans lesquels j'effectuais mes remplacements, avec l'accord de mes praticiens. Une certaine intimité étant nécessaire, il était plus simple que je puisse être seule avec ces patientes pour faciliter la prise de parole. Les



cabinets médicaux où elles avaient l'habitude de consulter étaient un lieu adapté pour aborder un sujet personnel.

II.6.2. Enregistrement des entretiens

Après accord de nos patientes, les entretiens vocaux ont été enregistrés à l'aide d'une application dictaphone présente sur mon smartphone. L'enquête était donc basée sur le discours des femmes. L'enregistrement complet des entretiens a permis la conservation des données et leur retranscription a permis l'analyse.

Une fois les enregistrements numériques réalisés, tous les entretiens ont été retranscrits textuellement en prenant en compte le langage verbal et le langage non verbal (rires, gêne, etc...). Ils ont été retranscrits dans leur intégralité, « mot-à-mot », sur un fichier Word.

II.7. Méthodes d'analyse

Les données obtenues lors des entretiens ont été analysées en théorisation ancrée. Cette méthode implique une lecture du contenu orientée par la problématique. Elle permet un découpage du texte en plusieurs nœuds descriptifs : codage descriptif.

Le codage du premier entretien a été réalisé par deux investigateurs, en respectant la triangulation des données. Les entretiens qui ont suivi ont été codés après une double relecture.

L'ensemble des nœuds extraits ont ensuite été relus et corrigés, souvent regroupés et parfois supprimés en fonction de leur pertinence pour répondre à la question de recherche.

Une analyse thématique a ensuite été conduite permettant le regroupement des codes descriptifs en thèmes choisis.

Puis, nous avons réalisé un codage matriciel permettant l'analyse des nœuds et thèmes en fonction des données démographiques des femmes interrogées.

Toutes ces analyses ont été réalisées à l'aide d'un logiciel informatique spécialisé : NVivo 12 Plus.



III. Résultats

Nous avons réalisé 18 entretiens, sur une durée de 10 mois. Leur durée était très variable en fonction des patientes, de leurs histoires et de leur facilité à se confier. Les entretiens ont une durée comprise entre 2 minutes et 36 secondes pour le plus court et 28 minutes et 51 secondes pour le plus long.

L'analyse des entretiens a permis de hiérarchiser les verbatims en codages (appelés nœuds sur le logiciel NVivo 12 Plus), regroupés ensuite en différents thèmes.

Ainsi, le codage descriptif a mis en évidence 165 nœuds différents, que nous avons ensuite regroupé en 5 grands thèmes :

- Liberté ;
- Nécessité, contraintes ;
- Peur, effets secondaires et indésirables ;
- Méfiance ;
- Désir de naturel.

III.1. Description de la population étudiée

III.1.1. Age

La population féminine étudiée était âgée de 18 à 47 ans. Nous notons une légère prépondérance de population au niveau des tranches d'âge 20-40 ans, qui représentent 55% de la population totale.

Nombre de cas correspondants.

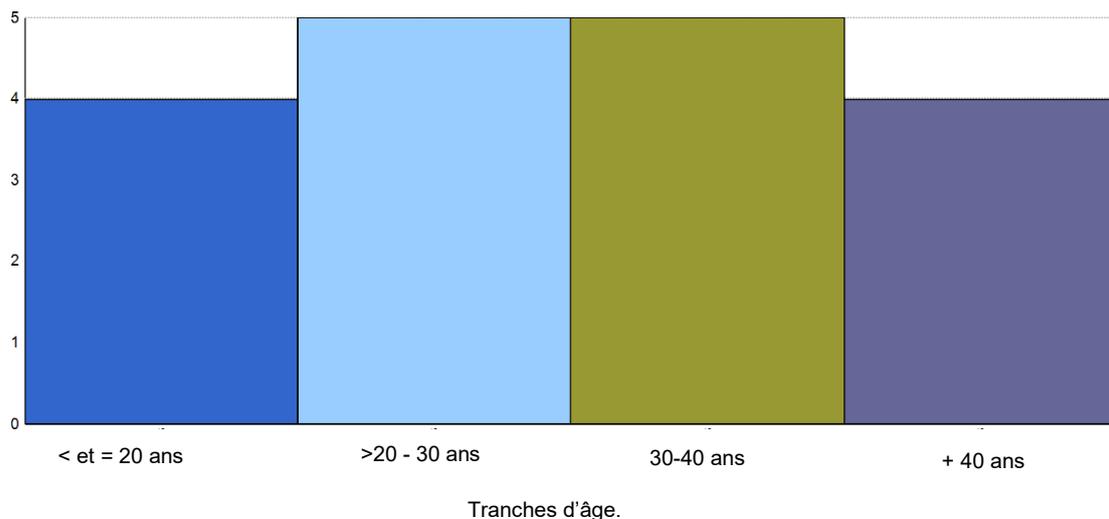


Figure 29 : Répartition de la population étudiée en fonction des tranches d'âge.

Source : Graphique réalisé via le logiciel NVivo.



III.1.2. Catégorie socio-professionnelle

Nous avons classé les professions des femmes selon la nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) 2003 de l'INSEE qui sert à la codification du recensement et aux enquêtes réalisées auprès des ménages [88].

Ainsi, parmi nos femmes : 33% des femmes appartenait à la catégorie des professions intermédiaires (professeur, infirmière libérale...) soit 6 femmes, 22% d'entre elles étaient étudiantes (soit 4 femmes) et 16% d'entre elles étaient employées (soit 3 femmes).

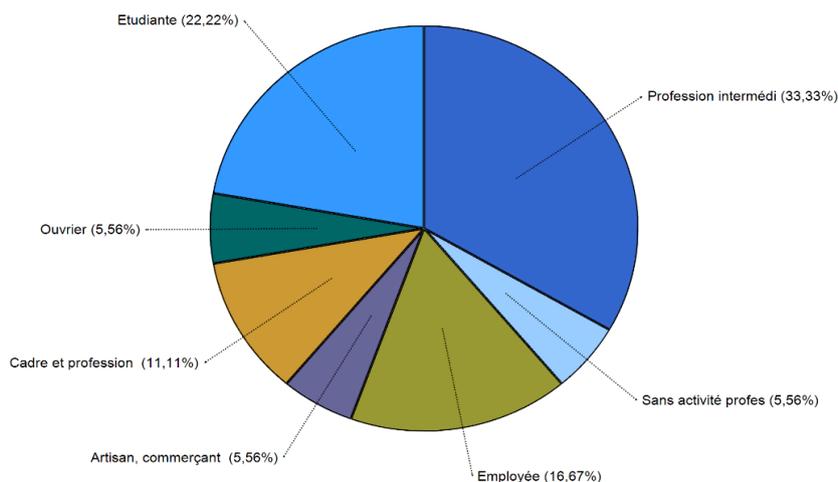


Figure 30 : Répartition de la population selon les catégories socio-professionnelles.

Source : Figure réalisée à parti du logiciel NVivo.

III.1.3. Situation familiale

Parmi les femmes interrogées, 3 étaient célibataires, 1 femme n'a pas répondu à cette question, et les autres étaient en couple : mariées, pacsées ou bien en concubinage.

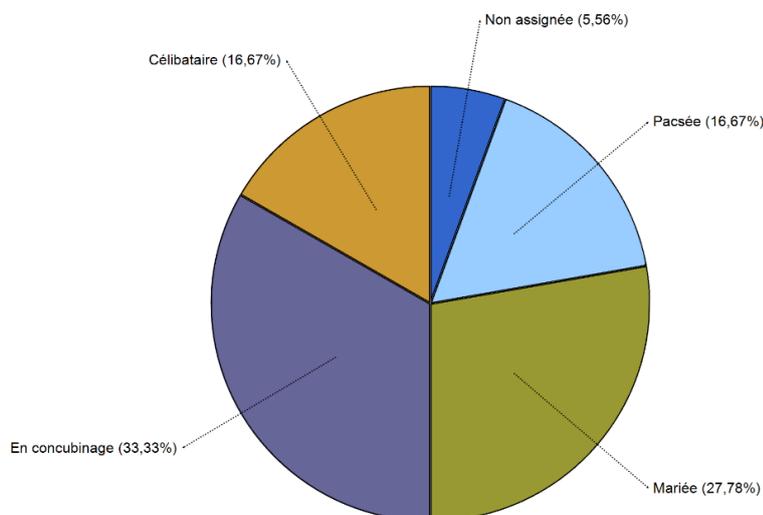


Figure 31 : Répartition de la population selon les situations familiales.

Source : Figure réalisée via le logiciel NVivo.



III.1.4. Nombre d'enfants

Parmi les femmes, 10 d'entre elles étaient sans enfant et 8 avec enfants (entre 1 et 3).

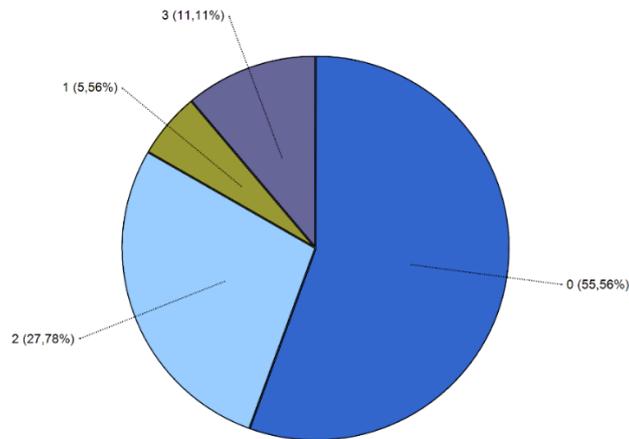


Figure 32 : Répartition de la population selon le nombre d'enfants.

Source : Figure réalisée via le logiciel NVivo.

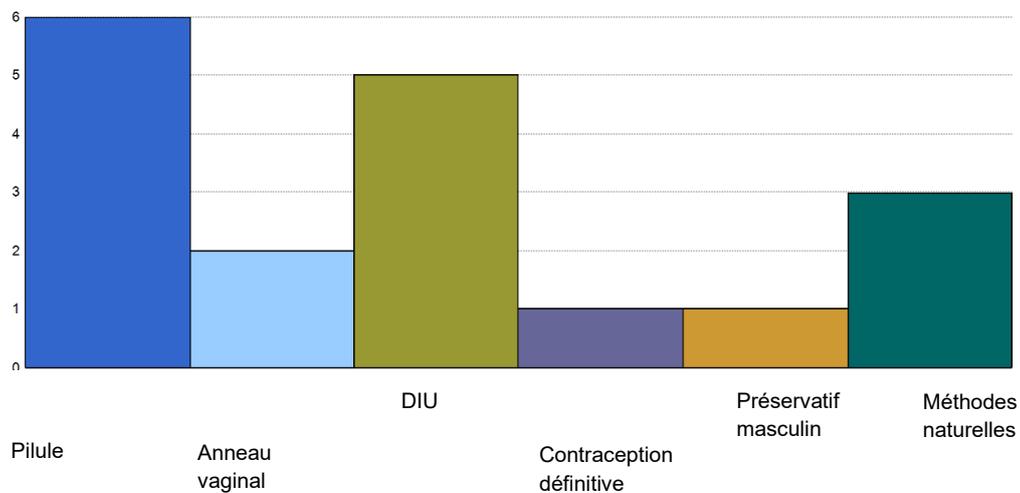
III.1.5. Religion, croyance

15 femmes déclaraient être sans religion, 1 se disait être catholique, 1 catholique non pratiquante et 1 n'a pas répondu à cette question.

III.1.6. Type de contraception utilisée

33% des femmes interrogées utilisaient la POP (3 utilisaient Leeloo®, 2 Otpilova® et 1 Jasmine®), parmi elles, l'une l'associait au préservatif masculin. 27% des femmes interrogées utilisaient le DIU Mirena®. 1 femme avait eu une hystérectomie à but contraceptif. Quant aux méthodes naturelles utilisées, il s'agissait : soit du retrait associé au préservatif, soit du retrait seul.

Nombre de cas correspondants.



Classification contraception.

Figure 33 : Répartition de la population selon le type de contraception utilisée.

Source : Figure réalisée via le logiciel NVivo.



III.2. Résultats de l'analyse thématique

Nous allons maintenant développer les 5 thèmes mis en avant lors de cette étude, afin de faire ressortir les représentations et le vécu des patientes vis-à-vis de leur contraception. Nous avons choisi de faire ressortir le texte en gras pour les différents nœuds utilisés pour l'analyse des résultats. Les verbatims apparaissent, en italique, entre guillemets.

III.2.1. Liberté

Lors des entretiens, les femmes ont exprimé leur intérêt pour la contraception, les avantages qu'elles en retirent, les points positifs.

Pour la majorité des femmes, elles ont **débuté leur contraception pendant l'adolescence** et leur **première contraception était la pilule oestroprogestative**.

« Et euhhhhhh... et j'ai eu donc Adépal, je l'ai eue super tôt, euh... quand j'étais adolescente quoi ! »

Pour certaines, leur **première contraception de couple était le préservatif**.

« Après et du coup oui quand j'ai commencé avec M., on a commencé euh avec le préservatif »

Après leurs grossesses, les femmes ont souvent choisi de **changer de contraception**. Le **DIU** était souvent utilisé dans un premier temps.

« Suite à ... suite à ma grossesse... ma deuxième grossesse je voulais pas re reprendre d'hormone, je voulais pas avoir de ... de pilule parce que c'est trop contraignant (...). Tous les jours de prendre la pilule et avec les enfants en bas âge on oublie. Voilà donc je voulais un stérilet »

Les **histoires contraceptives étaient souvent compliquées**, avec une nécessité de changements nombreux de contraception.

« Euh au départ c'était la pilule Leeloo et avant quand j'étais adolescente, c'était ma maman, pharmacienne, qui me l'avait déterminée c'était la Diane 35 que j'ai arrêtée après et à l'heure actuelle c'est..., c'est la Leeloo qui m'avait déjà été donnée (euh) au tout début. Après j'ai eu un implant et je suis revenue au Leeloo »

Allant parfois jusqu'à avoir des **difficultés à se remémorer** le nom des différentes contraceptions utilisées : *« Euh... j'en ai eu plusieurs des pilules... holà là ça fait longtemps, ça fait 20 ans hein ! (petits rires et temps de réflexion sur quelles pilules elle a utilisées) (...) je suis repassée à une normale : celle qui est avec des petits dessins là un peu roses et tout mais je me rappelle plus du tout... (silence et réflexion) »*.

Pour la plupart, le **choix de leur contraception était fait personnellement, après analyse des informations reçues**.

« Du coup j'essaie de..., j'essaie de me renseigner un peu pour prendre quelque chose qui ait le moins d'impact possible sur, sur ma santé »

Les femmes avaient toutes un désir de **maîtrise des grossesses**.

« Pour ne pas être enceinte (rires), ça serait la cata actuellement (rires) ! Non non non, non non je ne prends aucun risque »



Et la majorité exprimait une volonté de **contraception efficace** pour permettre une certaine **liberté sexuelle**.

« Pour moi j'ai plus à me dire oh là surtout pas, faut pas le faire parce que sinon tu vas avoir un 3ème non non non ? Que du bonheur ! ».

Il existait aussi un désir de contraception efficace pour **limiter les angoisses dues à un potentiel risque de grossesse**. Ce désir était d'autant plus exprimé chez les femmes qui utilisaient les méthodes naturelles ou le préservatif seul.

« Ben que ça marche pas hein... ça m'est déjà arrivé d'avoir un accident avec le préservatif, euh régulièrement c'est pas très marrant quoi... Ouais, ouais, voilà mais c'est, c'est voilà pas de sécurité, on n'est jamais sûr, et puis c'est pénible de devoir attendre ses règles. Ouais toujours être en flip de... Oui voilà on n'est pas,... c'est pour ça que je cherche moi, je cherche une contraception, mais au final euh... mais ouais non c'est t'as pas de sécurité quoi ! »

Certaines femmes (surtout au début de leur contraception) l'utilisaient aussi pour **régulariser leur cycle** ou traiter des problèmes de dysménorrhées.

« Et euh... C'était jamais... Je pouvais les avoir pendant 3 semaines de suite, après je ne les avais plus pendant 6 mois... Complètement irrégulières... Le bazar ... total ! Donc au bout d'un moment c'était un peu tous les mois donc ça allait mieux et après c'est reparti tout en bazar alors le docteur a dit « y a pas d'autre choix que prendre la pilule » quoi. Voilà (petits rires) »

Beaucoup ont parlé de **la liberté** apportée par la **régularisation du cycle** et par l'**aménorrhée** contraceptive.

« Après c'est vrai que le fait de ne pas avoir de règle c'est quand même un luxe euh (rires) »

« Ah ouais. Ben plus de règle du tout... Non c'est trop bien ... une fois de temps en temps, mais même pas une journée... même pas la journée quoi ! »

« Parce que j'ai plus mes règles (rires), je peux aller à la piscine quand je veux (rires) sans me soucier euh voilà et pis enfin voilà quoi... »

Peu de femmes ont parlé de la **protection contre les IST**, mais quelques-unes utilisaient le préservatif masculin dans ce but.

« Et puis, le préservatif... Ben oui... les maladies aussi j'ai pas envie de (petits rires)... »

Et le dernier objectif de la contraception cité par les femmes était le **traitement de l'acné** : certaines femmes avaient débuté leur contraception sur des problèmes d'acné.

« Mais c'était surtout lié à la peau du coup aussi après ça m'avait fait du bien »

Une partie des femmes interrogées s'est dite satisfaite de sa contraception actuelle car elle ne présentait **pas d'effet indésirable** et la majorité des femmes était satisfaite de sa contraception passée car la **tolérance avait été bonne**.



« Oui très ... j'ai aucun enfin, ... aucun effet secondaire comme j'ai pu entendre ou autre donc non non je suis contente... Et là moi, enfin rien n'a changé pour moi en tout cas ! »

Elles étaient ravies lorsqu'elles utilisaient des contraceptions qu'elles jugeaient **faciles à utiliser**.

« Euh et je portais ça depuis 3 ans je pense et c'était vachement pratique parce que beh on n'a pas à y penser une fois qu'on l'a mis » (ex : une utilisatrice d'anneau vaginal).

Elles étaient satisfaites lorsque la contraception était **facile d'accès** : avantage des préservatifs.

« Ben c'est sûr (silence). Oui mais c'est le plus accessible... et l'avantage c'est que c'est pratique on en trouve un peu partout »

Elles ont rapporté une certaine **confiance dans leur contraception** : « Mais de manière générale je suis assez confiante » ; et une **confiance dans le prescripteur et dans le suivi** : « Je me préoccupe pas trop de ça je fais confiance au médecin (rires) ».

Quelques femmes ont expliqué qu'elles pouvaient **discuter facilement avec le corps médical** : « Moi je vais une fois par an chez la gynécologue et je m'entends très bien avec elle donc pas de problème ».

Il existait d'ailleurs une certaine **fidélité** aux contraceptions utilisées : les femmes ont rapporté avoir garder longtemps la même contraception.

« Et j'ai eu donc Adépal, je l'ai eue super tôt, euh... quand j'étais adolescente quoi ! Je l'ai eue pendant des années et là aucun souci ! »

Quelques femmes ont exprimé clairement qu'elles ne présentaient **aucun désir d'arrêter leur contraception** : « Ok. Qu'est-ce qui ferait qu'aujourd'hui, vous choisiriez de ne plus utiliser de contraception ? Je sais pas (rires). Non, ça me convient bien ».

III.2.2. Nécessité, contraintes

Si la contraception permet une certaine liberté, ce n'est pas toujours un choix délibéré. Effectivement, elle a aussi été aussi décrite comme quelque chose qui est devenue une obligation (pour ne pas tomber enceinte) et donc une contrainte.

III.2.2.1 Nécessité contraceptive

Les femmes n'ont pas seulement un désir, mais surtout un **besoin de maîtriser les grossesses**. Les femmes ont rapporté la **nécessité d'une prise contraceptive** quand le risque de grossesse se présentait, c'est-à-dire lorsque que le couple se formait : « Bon alors la contraception... Moi j'ai mon copain depuis 7 mois euhhh du coup je... on a des préservatifs... mais du coup je cherche à avoir une contraception ».

Certaines femmes ont même rapporté un sentiment **d'obligation à utiliser une contraception lorsque l'on est en couple** et parmi elles, certaines notaient un problème **d'idéal contraceptif**. Le préservatif n'étant pas alors considéré comme tel : « Je n'en parle pas à grand monde mais à chaque fois je dis que je ne prends pas la pilule ça surprend... (...) mais en même temps c'est pas une solution un préservatif c'est ... à long terme quoi enfin, il y a mieux sûrement... ».



Une mère racontait d'ailleurs son inquiétude par rapport à la contraception de sa fille : « *Quand il lui avait donné, lui a prescrit la pilule mais euh... elle veut pas la prendre, donc elle se retrouve maintenant sans contraceptif, et du coup euh... c'est embêtant quoi* ».

Des femmes ont expliqué qu'elles **regrettaient l'utilisation de la pilule dans leur adolescence** mais il s'agissait alors d'une obligation.

« *Ben c'était un peu automatique euh... Vers 15 ans, quand j'ai commencé à avoir un copain euh... ma maman m'a emmenée chez le gynéco, et puis ben : c'était pilule ! Y avait pas enfin... j'avais même pas du tout en tête moi, et on m'a pas laissé entendre qu'il y avait tellement d'autres solutions. Je savais que le stérilet existait mais euh... enfin c'était vraiment pas pour quelqu'un de 15 ans et voilà. Voilà comment ça s'est passé euh... et je crois que j'ai continué (silence). Oui j'ai continué...* »

Et malgré certains effets indésirables, les femmes ont expliqué qu'elles **continuaient leur contraception par obligation** : « *Donc j'ai gardé la pilule ! Donc j'ai pas supporté beaucoup de pilules en fait...* ».

Cependant, une femme a exprimé une certaine forme de **liberté à ne pas utiliser sa contraception durant la durée son célibat** : « *Je crois, je ne prenais plus la pilule parce que j'avais pas de raison de la prendre (...) euh du coup pendant 2 ans à peu près j'étais toute seule et voilà j'en n'avais pas besoin donc je l'ai pas prise, et je n'ai rien pris du tout, tout ce temps ...* ».

Mais, pour la plupart des femmes, **l'arrêt de leur contraception** n'était envisagé qu'**en cas de désir d'enfant ou de ménopause**, donc par absence de nécessité : « *J'ai dû arrêter un moment donné ben... avec un de mes compagnons euh... avant la trentaine quand j'ai essayé d'avoir un enfant. Oui... oui en fait j'ai arrêté la pilule parce que je voulais un enfant quoi... (silence)* ».

Une femme a exprimé son **désir d'arrêt de la contraception pour savoir** si elle était ou non **ménopausée** : « *Bon après je vais bientôt être ménopausée... Mais par contre : avec le Mirena je le sais pas... C'était aussi un peu pour ça que je voulais l'enlever parce que j'aurais plus à gérer le fait que j'ai des règles ou pas ...* ».

III.2.2.2 Contrainte quotidienne

L'inconvénient majeur de la pilule rapporté est la **nécessité d'une prise quotidienne** :

« *Je voulais pas avoir de ... de pilule parce que c'est trop contraignant. (...) Tous les jours de prendre la pilule* » ;

et la principale peur dans leur contraception était la **peur de l'oubli** :

« *Alors la peur de l'oublier, euh et de ce fait d'avoir un enfant* ».

Les femmes se disaient **insatisfaites** de leur contraception car elle engendrait du stress et de l'anxiété du fait de **contraintes importantes** : possibilité d'oubli ou de mésusage.

« *J'essayais de la prendre régulièrement et tout c'est pas du tout mon truc en fait et y a plein de fois où je la prenais un peu en retard et ça me stressait* »

« *Comme la dernière fois quand j'ai eu mes règles avant d'avoir ma pilule, j'ai moi, je panique toujours donc euh... je me mets toujours des... je me dis « oh mais ça y est j'ai plus de pilule je vais avoir mes règles », toujours des choses comme ça euh... « est-ce que je vais être*



enceinte » ou voilà souvent des questions euh... La peur d'avoir oublié et de tomber enceinte hein... »

« Ça m'est déjà arrivé d'avoir un accident avec le préservatif, euh régulièrement c'est pas très marrant quoi... Ouais, ouais, voilà mais c'est, c'est voilà pas de sécurité, on n'est jamais sûr, et puis c'est pénible de devoir attendre ses règles. Ouais toujours être en flip de... Oui voilà on n'est pas... »

Et certaines femmes ont même avoué **une mauvaise observance** de leur pilule au quotidien.

« Non mais c'est que... même si t'y penses tout le temps y a forcément des jours où t'oublies de prendre ta pilule... »

« Voilà parce que du coup je me mettais trois ou quatre réveils le soir et quand j'étais en soirée j'annulais et ... (...). Et enfin pendant plusieurs jours, je la prenais pas donc pas génial quoi... »

Quelques-unes ont expliqué qu'elles avaient **changé de contraception à la suite d'oublis**.

« Donc, après passage à Leelo, après pour plus de facilité parce que j'avais peur d'oublier la pilule euh passage à un implant »

« Avant je prenais la pilule et comme je l'oubliais, plusieurs fois du coup elle m'a conseillé d'autres procédés et l'anneau était ce qui me correspondait le mieux »

« Donc ce qui fait que là euh... comme j'oubliais du coup beaucoup, et qu'avec les petits je voulais plus avoir la pilule qui traîne, du coup j'ai essayé le stérilet »

Beaucoup ont exprimé un **désir de passage au DIU** pour éviter les oublis : *« Et du coup je pense à un stérilet »*.

Et il a même été envisagé d'**arrêter une contraception en cas d'oubli** : *« Et qu'est-ce qui ferait que vous n'utiliserez pas de contraception ? Ben j'ai pas, j'ai pas pensé euh... à ce moment-là j'ai pas prévu... et du coup voilà mais sinon... Ouais, en fait ce serait l'oubli. Ouais l'oubli ou euh... oui voilà c'est ça »*.

De plus, les femmes ont rapporté une certaine forme de **culpabilité à l'oubli** de leur contraception : *« J'ai pas donc je fais sans ! Mais c'est pas bien »*.

III.2.2.3 Coût

Les femmes ont rappelé qu'en plus d'être une contrainte, la **contraception était coûteuse**. Cette remarque a été faite lors de l'utilisation du préservatif, de l'anneau vaginal mais aussi des méthodes naturelles : *« Mais le prix genre ... Ouais, je crois c'est un scandale que les préservatifs ne soient pas remboursés... Ouais ...ben ouais, ben même pas sans parler d'être remboursés c'est juste le prix c'est cher quoi... Alors que les autres contraceptions c'est un peu pris en charge non ? »*.

Cependant, certaines femmes ont expliqué qu'elles **acceptaient le coût** engendré par la contraception : *« Non, actuellement je serais étudiante enfin je gagnerai pas de sous, peut-être que oui, j'aurais pas de revenus oui. Mais bon là ça va ! »*.

III.2.2.4 Dépendance contraceptive

Des femmes ont raconté les **difficultés d'obtention** de leur contraception qui les ont amenées **à changer ou à ne pas utiliser leur contraception**.



« Une très très classique et celle-là je l'ai gardée longtemps, longtemps et après j'ai eu quelques périodes euh... d'arrêt euh... soit quand j'étais euh... étudiante et que j'avais plus d'ordonnance (petits rires). Ça c'était pas toujours voulu et voilà... donc c'était peut-être 1 mois ou 2, mais voilà... du coup je faisais attention et je me faisais des petites frayeurs quand même ! »

« Il y a eu des restrictions (euh) par rapport à Diane 35, il fallait que ce soit prescrit par un dermatologue, un médecin généraliste ne pouvait pas prescrire la..., la Diane 35 »

De plus, les femmes se sont plaintes des **difficultés à consulter un gynécologue** : « Le gynéco j'y vais pas non, j'y suis pas allée y a 10 ans... C'est le problème du gynéco par ici quand même... Les rendez-vous sont très longs à avoir et après euh ... ».

Il existait une insatisfaction chez les femmes lorsque leur contraception nécessitait **l'intervention d'une tierce personne**.

« J'aimerais bien en reprendre une, j'aimerais bien qu'on arrive à poser mon stérilet »

« Les rendez-vous sont très longs à avoir et après euh ... faut trouver la bonne personne ! Voilà trouver la bonne personne aussi... »

Et la dépendance au corps médical a été d'autant plus rapportée devant les **difficultés à mettre en place ou retirer le DIU** :

« Mais après c'est compliqué... parce que moi je suis étudiante, donc il faut que je rentre en semaine, et en plus il y a plusieurs rendez-vous parce que il veut me voir une 1ère fois et après il faut que je revienne... Et puis là je vais bientôt avoir fini mon stage mais après je ne sais pas où je vais être... Ben sûrement à Angoulême mais euh... Angoulême euh voilà... c'est-à-dire que je vais y être au mois de septembre, moi j'aimerais bien avoir un truc dans l'immédiat quoi mais c'est compliqué ! »

« Mais ça me fait peur car pour mon premier stérilet, il a fallu m'hospitaliser pour l'enlever et se faire hospitaliser pour enlever un stérilet.... ».

III.2.2.5 Contraintes par décisions médicales

De plus, les femmes ont expliqué qu'elles étaient **contraintes par des décisions médicales** : « Elle m'avait demandé si vraiment je voulais changer je lui ai dit oui, je lui avais proposé le patch elle m'a dit non je lui avais demandé le ... L'implant elle m'a dit SURTOUT PAS euhhhh parce que je ferai de l'acné ah donc je dis (rires) hors de question Pilule pfft.... La microdosée, on ne me la pas conseillée... ».

Certaines ont expliqué qu'actuellement elles n'avaient pas de contraception car le **corps médical ne leur posait pas de DIU** : « Après ma grossesse, j'ai dû attendre le retour de couches et depuis euh... c'est jamais la bonne période pour mettre le stérilet ».

D'autres ont déjà rencontré un **problème d'accès au DIU car elles étaient nullipares** : « Plusieurs gynécos qui n'étaient pas du tout à l'écoute, euh ben... qui disaient « ben non, il faut prendre la pilule, toutes les autres méthodes sont trop risquées et, en plus, vous êtes trop jeune et vous n'avez pas eu encore d'enfant, donc le stérilet c'est pas envisageable » voilà ! (petits rires). Et pourtant j'en ai vraiment essayé plusieurs, en me disant j'ai bien conscience que les discours ne sont pas forcément homogènes ».



Quand elles abordaient le sujet de la **contraception définitive**, le **critère d'âge** leur était soumis : « *Fatigant donc ils voulaient me faire une totale, mais j'étais trop jeune donc à 38 ans ils voulaient toujours pas me la faire et ils ont voulu attendre que j'ai 40* ».

Et pour l'une des patientes, la **contraception définitive** n'a été réalisée que parce que les **autres méthodes contraceptives n'étaient pas utilisables** : « *et ça a recommencé à saigner donc ils me l'ont enlevé. Ils m'ont redonné la pilule, ça n'a pas été du tout alors au niveau hémorragie n'importe quoi comme avant donc euh... ils m'ont remis un Mirena et je resaignais tout le temps ! Fatigant donc ils voulaient me faire une totale (...) P. : D'accord. Mais dans quel but il voulait faire une totale ? B. : Ben à but de contraception ! C'était le seul moyen...* ».

Et pour d'autres, le corps médical les a dissuadées d'utiliser cette méthode : « *Mais par contre euh... moi ce que je regrette mais maintenant bon c'est trop tard mais vous voyez après la naissance de ... ou 3-4 ans après c'est d'avoir... d'avoir une ligature... comme ça c'est l'idéal après tu n'as plus rien ! J'en ai parlé à ... la dernière fois il me dit « oh en gros pour ce qui reste » (rires). Il me dit ... « c'est une intervention » donc il me dit « je vois pas trop l'intérêt maintenant »* ».

III.2.2.6 Méthodes naturelles contraignantes

Si les méthodes de contraception médicales sont **contraignantes**, les femmes se sont exprimées sur le fait que les **méthodes naturelles** l'étaient aussi :

- Elles imposent beaucoup de **rigueur** ;

« *Ben après c'est vrai, c'est naturel mais c'est contraignant. C'est contraignant. Y faut toujours y penser, réfléchir* »

« *Je connais vraiment plusieurs personnes qui l'utilisent, mais de manière très stricte : c'est-à-dire quand il dit qu'il ne faut pas, on ne le fait pas quoi* »

- L'utilisation d'outils annexes imposent des jours où les **rapports sexuels** sont **possibles** mais peu nombreux ;

« *Et puis ben on n'est quand même pas libre d'avoir des rapports quand on veut* »

« *Ben on ne peut pas avoir de rapports très souvent ou bien sinon il faut être très prudent quoi ouais...* »

« *il y a un voyant : soit c'est rouge et du coup ben là c'est vraiment période de fertilité ; rouge clignotant alors là c'est sans doute le jour de l'ovulation ; euh orange et ben on sait pas trop entre 2 ; et puis vert ben quelques jours avant les règles et quelques jours après quoi. Là on peut vraiment sans risque avoir des rapports* »

- Lorsque la **méthode du retrait** est utilisée : elle n'est **pas considérée comme fiable** ;

« *Beh oui, oui, euh..., c'est vrai que je me dis que je pourrai tomber enceinte assez facilement avec un mauvais calcul ou quoi, puis le retrait c'est pas 100% efficace* »

- Et elle implique parfois une certaine **frustration** ;

« *Après c'est sûr qu'il y a toujours un côté un peu frustrant, parce qu'il y a une bonne partie du cycle où soit faut que... ben euh (...) Parce que même si de temps en temps on a quand même des rapports ben... c'est frustrant pour lui, ou on va pas jusqu'au bout, ou lui il est obligé de*



se contrôler vachement et de faire vraiment très attention parce qu'il a pas envie de rigoler avec ça lui non plus »

- Quant aux **règles**, elles sont parfois **douloureuses et irrégulières**.

« En plus y a les règles... Donc ça, ça prend une bonne partie du mois... y a pas de possibilité d'avoir de rapport. J'ai quand même des règles abondantes, alors enfin, j'avais des règles abondantes qui duraient longtemps. Bien 8 jours, donc, au final ça réduit vachement euh... la possibilité d'un rapport sexuel »

Malgré toutes les **contraintes** citées, les femmes ont expliqué qu'elles **acceptaient** tout de même la prise de la contraception car il s'agissait d'une **nécessité**.

A propos du préservatif : « Après voilà ce n'est quand même pas c'est pas hyper dérangeant ».

A propos du DIU : « Quitte à souffrir... Moi c'est pas grave je préfère souffrir une fois et être tranquille pendant 5 ans ... ».

« Le retrait et ça, ça c'est (petits rires nerveux) ... et là je serre les dents, parce que... mais bon après quand on pèse le pour et le contre. Bon j'y vais quand même mais j'aime pas »

A contrario, une femme expliquait que si **sa contraception** devenait trop **contraignante, elle arrêterait de l'utiliser** : « Qu'est-ce qui ferait que vous n'utiliserez pas une contraception ? Si c'était trop contraignant ».

III.2.3. Peurs, effets secondaires et indésirables

III.2.3.1 Peur de l'utilisation du DIU

Les femmes ont raconté leur **peur à la pose ou au retrait du DIU** et parmi elles, certaines ont expliqué qu'elles avaient ressenti de la **douleur** dans ces moments-là : « Non (temps de réflexion). Enfin si ! Avec le stérilet j'ai eu super peur d'avoir mal à la pose, ce qui en fait ne m'a pas fait trop mal mais qu'est-ce que j'ai eu mal quand on l'a retiré !!!! ».

Les femmes ont exprimé leurs **doutes et leurs interrogations concernant l'utilisation du DIU au cours des rapports sexuels** : « Et par contre, une vraie question que j'ai par rapport au stérilet, pendant les rapports ? Euh ? On le sent ? (...) Ben... mais vous pouvez avoir des rapports sexuels avec ou pas ? ».

Et certaines ont expliqué leurs craintes à avoir un **corps étranger** en elles : « Peut-être un stérilet au cuivre, mais l'idée ne me séduisait pas plus que ça non plus, euh... parce que le fait d'avoir un bout de métal dans le corps... c'est pareil j'ai du mal euh... Voilà mais euh... ».

III.2.3.2 Peur des hormones

De manière générale, elles ont exprimé leurs différentes **peurs à propos des hormones** :

- **Peur des effets indésirables** : « Je prenais une pilule (toux) et j'avais voulu arrêter en pensant que les systèmes hormonaux c'était pas très bon, (...) Beh tout ce qu'on peut entendre comme risques sur la santé (toux), notamment tout ce qui est hormonal qui me pose problème parce que je..., je crains les cancers notamment du sein, des choses comme ça. Du coup j'essaie de..., j'essaie de me renseigner un peu pour prendre quelque chose qui ait le moins d'impact possible sur, sur ma santé ».



- **Peur des effets des hormones prises au long cours** : « Par contre là, je commence à être à pré-ménopause et euhhh j'en ai marre.... Je voudrais plus de... (silence) Plus d'hormone ! Parce que je, je, je trouve que voilà... on... pourquoi ? Pourquoi on prend ça ? Pourquoi c'est pas... ? Notre corps il est pas fait pour prendre ça ... pendant autant d'années... Pourquoi ? ».
- **Peur d'une substance** qui pourrait **changer leur organisme naturel** : « Et les hormones ça fait quoi en fait ? Ça change ? (...) C'est bien ça... Mais moi quand même... J'ai pas envie d'hormone... Ouais enfin si je peux ... j'ai pas envie que une substance vienne changer mon corps. J'ai pas envie de prendre de la poitrine, j'ai pas envie de changer, enfin j'aime pas l'idée quoi ».
- **Peur de la perte de contrôle** : « Et puis j'ai envie de savoir, ce que j'ai euh... que ce que je prends en fait... genre d'être, décider ce que ce que je fais à mon corps, que là les hormones j'ai pas l'impression de contrôler quoi ! Non mais... le risque que j'ai plus la liberté euh... ça influence d'une certaine manière sur le cerveau enfin les humeurs et tout et j'ai pas euh... ».
- **Peur par absence de confiance dans le produit** : « J'ai pas envie et puis même au final c'est peut-être des préjugés mais je sais pas ce qu'il y a dedans, je sais pas ce que ça me fait ... ».

Certaines ont refusé la **contraception hormonale** à un moment donné de leur histoire contraceptive : « Après ma deuxième grossesse je voulais pas re reprendre d'hormones, (...) Voilà donc je voulais un stérilet, donc comme je voulais pas d'hormone j'ai voulu prendre un stérilet au cuivre ».

Quelques femmes avaient des **craintes à utiliser une contraception passant par le système digestif** et d'autres expliquaient leur **satisfaction à utiliser une contraception qui évite le passage par le système digestif**.

« Oui... (silence) Et puis c'est pareil... la pilule ça passe dans tout le système digestif... (pensive) »

« Je vais arrêter la pilule et je me suis laissée convaincre pour l'anneau, en me disant, bon au moins je l'avale pas même si ça fait quand même, ça diffuse localement et euh... »

De manière générale, les femmes ont rappelé qu'elles étaient rassurées par l'utilisation de méthodes contraceptives utilisant des **faibles quantités d'hormones ou même sans hormone**.

« Il me fallait de ces pilules faiblement dosées... »

« Après apparemment il n'y a pas trop trop d'hormone dans le Mirena... Sur 5 ans c'est oui enfin... »

« J'avais pensé au stérilet parce que les hormones ils sont locaux, c'est ce que j'avais lu, ils sont locaux et c'est pas dans tout le corps »

« Il m'a donné Optilova, c'est la plus petite je pense... (silence interrogateur) »

III.2.3.3 Peur des effets secondaires et indésirables

En dehors de la consommation d'hormones, elles avaient **peur d'effets secondaires et des risques rapportés par différentes sources** (médias, etc...) : « Le scandale de l'été dernier, ben... il (son médecin) en parle pas... Des maux de tête, de la prise de poids ... du caractère



qui serait fluctuant euh... des baisses d'humeur des choses comme ça... Euh l'agressivité le plus souvent je crois ??? (silence interrogateur) ».

Pour la plupart, elles avaient une **connaissance des risques** liés à l'utilisation de la contraception : « Euh la crainte de tout ce qui est lié par rapport aux embolies pulmonaires... ça favorise les embolies pulmonaires (...) Euh... parce que euh... pourquoi ben parce que, une connaissance en a fait une embolie pulmonaire sous pilule avec la Diane 35 ».

Des femmes avaient été **alertées sur les potentiels effets secondaires par leur gynécologue** : « Voilà, donc je lui en ai parlé et il m'a dit « il faut essayer, ça convient pas à tout le monde », mais bon comme moi ça me va... ».

Mais la plupart ont expliqué qu'elles avaient eu un **sentiment de prise de conscience des risques liés aux contraceptifs avec le temps** et que les **nouvelles générations seront certainement plus sensibilisées**.

« En fait à cette époque... ben on prenait toutes la pilule. Voilà c'était ça. Vous ne vous posiez pas la question euh... (...) Nous on a pris conscience à un moment euh... qu'on prenait des choses sans savoir ce qu'on prenait quoi. Que elles, elles ont été sensibilisées, en disant « eh c'est des hormones qu'on vous met là !! ». Parce que les hormones, hein... ça reste ... c'est du chimique ! »

Les principales peurs retrouvées ont été les suivantes :

- **peur d'une prise de poids** sous contraceptifs ;

« Eh ben de faire grossir (...) Euh ben c'est un peu ces craintes-là oui voilà de surtout prendre du poids... Ça me fait un peu peur euh... et puis mal réagir à ça euh voilà, de prendre du poids, ma réaction aurait été compliquée »

- **peur des cancers ou des pathologies** induites par la contraception en général ;

« Et puis là on se fait peur quand on voit tous les effets secondaires de la pilule... Donc j'ai eu peur de l'embolie pulmonaire oui... »

« Je sais pas... Oui, non non style cancer de l'utérus euh... Oui, voilà des choses vraiment euh ... Par exemple, j'ai peur parce que... j'ai des kystes... aux ovaires je crois... moi je sais jamais avant j'en avais. J'en ai jamais eu hein... donc... »

- **peur de l'acné** sous contraceptifs ;

« Il n'y a que ça en fait hein ouais y a que ça moi qui me gêne par rapport à l'acné hein moi c'était plus ça parce que 2^{ème} grossesse l'acné j'en avais hein... »

- **peur de l'infertilité** induite par des contraceptifs ;

« Je pense c'est ça aussi... ça va me perturber, et je ne pourrai jamais tomber enceinte »

- **peur des dysménorrhées** ;

« Si je la prends trop longtemps ça va me... Comment dire ? Ça va me... ça va me perturber mes cycles naturels »

- **peur de modifications de son cycle menstruel** et surtout **peur de l'aménorrhée** sous contraceptif.

« Quelques craintes sur ce que ça ferait à mon corps à long terme, et sur le fait que ça modifie les cycles. Et je pense que si ça existe c'est pas que quelque chose d'embêtant comme le fait



qu'il y ait des règles. Maintenant, j'entends dire qu'il y a même des méthodes qui permettent de ne plus avoir ses règles. Moi ça me traumatise un peu, même si ce n'est pas une partie de plaisir quoi ! »

- **peur des troubles de la libido ;**

« Ben j'avais toujours peur de que ce soit différent après la libido et tout ça, mais pas du tout en fait donc... »

Elles ont expliqué qu'elles **arrêteraient leur contraception** si elles avaient des **effets secondaires** : *« Qu'est-ce qui ferait que vous n'utiliserez pas de contraception aujourd'hui ? Sauf si je suis malade, que ça me convient plus, mais je reprendrai quand même autre chose hein, je resterai pas sans contraception ! Mmm. Oui ... oui oh oui pour l'instant tout va bien mais si il arrivait, je sais pas, si il y avait quelque chose, oui j'arrêterai le Mirena. C'est si y avait des effets secondaires quoi... ».*

Et certaines **n'utilisaient pas de contraception médicale par peur de prendre des risques pour leur santé.**

« Risques quoi de maladies liées à tout ça, aux cancers des ovaires, des seins donc euh la pilule ça me fait aussi un peu peur pour ça quoi. Après au départ c'est pas pour ça que je la prends plus mais je pense que ça fait aussi que je ne la reprends pas »

III.2.3.4 Effets indésirables

Il n'existe pas seulement une peur des effets secondaires car beaucoup de femmes se sont dites insatisfaites de leur contraception actuelle ou antérieure du fait **d'une mauvaise tolérance, avec des effets indésirables variés** :

- **troubles importants du cycle menstruel** (métrorragies abondantes, métrorragies en milieu de cycle, dysménorrhées...) qui ont même amené certaines patientes à **changer de contraception.**

« Leeloo pour cause de mal et douleurs de règles (...) euh passage à un implant, et l'implant n'a pas convenu parce que j'ai eu des règles abondantes qui dureraient plus d'un mois et je suis repassée à la Leeloo parce qu'elle convenait bien ... et voilà »

« Et du coup le cuivre euh... d'une part ça m'a fait beaucoup saigner... »

« Oui, le Mirena ! Voilà, donc ce qui fait, qu'après j'ai eu des règles euh.. pffff c'était n'importe quoi... Donc c'était une catastrophe. Donc j'avais mes règles, je n'avais rien j'avais mes règles, etc... euh Ah ben je les avais quasiment 3 semaines euh... ouais j'avais peut-être 5 jours dans le mois où je les avais pas »

« Après, à côté du coup vu que j'ai encore des douleurs, ben à côté de ça je prends des Antadys, donc ça va... »

- **gêne lors des rapports sexuels** liée au préservatif : *« Alors, le préservatif on a essayé, on n'apprécie pas. C'est pas très agréable »*

D'autres effets indésirables ont été rapportés lors des entretiens :

- **prise de poids** : *« Après... (silence) Ouais j'ai eu ce souci de poids » ;*
- **vomissements** ayant même entraîné l'**arrêt d'utilisation de la contraception** : *« Elle me faisait vomir enfin tu vois... alors qu'avant je la supportais très bien et du coup j'avais re arrêter » ;*



- **migraines** : « *Du coup moi je me pose des questions car j'ai l'impression d'avoir plus de migraines depuis que j'ai le Mirena* » ;
- **mastodynies** : « *Euh surtout au niveau des seins ouais... C'est très, le peu que je les touche c'est vraiment... C'est hyper sensible...* » ;
- **apparition de kystes ovariens** : « *Par exemple, j'ai peur parce que... j'ai des kystes... aux ovaires je crois... moi je sais jamais avant j'en avais. J'en ai jamais eu hein... donc... mais ça me rassure pas quoi...* » ;
- **douleurs diffuses** : « *Quand j'ai commencé avec mon anneau j'ai cru que je le supporterais pas, ça me faisait très mal dans le bas ventre, dans le dos* ».

Certaines patientes déclaraient ne **pas tolérer** leur contraception sans donner d'explications plus approfondies : « *Sauf que y a des fois je sais pas si ça me va vraiment ...* ».

III.2.3.5 Echecs contraceptifs

Au-delà des effets secondaires retrouvés, le problème de **l'échec de la contraception** a été rapporté par les femmes :

« *Et deuxièmement, ben j'ai fait une grossesse sur stérilet* »

« *En fait, je suis tombée enceinte je prenais la pilule avec Eléonore, parce que je prenais des anti-inflammatoires pour mon dos. C'était surprise, surprise Eléonore ! (grimace) Ouais mais après c'est pas grave mais... Oui sur le coup, dur, dur ! Quand on prend la pilule euh...* »

Et pour ces femmes, il existait une **certaine gêne à aborder ce sujet de l'échec**.

« *Et puis ... Ouais... Je suis tombée enceinte quoi... Du coup ben voilà, j'ai pu faire une IVG médicamenteuse euh... c'est un peu traumatisant hein (petits rires gênés)* »

Ces échecs ont amené les femmes à **changer de mode de contraception**.

« *Donc euh, ça s'est terminé que moi j'ai tout fait enlever... Parce que je voulais pas refaire une grossesse sur stérilet, ça me faisait trop peur...* ».

III.2.3.6 Ambivalence de satisfaction

Nous avons noté une **ambivalence de satisfaction** par rapport à leur contraception car **malgré les effets secondaires** les femmes **acceptaient** leur contraception :

« *Es-tu satisfaite de ta contraception ? Pourquoi ? Euh ... euh oui et non on va dire* »

« *Euh oui... Enfin si elle me va, si on me dit qu'elle me va oui, sinon si elle me va pas euh... il faudra juste que je la change et puis c'est tout (...) Ouais. Oui y a plein de petites raisons qui me mettent toujours en doute, donc c'est pour ça que j'aimerais... J'aimerais en parler quoi pas rester euh...* ».

Malgré les peurs citées, les femmes rappelaient qu'elles **acceptaient** tout de même leur contraception.

« *Oui c'est parce que je voulais pas prendre trop d'hormones mais bon effectivement euh... j'en reprends quand même là... (...) J'étais pas convaincue hein parce que forcément, y a des gens qui se plaignent mais c'est qu'il y a des... des effets secondaires qui sont rapportés. C'est sûr... Mais bon Mirena j'ai dit bon on essaye et puis on verra. Au final oui je suis bien contente* »



« Quitte à souffrir... Moi c'est pas grave je préfère souffrir une fois et être tranquille ».

III.2.4. Méfiance

III.2.4.1 Sources d'informations

Les femmes ont cité **différentes sources d'informations** pour obtenir des informations à propos de leur contraception.

D'abord le corps médical avec aussi une lecture de la **littérature médicale** : « *Après je lis toujours la... la notice ou alors je demande à mon médecin traitant* ».

Elles ont expliqué qu'elles géraient leur contraception, parfois avec leur **gynécologue**, parfois avec leur **médecin généraliste** : « *Parce qu'en fait j'en ai parlé à mon médecin traitant et il m'a dirigé vers un gynéco, il m'a dit qu'il n'était pas apte à me conseiller dessus* ».

Elles **avouaient difficilement avoir recours à internet** comme ressource : « *Eh ben on dit qu'il faut pas aller regarder sur internet mais des fois on va voir (silence et gêne). Ouais mais c'est pas bien, je sais...* ». Mais elles expliquaient qu'internet était une source intéressante d'informations qui permettait une **discussion facile** avec les utilisatrices : « *Un peu internet... Oui aussi... quand, quand j'avais eu un doute un moment sur la pilule, parce que au début, enfin faut être sûre quoi de pas faire de bêtise, j'avais regardé un peu les conditions, c'est pour ça que je connais à peu près les heures* ».

Les **médias** (hors internet) ont aussi été cités comme source d'informations : « *Après médiatiquement aussi un petit peu... Voilà après les infos quand j'entends au journal telle ou telle info mais après c'est tout hein* ».

Les **proches** leur permettaient d'avoir une discussion facile, avec une comparaison des avantages et des effets secondaires : « *Ben moi le Mirena c'est ce qui s'est passé, c'est ça en fait ! C'est ma cousine qui l'a eu, plusieurs femmes autour de moi qui l'avaient qui en étaient satisfaites ben parce que pas avoir ses règles c'est trop top machin... puis ben voilà quoi c'était ça le... Le bouche à oreilles oui... (...) Ben quand on en parle entre copines* ».

Leur **mère** était citée comme une source intéressante d'informations (discussion facile, orientation vers une gynécologue à l'adolescence...) : « *Ma mère a un stérilet, je le sais donc j'ai toujours vu que c'était... c'est assez cool quoi donc je savais ça quoi !* ».

L'**enseignement au lycée** a aussi été cité comme une source intéressante : « *Par contre... Ben à l'école on a fait, on a fait des exposés tout ça ... Ben au collège ils l'ont fait qu'une fois quand on était en 3^{ème} et après au lycée... c'est surtout au lycée que j'ai fait... !* ».

Des informations sont données par les sages-femmes dans le **post partum, autour de la maternité** : « *J'étais bien conseillée aussi autour de ma grossesse par une sage-femme et, et à l'hôpital lors des cours de préparation à l'accouchement* ».

La **médecine alternative** était citée comme référence : « *Après euh... c'est à force d'avoir des informations du genre : mon ostéopathe là il est un peu calé, enfin il... vous voyez il s'intéresse un peu à tout, il m'a dit le cuivre et tout euh* ».

Mais aussi les « **on-dit** » : « *Ça va mais enfin c'est pas bon quoi si vous avez pas eu d'enfant. Vous avez plein de gens qui disent ça...* ».



III.2.4.2 Choix contraceptif imposé

Malgré toutes ces sources d'informations, le **choix contraceptif** final des femmes a souvent été **décidé par leur médecin** : « *C'est ça : je voulais plus d'hormone et après, et ben après, quand Mirena est sorti là, ... il m'a dit « mais Mirena c'est trop bien euh... t'as plus de règles de machin », donc il m'a influencé aussi hein ».*

En racontant leurs histoires contraceptives, les femmes ont laissé entendre, qu'à un moment donné de leur vie, elles n'ont **pas eu le choix** de leur contraception, qui leur a été imposée sans laisser place à d'autres alternatives.

« *C'est le médecin qui me l'a choisie »*

« *Du coup il m'a dit que j'étais obligée de prendre la pilule. Donc je l'ai prise... il m'a donné Optilova »*

Mais certaines femmes ont décidé de **refuser d'utiliser ces contraceptions « imposées »** : « *Euh d'ailleurs j'ai déjà rencontré mon gynéco il y a plus d'un an quoi.... euh il m'avait prescrit la pilule... j'étais euh, à l'époque je... j'avais déjà couché avec quelqu'un mais j'avais pas de copain stable donc j'ai pas pris la pilule ».*

III.2.4.3 Corps médical non à l'écoute

Les patientes ont reproché au **corps médical de ne pas être à l'écoute** de leurs demandes et de leurs envies.

« *J'ai vu plusieurs gynécocos qui n'étaient pas du tout à l'écoute, euh ben... qui disaient « ben non, il faut prendre la pilule, sinon vous comprenez, vous allez tomber enceinte » euh... « toutes les autres méthodes sont trop risquées et en plus vous êtes trop jeune et vous n'avez pas eu encore d'enfant, donc le stérilet c'est pas envisageable » voilà ! (petits rires) (...) parce que le gynécologue enfin... je ne fais pas de généralité, mais tous ceux que j'ai vus, j'ai pas trouvé quelqu'un qui était à l'écoute là-dessus quoi ».*

Le **corps médical ne répondait pas à leurs questions** : « *Ben j'ai eu des réponses euh : « non ne vous inquiétez pas, y a pas de problème »... Bon c'était pas vraiment ... pour moi c'est pas une vraie réponse. Non c'est pas une réponse argumentée. On voyait bien que le médecin il était pas ... il est au courant du truc mais il était pas... Il n'avait pas envie de tout me dire quoi... ».*

Les femmes ont décrit une **difficulté à discuter de leur contraception** avec leur gynécologue ou leur médecin : « *A une époque, j'ai eu un médecin généraliste, mon médecin traitant euh... qui était assez ouvert quand même, et qui m'a conseillée une de ses collègues qui était généraliste aussi, mais un peu spécialisée sur ces questions-là. Enfin, c'était vraiment un truc où j'avais l'impression de devoir faire du bouche à oreilles pour pouvoir arriver sur quelqu'un qui, peut-être, voudrait bien euh... parler d'autres solutions : peut-être un stérilet au cuivre ».*

Et quelques femmes ont rapporté des **difficultés à aborder ce sujet avec une personne de sexe masculin** : « *En plus, enfin moi c'est une femme et mon médecin généraliste c'est un homme c'est plus facile de parler à une femme de ça quoi... ».*



III.2.4.4 Impact médiatique

Les patientes ont expliqué que les **médias impactaient leurs choix** contraceptifs :

« Après c'est aussi pour ça que j'ai acheté le livre dont je te parlais l'autre jour (« J'arrête la pilule » de Sabrina DEBUSQUAT), parce qu'on entend plein de trucs sur ce qui peut y avoir et tout mais je suis pas trop informée en fait sur les risques qui peut y avoir sur la pilule c'est aussi pour ça que je l'ai acheté le bouquin mais euh ce qui m'embête d'une façon c'est que ce livre-là, je ne sais pas comment il est documenté et tout mais après je verrai une fois que je l'aurai lu »

« C'est ce Mirena quoi... Y en y en a plein qui sont contre hein... Là il y a eu une grosse polémique sur le Mirena, ça m'a foutu la trouille moi... Ben un peu quoi. Je me dis est-ce que il ne faudrait pas repasser au cuivre ? Au moins. Bon mais voilà... »

Des patientes ont parlé des **scandales médiatiques** qu'elles connaissaient : « non non parce qu'il y avait eu là le truc sur les pilules de la 3^{ème} ou 4^{ème} génération je sais... Enfin tant que ça me touche pas personnellement... ».

Avec, parfois, une certaine **peur** : « c'est plutôt le côté sain qui me, je suis plutôt attirée par ce côté euh... où rien prendre, pour éviter de prendre quelque chose que... comme je pense au Médiator, qui a fait oui, vous voyez. Un moment le Médiator, tout le monde prenait du Médiator et après Médiator stoppp !!!! Et puis voilà où on en est arrivé quoi. Ça me vient à l'idée donc je me dis si ça se trouve dans 20 ans on dira « non fallait pas prendre ça » : c'est ce côté-là qui me que j'aime pas. Pas de recul. Mais en fait, j'ai peur d'être manipulée par les laboratoires quoi... C'est ça, quand vous, vous voyez et si ça se trouve voilà... dans 20 ans on va dire « mais non mais Mirena mais non fallait pas, Mirena il entraîne ça, il entraîne ça, il entraîne ça » ».

Certaines ont même expliqué qu'elles seraient susceptibles **d'arrêter leur contraception si trop d'effets secondaires étaient relatés par les médias** : « Et qu'est-ce qui ferait qu'aujourd'hui vous choisiriez de ne plus utiliser Mirena ? (long silence) Ben les retombées euh... qu'on pourrait entendre au niveau médiatique... sur le sur les aspects négatifs que pourrait avoir Mirena par rapport à la santé... ».

III.2.4.5 Difficultés d'accès aux sources d'informations

Les femmes ont rapporté des **difficultés d'accès à des sources d'informations fiables**. Elles étaient **en manque d'informations** vis-à-vis de leur contraception : « Parce que je trouve que ... je sais pas vous voyez... J'ai vu des trucs, je sais même pas..., je suis sûre qu'il y a de nouveaux contraceptifs que j'ai pas, que j'ai pas connaissance... Il doit y en avoir d'autres qui sont apparus... Ouais et puis du coup voilà ».

Elles se sont plaintes d'une **diversité trop importante des sources d'informations** avec un gros **doute sur la fiabilité** de ces informations.

« Et du coup je pense à un stérilet sauf que les avis sont genre trop divers... (silence) enfin j'ai essayé de lire des trucs mais en fait les avis sont tellement différents ! C'est difficile de savoir où prendre les informations... Comment faut faire d'ailleurs ? »

« Ben j'ai vu des choses, comme sur internet il y a un peu de tout euh... Y a des gens qui sont très alarmistes... »

Elles jugeaient que les **médias et internet n'étaient pas des sources fiables**.



« Je ne fais pas de recherche Doctissimo pour savoir. Les effets néfastes de la pilule je me suis demandée... je me pose des questions... enfin je me suis déjà posée des questions mais je ne suis jamais allée voir sur internet. Je sais que je vais trouver des conneries... »

« Non moi j'y vais pas sur internet. Tout ce qui est médical je regarde pas trop sur internet sauf des fois pour avoir des... pour un nom de maladie mais après non je me méfie d'internet »

« Les informations ... pas tellement la presse parce que du coup euh c'est plus la presse médicale qu'on lit que la presse des journaux classiques (...) plus des choses scientifiques que ce qu'on peut lire dans, dans Fémina ou autre... »

Cependant, au cours des entretiens, nous avons noté que certaines femmes avaient une **bonne connaissance** du mode d'utilisation de leur contraception et de la physiologie : « On pouvait faire un stérilet avec hormones parce que... parce que ça marchait mieux déjà que le cuivre... ».

Ou qu'au contraire, certaines femmes avaient **une mauvaise connaissance** : « Du coup, moi si je couche pendant mes règles là j'ai aucun risque ? ».

III.2.4.6 Méfiance

Mais de manière générale, les femmes avaient une certaine **méfiance** vis-à-vis de la contraception. Elles **doutaient de la fiabilité** : « Et puis l'anneau... au début j'avais très peur de le perdre ! Et puis ça n'inspire pas confiance au début... J'avais du mal à y croire... peur que ça ne fonctionne pas à 100%... » et elles craignaient une certaine **nocivité** : « Les effets néfastes de la pilule je me suis demandée... je me pose des questions... ».

Les femmes ont rapporté une **méfiance vis-à-vis des produits d'origine médicale** : « Je suis toujours méfiante moi par rapport aux traitements, à tous les traitements, je suis un peu une anti-médicament donc euh... dans la mesure du possible ! Quand on peut s'en passer... (...) comme je pense au Médiator, qui a fait oui, vous voyez. Un moment le Médiator, tout le monde prenait du Médiator et après Médiator stoppp !!!! Et puis voilà où on en est arrivé quoi. Ça me vient à l'idée donc je me dis si ça se trouve dans 20 ans on dira « non fallait pas prendre ça » : c'est ce côté-là qui me que j'aime pas ».

Elles étaient **méfiantes vis-à-vis des produits issus des laboratoires** : « Donc, ils peuvent enfin, les laboratoires, ils mettent ce qu'ils veulent dans ma pilule euh... moi je prends et je... enfin je subis entre guillemets quoi ; donc ça non je suis pas je suis pas pour ».

Les femmes se sont aussi posé la question de **l'influence des laboratoires sur le corps médical** : « Et puis on est influencé ... par ce qu'on vous conseille, alors vous faites confiance à votre médecin... Mais vous aussi vous êtes influencés... Forcément... Mais les laboratoires, ils viennent bien vous voir au cabinet pour vous vendre leur produits... et vous les écoutez forcément... ».

III.2.5. Désir de naturel

III.2.5.1 Désir de contraception naturelle

Les femmes ont exprimé leur **désir de contraception naturelle** :

Certaines cherchaient à **mieux connaître ces méthodes pour trouver des solutions efficaces** : « J'avais regardé un reportage qui disait que c'était euh... qu'il y avait une application qui avait été genre considérée comme contraception avec une histoire de pH et de



température je sais plus trop... ça c'est pas sûr ? (...) C'est pas encore une solution, quoi... Mais pour moi, je me dis que ce serait peut être une solution quoi... ».

« Si j'arrivais bien à bien connaître mon corps pour savoir quand il faut pas que j'ai de rapports et quand est ce que je peux en avoir du coup je pense que je pourrais arrêter mais enfin c'est trop compliqué pour moi quoi ... »

D'autres avaient fait le **choix d'arrêter leur contraception et utilisaient déjà les méthodes naturelles** :

- soit en se faisant aider **d'outils d'aide à la connaissance du cycle menstruel** : *« Et du coup ben... j'ai un peu arrêté de mon propre chef euh... la pilule. J'ai essayé donc ce truc-là avec ben... ça ressemblait à des tests de grossesse : c'était mettre des tests urinaires dans une petite machine, ça coûtait une fortune, en plus il fallait des recharges et tout, c'était un truc de Clear Blue je sais plus comment il s'appelle » ;*
- soit en utilisant le **retrait** qu'elles considéraient parfois comme une **technique efficace** de contraception : *« Donc je l'écoute à peu près, mais c'est vrai que dans les périodes rouges, ben on pratique le retrait quand même, et il n'y a pas eu d'accident jusqu'à présent mais parce que... on fait gaffe quoi... mais ça fait 3 ans que ça fonctionne plutôt bien ».*

Quelques femmes ont déclaré pouvoir utiliser ces **méthodes naturelles en post partum** : *« J'ai parlé, enfin j'ai écouté parler d'un truc, je sais pas ce que ça vaut mais c'est du genre contraception un peu genre... euh... (hésitante). Bon, une fois qu'ils ont eu des enfants, c'est un truc méthode naturelle et tout euh... ».*

Malgré ce désir de naturel, les femmes étaient **gênées** au cours de l'entretien **pour aborder le sujet des méthodes naturelles** : *« Ben non au contraire actuellement à chaque fois qu'enfin... je n'en parle pas à grand monde mais à chaque fois je dis que je ne prends pas la pilule ça surprend... ».*

Autour de ce désir de contraception naturelle les patientes ont abordé le sujet de la **contraception définitive** : *« Parce que je ne veux pas avoir d'enfant, et en même temps je ne veux pas non plus me faire stériliser. Euh... ça a un côté très définitif, même si je pense que... enfin voilà on sait jamais ce qui peut... j'ai pas envie de prendre une décision définitive, et en même temps j'ai pas envie d'avoir d'enfant aujourd'hui ! ».*

Les femmes ont bien rappelé que **méthode naturelle ne voulait pas forcément dire, sans rien, en parlant du DIU au cuivre** : *« Mais après le cuivre... c'est naturel ».* D'autres femmes ont préféré expliquer que le DIU au cuivre restait un obstacle : *« mais c'est quand même... un corps étranger dans ton utérus quoi... ».*

Certaines femmes ont déclaré se sentir **mieux physiquement depuis l'arrêt de la contraception hormonale** : *« Et du coup j'avais re arrêter et ça allait bien ».*

D'autres expliquaient **se sentir mieux depuis qu'elles avaient retrouvé leurs cycles naturels** : *« Ben c'est vraiment euh... j'avais... j'ai besoin de ressentir mes cycles, en fait. J'ai besoin de savoir ce qui se passe naturellement euh... je sais pas, ça me rassure ou, c'est assez euh... c'est pas du tout rationnel hein ? Ouais j'en ai besoin, voilà ! Oui oui, c'est vraiment de me dire : j'ai pas envie d'être... oui on parle de camisole chimique, euh... j'ai pas envie d'être sous camisole chimique ! ».*



Les femmes ont expliqué que le **choix des méthodes naturelles avait été bien accepté par le couple** : « *Après... lui... ben il respecte vraiment mon choix là-dessus quoi* » et qu'elles appréciaient que la contraception devienne **une problématique de couple** : « *Au moins mon compagnon il est vraiment partie prenante du... de l'affaire. Il est au courant de quand est-ce que je suis en période verte* ».

Certaines femmes expliquaient que le **risque de grossesse, du fait de l'absence de contraception, était accepté par le couple** : « *Après euh..., la crainte est maîtrisée parce qu'on veut un deuxième enfant donc voilà si ça arrive un peu plus tôt ça sera pas grave* ». D'autres, au contraire, ont expliqué que malgré l'utilisation de méthodes naturelles, une **grossesse ne pouvait pas être envisagée**: « *Et puis ... Ouais... Je suis tombée enceinte quoi... Du coup ben voilà, j'ai pu faire une IVG médicamenteuse euh... c'est un peu traumatisant hein (petits rires gênée)* ».

III.2.5.2 Désir de contraception masculine

Certaines femmes se sont demandé :

« *Pourquoi ? Pourquoi on prend ça ? Pourquoi c'est pas... ? Notre corps il est pas fait pour prendre ça ... pendant autant d'années... Pourquoi ? C'est vrai les hommes regardez... Pourquoi ? On peut se poser des questions : Pourquoi c'est les femmes qui prennent les hormones ? (silence) (...) Ben ... : parce que les laboratoires n'ont pas envie de travailler sur les contraceptifs pour les hommes ! Et est-ce que ? Est-ce que psychologiquement les hommes ils sont prêts à prendre un contraceptif ?* ».

Alors que d'autres femmes ont déclaré :

« *Mais mon copain il voulait enfin il était pas contre prendre la pilule mais ça existe pas ?* ».



III.3. Résultats de l'analyse matricielle

Pour la réalisation des requêtes de croisement matricielles, nous avons choisi de regrouper certaines classes socio professionnelles : les étudiantes ont été associées aux sans emploi et nous avons regroupé les employées avec les commerçantes et les ouvrières.

Quant aux matrices, nous avons choisi de sélectionner celles dont les résultats étaient utilisables et interprétables.

Tableau 4 : Nombre de références d'encodages pour les 5 thèmes abordés en fonction de chaque valeur d'attribut.

Source : Matrice réalisée à partir du logiciel NVivo.

	Liberté	Nécessité, contraintes	Peurs, effets indésirables	Méfiance	Désir de naturel
< et = 20 ans	42	43	33	68	5
>20 - 30 ans	50	31	21	37	5
30 - 40 ans	74	67	60	52	27
+ de 40 ans	59	26	37	41	10
Cadre et prof sup	24	14	16	19	6
Profession intermédiaire	66	48	41	58	22
Employée, commerçante	56	30	32	26	9
Etudiante, sans emploi	58	50	41	77	5
Pilule	56	32	33	62	0
Anneau vaginal	28	17	9	14	2
DIU	74	53	61	61	16
Préservatif masculin	13	25	16	32	5
Contraception définitive	16	3	5	2	1
Méthodes naturelles	38	37	27	27	23
En couple	184	144	130	149	47
Célibataire	35	13	9	36	0
Avec enfants	122	71	83	84	23
Sans enfant	103	96	68	114	24
Athée	199	149	125	165	43
Catholique	20	8	14	20	4

Nous allons maintenant détailler cette matrice complète, par thèmes, à travers différents tableaux matriciels.



Tableau 5 : Nombre de femmes utilisant les différents types de contraception en fonction de leur classe d'âge.

Source : Matrice réalisée à partir du logiciel NVivo.

	Pilule	Anneau vaginal	DIU	Préservatif masculin	Contraception définitive	Méthodes naturelles
< et = 20 ans	3	0	0	1	0	0
> 20 - 30 ans	3	1	0	0	0	1
30 - 40 ans	0	1	2	0	0	2
+ de 40 ans	0	0	3	0	1	0

Les femmes utilisaient le préservatif et la pilule au début de leur vie sexuelle. Ensuite, elles continuaient d'avoir recours à la pilule et aussi à l'anneau vaginal. Puis, après 30 ans, nous avons noté l'arrivée du DIU et très rarement, la contraception définitive est utilisée après 40 ans. Les méthodes naturelles sont utilisées dans la tranche d'âge 20-40 ans.

Tableau 6 : Nombre de femmes utilisant les différents types de contraception en fonction de leur catégorie socio-professionnelle.

Source : Matrice réalisée à partir du logiciel NVivo.

	Pilule	Anneau vaginal	DIU	Préservatif masculin	Contraception définitive	Méthodes naturelles
Cadre et prof sup	1	0	0	0	0	1
Profession intermédiaire	2	0	2	0	0	2
Employée, commerçante	0	1	2	0	1	0
Etudiante, sans emploi	3	1	0	1	0	0

Les méthodes naturelles étaient utilisées par les catégories socio professionnelles supérieures. Le préservatif n'était utilisé que dans la catégorie sociale la plus précaire. La pilule était majoritairement utilisée dans la catégorie sociale la plus défavorisée. Quant au DIU, il était utilisé dans la catégorie des professions intermédiaires et des employées/commerçantes.

Tableau 7 : Nombre de femmes utilisant les différents types de contraception en fonction de leur situation familiale.

Source : Matrice réalisée à partir du logiciel NVivo.

	Pilule	Anneau vaginal	DIU	Préservatif masculin	Contraception définitive	Méthodes naturelles
En couple	2	2	5	1	1	3
Célibataire	3	0	0	0	0	0
Avec enfants	0	1	5	0	1	1
Sans enfant	6	1	0	1	0	2

Les femmes célibataires et les femmes sans enfant utilisaient majoritairement la pilule. Les femmes célibataires n'utilisaient pas les méthodes naturelles. Le DIU était utilisé chez les patientes en couple et seulement après les grossesses. Il en était de même pour la contraception définitive.



Tableau 8 : Nombre de femmes qui ont un désir de contraception masculine et de partage de la préoccupation de la contraception au sein du couple en fonction des différents attributs.

Source : Matrice réalisée à partir du logiciel NVivo.

	Désir de contraception masculine	Méthodes naturelles = problématique couple
< et = 20 ans	2	0
> 20 - 30 ans	0	2
30 - 40 ans	0	2
+ de 40 ans	4	0
Cadre et prof sup	0	0
Profession intermédiaire	1	4
Employée, commerçante	3	0
Etudiante, sans emploi	2	0
Pilule	0	0
Anneau vaginal	0	0
DIU	4	0
Préservatif masculin	2	0
Contraception définitive	0	0
Méthodes naturelles	0	4
En couple	6	4
Célibataire	0	0
Avec enfants	4	0
Sans enfant	2	4
Athée	5	4
Catholique	1	0

Il existait un désir de contraception masculine plus important chez les femmes de plus de 40 ans, appartenant à la catégorie des employées et commerçantes, chez les porteuses de DIU, chez les femmes en couple et athées.

Seulement les femmes utilisant les méthodes naturelles partageaient la question de la contraception avec leurs conjoints. Il s'agissait des femmes de la classe d'âge des 20-40 ans, en couple, sans enfant et athées.



Tableau 9 : Nombre de femmes qui désirent d'utiliser des méthodes naturelles en fonction des différents attributs.

Source : Matrice réalisée à partir du logiciel NVivo.

	Désir d'utilisation de méthodes naturelles
< et = 20 ans	2
> 20 - 30 ans	1
30 - 40 ans	6
+ de 40 ans	2
Cadre et prof sup	0
Profession intermédiaire	6
Employée, commerçante	2
Etudiante, sans emploi	2
Pilule	0
Anneau vaginal	1
DIU	3
Préservatif masculin	2
Contraception définitive	0
Méthodes naturelles	5
En couple	11
Célibataire	0
Avec enfants	3
Sans enfant	8
Athée	10
Catholique	1

Le désir de contraception naturelle a été exprimé par toutes les femmes sauf les célibataires, les utilisatrices de la pilule et de la contraception définitive, celles appartenant à la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures. Par contre, ce désir a été majoritairement exprimé chez les 30-40 ans, chez les professions intermédiaires, les femmes en couple, sans enfant et les femmes athées.



Tableau 10 : Nombre de patientes qui se disent impactées médiatiquement dans leur choix contraceptif en fonction des différents attributs de valeur.

Source : Matrice réalisée avec le logiciel NVivo.

	Impact médiatique
< et = 20 ans	1
>20 - 30 ans	2
30 - 40 ans	1
+ de 40 ans	3
Cadre et prof sup	0
Profession intermédiaire	4
Employée, commerçante	2
Etudiante, sans emploi	1
Pilule	0
Anneau vaginal	0
DIU	4
Préservatif masculin	1
Contraception définitive	0
Méthodes naturelles	2
En couple	7
Célibataire	0
Avec enfants	4
Sans enfant	3
Athée	5
Catholique	2

L'impact médiatique était plus important chez les plus de 40 ans, dans la catégorie des professions intermédiaires, chez les utilisatrices du DIU et chez les patientes en couple.

Les femmes de la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures, les célibataires, les femmes utilisant la pilule, l'anneau vaginal et la contraception définitive ne semblaient pas être impactées dans leur choix contraceptif par les médias.



Tableau 11 : Nombre de références d'encodage à propos de la peur des hormones en fonction des différents attributs de valeur.

Source : Matrice réalisée avec le logiciel NVivo.

	Peur des hormones
< et = 20 ans	12
> 20 - 30 ans	0
30 - 40 ans	23
+ de 40 ans	16
Cadre et prof sup	8
Profession intermédiaire	10
Employée, commerçante	13
Etudiante, sans emploi	12
Pilule	2
Anneau vaginal	0
DIU	24
Préservatif masculin	10
Contraception définitive	0
Méthodes naturelles	15
En couple	49
Célibataire	1
Avec enfants	32
Sans enfant	19
Athée	47
Catholique	3

Les femmes qui ont le moins peur des hormones étaient les 20-30 ans, les célibataires, les utilisatrices de l'anneau vaginal, de la pilule, de la contraception définitive et les catholiques.

Les femmes les plus sensibles à l'utilisation des hormones étaient les 30-40 ans, les utilisatrices du DIU, les femmes en couple, avec enfants et athées.



IV. Discussion

IV.1. Validité externe : analyse des résultats

Les résultats de l'étude réalisée cherchaient à mettre en évidence les représentations actuelles que les femmes se font de leur contraception. Ce travail permettrait donc de mieux comprendre les attentes des patientes et ainsi de leur proposer une contraception plus adaptée.

IV.1.1. Liberté

La France est le pays le plus fécond de l'Union Européenne [39]. Mais depuis la généralisation de la contraception (1973), l'âge du premier enfant a reculé. Les femmes ont obtenu la **liberté de maîtriser leur fécondité** et donc de maîtriser leur participation à la vie active et professionnelle. Elles l'ont toutes rappelé au cours de cette étude. Elles avaient besoin d'une contraception **efficace** pour, à la fois, limiter les angoisses liées aux risques de grossesses et obtenir une liberté sexuelle. Le préservatif est d'ailleurs souvent critiqué pour son manque d'efficacité possible : les femmes utilisant ce mode de contraception étaient anxieuses à l'idée d'un possible échec.

Les femmes ont découvert une vraie **liberté avec l'aménorrhée** contraceptive : que ce soit pour leurs activités sportives, pour leur travail ou encore par rapport à leur vie sexuelle.

De plus, les femmes ont apprécié d'avoir des contraceptions **faciles à utiliser**. Contrairement à ce que nous avons évoqué dans la première partie, des contraceptions que nous pouvions considérer comme compliquées, ont été citées dans les contraceptions faciles à utiliser : par exemple l'anneau vaginal.

IV.1.2. Nécessité, contraintes

Mais si la contraception a longtemps été considérée comme une liberté ayant permis un changement de société majeur, les mœurs ont évolué.

Afin d'évaluer l'évolution des représentations liées à la contraception, une étude réalisée à l'université de Limoges par une sage-femme [89] en 2016, à travers des entretiens réalisés sur trois générations de femmes, a constaté les éléments suivants :

- Pour la génération des grands-mères (qui ont donc connu la période de l'interdiction de la contraception puis de la légalisation) : elles se sont rappelées du traumatisme causé par les avortements clandestins et pour elles, la pilule a donc joué un rôle libérateur évident. Elles ont rappelé le rôle important que pouvait avoir l'Eglise : *« C'était la méthode Ogino Knauss qui était permise par les catholiques... le reste c'était pécher »*.

Pour cette génération, la contraception était associée à une rigueur importante : suivi gynécologique, respect rigoureux des règles : *« On pouvait avoir des rapports au début, après les règles, et au milieu du cycle donc y'avait 4-5 jours où il fallait s'abstenir parce que c'était le moment de l'ovulation (...) on se prenait la température tous les matins, avant de se lever, sans faire d'effort et puis au moment de l'ovulation, ça montait de 3 ou 4 dixièmes »*.

Dans leur rapport au couple, les maris étaient souvent impliqués dans la contraception par la force des choses. Mais la contraception était un sujet tabou dans le cercle familial et elles trouvaient surtout des informations dans certains ouvrages ou revues.



- Pour la génération des mères (adolescentes après 1967 voire 1975), elles étaient confrontées à 3 types de discours : une émergence du discours de l'école, le discours familial (très varié selon les familles) et celui des pairs.

La première contraception utilisée était la pilule, « *La méthode Ogino, c'était quand même très ringard pour nous* », souvent prise à l'insu des parents. Puis, dans un deuxième temps (après les grossesses), les femmes utilisaient généralement le DIU.

Au cours de cette époque, sont apparues les préoccupations autour des effets secondaires avec une certaine méfiance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique : « *Il faut faire attention car la médecine fait de l'homme un cobaye, privilégiant l'argent au détriment de la vie* ». Donc dès cette génération, elles ont commencé à chercher d'autres moyens de contraception pour mieux maîtriser leur corps.

Cette génération a rapporté aussi une insatisfaction vis-vis du corps médical, avec le sentiment d'être influencée dans leurs choix avec le caractère très dogmatique que pouvaient avoir les consultations médicales.

Concernant le couple, la discussion s'ouvre mais la femme reste gestionnaire de la contraception : « *C'est quand même très, très féminin ! C'est la femme qui doit aller voir le toubib, qui doit se la faire prescrire, qui doit aller l'acheter en pharma, qui doit ne pas oublier de la prendre...* ».

L'Eglise avait un impact moins important sur cette génération, même si la contraception restait toujours interdite.

- Pour la génération actuelle, la première contraception utilisée demeurait la pilule. Elle était d'utilisation banale dès 15 ans, mais utilisée à plus court terme : le DIU était introduit plus tôt.

Cette génération était beaucoup plus critique, elle évoquait beaucoup plus les inconvénients que les avantages. Les hormones représentaient pour beaucoup un danger, pour d'autres, elles sont le signe de troubles de la libido. D'autres femmes abordaient le problème écologique : « *Je me suis vraiment rendue compte que non seulement ça me pourrissait dans mon corps physiquement et que non seulement ça pourrissait les eaux qu'on buvait ensuite. (...) La fertilité des hommes a baissé de 50% ces 10 dernières années... je suis totalement contre !* ». Donc, après avoir utilisé ces contraceptions « efficaces », une partie de cette génération a fait le choix de revenir aux méthodes Ogino ou aux préservatifs.

Même si cette génération aimerait avoir à disposition une contraception masculine, elle considérerait toujours que l'homme ne pouvait pas en avoir la responsabilité entière.

Cette génération se sentait toujours peu satisfaite de l'écoute apportée par le corps médical. En revanche, la religion a été mise à distance : la sexualité est détachée de la procréation.

Concernant l'information, ce sujet pouvait encore être tabou dans le cadre familial car la prise de la contraception supposait l'entrée dans la vie sexuelle, mais généralement une personne ressource était choisie au sein de la famille pour aborder ces questions. La question était bien abordée entre copines et elles bénéficiaient d'une information dans le cadre scolaire. Enfin, internet semblait être une source d'information importante.



Notre travail de recherche s'est limité à l'étude de la population actuelle, avec deux générations de femmes car nous avons choisi de réaliser notre enquête uniquement sur les femmes fertiles et donc utilisatrices de contraception. Mais effectivement, nous retrouvons des similitudes avec l'étude de la sage-femme. Elles ont trop souvent rappelé le « **dictat** » de la norme de la pilule, avec l'inquiétude de l'avoir prise très jeunes et pendant de nombreuses années.

« *Alors moi j'ai pris la pilule très jeune. A l'époque ... fallait prendre la pilule et puis... Je devais avoir euh pfff... 15 ans* »

Mais, cette même femme qui regrettait l'utilisation de la pilule dans sa jeunesse, restait très inquiète du fait que sa fille n'en utilise pas : « *Oui donc je me dis que ce qui faudrait pas... C'est qu'elle tombe enceinte quoi... Parce que là je, ... je... ça m'inquiète un peu quoi, ça m'inquiète de savoir qu'elle, elle a pas de contraceptif, mais là je maîtrise pas donc je me dis, ça, ça me plait pas par contre...* ».

Ainsi, sa fille avait fait le choix d'utiliser seulement le préservatif et était tentée par un retour aux méthodes naturelles : « *J'ai écouté parler d'un truc, je sais pas ce que ça vaut mais c'est du genre contraception un peu genre... euh... (hésitante) c'est un truc méthode naturelle et tout euh... J'ai une application justement où je rentre mes règles du coup ça me dit un peu où j'en suis ...* ».

En attribuant aux femmes des méthodes contraceptives selon le seul critère de l'âge, cela limite les possibilités de choisir un contraceptif adapté et incite même parfois les femmes à utiliser des méthodes de contraception peu fiables.

Les femmes sont beaucoup plus critiques au sujet de la contraception : elle est devenue une **nécessité qui implique de nombreuses contraintes**. En premier lieu, elles ont décrit, concernant la pilule, des **problèmes d'observance** avec une **culpabilité à l'oubli**. Cependant, peu ont changé de contraception malgré les oublis fréquents.

Le problème de la contraception n'est donc plus un problème de disponibilité mais surtout un problème d'adéquation dans la gestion du quotidien. Il est donc primordial de penser à proposer des contraceptions plus adaptées.

Pourtant, après la crise de la pilule, un léger assouplissement de la norme contraceptive a eu lieu [72] avec, notamment, une moins grande réticence des professionnels de santé à la prescription du DIU chez les nullipares.

Le débat autour de la « crise de la pilule » semble avoir terni l'image sociale et symbolique de la pilule : en 2010, 44% des femmes étaient tout à fait d'accord avec l'idée selon laquelle « *La pilule permet aux femmes d'avoir une sexualité plus épanouie* » ; elles ne sont plus que 37% en 2013. Plus elles sont jeunes et moins elles sont diplômées, moins elles partagent cette idée. En revanche, le débat n'aurait pas eu d'impact sur les représentations négatives de la pilule : « *Son caractère contraignant ou ses effets supposés sur le corps ne sont pas plus souvent évoqués par les femmes en 2013 qu'en 2010 (environ une femme sur trois est tout à fait d'accord avec l'idée que la pilule est contraignante et une sur quatre avec l'idée qu'elle fait grossir)* » [72].

A distance du débat médiatique, d'après l'enquête menée par le Baromètre Santé en 2016, en France [1] : 71,9% des femmes sont concernées par la contraception (concernant les 28,1%



restants : 18,1% des femmes n'ont pas eu de rapport sexuel avec un homme au cours des 12 derniers mois ; 9,2% sont enceintes ou cherchent à avoir un enfant et 1,2% sont stériles ou ménopausées). Parmi les femmes concernées par la contraception :

- 8% déclarent ne pas utiliser de moyen pour éviter une grossesse. Ce pourcentage varie en fonction de l'âge : 2,3% chez les moins de 20 ans et 19,1% chez les 45-49 ans.
- 20,1% ont recours à une méthode liée à l'acte sexuel, c'est-à-dire l'utilisation du préservatif ou de méthodes locales ou de méthodes dites naturelles. Le préservatif représente 77,1% de cette catégorie (surtout utilisé chez les 15-19 ans). Les méthodes traditionnelles sont utilisées par 4,6% des femmes concernées par la contraception, tout âge confondu. Ces méthodes sont principalement utilisées après 25 ans et plutôt indépendamment d'avoir eu ou non des enfants.
- 71,8% ont recours à une méthode médicalisée (c'est-à-dire : pilule, DIU, implant, anneau, injection, stérilisation tubaire, vasectomie du conjoint). La première méthode utilisée reste la pilule (36,5 % tout âge confondu) avec un maximum d'utilisation entre 15 et 25 ans, son utilisation diminuant avec l'âge.

Suite à la « crise de la pilule », nous avons constaté un déclin de son utilisation de -18% entre 2010 et 2013 et de -9% entre 2013 et 2016 [90]. La baisse du recours à la pilule semble s'être répercutée différemment selon les milieux sociaux : si les femmes les plus favorisées se sont reportées vers le DIU, les femmes de catégories plus populaires se sont d'avantage tournées vers les préservatifs et le retrait [35]. On retrouve donc une augmentation d'utilisation du DIU surtout chez les plus jeunes et il devient le contraceptif le plus utilisé à partir de 35 ans. Malgré les dernières recommandations, il est le plus souvent utilisé chez les femmes ayant déjà un enfant.

Parmi les autres méthodes hormonales, l'implant est le moyen de contraception qui s'est le plus répandu et il est assez utilisé chez les 20-24 ans : 9,6 % d'utilisation dans cette classe d'âge, c'est-à-dire que c'est le troisième mode de contraception après la pilule et le préservatif. Comme pour le DIU, il s'agit d'un moyen de contraception qui est plus utilisé chez les femmes ayant déjà eu un enfant : chez les 20-24 ans, l'implant est trois fois plus utilisé chez les femmes ayant eu des enfants que chez les nullipares (24% versus 7%).

La contraception définitive est majoritairement utilisée chez les plus de 40 ans.

Pourtant, les résultats de notre étude indiquent que cette norme semble toujours être aussi présente : préservatif au début de la vie sexuelle, puis recours à la pilule et à l'anneau vaginal, avec souvent une utilisation du DIU après les grossesses et très rarement la contraception définitive après 40 ans. Parmi les femmes interrogées, aucune n'utilisait actuellement l'implant, alors qu'il s'agit du troisième mode de contraception le plus utilisé.

Les femmes ont clairement exprimé leurs regrets de ne pas pouvoir utiliser le DIU en tant que nullipares.

« C'était vraiment un truc où j'avais l'impression de devoir faire du bouche à oreilles pour pouvoir arriver sur quelqu'un qui, peut-être, voudrait bien euh... parler d'autres solutions : peut-être un stérilet au cuivre »



Ainsi, les réticences des professionnels de santé semblent encore être majeures. Il en est de même pour la contraception définitive, qui n'est réalisée qu'en fonction de l'âge et du nombre d'enfants.

« Moi ce que je regrette mais maintenant bon c'est trop tard mais vous voyez après la naissance de Clem. ou 3-4 ans après c'est d'avoir... d'avoir une ligature... comme ça c'est l'idéal après tu n'as plus rien ! (...) J'en ai parlé la dernière fois il me dit « oh en gros pour ce qui reste » (rires). Il me dit ... « c'est une intervention » donc il me dit « je vois pas trop l'intérêt maintenant » »

Les femmes ont rapporté des **problèmes d'accès** à la contraception :

- soit pour des problèmes de **coût** ;
- des **problèmes d'accès au gynécologue** avec le souci de la **dépendance au corps médical** ;
- ou encore des restrictions de prescription et de remboursement concernant les pilules.

Lorsque nous avons réalisé les entretiens, le problème du coût des préservatifs a souvent été relevé par les patientes : *« Mais le prix genre ... Ouais, je crois c'est un scandale que les préservatifs ne soient pas remboursés... Ouais ... ben ouais, ben même pas sans parler d'être remboursés c'est juste le prix c'est cher quoi... Alors que les autres contraceptions c'est un peu pris en charge non ? »*. Une nette avancée a donc été faite dans ce domaine depuis le 10 décembre 2018, avec le remboursement du préservatif.

Le coût important de certaines contraceptions a aussi été mis en avant par des patientes, en particulier l'anneau vaginal : *« C'est vrai que c'est un peu cher maintenant que j'y réfléchis euh »*. Mais, pour la plupart, satisfaites de leur contraception, elles estiment que ce coût contraceptif est acceptable : *« Non, actuellement je serais étudiante enfin je gagnerai pas de sous, peut-être que oui, j'aurais pas de revenus oui. Mais bon là ça va ! »*.

Pour certaines, les méthodes naturelles, sont aussi accusées d'un surcoût important : *« J'ai essayé donc ce truc-là avec ben... ça ressemblait à des tests de grossesse : c'était mettre des tests urinaires dans une petite machine, ça coûtait une fortune, en plus il fallait des recharges et tout (...) Ouais... mais ça coûtait assez cher.... peut-être 200 euros la machine et puis 40 euros les petits bâtonnets là euh... ouais 40 euros dans le mois en plus... »*.

Des débats semblables ont déjà eu lieu dans l'histoire de la contraception : le problème du remboursement de la pilule de 3^{ème} génération [91]. L'histoire avait commencé avec la Varnoline®, au début des années 1980, qui connaissait alors un franc succès. Devant ce succès, de nombreuses pilules de cette classe ont inondé le marché mais aucune n'était remboursée. Cependant, les femmes ont continué à se ruier sur ce produit et les premières revendications ont donc vu le jour. Les milieux féministes s'en sont chargé, mais pas seulement et cette question était devenue un combat pour l'égalité. A l'Assemblée, certains députés demandaient le respect de la gratuité de la contraception, qui était un principe normalement déjà acquis depuis la loi de 1974. Le Ministre des Affaires Sociales, Jean-Louis BIANCO, se disait favorable au remboursement. Cependant, il avait précisé, en 1991 que : *« Les avantages (...) des progestatifs de 3^{ème} génération sont contrebalancés par certains effets délétères. L'utilisation large des nouvelles pilules est plus le fait d'une pression publicitaire que fondée sur une réelle innovation (...) en termes de tolérance »*.



En 2002, la Varnoline Continu® fut considérée comme ayant un service médical rendu important mais son tarif étant élevé, les négociations ont échoué et il a fallu attendre 2009 pour qu'elle soit remboursée. Puis, entre 2009 et 2013 : 21 pilules de 3^{ème} génération l'ont également été.

En mars 2013, les pilules de 3^{ème} génération seront déremboursées suite à la « *crise de la pilule* ». L'ANSM expliquera que les risques de thromboses sont multipliés par 2 chez les utilisatrices de pilules de 3^{ème} génération par rapport aux 1^{ère} et 2^{ème} générations : 14 décès prématurés, par an, sont attribués aux contraceptifs de 3^{ème} et 4^{ème} générations [91].

Par ailleurs, la pilule Diane 35®, qui est un traitement anti acnéique aux propriétés contraceptives, est retirée du marché en mai 2013, avant d'y être finalement remise en janvier 2014 à la demande de l'EMA, avec une AMM exclusivement pour le traitement de l'acné.

Ces problèmes de coût de la contraception mettent en avant le problème des inégalités sociales vis-à-vis de la contraception. Selon l'OMS, on estime à 225 millions le nombre de femmes dans les pays en développement qui souhaiteraient retarder le moment d'avoir un enfant ou ne plus avoir d'enfant mais qui n'utilisent aucun moyen de contraception [2].

Les raisons les plus souvent évoquées sont les suivantes :

- choix limité des méthodes ;
- accès limité à la contraception, en particulier chez les jeunes, les groupes de population les plus pauvres ou les couples non mariés ;
- crainte ou expérience d'effets secondaires ;
- opposition culturelle ou religieuse ;
- médiocre qualité des services disponibles ;
- à priori des utilisateurs et des professionnels ;
- et obstacles fondés sur le sexe.

Certaines de ces raisons ont été évoquées lors des entretiens :

- la difficulté pour certaines femmes à trouver des contraceptifs adaptés à leur mode de vie : par exemple, défaut d'observance de la pilule mais poursuite avec cette contraception ;
- le problème d'accès financier aux contraceptifs chez les jeunes : coût des préservatifs, des anneaux vaginaux ... ;
- la crainte des effets secondaires amenant certaines patientes à refuser l'utilisation d'hormones et à utiliser des contraceptions peu fiables ;
- la non utilisation par les professionnels de certains contraceptifs tels que le DIU chez la nullipare ou encore la stérilisation chez une femme jeune ;
- critiques sur la qualité des services disponibles : difficulté à obtenir des rendez-vous chez les gynécologues.

Les femmes n'ont pas rapporté d'opposition culturelle ou religieuse mais, l'échantillon de femmes en termes de religions et croyances était pauvre. De même, elles n'ont pas formulé d'obstacles fondés sur le sexe.



Ainsi, ce que nous remarquons, c'est que le recours à la contraception dépend de plusieurs facteurs : l'âge, certes, mais aussi le niveau social, le nombre d'enfants, la religion, la nationalité... Effectivement, alors qu'au début, les plus instruits étaient précurseurs dans l'usage des méthodes hormonales, aujourd'hui, les plus instruites auraient une probabilité plus faible d'utiliser la pilule et, inversement, pour les moins diplômées [30]. De même, les personnes de nationalité étrangère utiliseraient moins ces méthodes hormonales. Nous ne constatons pas de différence (à propos de ces deux facteurs) concernant le DIU. Par contre, nous remarquons que les hauts diplômés et les couples d'étrangers ont plus recours aux préservatifs.

Dans notre étude, nous retrouvons des résultats similaires aux recherches bibliographiques, quant à l'utilisation des modes de contraception en fonction du statut social :

- Les plus jeunes, les femmes sans enfant et les femmes appartenant à la catégorie sociale la plus défavorisée (étudiante et sans emploi), utilisaient majoritairement la pilule.
- Les femmes plus âgées, les femmes ayant eu des enfants et les femmes en couple étaient des utilisatrices de DIU. Professionnellement, ces femmes appartenaient à la catégorie des professions intermédiaires et des employées, commerçantes.
- Les méthodes naturelles étaient utilisées par les femmes de 20 à 40 ans, en couple, des catégories cadres et professions supérieures et professions intermédiaires. Les femmes diplômées auraient donc bien tendance à se détourner des méthodes hormonales.

Par contre, dans notre étude, la patiente qui utilisait le préservatif était étudiante : d'après les études telles que celle du Baromètre santé 2016 [1], les étudiantes, souvent en situation de précarité, auraient plus tendance à utiliser des moyens de contraception remboursés.

Nous n'avons pas pu mettre en évidence les représentations culturelles liées à la contraception en fonction de la religion car notre échantillon ne présentait pas une diversité suffisante dans cet item : la plupart des femmes étaient athées et 3 étaient catholiques. De même, la population étrangère n'a pas été étudiée.

IV.1.3. Peur, effets secondaires et indésirables

La peur des hormones a été un sujet largement abordé par les femmes tout au long des entretiens. Presque toutes les femmes ont abordé ce sujet, sauf les 20-30 ans (pourtant cette génération est largement citée comme ayant peur des hormones dans les études), les utilisatrices de l'anneau vaginal et de la contraception définitive.

Dans la plupart des cas, elles ne savent pas expliquer exactement pourquoi elles ont peur de ces hormones ; il s'agit souvent d'une défiance plus large contre les produits médicamenteux, en général, qui peuvent dérégler leur métabolisme naturel.

« Et ben moi si je peux éviter les hormones ça m'arrange ! (silence) Et les hormones ça fait quoi en fait ? Ça change ? J'ai pas envie d'hormone... j'ai pas envie et puis même au final c'est peut-être des préjugés mais je sais pas ce qu'il y a dedans, je sais pas ce que ça me fait »



Plus généralement, elles avaient peur des effets secondaires. Pour une meilleure observance, il est conseillé d'aborder le problème des effets secondaires qui peuvent découler de la prise d'un contraceptif. Sabrina DEBUSQUAT [7] explique que beaucoup de femmes arrêtent la pilule du fait d'effets secondaires et que, même s'ils sont minimes, ils sont présents et il faut les prendre en compte car ils ont été trop longtemps niés.

Si certaines femmes n'ont pas de désir de changement de contraception, certaines ont clairement exprimé une volonté d'arrêter leur contraception, quelle qu'elle soit, pour différentes raisons.

Afin de connaître les raisons d'arrêt de la pilule, Sabrina DEBUSQUAT a réalisé un sondage, avec réponses à choix multiples, auprès de 3616 femmes francophones de 13 à 50 ans [7] :

- 51% : à cause des effets secondaires bénins mais présents au quotidien ;
- 50% : car elles pensent que c'est mieux pour leur santé ;
- 41% : parce qu'elles refusent de prendre un médicament/des hormones, alors qu'elles sont en bonne santé ;
- 39,5% : par envie de revenir à des cycles naturels ;
- 29% : par méfiance envers l'industrie pharmaceutique ;
- 25% : par préoccupation écologique ;
- 21% : pour être cohérentes avec leur mode de vie globalement écologique (végétarien) ;
- 20,5% : oubli trop fréquent ;
- 19% : pour tomber enceintes ;
- 17% : à cause de la « crise de la pilule » ;
- 1% : après une rupture, ou parce qu'elles n'ont plus ou pas de rapport sexuel ;
- 11% : par féminisme, pour adopter une contraception partagée avec le compagnon ;
- 10% : à cause d'effets indésirables graves et diagnostiqués médicalement (ex : embolie).

Au cours de notre enquête, la première raison évoquée était le désir de grossesse. Toutes les autres causes ont été citées en dehors des préoccupations écologiques.

Au cours des entretiens que nous avons réalisé, les femmes sont assez ambivalentes sur le plan de la satisfaction. Certaines se disaient satisfaites de leur contraception car la tolérance était bonne : « *Donc êtes-vous satisfaite de votre contraception ? Oui. Mais maintenant, je me dis que je l'ai bien acceptée jusqu'à présent donc euh ... Plus de craintes particulières oui...* ».

Les femmes qui ont le plus exprimé leur satisfaction étaient les femmes en couple, avec enfants et athées.

D'autres ont abordé leurs peurs d'effets indésirables et elles ont relaté les effets secondaires et indésirables qu'elles avaient ressentis : nausées, prise de poids, fatigue, baisse de la libido, sautes d'humeur, etc... : « *Et je crois et elle me faisait vomir enfin tu vois...* » ; « *Parce que j'ai tout le temps des... Des douleurs euh...* » ; « *mais j'ai pris du poids ... avec Mirena* ».



Sabrina DEBUSQUAT explique que « *Le malaise est si profond qu'aujourd'hui des femmes préfèrent aller s'informer sur Internet qu'auprès de leur médecin... (...) Ce n'est pas acceptable qu'on leur rétorque « c'est dans votre tête » quand elles disent qu'elles ne supportent pas leur pilule. Je veux que les femmes puissent choisir leur contraceptif en toute conscience. Si les Françaises, en 2017, se détournent de la pilule, il y a des raisons* ». Elle cite d'ailleurs une phrase du Dr Pierre SIMON (gynécologue cofondateur du Planning Familial) : « *Si j'étais femme, sachant ce que je sais de la physiologie féminine, vous me paieriez cher pour me faire avaler la pilule* ».

Il paraît donc important d'écouter les patientes, de les prévenir des effets secondaires possibles et de les prendre en charge. Cependant, comme le rappelle le Dr GAUDRY [55], il existe un « *mirage de la contraception parfaite* ». La contraception parfaite n'existe pas, il existe forcément des effets secondaires, des contraintes. Ceci n'a pas été suffisamment été pris en compte, d'où le désenchantement que l'on peut constater de nos jours.

IV.1.4. Méfiance

Trop de femmes, lors de nos entretiens, ont rapporté que le **choix contraceptif** était réalisé par leur **médecin**.

« *Alors le docteur a dit : « y a pas d'autre choix que prendre la pilule » quoi. Voilà (petits rires)* »

« *Mais pour le faire retirer c'est compliqué car je n'ai pas d'excuse... pour qu'il me l'enlève...* »

Ce constat a été mis en évidence dans le mémoire réalisé par Lauren DACCORD, maïeuticien, [92] : cette étude montre que certains médecins ont, par avance, une idée des désirs potentiels et des besoins de leurs patientes. Ainsi, ils ne donnent pas d'informations suffisantes sur le panel des contraceptions existantes. Dans cette étude, concernant la pose d'un DIU chez une nullipare, certains médecins (y compris les gynécologues) interrogés affirment : « *C'est quand même pas forcément le mieux pour elle. Donc, le stérilet au cuivre pour moi c'est de toute façon non ! (...) Non je n'en prescris pas aux nullipares* » ; ou encore : « *Chez des très jeunes filles, on n'a pas le choix, on prescrit Leeloo®* ».

De même, Cyril DESJEUX, dans un article sociologique à propos de la contraception [42], va même jusqu'à expliquer que la contraception est imposée par certains professionnels de santé. Il rapporte ainsi des propos de gynécologues : « *Quand une patiente vient me voir pour la première fois et me demande une contraception, c'est la pilule que je prescris d'abord. La pilule est ce qu'il y a de plus fiable et de moins dangereux pour la santé* » ; ou encore : « *Ça m'arrive que des patientes me demandent une autre contraception que la pilule, mais j'essaye toujours de leur expliquer que c'est quand même le moyen de contraception le plus utilisé. Je leur dis on voit d'abord avec la pilule, et si c'est pas bien on essaiera autre chose* ».

Le paternalisme médical ne paraît pas applicable dans le contexte de la contraception : les femmes ne sont pas malades, mais elles recherchent un épanouissement familial, sanitaire et professionnel. Il est nécessaire de leur exposer, dès le début de leur histoire, le panel contraceptif, pour qu'elles puissent faire le choix de leur contraception. Pour aider les professionnels de santé à faire que la femme participe activement au choix de sa contraception, un modèle a été créé par l'OMS : le modèle BERCER (Annexe 3).

Lors des entretiens, elles ont exprimé leur désir d'utiliser d'autres moyens de contraception tout en ayant une contraception efficace. Certaines femmes auraient aimé être protégées correctement mais ne l'étaient pas, n'ayant pas trouvé de solution adaptée. Alors qu'un assouplissement de la norme contraceptive est censé avoir eu lieu après la « crise de la



pilule » [72], avec une moins grande réticence des professionnels de santé à la prescription du DIU chez les nullipares, l'un des problèmes qui ressort est celui de la pose du DIU de manière générale et surtout chez les nullipares : les femmes ont rapporté ce désagrément au cours de l'étude et l'une s'est plainte du refus de le lui poser en attendant le retour de couches. Beaucoup ont formulé le **désir de DIU**, pour éviter à la fois les oublis et la prise d'hormones, mais finalement la majorité s'est vue refuser la pose de son DIU : se pose alors la question de savoir si les prescriptions de contraception sont adaptées aux nouvelles réglementations.

Lors de mon travail de mémoire de port folio, j'avais choisi de réaliser une petite recherche afin de connaître les pratiques des médecins généralistes concernant la contraception en Limousin. Ce questionnaire a été diffusé à 46 médecins généralistes installés en Limousin. Au total, 15 personnes ont répondu. Il ressortait de cette étude que :

- Le panel contraceptif n'était pas exposé par les médecins ;
- Les connaissances des médecins généralistes n'étaient pas à jour : la pilule progestative n'était pas considérée comme aussi efficace que la POP ; Diane 35® était encore prescrite alors qu'il existe aujourd'hui Triafémi® qui a l'indication pour l'acné légère et modérée et la contraception ; ils ne prescrivaient pas d'AINS chez les porteuses de DIU au cuivre et le DIU était encore synonyme de stérilité.
- Les modalités de prescription de la contraception n'étaient pas respectées : la pilule de 3^{ème} génération était encore prescrite en première intention ; beaucoup de médecins ne prescrivaient pas de DIU aux nullipares ; les DIU étaient seulement posés durant les périodes de menstruations ; la stérilisation n'était jamais proposée aux hommes, très peu proposée aux nullipares et une limite d'âge était souvent donnée ; enfin, aucun des praticiens ne prescrivait de manière systématique la contraception d'urgence.

Ainsi, cette étude montrait qu'il existait une méconnaissance des risques, des indications et des contre-indications des différents contraceptifs, une formation technique insuffisante avec une réticence à réaliser certains gestes et à proposer la contraception définitive. Globalement, il existait donc des freins majeurs concernant la contraception surtout en termes de choix des contraceptifs proposés.

Compte tenu du très faible échantillon de médecins interrogés, il s'agissait d'une étude qui manquait de puissance, mais la nature des résultats qui en ressortaient, était conforme aux études réalisées au niveau national. En effet, en 2013, la HAS a réalisé un état des lieux sur les pratiques contraceptives et les freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [37]. Ainsi, ont été mis en évidence différents facteurs concernant les professionnels de santé :

- Certaines représentations socioculturelles : nous avons parfois tendance à considérer qu'une grossesse n'est pas socialement envisageable (ex : préjugés sur la sexualité des personnes handicapées ou des adolescents, etc...) ;
- Une hyper médicalisation de la contraception : c'est-à-dire une tendance à privilégier des méthodes contraceptives qui ont une efficacité théorique maximale, sans se préoccuper du contexte de vie des patients ;
- Une formation initiale et continue inadaptée des médecins : la mise à jour des connaissances se faisant trop souvent par le biais des industriels dans le cadre de visites médicales ;



- Une difficulté de positionnement de la part des médecins généralistes qui considèrent que la contraception relève de la compétence des gynécologues ;
- Une position thérapeutique inhabituelle : le soignant est tenté de prescrire la méthode contraceptive la plus efficace sans tenir compte du contexte et, de l'autre côté, la femme qui est perçue comme une patiente alors qu'elle n'est pas malade ;
- Une contrainte de temps : il est plus rapide de renouveler une prescription de pilule que d'évaluer les attentes des patientes concernant la contraception ;
- Une clause de conscience des médecins à propos de méthode telle que la stérilisation.

Le choix de la contraception doit appartenir à l'utilisatrice pour que l'adéquation n'en soit que plus forte. Pour cela, l'information est primordiale. Malgré une grande diversité, les femmes ont, pour la plupart, expliqué qu'elles avaient des **difficultés à trouver des sources d'informations fiables**.

Le **corps médical** restait une des premières sources d'informations.

Internet a permis d'accéder à des informations différentes car les femmes osent poser des questions qu'elles ne poseraient pas à leur médecin. Il existe de nombreux sites internet à propos de la contraception : des sites officiels tels que celui de l'ANSM, du Ministère de la Santé, etc... Mais ces sites spécifiquement destinés aux utilisatrices de contraception ne sont pas forcément bien connus par les personnes concernées. Il est à noter qu'il existe également des blogs de médecins, de femmes, d'associations diverses et variées.

Souvent **l'enseignement scolaire** a été critiqué par les femmes interrogées : pas assez de temps alloué.

Ces données sont en accord avec une étude réalisée en 2015, à propos des sources d'information choisies par les patientes pour répondre à leurs questions à propos de la contraception [51] :

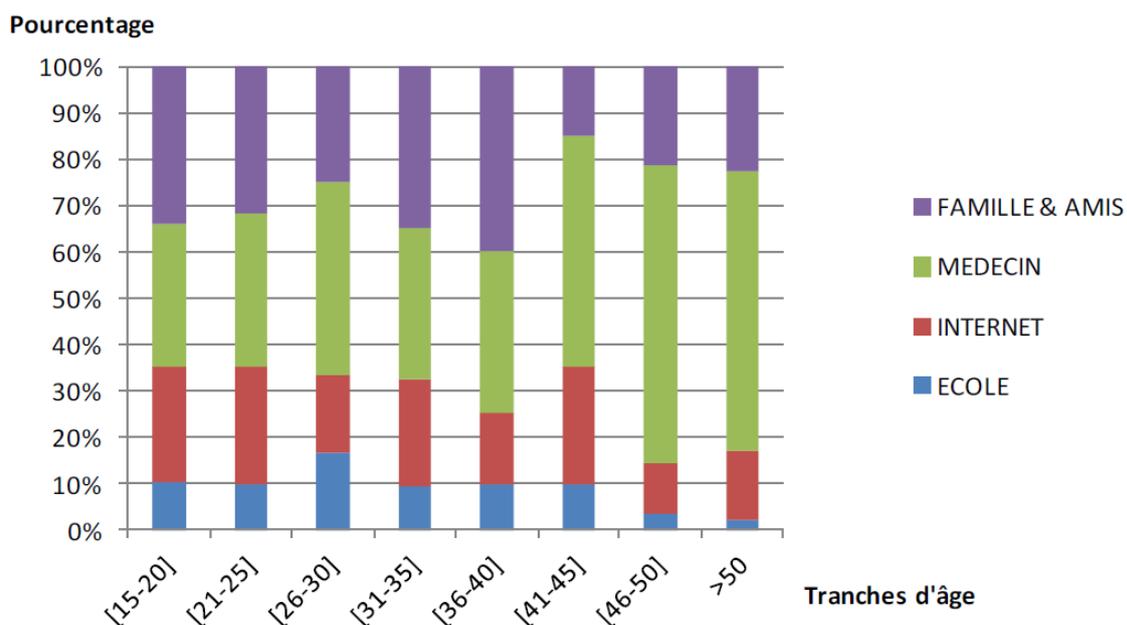


Figure 34 : Provenance des connaissances sur la pilule en fonction de l'âge.
Source : La pilule contraceptive : une norme à l'épreuve de ses risques [51].



Ainsi, il ressort de ce diagramme que les femmes interrogées déclarent avoir enrichi leurs connaissances sur la pilule majoritairement grâce à leur médecin. Beaucoup semblent tout de même se former grâce à internet : l'étude va plus loin en indiquant que seulement 38% des femmes connaissent le site du Ministère de la Santé (choisirsacontraception.fr). Elles sont moins nombreuses à parler de la contraception autour d'elles mais il s'agit tout de même d'un mode d'information assez utilisé. En revanche, l'école est peu présente en tant que source d'information contraceptive. Il semblerait que les femmes plus âgées se tournent plus vers leur médecin mais, pour les plus jeunes, on constate une certaine homogénéité des ressources.

Dans cette même étude, une comparaison a été réalisée entre les différentes catégories sociales : aucune différence particulière n'en ressort.

Outre ces sources d'informations, les femmes disent lire des brochures sur la pilule qui sont disponibles dans la salle d'attente du médecin (surtout la classe d'âge 31-45 ans), mais elles sont aussi sensibles aux campagnes d'informations faites par l'Etat à travers la radio et la télévision : 71% des femmes ont vu ou entendu au moins une fois un spot d'information sur la contraception. Peu de patientes connaissent le numéro vert mis en place par l'Etat à la suite du scandale de la pilule en 2013 (seulement 15% selon cette étude).

Il existe donc une multitude de sources d'informations mais il n'est pas forcément aisé de s'y retrouver. Véronique SEHIER, coprésidente du Planning Familial, explique [18] qu'à l'heure actuelle, les lieux d'informations sont insuffisants.

L'information est majeure dans le cadre de la contraception pour aider les femmes à connaître leur corps. Colette GALARD (présidente du MFPF) expliquait déjà en 1996 [13] que « *Les femmes connaissent moins bien leur corps qu'auparavant et s'en remettent davantage au corps médical* ». Et, au cours des entretiens, nous nous sommes bien rendu compte de la **mauvaise connaissance** que les femmes avaient de leur corps et des différents moyens de contraception qui existent.

« *J'ai vu des trucs, je sais même pas..., je suis sûre qu'il y a de nouveaux contraceptifs que j'ai pas, que j'ai pas connaissance... Il doit y en avoir d'autres qui sont apparus...* »

« *Du coup, moi si je couche pendant mes règles là j'ai aucun risque ?* »

D'où, l'intérêt de continuer à promulguer une information satisfaisante aux femmes.

De la même façon, il est important de donner des informations scientifiques fiables à propos de la contraception car les polémiques autour de la pilule et du cancer ou encore du DIU qui rend stérile, ne font que s'amplifier et ainsi, les femmes préfèrent utiliser des moyens de contraception plus aléatoires en terme d'efficacité. Les médias alimentent des débats importants autour de la contraception et divulguent des informations pharmacologiques plus ou moins véridiques. Peut-on considérer aujourd'hui que les médias informent ou influencent l'opinion publique ? Effectivement, il suffit d'une phrase choc pour déclencher des scandales sanitaires. Or, le fondement scientifique n'est pas toujours présent et l'opinion publique se fixe pourtant sur ces informations. Une enquête réalisée en 2015, à propos du retentissement des alertes médiatiques sur la pilule et notamment sur l'impact de ces annonces sur le nombre d'IVG [93], a montré que « *les demandes d'IVG de femmes déclarant avoir interrompu leur contraception par peur des informations véhiculées dans les médias ont représenté 4% des IVG entre le 18/02/2013 et le 30/04/2013* ».



Dans la majorité des cas, les femmes de notre étude ont parlé des **scandales médiatiques** qu'elles connaissaient et elles ont expliqué que les médias avaient un **impact** sur leur choix contraceptif.

Une étude de l'INED [72], *Fécond* 2013, a étudié l'impact médiatique qu'a eu cette « crise de la pilule ». Ainsi, la réception du débat apparaît « *genrée et socialement différenciée* » : les femmes ont majoritairement entendu parler de cette crise et il s'agissait surtout de femmes diplômées, provenant d'un milieu social aisé et le débat médiatique semble avoir eu plus d'écho chez les femmes qui utilisaient la pilule avec réticence.

L'étude que nous avons réalisée n'est pas en accord avec ces données : l'impact médiatique était plus important dans la catégorie des professions intermédiaires ; on le retrouvait chez les étudiantes et les sans-emploi mais il n'était pas présent dans la catégorie des cadres supérieures. Cependant, cette donnée est biaisée car, sur l'échantillon de femmes interrogées, seulement 2 étaient dans la catégorie des cadres et professions supérieures et l'une d'entre elles utilisant le retrait, nous pouvons imaginer qu'elle était réticente à la contraception médicalisée. De même, les utilisatrices des méthodes naturelles ne sont pas les plus touchées dans notre étude : l'impact concernait les utilisatrices du DIU. A savoir, notre étude a été réalisée au moment des scandales médiatiques touchant le Mirena® donc elles étaient certainement plus sensibles à ce moment-là.

Les scandales sanitaires, comme celui du Médiator® cité par une patiente de notre étude, ne font qu'augmenter la **défiance vis-à-vis des laboratoires et des produits sanitaires**. Les femmes ont exprimé leurs doutes sur l'influence que pouvaient avoir les laboratoires sur les médecins, avec une **perte de confiance** dans le **discours médical**.

Si quelques femmes discutent librement de leur contraception avec leur médecin, il est souvent reproché au corps médical de ne pas répondre aux questions et de ne pas être suffisamment à leur écoute. Il est donc primordial d'arriver à écouter les patientes et à créer un terrain de confiance à propos de leur contraception.

IV.1.5. Désir de naturel

C'est souvent en abordant ces thèmes de la peur des contraceptifs, de la perte de confiance dans les médecins et dans les industries pharmaceutiques, qu'elles avouaient un certain **désir d'utilisation des méthodes naturelles**. Ce désir de naturel a été largement exprimé par les femmes de notre étude, moins par les célibataires, les utilisatrices de la pilule et de la contraception définitive et celles appartenant à la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures.

Pourtant, d'après les recherches bibliographiques réalisées [72], les professions avec un niveau d'études supérieures sont plus enclines à être dans le rejet des hormones mais elles sont aussi dans la recherche d'une contraception efficace. Mais comme nous l'avons vu, dans notre étude, seulement 2 patientes sont dans cette catégorie des cadres et l'une d'entre elles utilise déjà le retrait comme méthode de contraception. L'enquête Fécond [72] rapportait aussi une utilisation des méthodes naturelles plus importante chez les jeunes et les populations précaires pour des raisons économiques : nous ne le retrouvons pas forcément au cours de notre étude. Les femmes en situation à risque de précarité avaient un désir de contraception naturelle mais ne l'utilisaient pas et l'argument économique n'a été mis en avant que par rapport au préservatif.



Globalement, en France, malgré ce désir de naturel, ces méthodes restent utilisées de manière stable depuis les années 2000 : 6% des femmes [37]. On note seulement une légère hausse d'utilisation entre les années 2010 et 2013 puis une stabilisation.

En revanche, les femmes n'ont **plus envie de porter le « fardeau » de la contraception seule**. Sur le plan sociétal, dans les années 1970, les hommes ont partagé la préoccupation de la contraception puis, très vite, la contraception est redevenue un problème essentiellement féminin [13]. Ainsi que l'explique N. BAJOS [11] : « *La médicalisation de la contraception a contribué à essentialiser davantage encore le rôle reproductif des femmes et à l'éviction des hommes, tout autant concernés* ».

Dans d'autres pays, les hommes sont davantage impliqués. En Espagne, le recours à des méthodes considérées comme masculines (stérilisation, préservatif et retrait) représente près de 53% des usages contraceptifs, comparé à 37% aux Etats-Unis et seulement 15% en France, selon l'INED [35].

Nous notons l'existence d'usagères qui ont arrêté la pilule suite à la crise et qui revendiquent un partage plus égalitaire de la contraception avec leur partenaire. Cette tendance serait plus importante dans certains groupes sociaux, notamment chez les plus jeunes et les plus diplômés [90].

Dans l'étude que nous avons réalisée, les femmes ont rapporté une volonté d'impliquer leurs conjoints dans la gestion de leur contraception. Seulement les femmes utilisant les méthodes naturelles se sont dites heureuses de pouvoir partager ces problématiques avec eux : ainsi, les hommes ne seraient préoccupés par la contraception qu'en cas d'utilisation des méthodes naturelles. Les femmes utilisant des méthodes médicales de contraception ont plutôt parlé d'un désir impossible de contraception masculine.

Cette problématique semble avoir été prise en compte plus récemment par les politiques. Ainsi, en terme de stratégie nationale de santé sexuelle à l'horizon 2030, Agnès BUZYN intègre les hommes dans la contraception en proposant de : « *Permettre aux femmes et aux hommes de choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, acceptables et accessibles* » [27].

Ainsi, le combat pour la légalisation de la contraception a été très long et compliqué. Aujourd'hui, à distance de ces luttes, la contraception n'est plus considérée comme un objet d'émancipation par les plus jeunes. Elle est devenue une norme qui est donc remise en question par les utilisatrices. De plus, si l'accès à la contraception et à l'IVG ont permis aux femmes de s'émanciper, elles ont aujourd'hui un réel désir de partage plus égalitaire de la responsabilité contraceptive avec leurs conjoints.



IV.2. Validité interne : limites de l'étude

Nous avons fait le choix de réaliser une étude qualitative car le but de ce travail de recherches était d'étudier le ressenti des patientes pour observer l'émergence de nouvelles données. Cette démarche qualitative, qui est issue des sciences sociales, nous paraissait être la plus adaptée, ici, pour étudier le vécu et le choix des patientes concernant leur contraception. Mais malgré le respect le plus strict possible des règles de l'étude qualitative, certaines limites sont apparues.

IV.2.1. Biais inhérents à la méthode qualitative

La méthode qualitative, en soi, peut être un biais : simplement par le fait qu'il n'y ait pas de nombre de sujets nécessaires prédéfini, mais les inclusions s'arrêtent au cours de l'étude, lors de la saturation des données. Et comme toute étude qualitative, les données ne sont pas extrapolables.

Contrairement à une étude quantitative, il n'y a pas d'anticipation des étapes d'inclusion avant l'analyse.

Mais ce type d'étude était le plus approprié concernant cette recherche.

IV.2.2. Biais de sélection des patientes

Il existe un biais de sélection puisque les participantes ont été sélectionnées sur la base du volontariat donc sans tirage au sort. Les femmes qui ont participé à cette étude étaient donc intéressées par le sujet ou à la recherche d'informations concernant leur contraception. De plus, les femmes interrogées l'ont été dans le cadre du cabinet médical, ce sont donc des patientes qui consultent et sont en demande d'avis médical. Il s'agit donc de patientes que l'on peut juger être en confiance envers le corps médical.

Le biais de sélection ne tenait pas qu'aux participantes mais aussi à moi-même. En fonction de l'organisation du travail et du temps disponible au cabinet, je ne pouvais pas toujours interroger les femmes, il existe donc un biais de recrutement.

Concernant la population recrutée, il aurait peut-être été intéressant d'interroger les moins de 18 ans qui sont aussi concernées par la contraception. Mais dans la plupart des études utilisées lors de nos recherches bibliographiques, il n'est pas choisi de les interroger, le principal argument étant le manque de maturité.

De même, nous avons réalisé notre enquête uniquement sur les femmes en âge de procréer. Or, il aurait pu être intéressant d'obtenir l'avis sur la contraception de celles qui ne l'utilisent pas ou plus : les femmes ménopausées, en désir de grossesse... Ceci aurait pu permettre de mettre en évidence plus de représentations sociétales. Mais encore une fois, nous avons fait ce choix pour être en accord avec les études réalisées dans les recherches bibliographiques. Le but de l'étude était de connaître l'avis des utilisatrices de contraception à l'heure actuelle.

Les participantes ont uniquement été recrutées dans la Creuse et la Haute Vienne et non dans toute la France. De ce fait, le recrutement sur le point culturel est donc limité : au niveau religieux, quasiment toutes les femmes sont athées, seulement 3 sont de confession catholique et les autres religions ne sont pas représentées. De même, toutes les méthodes de contraception ne sont pas présentes dans l'échantillon des personnes interrogées. D'ailleurs, nous notons l'inutilité de modifier la fiche de présentation pour rajouter la méthode de contraception par Dépo-Provera®, car elle n'est utilisée par aucune des patientes.



Du fait de la faible taille de l'échantillon et du mode de recrutement, le mode de sélection ne permet pas une représentativité de la population française. Mais, pour limiter tous ces biais dans cette étude qualitative, nous sommes arrivées à l'objectif de la saturation des données et nous avons essayé de recruter une population la plus variée possible.

IV.2.3. Biais de déclaration

Il existe un biais d'informations car il peut être gênant de s'exprimer librement avec le corps médical, surtout quand les patientes abordent des sujets tels que le manque de confiance envers les laboratoires et les possibles conflits d'intérêts existants entre ces derniers et les médecins.

De plus, le fait que les entretiens soient enregistrés, avec le téléphone visible entre les deux interlocutrices, peut bloquer l'expression libre des femmes.

Dans une étude qualitative, toutes les données sont déclaratives et les conséquences sont classiques : mensonge, omission volontaire de données... Donc, le biais d'informations est forcément présent.

Cependant, dans la plupart des entretiens réalisés lors de cette étude, les discours semblaient honnêtes. Et l'avantage, des entretiens semi-dirigés est qu'il laisse les participantes libres de s'exprimer, dans un échange dynamique où nous avons essayé de limiter, au maximum, les interventions suggestives.

IV.2.4. Biais d'intervention

Lors de certains entretiens, nous avons parfois été obligées d'intervenir : pour relancer la discussion ou pour rediriger vers les questions du guide d'entretien. Ceci a probablement entraîné un biais de suggestion en fonction du ton de voix utilisé, de l'attitude, etc...

D'où l'intérêt d'un entretien réalisé avec ma directrice de thèse pour apprendre à réaliser le minimum d'interventions possibles, tout en maintenant une discussion intéressante. Cependant, le biais d'induction est quasiment inévitable dans les études qualitatives car les patientes sont forcément influencées dans leurs réponses par toutes les interactions.

IV.2.5. Biais d'interprétation

La méthode qualitative, malgré les efforts réalisés, implique forcément un biais d'interprétation des données. Lors de la retranscription, des erreurs ont peut-être été réalisées. L'enregistrement vocal permet de limiter ce biais, du fait d'une retranscription exacte des données verbales.

Le biais d'interprétation peut persister au moment du codage mais le codage en double aveugle avec ma directrice de thèse, permet une analyse plus objective. De même, l'utilisation du logiciel informatique NVivo a un intérêt pour éviter les biais d'interprétations : toutes les informations sont d'abord prises en compte, encodées avant d'être analysées.

Ainsi, nous avons essayé de limiter au maximum les biais qui sont inhérents à une étude qualitative, mais il faut bien garder en mémoire qu'il s'agit d'une étude qualitative qui a, pour but, de donner des résultats sous forme de tendances et non de données statistiques.



Conclusion

La contraception est apparue comme une révolution médicale mais également sociale, issue d'une lutte opiniâtre pour sa légalisation. Cette légalisation, pourtant récente, ne semble pas aujourd'hui apparaître comme un combat : la contraception est une évidence. Cependant, à la question : « Les femmes sont-elles heureuses d'avoir obtenu le droit à la contraception ? », nous pouvons répondre que oui : les femmes décrivent avant tout la contraception comme une liberté.

L'histoire de la lutte que des femmes et des hommes ont menée pour obtenir la légalisation de la contraception puis de l'IVG, montre bien, combien il est important que la contraception féminine soit accessible à toutes les femmes qui le désirent. Si elle est bien maîtrisée, elle participe nettement à leur émancipation et leur offre ainsi une liberté essentielle.

Cependant, de nouvelles questions se posent : la sociologue Michèle FERRAND, s'interroge dans une tribune du *Monde* [66] : « *Comment faire revivre pour la nouvelle génération le sentiment de liberté, de toute-puissance que l'apparition de la contraception, et surtout sa diffusion, nous a apporté ? Oui, la pilule a libéré les femmes et continue à le faire ! (...)* ».

Ainsi, quelques générations plus tard après la légalisation, en plus de l'efficacité contraceptive, les femmes se posent aussi la question de leur confort. Les femmes décrivent aujourd'hui leur contraception comme une réelle contrainte, qu'elles souhaiteraient partager avec leurs partenaires, dans leur quotidien. Ainsi, dans une société qui prône l'égalité des sexes, elles se posent la question de la contraception masculine.

De manière générale, les femmes décrivent un manque d'écoute de la part des professionnels de santé, avec surtout des difficultés à faire un choix personnel, libre et éclairé concernant leur contraception.

De plus, elles ont peur des effets secondaires, le discours actuel étant plutôt celui d'un appel à la méfiance à l'égard des produits hormonaux avec un désir de retour à des méthodes moins intrusives et plus naturelles.

Ainsi, si les femmes sont heureuses de pouvoir utiliser une contraception librement, elles se posent aujourd'hui la question d'utiliser une contraception pleinement épanouissante, avec moins d'effets indésirables, plus égalitaire vis-à-vis de leurs partenaires masculins et qui soit adaptée à leurs besoins et leurs envies.



Références bibliographiques

- [1] D. Rahib, M. Le Guen, et N. Lydié, « Baromètre santé 2016 : Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. », *Santé Publique France*, sept-2017. [En ligne]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf>. [Consulté le: 18-déc-2017].
- [2] OMS, « Planification familiale/Contraception. », *WHO*, mai-2015. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/>. [Consulté le: 23-juin-2017].
- [3] H. Gronier, G. Robin, et D. Dewailly, « Contraception », *La Revue du Praticien*, juin-2011. [En ligne]. Disponible sur: http://www.larevuedupraticien.fr/sites/default/files/RDP_2011_6_849.pdf. [Consulté le: 08-janv-2018].
- [4] La Documentation française, « Enjeux éthiques : Contraception et IVG, 25 ans après la loi Veil. », juill-2001. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/ivg/introduction.shtml>. [Consulté le: 20-sept-2019].
- [5] A. Bodet, « Histoire de la contraception, de la grossesse subie à la grossesse désirée. », Faculté de pharmacie d'Angers, 2014.
- [6] Soranos d'Ephèse, « Traité des maladies des femmes », *BIU Santé Paris*, Fin du Ier siècle, commencement du IIe. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?p=61&cote=21157&do=page>. [Consulté le: 11-déc-2017].
- [7] S. Debusquat, *J'arrête la pilule*, Les liens qui libèrent. 2017.
- [8] C. Pradines, « La première contraception orale oestroprogestative: législation, réactions de l'Eglise et du conseil de l'ordre des médecins. », Faculté de médecine de Limoges., 1995.
- [9] A. Spira, « 50 ans de la loi Neuwirth: "Maîtriser la fécondité, un droit humain fondamental qu'il faut préserver". », *Le Monde*, 19-déc-2017.
- [10] C. De Guibert-Lantoine et H. Leridon, « La contraception en France, un bilan après 30 ans de libéralisation. », *Persée : Population 53ème année, N°4*, juill-1998. [En ligne]. Disponible sur: http://www.persee.fr/docAsPDF/pop_0032-4663_1998_num_53_4_6934.pdf. [Consulté le: 01-juill-2017].
- [11] N. Bajos, « 50 ans de la loi Neuwirth: "Les femmes ont une volonté légitime de s'approprier leurs choix contraceptifs". », *Le Monde*, 19-déc-2017.
- [12] A. Breteau, « Les 7 dates-clés de la contraception en France », *Le Point, Culture*, 27-déc-2017. [En ligne]. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/culture/les-7-dates-cles-de-la-contraception-en-france-27-12-2017-2182640_3.php. [Consulté le: 20-sept-2019].
- [13] C. Valabrègue et S. Treiner, *La pilule, et après? Deux générations face au contrôle des naissances*. Paris: Stock, 1996.



- [14] F. d'Almeida, B. Pavard, et D. Gaudry, « Contraception, une pilule de plus en plus difficile à avaler. », *L'info dans le rétro.*, 11-nov-2017.
- [15] M. Guilloux et E. Cerfontaine, *De la chambre à coucher à l'Assemblée, la bataille de la pilule*. 2017.
- [16] Le planning familial, « La loi Neuwirth légalisant la contraception est adoptée. », 2018. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr/la-loi-neuwirth-legalisant-la-contraception-est-adoptee-161>. [Consulté le: 16-oct-2019].
- [17] M.-L. Rincé, « Pilule : quand les hommes faisaient la loi. », *Au Coeur Du Débat, Public Sénat*, 09-déc-2017.
- [18] P. Charlier et M. Carrère d'Encausse, « Émission spéciale contraception », *Le magazine de la santé*, 19-déc-2017.
- [19] L. Neuwirth, « Loi n° 67-1176 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique », *Légifrance*, 28-déc-1967. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068299&dateTexte=20110401>. [Consulté le: 11-déc-2017].
- [20] V. Giscard d'Estaing, « Loi n° 74-1026 du 04 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances. », *Légifrance*, 05-déc-1974. [En ligne]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000334817.
- [21] M. Uzan, « Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes », *La documentation française*, 20-nov-1998. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/984001918/index.shtml>. [Consulté le: 12-déc-2017].
- [22] S. Dupays, C. Hesse, et B. Vincent, « L'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineures. », *Inspection générale des affaires sociales.*, avr-2015. [En ligne]. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2014-167R.pdf. [Consulté le: 19-déc-2017].
- [23] Santé Publique France, « ChoisirSaContraception », 2017. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.choisirsacontraception.fr/>. [Consulté le: 13-janv-2018].
- [24] « Le "Manifeste des 343 salopes" », *L'Obs*, 05-avr-1971. [En ligne]. Disponible sur: <https://tempsreel.nouvelobs.com/societe/20071127.OBS7018/le-manifeste-des-343-salopes-paru-dans-le-nouvel-obs-en-1971.html>. [Consulté le: 12-déc-2017].
- [25] Office national de radiodiffusion télévision française, *Simone Veil et son projet de loi relatif à l'IVG*. 1974.
- [26] Journal Officiel de la république Française, « Loi n°75-17 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. », *Légifrance*, 17-janv-1975. [En ligne]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000700230.
- [27] Ministère des Solidarités et de la Santé, « Feuille de route Stratégies nationales de Santé Sexuelle 2018 2020 », 2017. [En ligne]. Disponible sur: <https://solidarites->



- sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_pnsp_sante_sexuelle.pdf. [Consulté le: 25-sept-2019].
- [28] Ministère des Solidarités et de la Santé, « Premier préservatif remboursé par l'Assurance maladie », 27-juin-2019. [En ligne]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/premier-preservatif-rembourse-par-l-assurance-maladie>. [Consulté le: 27-juin-2019].
- [29] VIDAL, « EDEN : premier préservatif masculin remboursé à compter du 10 décembre 2018 ». [En ligne]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/22976/eden_premier_preservatif_masculin_rembourse_a_compter_du_10_decembre_2018/. [Consulté le: 23-sept-2019].
- [30] J. J. Lévy et L. Charton, Éd., *La contraception: prévalence, prévention et enjeux de société*. Québec: Presses de l'Université du Québec, 2011.
- [31] Pape Paul VI, « Humanae Vitae », *Lettre encyclique de sa sainteté le pape Paul VI sur le mariage et la régulation des naissances*, 25-juill-1968. [En ligne]. Disponible sur: http://w2.vatican.va/content/paul-vi/fr/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae.html. [Consulté le: 12-déc-2017].
- [32] Le monde, « Le Vatican dénonce les “effets dévastateurs” de la pilule sur l'environnement. », *Le Monde.fr*, 05-janv-2009.
- [33] Le Figaro, « Le pape admet l'usage du préservatif contre le virus du VIH. », *Le Figaro.fr*, 20-nov-2010.
- [34] Organisation des Nations Unies, « Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement. », sept-1994. [En ligne]. Disponible sur: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_fre.pdf. [Consulté le: 26-avr-2018].
- [35] INED, « Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation », *Institut National d'Etudes Démographiques (INED)*, nov-2017. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/cinquante-ans-de-contraception-legale-en-france/>. [Consulté le: 04-juill-2019].
- [36] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) et Ministère du travail de l'emploi et de la santé, « Contraception : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? », oct-2011. [En ligne]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>. [Consulté le: 18-déc-2017].
- [37] Haute Autorité de Santé (HAS), « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. », avr-2013. [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf. [Consulté le: 10-janv-2018].
- [38] United Nations, « World Contraception Use », 2005. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2005/WCU2005.htm>. [Consulté le: 16-oct-2019].



- [39] V. Bellamy et C. Beaumel, « Bilan démographique 2016 », *Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)*, 17-janv-2017. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860>. [Consulté le: 25-janv-2018].
- [40] F. Fondard, « Chiffres clés de la famille », *Union nationale des Associations Familiales (UNAF)*, 2014. [En ligne]. Disponible sur: http://www.unaf.fr/IMG/pdf/bro_20p_chiffre_cle_mai2014_4.pdf. [Consulté le: 19-déc-2017].
- [41] H. Leridon et L. Toulemon, « 20 années de contraception en France 1968-1988. », *Population n°4 (revue trimestrielle de l'INED)*, 1991.
- [42] C. Desjeux, « La pilule hormonale féminine : De la fécondité « féminine » à la fécondité « conjugale » », *Socio-logos . Revue de l'association française de sociologie*, n° 3, janv. 2008.
- [43] S. Volant, « Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 », *Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)*, 27-mars-2017. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>. [Consulté le: 19-déc-2017].
- [44] S. Fischer, « Contraception : Taïaut les spermatos », *Libération.fr*, 07-févr-2017. [En ligne]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/planete/2017/02/07/contraception-taiaut-les-spermatos_1546992. [Consulté le: 26-sept-2019].
- [45] A. Vilain, « 211900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. », *Etudes et Résultats (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques)*, juin-2017. [En ligne]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1013.pdf. [Consulté le: 19-déc-2017].
- [46] H. Guibert, « Les répercussions de la médiatisation concernant les risques de thrombose veineuse liés aux pilules oestroprogestatives. », *Mémoire Sage Femme, Université de Nantes*, 2015.
- [47] Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), « Questions-Réponses pilule contraceptive ». 26-juin-2013.
- [48] E. Walton-Larat, « La bataille de la contraception n'est pas gagnée », *Le Monde*, 15-janv-2013. [En ligne]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2013/01/15/la-bataille-de-la-contraception-n-est-pas-gagnee_1817306_3232.html. [Consulté le: 26-sept-2019].
- [49] Haute Autorité de Santé, « Dépistage systématique de la thombophilie avant une primo-prescription de contraception homonale combinée », p. 62, janv. 2015.
- [50] P. Krémer, « Pilule : enquête sur ces médecins liés aux laboratoires », *Le Monde.fr*, 10-janv-2013.
- [51] M. Guérard, « La pilule contraceptive : une norme à l'épreuve de ses risques. », *Sciencespo Toulouse*, 2015.



- [52] C. Bordenet et S. Gittus, « Contraception : ce qui a changé depuis le scandale des pilules », *Le Monde.fr*, 15-oct-2014.
- [53] L. Peyrot, « Polémique sur les pilules de troisième et quatrième générations: quel impact sur les femmes et leur contraception? », Enquête descriptive auprès de 156 patientes du Tarn., Faculté de médecine de Limoges., 2014.
- [54] S. Debusquat, « La génération “no pilule” revendique une contraception sans souffrance, non polluante et égalitaire », *Le Huffington Post*, 10-oct-2017. [En ligne]. Disponible sur: https://www.huffingtonpost.fr/sabrina-debusquat/la-generation-no-pilule-revendique-une-contraception-sans-souffrance-non-polluante-et-egalitaire_a_23237133/. [Consulté le: 26-sept-2019].
- [55] F. Métézeau, « La contraception parfaite n'existe pas », *L'invité de 7h50.*, France Inter, 28-déc-2017.
- [56] « Action en justice contre l'implant contraceptif Essure », *Le Généraliste*, 09-déc-2016. [En ligne]. Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2016/12/09/action-en-justice-contre-limplant-contraceptif-essure_308532. [Consulté le: 07-juill-2017].
- [57] R. Curtet, « Implants Essure: la balance bénéfique/risque reste favorable d'après les experts », *Le Généraliste*, 21-avr-2017. [En ligne]. Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2017/04/21/implants-essure-la-balance-beneficerisque-reste-favorable-dapres-les-experts_310344. [Consulté le: 07-juill-2017].
- [58] R. Curtet, « Essure: rapport favorable du Comité indépendant mandaté par l'ANSM », *Le Généraliste*, 02-juin-2017. [En ligne]. Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2017/06/02/essure-rapport-favorable-du-comite-independant-mandate-par-lansm_310905. [Consulté le: 07-juill-2017].
- [59] ANSM, « Information sur l'implant de stérilisation tubaire Essure. », 21-juin-2016. [En ligne]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Information-sur-l-implant-de-sterilisation-tubaire-Essure-Point-d-information>. [Consulté le: 15-janv-2018].
- [60] Ministère des Solidarités et de la Santé, « Dispositif de stérilisation définitive Essure », 21-déc-2018. [En ligne]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/autres-produits-de-sante/dispositifs-medicaux/dispositif-essure>. [Consulté le: 26-sept-2019].
- [61] R. Curtet, « Dispositif Mirena : nouveaux effets indésirables », *Le Généraliste*, 15-mai-2017. [En ligne]. Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2017/05/15/dispositif-mirena-nouveaux-effets-indesirables_310656. [Consulté le: 07-juill-2017].
- [62] ANSM, « Information sur le dispositif intra-utérin Mirena . », 12-mai-2017. [En ligne]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Information-sur-le-dispositif-intra-uterin-Mirena-Point-d-information>. [Consulté le: 23-juin-2017].



- [63] A. Hermelin, « Contraception naturelle : pourquoi les femmes rejettent-elles de plus en plus la pilule ? », *Terrafemina*, 12-juin-2015. [En ligne]. Disponible sur: http://www.terrafemina.com/article/contraception-naturelle-pourquoi-les-femmes-rejettent-elles-de-plus-en-plus-la-pilule_a274866/1. [Consulté le: 23-juin-2017].
- [64] S. Périchon, « Les craintes et les représentations des patientes concernant les hormones utilisées en contraception. », enquête qualitative, 12 patientes de la région lyonnaise, Université Claude Bernard à Lyon., 2013.
- [65] « Découvrir la Méthode Billings », *MéthodeBillings.com*. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.methode-billings.com/>. [Consulté le: 03-janv-2018].
- [66] M. Ferrand, « 50 ans de la loi Neuwirth: “La pilule permet aux femmes d’avoir le contrôle de leur vie” », *Le Monde*, 19-déc-2017.
- [67] Code de la Santé Publique, « Article L5111-1 », *Légifrance*, 27-févr-2007. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689867&dateTexte=20100225>. [Consulté le: 17-janv-2018].
- [68] S. Debusquat, *Marre de souffrir pour ma contraception*, Les Liens qui Libèrent. 2019.
- [69] D. Elia et A. de Kervasdoué, « Le retour à la nature, nouvelle soumission des femmes », *Libération.fr*, 04-juin-2018. [En ligne]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/debats/2018/06/04/le-retour-a-la-nature-nouvelle-soumission-des-femmes_1656562. [Consulté le: 26-sept-2019].
- [70] N. Bajos, A. Bohet, M. Le Guen, C. Moreau, et équipe Fécond, « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques? », *Populations et Sociétés*, sept-2012. [En ligne]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf. [Consulté le: 12-janv-2018].
- [71] ANSM, « L’ANSM publie un nouveau point sur l’évolution de l’utilisation des contraceptifs sur 9 mois . », 26-sept-2013. [En ligne]. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communique-Points-presse/L-ANSM-publie-un-nouveau-point-sur-l-evolution-de-l-utilisation-des-contraceptifs-sur-9-mois-Communique/\(language\)/fre-FR](http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communique-Points-presse/L-ANSM-publie-un-nouveau-point-sur-l-evolution-de-l-utilisation-des-contraceptifs-sur-9-mois-Communique/(language)/fre-FR). [Consulté le: 30-juin-2017].
- [72] N. Bajos, M. Rouzaud, H. Panjo, A. Bohet, C. Moreau, et Equipe Fécond, « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif? », *Populations et Sociétés*, mai-2014. [En ligne]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19893/population.societes.2014.511.crise.pilule.fr.pdf. [Consulté le: 11-janv-2018].
- [73] L. C. et P. Krémer, « La pilule n’a plus la cote auprès des Françaises », *Le Monde.fr*, 13-mai-2014.
- [74] INED et INSEE, « Etudes des relations familiales et intergénérationnelles 2005-2008 (Erfi-GGS). », 2008 2005.



- [75] Santé Publique France, « 26 septembre 2017 : journée mondiale de la contraception. Quelles évolutions dans le schéma contraceptif des Françaises ? », 26-sept-2017. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiqués/26-septembre-2017-journee-mondiale-de-la-contraception.-Quelles-evolutions-dans-le-schema-contraceptif-des-Francaises>. [Consulté le: 18-déc-2017].
- [76] ANSM, « Evolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés (COC) de janvier 2013 à décembre 2015. », 07-mars-2017. [En ligne]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiqués-Points-presse/Evolution-de-l-utilisation-en-France-des-Contraceptifs-Oraux-Combines-COC-de-janvier-2013-a-decembre-2015-Communique>. [Consulté le: 23-juin-2017].
- [77] OMS, « Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. Troisième édition. », WHO, 2017. [En ligne]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259677/1/9789242565409-fre.pdf>. [Consulté le: 08-janv-2018].
- [78] AMELI, « L'efficacité des moyens contraceptifs », 03-mars-2017. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>. [Consulté le: 08-janv-2018].
- [79] B. Raccach-Tebeka et G. Plu-Bureau, *La contraception en pratique*. 2013.
- [80] ANSM, « Contraceptifs oraux commercialisés en France au 1er janvier 2015 », 01-janv-2015. [En ligne]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/345bfd36ada7b0792266148563c972351.pdf. [Consulté le: 04-janv-2018].
- [81] T. Linet, N. Dutriaux, et G. Lannuzel, « Les contraceptions d'actions courtes ou moyennes oestroprogestatives ou progestatives. » FORMAGYN, mai-2017.
- [82] N. Carlotti, « Contraceptifs hormonaux », *La Revue Du Praticien*, vol. 58, janv. 2008.
- [83] VIDAL, « Triafemi cp - Indications », 03-oct-2017. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/triafemi-19370-indications.htm>. [Consulté le: 18-janv-2018].
- [84] G. Robin et B. Letombe, « Contraceptions non hormonales », *La Revue Du Praticien*, vol. 58, janv. 2008.
- [85] Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports., « Stérilisation à visée contraceptive, livret d'information », www.sante.gouv.fr, nov-2007. [En ligne]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/livret_sterilisation_a_visee_contraceptive.pdf. [Consulté le: 02-janv-2018].
- [86] Haute Autorité de Santé, « Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme », oct-2017. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-sterilisation.pdf>. [Consulté le: 02-janv-2018].
- [87] E. Aubény, « Contraception d'urgence », *La Revue Du Praticien*, vol. 58, janv. 2008.



- [88] INSEE, « Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles », 21-nov-2016. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2497952>. [Consulté le: 09-avr-2019].
- [89] S. Terrioux, « Trois générations de femmes et la contraception », Limoges, 2016.
- [90] Science et Avenir, « 50 ans après, retour sur le combat de “Lulu la pilule” pour légaliser la contraception », *Sciences et Avenir*, 19-déc-2017. [En ligne]. Disponible sur: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/sexualite/50-ans-apres-retour-sur-le-combat-de-lulu-la-pilule-pour-legaliser-la-contraception_119298. [Consulté le: 04-juill-2019].
- [91] E. Cazi, « 3G, la pilule mirage », *Le Monde.fr*, 01-avr-2013.
- [92] L. Daccord, « La contraception des nullipares vue par les médecins. », Limoges, 2015.
- [93] S. Pozzi-Gaudin *et al.*, « Enquête concernant le retentissement des alertes médiatiques sur la pilule », Université médecine Paris, 2015.
- [94] ANSM, « Document d’aide à la prescription contraceptifs hormonaux combinés. », févr-2014. [En ligne]. Disponible sur: file:///C:/Users/Asus/Downloads/DHPC_140212_COC_AidePrescription.pdf.
- [95] T. Linet, « Changer de contraception - La technique du chevauchement », *Formagyn*, 2017. [En ligne]. Disponible sur: https://www.repere.re/fileadmin/user_upload/SwitchContraceptif.pdf. [Consulté le: 09-janv-2018].
- [96] C. Grino, « La pilule : biologisation de la contraception et régulation sociale », *Genre, sexualité & société*, n° 12, déc. 2014.
- [97] M. Chosson, « [www.bluets.org] », *Centre de planification et d’IVG*, 12-oct-2017. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.bluets.org/spip.php?article173>. [Consulté le: 07-déc-2017].
- [98] L. Quillet, « Les Françaises délaissent la pilule pour des méthodes dites naturelles », *Madame Figaro*, 15-mai-2014. [En ligne]. Disponible sur: <http://madame.lefigaro.fr/societe/francaises-delaissent-pilule-pour-methodes-dites-naturelles-150514-854816>. [Consulté le: 01-juill-2017].
- [99] G. Dupont, « Trois générations, trois regards sur la pilule », *Le Monde*, 20-déc-2017.
- [100] A. Flandrin, « En 1967, la crainte d’une “flambée d’érotisme” », *Le Monde*, 20-déc-2017.



Annexes

Annexe 1. Evolution de l'utilisation des différentes méthodes de contraception en France entre 2010, 2013 et 2016 chez les femmes de 15 à 49 ans concernées par la contraception [1]	156
Annexe 2. Document d'aide à la prescription de contraceptifs hormonaux oestro-progestatifs, réalisé par l'ANSM en février 2014 [94].....	157
Annexe 3. Le modèle BERCER de l'OMS.....	159
Annexe 4. Techniques de chevauchement pour modifier une méthode contraceptive (Source : Formagyn [95])	160
Annexe 5. Fiche de présentation.....	161
Annexe 5.1. Première fiche de présentation	161
Annexe 5.2. Deuxième fiche de présentation	162
Annexe 6. Guide d'entretien utilisé pour l'étude	163
Annexe 6.1. Premier guide d'entretien.....	163
Annexe 6.2. Deuxième guide d'entretien	163



Annexe 1. Evolution de l'utilisation des différentes méthodes de contraception en France entre 2010, 2013 et 2016 chez les femmes de 15 à 49 ans concernées par la contraception [1]

	2010 ¹	2013 ²	2016 ³	Évolution 2010-2016
15-19 ANS				
Pilule	48,3	49,7	44,4	→
Pilule + préservatif	19,1	14,7	16,0	→
Préservatif	25,1	24,7	29,6	→
DIU	0,0	0,2	0,0	→
Implant	0,5	4,1	3,5	↗
Patch/Anneau	0,0	2,2	1,1	↗
Autres méthodes*	1,2	1,7	3,2	→
Aucune méthode	5,8	2,7	2,3	→
20-24 ANS				
Pilule	60,1	54,3	52,6	↘
Pilule + préservatif	11,0	12,9	6,9	→
Préservatif	9,0	13,7	18,6	↗
DIU	1,6	5,2	4,7	↗
Implant	2,9	4,1	9,6	↗
Patch/Anneau	1,9	1,5	2,2	→
Autres méthodes*	2,1	3,7	1,1	→
Aucune méthode	11,4	4,6	4,3	↘
25-29 ANS				
Pilule	53,2	45,7	43,8	↘
Pilule + préservatif	4,3	5,0	4,0	→
Préservatif	7,7	15,9	16,3	↗
DIU	6,9	16,7	19,0	↗
Implant	3,2	5,3	5,1	→
Patch/Anneau	3,2	1,2	2,2	→
Autres méthodes*	5,8	5,4	4,2	→
Aucune méthode	15,7	4,9	5,5	↘
30-44 ANS				
Pilule	37,3	31,8	28,2	↘
Pilule + préservatif	0,9	0,9	1,2	→
Préservatif	10,1	12,4	13,8	↗
DIU	25,6	29,4	34,7	↗
Implant	2,8	3,2	3,3	→
Patch/Anneau	1,1	0,9	0,8	→
Contraception définitive	4,0	3,9	5,4	→
Autres méthodes*	5,1	6,7	5,8	→
Aucune méthode	13,1	10,7	6,7	↘
TOTAL 15-49 ANS				
Pilule	40,8	36,3	33,2	↘
Pilule + préservatif	4,2	4,2	3,3	→
Préservatif	10,8	13,8	15,5	↗
DIU	18,7	22,8	25,6	↗
Implant	2,4	3,5	4,3	↗
Patch/Anneau	1,3	1,2	1,1	→
Autres méthodes*	4,7	6,0	4,6	→
Aucune méthode	13,6	9,1	8,0	↘

La contraception définitive n'étant utilisée qu'après 30 ans, elle est présentée uniquement dans la classe concernée.

Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules vertes indiquent que l'évolution entre deux périodes est significative ($p < 0,05$).

1. Enquête Fecond 2010.

2. Enquête Fecond 2013.

3. Enquête Baromètre santé 2016.

* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.



Annexe 2. Document d'aide à la prescription de contraceptifs hormonaux oestro-progestatifs, réalisé par l'ANSM en février 2014 [94]

**DOCUMENT D'AIDE A LA PRESCRIPTION
CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS**

Veillez utiliser ce document d'aide à la prescription conjointement avec le Résumé des Caractéristiques du Produit lors de toute consultation relative à l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés (CHC).

- L'utilisation de contraceptifs hormonaux combinés (CHC) est associée à un risque thromboembolique (par exemple, thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral).
- Le risque thromboembolique associé aux CHC est plus élevé :
 - au cours de la première année d'utilisation ;
 - lors de la reprise d'une contraception hormonale combinée après une interruption de 4 semaines ou plus.
- Les CHC contenant de l'éthinylestradiol en association avec du lévonorgestrel, du norgestimate ou de la noréthistérone sont considérés comme ceux qui présentent le risque thromboembolique veineux (TEV) le plus faible.
- Le risque encouru par une patiente dépend également de son risque thromboembolique intrinsèque. La décision d'utiliser un CHC doit par conséquent prendre en compte les contre-indications et les facteurs de risques de la patiente, en particulier ceux liés au risque thromboembolique (voir les encadrés ci-dessous ainsi que le Résumé des Caractéristiques du Produit).
- La décision d'utiliser tout autre CHC que l'un de ceux associés au risque le plus faible de TEV doit être prise uniquement après concertation avec la patiente afin de s'assurer qu'elle comprend :
 - le risque thromboembolique associé à ce CHC ;
 - l'influence de ses facteurs de risque intrinsèques sur son risque de thrombose ;
 - la nécessité de rester attentive à toute manifestation clinique de thrombose.

Si vous cochez l'une des cases de cette section, ne prescrivez pas de CHC. La patiente a-t-elle :	
<input type="checkbox"/>	des antécédents personnels ou un événement actuel de thrombose, par exemple une thrombose veineuse profonde, une embolie pulmonaire, un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral, un accident ischémique transitoire, un angor ?
<input type="checkbox"/>	un trouble personnel connu de la coagulation ?
<input type="checkbox"/>	des antécédents de migraine avec aura ?
<input type="checkbox"/>	un diabète avec complications vasculaires ?
<input type="checkbox"/>	une pression artérielle très élevée, par exemple une pression systolique ≥ 160 mmHg ou une pression diastolique ≥ 100 mmHg ?
<input type="checkbox"/>	une hyperlipidémie importante ?
<input type="checkbox"/>	une intervention chirurgicale majeure ou une période d'immobilisation prolongée est elle prévue ? Si tel est le cas, <u>suspendre l'utilisation et conseiller une méthode de contraception non hormonale au moins pendant les 4 semaines précédant l'intervention ou l'immobilisation et les 2 semaines suivant le retour à une mobilité complète.</u>

Si vous cochez l'une des cases de cette section, vérifiez avec la patiente la pertinence de l'utilisation d'un CHC	
<input type="checkbox"/>	La patiente présente-t-elle un IMC supérieur à 30 kg/m ² ?
<input type="checkbox"/>	La patiente a-t-elle plus de 35 ans ?
<input type="checkbox"/>	La patiente fume-t-elle ? Si la patiente fume et est âgée de plus de 35 ans, il est impératif de lui



	<u>conseiller vivement d'arrêter de fumer ou d'utiliser une méthode de contraception non hormonale.</u>
<input type="checkbox"/>	La patiente présente-t-elle une pression artérielle élevée, par exemple une pression systolique entre 140 et 159 mmHg ou une pression diastolique entre 90 et 99 mmHg ?
<input type="checkbox"/>	La patiente a-t-elle un parent proche ayant présenté un évènement thromboembolique (voir liste ci-dessus) à un âge relativement jeune (par exemple avant l'âge de 50 ans) ?
<input type="checkbox"/>	La patiente ou quelqu'un de sa famille proche présente-t-il une lipidémie élevée ?
<input type="checkbox"/>	La patiente a-t-elle des migraines ?
<input type="checkbox"/>	La patiente présente-t-elle un trouble cardiovasculaire tel que fibrillation auriculaire, arythmie, coronaropathie ou valvulopathie ?
<input type="checkbox"/>	La patiente est-elle diabétique ?
<input type="checkbox"/>	La patiente a-t-elle accouché au cours des semaines précédentes ?
<input type="checkbox"/>	La patiente est-elle sur le point de faire un long voyage aérien (> 4 heures) ou effectue-t-elle des trajets quotidiens de plus de 4 heures ?
<input type="checkbox"/>	La patiente présente-t-elle toute autre maladie susceptible d'accroître le risque de thrombose (par exemple : cancer, lupus érythémateux disséminé, drépanocytose, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, syndrome hémolytique et urémique) ?
<input type="checkbox"/>	La patiente utilise-t-elle tout autre médicament susceptible d'accroître le risque de thrombose (par exemple : corticoïdes, neuroleptiques, antipsychotiques, antidépresseurs, chimiothérapie, etc.) ?
<p>La présence de plus d'un facteur de risque peut remettre en cause la pertinence de l'utilisation d'un CHC. Il faut garder en mémoire que les facteurs de risques de chaque patiente peuvent évoluer avec le temps. Il est important d'utiliser ce document à chaque consultation.</p>	

<p>Veillez-vous assurer que votre patiente a compris qu'elle doit prévenir un professionnel de santé qu'elle utilise un contraceptif hormonal combiné si elle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • doit subir une intervention chirurgicale ; • doit subir une période d'immobilisation prolongée (par exemple à cause d'une blessure ou d'une maladie, ou si elle a une jambe dans le plâtre) ; <p>➤ <u>Dans ces situations, il est recommandé de discuter avec la patiente de l'opportunité d'utiliser une méthode de contraception non hormonale jusqu'à ce que le niveau de risque redevienne normal.</u></p>
<p>Veillez également informer votre patiente que le risque de caillot sanguin est accru si elle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • fait des trajets prolongés (> 4 heures) ; • présente toute contre-indication ou tout facteur de risque relatifs aux CHC ; • a accouché au cours des semaines précédentes. <p>➤ <u>Dans ces situations, votre patiente doit être particulièrement attentive à toute manifestation clinique de thrombose.</u></p>
<p>Veillez conseiller à votre patiente de vous informer en cas d'évolution ou d'aggravation de l'une des situations mentionnées ci-dessus. Veillez encourager vivement vos patientes à lire la notice d'information de l'utilisateur qui figure dans l'emballage de chaque CHC, y compris la description des manifestations associées à la formation de caillots sanguins, auxquelles elles doivent rester attentives.</p>

Nous vous rappelons que vous devez déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament dont vous avez connaissance au Centre Régional de pharmacovigilance (CRPV) dont vous dépendez. Vous trouverez les coordonnées de ces centres sur le site internet de l'ANSM (www.ansm.sante.fr) ou dans le dictionnaire Vidal®.



Annexe 3. Le modèle **BERCER** de l'OMS

Le modèle « BERCER » de l'OMS propose un déroulement de la consultation et du suivi en 6 étapes qui sont les suivantes : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour. Il a été rappelé en 2004 par l'HAS que ces éléments devaient faire partie intégrante de la consultation de contraception.

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'informations 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 contraceptive 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 4. Techniques de chevauchement pour modifier une méthode contraceptive (Source : Formagyn [95])

Initiale	Relais	Pilule	Patch	Anneau	Micro-progestatifs	Depo-Provera	Implant	SIU	DIU
Pas de contraception		Au plus tôt + Protection 7 j	Jusqu'à 5 j après le rapport à risque ou date d'ovul. théorique.						
Pilule minidosée		Relais immédiat après le dernier comprimé actif	Jusqu'à 5 j après le dernier comprimé.						
Patch		Relais immédiat après le retrait		Relais immédiat après le retrait	Jusqu'à 5 j après le retrait.				
Anneau		Relais immédiat après le retrait	Jusqu'à 5 j après le retrait.						
Micropro-gestatifs		Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours		Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Jusqu'à 5 j après le dernier comprimé.
Depo-Provera		Jusqu'à 12 sem après la dernière injection		Jusqu'à 12 sem après la dernière injection	Jusqu'à 12 sem après la dernière injection	Jusqu'à 12 sem + 5 jours après la dernière injection			
Implant		Chevauchement de 7 jours	Jusqu'à 5 j après le retrait.						
SIU (Mirena°...)		Chevauchement de 7 jours	Jusqu'à 5 j après le retrait.						
DIU (Cuivre)		Chevauchement de 7 jours	Relais immédiat après le retrait.						
Lévonorgestrel 1,5 mg		Relais immédiat + Protection 7 j	Relais immédiat						
Ulipristal 30 mg		5 jours après + Protection 15 j	Relais immédiat						

Relais immédiat	Chevauchement	5 jours après	Protection 7 jours
Changez directement d'une contraception à l'autre sans délai.	Commencer la prochaine contraception avant d'arrêter la précédente. Cela laisse le temps à la future contraception d'être efficace.	Une diminution théorique des effets de l'ulipristal est possible si une contraception hormonale est débutée trop tôt. Elle devra être commencée 5 jours après la prise de ce type de contraception d'urgence.	Vous n'êtes pas sûr de ce qu'il faut faire ? Vous pouvez utiliser cette méthode dans tous les cas. Une contraception complémentaire par préservatif ou spermicide est alors nécessaire jusqu'à 7 jours après le début de la nouvelle contraception.

Annexe 5. Fiche de présentation

Annexe 5.1. Première fiche de présentation

FICHE DE PRESENTATION

- Age :
- Profession :
- Situation familiale :
 - Célibataire
 - Pacsée
 - En concubinage
 - Mariée
 - Autre
- Nombre d'enfant(s) :
- Religion, croyance :
- Type de contraception utilisée (plusieurs réponses possibles) :
 - Pilule, si oui laquelle :
 - Stérilet au cuivre
 - Stérilet aux hormones, si oui lequel :
 - Préservatif masculin
 - Préservatif féminin
 - Spermicide
 - Diaphragme
 - Cape cervicale
 - Retrait
 - Abstinence périodique
 - Implant
 - Anneau vaginal
 - Patch cutané
 - Stérilisation féminine : Essure® ou ligature tubaire
 - Stérilisation masculine
 - Aucune méthode utilisée
 - Autre :

Souhaitez-vous être tenues informées des résultats de cette thèse ? Si oui, mail :



Annexe 5.2. Deuxième fiche de présentation

FICHE DE PRESENTATION

- Age :
- Profession :
- Situation familiale :
 - Célibataire
 - Pacsée
 - En concubinage
 - Mariée
 - Autre
- Nombre d'enfant(s) :
- Religion, croyance :
- Type de contraception utilisée (plusieurs réponses possibles) :
 - Pilule, si oui laquelle :
 - Stérilet au cuivre
 - Stérilet aux hormones, si oui lequel :
 - Préservatif masculin
 - Préservatif féminin
 - Spermicide
 - Diaphragme
 - Cape cervicale
 - Retrait
 - Abstinence périodique
 - Implant
 - Anneau vaginal
 - Patch cutané
 - Injection hormonale
 - Stérilisation féminine : Essure® ou ligature tubaire
 - Stérilisation masculine
 - Aucune méthode utilisée
 - Autre :

Souhaitez-vous être tenues informées des résultats de cette thèse ? Si oui, mail :



Annexe 6. Guide d'entretien utilisé pour l'étude

Annexe 6.1. Premier guide d'entretien

- 1) Comment avez-vous choisi votre contraception (ou votre absence de contraception) ?
- 2) Pourquoi utilisez-vous (ou utiliseriez-vous) une contraception ?
- 3) Pourquoi n'utilisez-vous (ou n'utiliseriez-vous) pas une contraception ?
- 4) Etes-vous satisfaite de votre contraception ? Pourquoi ?
- 5) Quelles sont les craintes que vous avez ou avez eues concernant votre contraception ?
- 6) Comment obtenez-vous les informations dont vous aviez besoin concernant la contraception ?

Annexe 6.2. Deuxième guide d'entretien

1. Comment avez-vous choisi votre contraception (ou votre absence de contraception) ?
2. Pourquoi utilisez-vous (ou utiliseriez-vous) une contraception ?
3. Qu'est-ce qui ferait que vous n'utiliseriez pas une contraception ?
4. Etes-vous satisfaite de votre contraception ? Pourquoi ?
5. Quelles sont les craintes que vous avez ou avez eues concernant votre contraception ?
6. Comment obtenez-vous les informations dont vous avez besoin concernant la contraception ?



Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Représentations et ressentis des femmes à propos de leur contraception de nos jours

[Introduction : L'histoire de la lutte pour la légalisation de la contraception est récente. Mais déjà, des questions émergent quant à la volonté des femmes de continuer à utiliser la contraception médicalisée.

Objectif : Identifier les représentations et les ressentis des femmes à propos de leur contraception, à l'heure actuelle.

Matériels et Méthode : Étude qualitative portant sur 18 femmes en Limousin au cours d'entretiens semi-dirigés suivant un guide d'entretien prédéfini. Le recueil des données a été effectué jusqu'à saturation. Le codage descriptif, les analyses thématiques et matricielles ont été réalisés grâce au logiciel NVivo 12 Plus.

Résultats : 18 femmes ont participé en entretiens semi-dirigés. 165 nœuds sont ressortis et ont été regroupés en 5 thèmes. Pour les femmes, la contraception représente : une liberté, une nécessité imposant des contraintes, une peur notamment des effets indésirables, une méfiance et un désir de naturel.

Discussion : Pour être libres, les femmes ont besoin de maîtriser leur fécondité avec une contraception efficace. Mais cette liberté implique des contraintes majeures, notamment, une nécessité d'observance rigoureuse. Le dictat de la pilule perdure ainsi que le problème du choix contraceptif libre et éclairé. L'utilisation des contraceptifs pose la question des effets secondaires inhérents, avec une méfiance qui apparaît envers les hormones et le discours médical. Un désir de contraception plus "naturelle" est exprimé avec aussi un souhait de partage de la charge contraceptive avec les hommes.

Conclusion : La contraception est une avancée majeure pour les femmes, devenue nécessaire, mais à quelle échéance une contraception plus égalitaire et plus confortable?]

Mots-clés : contraception, représentations, ressentis, étude qualitative

[Titre de la thèse (anglais)]

[Introduction : The history of the struggle for the legalization of contraception is recent. But questions are already emerging about women's willingness to continue to use medicalized contraception.

Objective: To identify women's representations and feelings about their contraception nowadays.

Materials and Method: A qualitative study of 18 women in the Limousin region during semi-structured interviews following a predefined interview guide. Data collection was completed up to saturation. Descriptive coding, thematic and matrix analyses were performed using the Nvivo 12 Plus software.

Results: 18 women participated in semi-structured interviews. 165 nodes emerged and were grouped into 5 themes. For women, contraception represents: a freedom, a necessity imposing constraints, a fear (especially of adverse effects), a mistrust and a desire for natural methods.

Discussion: To be free, women need to control their fertility with effective contraception. But this freedom implies major constraints, including the need for rigorous observance. The dictatorship of the pill persists as well as the problem of free and informed contraceptive choice. The use of contraceptives raises the question of inherent side effects, with a mistrust of hormones and of the medical discourse. A desire for more "natural" contraception is also expressed with a wish to share the contraceptive burden with men.

Conclusion: For women, contraception is a major breakthrough, and it has become necessary, but when can we expect a more egalitarian and more comfortable contraception ?]

Keywords : contraception, representations, feelings, qualitative study

