



UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2020

N° : 57

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Mention Médecine Générale

PAR

Brosset Amélie, Olivia

Née le 25 mai 1988 à Chambray Les Tours (37)

**COMMENT LES FEMMES INTEGRENT-T-ELLES LA PRISE DE LEUR
CONTRACEPTION ORALE OESTRO-PROGESTATIVE DANS LEUR QUOTIDIEN,
S'APPROPRIANT LES CONTRAINTES ET LES AVANTAGES ?**

Président de thèse : Monsieur le Professeur Sananes Nicolas

Directeur de thèse : Madame le Docteur Delacour Chloé

TABLE DES MATIERES

LISTES DES PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DE LA FACULTE DE MEDECINE	5
SERMENT D’HIPPOCRATE	6
DEDICACES ET REMERCIEMENTS	7
I. INTRODUCTION.....	9
II. MATERIEL ET METHODES	13
1. Type d’étude	13
1.1. Choix de la méthode qualitative	13
1.2. Choix de l’entretien semi-dirigé.....	13
2. Population.....	14
3. Recrutement	14
4. Recueil des données	14
4.1. Elaboration et évolution du guide d’entretien	14
4.2. Condition de recueil et retranscription des entretiens	15
5. Analyse des données	16
III. RESULTATS.....	18
1. Population de l’étude	18
2. Pourquoi la pilule ?.....	19
3. Le quotidien	20
3.1. Le rituel	20
3.1.1. <i>Le moment</i>	20
3.1.2. <i>Le lieu</i>	21
3.1.3. <i>Le contexte</i>	21
3.2. La place du conjoint	21
3.3. Gestion et maîtrise.....	22
3.3.1. <i>Prise de liberté</i>	23
3.3.2. <i>Respect strict des recommandations de prescription</i>	23
3.4. Relation avec le soignant et influence de l’entourage sur les femmes	24
3.4.1. <i>Relation avec le soignant</i>	24
3.4.2. <i>Influence de l’entourage sur les femmes</i>	25
3.4.3. <i>Manque d’information</i>	26

4. Les contraintes	27
4.1. La prise régulière nécessaire.....	27
4.1.1. <i>Gestion des oublis</i>	28
4.1.2. <i>Autre situation</i>	30
4.1.3. <i>Les aides</i>	30
4.2. Nécessité d'une ordonnance	30
4.2.1. <i>Renouvellement</i>	30
4.2.2. <i>Délivrance complexe</i>	31
4.3. La création de peurs.....	31
4.3.1. <i>La mode du « sans hormone »</i>	31
4.3.2. <i>L'infertilité secondaire</i>	31
4.3.3. <i>Le tabac</i>	32
4.3.4. <i>La prise de poids</i>	32
4.3.5. <i>La durée</i>	32
4.4. Effets indésirables et secondaires	33
5. Les avantages	34
5.1. Tolérance satisfaisante	34
5.2. Liberté et simplicité	34
5.3. Diversité	35
IV. DISCUSSION	36
1. Résumé des résultats.....	36
2. Discussion des résultats	37
2.1. Le quotidien	37
2.2. La gestion de la prise.....	39
2.3. Le rapport avec l'entourage et la société	45
2.4. Le rapport au prescripteur	48
2.5. Avantages et contraintes de la pilule oestro-progestative.....	52
2.5.1. <i>Avantages</i>	52
2.5.2. <i>Contraintes</i>	54
3. Points forts et limites de l'étude	55
3.1. Points forts	55
3.2. Limites	55

4. Ouvertures	57
V. CONCLUSION	61
ANNEXES	64
BIBLIOGRAPHIE.....	68
ATTESTATION SUR L'HONNEUR.....	75

**LISTES DES PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DE LA FACULTE
DE MEDECINE**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Sananes Nicolas, pour l'honneur que vous me faites de présider le jury de ma thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Akladios Cherif, je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail et de participer à mon jury.

A Monsieur le Docteur Teletin Marius, je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail et de participer à mon jury.

A Madame le Docteur Delacour Chloé, merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Merci pour ta disponibilité, ta réactivité, tes précieux conseils, ton investissement tout au long de mon travail, malgré mes doutes et mon inexpérience.

A tous les médecins bienveillants et formateurs que j'ai pu croiser au cours de mon cursus : Camélia, Jean-Marc, Pierre, Yaël, Céline, Guillaume, Marie et tous les autres. Merci de m'avoir transmis votre passion de la médecine et de l'avoir fait avec humour.

Remerciements particuliers à toute l'équipe du centre hospitalier de Wissembourg, lieu de mon premier stage d'internat et de mes tous premiers pas en Alsace ! Chez vous, j'ai tout adoré, le cadre, l'équipe, la médecine, les patients, le langage ! Vous m'avez permis de débiter mon internat sereinement. Merci à Camélia, Sylvie, Dominique, Carole, Mr Michel, Hafez et les autres.

A Amélie Perrot, pour ta gentillesse. Tu m'as permis de débiter mon tout premier remplacement, tu m'as fait confiance et je t'en remercie. Je remercie également tes adorables patients. Comme on le dit souvent, nous avons des patients à notre image.

Merci à tous les autres médecins que j'ai pu croiser ou remplacer : Valérie, Jean, Sophie...

Merci à l'Alsace et à tous les Alsaciens de m'avoir accueillie, la plupart du temps, très chaleureusement. Je vous ai quitté mais peut-être pas pour toujours.

Et merci à tous les patients que j'ai pu rencontrer au cours de ma vie, sans vous, rien n'aurait été possible.

A ma famille :

A Jérôme, à notre histoire d'amour qui continue de s'écrire. Merci d'être à mes côtés, malgré mes hauts et mes bas. Nous avons déjà vécu tellement de bonheurs, que cela dure toute la vie. Et merci pour ta patience et tes talents informatiques !

A mes enfants, Gabin et Clarisse. Vous êtes les amours de ma vie, la prunelle de mes yeux, mes rayons de soleil. Je suis tellement chanceuse d'être votre Maman. Je vous aime, comme vous êtes et pour toujours.

A mes parents, merci de m'avoir permis de faire les études dont je rêvais. Merci d'être là. Je vous aime. Et maman, merci pour tes talents de secrétariat !

A ma sœur adorée, merci pour ton écoute, ton soutien, ta générosité, tes conseils. Je t'aime tellement. Puisse notre complicité perdurer toute la vie.

A toute ma famille, je vous aime tous et suis très heureuse de partager ma vie avec vous : Joelle, Sébastien, Emma, Emmanuel, Mimi, Daniel, Yvette, mes cousines, petites cousines, petits cousins, et mes merveilleux neveux et nièces, Martin, Aby, Léandre et Jeanne.

A ma belle-famille, merci de m'avoir accueillie comme vous l'avez fait, merci pour votre amour et votre générosité. Je suis très heureuse de faire partie de votre famille.

A ceux qui sont partis, ma Mémé adorée, Pépé, Maurice, Marcel, Christophe...

A mes amis :

A Mylène, mon amie depuis toujours. Tu es tellement importante. Merci pour ta fidélité, ton optimisme, ton écoute et tous ces moments partagés, vivement les futurs !

A Sophie, tu es de loin ma plus grande rencontre de l'internat. Merci pour ton amitié si précieuse.

A Manu, à notre amitié. Merci pour ton soutien.

A Camille L., merci pour ta fidélité, ta joie de vivre, ton écoute précieuse et tous nos fous rires ! Sans toi, je n'aurais pas vécu le même externat ! Que de souvenirs !

A Camille V., merci pour tes précieux conseils, ton soutien indéfectible notamment tout au long de ce travail de thèse. Tu es une personne forte et tellement drôle !

Merci à tous mes « vrais coupains » : Mick, Joffrey, Antho, Uly, Svet, Chloé, Oliver. J'ai adoré tous nos moments partagés, vivement les prochains !

A tous mes co-internes qui ont su rendre les stages plus sympas et grâce auxquels j'ai également beaucoup appris.

A tous mes amis de médecine de Tours, ça commence à faire un bail qu'on se connaît ! Merci d'être là.

Merci à Brigitte, je t'admire entre autres pour ton talent, ton optimisme et ta force. Tes précieux cours de danse m'ont permis de tout surmonter. Et merci à la Danse qui est mon équilibre.

Et enfin, merci à toutes les femmes qui ont accepté de participer à ma thèse, sans vous, rien n'aurait été réalisable.

I. INTRODUCTION

En 1914, à une époque où la maternité était parfois vécue comme une prison et la grossesse était « presque une condition chronique parmi les femmes » (1), il était de la plus haute importance de « rendre aux femmes la maîtrise de leur vie et de leur corps » comme le rapporte Margaret Sanger dans la première parution de sa revue « Women Rebel » en mars 1914 (1–3). Cette infirmière New Yorkaise, féministe, anarchiste et rebelle aura consacré sa vie au « Birth control ». Elle fondera le premier centre de planification familiale à New York en 1923 et réussira à convaincre la communauté scientifique, essentiellement masculine à l'époque, de s'intéresser au problème. Le Dr Grégory Pincus répondra présent en mettant au point, avec son équipe, le premier contraceptif oral baptisé Enovid en 1956 aux Etats-Unis, au sein de son centre de recherche dédié à la contraception, en partie financé par Katharine Dexter McCormick, une autre grande figure œuvrant pour l'évolution de la condition féminine au 20ème siècle (4–6).

La contraception orale, communément appelée la pilule, n'est alors pas commercialisée en France puisque la Loi de 1920 obéissant à une politique nataliste d'après-guerre et interdisant la contraception et l'avortement, est toujours appliquée (7). Il faudra attendre 1967 pour que l'Assemblée Nationale adopte la Loi Neuwirth autorisant la contraception, du nom du député gaulliste Lucien Neuwirth. Son combat pour le droit de « passer d'une maternité accidentelle à une maternité consciente et pleinement responsable » (8) durera plus de 20 ans et lui vaudra d'écoper de plusieurs surnoms. Le plus sympathique restera : « Lulu la pilule » (9), mais il y aura également « assassin d'enfants » ou encore « fossoyeur de la France » (10). Sa persévérance lui permettra de rallier à sa cause le Président de la République de l'époque, Charles de Gaulle qui, dorénavant, évoquera « la transmission

de la vie » comme un acte qui se doit d'être « lucide » (10). Lucien Neuwirth poursuivra son combat en faveur des femmes jusqu'à sa mort, notamment en se positionnant en faveur de la contraception d'urgence dans les années 2000.

Cinq ans après la légalisation de la pilule en France, un décret réglera la fabrication et la prescription des contraceptifs. En 1974 certaines pilules deviennent remboursées par la Sécurité Sociale (8).

Quant à l'interruption volontaire de grossesse, il faudra attendre la Loi Veil en 1975, du nom de Simone Veil, ancienne ministre de la santé et icône de la lutte contre la discrimination des femmes en France, pour la voir être dépenalisée (11–13).

S'ensuivra alors progressivement la fin d'une longue série d'avortements clandestins qui auront coûté la vie à de nombreuses femmes et en auront laissé d'autres stériles, infirmes, traumatisées, condamnées... (4).

La pilule contraceptive est depuis les années 1980 le moyen de contraception numéro un en France et le troisième dans le monde, selon l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) (14).

Malgré cela, une baisse de son utilisation est effective depuis le début des années 2000. Les DIU (dispositifs intra-utérins) gagnent du terrain y compris chez les femmes nullipares. Cette tendance a été mise en lumière par l'enquête FECOND réalisée en 2010 et reconduite en 2013 suite à « la crise de la pilule » (15,16).

En effet, ce débat très médiatisé de 2012-2013 évoluant autour des pilules de troisième et quatrième génération n'a fait que confirmer la désaffection des femmes pour ce moyen de contraception. Son utilisation est passée de 50% des femmes en âge de reproduction (de 15 à 49 ans) à 41% en 2013 (16).

La réalité est plus complexe. Le Baromètre santé de 2016 de Santé Publique France (17,18), nous montre qu'il faudrait plutôt raisonner en termes de catégories, notamment en catégories sociales et d'âges. Il semblerait que les catégories sociales les plus fragiles aient plus recours à des méthodes moins efficaces comme le retrait ou le préservatif. Alors que les catégories sociales plus aisées se tournent vers le DIU (dispositif intra-utérin) (17,19) (cf annexe 1).

En dépit de cette diminution d'utilisation, la contraception orale reste une méthode efficace lorsqu'elle est utilisée de façon optimale. Et de nombreuses femmes y ont toujours recours.

En 2017, la pilule contraceptive a fêté ses 50 ans. Ces 50 années ont été décisives dans l'émancipation des femmes mais ont parallèlement transformé ce qui était une affaire de couple en une affaire de femmes. Effectivement, « la norme contraceptive française fait de la gestion mentale et matérielle de la fécondité du couple un domaine essentiellement féminin » (14). Et « les hommes semblent être les grands oubliés de la contraception » (14).

De nombreuses études ont été consacrées à cette contraception, reflet d'un immense progrès scientifique et social. Tantôt, c'est aux connaissances et aux représentations de la pilule auprès des femmes (20,21) que la recherche s'est intéressée, tantôt c'est à l'observance (22), tantôt aux oublis et aux cas d'échecs (23–25). Nous avons souhaité que les femmes nous expliquent leur manière de composer et surtout de vivre avec leur contraception, parfois si contraignante mais également si ajustable. Qu'elles nous parlent de leur relation avec le prescripteur de leur pilule et les autres soignants qui peuvent les entourer. Dans le but de mieux comprendre leur vécu, pour mieux les accompagner en tant que soignant.

L'objectif de ce travail était donc d'explorer la manière dont les femmes intègrent la prise de leur pilule contraceptive oestro-progestative dans leur quotidien, s'appropriant les contraintes et les avantages.

II. MATERIEL ET METHODES

1. TYPE D'ETUDE

1.1. Choix de la méthode qualitative

Il s'agissait ici d'une étude menée qualitativement à partir d'entretiens individuels semi-directifs.

Cette méthode issue des Sciences Humaines remonte aux années 1920 mais c'est à partir des années 1990 que le domaine de la santé se l'est appropriée (26). Contrairement à ce que l'on pourrait penser, qualitatif et quantitatif ne sont pas opposés mais bien complémentaires. L'étude qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale puisqu' « elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants de soins » (26).

Nous ne souhaitons pas quantifier ni mesurer, nous souhaitons explorer des idées. En analyse qualitative le but n'est pas d'extrapoler les résultats obtenus à l'ensemble de la population mais bien de s'intéresser à chaque idée émise, de chercher à comprendre les sentiments, les émotions, les comportements des personnes consultées (27). Chaque idée est analysée avec la même attention. Il n'y a pas de valeur accordée à la répétition de cette idée. Ainsi, une idée évoquée une seule fois peut avoir le même poids qu'une idée évoquée plusieurs fois.

1.2. Choix de l'entretien semi-dirigé

L'approche qualitative à partir d'entretiens individuels semi-directifs permet une grande liberté d'expression des deux parties. Comme l'explique J.C Kaufmann dans « l'Entretien Compréhensif », « l'entretien support d'exploration est un instrument souple aux

main d'un chercheur » (28). Le guide d'entretien est flexible. Ainsi, il s'adapte selon le discours et s'ajuste selon la progression de l'étude. Mais il ne faut pas oublier que « la meilleure question n'est pas donnée par la grille : elle est à trouver de ce qui vient d'être dit par l'informateur » selon J.C Kaufmann (28).

2. POPULATION

Toute femme majeure sous contraception orale était éligible pour faire partie de la population d'étude. Leur accord de participation était systématiquement demandé et enregistré en début d'entretien. Les femmes mineures ont été écartées pour des raisons de législation.

3. RECRUTEMENT

Le recrutement des femmes s'est fait exclusivement par « le bouche à oreille ». L'échantillonnage de la population s'est donc fait par effet « boule de neige », les participantes étant invitées à parler de l'étude à leurs amies ou membres de leur famille correspondant aux critères d'inclusion. Un document informatif avec les coordonnées de l'investigateur avait été déposé dans 2 pharmacies de l'Ille et Vilaine, mais sans retour.

4. RECUEIL DES DONNEES

4.1. Elaboration et évolution du guide d'entretien

Le sociologue D.Cardon résume la vision de l'entretien compréhensif de J.C Kaufmann par cette phrase : « L'entretien (...)est pensé comme une conversation, un échange peu contraint, ouvert aux aléas et à toutes les formes possibles de rupture de ton – (...) » (29). Notre guide d'entretien a donc servi de trame à cette conversation (cf annexe 2). Il a été

élaboré en amont à partir d'hypothèses émises par l'enquêteur. Il a été ajusté et enrichi après le 3ème et le 8ème entretien pour une plus grande pertinence.

Il comportait 3 axes :

- Le premier précisait la manière dont allait se dérouler l'entretien. Il mentionnait le respect de l'anonymat complet et recueillait le consentement oral après information claire.

- Le second axe recueillait brièvement des données socio-démographiques afin d'établir le profil de l'interviewée (âge, profession, nombre d'enfants...).

- Enfin, le dernier avait pour objectif de répondre à notre question de recherche.

Nous avons privilégié les questions ouvertes, pour inciter à un discours libre et favoriser la réflexion de la participante. Des relances étaient prévues si l'enquêteur jugeait que tous les thèmes utiles n'avaient pas été abordés. Pour plus de fluidité, l'ordre de questionnement était adapté au discours des femmes.

4.2. Condition de recueil et retranscription des entretiens

Au total, 11 entretiens ont été réalisés entre le mois de Juillet 2019 et le mois d'Octobre 2019, en Ille et Vilaine et en Indre et Loire.

Il y a eu 10 entretiens physiques et 1 entretien par vidéo-conférence pour des raisons d'organisation. Leur durée était variable allant pour le plus court de 9 minutes à 27 minutes pour le plus long.

Tous les entretiens ont été réalisés par la même personne. Le nombre d'entretiens a été déterminé au cours du recueil des données, par l'obtention de la saturation ou plus justement, de la « suffisance » des données.

Cette saturation a été perçue au 9ème entretien, nous avons donc procédé à 2 entretiens supplémentaires pour s'en assurer.

Les entretiens ont été enregistrés grâce à l'application dictaphone sur un smartphone.

L'investigateur s'est attaché à respecter des principes de technique d'entretien, notamment « suivre et soutenir le sujet au lieu de le diriger », « inciter le sujet à approfondir sa pensée », « favoriser la progression de l'entretien », évoqués par Moliner, Rateau et Cohen-Scali dans « les représentations sociales » (30).

Chaque entretien a été retranscrit textuellement et intégralement afin d'obtenir des verbatims. Ces retranscriptions ont été réalisées progressivement après chaque entretien.

5. ANALYSE DES DONNEES

Les verbatims ont été codés manuellement et analysés par thématique. La méthode par théorisation ancrée (Grounded Theory Method) formalisée au début des années 1960 par Glaser et Strauss a servi de socle à cette analyse via le manuel d'analyse qualitative de C.Lejeune (31).

Une analyse inductive en codage ouvert a donc été réalisée : une idée, émanant d'un mot ou groupe de mots était repérée et labellisée par un code. Puis les idées similaires ou apparentées nommées propriétés ont été assemblées. C'est le codage axial. Enfin, le codage sélectif thématique a permis d'articuler ces thèmes entre eux, en thèmes et sous thèmes.

Chacun des entretiens était analysé linéairement du début jusqu'à la fin pour une identification progressive et exhaustive des thèmes. L'enquêteur a pu, de ce fait, enrichir son arbre thématique au fur et à mesure des entretiens.

Nous avons appliqué une organisation parallèle plutôt que séquentielle. Ainsi, les différentes étapes de la méthode qualitative, à savoir, problématiser, collecter, analyser et rédiger, ont pu interagir entre elles et s'enrichir mutuellement.

III. RESULTATS

L'objectif de ce travail était donc d'explorer la manière dont les femmes intègrent la prise de leur pilule contraceptive dans leur quotidien, s'appropriant les contraintes et les avantages.

1. POPULATION DE L'ETUDE

11 femmes ont participé à notre étude : la plus jeune avait 18 ans, la plus âgée 40 ans.

Leur profil est détaillé dans le tableau n°1.

Tableau 1 : Caractéristiques des femmes interrogées

Patiente	Nom de la pilule	Age (années)	Profession	Nombre d'enfants	Age de la première pilule (années)	Zone d'habitation lors la primo-prescription de pilule	Lieu d'exercice du premier prescripteur de la pilule & Spécialité	Prescripteur pour le renouvellement
P1	Yaz	31	Médecin généraliste	0	17	semi-rurale	urbain - dermatologue	Elle-même
P2	Zoely	29	Interne en ophtalmologie	0	26	urbaine	urbain - gynécologue	Elle-même
P3	Jasminelle	40	Maitre de conférences	2	11	urbaine	urbain - gynécologue	Médecin généraliste
P4	Optilova	20	Etudiante infirmière	0	17	semi-rurale	semi-rural – médecin généraliste	Sage-femme
P5	Seasonique	28	Manager	0	15	semi-rurale	semi-rural – médecin généraliste	Gynécologue
P6	Daily Gé	31	Commerciale	1	18	rurale	rural – médecin généraliste	Sage-femme
P7	Varnoline	20	Ingénieur	0	17	urbaine	urbain - gynécologue	Médecin généraliste
P8	Optilova	27	Ingénieur	0	17	rurale	rural – médecin généraliste	Médecin généraliste
P9	Leeloo	30	Commerciale	0	17	semi-rurale	semi-rural – médecin généraliste	Gynécologue
P10	Optidril	39	Ingénieur	2	15	urbaine	urbain - gynécologue	Sage-femme
P11	Optilova	18	Etudiante langues	0	15	semi-rural	Semi-rural – médecin généraliste	Médecin généraliste

2. POURQUOI LA PILULE ?

De manière évidente, pour les femmes de notre étude, la pilule était un moyen de contraception : « *en fait c'était purement contraceptif* » (P8), mais pas seulement.

La raison première orientant vers la pilule n'était parfois pas la visée contraceptive mais une autre :

- « *C'était plus pour mes problèmes de peau au final* » (P5) ; « *Initialement ma toute première pilule c'était (...) pour un anti-acné* » (P1),
- « *J'ai eu mes règles à 10 ans et demi et c'était hémorragique et donc à partir d'onze ans j'ai eu ma première pilule* » (P3),
- « *j'ai commencé autour de 15 ans, (...), c'était pas contraceptif, mais c'était pour les règles douloureuses* » (P10).

Les femmes qui ont participé à notre étude ont évoqué des habitudes de prescription de la part du soignant consulté : « *Je lui ai dit que voilà, j'étais en couple depuis quelques temps, après en avoir parlé à mes parents (...) du coup elle m'a prescrit (...) la pilule* » (P9).

Et également des habitudes de demandes de la part des patientes : « *je me rappelle pas avoir vraiment envisagé (...) de prendre autre chose que la pilule* » (P9).

Elles ont mis en exergue un manque d'information, les orientant vers la contraception orale et qui tend, selon elles, à diminuer avec les années : « *on parlait pas encore de tous les autres moyens, le stérilet... il y avait plein de médecins qui voulaient pas y aller parce que c'était douloureux donc pour une première contraception c'était clairement un non go. Et après tout ce qui était patch, anneaux et tout ça, on n'en parlait pas autant qu'on en parle maintenant* » (P8). Ou une information ponctuelle à forte connotation anxiogène qui

influence le choix : « *cette fameuse propagande (...) comme quoi y'avait une recrudescence de thrombose veineuse et tout le bazar* » [au sujet de la polémique sur les pilules de 2e et 3e générations] (P1) ; « *c'est quand y'a eu les histoires là, de catégories de pilule (...), de générations* » (P8) ; « *du coup il m'a conseillé de changer* » (P8).

3. LE QUOTIDIEN

3.1. Le rituel

Toutes les femmes interrogées nous ont confié avoir ritualisé la prise de leur pilule. Le contexte dans lequel elles prennent leur pilule, de l'horaire jusqu'au lieu de rangement de leur plaquette, répond à ce rituel. « *Alors du coup, c'est le rituel* » (P5), « *ma journée est terminée, je me mets à l'aise. Je me lave les mains, je me détache les cheveux et je prends ma pilule* » (P6), « *une fois que je suis dans la salle de bain, c'est la première chose que je fais (...) avec un grand verre d'eau* » (P10).

3.1.1. Le moment

Pour certaines, le moment le plus opportun pour prendre leur comprimé était le soir : « *C'est à une heure du soir, quand je rentre* » (P6).

Pour d'autres c'était le matin : « *Le matin, au réveil* » (P10).

Et enfin, pour l'une de nos participantes, c'était le midi : « *Moi je la prends entre midi et 2* » (P8).

In fine, le moment choisi a peu d'importance, ce qui est mis en relief ici c'est qu'elles ont toutes choisi le moment auquel l'oubli allait se faire le plus rare. « *En fait, je me disais que le matin, j'allais plus y penser* » (P10).

3.1.2. Le lieu

L'endroit de rangement de la plaquette de pilule était méticuleusement choisi et constant : « *elle est rangée toujours au même endroit dans son petit étui* » (P1). Encore une fois pour éviter l'oubli : « *je l'ai toujours dans mon portefeuille (...) parce que je sais que c'est le truc que j'ai pratiquement toujours sur moi* » (P2) ; « *Dans la salle de bains, à côté de ma brosse à dents* » (P6) ; « *à côté de la machine à café* » (P3).

3.1.3. Le contexte

Les étapes de la routine du quotidien étaient très souvent associées à la prise de la pilule : « *Je le fais en me lavant les dents* » (P1), « *ça fait partie des gestes naturels* » (P3).

Pour l'une, c'est en se préparant sa tasse de café, pour l'autre en prenant son traitement journalier : « *j'ai aussi un cachet pour la tête du coup le rituel, c'est (...) quand je me couche je prends ma pilule et mon cachet pour la tête* » (P5). Cela devient un automatisme : « *Ça doit être un truc automatique dans mon cerveau* » (P1).

3.2. La place du conjoint

La majorité des femmes gérait seule sa contraception mais une petite partie impliquait son conjoint : « *Il n'y a pas de raison qu'il y ait que moi qui doive y penser* » (P8) ; « *on est tous les 2 responsables* » (P8) ; « *toi aussi tu peux t'investir là-dedans* » (P8).

Une participante avait d'ailleurs complètement délégué cette responsabilité : « *c'est lui qui me dit, prends ta pilule, et lui qui me la donne* » (P7) ; « *depuis qu'on habite ensemble, oui, c'est vraiment lui qui gère* » (P7).

L'idée d'une cogérance a été évoquée : « *j'ai une alarme sur mon téléphone...et mon compagnon en a une aussi* » (P8). Dans ce cas précis, le conjoint avait programmé « *un SMS automatique* » (P8) à sa compagne pour le lui rappeler.

A contrario, la grande majorité des femmes interviewées a décrit une gestion individuelle de sa contraception : « *j'ai besoin de personne pour y penser* » ; « *je n'ai pas besoin de lui* » (P9). Décrivant parfois une forme de conciliation de la part du conjoint : « *s'il y a un oubli (...) il (sous-entendu le conjoint) n'a pas de problème pour s'adapter* » (P10), « *je me rends compte que j'ai oublié de la prendre (...) elle est dans la salle de bain, il va me la chercher* » (P9). Les femmes évoquaient également la confiance que leur conjoint avait en elles : « *il me fait confiance* » (P10).

L'idée d'une plus grande implication ou responsabilisation du conjoint semblait être parfois souhaitée : « *juste qu'il prenne conscience que c'est encore une chose à laquelle il faut penser tous les jours et que c'est toujours à moi d'y penser* » (P10), avec peu d'espoir de la part des femmes questionnées : « *je pense qu'il a déchargé cette responsabilité depuis bien longtemps* » (P9) ; « *il a surtout ri et il a pas vu pourquoi ce serait lui, d'un coup, qui aurait cette responsabilité, alors que ça a toujours été moi* » (P9).

3.3. Gestion et maîtrise

Les femmes de notre étude disaient suivre la plupart du temps les recommandations faites par leur prescripteur : « *je la prends à heure fixe* » (P4) ; « *faut surtout (...) pas décaler d'une heure, c'est pour ça que je suis hyper vigilante là-dessus* » (P6), mais pas toujours : « *vu que je la prends quand je vais me coucher autant te dire que je la prends pas exactement à la même heure tous les jours* » (P9) ; « *si pour je ne sais quelle raison (...) je l'ai arrêtée dans la*

semaine et que je veux me recalculer sur le vendredi, je vais peut-être la redémarrer 1 jour plus tôt » (P9).

3.3.1. Prise de liberté

Concernant les patientes sous contraception oestro-progestative, des libertés étaient prises selon les croyances et les désirs de chacune. *« Je fais un peu à ma sauce » (P9) ; « je sais qu'il faut la prendre au moins 21 jours d'affilée et qu'il ne faut pas l'arrêter plus de 7 jours d'affilée et à partir de là, je fais un peu mon affaire ! » (P9).*

Par exemple, certaines ne suivaient pas les schémas de 21 comprimés pris puis 7 jours d'arrêt ou de placebo : *« Je la prends en continue... en fait, je l'arrête jamais » (P1), « j'arrête mais je ne prends pas la semaine placebo » (P4).*

Pour les femmes interrompant la prise, nous avons constaté des disparités : certaines effectuaient logiquement un arrêt de 7 jours : *« par contre je fais toujours 7, si je l'arrête, je l'arrête 7 jours » (P9).* D'autres privilégiaient un arrêt inférieur à 7 jours : *« Je l'arrête 4/5 jours en général, comme je sais que, voilà, on peut faire ce qu'on veut pendant 7 jours » (P1).*

Une partie des femmes considérait que la possibilité d'enchaîner les plaquettes sans interruption était un réel atout. Plusieurs ont expliqué le faire soit ponctuellement pour des raisons pratiques : *« Oui juste l'été je fais pas de pause pendant 1 mois j'enchaîne juste quand je pars à l'étranger » (P4) ;* soit très régulièrement avec des conséquences variables *« au bout de 3-4 mois j'ai quelques spotting et du coup je l'arrête » (P1).*

3.3.2. Respect strict des recommandations de prescription

A l'inverse, certaines femmes ne dérogeaient pas aux consignes données lors de la prescription et étaient très attachées par exemple à prendre *« tous les comprimés les uns à la suite des autres » (P2),* y compris les placebos : *« je sais pas pourquoi je les prends parce*

qu'on pourrait ne pas les prendre... » (P2) ou bien elles étaient très attachées à avoir leurs règles même si elles avaient conscience du caractère artificiel de ces règles de privation : « je fais quand même très attention à les avoir (...), même si ça veut rien dire, mais pour moi c'est important » (P6) ; « je suis rassurée d'avoir mes règles même si je sais que c'est pas des vraies règles » (P2).

3.4. Relation avec le soignant et influence de l'entourage sur les femmes

3.4.1. Relation avec le soignant

Le choix du professionnel de santé qui avait la charge de leur contraception, était pour ces femmes, très "personne-dépendante".

La préférence pour une sage-femme : « *J'ai très confiance en ma sage-femme* » (P10) a été évoquée. Au même titre que la préférence pour un/une médecin généraliste ou un/une gynécologue : « *je l'aimais beaucoup donc je me sentais à l'aise avec elle et je me sentais écoutée* » (P9).

Etant en confiance avec le professionnel choisi, les femmes interrogées ont reconnu se confier assez facilement aux soignants : « *y'a aucun problème là-dessus, j'ai pas de tabou* » (P3).

L'idée d'être mieux comprise par un professionnel de santé de sexe féminin a été évoquée à quelques reprises : « *Je me vois plus avec une femme, parce qu'elle peut comprendre tout ce que je lui dis, alors qu'un homme, il ne l'a jamais vécu réellement* » (P11) ; « *c'est quand même quelque chose de personnel, et je pense qu'une femme, c'est quand même de meilleur conseil* » (P6). Une des participantes a rapporté une approche différente entre un médecin homme et un médecin femme rencontrés : « *c'était un médecin homme et là, c'est un médecin femme donc ça peut changer aussi ...* » (P8).

L'idée que les femmes médecins, et plus encore, les jeunes médecins, soient plus à même de gérer la contraception de leurs patientes a été évoquée : « *c'est une personne jeune et on voit l'approche de la contraception qui n'est pas du tout de la même manière que les anciennes générations de docteurs. Tout de suite, elle a commencé à me parler de l'implant, du stérilet, d'autres moyens, d'autres types* » (P8).

A l'inverse, d'autres participantes ne notaient aucune différence entre homme et femme : « *Franchement ça change rien, (...) c'est leur métier, peu importe, (...), pour moi c'est pareil* » (P9).

Il pouvait arriver qu'elles ne se sentent pas suffisamment écoutées : « *en confiance oui, écoutée...* » (P8). Elles ont évoqué des changements imposés contre leur gré : « *Bah en fait, moi à la base, (...) ça me posait pas de problème, enfin c'est quelque chose qui me convenait, (...) et donc il était très fermé sur ça, c'était un veto complet* » (P8). Ceci ayant parfois pour conséquence de faire solliciter un deuxième avis : (pourquoi avoir été voir une sage-femme ?) « *Parce que mon médecin généraliste, il est pas trop pour que je change donc ...* » (P4).

3.4.2. Influence de l'entourage sur les femmes

En dehors du monde médical, la crédibilité qu'elles accordaient aux discours émanant de membres de leur entourage au sujet de la contraception, était assez faible. Même si elles ont reconnu discuter régulièrement de ce sujet entre amies : « *C'est quand on sort entre copines, on parle de ça* » (P11), ou entre sœurs : « *avec ma sœur, facilement* » (P10), et qu'elles ont confié être attentives aux expériences des autres, dans l'ensemble, chaque choix autour de leur contraception, était fait en accord avec un professionnel de santé : « *non si j'ai déjà eu un avis médical, c'est pas l'avis d'une copine qui me fera changer d'avis* » (P9) ; « *je vais plutôt favoriser le médecin* » (P11).

En revanche, le discours de la maman était parfois perçu comme « *parole d'évangile* » (P5). Notamment lorsque l'on abordait la primo-prescription de pilule : « *c'est ce que nous donnaient nos mamans* » (P6). Les expériences vécues par les mamans étaient hautement prises en compte : « *ma maman avait le stérilet (...) elle l'a gardé 10 ans, je crois, mais ça ne s'est pas très très bien passé* » (P4).

Même si les comportements n'étaient pas toujours modifiés suite à une quelconque influence de l'entourage ou des médias : « *C'est vrai qu'il y a plein de discussions, des histoires de génération, d'influence sur la circulation sanguine* » (P10), les femmes étaient parfois inquiètes : « *on entend quand même beaucoup d'histoires autour de nous, de choses mauvaises ou que c'est pas bon de la prendre pendant trop longtemps* » (P9).

3.4.3. Manque d'information

Plusieurs fois, il a été question du peu de communication autour de la contraception : « *il n'y a pas tant de sensibilisation qui est faite non plus sur les différents types de contraception* » (P8) ; « *On parle beaucoup du préservatif, mais après, pour les moyens de contraception féminins...* » (P8).

L'absence d'alternative, qui équivaut parfois à un manque d'information, était ressentie par les patientes surtout lors d'une primo-prescription : « *je pense qu'on voyait pas autre chose que de te proposer de prendre la pilule* » (P6) ; « *j'avais peut-être 17 ans et du coup ça m'est pas venu à l'esprit de prendre autre chose* » (P9).

Toutes les formes d'automatismes, de la part du prescripteur, comme des patientes : « *au final j'ai pris la pilule comme tout le monde* » (P4) alimentaient cette absence d'alternative ressentie.

Quant aux méconnaissances et aux idées préconçues autour des moyens de contraception : « *le vague souvenir que j'aurais c'est qu'à l'époque on se voyait pas trop mettre un stérilet jeune avant d'avoir eu des enfants* » (P9), elles créent parfois de vraies inquiétudes : « *j'ai moins confiance dans le stérilet* » (P2) ; « *j'ai pas envie d'avoir un truc implanté* » (P2).

4. LES CONTRAINTES

4.1. La prise régulière nécessaire

Les participantes, bien que globalement satisfaites de la contraception orale, ont cité plusieurs contraintes. Tout d'abord la contrainte de l'horaire : « *avec le rythme de vie que j'avais, en fait, être toujours constant sur la pilule, c'est pas forcément facile* » (P6). Il faut essayer de respecter une heure fixe : « *au début, j'ai eu du mal à être régulière* » (P11), « *c'est assez contraignant niveau horaire* » (P2).

Le respect de cette consigne primordiale devenait encore plus complexe lors de déplacement ou de voyage, il fallait anticiper et s'organiser : « *c'est contraignant, faut toujours y penser* » (P6), « *si tu l'oublies quand tu pars en weekend* » (P2).

Il fallait également penser à ajuster l'horaire de prise aux éventuels décalages horaires : « *Oui les seuls passages un peu galère, c'est que je voyage beaucoup pour mon travail et donc je voyage souvent dans des endroits où il y a un décalage horaire* » (P9) ; « *un décalage horaire de 6 heures pendant un voyage et je suis tombée enceinte* » (P6).

Ces consignes n'étaient pas toujours bien expliquées en consultation d'après ces femmes : « *je ne savais pas qu'il fallait décaler l'horaire en fonction du décalage horaire* » (P6).

Le concept de prendre un comprimé tous les jours comme si l'on souffrait d'une maladie chronique a été mentionné comme une contrainte pour les participantes : « *tu prends quand même quelque chose tous les jours, ça reste un médicament en fait* » (P1).

4.1.1. Gestion des oublis

Qui dit nécessité d'une prise régulière dit risque d'oubli, car personne n'est infaillible. Et indéniablement, l'oubli est une grande crainte pour les femmes : « *j'ai toujours peur de l'oublier, ça c'est évident* » (P2).

Chaque femme interrogée lors de notre étude a indiqué avoir eu au cours de sa vie des oublis de pilule : « *je suis sujette à l'oubli* » (P8). Ces oublis allant de très rarement : « *je l'oublie jamais, honnêtement j'ai dû l'oublier 2 fois dans ma vie* » (P1) ; à plus régulièrement : « *par an, allez 5-6 fois* » (P3).

La gestion des oublis était globalement bien maîtrisée. Les consignes à respecter pour les oublis inférieurs à 12h étaient intégrées : « *Moins de 12 heures, je la reprends et dans ces cas-là, je fais comme si je l'avais bien prise* » (P7).

Quant aux oublis supérieurs à 12h, il y avait plus de disparités mais un point commun malgré tout. Ceux-ci provoquaient un gros stress ayant souvent pour conséquence, une surréaction. « *on fait attention (...) jusqu'à mes prochaines règles* » (P5), « *je fais trois semaines d'abstinence* » (P7). Cette surprotection était instaurée et vécue comme une sorte de punition : « *Oui, comme ça, ça nous oblige à faire attention, c'est la punition* » (P7).

Une participante nous a indiqué avoir recours à la méthode du retrait, sans grande conviction : « *Oui, préservatif ou [rires], retrait avant, même si je sais que (...) c'est loin d'être une science exacte mais je me dis que c'est toujours moins pire que de pas le faire* » (P9).

Plusieurs femmes se référaient à la notice de leur pilule en cas d'interrogation : « *J'avais lu plusieurs fois la notice* » (P11). Cette source d'information semble être utile.

Au cours des entretiens, une distinction a été faite entre l'oubli en cours de plaquette et l'absence de reprise au huitième jour après une pause : « *ce qui m'est déjà arrivé c'est d'oublier de redémarrer au bout de 7 jours* » (P9) ; « *Ce qui est souvent pas un oubli c'est parce que j'en n'ai plus, ou parce que je suis partie en voyage et j'ai oublié de l'amener et que j'ai oublié que je devais la redémarrer* » (P9).

L'attitude à l'égard de la gestion de cette situation était la même que pour un oubli « classique ».

Toutes les femmes connaissaient la contraception d'urgence sous le terme de 'pilule du lendemain' : « *ça m'est arrivé une fois d'oublier et de dépasser (sous-entendu dépassement des 12 heures) et du coup j'avais pris une pilule du lendemain* » (P2), « *c'est la pilule du lendemain si on a eu des rapports pas trop longtemps avant* » (P7).

Certaines femmes ont exprimé avoir eu l'impression d'être jugée « *je me suis sentie jugée* » (P11), ou mal reçue « *Elle m'avait un peu mal regardée* » (P11) lorsqu'elles ont directement été chercher une contraception d'urgence en pharmacie. Une participante a même reçu une réponse négative quand elle a souhaité se procurer cette pilule du lendemain : « *je suis allée à la pharmacie pour avoir la pilule du lendemain sauf qu'elle m'a dit, 5 jours c'est trop tard, donc je suis allée voir le médecin (...) et j'ai pris celle sous 5 jours (Sous-entendu Ellaone et non pas Norlevo)* » (P4).

Enfin, par choix, une des participantes ne modifiait pas son attitude suite à un oubli supérieur à 12 heures : « *Oui ... mais bon quand on oublie 3 jours de suite... [rires]* » (P3), en

ayant tout à fait les connaissances nécessaires pour le faire et en pleine conscience du risque de grossesse potentielle : « *C'est pas bien...* » (P3).

4.1.2. Autre situation

Une des participantes souffrait de migraines et donc de vomissements réguliers : « *Il y a le problème quand je fais une crise de migraine où j'ai des nausées et je vomis, et des fois bah, je compte ça comme un oubli parce qu'au final je garde pas ma pilule* » (P5). Pour gérer cette situation, elle suivait les recommandations de sa mère : « *ma maman elle me dit, si tu vomis 3 heures après que tu as pris ta pilule, en gros ça ira quoi, par contre si tu vomis dans la demi-heure ou dans l'heure, bon là, par contre, fais attention* » (P5).

4.1.3. Les aides

Une grande partie des participantes a accessoirisé le rappel, à l'aide d'une alarme : « *j'ai mon alarme dans mon portable* » (P2). Là aussi, l'objectif étant de limiter le risque d'oubli. Une des femmes évoquait une sorte d'action collective : « *dans le groupe d'amis, toutes les filles, on prend la pilule à 21 heures, alors toutes les alarmes sonnent en même temps ! On va toutes prendre la pilule en même temps.* » (P11).

4.2. Nécessité d'une ordonnance

4.2.1. Renouvellement

Ce qui peut être un atout pour certaines peut également être une angoisse pour d'autres. Ainsi, la facilité avec laquelle on peut se procurer un renouvellement de pilule, à savoir, une consultation chez un médecin puis un passage en pharmacie, ne semblait pas évidente pour toutes les femmes de l'étude. Le « *manque d'organisation* » (P9) et d'anticipation « *parce que je m'y étais pas pris à temps* » (P9) sont préjudiciables lorsque l'on prend un traitement chronique. Par ailleurs, une remarque concrète a été faite par une des

femmes de l'étude « *vu que j'ai tendance à enchaîner les plaquettes, j'ai tendance à réduire le temps réel sur lequel je devrais me faire prescrire* » (P9).

4.2.2. Délivrance complexe

Une des participantes a mentionné la complexité de se procurer sa pilule habituelle lorsque l'on est en déplacement dans une autre région et que l'on a oublié sa boîte ou son ordonnance. Elle décrivait dans ce cas une délivrance rarissime et donc un arrêt transitoire de sa contraception contre sa volonté : « *ça m'est déjà arrivé de partir en week-end, d'oublier ma pilule et d'aller dans la première pharmacie que je trouve et ça m'est arrivé qu'on me réponde non.* » (P9) ; « *Ça m'est arrivé qu'un pharmacien me dise bah non sans pilule, sans ordonnance je vous la donne pas (...). Moi je trouvais ça un petit peu dur.* » (P9).

4.3. La création de peurs

4.3.1. La mode du « sans hormone »

La société actuelle fait naître certaines angoisses et le rejet des hormones en fait partie : « *j'en ai marre d'avoir une imprégnation d'hormones tout le temps qui n'est pas naturelle* » (P1). L'idée de se tourner vers un moyen de contraception sans hormones a donc été évoqué.

4.3.2. L'infertilité secondaire

L'idée de souffrir d'infertilité secondairement à une prise de contraception orale prolongée a été mentionnée : « *Moi j'ai peur, que comme ça fait très très longtemps que je la prends, que du coup, ça freine quand on voudra avoir des enfants. Je ne sais pas si c'est vrai ou pas, mais en tout cas j'ai cette peur-là* » (P7).

4.3.3. *Le tabac*

Une des femmes avait une anxiété face au tabac : « *ce qui me dérange, c'est que je suis fumeuse* » (P4). Dans ce cas précisément, les risques liés au tabac avaient été mentionnés au cours d'une consultation avec un remplaçant de médecine générale : « *Bah j'ai essayé de réduire, j'en parlais justement aussi au médecin remplaçant parce qu'elle m'a demandé, c'est la première fois qu'on me demandait, si j'ai besoin d'aide pour arrêter de fumer, donc j'ai trouvé ça impressionnant car mon médecin généraliste il me l'a jamais demandé...* » (P4).

4.3.4. *La prise de poids*

L'évocation en consultation de la possibilité de prendre du poids sous pilule pouvait être source de stress voire d'écooper d'un refus concernant la pilule dite « à risque » : « *j'ai regardé les effets secondaires et les avis, (sous-entendu, avant de la prendre) et j'ai vu que y'avait beaucoup de personnes qui prenaient du poids* », « *le poids c'est vraiment un problème* » (P4).

4.3.5. *La durée*

L'idée de prendre la pilule de manière très prolongée semblait susciter des interrogations chez nos participantes : « *ça fait 15 ans que j'ingurgite des hormones tous les jours* » (P9).

Nous avons eu l'impression que la pilule était très efficace et très adaptée à de jeunes femmes mais qu'il ne fallait pas trop en « abuser » : « *ça fait 12 ans que je la prends (...) j'ai envie que ça soit mon cycle naturel* » (P1) ; « *ce qui m'inquiète c'est plus la durée depuis laquelle je la prends (...) je me dis qu'il serait peut-être temps que je change de moyen de contraception (...) j'y pense* » (P9).

4.4. Effets indésirables et secondaires

Devant une tolérance globalement très satisfaisante, les effets secondaires et indésirables mentionnés se sont trouvés relativement pauvres et isolés.

Ainsi, il a été relaté la présence de *spottings* principalement lors d'enchaînements répétés de plaquettes : « *mon corps a l'air de pas être d'accord dans le sens où parfois je prends 1 plaquette, 2 plaquettes et quand j'en enchaîne une 3ème, j'ai mes règles quand même* » (P9). Pour ces femmes, l'arrivée de ces *spottings* indiquaient la nécessité de réaliser une pause : « *je l'arrête quand j'ai des spottings* » (P1).

Il a également été fait cas de prise de poids. Soit, modérément : « *j'ai pris du poids* » (P4) ; « *je trouvais que j'avais plus de cellulite* » (P1). Soit, plus fortement : « *J'avais pris je crois 5 kgs en 1 mois* » (P8) associée à des « *bouffées de chaleur* » (P8). Les prises de poids considérées comme faibles étaient tolérées, celle considérée comme invalidante a justifié un changement de pilule : « *on m'en a mis une forte et direct, j'ai eu prise de poids, bouffées de chaleur et on a arrêté, j'ai fait la plaquette et on a arrêté* » (P8).

Une interviewée a décrit l'apparition de « *douleurs abdominales de coliques hépatiques* » (P2), justifiant un switch de pilule vers une autre.

Les participantes ont décrit des effets secondaires bénéfiques. Ainsi, elles décrivaient des dysménorrhées moins importantes voire absentes sous contraception orale : « *depuis que je prends la pilule j'ai beaucoup moins mal* » (P11) ; « *ça a même eu l'effet de plutôt diminuer les douleurs habituelles* » (P9).

De manière très individuelle, pour l'une des femmes de l'étude, il a été question d'une très nette réduction des crises de migraines annuelles grâce à la pilule en continu : « *j'ai senti un vrai mieux au niveau des crises* » (P5).

Plusieurs femmes ont mentionné la concomitance entre augmentation du volume mammaire et introduction de la contraception orale. Pour certaines femmes, cela aurait pu être vécu comme un inconvénient mais, au sein de cette étude, cela n'a pas été le cas : « *J'ai pas des énormes seins à la base donc j'ai pris* » (P9).

L'amélioration de l'acné a été clairement expérimentée pour plusieurs d'entre elles : « *ça marchait bien* » (P7).

5. LES AVANTAGES

5.1. Tolérance satisfaisante

Les femmes interrogées au cours de cette étude étaient globalement satisfaites de leur contraception : « *c'est un mode de contraception qui me convient* » (P1). Elles ont exprimé peu ou pas de gênes ou d'intolérances en relation : « *je n'ai jamais eu d'intolérance* » (P10). Leur ressenti et leur vécu étaient positifs : (concernant la possible présence d'effets secondaires) « *non pas du tout* » (sous-entendu, aucun effet secondaire) (P11).

5.2. Liberté et simplicité

La contraception orale est vécue comme une grande liberté pour les femmes : « *c'est une liberté totale* » (P1). Elles citent le confort de pouvoir la gérer à leur guise notamment dans l'action d'enchaîner les plaquettes et donc d'éviter les règles qui sont fréquemment vécues comme une corvée : « *c'est quand j'ai pas envie d'avoir mes règles tout simplement, donc j'ai tendance à enchaîner parfois des plaquettes* » (P9). Celles-ci rassurent mais sont contraignantes.

Son accessibilité et sa simplicité sont appréciées : « *c'est le principe le plus simple en fait (...), d'aller en pharmacie chercher une pilule et de la prendre tous les jours* » (P2). Les contre-indications étant rares, il est facile de l'obtenir sur simple consultation médicale.

5.3. Diversité

Au sein de notre étude, toutes les femmes interrogées n'étaient pas forcément à l'aise avec l'idée de faire une pause mensuelle de 7 ou de 4 jours selon les schémas de prise. Cela pouvait être vécu comme une source de stress : « *je suis en continu parce que je suis pas du tout à l'aise avec la pause et (...) reprendre c'est un truc à ce que je l'oublie* » (P8), dans ce cas, les pilules en continu étaient très indiquées et largement prescrites.

Ainsi, nous avons constaté que chaque femme a ses préférences : règles versus absence de règles, continu versus pause ...

IV. DISCUSSION

1. RESUME DES RESULTATS

L'objet de cette étude était d'explorer la manière dont les femmes intègrent la prise de leur pilule contraceptive oestro-progestative dans leur quotidien tout en s'appropriant les contraintes et les avantages.

Cette étude a mis en relief la ritualisation de la prise de la contraception. Elle est répandue chez toutes les femmes de l'étude, chacune l'adaptant à son propre quotidien. Évoquant la gestion de leur contraception, certaines femmes de notre étude ont révélé prendre des libertés, mettant parfois à distance les recommandations faites lors de la prescription médicale. Le plus souvent démontrant leur capacité à maîtriser les complexités de leur moyen de contraception. Pour ces femmes, vivre avec leur contraception c'est la faire coller à leur quotidien, leurs attentes, leurs désirs et non se plier à ses contraintes.

La place du conjoint était différente pour l'une ou l'autre des participantes. Minoritairement impliqués bien que pourtant concernés, ils faisaient la plupart du temps preuve de confiance et de respect envers leur conjointe. Pour certaines participantes, le désir d'une plus grande implication du conjoint était net.

Concernant le lien tissé avec le milieu médical, il a été mis en évidence la confiance de ces femmes envers leur professionnel de santé. Même si elles partagent leurs expériences avec leur entourage, c'est toujours la parole du professionnel qui aura la plus grande crédibilité à leurs yeux. Elles semblent parfois préférer la prise en charge d'un jeune professionnel de santé, que certaines considèrent comme ayant une approche plus adéquate et moderne de la contraception. Plusieurs participantes ont également mentionné privilégier

une femme professionnelle de santé, se sentant mieux comprises du fait de ressentis et vécus potentiellement similaires.

Nos participantes ont fait mention de contraintes liées à la prise de leur pilule, notamment les contraintes d'une prise qui se doit d'être régulière. Leur crainte principale restant, en grande majorité, l'oubli. Elles ont évoqué la genèse de peurs, perturbant leur confiance envers leur contraception, parfois sur la base de fausses croyances, d'autres fois à partir d'éléments factuels. Cela sous l'influence de leur entourage, du milieu médical ou encore des médias.

Les participantes de notre étude ont déclaré être plutôt très satisfaites de leur contraception orale oestro-progestative, souffrant de peu d'intolérances et effets secondaires à même de les gêner. Elles ont énoncé des caractéristiques positives propres à la pilule contraceptive comme son accessibilité, sa praticité ou sa simplicité.

2. DISCUSSION DES RESULTATS

2.1. Le quotidien

Les participantes de notre étude ont décrit des rituels précis et constants relatifs à la prise de leur pilule. L'intérêt n'est pas tant de décrire ce rituel mais bien de mentionner qu'il s'est imposé à nos interviewées. En effet, il est induit, logique et important. Il permet de s'affranchir de certaines contraintes de la pilule et de limiter leur impact sur le quotidien de ces femmes. Ainsi, si la prise conseillée à heure fixe est complexe, elle l'est moins si on l'associe à une activité répondant à une routine comme se laver les dents, boire son café, ou se mettre au lit. C'est d'ailleurs un point habituellement abordé lors d'une primo-prescription de pilule et recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) (32,33). Le professionnel de santé conseille généralement à sa patiente d'opter pour le moment de la journée le plus

opportun à ses yeux, l'objectif étant d'atténuer les inconvénients d'une prise régulière et de limiter le risque d'oubli. Cette recommandation semble donc bien intégrée par les patientes.

Les conjoints, la plupart du temps, ne s'impliquaient pas dans cette contraception. Sauf dans deux situations, où ils s'investissaient entièrement, parfois même jusqu'à gérer à eux seuls, la contraception de leur conjointe. Dans ces deux cas précis, les femmes considéraient cela normal, estimant que leur compagnon était autant concerné qu'elles par cette contraception.

Pour les autres femmes de l'étude, nous avons perçu une forme de fatalisme face à cette responsabilité assumée seule. Comme si cela était normal que tout repose sur la femme.

Ceci nous pousse à nous interroger sur l'image de la contraception dans notre société. En effet, la légalisation de la pilule contraceptive a permis la libération sexuelle de la femme et l'acquisition d'une certaine indépendance, malheureusement elle a imposé une gestion majoritairement, pour ne pas dire exclusivement, féminine de la contraception dans nos sociétés 'modernes'. Il est vrai qu'en dehors du préservatif masculin, les alternatives sont faibles en matière de contraception masculine (34,35). Il existe le coitus interruptus familièrement nommé retrait, qui reste une méthode d'efficacité aléatoire. Et la vasectomie, qui est une stérilisation que la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de présenter comme irréversible et définitive.

En l'état actuel des choses, l'homme peut donc difficilement assumer de manière satisfaisante et durable la contraception du couple. En revanche, il peut a minima, s'il le souhaite, s'impliquer dans la gestion de la contraception orale oestro-progestative de sa compagne, comme nous l'avons vu dans notre étude.

A l'inverse, certaines femmes de notre étude ont décrit une forme de fierté et de liberté dans l'idée d'assumer seule la responsabilité de la contraception. Là encore, nous pouvons nous interroger sur ces sentiments.

Céline Monteil, dans sa thèse réalisée en 2017 en Alsace, s'est intéressée à ce sujet et rapporte qu'inconsciemment, la question de la contraception reste un enjeu féminin notamment parce que dans la réflexion médicale, le rôle reproducteur demeure attaché à la femme (36). C'est la 'norme reproductive' qui induit cela. Nous avons également découvert au travers de témoignages de médecins, généralistes ou gynécologues, que certains justifiaient ce rôle, implicite et logique, attribué à la femme du fait qu'elle porte la grossesse. Certains soulevaient même le problème de confiance qui pourrait exister si la contraception reposait uniquement sur l'homme, suggérant qu'il ne serait pas apte ni digne de confiance en termes de contraception (37). Cela semble d'autant plus inquiétant quand on rappelle qu'actuellement, dans nos habitudes sociétales, la prévention des grossesses inattendues relève majoritairement de la responsabilité des femmes, et la prévention des infections et maladies sexuellement transmissibles relève majoritairement de la responsabilité des hommes. Cela sous-entendrait que les hommes seraient plus dignes de confiance en termes de précaution de transmission de maladie sexuelles que de contraception. Cela ne semble pas logique et nous conforte dans l'idée qu'il faut que ces visions évoluent et grandissent pour une plus grande équité au sein du couple et pour proposer au couple de pouvoir choisir ce qui lui convient le mieux.

2.2. La gestion de la prise

Notre étude a mis en lumière les diverses gestions de la prise de la pilule oestro-progestative des femmes interrogées. Pour certaines, il n'existait aucune prise de liberté. Les

consignes de prescription (une prise à heure fixe, une pause mensuelle systématique, une reprise au huitième jour après la pause, etc.) étaient parfaitement appliquées. Ceci dans une démarche de réassurance et d'évitement des conséquences potentielles faisant suite au non-respect de ces recommandations (38). Ainsi, c'est dans cette démarche qu'une partie des femmes interrogées accordaient une grande importance à conserver leurs menstruations, chaque mois. Cela les rassurait et leur donnait un sentiment de maîtrise de leur contraception. Cette vision des règles a été mise en lumière par de nombreuses études (39–41). Une enquête épidémiologique réalisée dans les années 2000 a fait état de ces conceptions (40). Ainsi, dans cette étude, près d'un quart des femmes parlaient de purification en évoquant leurs règles et 45% trouvaient cela normal d'avoir ses règles.

A contrario, nous avons constaté des prises de liberté de la part de certaines. Entre autres, il a été question fréquemment de la prise en continu de leur pilule oestro-progestative, ce qui sous-entend l'absence de menstruations par esquivance volontaire de la pause mensuelle recommandée. Pour ces femmes, les menstruations étaient vécues comme une corvée. Plusieurs d'entre elles avaient conscience du caractère « artificiel » des règles sous pilule justifiant leur schéma de prise. Elles enchaînaient leurs plaquettes plusieurs mois consécutifs jusqu'à l'apparition de spotting, s'imposant alors la réalisation d'une pause. Là encore, il était question de pauses allant jusqu'à 7 jours mais parfois, de pauses plus courtes. Nous avons constaté que ces adaptations de schéma de prise étaient un moyen de profiter d'un bénéfice secondaire de la contraception orale oestro-progestative.

Pour une grande majorité des femmes, les règles restent contraignantes, et pouvoir les éviter est vécu comme une grande liberté. Une revue de la littérature publiée en 2013 (41) faisait état de changements progressifs des mentalités en termes de menstruations ces

dernières années. En effet, si les femmes ont longtemps été défavorables aux aménorrhées, associant les menstruations à une forme de purification du corps et un symbole de fertilité, cette étude a mis en lumière le nombre croissant de femmes qui souhaitent réduire la fréquence de leurs règles et cela, sans limite géographique ni limite d'âge, l'objectif premier étant de diminuer les contraintes liées aux règles. Cette étude évoquait également l'importance de la communication sur ce sujet auprès des patientes démontrant que les médecins omettaient parfois d'avertir leurs patientes de cette possibilité de contraception dite 'étendue', alors qu'ils en avaient connaissance.

Cette revue de la littérature montre l'importance de respecter la variabilité individuelle. Ainsi, si certaines femmes vont être intéressées, comme dans notre étude, par la prise en continu de leur pilule, d'autres non. Il est donc essentiel de respecter un processus décisionnel informé envers nos patientes, en leur explicitant les différentes options qui s'offrent à elles, sans oublier de mentionner leurs avantages et inconvénients. Expliquer à une patiente que lorsque l'on prend sa pilule oestro-progestative en continu, cela induit la diminution de la fréquence des hémorragies programmées, mais souvent au prix d'une possible augmentation de la fréquence des saignements non programmés, avec toutefois une amélioration au fil du temps, répond à ce processus d'information.

Aujourd'hui, même si les données de la littérature sont très rassurantes, il semblerait qu'il manque des études épidémiologiques évaluant les incertitudes de ces pratiques à long terme sur les risques métaboliques, carcinologiques et vasculaires (41). La contraception oestro-progestative étendue doit donc rester une option parmi d'autres et faire l'objet d'une vraie discussion médecin/patiente.

Lorsque l'on aborde la gestion de la prise de la pilule, nous ne pouvons esquiver le sujet de l'oubli, crainte majeure de certaines femmes. Nous avons pu constater que les conduites à tenir en cas d'oubli inférieur à 12h étaient connues. Les conduites en cas d'oubli supérieur à 12h étaient plus diverses, mais dans le fond, les précautions en termes de prévention d'une grossesse étaient respectées (38) et même souvent, exagérées.

Les femmes qui articulaient la prise de leur pilule autour des circonstances de leur quotidien, en prenant des libertés envers les recommandations habituelles, ne nous ont pas semblé souffrir de plus d'échecs de pilule à savoir de grossesses non désirées (38). Notamment pour celles qui fluctuaient les pauses, elles ne respectaient alors pas toujours les habitudes de 7 jours consécutifs, en revanche, jamais elles n'ont évoqué des pauses supérieures à 7 jours. Nous avons constaté que la notion de risque de grossesse après un arrêt de pilule supérieur à 7 jours, était intégrée.

Notre étude n'était pas centrée sur les échecs de pilule. Cependant, il est intéressant de rappeler que le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) reste globalement stable en France depuis de nombreuses années, avec environ 220 000 IVG par an dont près d'un quart survenant malgré une contraception orale (42,43). Une étude nationale menée en 2007 comprenant une population finale de 7541 femmes ayant bénéficié d'une IVG a révélé que 66% des participantes étaient sous contraception le mois précédent la conception dont 27% sous pilule (44). Cette étude a mis en exergue les raisons de ces grossesses inattendues sous pilule : en grande majorité, des utilisations incorrectes ou incohérentes, l'oubli prédominant largement avec 91.5 % de femmes sous pilule qui déclaraient avoir oublié un ou plusieurs comprimés. Seulement 4.1% de ces femmes rapportaient une utilisation parfaite de leur pilule. Il faut souligner le fait que ces informations obtenues

auprès des patientes, l'ont été via un questionnaire déclaratif qu'elles ont rempli juste après l'interruption volontaire de grossesse. Ce contexte potentiellement traumatique, peut, pour certaine, et c'est le cas pour toutes informations obtenues de manière déclarative, engendrer des données incomplètes ou en partie erronées, et cela, malgré la sincérité des patientes. Dans ces situations complexes, ce type d'étude reste quand même extrêmement informatif.

Les femmes de notre étude ont semblé être à l'aise avec leur moyen de contraception et les subtilités de modulation de prise qui en découlent. Cependant, les chiffres évoqués ci-dessus indiquent que les taux d'échecs sous pilule restent non négligeables et surtout améliorables, notamment lorsque l'on connaît l'impact potentiel d'une IVG chez une femme (45,46).

Julie Hamrit a, elle aussi, exploré le lien entre IVG et contraception lors de sa thèse soutenue en 2015 à Lille (47). Son étude a rapporté des chiffres globalement identiques, environ 30 % des femmes de son étude ayant eu une IVG étaient sous contraception orale. Elle a évoqué un autre fait étonnant qui avait été encore mieux souligné par l'étude de Caroline Moreau déjà citée précédemment (44), entre un tiers et la moitié des participantes ayant vécu une grossesse débutée sous contraception orale et ayant interrompu celle-ci par une IVG, choisissent ou se voient prescrire une pilule par la suite. Ces résultats nous interpellent. Ils sont complexes à interpréter. Dans ces études, parfois c'est la vision de la patiente qui est explorée via ses souhaits de prescription et parfois c'est l'objectivité d'une prescription écrite qui est prise en compte, d'où des variabilités de chiffres importantes. Quoiqu'il en soit, cette tendance à se tourner de nouveau vers la contraception orale alors que l'on vient de vivre un échec lié en partie à celle-ci, montre que les femmes gardent

confiance en ce moyen de contraception et continuent de l'apprécier. Cela pourrait également montrer une absence d'alternatives proposées par le prescripteur envers les patientes mais l'étude de Caroline Moreau a clairement mis en évidence l'inverse, à savoir, 73% des patientes sous contraception avant leur IVG, se sont vues proposer une option contraceptive différente de celle qu'elles avaient auparavant. Dans ce contexte précis, le prescripteur laissait donc le choix à la patiente, dans la mesure du possible.

Concernant la contraception oestro-progestative, toute la question ici repose sur l'importance du delta qui existe entre efficacité théorique, équivalente à l'indice de PEARL (indice théorique égal au pourcentage de grossesses "accidentelles" sur un an d'utilisation optimale de la méthode) (48,49) et efficacité pratique de ce mode de contraception (cf annexe 3).

Des recherches sont en cours actuellement afin de multiplier les alternatives possibles en matière de contraception féminine et masculine. Ces travaux concernent notamment des méthodes qui protègeraient à la fois des grossesses non désirées et de certaines infections sexuellement transmissibles, les MPT (Multipurpose Prevention Technologies) (50). Actuellement, seul le préservatif possède ces deux actions. Des chercheurs travaillent également sur des méthodes hormonales, comme l'anneau vaginal contraceptif d'une durée d'un an chez la femme (51–54) ou le gel transdermique Nes/T (Nestorone/Testostérone) chez l'homme (55,56). Un article du Dr Soufir, endocrinologue, faisant état de l'investissement des chercheurs français en termes de contraception masculine depuis plusieurs décennies a d'ailleurs été publié en 2017, rapportant à bien des égards la grande contribution des équipes françaises dans ce domaine (57).

Ces recherches sont la preuve de l'investissement de la communauté scientifique internationale. Du fait de la fréquence des échecs des moyens contraceptifs (44), qui sont par ailleurs d'origine plurifactorielle, il semble intéressant de continuer à chercher des alternatives qui pourraient avoir un impact positif sur l'efficacité de la contraception dans le monde et également, une plus grande simplicité d'utilisation afin d'augmenter la volonté d'utilisation de celle-ci (58). Les recherches effectuées dans le domaine de la contraception masculine pourraient engendrer, quant à elles, une grande évolution en ce qui concerne le partage des responsabilités entre les deux sexes, dans la planification familiale.

2.3. Le rapport avec l'entourage et la société

Dans notre étude, nous nous sommes intéressées aux raisons qui ont conduit ces femmes à choisir la pilule comme moyen contraceptif. Il en ressort une forme d'influence de l'environnement proche et moins proche. En effet, le choix de la pilule oestro-progestative s'est, pour beaucoup de participantes, imposé à elles. Nous avons constaté qu'elles avaient des difficultés à nous en expliquer les raisons, évoquant une sorte d'évidence. Evidemment, il y a également l'influence du prescripteur, mais nous l'évoquerons dans le chapitre suivant. La pression exercée par l'entourage et la société semble importante. Nous constatons d'ailleurs dans le Baromètre santé 2016 publié par santé publique France que malgré une nette évolution des schémas contraceptifs dans notre société, la pilule reste le premier moyen de contraception utilisé par les femmes françaises et de manière encore plus franche pour les femmes allant de 15 à 24 ans (15,17). Ce qui signifie que lors d'une primo-prescription de contraception chez une jeune femme, la pilule reste nettement prédominante.

Il existe des automatismes de demandes de la part des patientes. Certaines de nos participantes l'ont clairement exprimé, elles voulaient obtenir la pilule contraceptive. Nombre d'idées préconçues sont régulièrement mises en avant pour favoriser ou évincer l'un ou l'autre moyen de contraception. Ainsi, nous entendons parfois que ne pas avoir ses règles, par exemple lorsque l'on porte un implant, ne permettrait pas de « purifier » le corps. Au sujet des représentations des règles dans l'esprit des femmes, une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés, a été réalisée entre 2015 et 2017 dans les Bouches-du-Rhône (39). Il en ressort que ces représentations sont issues de visions ancestrales, sociétales ou familiales et sont ancrées dans l'inconscient collectif. Cette étude conseille d'ailleurs d'évoquer les représentations mentales qu'a la patiente de ses règles au moment de la prescription d'une contraception afin que celle-ci soit en lien avec ses croyances. Comme nous l'avons précédemment évoqué, par exemple, un moyen de contraception avec ou sans hémorragie de privation.

Toujours à propos de ces idées préconçues ou fausses croyances, un sondage d'Opinion Way (59) publié à l'occasion de la journée mondiale de la contraception, en Septembre 2019, a révélé que 29% des femmes pensaient que le stérilet était toujours réservé aux mères. 48% craignaient également d'avoir une gêne pendant les rapports sexuels. Cela montre bien que la contraception véhicule encore des idées pas toujours fondées.

En ce qui concerne l'entourage familial de nos participantes et les influences potentielles, nous avons surtout perçu des partages d'expériences. Hormis, le discours de la mère, auquel elles accordaient en général une attention particulière, surtout dans le choix du type de contraception, il y avait peu d'influence visible sur les comportements. Le sondage d'Opinion Way cité précédemment avait également corroboré ce fait au sujet de la mère,

puisque cette dernière emportait la troisième place lorsqu'il s'agissait de citer les interlocuteurs privilégiés pour donner des conseils sur le choix d'une contraception (59). A l'inverse des participantes de notre étude, pour qui, les discussions entre amies étaient majoritairement non impactantes, ce sondage révélait également que les amies occupaient la quatrième place pour dispenser des conseils toujours concernant le choix du mode de contraception. A ce sujet, il a montré que plus les femmes étaient âgées, plus elles s'adressaient aux médecins, gynécologue ou généraliste, pour se faire conseiller et moins elles s'adressaient à leur mère. Ceci semble évident mais il est toujours intéressant de le confirmer. Cela était également le cas dans notre étude. Ainsi, l'influence de la mère prédominait dans le choix d'une primo-prescription et moins par la suite.

Si dans notre étude, nous n'avons pas perçu de conséquences comportementales consécutives aux influences potentielles de l'entourage sur nos participantes hormis lorsqu'il s'agissait de la mère, en revanche, cela engendrait parfois des peurs. Ces inquiétudes étaient parfois également alimentées par d'autres sources d'information, comme les médias. Par exemple, s'agissant de la polémique autour des pilules de troisième et quatrième générations qui a eu lieu en 2012 et 2013, quelques participantes ont expliqué avoir changé de pilule secondairement à ce débat, par peur des risques thrombo-emboliques largement évoqués dans les médias ou suite aux recommandations de leur prescripteur. La thèse de Sabrina Brot-Canneti avait rapporté une prise de conscience des femmes secondaire à cette controverse (60). Elle avait également souligné la place omniprésente des médias dans cette affaire.

2.4. Le rapport au prescripteur

Nos résultats ont mis en évidence des automatismes de la part des prescripteurs lorsqu'il s'agissait d'une primo-prescription. De ce fait, ils n'offraient pas toujours d'alternatives à leurs patientes en matière de contraception.

Il est vrai que certains médecins pratiquent encore le schéma contraceptif français dit « classique » : préservatif associé à la pilule contraceptive chez la nullipare puis dispositif intra-utérin chez la multipare et entre ces deux périodes, la pilule seule (61,62).

Ces automatismes de prescription sont parfois ancrés. Pour certaines de nos participantes, cela n'a pas été un problème puisque comme nous l'avons vu précédemment, elles voulaient obtenir une prescription de pilule. En revanche, pour d'autres, cela n'a pas été bien vécu. Certaines ont critiqué ce manque de choix et d'informations reçues.

Dans notre étude, nous n'avons pas retrouvé de différence sur le plan des prises de libertés. Nous n'avons pas eu la sensation que les femmes vivaient mieux ou moins bien leur contraception si elles avaient eu le choix de celle-ci, probablement à cause du biais de recrutement. Des recommandations pour la pratique clinique concernant les stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, basées sur la littérature scientifique, et publiées en 2004 par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), aujourd'hui devenue une partie de la Haute Autorité de Santé (HAS), avait d'ailleurs fait état de l'importance de laisser choisir la patiente pour une meilleure observance et une réduction des échecs (33,63). Une étude réalisée en 2016 sur le vécu contraceptif des nullipares a rapporté qu'environ 70% des participantes n'avaient pas eu le sentiment d'avoir choisi leur contraception (64). Cela est d'autant plus important à souligner lorsque l'on sait que dans cette même étude, chez les participantes qui ont eu le sentiment de choisir leur propre

contraception, 78% se disaient à l'aise avec celle-ci, contre 52% chez celles qui n'avaient pas eu le choix.

A défaut de n'avoir pas toujours eu le choix de leur contraception, en revanche, dans notre étude, plusieurs femmes ont mentionné avoir apprécié le fait de pouvoir choisir le conditionnement de leur pilule : schéma de 21 comprimés/7 jours de pause versus 24 comprimés/4 jours de pauses ou prise en continu avec 21 comprimés/7 jours de placebo. Et nous savons maintenant d'après les sources citées précédemment, que les femmes ayant pu exprimer leur opinion quant à leur contraception auront, par la suite, une meilleure adhésion envers celle-ci.

La contraception relève du domaine de l'intimité. Les participantes de notre étude ont exprimé la nécessité de se sentir en confiance avec le professionnel de santé en charge de leur contraception. Sur ce plan, ce qui ressort de notre étude est leur satisfaction. Effectivement, de manière globale, les femmes interrogées se sentaient écoutées et considérées par le médecin ou la sage-femme assurant leur suivi. La prise en charge leur semblait en adéquation avec leurs attentes. Et elles accordaient une grande place aux conseils et avis dispensés par les professionnels de santé. Quelques cas isolés ont rapporté ne pas avoir été satisfaits de prises en charge ponctuelles. Nous devons cependant prendre en considération un facteur important, c'est le peu de désertification médicale dans la zone de collecte des données de notre étude, les femmes étaient en mesure de choisir un professionnel de santé en accord avec leur représentation de la contraception. Ceci peut donc nous faire penser que nos résultats ne sont pas obligatoirement représentatifs de la population générale. Mais ces résultats corroborent également les résultats de l'enquête effectuée par Opinion Way et précédemment citée (59), qui indiquait que pour les femmes,

le gynécologue occupait la première place en termes de capacité à délivrer des conseils sur le choix d'une contraception et le médecin traitant la deuxième place.

Quelquefois, elles ont expliqué favoriser les professionnelles de santé de sexe féminin, se sentant mieux comprises. Sans être directement évoquée, nous avons eu l'impression qu'il était aussi question de pudeur moindre face à une femme qu'à un homme. De manière générale, dans la littérature scientifique, pour tout ce qui a trait à la gynécologie, la préférence pour une soignante est un fait établi (65,66). La thèse de Caroline Gautier sur le sujet a montré que pour les patientes de son étude qui préféraient être examinées par une femme, les raisons mentionnées étaient principalement la gêne, la pudeur importante et le motif religieux (67). Cependant, elle n'a relevé aucun lien entre le sexe de l'examineur et la douleur ou le ressenti durant l'examen gynécologique. Les femmes mentionnaient avoir le sentiment d'une meilleure communication avec une soignante, de par leur anatomie et physiologie commune et c'est également ce qu'ont rapporté certaines de nos participantes. A l'inverse, l'une d'entre elles considérait le médecin comme une personne asexuée. Elle accordait de l'importance à sa maîtrise du sujet et ses qualités humaines mais pas à son genre.

Dans notre étude, pour certaines femmes, les professionnels de santé plus jeunes semblaient avoir une vision plus moderne de la contraception, proposant plus spontanément les différents moyens de contraception sur un même pied d'égalité. Évidemment, il est aussi question de personnalités différentes et de compétences différentes. Pour ce qui se rapporte à la médecine générale, nous savons que chacun a ses domaines de prédilection et ses propres aisances. Les plus jeunes femmes de notre étude ont bénéficié d'une plus grande possibilité de choix lors de leur primo-prescription de contraception. Ce qui tend à faire

penser que la formation en matière de contraception a évolué au cours de ces dernières années, et prendrait en compte les dernières recommandations.

Dans la thèse de Marie Roméro explorant les freins à la contraception définitive en médecine générale (68), elle avait mis en évidence que les femmes médecins et les jeunes médecins semblaient mieux connaître ces méthodes et plus fréquemment les proposer. La thèse de Iris Bonhomme et Carole Moretti soutenue à Grenoble en 2017 (69), faisant un état des lieux de la pratique gynécologique en médecine générale en Savoie et Haute Savoie, avait montré que les médecins généralistes de sexe féminin suivaient plus de formations complémentaires en gynécologie que les hommes. Les hommes médecins généralistes décrivaient un manque d'intérêt pour ce domaine et donc un manque de formation. On pourrait facilement conclure de ces résultats que les jeunes femmes médecins seraient plus à même de prendre en charge la contraception de leurs patientes parce que plus compétentes. En réalité, il n'en est rien. Si les femmes médecins pratiquent plus la gynécologie que les hommes médecins c'est parce qu'elles s'y intéressent plus et donc se forment plus, et qu'elles ont plus de demandes de la part des patientes qui répondent parfois au préjugé de sexe (69). C'est en rapport avec tout cela que certaines de nos participantes ont déclaré se sentir plus en confiance avec un médecin de sexe féminin ou une sage-femme, comme si ces soignantes pouvaient mieux comprendre leur vécu. Mais personne ne peut juger de meilleures ou moindres compétences dans ce domaine. Cela dépendra de chaque praticien. Il existe d'ailleurs en France de nombreux gynécologues hommes. En 2018, ils étaient recensés au nombre de 3193, soit 40.8% de la totalité des gynécologues en France (gynécologues obstétriciens + gynécologues médicaux) (70).

Ce que nous pouvons conclure de notre étude et de nos recherches sur ce sujet, c'est que ces préférences et ces choix de praticiens sont propres à chaque femme, à son caractère, à ses représentations personnelles de l'intimité, de la santé, de la sexualité et qu'il serait extrêmement réducteur de penser qu'un sexe serait plus compétent que l'autre, même si nous entendons tout à fait l'argument d'être plus à l'aise avec l'un ou l'autre des sexes.

2.5. Avantages et contraintes de la pilule oestro-progestative

2.5.1. Avantages

Hormis son efficacité qui n'est plus à prouver (48,71), la contraception orale oestro-progestative comporte de nombreux avantages directement évoqués par nos participantes : son accessibilité, sa praticité, sa simplicité. Elle comprend également un large choix de molécules et de conditionnement (72). Ceci permet aux prescripteurs de proposer différentes pilules et aux femmes de choisir, selon leurs attentes, parmi celles-ci. A ce propos, certaines participantes de notre étude ont particulièrement apprécié de pouvoir choisir entre une prise continue ou pas. Le panel de pilules contraceptives actuellement disponibles en France semble donc être un atout.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, depuis plusieurs années, nous constatons une méfiance grandissante des femmes envers certains modes de contraception notamment les méthodes hormonales et donc la pilule (17). La thèse de Claire Arnaudon et Céline Riffard a mis en évidence ce désamour des hormones expliqué par la peur des risques sur la santé (73). Dans notre étude, nous n'avons pas perçu de rejet franc de la contraception orale oestro-progestative. Nos participantes décrivaient en général un vécu positif de leur contraception à l'inverse de la thèse citée précédemment. Une des participantes a évoqué son désir de passer sur un mode non hormonal prochainement mais en précisant que cela

n'était pas consécutif à une quelconque méfiance envers la pilule mais plutôt d'un désir d'autre chose après plus de quinze ans sous pilule. Une seule participante, ayant vécu un lourd échec de contraception, a rapporté ne pas avoir confiance en sa contraception, mais là encore, il n'était pas question d'un rejet hormonal mais plutôt d'un rejet de tous les moyens de contraception qui selon elle, ne sont jamais fiables à 100%.

Elles ont souligné la liberté que leur procurait la pilule. Tant sur le contrôle de leur fécondité, qui permet de devenir mère lorsqu'on l'a décidé, que concernant les quelques adaptations du schéma de prise que la pilule autorise. Ainsi, s'il est recommandé de la prendre à heure fixe, nous savons qu'en réalité, une petite flexibilité existe (38), et les usagères de la pilule apprécient cela. La possibilité d'une prise continue est permise afin de ne pas souffrir des inconvénients liés à la période de menstruations. Depuis plusieurs années, le corps médical a reconnu qu'il n'y avait aucune conséquence grave à court et moyen terme, à pratiquer cela. L'inconvénient principal étant la possible apparition de *spotting*s (74). A long terme, les données sont, à notre connaissance, encore un peu faibles. Certains médecins informent spontanément leurs patientes de cette possibilité de schéma de prise, d'autres non. Quoiqu'il en soit, en pratique, les patientes le font. Dans notre étude, elles ont évoqué ces pratiques et la plupart le faisait après avoir obtenu le consentement de leur médecin. Ces libertés autorisées par la pilule oestro-progestative sont appréciées par les utilisatrices.

Evoquant la tolérance des pilules contraceptives oestro-progestatives, les participantes de notre étude ont montré une grande satisfaction. Elles ont mentionné quelques effets secondaires sporadiques et minimes comme de faibles prises de poids, des *spotting*s. Comme susmentionné, le volontariat imposé par notre recrutement peut spontanément exclure des personnes qui ne seraient pas forcément satisfaites par leur contraception et qui de ce fait

n'auraient pas envie de s'étendre sur le sujet. L'inverse peut également être vrai. La thèse de Claire Arnaudon et Céline Riffard, déjà citée rapportait énormément d'effets secondaires attribués à la pilule (73). Les vécus entre nos participantes et les participantes de cette étude étaient extrêmement différents. Sur internet, nous retrouvons facilement des sites très critiques à l'égard de la contraception orale (75,76). Il existe même un mouvement sur Instagram : #PayeTaContraception, qui comprend des témoignages parfois accablants autour des souffrances contraceptives (77). Notre étude permet de montrer que chaque femme est différente et chaque vécu l'est également. Nous ne nions pas les effets secondaires potentiels liés à la pilule et aux moyens contraceptifs de manière générale, mais il est important de rappeler que toutes les femmes n'en sont pas les victimes.

2.5.2. Contraintes

Les utilisatrices de la contraception orale oestro-progestative qui ont participé à notre étude ont identifié des contraintes propres à celle-ci. La prise régulière, qui a été abordée dans le chapitre se rapportant au quotidien, est effectivement la première des contraintes citées. Elles redoutaient principalement le risque d'oubli et ses potentielles conséquences.

La contrainte d'une responsabilité majoritairement féminine de la contraception orale a également été mentionnée. Ce sujet a été développé dans le paragraphe consacré au quotidien (2.1).

L'accessibilité à la pilule en France est grande, une fois les contre-indications éliminées, cependant elle nécessite une consultation médicale puis un passage en pharmacie tous les 3 mois. Certaines de nos participantes trouvaient cela contraignant.

Pratiquer l'enchaînement des plaquettes de pilule occasionne deux problématiques non négligeables. La première : si l'enchaînement sans pause des plaquettes est une vraie

forme de liberté, en revanche, lorsque les femmes n'effectuent pas cette pause logiquement recommandée, les ordonnances valables 1 an durent moins que cela en pratique. La seconde : quand on a affaire à des femmes jeunes et en bonne santé, il est vrai qu'elles ne consultent pas toujours régulièrement. Dans ces cas précis, la législation pourrait évoluer en allongeant la validité des ordonnances. Nous savons cependant que le renouvellement de ses ordonnances engendre un temps de consultation médicale précieux puisqu'il permet aux médecins de faire le point sur la santé de patientes qui ont tendance à ne jamais consulter. Selon nous, il existe là un paradoxe intéressant.

3. POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE

3.1. Points forts

La recherche qualitative répond à l'objectif initial qui est de comprendre et d'expliquer un phénomène médical et psychosocial. Elle explore les opinions, les croyances, le ressenti et les représentations des personnes (26). Pour cette étude, la méthode qualitative a permis d'explorer et de mettre en lumière le vécu des femmes. Les entretiens leur ont donné un temps de parole dédié. Ceci est déterminant puisqu'elles sont les premières, pour ne pas dire les seules, concernées par la prise de cette pilule contraceptive.

Nous avons pu recruter 11 femmes et avons atteint la saturation des données, les 2 derniers entretiens n'ayant pas apporté de nouveaux items.

3.2. Limites

Il est évident qu'il existe un biais de recrutement au sein de notre étude. Ceci est lié à la méthode de constitution de l'échantillon. D'une part sur la base du volontariat, seules les femmes intéressées par la contraception vont souhaiter participer à l'étude. D'autre part, la sélection non aléatoire de proche en proche au moyen d'un réseau lié à l'enquêteur, a

tendance à restreindre le profil des participantes. Ainsi, même si nous avons réussi à constituer un panel assez élargi pour ce qui concerne l'âge, ce n'est pas le cas pour les catégories socio-professionnelles, l'échantillon étant principalement constitué de femmes intellectuelles et actives, ayant réalisé ou réalisant des études supérieures. Bien que l'enquêteur ait essayé de recruter hors de son réseau, par la distribution d'un document informatif en pharmacie, cela n'a malheureusement pas abouti. Sur ce plan, l'échantillon n'a pas atteint la variation maximale conseillée.

Une autre limite de notre étude est l'absence d'analyse du langage corporel. En effet, il était trop complexe pour un enquêteur novice de se lancer dans cette démarche. En revanche, l'enquêteur n'a pas perçu de gêne en rapport avec l'enregistrement des entretiens, les participantes donnant rapidement l'impression d'oublier qu'elles étaient enregistrées et se laissant aller aux confidences. La prise de notes s'est cependant révélée difficile, rompant le contact visuel et donc souvent le lien fragile qui se développait entre l'interviewer et l'interviewée. De ce fait, l'enquêteur a pu ne pas toujours rebondir vers les bons axes, utilisant principalement sa capacité de mémorisation pour relancer le discours.

Il existe d'autres limites liées à l'enquêteur. Du fait de son statut de novice en recherche qualitative, les résultats obtenus ont pu souffrir d'un biais d'interprétation lors de l'analyse des données et d'un biais de suggestion lors de la réalisation des entretiens (78). Même si l'enquêteur s'est documenté auprès de sources reconnues et a mis en place toute la rigueur qui lui était possible, il n'est pas infallible et reste peu expérimenté. Il compose également avec son propre vécu en tant que médecin, en tant que femme et avec ses propres opinions. La part de subjectivité reste donc évidente (79).

4. OUVERTURES

Nous savons notamment via l'enquête FECOND 2010 puis 2013 et le baromètre santé 2016 (15–17) que depuis quelques années, la pilule est en désaffection dans notre société. Plusieurs raisons, déjà abordées tout au long de ce travail, expliquent cette tendance. Nous pouvons citer le développement et l'amélioration de l'information concernant les autres moyens de contraception, notamment le stérilet et l'implant qui gagnent du terrain ces dernières années. Il y a eu la « crise » des pilules de troisième et quatrième générations, qui a confirmé la méfiance grandissante à l'égard des hormones. Ceci a, entre autres, favorisé l'augmentation du recours aux méthodes de contraception dites « naturelles » : le retrait, la méthode Ogino ou abstinence périodique, la méthode Billings ou observation de la glaire cervicale ou encore la méthode de surveillance thermique (80). Nous respectons cette évolution des pratiques mais nous pouvons nous questionner quant à l'efficacité de ces méthodes. De plus, elles sont parfois plus contraignantes que les méthodes dites « classiques » (hormonales). Ces dernières, comprenant la contraception orale en tête de file, ont permis de faire évoluer le statut de la femme. La libéralisation de la contraception dans nos sociétés a permis de rendre la femme plus indépendante et il ne s'agit pas de remettre en question cela. Par contre, il est visible que le développement de cette contraception hormonale féminine a définitivement rendu la femme seule responsable dans ce domaine. Peut-être d'ailleurs, que le retour des méthodes naturelles répond à ce besoin de partager un peu les responsabilités dans le couple. Avec la contraception hormonale et plus précisément la contraception orale oestro-progestative, la femme est également la seule dans le couple à assumer le risque de potentiels effets secondaires liés à la contraception, comme les risques thrombo-emboliques par exemple. Ceci peut laisser penser que la santé de la femme n'est pas équivalente à la santé de l'homme dans notre société et donc que la femme et l'homme

ne sont pas considérés sur un pied d'égalité. En cela, nous pensons que des progrès doivent être faits. Les études cliniques qui s'intéressent à la contraception masculine ont leur place dans nos sociétés modernes. A ce propos, nos recherches nous ont permis d'apprendre l'existence d'une contraception hormonale masculine qui est très peu prescrite en pratique (81–85). Quelques autres publications, en partie suscitées, évoquent des progrès en matière de contraception hormonale masculine à l'essai (56,86). S'agissant de l'évolution des mentalités sur le sujet, la thèse de Lucile Blanc, sur l'acceptabilité de la pilule contraceptive masculine, a montré qu'environ 62% des hommes répondants étaient favorables à la pilule masculine (87). Une partie de ces hommes avait la volonté de prendre le relais de leur compagne. Leur principale réticence était la peur des effets secondaires. Du point de vue des femmes, notre étude a également mis en évidence cette volonté de partager la responsabilité de la gestion de la contraception au sein du couple. Devant ces évolutions et pour le bien-être de nos patientes et de nos patients, il faudrait envisager dans un avenir proche d'autres alternatives contraceptives pour répondre à ces volontés.

Le médecin généraliste en France est un interlocuteur de choix pour aborder le thème de la contraception autant auprès des femmes que des hommes. En effet, le généraliste ou « médecin de famille », est un médecin de proximité, même si cette notion tend à disparaître dans certaines zones rurales. Il tisse des liens de confiance forts et durables avec ses patients qu'ils voient régulièrement pour la plupart. Aborder la question de la contraception, intimement liée au champ de la sexualité, peut de ce fait être plus facile dans ce contexte. Nous avons vu dans ce travail que parfois, le médecin imposait sa prescription au lieu d'informer puis de proposer. La thèse de Marie Roméro précédemment citée a rapporté que 56.2% des médecins généralistes jugeaient leur formation en gynécologie insuffisante (68). Peut-être que ce sentiment de non-maîtrise dessert les patients et en l'occurrence, surtout

les patientes. En 2007, le rapport de l'INPES 'les Français et la contraception' mentionnait que les Français attribuaient au médecin généraliste la première place en tant que source d'information en matière de contraception (88). Dans sa thèse en 2015, Delphine Cadiergues mentionnait l'ambiguïté existante concernant la place du médecin généraliste dans l'information des hommes puisque dans son étude, 69% des hommes reconnaissaient ne jamais avoir parlé de contraception avec leur médecin traitant bien qu'ils lui octroyaient volontiers le rôle de premier informateur dans ce domaine (89). Delphine Montfort rapportait dans sa thèse en 2013 qu'encore nombre de médecins généralistes souffraient d'idées préconçues notamment que la contraception était une histoire de femmes (90). Une meilleure formation des médecins généralistes en gynécologie serait peut-être un levier pour bannir les idées reçues et assurer une meilleure prise en charge des femmes et des hommes en matière de contraception. A ce sujet, l'industrie pharmaceutique semble être un acteur non négligeable de la formation médicale française via le financement de congrès et le système de visiteurs médicaux (37). Le sociologue Jérôme Greffion a étudié le fonctionnement de l'industrie pharmaceutique et notamment le lien entre les visiteurs médicaux et les médecins (91–93). Il en ressort que l'industrie pharmaceutique continue de construire un marché à prescripteurs sous son contrôle, dans le but de répondre à ses propres objectifs. Il dénonce les intérêts financiers de ce fonctionnement. D'autres articles sur le sujet dénoncent également l'influence de l'industrie pharmaceutique dans les facultés de médecine (94,95). Les doyens ont à ce sujet mis en place une charte éthique et déontologique en 2017 ayant pour objectif, entre autres, de progresser dans l'indépendance vis-à-vis des laboratoires (96). Comme nous l'avons mentionné précédemment, certains médecins généralistes manquent de formations et de pratiques en gynécologie. Ceci influe sur leur manière de gérer la contraception. Améliorer leur formation initiale et continue

pourrait contribuer à les rendre plus à l'aise et à mieux prendre en charge leurs patientes et patients. Et si cela devait avoir lieu, il faudrait veiller à ne pas y associer les laboratoires pharmaceutiques, car comme nous venons de le voir, leur objectif n'est pas toujours de servir l'intérêt des patients (97).

V. CONCLUSION

Notre étude s'est intéressée à l'intégration de la prise de la contraception orale oestro-progestative dans le quotidien des femmes et notamment leurs expériences des contraintes et avantages.

En premier lieu, nous retenons que les participantes ont mis en place des rituels afin d'intégrer plus facilement la prise de leur contraception dans leur quotidien. Souvent, elles ont associé la prise de leur pilule à une activité journalière. Certaines respectaient rigoureusement les recommandations tandis que d'autres modulaient la prise de leur contraception pour l'ajuster aux circonstances de leur vie.

Nous nous sommes intéressées à la place du conjoint dans la contraception de nos participantes. Globalement, ils s'impliquaient très peu et leurs conjointes interrogées ont laissé entendre qu'elles seraient favorables à une évolution en termes de partage des responsabilités liées à la gestion de la contraception du couple. L'idée de l'émergence d'une contraception masculine hormonale fiable dans nos sociétés modernes a été mentionnée. Nous pensons que pour une plus grande équité dans le couple, toutes les études en ce sens sont justifiées.

Notre étude révèle que les partages d'expériences avec l'entourage proche (amies, sœurs, ...) ont peu, voire pas d'impact sur les décisions et choix en matière de contraception. Dans tous les cas, les participantes privilégiaient l'avis du professionnel de santé. Seule la mère pouvait avoir une influence, en particulier lors d'une primo-prescription de contraception. Ces choix peuvent peut-être s'expliquer par les niveaux sociaux élevés de nos participantes.

Les participantes de notre étude n'ont pas toujours eu le choix de leur contraception, souvent imposée par les habitudes sociétales. Elles regrettaient parfois le peu de propositions et d'informations transmises par les soignants. Malgré cela, les participantes restaient globalement satisfaites de leur professionnel de santé ; ce dernier étant souvent décrit comme une personne de confiance et à l'écoute. Plusieurs ont également mentionné leur préférence d'avoir recours à une soignante plutôt qu'à un soignant, du fait d'une physiologie commune et d'une certaine pudeur. De plus la nouvelle génération de médecins semble répondre davantage aux attentes des participantes.

Dans notre étude, les usagères de la pilule oestro-progestative étaient globalement très satisfaites de leur contraception. Elles ont évoqué plusieurs avantages : l'accessibilité, la simplicité d'utilisation et la flexibilité, malgré un cadre strict. Elles ont mentionné, à plusieurs reprises, avoir recours à l'enchaînement des plaquettes pour supprimer les menstruations. Nos participantes souffraient très peu d'effets secondaires, ceci concourt certainement à un taux de satisfaction élevé.

Parmi les contraintes, les participantes ont souligné le risque d'oubli important lié à la prise régulière nécessaire. Ce qui explique le besoin de ritualisation et limite l'impact sur leur quotidien. Certaines craignaient les échecs liés à l'oubli. D'autres s'inquiétaient, en partie sous l'influence de leur entourage, du risque d'infertilité secondaire, de la prise de poids ou de la consommation d'hormones non « naturelles ». Cette tendance du « sans hormone » fait débat depuis plusieurs années en France mais est finalement peu retrouvée au sein de notre étude.

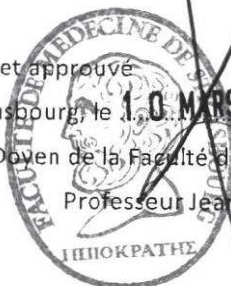
En parallèle, le médecin généraliste semble être un interlocuteur privilégié pour aborder la contraception du couple. Pourtant, nos recherches nous ont permis de constater

que le médecin restreignait régulièrement la contraception à une problématique féminine alors que la parentalité concerne autant l'homme que la femme. Comme nous l'avons vu précédemment, si les hommes sont prêts à assumer leur responsabilité, pourquoi ne pas le leur proposer ?

Malgré une désaffection de la pilule contraceptive en France, nous pouvons conclure que certaines femmes en sont très satisfaites. Bien qu'elle soit jugée contraignante, les femmes apprécient sa part de flexibilité. Toutes les femmes ne souffrent pas d'effets secondaires rédhibitoires, sans nier l'existence d'effets réels chez certaines d'entre elles. C'est d'ailleurs pour celles-ci et pour tous les hommes qui souhaitent assumer leurs responsabilités en matière de contraception que la recherche doit poursuivre ses efforts dans ce domaine.

Enfin, la contraception orale reste un progrès indéniable et un symbole fort de la libération sexuelle. Au sein de notre étude, la contraception oestro-progestative est une option contraceptive appréciée. Nos participantes ont réussi à minimiser ses contraintes en l'intégrant de manière optimale à leur quotidien. Elles apprécient finalement la puissance libératrice ressentie grâce à cette contraception qui autorise quelques libertés dans un cadre qui paraît pourtant très strict.

VU et approuvé
Strasbourg, le 10 MARS 2020
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg
Professeur Jean SIBILIA



VU

Strasbourg, le 25.07.20

Le président du Jury de Thèse

Professeur : Samaris

ANNEXES

ANNEXE 1 : BAROMETRE SANTE 2016 CONTRACEPTION

BAROMETRE SANTE 2016 | CONTRACEPTION
QUATRE ANS APRES LA CRISE DE LA PILULE, LES ÉVOLUTIONS SE POURSUIVENT

5

TABLEAU 1 | Évolution 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

	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 de femme n'étant utilisée qu'après 30 ans, elle est présente uniquement dans la classe concernée.

Un cercle simple à côté de l'écrit : les cellules vertes indiquent que l'évolution entre deux périodes est significative (p < 0,05).

¹ Enquête Fécond 2010.

² Enquête Fécond 2013.

³ Enquête Baromètre Santé 2016.

* Cette catégorie comprend le diaphragme, le capot et les méthodes des traditions (les telles que la symptothermie, la méthode des températures de la femme).

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN FINAL

1) Contrat de communication :

Bonjour (Madame/Mademoiselle),

Je m'appelle Amélie Brosset, je suis étudiante en médecine et je réalise ma thèse sur la contraception orale.

Si vous êtes d'accord, je souhaiterais prendre des notes et enregistrer notre entretien pour ne rien perdre de notre discussion.

Votre anonymat sera respecté tout au long de mon travail. Vous pouvez à tout moment interrompre l'entretien et retirer votre accord concernant le recueil ou l'utilisation de ces données.

Est-ce que vous êtes d'accord ?

L'idée, c'est vraiment de discuter autour de votre contraception. Vous verrez, mes questions pourront vous sembler bizarres ou je pourrais être amenée à revenir sur une phrase ou un mot pour l'approfondir, cela ne doit pas vous gêner. Je vous rappelle qu'il n'y aura aucun jugement porté.

2) Informations complémentaires :

Pour commencer, je vais vous poser de courtes questions afin d'établir votre profil pour mon étude. (Je vous rappelle que votre anonymat sera respecté tout au long de mon travail.)

Quel âge avez-vous ?

Quel métier exercez-vous / quelles études avez-vous faites / Faites-vous ?

Avez-vous des enfants ? si oui, combien ?

3) Entretien :

a) Quelle contraception orale utilisez-vous actuellement ?

Si ne sait pas essayer de faire dire le schéma de prise ...

b) Avez-vous toujours eu cette pilule contraceptive ? (Parcours contraceptif)

Relance : moyens de contraception déjà utilisés, échecs, durées...

c) Expliquez-moi pourquoi vous avez choisi la contraception orale ?

Relance : *Vrai choix de votre part ? Facilité ? Proposition ou automatisme du prescripteur ? Méconnaissance des autres moyens ? La place du conjoint ?...*

1. *Quelle est la personne qui vous a prescrit votre pilule ?*
2. *Dans quel milieu exerce-t-il/elle ? (Rural, semi-rural, urbain ?)*
3. *Habitez-vous dans ce même milieu ?*

d) *Décrivez-moi comment vous la prenez, comment vous en faites votre pilule ?*

Relance : *Horaires, enchainements de plaquettes ...*

1. *Quelles difficultés rencontrez-vous concernant la prise de votre pilule (effets secondaires/adaptation/oublis/peurs...)*
2. *Place et rôle du conjoint ?*
3. *Aimeriez-vous que les choses soient différentes concernant la place ou le rôle de votre conjoint concernant votre contraception ?*

e) *Avez-vous déjà discuté de votre quotidien contraceptif avec un soignant ?*

Si oui, lequel et comment il/elle a réagi ?

Si non, pourquoi ?

1. *Vous confiez-vous à d'autres personnes, amies, famille ? Quelle crédibilité accordez-vous à leur discours ? Vous sentez-vous en confiance ou jugée ou écoutée par eux ? Plus/moins qu'avec un professionnel de santé ?*
2. *Vous sentez-vous plus en confiance avec une soignante femme ? Homme ?*

3) *Remerciements :*

Merci beaucoup d'avoir participé à mon étude. Je ne manquerai pas de vous adresser ma thèse sous forme d'article si cela vous intéresse, merci de me laisser votre adresse mail si c'est le cas.

ANNEXE 3 : EFFICACITE DES METHODES CONTRACEPTIVES SELON OMS

Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2011 (1)

Méthode de planification familiale	Taux de grossesses de la première année		Taux de grossesses sur 12 mois
	Utilisation correcte et régulière	Telle qu'utilisée couramment	Telle qu'utilisée couramment
Implants	0,05	0,05	
Vasectomie	0,1	0,15	
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2	
Stérilisation féminine	0,5	0,5	
DIU au cuivre	0,6	0,8	2
MAMA (pendant 6 mois)	0,9	2	
Injectables mensuels	0,05	3	
Injectables progestatifs	0,3	3	2
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8	7
Pilules progestatives	0,3	8	
Patch combiné	0,3	8	
Anneau vaginal combiné	0,3	8	
Préservatifs masculins	2	15	10
Méthode d'ovulation	3		
Méthodes des Deux Jours	4		
Méthode des Jours Fixes	5		
Diaphragmes avec spermicides	6	16	
Préservatifs féminins	5	21	
Autres méthodes de connaissance de la fécondité		25	24
Retrait	4	27	21
Spermicides	18	29	
Capes cervicales	26*, 9**	32*, 16**	
Pas de méthode	85	85	85

* Taux de grossesses pour les femmes qui ont accouché.

** Taux de grossesses pour les femmes qui n'ont jamais accouché.

Clé :

0-0,9	1-9	10-25	26-32
Très efficace	Efficace	Modérément efficace	Moins efficace



BIBLIOGRAPHIE

1. Margaret Sanger - 8mars.info [Internet]. [cité 15 nov 2019]. Disponible sur: <http://8mars.info/margaret-sanger>
2. The Woman Rebel (1914) | The Embryo Project Encyclopedia [Internet]. [cité 28 nov 2019]. Disponible sur: <https://embryo.asu.edu/pages/woman-rebel-1914>
3. The_Woman_Rebel,_March_1914,_Vol_1,_No._1.gif (600×915) [Internet]. [cité 28 nov 2019]. Disponible sur: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/1a/The_Woman_Rebel%2C_March_1914%2C_Vol_1%2C_No._1.gif
4. Invention de la pilule contraceptive - 1956 - 8mars.info [Internet]. [cité 15 nov 2019]. Disponible sur: <http://8mars.info/invention-de-la-pilule-contraceptive>
5. Katharine Dexter McCormick - 8mars.info [Internet]. [cité 15 nov 2019]. Disponible sur: <http://8mars.info/katherine-dexter-mac-cormick>
6. Gregory Goodwin PINCUS, 1903 - 1967 [Internet]. [cité 15 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/pincus.g-g.html>
7. Interdiction de la contraception et de l'avortement - 1920 - 8mars.info [Internet]. [cité 15 nov 2019]. Disponible sur: <http://8mars.info/interdiction-de-contraception-et-avortement>
8. 50 ans après, retour sur le combat de « Lulu la pilule » pour légaliser la contraception [Internet]. Sciences et Avenir. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/sexualite/50-ans-apres-retour-sur-le-combat-de-lulu-la-pilule-pour-legaliser-la-contraception_119298
9. Loi Neuwirth autorisant la contraception - 1967 - 8mars.info [Internet]. [cité 15 nov 2019]. Disponible sur: <http://8mars.info/loi-neuwirth-autorisant-la-contraception>
10. Cuxac A. LULU - Lucien Neuwirth. déc 2017;(84):56-7.
11. Ina.fr IN de l'Audiovisuel-. La loi Veil sur l'avortement - Archives vidéo et radio Ina.fr [Internet]. Ina.fr. [cité 14 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.ina.fr/contenus-editoriaux/articles-editoriaux/la-loi-veil-sur-l-avortement/>
12. La loi Veil autorise l'IVG - 1975 - 8mars.info [Internet]. [cité 15 nov 2019]. Disponible sur: <http://8mars.info/la-loi-veil-autorise-l-ivg>
13. Destelle N, Piquemal M. La bataille de Simone Veil pour le droit à l'avortement - Libération [Internet]. 2014 [cité 14 févr 2020]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/societe/2014/11/26/la-bataille-de-simone-veil-pour-le-droit-a-l-avortement_1149560
14. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 16 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/cinquante-ans-de-contraception-legale-en-france/>

15. La contraception en France - Focus - Les mémos de la démo - Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. 2017 [cité 15 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/contraception-france-2017/>
16. Bajos, Rouzaud-Cornabas, Panjo, Bohet, Moreau. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? - Population et Sociétés - Ined éditions - Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. 2014 [cité 15 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/crise-pilule-france-nouveau-modele-contraceptif/>
17. Rahib Delphine, Le guen Mireille, Lydie Nathalie. Baromètre santé 2016 [Internet]. [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/depliant-flyer/barometre-sante-2016-contraception>
18. Les Françaises et la contraception : premières données du Baromètre santé 2016 [Internet]. [cité 15 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/les-francaises-et-la-contraception-premieres-donnees-du-barometre-sante-2016>
19. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2015 DREES. 2015 p. 326.
20. Bonduaeux L. Connaissances des risques et des bénéfices de la pilule oestroprogestative des femmes de 18 à 50 ans dans la région Nord-Pas-de-Calais: approche qualitative [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2014. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/44096a82-c199-43c4-8d06-b37bd2932c58>
21. Meniere R. De la connaissance du bon usage de la contraception: apport de l'étude nationale Epilule 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale [Internet] [other]. UHP - Université Henri Poincaré; 2004 [cité 31 déc 2019]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734167>
22. Flaux M, Vernier C. Observance de la contraception du post-partum: causes de non-observance : satisfaction de l'information reçue sur la contraception [Internet]. [Grenoble, France]: Université de Grenoble; 2013. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/855180/filename/MS13_10_flaux_morgane_1_D_.pdf
23. Mieuset A. Etat des lieux de la connaissance des femmes majeures Héraultaises sur la conduite à tenir en cas d'oubli de contraception hormonale [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2016. Disponible sur: http://www.biu-montpellier.fr/florabium/servlet/DocumentFileManager?source=ged&document=ged:IDOCs:329393&resolution=&recordId=memoires%3ABIU_MEMOIRES%3A886&file=
24. Jamin C, André G, Audebert A, Christin-Maître S, Elia D, Harvey T, et al. Oublis de la contraception hormonale : réflexions sur leur prise en charge en pratique quotidienne. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 nov 2011;39(11):644-55.
25. Arciniega S. Causes d'échec de la contraception orale et connaissance des femmes quant au maniement de leur pilule contraceptive : enquête menée au CPEF du CHU Antoine Béclère à Clamart dans les Hauts-de-Seine [Internet]. 2014 [cité 10 oct 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01115146>

26. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
27. Etudes-BorgesdaSilva-4.pdf [Internet]. [cité 17 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.alass.org/wp-content/uploads/Etudes-BorgesdaSilva-4.pdf>
28. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. Armand Colin. 2016.
29. Cardon D. L'entretien compréhensif (Jean-Claude Kaufmann). Réseaux Communication - Technologie - Société. 1996;14(79):177-9.
30. Moliner, Rateau, Cohen-Scali. Les représentations sociales : Pratique des études de terrain. Presses Universitaires de Rennes. 2002.
31. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer. De Boeck, supérieur. 2016.
32. 1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf [Internet]. [cité 19 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf
33. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. /data/revues/03682315/00340004/406/ [Internet]. 9 mars 2008 [cité 20 déc 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/115384>
34. Chapitre 01 - Contraception masculine | Urofrance [Internet]. [cité 1 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/contraception-masculine.html>
35. Contraception chez l'homme [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 20 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757909/fr/contraception-chez-l-homme
36. Monteil C. Implication des hommes dans la contraception : place du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. Université de Strasbourg; 2017.
37. Ventola C. Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre. Cahiers du Genre. 4 avr 2016;n° 60(1):101-22.
38. DR. B.Guigues. La pilule [Internet]. CNGOF. [cité 20 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/menu-la-contraception/301-la-pilule>
39. Fernandez-Sala S, Rousseau-Durand R, Morange P-E, Chiaroni J, Courbiere B. Impact des représentations du sang menstruel sur le choix contraceptif des femmes. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 sept 2019;47(9):662-71.
40. Mimoun S, Le MG, Buhler M, Costa A, Hosansky F. Le vécu des règles et de leurs troubles chez 603 femmes sous contraception en 1999. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 1 déc 2000;28(12):904-12.
41. This P. Diminuer la fréquence des règles : le point sur la contraception étendue. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 1 juin 2013;41(6):381-7.

42. Avortements [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 10 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
43. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 [Internet]. [cité 2 janv 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>
44. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*. 1 oct 2010;82(4):337-44.
45. Attali L. Aspects psychologiques de l'IVG. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 déc 2016;45(10):1552-67.
46. Ecochard R. IVG et troubles psychologiques - Une macro étude du Pr Ecochard [Internet]. 2019 [cité 2 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ivg.net/ivg-et-troubles-psychologiques>
47. Hamrit J. IVG sous pilule, une liaison encore trop fréquente. Quelles attitudes ont les femmes réalisant une IVG face aux situations potentielles d'échecs les plus fréquentes de la contraception orale ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lille 2; 2015.
48. Efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. [cité 20 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>
49. [efficacite-methodes-contraceptives.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf) [Internet]. [cité 2 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf>
50. Schelar, Polis, Essam, J. Looker, Bruni, J. Chrisman, et al. Multipurpose prevention technologies for sexual and reproductive health: mapping global needs for introduction of new preventive products - ScienceDirect [Internet]. 2015 [cité 30 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782415005776>
51. FDA Approves the First One-Year Contraceptive Fully under a Woman's Control | Population Council [Internet]. 2018 [cité 3 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.popcouncil.org/news/fda-approves-the-first-one-year-contraceptive-fully-under-a-womans-control>
52. Kaufman MB. *Pharmaceutical Approval Update*. P T. nov 2018;43(11):659-61.
53. WHAT IS ANNOVERA™? | TherapeuticsMD [Internet]. [cité 3 janv 2020]. Disponible sur: <https://annovera.com/about>
54. Huang Y, Merkatz RB, Hillier SL, Roberts K, Blithe DL, Sitruk-Ware R, et al. Effects of a One Year Reusable Contraceptive Vaginal Ring on Vaginal Microflora and the Risk of Vaginal Infection: An Open-Label Prospective Evaluation. *PLoS One* [Internet]. 12 août 2015 [cité 31 janv 2020];10(8). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4534458/>
55. Ilani N, Roth MY, Amory JK, Swerdloff RS, Dart C, Page ST, et al. A New Combination of Testosterone and Nestorone Transdermal Gels for Male Hormonal Contraception. *J Clin Endocrinol Metab*. 1 oct 2012;97(10):3476-86.

56. Combined Nestorone–testosterone gel suppresses serum gonadotropins to concentrations associated with effective hormonal contraception in men | Population Council [Internet]. [cité 3 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.popcouncil.org/research/combined-nestoronetestosterone-gel-suppresses-serum-gonadotropins-to-concen>
57. Soufir J-C. Hormonal, chemical and thermal inhibition of spermatogenesis: contribution of French teams to international data with the aim of developing male contraception in France. *Basic Clin Androl.* 13 janv 2017;27(1):3.
58. Health_Decisions_CRO_Capabilities_for_Clinical_Trials_in_Contraception-FINAL.pdf [Internet]. [cité 3 janv 2020]. Disponible sur: https://www.healthdec.com/wp-content/uploads/2018/08/Health_Decisions_CRO_Capabilities_for_Clinical_Trials_in_Contraception-FINAL.pdf
59. Vieillefosse L. Les françaises et la contraception, sondage opinionway. sept 2019;45.
60. Brot-Canneti S. Contraception orale oestroprogestative, vécu et impact de la médiatisation autour des pilules de 3ème et 4ème générations: étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés menés auprès de 20 femmes majeures dans les Alpes-Maritimes [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01370917/document>
61. La norme contraceptive française en déclin [Internet]. La norme contraceptive française en déclin | Univadis. [cité 3 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.univadis.fr/viewarticle/la-norme-contraceptive-francaise-en-declin-569748>
62. La persistance de la norme contraceptive | Crips Ile-de-France [Internet]. [cité 3 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.lecrisp-idf.net/professionnels/dossier-thematique/dossier-contraception/contraception-norme-contraceptive.htm>
63. contraception_recommandations_has.pdf [Internet]. [cité 2 janv 2020]. Disponible sur: https://www.choisirsacontraception.fr/pdf/contraception_recommandations_has.pdf
64. Verhille C. Le vécu contraceptif des nullipares. Université de Lille 2; 2016.
65. Fiddes P, Scott A, Fletcher J, Glasier A. Attitudes towards pelvic examination and chaperones: a questionnaire survey of patients and providers. *Contraception.* 1 avr 2003;67(4):313-7.
66. Gupta S, Hogan R, Kirkman RJ. Experience of the first pelvic examination. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* mars 2001;6(1):34-8.
67. Gautier C. Le premier examen gynécologique : une épreuve pour les femmes ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes; 2010.
68. ROMERO M. Existe-t-il des freins à la contraception définitive en médecine générale? Enquête auprès des médecins généralistes libéraux de Bretagne, de Midi-Pyrénées et de Normandie. [France]: Université Toulouse III - Paul Sabatier Faculté de médecine; 2014.
69. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie: une étude quantitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Grenoble; 2017.

70. Beyond 20/20 WDS - Affichage de tableau - TABLEAU 1. EFFECTIFS DES MÉDECINS par spécialité, mode d'exercice, sexe et tranche d'âge [Internet]. [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>
71. ChoisirSaContraception; la pilule. [Internet]. [cité 8 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/la-pilule/>
72. Tableau des pilules [Internet]. 2018 [cité 20 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.filsantejeunes.com/tabpills>
73. Disdier CA, Riffard C. Représentations des femmes en âge de procréer concernant les contraceptions hormonales et intra-utérines : étude qualitative réalisée en Rhône Alpes d'avril à décembre 2016. [France]: Université de Grenoble Alpes; 2017.
74. Estroprogestatifs en prise continue : quels risques à long terme ? Prescrire. mai 2007;283:396.
75. Déni des effets secondaires de la pilule : quand les médecins disqualifient la parole des femmes | Témoignages – J'arrête la pilule [Internet]. [cité 4 févr 2020]. Disponible sur: <https://jarretelapilule.fr/deni-effets-secondaires-pilule-medecins/>
76. J'arrête la pilule – Site d'information autour de la contraception par la journaliste indépendante Sabrina Debusquat [Internet]. [cité 22 déc 2019]. Disponible sur: <https://jarretelapilule.fr/>
77. #PayeTaContraception – J'arrête la pilule [Internet]. [cité 4 févr 2020]. Disponible sur: <https://jarretelapilule.fr/payetacontraception-hashtag-contraception/>
78. Fiche_62_cle581f59.pdf [Internet]. [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
79. Entretien_biais.pdf [Internet]. [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: http://jean-claude.regnier.pagesperso-orange.fr/joao_claudio/4PA16402/Entretien_biais.pdf
80. ChoisirSaContraception; les méthodes naturelles. [Internet]. [cité 22 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/les-methodes-naturelles/>
81. <http://www.contraceptionmasculine.fr/> [Internet]. [cité 28 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.contraceptionmasculine.fr/>
82. vade retro spermato [Internet]. vade retro spermato. [cité 28 nov 2019]. Disponible sur: <https://vaderetrospermato.wordpress.com/>
83. Méthode hormonale | [Internet]. [cité 28 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.contraceptionmasculine.fr/la-methode-hormonale/>
84. Contraception masculine : quelles sont les méthodes disponibles en France ? Le Monde.fr [Internet]. 14 janv 2018 [cité 22 déc 2019]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2018/01/14/contraception-masculine-quelles-sont-les-methodes-disponibles-en-france_5241485_3224.html
85. l'Urologie M de. Contraceptions masculines non déférentielles : revue de la littérature [Internet]. 2018 [cité 22 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/contraceptions-masculines-non-deferentielles-revue-de-la-litterature>

86. Cann R. Une pilule contraceptive masculine testée et mise sur le marché au mieux « d'ici dix ans » [Internet]. France Bleu. 2019 [cité 20 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/une-nouvelle-pilule-de-contraception-masculine-testee-avec-succes-1553694748>
87. Blanc L. Acceptabilité de la pilule contraceptive masculine : enquête auprès de 3368 hommes français [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis; 2015.
88. Gall B. Les Français et la contraception, INPES. 2007 p. 47.
89. 4844_CADIERGUES_these.pdf [Internet]. [cité 1 janv 2020]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4844_CADIERGUES_these.pdf
90. Monfort D, Launay J. Déterminants expliquant le manque de recommandation de la vasectomie comme moyen de contraception par les médecins généralistes de Loire-Atlantique [Thèse]. [France]; 2013.
91. Greffion J, Breda T. Façonner la prescription, influencer les médecins. Les effets difficilement saisissables du cœur de métier des grandes entreprises pharmaceutiques. Revue de la régulation Capitalisme, institutions, pouvoirs [Internet]. 17 juin 2015 [cité 5 janv 2020];(17). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/regulation/11272>
92. Dessaux Pierre-Antoine BD. En lisant les thèses récentes. Entreprises et histoire. 22 juin 2016;n° 83(2):146-51.
93. Greffion J. Faire passer la pilule: visiteurs médicaux et entreprises pharmaceutiques face aux médecins : une relation socio-économique sous tensions privées et publiques (1905-2014) [Thèse de doctorat]. [Paris, France]: École des hautes études en sciences sociales; 2014.
94. Lefèvre S. Les cinq méthodes de l'industrie pharmaceutique pour nous bourrer de médicaments inutiles [Internet]. Reporterre, le quotidien de l'écologie. 2016 [cité 20 déc 2019]. Disponible sur: <https://reporterre.net/Les-cinq-methodes-de-l-industrie-pharmaceutique-pour-nous-bourrer-de>
95. Ravelli Q. Les dessous de l'industrie pharmaceutique [Internet]. Le Monde diplomatique. 2015 [cité 20 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.monde-diplomatique.fr/2015/01/RAVELLI/51928>
96. Indépendance des médecins – Les facultés de médecine toujours exposées... [Internet]. [cité 5 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.quechoisir.org/actualite-independance-des-medecins-les-facultes-de-medecine-toujours-exposees-n63443/>
97. rapport-igas-programme-accompagnement.pdf [Internet]. [cité 20 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.atoute.org/n/IMG/pdf/rapport-igas-programme-accompagnement.pdf>

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Université

de Strasbourg



Faculté
de médecine

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : BROSSET

Prénom : Amélie

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A Châteaugiron, le 12/02/2020

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.